

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 PERÚ”

CUARTA MEDICIÓN DE INDICADORES DE LOS OBJETIVOS 2, 3 Y 4 DEL
COMPONENTE VIH:
SUB-ESTUDIO CUANTI-CUALITATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
SANITARIA EN VIH / SIDA PARA POBLACIONES PRIORIZADAS:
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES, TRABAJADORAS
SEXUALES, POBLACIÓN PRIVADA DE SU LIBERTAD, GESTANTES
Y PERSONAS VIVIENDO CON VIH/ SIDA

(CONCURSO 028 - 2008 CARE PERU)

INFORME FINAL

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACION “CARLOS VIDAL
LAYSECA”

Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano

EQUIPO CONSULTOR:

Coordinador General y Especialista en Salud Pública
y Epidemiología Social:

Carlos Cáceres, MD, PhD

Especialista clínico en VIH/SIDA:

Luis Cuellar, MD

Responsable de integración y Especialista en
Estudios Cualitativos :

Ximena Salazar, MA, Phd(c)

Responsable de Integración y Especialista en
Estudios Cuantitativos:

Víctor Salazar, MPH

Consultores:

Rocío Valverde, MPH

Alfonso Silva-Santisteban, MD, MPH

Lima, 10 de noviembre del 2008

Resumen Ejecutivo

El presente documento constituye el Informe Final del Estudio realizado para la cuarta 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 y que actualmente está 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 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. Asimismo, se obtuvieron resultados de fuentes secundarias, proporcionadas por el Ministerio de Salud.

Se presenta en este informe la descripción de la metodología empleada, para el estudio cuantitativo y cualitativo. Posteriormente se presentan los hallazgos de la medición realizada así como una breve descripción del indicador y la interpretación de los resultados. En caso de contar con fuentes primarias y secundarias, se presentan los resultados de ambas fuentes.

En la última sección se exponen las conclusiones y recomendaciones para futuras mediciones de los indicadores. La sección de anexos contiene los instrumentos utilizados y los protocolos por cada indicador para la parte cuantitativa.

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
Código	Nombre	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado
E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	3,280 13.90%	Datos no disponibles en DGE	[84/564] [14.9%]	Sanchez et al (JAIDS Febrero 2007)-Vigilancia Centinela 2002 Hoja de Monitorización del MINSa 2006	(1) 1358 HSH (1) 22.3% (95% CI: 20.1% to 24.6%) (2) 2331 HSH TS (2) 4.7% (109/2331) (3) 9788 HSH (3) 8% (785/9788)	1) Hoja de monitorización 2007 (3565 HSH TS) 2) DGE 2007. Vigilancia Epidemiológica. N=4227 (HSH alto riesgo)	1) HSH TS 182/3565 (5%) 2) 12%
E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	4,387 0.49%	Datos no disponibles en DGE	ND	Hoja de Monitorización del MINSa 2006	12113 2.6% (317/12113)	Hoja de Monitorización del MINSa 2007	435/15505 2.80%
E.3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	(1) Hoja de Monitorización CETSS 2003 (2) Vig Centinela OGE 2002	(1)197,602 (0.5%) (2)9,976 (0.21%)	Hoja de Monitorización Estratégica Sanitaria 2005	769/ 252,069 0.31%	Hoja de Monitorización del MINSa 2006	290,399 gestantes tamizadas en CPN, parto o puerperio	1) Hoja de Monitorización del MINSa 2007 2) DGE 2008. Vigilancia Epidemiológica	1) 529/462864 (0.11%) 2) 0.23%

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
E.4	Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorrevierten a los 18 meses	Estudio IEMP, Velásquez, 2002, y estimaciones de hoja de monitoreo CETSS 2003		(1)Base de datos del INS	2/28 + 11/33 = 13/61	Estudio UPCH en tres hospitales de Lima	3/14	Instituto Materno Perinatal	3/54
			Indirecto	(2)Hoja de monitorización ENETSS	21.3%		14.9%		5.50%
			24%	(3)Datos de hospitales					
E.5	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral	1) No existente 2) Estudio TARGA, 2003	(1) NA (2) Indirecto (2) 25%	Base de datos de TARGA de ESNITSS y proyección N° PVVS	9000 73.6%	Base de datos de TARGA de ESNITSS y proy. N° PVVS	9,427/10, 300 91.5%	Base de datos de TARGA de ESNITSS y proy. N° PVVS	9140/21299 (42.9%)
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	10519/ 18232 57.70%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	4784+2012 / 10944+3813 46.10%	(1) Hoja de Monitorización del MINSa 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 1684342.3% (2) 113/311 43.00%	(1) Hoja de Monitorización del MINSa 2007 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2008)	(1) 17639/12700013.9% (2) 261/336 77.70%
R.2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	No datos disponibles en DGE	ND	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 311 TS encuestadas y 272 tuvieron RS en últimos 6 meses (256/272) (94.1%)	Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2008)	278/305 91.1%
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	1710/ 4031	Hoja de Monitorización CETSS 2005	815+452 / 2376+638	(1) Hoja de Monitorización del MINSa 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1) 64.7% (1647/2544)	(1) Hoja de Monitorización del MINSa 2007 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2008	(1) 7660/187000 4%

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
			42.40%		0.420371599 43%		(105/219) (2) 47.9%		(2) 115/200 57.50%
R. 2.4	Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro	Vigilancia Centinela OGE, 2002	1358 (46.3%)	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA	ND	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	HSH-TS 194/219 (88.6%)	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	HSH-TS entrevistados 108/ 120 (90%)
R.2.5	Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prev. de ITS	Encuesta ad-hoc SASE 2003	134 (76.8%)	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006 1. 44.1% (2 niveles e exigencia) 1. 44.1% 2. 30.4%	598	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1) 51.4% 271/527 (2 niveles de exigencia) (2) 29.2% 154/527	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(2 niveles de exigencia) n= 512 (1) Ligera: 80.6% (2) Exigente: 74.2%
R.2.6	Proporción de PPL que usó preservativo en el últ. RS	Encuesta ad-hoc SASE 2003	79 (32.8%)	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	598 (32.4%)	Enc. ad hoc (Metodología UPCH) 2007	361 PPL con RS en últ. 3 meses (de 527 PPL) 133/361 36.8%	Enc. ad hoc (Metodología UPCH) 2008	121/360 33.2%
R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	Hoja de Monitorización CETSS 2003	197602/ 535461 36.90%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	208959/ 497166 42.03%	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	273, 475 / 452, 344 60.45%	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	321674 / 462864 69.50%
R.3.2									

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
	Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto	-----	-----	Hoja de Monitorización CETSS 2005	38,887/ sin denominador	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	11,448/ Sin denominador	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	ND
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin CPN que reciben profilaxis con ARV en el momento del parto institucional	-----	-----	Hoja de Monitorización CETSS 2005	66/106 (niños expuestos) (62.3%)	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	(32/67) 47.80%	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	(48/63) 76.20%
R.4.1	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	237/419 56.6%	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2007	(1) 6.4% (37/578) (2) 45.15% (261/578)	(1) Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2008 (2) Hoja Monitorización MINSA 2007	(1) 37.8% (213/563) (2) 5666/9140 (2) 62.0%

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	Dato MINSA (niños); Estudio TARGA		Base de Datos Atención Integral	6629/9000 73.7% (nac.); 4083/6416 64% MINSA	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) (2) Base de datos de atención integral	(1) 517 PVVS en fase inmunodeficiencia de 578 encuestados (493/517) (1)95.35%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) (2) Base de datos de atención integral	(1) 519/563 (1) 92.2% (2) 9140/21299 (2) 42.9%
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		Encuesta ad hoc (Metodol. UPCH 2006)	254/296 85.8%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007 (2) Sistema Targuita del MINSA (Actualizado hasta Febrero 2007)	(1) 483 PVVS en TARGA que brindaron información sobre adherencia, de 578 encuestados 469/483 (1)97.0% (2) 1452 PVVS registrados en "Targuita" con información actualizada sobre adherencia 1201/1452 (2) 82.7%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2008 (2) Hoja de Monitorización 2007	(1) 431/516 (1) 83.5% (1) 5318 / 6138 (2) 87%

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
R.4.4	Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	No se midió	ND	INS Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	6166/7000 (88.1%) [371/385 CD4; y 337/361 CV] [96.5% CD4 y 93.4% CV]	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2007	86.7% (501/578)	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2008	CD4: 519/546 95.6% Carga viral: 503/539 93.3%
R.4.5	Numero de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año	No se midió	ND	Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	138/178 77.50%	(1) Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2007 (2) Hoja de Monitorización del MINSa 2006	(1) 493 PVVS en TARGA de 578 encuestados 276/493 (1) 55.6% (2) 4180 – sin denominador	(1) Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2008 (2) Hoja de Monitorización del MINSa 2007	272/362 75.10% (2) 7880/9140 (2) 86.2%
R.4.6	% PVVS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.	No se midió	ND	Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	258/283 91.2%	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2007	447 PVVS en TARGA que brindaron información sobre información recibida en	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH) 2008	429 PVVS en TARGA que brindaron información sobre información recibida en consejerías

Indicador		Estimación del Indicador en la Primera Medición		Estimación del Indicador en la Segunda Medición		Estimación del Indicador en la Tercera Medición		Estimación del Indicador en la Cuarta Medición	
							consejerías (288/447) 64.4%		(325/447) 75.8%

I. Introducción

La epidemia del SIDA afecta al Perú oficialmente desde 1983, por lo que ha entrado ya en su tercera década. Hasta agosto del 2008, 22,327 casos de SIDA y 32,282 casos de infección por VIH habían sido reportados al Ministerio de Salud [Boletín MINSA, Agosto 2008]. La epidemia se concentra particularmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) [OPS, 2002]. Varios estudios en los últimos años muestran, para Lima, prevalencias de infección por VIH por encima de 10%, incluyendo los datos del 2002 del sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud del Perú, que planean una prevalencia de VIH de 13.9% en esta población, 0.5% en trabajadoras sexuales, y 0.21% en gestantes, antes del parto [MINSA, Estudios de Vigilancia Centinela 2002].

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 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; Konda et al., en prensa]. 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 ha mantenido en los últimos 8 años (MINSA, Boletín Epidemiológico 2005]. Sin embargo, no puede concluirse que se haya dado una “heterosexualización” de la epidemia, y ocurriría más bien que una proporción estable de mujeres unidas a hombres bisexuales resultan infectadas, pero, al no tener ellas mismas amplias redes sexuales propias, no se establece un patrón de transmisión heterosexual subsecuente [Cáceres, 2002].

El Boletín Epidemiológico de la OGE-MINSA al mes de abril del 2008 reitera que la vía más frecuente de transmisión del VIH en los casos de SIDA reportados fue la vía sexual con un 97% de los casos. Debemos resaltar 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 73,3% % de todos los casos notificados de SIDA (incidencia acumulada) en 25 años de epidemia pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, y el 26,7% 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, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque [MINSA, 2008].

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

El impacto económico que ocasiona la infección es producto del elevado costo de la atención del infectado (de US \$1,000 a US \$10,000), como también del hecho de que

afecte preferentemente a la población 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 TARGA. Aunque en el Perú los antirretrovirales fueron introducidos en 1999, llegando inicialmente a cerca de mil personas en las instalaciones del Seguro Social y 140 en las Fuerzas Armadas, el establecimiento de un programa nacional desde el MINSA fue posible con el co-financiamiento del Fondo Mundial para el SIDA, la tuberculosis y la malaria, luego de que un estudio realizado por nuestra unidad, por encargo del MINSA, estimara la población beneficiaria en 7000 PVVIH [MINSA-ENITSS, 2005]. 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.

Contexto Social y Programático

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 ITS 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 2000 se constituye el Componente Control de ITS y SIDA (CITSS) y en el año 2001, los países industrializados y las principales fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo

Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a apoyar a los países en vías de desarrollo en el fortalecimiento de sus respuestas nacionales hacia tales epidemias.

En 2002 el Perú postuló a la segunda convocatoria, obteniendo aprobación la propuesta denominada “Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones corresponden al componente VIH/SIDA. En 2005 se postuló a la quinta convocatoria, obteniendo financiamiento también para VIH y tuberculosis y posteriormente se obtuvo financiamiento para la sexta ronda.

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.

El Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 –2009 tiene la misión de fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía.

Dentro de sus objetivos estratégicos para el período 2005-2009 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 ITS/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 propone 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.

Para lograr la reducción de la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos, se intenta asegurar una provisión segura de sangre, hemoderivados y órganos; promover en el personal de salud las medidas de bioseguridad; y evitar el uso común de jeringas entre los consumidores de sustancias ilícitas por vía parenteral.

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 sus hijos recién nacidos; 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 resolutoria de los equipos multidisciplinarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA en los niveles descentralizados. Y para alcanzar el fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA se tiene pensado articular acciones del sector público y sociedad civil en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional a través del comité consultivo.

Asimismo en el 2007 se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial para el periodo 2006 – 2011 con base en 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. El Plan Estratégico es importante, entre otras razones, porque constituye una política pública nacional explícita en VIH/SIDA que es desarrollada multisectorialmente y es articulada con los lineamientos de la Política Nacional de Salud, en el marco de un proceso de reforma sanitaria y teniendo como ejes el derecho a la salud y la equidad. Asimismo, este fue la base para la propuesta de sexta ronda al Fondo Global.

B. Atención Integral

Las actividades de Atención Integral de la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/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 servicio social.

En el año 2003 se aprobó la propuesta peruana para el proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y el Control del VIH/SIDA en el Perú presentada a la II Ronda del FMSTM. En el marco de dicho proyecto, se inició en el año 2004 el Programa Nacional de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). . Para ello se constituyó la Coordinadora Nacional Multisectorial (CONAMUSA), organismo de coordinación multisectorial que agrupa organizaciones e instituciones de la sociedad civil y personas afectadas, y que representa el mecanismo coordinador de país frente al Fondo Global.

Como parte de este programa, se incluyó la toma de pruebas (CD4 y Carga Viral) a las personas viviendo con VIH a nivel nacional de acuerdo a un cronograma preestablecido. Se formaron equipos multidisciplinarios encargados de la atención de las PVVS y de la provisión de antiretrovirales, En un inicio se el programa se estableció en centros hospitalarios a nivel nacional y posteriormente fue incluyendo establecimientos de salud de un menor nivel de atención.

Otros programas

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

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

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

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

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

pares como un esfuerzo de baja prioridad, y su sostenibilidad fue dejada de lado, en la mayor parte de casos, hacia las direcciones regionales de salud.

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 ITS (CERITSS) 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 ITS 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 ITS 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. Lo que busca esta norma es la prevención de la transmisión vertical, y dar la administración de tratamiento profiláctico antiretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la presente norma. Entre sus objetivos específicos encontramos el establecer: un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH tanto para gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal como para aquellas que acuden en el momento del parto y que no tienen conocimiento de su estado serológico en relación al VIH; criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH mediante escenarios de acción que incluyan el uso racional de antiretrovirales, forma de atención del parto y seguimiento de la madre y el niño; el proceso de información grupal y consejería previa a la prueba de diagnóstico en la gestante que acude al servicio de salud así como la consejería posterior a la prueba de soporte en la mujer

viviendo con el VIH; el mecanismo de entrega de los medicamentos profilácticos antiretrovirales con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), según corresponda, a la gestante infectada por el VIH y al recién nacido, y además fórmula láctea maternizada para estos niños; un sistema que permita el seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH, la supervisión de la administración de la terapia profiláctica con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), la supervisión del uso de fórmula láctea . Este seguimiento será realizado hasta el conocimiento de su estado serológico al año y medio de edad; y por último el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH

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

II. Objetivos del Estudio

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

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

III. Metodología

a) Diseño:

De acuerdo al esquema planteado por los TDR, el estudio 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 que facilite la interpretación de los indicadores clave del programa.

b) Componente cuantitativo:

i) Fuentes primarias:

Tabla 1: Fuentes Primarias

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

Subestudio en establecimientos de salud (PVVS, HSH y TS)

Se desarrolló una encuesta en una muestra no probabilística en torno a establecimientos de salud. Este subestudio tuvo como poblaciones objetivo a los siguientes sub grupos poblacionales según los objetivos de intervención del Proyecto de Segunda Ronda:

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

Se utilizaron cuestionarios diseñados específicamente para cada uno de los sub grupos poblacionales, cuyas preguntas fueron 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 fue validado mediante una aplicación a representantes de la comunidad.

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 planteó una muestra de 412 PVVS en Lima y 150 PVVS en total de las otras ciudades (Iquitos, Huancayo)

La metodología utilizada es la misma a la planeada en las anteriores mediciones, ello con el propósito de no afectar la comparabilidad.

El planteamiento en la segunda medición para la “**Mini encuesta con PVVS**” fue tomar 100 personas de cada uno de tres de los centros más grandes de Lima (Hospital Cayetano Heredia, Hospital Dos de Mayo y Hospital Carrión). El tamaño de muestra deseado de 100 permitiría estimar las prevalencias de interés con una precisión de +/- 10%.

Análogamente, se planteo estudiaría también a PVVS en Iquitos y Huancayo. Lo esperado en cada una de estas ciudades fueron 100 PVVS estudiados, pero, la población disponible fue más pequeña, entonces, ya no se estudiaría a 100 personas para una precisión de +/- 10%, sino a un mínimo de 43 PVVS resignándose a una precisión de +/- 15%.

En la tercera medición de se planteó lo siguiente:

(a) Encuesta rápida en personas viviendo con VIH: Muestra no probabilística a partir de un listado general de pacientes de establecimientos de salud donde se ofrece TARGA. Se propuso entrevistar como mínimo un 40% de las aproximadamente 200 PVVS adultas en TARGA en Iquitos, Chimbote y Huancayo, tamaño muestral que permitiría estimar diferencias de al menos +10% considerando estas tres ciudades en conjunto. Para Lima/Callao, se planteó un tamaño muestral de 412, el que permitió estimar diferencias de +10%. Se seleccionaron por conveniencia a los pacientes hasta completar el tamaño muestral planteado. Esto fue replicado en la presente medición excluyendo a la ciudad de Chimbote.

(b) Encuestas rápidas en poblaciones de TS y HSH. Se pudo realizar una encuesta rápida en una muestra de HSH y TS que se basaron en la población servida por cada CERITSS. Se planteo una muestra de 110 participantes de cada grupo y por ciudad. Esto fue replicado en la presente medición.

Establecimientos de Salud en donde se recogió la información

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

En la Región Callao

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
2. Hospital Sergio Bernales
3. CERETS Alberto Barton

En la Region Lima

4. Hospital Nacional Dos de Mayo
5. Hospital Nacional Cayetano Heredia
6. Hospital A. Loayza
7. CERITSS Raúl Patrucco (DISA Lima Ciudad)
8. CERITSS Surquillo (DISA Lima Ciudad)

En la Región Iquitos (Loreto)

9. Hospital Regional de Loreto
10. CLAS San Juan

En la Región Huancayo (Junín)

11. Hospital Daniel A. Carrión de Huancayo
12. Hospital El Carmen de Huancayo

Se recogió información en los mismos establecimientos donde se realizó la Tercera Medición.

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

Los indicadores R.2.5 y R.2.6 corresponden a población privada de su libertad. La encuesta realizada por SASE en el estudio basal (medición 1), tuvo errores en el tamaño muestral final (muy bajo) y el procedimiento de muestreo. En la segunda muestra se estimó una muestra 575 con una precisión de +/- 5% para estimar la prevalencia de uso de condón y la proporción de PPL con conocimientos preventivos.

La muestra de PPL se dividió entre los tres penales según tamaño de la población penal. Dentro de cada penal, se distribuyó la muestra entre todos los pabellones.

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 de los penales Lurigancho, Castro-Castro y Sarita Colonia en Lima – Callao; lo que permite estimar cambios de ± 10 % a nivel de los penales en su conjunto.

La distribución se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 2: Distribución de la muestra de PPL

Establecimiento penitenciario	Pabellones	Población total	%	n	Tamaño del pabellón	# muestreos por pabellón	Salto por pabellón
1. E.P del Callao	5	2,724	19	98	382	20	19
2. E.P Lurigancho	21	10,523	73	376	432	18	24
3. E.P Castro Castro	5	1,203	8	41	235	8	29
		14,450	100.0	515			

Rendimiento de la muestra

Tabla No 3: Número de Encuestas Aplicadas

DEPARTAMENTO	PVVS		HSH		TS		PPL		TOTAL	
	Programado	Realizado	Programado	Realizado	Programado	Realizado	Programado	Realizado	Programado	Realizado
TOTAL	562	570	330	333	330	334	515	515	1,737	1,752
<i>Lima-Callao</i>	412	420	110	113	110	114	515	515	1,147	1,162
<i>Huancayo</i>	50	50	110	110	110	110			270	270
<i>Iquitos</i>	100	100	110	110	110	110			320	320

Tabla No 4: Rendimiento de la Muestra

DEPARTAMENTO	PROGRAMADO	REALIZADO	% DE RENDIMIENTO
TOTAL	1,737	1,752	101%
PVVS	562	570	101%
HSH	330	333	101%
TS	330	334	101%
PPL	515	515	100%

ii) Fuentes secundarias

Tabla 5: Fuentes Secundarias

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
Hoja Monitorización	ESN ITS-VIH, DGSP	R4.3, R4.2	Información solicitada

Para el indicador E.4, se utilizaron datos del IMP de una cohorte de 54 niños nacidos de madres VIH positivas. Por el período de referencia, dichos datos incluirían parte de los identificados en el sub estudio de la tercera medición, donde se identificaron niños de madres VIH positivas nacidos en los 18 meses previos al período de referencia a fin de hacer el seguimiento del estado de su infección a través de sus historias clínicas.

c) Componente cualitativo:

El componente cualitativo estuvo orientado a explicar en profundidad, los resultados cuantitativos, a partir de la contextualización de dichos resultados, entendido 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)

Objetivo General

Contribuir a la comprensión e interpretación de los indicadores clave del programa a través de la recolección y análisis de datos cualitativos provenientes de los actores principales del proceso.

Objetivos Específicos

- Conocer las percepciones de los beneficiarios intermedios y finales de los objetivos 2, 3 y 4 sobre los procesos de implementación del programa.
- Conocer las percepciones de los sub-receptores, beneficiarios intermedios y finales sobre los resultados finales generados por los objetivos 2, 3 y 4.
- Conocer las valoraciones, normas y experiencias que permitan comprender los cambios o resistencia en el cambio de comportamiento de las poblaciones meta del proyecto (relacionados a los indicadores cuantitativos de efecto).

- Explorar las condiciones de ejecución de las actividades de cada objetivo a partir de los beneficiarios intermedios del proyecto para comprender el alcance o no de los resultados esperados (relacionado a los indicadores cuantitativos de resultado)

Áreas que explorará el componente cualitativo

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

- Percepción de las brechas entre los resultados esperados y los obtenidos, además del análisis de algunos resultados no esperados. En esta dimensión, el estudio buscó profundizar en las expectativas generadas por el proyecto y la evaluación de los resultados de las intervenciones, tanto sobre los ítems planificados como la identificación de cambios o influencias no buscadas por el proyecto y percibidas entre los actores.
- Percepción de las acciones y condiciones que facilitaron/obstaculizaron los procesos y los consecuentes resultados. En esta dimensión del estudio se obtuvo información y se analizó las condiciones y acciones que facilitaron el desarrollo de los procesos y la obtención de los resultados, así como aquellas condiciones y acciones identificadas por los actores como obstáculos para la buena implementación de las estrategias y la consecución de los resultados. Esta dimensión intentó indagar sobre las lecciones aprendidas.

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

Tabla 6: Categorías temáticas del estudio cualitativo

Dimensiones	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4
Identificación de brechas entre los resultados esperados y los obtenidos en:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TS que utilizan preservativo ▪ HSH que utilizan preservativo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH ▪ Gestantes que acceden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PVVS que reciben atención integral en servicios de salud ▪ PVVS en fase de

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PPL que tienen información sobre ITS ▪ PPL que utilizan preservativo ▪ TS que acuden regularmente a AMP ▪ HSH que acuden regularmente a AMP ▪ TS y HSH que acceden a pruebas rápidas ▪ Referencia a CERETS de HSH y TS por PEPs 	<ul style="list-style-type: none"> a pruebas rápidas en el momento del parto ▪ Gestantes seropositivas que reciben profilaxis en el momento del parto ▪ Información sobre transmisión vertical a gestantes 	<ul style="list-style-type: none"> inmunodeficiencia que reciben TARGA ▪ Adherencia a tratamiento ▪ Acceso a pruebas de monitoreo CD4 y carga viral ▪ Acceso de PVVS a consejería ▪ Acceso a orientación sobre uso adecuado del condón
Condiciones que facilitaron/obstaculizaron los procesos y resultados	Condiciones que facilitaron/obstaculizaron el acceso a información, uso de condón, acceso a y calidad de servicios en poblaciones vulnerables	Condiciones que facilitaron/obstaculizaron el acceso a información, acceso y calidad de servicios y tratamiento en gestantes	Condiciones que facilitaron/obstaculizaron el acceso a información, acceso y calidad de servicios y tratamiento en PVVS
Participación de actores institucionales clave (Personal de Salud)	Actividades de Promoción de PEPs Servicios de atención y consejería del personal de salud	Pruebas rápidas a gestantes Servicios de consejería a gestantes.	Consejería de pares Atención integral a PVVS

Además presentamos un cuadro que especifica las categorías de análisis utilizadas en el estudio cualitativo para cada población y los instrumentos con los cuales se ha recogido la información.

TABLA 7: OPERACIONALIZACION DEL ESTUDIO CUALITATIVO¹

Población	Dimensiones explicativas	Categorías de análisis	Técnicas de recolección de información
HSH en Servicio	Actitudes y prácticas	• Uso de condón	Entrevistas en Profundidad
		• Asistencia Médica Periódica	
		• Autocuidado	
	Percepciones	• Calidad del servicio	
		• Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
Expectativas	• Obstáculos percibidos		
PEPs HSH	Percepciones	• Calidad del servicio	Grupos Focales
		▪ Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		▪ Promoción de pares	
		▪ Obstáculos percibidos	
TS en Servicio	Actitudes y prácticas	• Uso de condón	Entrevistas en Profundidad
		• Asistencia Médica Periódica	
		• Autocuidado	
	Percepciones	• Calidad del servicio	
		• Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		• Obstáculos percibidos	
	Expectativas	• Recomendaciones	

¹ Nota: Cada indicador cuantitativo se corresponde con una categoría de análisis cualitativo tal como aparece en el anexo 1.

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

❖ Valoraciones

❖ Normas o “reglas de juego”

❖ Experiencias

Por ejemplo: en relación al indicador Uso de condón en la última RS, la categoría cualitativa es Uso de Condón y lo que se coleccionará como información será el valor asociado al uso del condón: si es bueno o no usarlo, si es placentero o no usarlo. La norma asociada al uso de cordón: deber usarlo o no, con quién usarlo o con quien no, negociación de uso. Experiencias asociadas: vivencias y contextos relacionados al uso del condón.

PEPs TS	Percepciones	• Calidad del servicio	Grupos Focales
		▪ Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		▪ Promoción de Pares	
	▪ Obstáculos percibidos		
Expectativas	• Recomendaciones		
PEPs PPL	Percepciones	• Problemas Y Obstáculos percibidos para el desarrollo del programa	Entrevistas en profundidad
		▪ Promoción de Pares	
	Expectativas	▪ Recomendaciones	
GESTANTES	Percepciones	• Calidad del servicio	Grupos Focales
		▪ Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		▪ Obstáculos percibidos	
GESTANTES VIH	Percepciones	▪ Actitud hacia el TARGA	Entrevistas en Profundidad
		▪ Actitud emprendedora	
		▪ Adherencia al TARGA	
		▪ Calidad del servicio	
		▪ Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		▪ Obstáculos percibidos	
PVVS	Actitudes	• Actitud hacia el TARGA	Entrevistas en Profundidad
		• Adherencia al TARGA	
	Percepciones	• Perspectiva de vida	
		• Atención Integral	
		• Consejería en prevención positiva	
		• Tratamiento de enfermedades oportunistas	
		• Problemas percibidos para el desarrollo del programa	
		• Obstáculos percibidos	
	Expectativas	• Recomendaciones	
	Conocimientos	• Adherencia al TARGA	
• Autocuidado			
Expectativas	• Sugerencias		

Diseño de la recolección de información

Para la recolección de la información necesaria se utilizaron dos técnicas cualitativas: las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión o también llamados grupos focales. Este complemento de técnicas nos permitió recuperar, tanto información detallada sobre el proceso, como las percepciones y significados que para las poblaciones meta ha tenido el programa, además de los cambios de comportamiento y actitud que se han dado en el tiempo.

Etapas y Técnicas del estudio

El estudio tuvo tres etapas:

Primera etapa: Revisión y mejoramiento de los instrumentos y validación de la metodología de estudio

Actividades Principales
1. Discusión de presentación de metodología a responsables e implementadores, validación de instrumentos, y selección de DISAS de estudio.
2. Coordinaciones con actores para trabajo de campo
3. Revisión de fuentes secundarias

Segunda etapa: Trabajo de campo

La preparación del trabajo de campo se desarrolló durante el mes de setiembre. Durante esta etapa se realizaron las respectivas coordinaciones con instituciones públicas (CERITSSS Alberto Barton, CERITSSS San Juan (Iquitos), y privadas (Mesa de Concertación de Huancayo, Asociación Lazos de Vida en Iquitos) que nos permitieran tomar contacto con las diferentes poblaciones con las que se iba a trabajar. En Lima se coordinó con la DISA Lima- Ciudad. Entre las tareas realizadas estuvieron:

- Planificación de días y horas para la aplicación de los instrumentos

- Contacto con instituciones y selección de participantes, cuyas características se encuentran especificadas en el plan de trabajo de la 4ta. medición

Una vez obtenido el permiso ético se procedió a aplicar los instrumentos de manera simultánea en Callao, Iquitos y Huancayo, mientras se coordinaban las actividades en la ciudad de Lima con la DISA Lima-Ciudad. En algunos casos la aplicación de instrumentos se realizó en los locales de las propias instituciones (Callao y Lima) o en lugares rentados para ese propósito (Iquitos y Huancayo), con la colaboración de reclutadores/as de las propias poblaciones.

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.

Tanto en Iquitos, Huancayo, Callao se logró aplicar la totalidad de los instrumentos, alcanzando el número de participantes deseado para cada una de las poblaciones; en la ciudad de Lima, el recojo de información coincidió con la huelga médica, lo cual dificultó un tanto el trabajo; por ejemplo en la maternidad de Lima sólo se pudo recoger información con gestantes VIH positivas.

A continuación presentamos el cuadro de aplicaciones por localidad:

Tabla 8: Aplicaciones de instrumentos cualitativos por localidad

INSTRUMENTOS APLICADOS	LIMA	CALLAO	IQUITOS	HUANCAYO
	Instrumentos aplicados	Instrumentos aplicados	Instrumentos aplicados	Instrumentos aplicados
Entrevistas PVVS	3	3	3	3
Entrevistas PPL	2	-	-	-
Grupo Focal con PEPs HSH	1	1	1	1
Grupo Focal con PEPs TS	1	1	1	1
Entrevistas con HSH en servicio	2	2	2	2
Entrevista con TS en servicio	2	2	2	2

Grupo Focal con Gestantes en Servicio	-	1	1	-
Entrevistas con Gestantes PVVS	2	-	2	2
TOTAL	13	10	12	11

El total final fue de 46 aplicaciones en las cuatro zonas de trabajo

Tercera etapa: Análisis de la Información

Finalizado el trabajo de campo se procedió a organizar la información recolectada y a su transcripción. El proceso de transcripción se inició a partir de la segunda semana de Octubre, pero lamentablemente no se pudo continuar dada la premura para entregar el informe, por lo tanto se desarrolló otra estrategia de análisis escuchando las grabaciones y seleccionando lo más importante en una ficha de recolección de datos que permite luego el mismo tipo de codificación que cualquier otra estrategia de análisis (ver anexo)

Para la sistematización y el análisis se ha tomado en cuenta las categorías propuestas en el Plan de Trabajo correspondientes a los indicadores especificados para cada población. De esas categorías de análisis se ha elaborado una lista de códigos de análisis con los cuales se ha codifica la información de cada población.

Se trata de una lista de códigos general, de los cuáles se va utilizando los códigos correspondientes a cada categoría de análisis y a cada población al momento de someter a sistematización cada instrumento aplicado. No está demás decir que la metodología permite la flexibilidad de que aparezcan nuevos códigos en el proceso; sin embargo, para poder trabajar a la par que la información cuantitativa, trataremos de limitarnos a la lista de códigos que se presenta a continuación:

- Uso de condón
- Asistencia Médica Periódica
- Autocuidado
- Calidad del servicio
- Problemas percibidos para el desarrollo del programa
- Obstáculos percibidos
- Recomendaciones

- Calidad del servicio
- Problemas percibidos para el desarrollo del programa
- Promoción de pares
- Obstáculos percibidos
- Uso de condón
- Asistencia Médica Periódica Autocuidado
- Calidad del servicio
- Problemas percibidos para el desarrollo del programa
- Obstáculos percibidos
- Recomendaciones
- Calidad del servicio
- Problemas percibidos para el desarrollo del programa

Finalmente se procedió a la redacción del informe, previa coordinación con el sub-estudio cuantitativo, de manera que se proceda finalmente a la integración de los hallazgos en el informe final.

Desearíamos agregar que tanto durante la recolección de la información, como durante el análisis de la misma se ha realizado un exhaustivo control de calidad de los datos recogidos que ha consistido en:

- Entrenamiento riguroso de los cuatro investigadores/as que participaron en el recojo de información en lo que se refiere a la aplicación de los instrumentos que implica: análisis de cada pregunta del instrumento y entrenamiento en la forma de recoger la información.
- Supervisión en cada una de las zonas del proceso de recojo de información. Cada investigador tenía que reportar diariamente lo trabajado y los problemas surgidos en el campo.

Durante la etapa de análisis que estuvo a cargo de dos de las investigadoras, se desarrolló el siguiente procedimiento para el control de calidad de los datos:

- Desarrollo conjunto de los códigos de análisis
- Chequeo cruzado de entrevistas y grupos a fin de corroborar la viabilidad de los códigos.
- Revisión del informe para analizar la coherencia interna de la información.

IV. Análisis de hallazgos del estudio

Indicadores de Efecto

Tabla 9: Indicadores de efecto

Indicador		Cuarta medición		
Código	Nombre	Fuente	N/D	%
E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH	(1) Hoja de Monitorización del MINSA 2007	(1) 182 / 3565 (2) 4227	(1) 5 (2) 12+
E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	435 / 15505	2.8
E.3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	529 / 462864	0.11 (+) 0.23
E.4	Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorrevierten a los 18 meses	Instituto Materno Perinatal*	3/54	5.5
E.5	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral	Base de datos TARGA	9140/21299	42.9

(+) Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Epidemia del VIH-SIDA en el Perú. 2007. www.dge.gob.pe – 4227 procedentes de Lima (10.7% VIH+), Ica (4.8% VIH+), Trujillo, Chiclayo, Sullana (9.4% VIH+), Arequipa (6.5% VIH+), Huancayo, Iquitos y Tarapoto.

* Instituto Materno Perinatal. 2006. Estudio de Cohorte de Hijos de Gestantes VIH Positivas.

Indicador E.1 “Proporción de HSH seropositivos al VIH”

Para la presente medición se cuentan con datos preliminares para Lima de la Vigilancia Centinela realizada por la DGE en HSH de alto riesgo de adquirir VIH en 5 ciudades del Perú, en el período 2006 - 2007. Según los hallazgos de un estudio de vigilancia centinela de la Dirección General de Epidemiología en HSH de alto

riesgo realizado en 4227 personas en Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto, la prevalencia general es de 12%. Estos datos grafican la concentración de la epidemia en esta población. Sin embargo, la categoría de HSH es bastante genérica y agrupa diferentes sub poblaciones que muestran marcadas diferencias entre si, como por ejemplo la población trans, la cual ha mostrado en diferentes estudios una mayor prevalencia de infección por VIH, que la población gay.

El indicador resulta bastante grueso, y debemos recalcar que los datos presentados en la Vigilancia Epidemiológica se obtuvieron con personas con un alto riesgo de infección por VIH (alto recambio de parejas, ITS previa, trabajo sexual, entre otros) por lo que sobre-estimarían la prevalencia de infección en relación con la población general de HSH. Es necesario identificar los sub grupos que conforman la población bajo la categoría HSH y estudiarlos por separado a fin de obtener un estimado real de la epidemia en ellos y diseñar intervenciones diferenciadas.

Presentamos también la información brindada por la ESN ITS-VIH/SIDA de la Hoja de Monitorización para el año 2007, donde el estimado de infección por VIH en HSH es de 5%. Probablemente la mayor utilidad de los datos de la HM esté en permitir verificar la cobertura de tamizaje. 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.

Los datos de la HM no son útiles para poder determinar tendencias en la prevalencia de infección por VIH en este sub grupo. Entre los años 1996 y 2002 la vigilancia centinela de segunda generación, mostró una tendencia creciente en la prevalencia de infección por VIH en HSH (Sanchez 2007). Sin embargo, incluso desde 2002 la metodología de la vigilancia cambió para enfocarse en HSH con al menos una característica de alto riesgo, candidatos para participar en ensayos clínicos de prevención.

Indicador E.2 “Proporción de trabajadoras sexuales mujeres (TSM) seropositivas al VIH”

Lamentablemente no existen estimados de vigilancia centinela recientes. 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 2007 esta proporción es de 2.8% (435/15505).

Los resultados de este indicador no permiten hacer inferencia a nivel poblacional: no se puede decir que la prevalencia de VIH en TSM es de 2.8%. El grupo de TSM fue identificado como uno de los “grupos vulnerables” cuando se formuló la propuesta de segunda ronda, por lo que este es un indicador clave. La HM representa a los usuarios de los servicios del MINSA. No constituye una representación de la población objetivo y está ligada al sistema de información de los establecimientos de salud, el cual cumple un rol administrativo y no de vigilancia. Las TSM que acuden a los CERITSSS constituyen sólo una parte de la población de trabajadoras sexuales y representan al grupo que accede a los servicios de salud, teniendo el dato un sesgo inherente. De la manera como está medido, el indicador sirve para monitorizar la prevalencia de VIH en TSM que son usuarias de los establecimientos de salud del MINSA. En ese sentido, el dato obtenido es similar al de la tercera medición, manteniéndose la prevalencia en este sub grupo por debajo del 5%.

De todas formas, sería necesario entonces conocer una real cifra de prevalencia de infección por VIH en el grupo de TSM a nivel nacional. En la actualidad existen diferentes metodologías para estudiar lo que se llama poblaciones de difícil acceso, o poblaciones donde el universo no es conocido. Los esfuerzos, más allá del enfoque en las actividades programadas, deben concentrarse también en la obtención de información válida y generalizable en este grupo prioritario.

Indicador E3 “Proporción de Gestantes seropositivas al VIH”

Indicador estimado a partir de los datos de la HM 2007 en 0.11% (529/462864). Por otro lado, se presentan los resultados de la Vigilancia Epidemiológica de la DGE que muestra una prevalencia de 0.23% en este grupo para el año 2006. A lo largo del Proyecto del Fondo Mundial la cifra se ha mantenido por debajo del 1%. El grupo de gestantes se usa como un proxy para indicar la tasa de infección en

población general, y seguir una posible generalización de la epidemia, la cual no se ha dado en nuestro país. Las cifras sugieren más bien una estabilización de la prevalencia en este grupo poblacional.

En los años del proyecto de segunda ronda se cuentan con dos estudios de vigilancia epidemiológica en gestantes con resultados similares, utilizados para segunda y la presente medición (ver tabla resumen), ambos por debajo del 0.5% y con resultados similares.

Por otro lado, para la tercera y cuarta medición se cuentan con los datos recolectados en las HM de los años 2006 y 2007 respectivamente. Estos datos por ser de carácter operativo y ser recolectados de manera no sistemática sirven de referencia para el año en que fueron recogidos. En ambos años la cifra se encuentra por debajo del 0.5%, y es menor en la cuarta (0.11%). Sin embargo para fines de comparación es más exacto evaluar los estudios de vigilancia de la DGE.

Indicador E.4 “Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorevierten a los 18 meses

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) y obtener 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.

Este indicador ha sido probablemente el más complejo de calcular en las diferentes mediciones del proyecto. El mayor reto ha consistido en mantener una cohorte de niños expuestos que puedan ser seguidos hasta los 18 meses, y cuya información pueda ser centralizada en una base única.

Por otro lado, 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 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.

Para esta medición se presentan los datos de la cohorte del Instituto Materno Perinatal con 54 niños donde 3 (5.5%) permanecieron seropositivos luego de 18 meses. Si bien el IMP es un centro de referencia, estos datos no pueden ser extrapolados a nivel nacional. Por otro lado, los datos del IMP corresponden al período del 2006, tiempo en el que se realizó la tercera medición que incluía el sub estudio de identificación y seguimiento de niños de madres VIH que habían nacido el 18 meses previos. Este sub estudio se realizó en 3 hospitales e incluía al IMP.

Es probable que algunos de los niños de la cohorte de donde se han obtenido los resultados para la siguiente medición hayan sido identificados en el sub estudio de la medición previa. Esto imposibilita la comparación entre ambas.

Asimismo a lo largo del Proyecto las bases de datos para la medición de este indicador han sido distintas en las diferentes mediciones, lo que no ha permitido un nivel de comparabilidad.

Indicador E.5 “Proporción de las PVVS que acceden a atención integral”

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. Si consideramos que el programa TARGA incluye un equipo multidisciplinario y que sigue la Norma Técnica de Atención Integral para PVVS, el acceso a estos equipos podría considerarse como acceso a atención integral. En tal sentido en las mediciones anteriores, este indicador se operacionalizó presentando la proporción de PVVS con indicación de TARGA enrolados en el programa, donde el denominador estaba constituido por las

personas con indicación de TARGA y el numerador por las personas que lo estaban recibiendo (misma definición para el indicador 4.2). Es decir el indicador muestra la demanda efectiva para TARGA, pero a la vez solo incluye a las PVVS que se encuentran en fase de inmunodeficiencia y no considera a las que aún se encuentran en fase asintomática.

Para la presente medición la ESN entregó como numerador el número de personas enroladas en el programa TARGA en el 2007 y como denominador el estimado nacional de personas en necesidad de TARGA para ese período, el cual asciende a 21 299, utilizando el programa Spectrum de ONUSIDA para el seguimiento de los indicadores UNGASS. El indicador tiene un porcentaje de 42.9%. Esta vendría a representar la demanda teórica de TARGA. Sin embargo si se utiliza el estimado nacional de PVVS en necesidad de TARGA se debería incluir también a los usuarios de ESSALUD dentro del numerador lo que aumentaría la proporción de PVVS recibiendo tratamiento antiretroviral.

Si utilizamos el denominador que incluye a la personas con indicación de TARGA y a los que están en lista de espera (datos de encuesta rápida) el indicador tiene un valor de 519/563 (92.2%), el cual es consistente con lo encontrado en la Tercera Medición, y muestra el *plateau* de un curva exponencial de enrolamiento desde que se inició el programa TARGA en el 2004.

Indicadores de Resultado

Objetivo 2

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

Para este indicador contamos con información proporcionada por la ESN y los datos de la encuesta rápida realizada en CERITSS.

Tabla 10: Fuente MINSa

Código	Nombre	Fuente	N/D	%
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización del MINSa 2007	17639/ 127000	13.9%

Tabla 11: Encuesta Rápida

TS	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
5 o menos chequeos en último año	30 25.9%	23 20.9%	22 20.0%	75 22.3%
6 o más chequeos en último año	86 74.1%	87 79.1%	88 80.0%	261 77.7%
Total				336

Existe una clara diferencia entre los indicadores según la fuente. En ambos el numerador esta conformado por la TS que acuden a AMP. En el caso del MINSa el reporte de TS controladas lo hacen los CERITSS a nivel nacional. Sin embargo, no existe un criterio uniforme para considerar “controlada” a una TS y por lo tanto el consolidado nacional resulta en un valor que oculta una gran variabilidad de resultados según el ámbito. En el caso de la encuesta rápida se decidió como definición operacional de controlada, el contar con 6 o más atenciones en el último año.

No obstante, la mayor diferencia se basa en el cálculo del denominador: el MINSa ha considerado el total estimado de TS, utilizando un proporción de 0.5% de la población total del país. Una vez más se hace una estimación de la demanda teórica de un servicio (como en el caso del indicador E.5).

En el caso de la encuesta el denominador consta de las TS “abordables”, es decir aquellas que son seleccionadas en el CERITSS. Esta aproximación de demanda efectiva tiene un evidente sesgo de selección. Sin embargo el indicador sirve para poder determinar la proporción de TS que ya acudiendo a un CERITSS lo hacen de manera sostenida a lo largo del año. En ese sentido, se evidencia un avance en relación a la Tercera Medición (77.7% vs. 43%), que podría explicarse por mejoras en el servicio de AMP como se verá en la discusión de hallazgos del componente cualitativo.

Hallazgos del componente cualitativo²³

La mayoría de trabajadoras sexuales entrevistadas que realizan su Atención Médica Periódica (AMP), suelen asistir a un CERITTS. Ellas van mensualmente o en algunos casos cada dos o tres meses, desde hace aproximadamente tres años o más, lo cual coincidiría con el trabajo de los Promotores Educadores de Pares (PEP) que se iniciaron con la segunda ronda de proyectos del Fondo Global.

Hago la atención médica periódica en el Centro de Salud San Juan, la atención médica es mensual, ya estoy tres años (TS 1, Iquitos)

Cuando trabajaba en el Night Club iban promotoras y me dijeron de la atención en el Centro de Salud, y cuando una trabaja en un Night Club es muy pesado y solamente atienden en la mañana (TS 2, Iquitos)

Antes de esto, muchas de ellas no conocían la existencia de un centro especializado para la AMP, y, cuando necesitaban cualquier tipo de atención, lo hacían en las postas cercanas a sus viviendas.

² Todos los instrumentos se aplicaron simultáneamente en el mes de Octubre 2008 (Iquitos, Huancayo y Callao durante la primera semana y Lima durante la segunda semana)

³ El estudio cualitativo permite complementar el estudio cuantitativo, es decir que al leer el resultado del indicador cuantitativo y luego leer los hallazgos cualitativos el lector puede obtener un panorama más integral de los resultados. Es por ello que al utilizar una complementación de metodologías no se está de ninguna manera triangulando los resultados, lo cual implicaría otro tipo de estrategia y otro tipo de análisis que necesita mucho mayor tiempo. En este caso estamos apuntando a la **complementación** de datos lo cual quiere decir que en el marco de un mismo estudio se obtienen dos imágenes una procedente de los métodos cualitativos y una procedente de los métodos cuantitativos (cfr. Tashakkori Abbas/Teddlie Charlie: *Mixed Methodology Combining Qualitative and Quantitative Approaches*, Sage Publications, Thousand Oaks/London/New Delhi, 1998)

Antes solamente asistía a la Posta de Túpac, solamente como ciudadana no como trabajadora, antes no sabía que había atención (TS 1 Iquitos)

Hace tres años, antes no iba a ningún lugar porque desconocía la información de la prevención. Nunca nadie me había hablado, pero yo no le tomaba interés, porque no venía al caso el trabajo que yo hacía (TS 2 Iquitos)

Es conocido que la estrategia de PEPs TS data desde la década pasada, sin embargo ha sufrido altibajos, sobre todo en la época de la reforma de los programas verticales y la aparición de las Estrategias Sanitarias en el MINSA. Luego de ello la llegada de las actividades del Fondo Mundial a partir de 2004 se percibe como un nuevo impulso de la estrategia de promotores de pares.

Yo me hacía mis controles, hace varios años, ahora también, vengo cada dos meses... así vengo... (TS 2, Callao)

La irregularidad en la asistencia al control médico periódico depende también de la evolución de la TS del riesgo percibido por el número de contactos o tipo de exposición que ha experimentado.

Bueno, yo vengo cada tiempo, lo que pasa es que ahora estoy estudiando, atiendo a los que me llaman por teléfono, de vez en cuando, ya no es tan regular como antes, porque ahora trabajo así... (TS1, Lima)

Por su parte una de las entrevistadas de Huancayo relata que no asiste regularmente al Servicio de AMP, debido a su **condición de trabajadoras sexual migrante**; lo cual nos indica que, en zonas donde muchas de las trabajadoras sexuales no pertenecen al lugar, sería necesario implementar estrategias diferentes que impidan la interrupción de su atención cuando regresan a sus hogares.

Yo cuando estoy aquí hago mis controles médicos y cuando me voy a mi casa ya no me hago los controles médicos. Cuando comencé todavía no había para protegernos con el condón. Hace tres años y medio que uso condón y voy al centro de salud. Cuando estoy en Huancayo, yo voy a hacerme la atención, pero

después me voy a mi casa de allí no salgo cinco seis o siete meses (TS 1, Huancayo)

Como se puede ver en el siguiente testimonio, las primeras veces que las Trabajadoras Sexuales (TS) se acercan a un centro especializado, se sienten incómodas de asistir a un establecimiento para trabajadoras sexuales, donde especialmente se tratan las ITS, incluido el VIH; sin embargo, pero de acuerdo al relato, se llegan a acostumbrar.

Lo que es más importante para ellas es la gratuidad del servicio y el trato no discriminatorio que reciben, para las trabajadoras sexuales entrevistadas ello es suficiente para calificar la atención como “buena”.

La primera vez que fui lo sentí raro, pero luego me fui acostumbrando, pero la atención me pareció bien porque todo era gratuito y la atención es buena, no he sentido ningún tipo de discriminación de parte de ella (TS, 1 Iquitos)

Un hecho que se resalta es la constatación de que los profesionales se encuentren capacitados para atender a la población, lo cual es lo que evita que se les maltrate o discrimine, aunque esto no ha sido siempre así. Ello demuestra que es necesario que profesionales y técnicos se encuentren sensibilizados y puedan tener un trato no discriminatorio hacia ellas. En las entrevistas realizadas en la actualidad la población está satisfecha con la calidad de la atención que reciben, cabe mencionar que las TS antes de ubicar su atención y ser constantes con el servicio, realizan un proceso de búsqueda y evaluación de servicios hasta que encuentran el lugar donde se sienten cómodas y regularizan sus controles.

Antes me atendía en otro lugar, pero luego me hablaron de este centro y de verdad me siento muy bien, todos son muy buenos, empezando por el Dr. ... entonces ya me quedé aquí. (TS 1, Callao)

Están capacitados para ese tipo de población, de otros servicios si hay... te molestaban y hablaban, pero creo que en ese momento lo hemos dicho y ha habido capacitación para ellos, y ahora nos reímos con ellos (TS 1, Iquitos)

Sí nos atienden bien, sí yo me siento tranquila (TS 2, Huancayo)

Más que nada que atiendan bien y que las enfermeras sigan trabajando así (TS 2 Huancayo).

Desde que yo he empezado a ir ha sido así, no ha habido privilegios para nadie, parece que antes era diferente, pero ahora ya no, porque las chicas de Night Club viene en la tarde (TS 1 Iquitos)

La capacitación del personal ha sido hace dos años, las autoridades se dieron cuenta, de que se necesitaba. Sí sirvió porque ya no veo ese tipo de cosas que te están mirando (TS 2 Iquitos)

Un problema actual resaltado por las entrevistadas de Iquitos es la falta de espacio. Con las tres rondas (2da., 5ta. y 6ta.) se han capacitado y contratado a más promotoras, sumadas a las promotoras más antiguas. Cada una de ellas tiene la obligación de derivar 8/10 usuarias, ello ha incrementado la población asistente de forma tal, que el espacio ha quedado demasiado pequeño, lo cual genera gran incomodidad; tomando en cuenta, incluso, que en el mismo lugar se atienden también las personas gay y trans (HSH) y, a veces, hasta las gestantes de población general.

Otra cosa, a veces la atención es para nosotras y las que pasan pre natal y las mandan a donde estamos nosotras y a veces las señoras nos miran como discriminándonos, las señoras embarazadas pasan al mismo consultorio que nosotros estamos pasando. Nosotras es específicamente para la población, y yo veo que es incómodo en ese aspecto (TS 2 Iquitos)

Lo que hay que cambiar es la infraestructura, porque ya está quedando un poco pequeña, que lo cambien a la otra cuadra, pero no hay todavía... hay el proyecto pero todavía no lo ponen en marchan (TS 1 Iquitos)

Igualmente se dieron reclamos para que se mejore el servicio de laboratorio

Mejorar en lo que es laboratorio, porque esta vez no hay laboratorio en la tarde y sólo en la mañana. Entonces las chicas van en la mañana y no pueden venir, eso debe mejorar. Que contraten a una persona laboratorista que esté ahí constantemente para la población (TS 2, Iquitos)

En cuanto a la atención de los médicos, como se ha dicho, no hay quejas significativas, únicamente la adaptación normal que se requiere cuando se cambia de profesional. Algo que llama la atención es el CERITTS San Juan de Iquitos y que no se observa en otros lugares, es la inclusión de un/a profesional para atender otros aspectos de la salud de las TS (“médico de cabecera”, lo cual implica un paso importante para una atención verdaderamente integral para ellas. Lo que se resalta en Huancayo es el problema del horario.

En el trato no tenemos queja, nos tratan bien. Ahora nos han facilitado el servicio con una doctora, y todavía no se especializa en el trabajo que nosotros hacemos y mucho se demora, antes nos atendía la srta. María Hernández, es un poco lenta la atención que está brindando (TS 2 Iquitos)

Lo que habíamos propuesto hace años fue un médico de cabecera, que no solamente nos haga las revisiones de la vagina, sino el estómago, un médico que nos revise y nos recete y ahora ya lo tenemos, aunque hay un poquito de aglomeración por eso. Por eso queremos otro ambiente para que avance más rápido (TS 1 Iquitos)

Actualmente tenemos dificultades que tenemos son el horario de atención, porque solamente es de ocho de la mañana hasta las diez y media y eso es muy corto. Nosotras trabajamos a veces hasta la madrugada y luego tenemos que estar en la mañana temprano en el Centro de Salud y eso no es posible (Promotoras TS, Huancayo)

En Lima y Callao la percepción es por lo general de satisfacción, se percibe apoyo de los establecimientos visitados, en su mayoría se afirma la existencia de cuadros profesionales sensibles y comprometidos, aunque se asume que en otros lugares pudiera ser distinto. Se percibe un clima institucionalmente adecuado tanto en EE SS. Barton como en el EE SS. Patruelo.

Las promotoras son un eje fundamental para la atención integral y para ello vienen asistiendo a numerosas capacitaciones que luego, las que están organizadas colectivizan en sus organizaciones, o bien utilizan para sus charlas a las TS durante su trabajo de campo. Ellas usan numerosas estrategias para llegar a la población, y es un hecho que a lo largo de los años y de las capacitaciones recibidas han ido consolidando su labor.

Hemos asistido en Lima a las primeras capacitaciones de IMPACTA, hay que aprender más cosas, porque nuestras compañeras hay algunas que están olvidadas que no saben qué es un taller (Promotoras TS, Iquitos)

Yo al cliente también le doy su charlita, y lo convenzo, le digo que no va a contagiar a su mujer, ese es nuestro trabajo de promotoras, de trabajo saludable (Promotoras TS, Iquitos)

En conclusión, la estrategia de promoción de pares y la atención médica periódica se percibe con las siguientes características

- Se percibe un incremento de TS que acuden a AMP en los últimos 3 años.
- Se percibe mejor trato y sensibilidad de los equipos de los establecimientos de salud debido a mayor capacitación de los equipos y a reclamos de buena atención constantes de las poblaciones de TS.
- Las promotoras se perciben como la principal fuente de contacto de las TS con el servicio, por lo que la elevación de la demanda deviene de un mayor esfuerzo de captación.
- El componente educativo de la Promoción de Pares es débil y las referencias a acceso de información se concentran en las consejerías en la AMP.
- Algunos retos pendientes para estas estrategias tienen que ver con la regularidad de las visitas de las TS, en relación a los tipos de trabajo sexual que ejercen, sobretodo en el caso de migración por trabajo sexual y ejercicio de trabajo sexual por temporadas. Esta diversidad de trabajo sexual hace necesario revisar los enfoque de TS al interior de las estrategias

- Otro reto necesario es la innovación necesaria para mantener la afluencia de TS, se percibe cierta monotonía, lo que atenta con el mantenimiento del vínculo y la conservación de la demanda.
- Otro reto, a partir de la afluencia mayor de TS y otros grupos poblacionales a los EE SS las instalaciones e infraestructura disponible se vuelve limitada y genera incomodidades y limitaciones para una atención de calidad.

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

Tabla 12: Uso de preservativo en última RS en TSM

TS última relación sexual:	Ciudad			Total
	Lima	Huancayo	Iquitos	
Usó preservativo	103 91.2%	89 84.0%	86 100.0%	278 91.1%
No usó preservativo	10 8.8%	17 16.0%	0 0.0%	27 8.9%
Total				305

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida ante la no disponibilidad de datos recientes de vigilancia centinela en esta población. De un total de 305 TS mujeres 278, (91.1%) reportaron haber utilizado preservativo en su último encuentro sexual. Este dato es consistente con el resultado obtenido en la Tercera Medición (94.1%).

Hallazgos del componente cualitativo

El uso del preservativo con el cliente es un aspecto importante a resaltar. Creemos, que ello ha mejorado con el tiempo y que las TS que asisten regularmente a su AMP, tienen mayores posibilidades de negociar y utilizar el condón con el cliente.

... siempre uso preservativo, con todos los clientes, siempre (TS 2, Lima)

Yo todos los días uso el preservativo y hay clientes que no quieren usar el preservativo, sobre todo los más mayores pero uno les explica bonito. Yo le explico y le digo que es importante usar el preservativo y algunos sí te aceptan y hay algunos que no quieren usar el preservativo y yo simplemente no les recibo (TS 1, Iquitos)

Antes no usaba el preservativo, sobre todo cuando un chico que me gustaba, cuando comencé a ir a las charlas y ver las imágenes de las enfermedades ya empecé a preocuparme (TS 2, Iquitos)

Cuando empecé en el trabajo sexual yo empecé, cuando no conocía empecé sin usar condón, porque yo tenía mi pareja para mis hijos. Jamás he sabido lo que es un condón. Tenía miedo de haberme contagiado y ahora ya sé ya, incluso no sabía ni abrir el condón (TS 2, Iquitos)

Nunca he aceptado un cliente sin condón. Hay personas que te ofrecen más pero esas personas pueden tener algo y dañarnos a nosotras (TS 1, Huancayo)

En las TS más experimentadas se puede notar en sus relatos una percepción de antes y después. De no usar preservativo al inicio o cuando inicio el Trabajo Sexual y un después, casi siempre relacionado a charlas, consejerías o solicitudes del establecimiento de trabajo. Esto hace notar que el compromiso con el uso del condón se adquiere en el proceso de trabajo, no así como parte de la formación y acción en la vida cotidiana como población general.

Es necesario resaltar, sin embargo, que todavía permanecen los problemas relativos al uso del condón con las parejas, tema que ya habíamos tratado en una evaluación anterior.

Siempre lo uso en mi trabajo, pero con mi pareja no lo uso, porque a él no le gusta. No me gustaría porque yo hago con mis clientes con condón y yo soy sana ante él. Si le he dicho y puso el grito en el cielo, que no porqué quieres usar condón. Pero sí he querido comprobar como sería con él usar condón (TS 1, Iquitos)

Lo uso con todos los clientes en el lugar donde trabajo, con mi pareja no siempre (TS 1, Lima)

Toditas somos solteras, yo con mi ex nunca he usado el condón. Con mis clientes, sea como sea con condón (TS 2, Iquitos)

Yo me cuido con el preservativo y con mi pareja así nomás, si es mi pareja tengo que confiar en él (TS 1, Huancayo)

Es un hecho que las promotoras educadoras de pares han sido clave para el éxito de lograr un uso consistente del condón con el cliente por parte de las trabajadoras sexuales.

Nosotras como educadoras de pares, tenemos que dar el ejemplo, ni nosotros no usamos el preservativo qué ejemplo vamos a dar a nuestros pares. Tenemos compañeras que toman que fuman es bien difícil sensibilizarlas (Promotoras TS, Iquitos)

En conclusión, sobre el uso del condón las percepciones de las trabajadoras sexuales plantean.

- La necesidad de usar condón siempre y de manera consistente con los clientes de trabajo sexual.
- Ausencia de condiciones de excepción en el imaginario para no usar condón en el trabajo sexual.
- Limitaciones para negociar el uso de condón con las parejas afectivas, debido fundamentalmente al deseo de ocultar la condición de trabajo sexual en algunas y de otro lado a la aún presente significación de la afectividad y el deseo con el contacto directo y la ausencia de la racionalidad que implica la prevención.

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

Al igual que para el indicador R2.1 presentamos los resultados proporcionada por la ESN y los datos de la encuesta rápida realizada en CERITSS.

Tabla 13: Fuente MINSA

Código	Nombre	Fuente	N/D	%
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización del MINSA 2007	7660/187000	4%

Tabla 14: Encuesta rápida

	HSH_TS		HSH_No TS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
5 o menos chequeos	30	23.8	85	42.5
6 chequeos o más	96	76.2	115	57.5
TOTAL	126	100	200	100

Una vez más la marcada diferencia de resultados se basa principalmente en el cálculo del denominador, con las mismas salvedades que en el indicador R2.1. La Estrategia Sanitaria utilizó un estimado del 0.7% de la población total del país para estimar el número de HSH. Los principales usuarios de AMP son TS, y la estimación del tamaño de la población debería ser para este sub grupo. Al utilizar como denominador lo que se estimaría como el número total de HSH, se va producir una sub estimación para el valor de indicador.

Para el caso de la encuesta, acudir regularmente a AMP fue definido como el tener al menos 6 visitas a un CERITSS para atención médica en los últimos 12 meses. Presentamos los resultados, basados en esta definición operacional, para la población HSH-TS y HSH No TS. Si bien la AMP se enfoca principalmente a la población de TS, el grupo HSH se considera *per se* un grupo de “alto riesgo” para infección por VIH, por lo que es importante conocer la proporción de los que acuden regularmente a AMP.

A fines de comparabilidad tomamos el resultado en población HSH TS como el valor del indicador para esta medición, el cuál muestra un incremento en relación a la Tercera Medición (47.9%) en la encuesta rápida).

Hallazgos del componente cualitativo

Cuando los HSH encuentran un lugar que evalúan como adecuado pueden resultar en clientes regulares en una buena cantidad de años. Tanto en Lima, Callao e Iquitos, como en Huancayo los entrevistados llegaron gracias a la información que recibieron de un amigo promotor.

Hace años era diferente, ahora es diferente, o sea como yo de tiempo me voy a la posta. Yo dejé de ir unos años y mi amigo me dijo vamos, me voy al mes fui también y he empezado a ir cada mes (HSH 1, Iquitos)

Yo llegué porque me dijeron, me recomendaron aquí, me dijeron que el doctor atendía bien, pues, siempre vengo, desde tiempo (HSH, Callao)

Yo voy a la AMP porque soy amigo de un promotor y voy desde los 21 años, ahora tengo 29 (HSH 1, Huancayo)

Muchas veces es el temor el que los obliga a asistir a la Atención Médica Periódica, que luego se traduce en una asistencia regular al centro.

He venido con dudas por mi pareja, que buscaba preservativos y no había preservativos por allá (estuvo de viaje) y un amigo vendía preservativos a 1 sol. Tenía dudas y por eso lo he buscado a mi amigo, porque yo tenía la duda... para que me lleve al Centro de Salud (HSH 1, Iquitos)

En la frontera hay diversión bien suelta, y yo creía que me podía haber contagiado de VIH, y por eso me vine acá (HSH 2, Iquitos)

Al Igual que las TS, los HSH también mencionan el problema de infraestructura en algunos establecimientos y su recomendación es que se separen las TS de las mujeres para poder tener más espacio.

A veces vamos a las 7 p.m. y vamos saliendo a las once, doce o una, porque ahí se atiende de todo, y lo que queremos es que se divida para poder salir un poco más temprano (HSH 1, Iquitos)

Hay un día que atienden y la gente va bastante. Debe haber dos Procetts uno para mujeres y otro para los varones, gays también (HSH 2, Iquitos)

Que separen a varones y mujeres, porque el servicio se llena porque la gente ya no puede atenderse y tiene que regresar a su casa (HSH 1, Iquitos)

En Huancayo, si bien la contribución de los promotores es valorada, ellos piensan que es importante, que deben tener una preparación ética, para que no divulguen los resultados de las personas.

Es necesaria una preparación ética de los promotores, se conoce que algunos han divulgado información confidencial, han insinuado que algunos participantes están “Tinkeados” (HSH 2, Huancayo)

En Iquitos los promotores mencionan que se han habilitado dos UAM para la población HSH, lo cual ha descongestionado el CERITSS San Juan de Iquitos. No obstante, otros promotores continúan enfatizando el tema de la falta de infraestructura como un problema ayaún sin resolver.

Gracias al Fondo Global ha organizado a los promotores de pares, en 2da. Ronda entraron 10 promotores más y en la 5ta. Ronda entraron más y hemos llegado a 49 y ya comenzó a colapsar era un caos. Ahora todo está tranquilo y calmado y hay más tranquilidad para que se pueda trabajar (Promotores HSH, Iquitos)

Somos 49 promotores y como se ha colapsado el CS San Juan y se ha buscado la prioridad de otros centros para que no haya tanta concentración. Los UAMs se están atendiendo, los centros se están adecuando y la gente sale contenta y están felices con el trato que les dan (Promotores HSH, Iquitos)

Ya no hay ese congestionamiento en el CERITTS, antes era un caos. A veces nos quedábamos sin cita y los participantes ya no quieren volver (Promotores HSH, Iquitos)

Lo que no se mejora es el ambiente del CERITTS, que todavía no cambia, que siempre hay mucha gente, eso es lo único que hasta ahora no mejora. La infraestructura es muy pequeña para la atención. Nuestra población es de más alto riesgo y para ello se necesita una buena atención, sino no vienen nunca más. Hoy en día ya está cambiando (Promotores HSH, Iquitos)

Los promotores tienen la percepción de que la calidad del servicio es buena, y aluden a la consejería, ausente en los testimonios de los dos HSH entrevistados. Por su parte en Huancayo reconocen que ha habido mejoras, especialmente en el trabajo de los promotores, sin embargo persiste el problema de la insuficiencia del incentivo que se les da para trabajar.

El trato del doctor y la doctora es muy bueno, los chicos salen muy contentos de la consejería que les dan, de la atención, no tenemos ningún inconveniente (Promotores HSH, Iquitos)

Desde que se inició el programa ha habido mejoras en la Atención Médica Periódica y ahora ya la gente se está sensibilizando para usar el condón, pero todavía falta mejorar el trato de algunos profesionales y además a nosotros no nos alcanzan el salario que recibimos para trabajar (Promotores HSH, Huancayo)

Mencionan que hace falta cubrir e incrementar los espacios de trabajo, ellos apuntan a la necesidad de llegar a más cantidad de personas que viven en lugares alejados.

Yo creo que presupuesto hay, pero lo que falta son las decisiones para que manden a los promotores a otras partes (Promotores HSH, Iquitos)

A veces la distancia es difícil y debe haber promotores en todos los lugares, hay que viajar en bote, dos días en lancha. Hay Requena es un día de viaje, en Nauta es a dos horas de viaje (Promotores HSH, Iquitos)

Ponen de relieve la existencia de discriminación en los pueblos más distantes, lo que podría acrecentar la vulnerabilidad de las poblaciones.

Allá la gente no maneja información, no manejan el tema. Allá todavía se discrimina, dicen que las travestis traen mala suerte en Contamana. En otros lados les incomodamos (Promotores HSH, Iquitos)

En Lima, los promotores plantearon serias limitaciones para el ejercicio de su labor, por un lado, plantearon, la existencia de competencia por captar a la demanda de HSH entre organizaciones no gubernamentales, esto de la mano con ciertos pagos o desembolsos que se realizan para estimular la participación de los HSH han hecho que estas poblaciones soliciten pagos para su asistencia.

... que me van a dar, a mi me pagan por ir, así te dicen cuando los convocas (Promotores HSH, Lima)

También sostienen que muchos HSH son captados en ciertos lugares de intercambio y trabajo sexual y son llevados a establecimientos de salud por fuera de la zona, esta lucha por la 'captura' de la demanda obedecería a la productividad exigida a los promotores mensualmente, en número de 8. El no cumplir con 8 nuevas referencias les haría acreedores de un memorado y 3 de ellos su salida obligatoria de la estrategia.

Se los llevan a otros lados, a Tahuantinsuyo, a Comas, así se los llevan, y si no llevas 8 al mes te ponen memorandum, y con tres te botan y no es justo pues, por eso estarán haciendo eso de llevárselos (Promotores HSH, Lima)

Un problema resaltado es la dificultad que se plantea cuando las rondas de los proyectos del Fondo Mundial terminen, ya que la Región no tiene la capacidad de absorber a estos promotores. Cuando esto ocurre, ellos se ven obligados a dejar de trabajar y por lo tanto quedan algunas zonas literalmente abandonadas.

Como ha terminado la 5ta. Ronda, ya no hay promotores en Yurimaguas (Promotores HSH, Iquitos)

Para los HSH, al igual que para las trabajadoras sexuales sí se han operado cambios en lo que se refiere a la calidad de los servicios y especialmente lo que ellos llaman “médico de cabecera”, es decir aquel profesional que trata a los usuarios del servicio de cualquier problema de salud que pudieran tener fuera de lo que corresponde a Atención Médica Periódica. Otro cambio importante que se menciona es la existencia de pruebas rápidas, lo cual disminuye considerablemente el tiempo de espera.

Sí ha habido cambios en los servicios, en la atención de los participantes, antes no había médico de cabecera, había solamente una consejera que se tenía que ocupar de todo. Antes no había pruebas rápidas, porque antes tenías que esperar 15 días antes que te den tus resultados, ahora dura solamente 45 minutos, tienes que esperar. Y recibe sus resultados rápido, y la persona se le da su consejería y ya no infectará a nadie más (Promotores HSH, Iquitos)

Con respecto al trato, los promotores manifiestan que éste ha cambiado y con el tiempo se percibe cada vez menos discriminación.

El trato es muy bueno, la doctora nos ha presentado a todo el personal y hemos conversado que no nos van a discriminar porque todos somos seres humanos y merecemos respeto (Promotores HSH, Iquitos)

Antes te discriminaban y te miraban si eras travesti, te preguntaban si eres mujer o si eres hombre, ha mejorado bastante ahora (Promotores HSH Iquitos)

Ya hemos explicado la importancia que adquieren los promotores de salud, para lograr una atención integral de calidad. En primer lugar porque, espontáneamente no se trata únicamente de una derivación como lo muestra el siguiente testimonio; aunque comparando los dos testimonios siguientes, podemos percibir que los promotores en Iquitos trabajan menos rígidamente que los promotores de Huancayo.

Hago sensibilización, con nuestros pares y conversábamos los abordaba y los llevaba al Centro de Salud y previamente les explicaba sobre la prueba rápida y la consejería. Vamos donde nuestros pares homosexuales, y les preguntamos si usan preservativo y en ese momento les explicamos sobre el condón para no infectarse del SIDA y cómo usarlo correctamente y las enfermedades venéreas. Y luego los llevamos al Centro de Salud (Promotores HSH, Iquitos)

Nosotros realizamos nuestro trabajo tres veces por semana, abordamos nuevos y antiguos y tenemos que tener diez referidos la mes porque sin no cumplimos con la meta no nos pagan (Promotores HSH, Huancayo)

Esta labor del promotor, suele no estar bien compensada, según ellos, y muchas veces gastan de su propio dinero para poder cumplir con lo pactado con el servicio de salud. Esta percepción predomina tanto en Iquitos, como en Huancayo.

A nosotros nos dan una movilidad y hace 10 años recibimos la misma cantidad, todo ha subido, más nos exigen, pero nos dan igual (Promotores HSH, Lima)

Incentivar a que la población HSH use su preservativo correctamente, darles consejería y a parte, darles apoyo, invitarlos al programa ha hacerse su control. Buscar cambios de comportamiento en la población HSH, reducir el número de parejas, cuando tienen muchas parejas, a que tenga uno. A utilizar el preservativo. Sensibilizando, dando información, mucho salía de mi bolsillo y no quería quedar mal con los chicos. Prácticamente no ganas nada en incentivos (Promotores HSH, Iquitos)

El 20% va solo y la mayoría no puede porque son de extrema pobreza. Nosotros cubrimos los pasajes y les invitamos su refrigerio para que no se aburran. Eso depende de cada promotor, cada promotor tiene su estrategia (Promotores HSH, Iquitos)

Nuestro trabajo a veces baja la calidad porque a veces no nos alcanza el incentivo y tenemos que poner de nuestra plata para pagar la consulta de los nuevos derivados (Promotor HSH, Huancayo)

Llama la atención este último testimonio, en el hecho de que los derivados tengan que pagar su consulta, lo cual demuestra que en cada región, probablemente el sistema es diferente.

Una limitación fuerte para los promotores y su captación es el problema de identidad de las poblaciones porque no tienen DNI y también por ser adolescentes, lo cual cuestiona la atención de calidad y plantea una demanda perdida.

Yo trabajo año y cuatro meses he tenido problemas en si con los chicos y en general con la gente GLBT porque hay personas que no tienen DNI y a pesar que están con alguna ITS o incluso el VIH no se les pueden atender acá en el Centro por esa razón y otros porque son menores de edad y a veces las chicas trans tampoco tienen documentos y se les limita la atención par aquellas personas (Promotor HSH, Lima)

Este testimonio plantea una limitación bastante importante que se debe tomar en cuenta y discutir a nivel de políticas públicas. Por un lado el tema de que ya se viene sabiendo desde hace algún tiempo sobre un posible incremento de las ITS en población gay y travesti menos de 18 años. Si bien esta población podría ser abordable, los promotores no tienen las posibilidades de hacerlo por la norma que impide atender a los adolescentes sin el permiso de sus padres. Por otra parte ya es, así mismo harto conocido que las personas trans desechan su DNI para evitar ser identificados con su nombre masculino, al no tener este documento su atención también se vuelve más dificultosa para los promotores. Estos dos problemas disminuyen considerablemente la posibilidad de incrementar el número de HSH que acuden a la AMP.

En conclusión, en relación a la promoción de pares y la atención médico periódica, en los HSH se encontró:

- El trato en los servicios de AMP ha mejorado sustantivamente, los HSH plantean ser bien acogidos.

- Si los HSH encuentran buen trato y atención en un servicio suelen retornar periódicamente
- El acceso a condones y lubricantes son un importante estímulo para la regularidad a la *AMP*
- La captación de nuevos HSH a través de PEPs es la estrategia prevalente, siendo que por sí mismos los HSH ya no van a los servicios de salud
- Se presentan dificultades en la captación por competencia de los promotores de diversas instituciones y servicios para el ingreso de nuevos HSH.
- Algunos establecimientos con la afluencia de más HSH están resultando insuficientes en infraestructura.

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

Tabla 15: Uso de preservativo en última RS en HSH

HSH TS última relación sexual:	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Usó preservativo	41 91.1%	53 88.3%	14 93.3%	108 90.0%
No usó preservativo	4 8.9%	7 11.7%	1 6.7%	12 10.0%
Total				120

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en CERITSS. Aún no se tiene disponibles los resultados de la Vigilancia Centinela, por lo que presentamos los resultados de la encuesta rápida. De un total de 120 HSH- TS 108, (90.0%) reportaron haber utilizado preservativo en su último encuentro sexual. En primera medición la fuente para este indicador fue el estudio de vigilancia centinela de la DGE, presentando un valor de 46.3%. No se contó con un valor para la segunda medición. Para tercera y la presente medición se utilizó la encuesta rápida en CERITSS, midiendo el uso de condón en HSH TS. Los resultados para ambas mediciones son similares con un reporte de uso de condón en la última relación sexual del 90%.

Hallazgos del componente cualitativo

Tanto en Iquitos, como en Huancayo, los entrevistados mencionan un cambio en sus vidas con respecto al uso de condón, y sus argumentos giran en torno a que actualmente se “*cuidan más*”; ello no significa que se estén protegiendo permanentemente, puesto que, como ya en otras ocasiones se ha demostrado, el estar bajo la influencia del alcohol puede tornar inconsistente su uso.

A veces cuando estás un poco con tragos, se te puede ir usar condón , pues (HSH, Callao)

En la frontera no usaba condones, sólo usaba cuando había y tengo un amigo que ha muerto con VIH/SIDA. Sí uso condón, pero cuando estoy un poco

tocadita de bebidas, ya no lo uso. No te miento que a veces tomo de vez en cuando (HSH 1, Iquitos)

Todos usamos condón, a veces cuando el chico para hacer sexo oral yo quiero usar condón, pero no quieren (HSH 2, Iquitos)

De la misma manera, continúa siendo escaso el uso del condón para sexo oral, tema que se torna importante si consideramos las ITS que se pueden contraer como la gonorrea faríngea.

En nuestra población para sexo oral no usa el 90% de nuestra población (HSH 1, Iquitos)

Otro tema importante para esta población, es el hecho de no usar el preservativo con las parejas sexuales afectivas.

A veces cuando es tu pareja te cuesta, pues no... a mi no ah, pero he escuchado de que con el que te gusta es difícil exigir (usar condón) (HSH, Callao)

Algunos no usan con su pareja, son trabajadoras sexuales en la plaza pero con su marido no usan condón (HSH 2, Iquitos)

De acuerdo a los testimonios, está bien asumida la idea de utilizar el condón, aunque no sabemos a ciencia cierta si se usa de manera efectiva.

Sí yo he cambiado desde que voy a la atención del centro y he conocido varias cosas ahora sé que lo más seguro es usar condón y tener una sola pareja (HSH 1, Huancayo)

Principalmente los promotores han internalizado el uso del condón de manera permanente, contrariamente a la población HSH que no desempeña la labor de promoción de pares.

Yo siempre uso condón. Si no hay preservativo no hago nada. Lo que me han enseñado tengo que valorarlo, anteriormente he sido de lo peor, pero ahora he

cambiado, donde quedo yo como líder, porque qué van a pensar mis compañeros, si yo hago lo peor. Por eso es el motivo que yo he cambiado (Promotores HSH, Iquitos)

Antes era hoy o nunca y lo hacía sin condón porque en ese lapso yo era ignorante y voluble, no le tomaba importancia (Promotores HSH, Iquitos)

Hay chicos que todavía piensan así, como yo antes, hay chicos que se informan pero lo toman a la deriva, yo les digo a ellos, el día que estés mal ya no se va a poder hacer nada y no le toman importancia (Promotores HSH, Iquitos)

En conclusión, en relación a los HSH y el uso de condón se afirma:

- Existe la idea del uso del condón como preventivo
- Persisten en el imaginario de los HSH las dificultades para el uso consistente del condón.
- El no uso está relacionado, al deseo, a la afectividad y al estado de embriaguez.

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

Tabla 16: Proporción de respuestas correctas en PPL – año 2008

1	No tener relaciones sexuales	51.1%
2	Relaciones sexuales sin penetración	43.1%
3	Usar condones	98.8%
4	Evitar parejas que no conoces	85.9%
5	Fidelidad	91.9%

Promedio versión ligera: **80.6% (n=512)**

Versión exigente: **74.2% (n=512)**

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en 3 establecimientos penitenciarios de Lima y Callao donde se entrevistó a 512 internos. Al igual que en la segunda medición, se consideró dos versiones para este indicador: Una “versión ligera” (3 ítems) y una “versión exigente” (5 ítems). 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 a la Tercera Medición (29.2%, [IC95%: 25.5-33-2]) vs. (74.2%, [IC95%: 70.3-77-8]) se observa un incremento sustancial en la proporción de PPL con conocimientos de métodos de prevención en ambas versiones del indicador

La utilización de un mismo instrumento sobre una muestra aleatoria de una misma población permite obtener datos transversales en dos momentos diferentes y asegurarnos comparabilidad. Existe un incremento en el nivel de conocimiento de los PPL en los métodos de prevención de infección por VIH. Este resultado es positivo, sin embargo no asegura que las PPL apliquen los métodos que conocen para prevención (como se verá en el siguiente indicador) los cuales implican un cambio de conductas, y en el caso de uso de condón se encuentra además condicionado por el acceso al mismo.

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.

Tabla 17: Uso de preservativos en última RS en PPL

	Frecuencia	Porcentaje
Uso preservativo	180	35.2
No uso preservativo	332	64.8
Total	512	100.0

Especificando resultados a su vez para personas que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 3 meses, la cifra es de 121/360 (33.6%, [IC95%: 28.9-38.6]). Esta cifra es similar a la encontrada en la Tercera Medición: (36.8%, [IC95%: 32.0-41.9]). Se puede apreciar un incremento en el conocimiento de las medidas de prevención en PPL en el indicador anterior, más no en el uso de preservativo. Como se ha mencionado existen otros determinantes alrededor del uso del condón, cuya exploración va más allá de los fines de este estudio.

Por otro lado recomendamos especificar el tipo de relación sexual, (anal o vaginal) y en el caso de sexo anal, si este fue insertivo o receptivo al evaluar la última relación sexual, cuando se mida este indicador.

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 2007 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 69.5% (Gestantes con pruebas de tamizaje VIH en algún momento de la gestación, parto y/o puerperio = 321 674, Total de gestantes = 462 864). En comparación al estimado obtenido durante la tercera medición a partir de la misma fuente (60.5%) se aprecia un ligero incremento que se traduce en un incremento en la oferta de tamizaje el cual ha sido sostenido a lo largo de las cuatro mediciones realizadas durante el desarrollo de la Segunda Ronda.

Hallazgos del componente cualitativo

Las gestantes realizan sus controles prenatales y, como parte de éste, también realizan los análisis correspondientes a sífilis y VIH.

En efecto, aquí venimos para nuestros controles y al inicio te hacen todas las pruebas, entre ellas la de VIH, para saber si tienes SIDA (Gestantes, Lima)

Llama la atención de que algunas de las gestantes entrevistadas mencionen “análisis de sangre” de manera general, lo cual podría estar indicando o que no se les especifica que se trata de VIH o que simplemente no lo recuerdan, lo cual a su vez podría indicar que la consejería que reciben no es exhaustiva.

Recién me estoy haciendo mis controles prenatales, en San Juan y Moronacocha. Nos enseñan en el control prenatal, a prepara los pezones para dar de lactar al BB, nos enseñan a reconocer el riesgo en un embarazo. Te hacen los análisis de sangre y también de sífilis (Gestantes, Iquitos)

Las obstetrices no tienen mucho tiempo para atenderte, sería bueno que se tuviera un poco de prioridad con las mujeres gestantes para tener mayor información, para darles mayor información (Gestantes, Iquitos)

No hemos recibido charla sobre VIH/SIDA, no han hablado de qué son las ITS. En el control nunca (Gestantes, Iquitos)

Otro grupo sí han recibido la información adecuada sobre la prueba de VIH, su condición de obligatoriedad y en general sobre VIH en las gestantes.

Sí a todas nos dijeron que era la prueba de Elisa, que es obligatoria para todas las gestantes. (Gestantes, Lima)

Eso nos ha explicado. Porque hoy es pueden salvar los niños de tener SIDA, los preparan con medicamentos para que las criaturas no se contagien. Es necesario nos han enseñado que no se puede dar de lactar, porque ese es uno de los factores para que el infante tenga SIDA (Gestantes, Iquitos)

La mayoría de las participantes piensa que está bien que la prueba sea obligatoria, principalmente porque es importante conocer su condición.

Está bien, o sea la prueba está bien... yo creo que está bien para saber si tenemos algo malo... (Gestantes, Lima)

Luego se contradicen porque afirman que se debe respetar la decisión de la madre de hacerse la prueba, aunque la responsabilidad frente a su hijo debería ser lo que prime en su decisión. Interpretando su línea de pensamiento podríamos afirmar que ellas aceptan la obligatoriedad de la prueba para evitar que existan madres irresponsables que decidan autónomamente no hacerse las pruebas.

Está bien que sea obligatoria, para saber que estamos sanas. Debería respetar la decisión de una mujer embarazada que no quiere hacerse la prueba pero ella también tiene que respetar a su bebito (Gestantes, Iquitos)

Las gestantes resaltan, al igual que las otras poblaciones, el hecho de que las pruebas sean rápidas y gratuitas

Para mí ha mejorado un poco porque antes no te hacían VIH, ni sífilis. Ahora hay las pruebas rápidas y son gratuitas (Gestantes, Iquitos)

Para las gestantes se resalta también el problema de la falta de personal para atenderlas, la falta de espacio privado y la dedicación que se les ofrece en la atención.

Las enfermeras a veces están viejitas y no tienen paciencia. No tienen paciencia. Hay personas que son intratables y dicen que no saben nada cuando uno les pregunta. No hay mucha gente que atiendan al público y la mayoría de personas se atienden por el SIS. Lo adecuado sería una hora de atención. Debería haber más consultorios, y solamente atiende dos obstetras (Gestantes, Iquitos)

A veces las dos obstetras están en el mismo consultorio en un solo ambiente, separados por un pedacito de triplay. En San Juan hay tres consultorios y cada una atiende a una gestante (Gestantes, Iquitos)

Me está bajando un descenso amarillo y la doctora no me ha dicho nada, no me ha dado nada y estoy igual nada más (Gestantes, Iquitos)

No les dan mucha información. Sería importante que nos den información. No les hablan de la importancia del uso del condón en Planificación Familiar si dan (Gestantes, Iquitos)

En conclusión, sobre el acceso a la prueba de VIH en el imaginario de las gestantes encontramos:

- Valoración de la prueba de VIH dentro de la batería de pruebas para controlar el embarazo
- Relativo conocimiento sobre el procedimiento e implicancias de una prueba positiva
- Aceptación de la obligatoriedad de la prueba con algunas opiniones en desacuerdo débil.

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

Este indicador evalúa la cobertura del tamizaje para infección por VIH en gestantes sin CPN, el cual se realiza a través de la aplicación de pruebas rápidas y fue una de las actividades implementadas en el proyecto de segunda ronda.

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, por lo que no se cuenta con el número de gestantes que llegan al establecimiento de salud sin control prenatal.

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 79.2% (Gestantes VIH+ en el momento del parto institucionalizado y que reciben ARV en el momento del parto = 48, Gestantes VIH+ en el momento del parto institucionalizado = 63).

Este indicador refleja la cobertura de profilaxis ARV en mujeres sin control prenatal, a las que se les realiza pruebas rápidas de infección por VIH. Los datos provienen de la hoja de monitorización del 2007. En este período se registraron un total de 529 gestantes seropositivas de las tamizadas en CPN, parto o puerperio. De estas el 11.9% (63/529) fueron gestantes cuyo diagnóstico fue realizado durante el parto, y de aquellas el 79.2% recibió profilaxis ARV.

Este indicador debe ir ligado al 3.2 que mide la cobertura de pruebas rápidas en gestantes sin control prenatal, del cual no se tiene resultados.

Hallazgos del componente cualitativo

Las entrevistadas tenían tres condiciones diferenciadas. Mujeres que descubren su condición de VVS en el proceso de embarazo y que actualmente toman antiretrovirales, Mujeres que descubren su condición de VVS y que aún no ingresan a TARGA por el nivel superior a 200 de CD4 y Mujeres que hace varios años tomaban tratamiento antirretroviral y que resultan embarazadas.

En Lima las entrevistadas conocieron su diagnóstico positivo durante el embarazo y su reporte sobre la calidad del servicio fue diferenciado, si bien plantearon que se les administró el tratamiento para evitar la transmisión, en algunos casos se afirmó haber recibido trato discriminatorio de médicos que no quisieron asumir la cesárea al conocer el diagnóstico seropositivo, esta situación también se afirma es menos frecuente. Por otro lado otras entrevistadas plantearon una evaluación positiva del personal de servicio, aduciendo respeto y sentirse bien con el trato que les dan, más aún en algunas instituciones y con algunos equipos humanos.

El último es el caso de una gestante VVS en Iquitos que tiene en la actualidad cuatro meses de embarazo.

En el hospital regional me dan mi tratamiento. Ya más o menos tres años que tomo mi tratamiento... Estoy recibiendo mi tratamiento, que tomando estas pastillas no le va a dar VIH a mi bebe, me siento preocupada, tengo vergüenza de ser una madre positiva, no sé qué le voy a decir a mi hijo (Gestante VIH, Iquitos)

Ella manifiesta que le han atendido bien en el Hospital, pero que sin embargo, le han llamado la atención por haber quedado embarazada siendo positiva. Podemos interpretar que parte de su vergüenza, mencionada líneas arriba se debe a este trato recibido.

El doctor me ha atendido bien en el hospital regional ... Está todo conforme, pero la señora M. se molestó porque he quedado embarazada, me dijo que era irresponsable, ahora tengo que hacer mis controles ... Me dicen que por qué me he embarazado si soy positiva (Gestante VIH, Iquitos)

Es muy importante el tema de la vergüenza y de sentirse mal por haber quedado embarazada siendo positiva, ello marca de una manera dramática el embarazo de esta informante y de su posterior vínculo, tanto con su hijo, como con la forma de llevar su enfermedad y su embarazo. Ello debería ser un aspecto fundamental a tratar en los servicios de salud para gestantes positivas, y no únicamente limitarse a darle el tratamiento.

No me miran mi embarazo, solamente me dan mi tratamiento. Me han dicho que me van a hacer cesárea Sí me tratan bien, pero las personas me miran, me miran diferente porque estoy embarazada y soy positiva. Yo me siento rara. Ella al contrario me aconseja que deba cumplir con mis citas, para darme el tratamiento...Todavía no me han dicho cómo va a ser mi parto. Sólo me han dicho para que venga a la charla faltando un mes. En el hospital me he hecho solamente dos controles (Gestante VIH, Iquitos)

En conclusión,

- En los servicios de atención a gestantes VVS se percibe buena atención por lo general y se perciben tratos inadecuados como procesos puntuales frente a mujeres que conocen su diagnóstico en el proceso de embarazo.
- En los servicios de atención a PVVS que comienzan a gestar es una situación aún estigmatizada, tanto por el personal de salud, por las mismas gestantes, existiendo un autoestigma a sentir vergüenza y culpa por haber resultado embarazada.

Objetivo 4

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

Tabla 18: Atención integral en PVVS

Atención integral sin considerar enfermera en los últimos 12 meses:	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Menos de 3 profesionales	305	41	4	350
	73.7%	83.7%	4.0%	62.1%
3 o más profesionales	109	8	96	213
	24.3%	14.3%	96.0%	38.9%
Total				563

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en 563 PVVS realizada en establecimientos de salud que brindan TARGA. La atención integral fue definida como la atención a un PVVS, en un período de un año, por 3 o más profesionales (atención médica, psicológica, nutricional, o por trabajador social). No se incluyó la atención por enfermería, ya que es esta la que se encarga de brindar consejería y de proporcionar el TARGA en la mayoría de centros de salud. Por ende, al ser parte de la atención rutinaria se le excluye del concepto de multidisciplinariedad que deben manejar los equipos que brindan atención a PVVS definidos por la Guía Nacional de Atención Integral. 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.

Si se observan los resultados de la encuesta vemos que existen marcadas diferencias entre las tres ciudades en cuanto a la atención por diferentes profesionales de salud, lo que hace que el indicador se distribuya de forma asimétrica en las 3 regiones. Mientras que en Iquitos, casi el 100% recibió atención por más de 3 profesionales, en Lima y Huancayo fue menos de un cuarto de la población del estudio la que las recibió. Lima concentra la mayor cantidad de sus atenciones en centros hospitalarios donde las atenciones se realizan a través de

interconsultas de los diferentes servicios, lo cual podría limitar la atención de los distintos componentes de los equipos multidisciplinarios.

Por otro lado, en la tercera medición se observó una disminución en el resultado del indicador con respecto a la segunda. Para esta medición, el resultado es similar a la tercera medición si comparamos el acumulado de las ciudades de Lima, Iquitos y Huancayo, y excluimos a Chimbote (la cual no se incluyó en la cuarta medición).

Hallazgos del componente cualitativo

Las opiniones de las personas que Viven con VIH (PVVS) en las cuatro ciudades, se encuentran bastante divididas con respecto al servicio que reciben; mientras algunos entrevistados se encuentran bastante satisfechos con la atención recibida y ello contribuye a su asistencia al control; otros opinan que la atención no es la ideal. Los entrevistados de Huancayo opinan, más bien, que la atención es la adecuada en El Carmen, mientras que en el Hospital Carrión todavía es deficiente. Lo mismo sucede en El Callao, donde se hace muy buena evaluación del Barton versus otros establecimientos que se mencionan

Aquí nos atienden bien, también me han dicho que hay otros sitios donde no lo tratan igual, por eso yo vengo aquí (PVVS, Callao)

No me permitían echarme porque mi mamá no tenía plata para internarme, me han llevado a emergencia para echarme y me han dado suero y ya me tranquilicé y gracias a dios que me han traído acá. Hay que ser humanitario porque a muchos de nosotros no nos atienden y nos hacen esperar y no nos escuchan (PVVS, Iquitos)

El trato ha sido muy bueno en El Carmen, no me puedo quejar, me han atendido muy bien y me siento muy contento (PVVS, Huancayo)

Cada mes me hago mis despistajes. En el Carrión la enfermera no está sensibilizada, ella ve al paciente como si fueran sus empleados, los grita, ya pedí mi cambio para hacer mi cambio en El Carmen, pero hasta ahora no se puede (PVVS, Huancayo)

Si bien se percibe un cambio muy inicial en los servicios, todavía existen algunos signos que demuestran que el estigma persiste.

Antes era diferente, porque no me atendían porque no teníamos plata, ahora ha cambiado, no mucho, porque si no decimos nuestros derechos, no lo hacen, pero algunos doctores ya iban tomando conciencia para que nos atiendan, pero lo malo es que cuando a veces te ponen en una sala para que te hospitalicen ponen “sala de infectados prohibido pasar”. Las personas a veces se asustan, se alertan (PVVS, Iquitos)

Deberían poner otro aviso, no el signo de muerte. Otras señoritas te tratan amablemente, otros no. Estando con dos sueros te sacan para que te manden a tu casa, por eso otra persona tiene que acompañar (PVVS, Iquitos)

Si atienden bien. Aunque algunos escriben sin preguntarte nada... rápido, saca los análisis y no te habla nada. Algunos sí te preguntan (PVVS, Iquitos)

Luego viene otro doctor y el doctor me dijo por qué no te quieres operar, ahí recién me di cuenta que era discriminación (PVVS, Iquitos)

Queda claro, sin embargo que la atención no es del todo “integral”, tomando en cuenta la afirmación de que en otros programas la atención no suele ser buena y de acuerdo a la ruta descrita, todo gira directamente en torno al tratamiento para el VIH.

El trato es bueno pero es necesario exigir. Fui al consejero de pares para saber lo de la enfermedad, de ahí pasé con la consejería de enfermería y luego con la psicóloga. Dos meses más o menos e ido (PVVS, Iquitos)

En Procetts te atienden lo mejor, en otros programas la atención no es muy buena (PVVS, Iquitos)

Falta de soporte emocional, sería menos enfermedades y la otra encausar a los PVVS a un nuevo régimen de vida en relación al TARGA. Eso también es lo

que está faltando, de ahí se podría completar toda la parte integral (PVVS, Iquitos)

Hay que capacitar más y poner personas especializadas, es la única con la que tengo problemas. Son chéveres todos los demás pero faltaría un psicólogo (PVVS, Huancayo)

Es importante resaltar la voluntad que tienen algunos de los entrevistados para realizar actividades de prevención positiva, la cual debería ser tomada como parte fundamental de la atención integral y podría cubrir la falta de apoyo psicológico profesional.

Ahora soy voluntario como apoyo a las personas que estén aquí como paciente. Acá me siento muy bien de estar al lado de ellos, porque yo soy positivo y les puedo contar lo que yo pasé, porque muchas personas no nos escuchan. Ahora me siento capaz de ayudar a los demás. Las personas necesitan sensibilización, de que el VIH no es un signo de muerte (PVVS, Iquitos)

Puedo ser un ejemplo para mis hermanos y para mis compañeros de colegio, para que no les pase lo mismo que a mí (PVVS, Iquitos)

Yo los aconsejo a mis amigos, porque yo estoy bien, contento. Conversamos con las otras personas y nos ayudamos mutuamente (PVVS, Huancayo)

En conclusión,

- Es conocido que PVVS con CD4 superior a 200 no acceden a tratamiento antirretroviral
- La percepción del trato ha mejorado, pero aún se consignan limitaciones en torno a la integralidad de la atención y a la homogeneidad de la buena atención en todos los establecimientos de salud.

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

Tabla 19: Fuente MINSA

Código	Nombre	Fuente	N/D	%
R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	SMEii Sistema Spectrum ONUSIDA	9140/21299	42.9%

Tabla 20: Fuente Encuesta Rápida

	departamento			Total
	JUNIN	LIMA	LORETO	
Sí recibe TARGA	46 93.9%	402 97.1%	71 71.0%	519 92.2%
No recibe TARGA	3 6.1%	12 2.9%	29 29.0%	44 7.8%
Total	49 100.0%	414 100.0%	100 100.0%	563 100.0%

Este indicador presenta, para ambas fuentes, el mismo numerador y denominador que el indicador E.5. Como se explicó anteriormente, la principal diferencia en la información proporcionada por el MINSA consiste en el cálculo del denominador, el cual, se estimó utilizando el programa Spectrum, e intentó obtener un estimado real del número de PVVS con necesidad de TARGA. Anteriormente se consideró para el numerador, el número de PVVS en TARGA más la lista de espera. En otras palabras, la demanda efectiva de PVVS con acceso a servicios de salud.

Para fines de comparación utilizamos el valor de la encuesta rápida el cual es similar al valor del indicador para la Tercera Medición. Este indicador ha servido para monitorizar el avance del Programa TARGA desde sus inicios en el 2004. Es una medida de la demanda efectiva. Nos muestra que en dos momentos diferentes, existe una cifra de alrededor del 10% que se encuentra en lista de espera para iniciar tratamiento antiretroviral. El indicador es una evaluación de la cobertura del programa la cual en sus primeros dos años llegó al 90% y se ha mantenido a ese nivel. Sin embargo de los resultados de la encuesta rápida, observamos diferencias en la cobertura en las distintas regiones, obteniendo un resultado del 71% en Loreto. Lo que la encuesta está midiendo es la proporción de PVVS que con acceso a

los servicios de salud y que se encuentran en lista de espera para ser enrolados en TARGA. La demora en la entrada al programa

Hallazgos del componente cualitativo

La mayoría de los entrevistados se encuentra tomando TARGA, según el protocolo, salvo por razones de Huelga médica no se ha producido ningún problema con el abastecimiento.

Estoy tomando tratamiento antiretroviral desde el 2007 en el hospital regional. Yo me fui por mí mismo porque me han dicho que tengo que tomar tratamiento lo más rápido posible (PVVS, Iquitos)

Ahora voy mensual. A veces no dan el tratamiento completo, por la huelga, porque hay desabastecimiento de tratamiento. Ahora con la huelga. No me ha pasado que no he parado de tomar mis pastillas (PVVS, Iquitos)

Algo importante que resaltan es la gratuidad, tanto del tratamiento, como del cuidado, aunque los problemas de huelga han disminuido la calidad de la atención.

Gratis era el tratamiento antiretroviral, pero yo no sabía que todo era gratuito el cuidado (PVVS, Iquitos)

Estuve hospitalizada por la tuberculosis, porque me dio un desmayo y estuve en coma y hospitalizada dos semanas (PVVS, Huancayo)

Para mí todo sigue igual. Supuestamente el infectólogo llega a las 9 de la mañana y nosotros a veces nos amanece y no alcanzan las fichas y se acaban. Vamos a las 4 am y salimos a mediodía o el Dr. no va o lo posterga para el siguiente día (PVVS, Iquitos)

Yo voy mensualmente a recibir mi tratamiento. Algún promotor de pares conversa contigo para ver cómo te está yendo, no hay un chequeo médico. Por ejemplo yo ya voy a tener 10 meses y todavía no me he hecho mi CD4, Pero por

la huelga no he podido. Yo voy recibo mi tratamiento y me regreso (PVVS, Iquitos)

En conclusión:

- Es reconocida y valorada la gratuidad del tratamiento y la atención.
- Aún se perciben situaciones de discriminación y maltrato en los servicios de atención a PVVS
- En escenario de una huelga médica privilegió comentarios críticos y limitaciones frente a la atención de salud.

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

Tabla 21: Fuente MINSA

Código	Nombre	Fuente	N/D	%
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	Hoja de Monitorización del MINSA 2007 y o SMEii	5318 / 6138	87

Tabla 22: Fuente secundaria

Dejó tratamiento alguna vez en el último mes

	Ciudad			
	Junín	Lima	Loreto	Total
No, nunca	40 87.0%	351 88.0%	40 56.3%	431 83.5%
Sí, una vez (un día)	4 8.7%	24 6.0%	6 8.5%	34 6.6%
Sí, dos veces	1 2.2%	13 3.3%	16 22.5%	30 5.8%
Sí, 3-5 veces	0 0.0%	9 2.3%	8 11.3%	17 3.3%
Sí, 6-12 veces	1 2.2%	0 0.0%	1 1.4%	2 0.4%
Como la mitad de las veces	0 0.0%	1 0.3%	0 0.0%	1 0.2%
He suspendido el tratamiento	0 0.0%	1 0.3%	0 0.0%	1 0.2%
Total	46 100%	399 100%	71 100%	516 100%

Se presentan resultados de dos fuentes: La Hoja de Monitorización del año 2007 donde el porcentaje de adherencia es de 87% al TARGA. Los resultados de la encuesta rápida donde se mide el indicador en un 83.5%, definiendo como adherente al tratamiento a las personas que nunca dejaron de tomar el tratamiento en el último mes.

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 administrativos, no sea un exacto reflejo de la realidad. 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.

Hallazgos del componente cualitativo

Queda claro que la adherencia es un proceso que parte desde la adaptación al TARGA, hasta que se desarrolla la costumbre y la conciencia del TARGA como una parte de la rutina y como una necesidad para el mejoramiento de la calidad de vida. En ese proceso, el primer período del tratamiento suele ser el de menor adherencia.

Al principio me costaba mucho, me sentía indispuesta pero luego, poco a poco ya me fui acostumbrando... (PVVS, Lima)

Tenía miedo porque los amigos te dicen que te va a chocar el tratamiento, y yo iba a recoger mi tratamiento todos los días por un mes. Porque ellos querían ver mi responsabilidad, aunque sea me iba caminando. Hay personas que le dan el tratamiento y no lo toman (PVVS, Iquitos)

Al principio fue horrible porque parecía que el tratamiento no aceptaba mi cuerpo, hoy estoy bien (PVVS, Huancayo)

Al comienzo cuando me chocaron las dejé y dije, ya no las tomo estas pastillas y me acuerdo que comí ceviche y me enronché y la llamo a la señora Eusebia. El doctor suspendió el tratamiento, el doctor no me quiso dar la mano. Como si tuviera asco de mí. Quince días dejé de tomar medicamentos, entonces la Señora Eusebia me dijo que empezara nuevamente (PVVS, Huancayo)

No sé hasta ahora me siento mal...(PVVS, Callao)

Ese proceso continúa con el establecimiento de una rutina, momento en el cual las personas, como los entrevistados, van a olvidar más de una vez tomar el medicamento.

Yo soy responsable y tomé todos los días hasta que ya me lo dieron cada mes. A veces me olvidaba o no me daba el tiempo de ir de acá al Regional, y me iba caminando y llegaba tarde y me decían por qué no has venido temprano (PVVS, Iquitos)

Si, lo tomo todos los días, a veces me olvido porque tengo que salir (PVVS, Lima)

Hasta que finalmente se le incorpora a la rutina de vida. Aunque esa incorporación rutinaria tiene también sus interrupciones.

De tal hora a tal hora. Sólo cuando me he operado he dejado de tomar el primer día, pero nunca he fallado. Me habré pasado dos días las horas, pero nunca he dejado de tomar (PVVS, Iquitos)

Ahora las tomo lo normal. No las tomo los días sábado porque me voy a ir a bailar y no quiero que choque con el alcohol (PVVS, Callao)

Sin embargo, es necesario agregar que no siempre la rutina es un continuo; existen retrocesos y avances en los que el aburrimiento puede tener sus consecuencias. Ello demuestra la importancia de que los servicios de salud no pierdan el contacto con los usuarios para reforzar e impedir que el aburrimiento pueda generar el abandono del tratamiento por un tiempo significativo.

Hay momentos en que los quiero dejar, me aburro, pero luego pienso, es por mi bien y tomo mis medicamentos (PVVS 1, Huancayo)

A veces los quiero dejar, tengo que correr a donde está mi pastilla y me da cólera, pero nunca lo he dejado (PVVS 2, Huancayo)

En conclusión:

- La adherencia es asumida como un proceso de incorporación del tratamiento a la vida cotidiana de la persona.

- El mayor o menor tiempo hasta asumir la rutina, dependerá de la calidad de la atención brindada, la presencia de malestares colaterales y el entorno social favorable

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

Tabla 23: Pruebas de laboratorio

CD4	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Recibió	393 99.0%	26 53.1%	100 100.0%	519 95.1%
No recibió	4 1.0%	23 46.9%	0 0.0%	27 4.9%
Total				546

Carga Viral	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Recibió	384 98.5%	19 38.8%	100 100.0%	503 93.3%
No recibió	6 1.5%	30 61.2%	0 0.0%	36 6.7%
Total				539

El indicador fue estimado a partir de la encuesta rápida en PVVS. 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 tercera medición se observa un aumento en este indicador. Sin embargo, una vez más vemos una discrepancia en los resultados en las diferentes regiones, mostrando Huancayo una cobertura deficiente que puede ser obviada si se analiza el indicador como un consolidado nacional.

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

Tabla 24: Fuente MINSA

a.4.1.2	Numero de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPs en el último año	Hoja de Monitorización del MINSA 2007 y o SMEii	7880/9140	86.2%
----------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------	-------

Tabla 25: Fuente encuesta rápida

PVVS en TARGA que reciben consejería por CEPs en el último año:	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Recibió información	185 74.3%	17 39.5%	70 100.0%	272 75.1%
No recibió información	64 25.7%	26 60.5%	0 0.0%	90 24.9%
Total				362

Se presentan resultados proporcionados por la ESN y los obtenidos de la encuesta rápida. Si vemos el consolidado nacional, el indicador muestra que el 86.2% de los PVVS en TARGA están recibiendo consejería de los CEPs. Por otro, lado si se observa los resultados de la tabla, vemos que aunque el resultado del indicador es alto, hay diferencias entre las 3 ciudades, donde Huancayo tiene una proporción por debajo del 40% de PVVS en TARGA que reciben consejería.

Este dato contribuye a entender que el indicador si bien evalúa el grueso de una estrategia no permite indagar sobre lo que ocurre a nivel descentralizado. La estrategia de CEPs debe ser uniforme en todas las regiones donde se implementa el TARGA, y al evaluar el indicador a nivel nacional debe considerarse el mayor peso que tiene Lima y Callao por concentrar en mayor número de PVVS en TARGA.

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

Tabla 26: Consejería sobre uso de condón en PVVS

PVVS en Targa que reciben consejería sobre uso adecuado del condón:	Ciudad			
	Lima	Huancayo	Iquitos	Total
Recibió información	217 69.1%	44 100.0%	64 90.1%	325 75.8%
No recibió información	97 31.1%	0 0.0%	7 0.0%	104 24.2%
Total				429

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 563 PVVS encuestados, son 519 los que reciben TARGA, un subgrupo de 429 participó en la evaluación sobre la recepción de información de uso del condón, lo que permitió obtener una estimación de 75.8% encuestados que afirman haber recibido esta información durante las consejerías. Al igual que el indicador anterior, el consolidado nacional va a tender a reflejar lo que ocurre en Lima. Sin embargo, observando los resultados de la encuesta rápida, en las tres ciudades la tendencia va hacia una alta provisión de consejería sobre el uso de condón.

Llama la atención lo observado en Huancayo, donde la proporción de PVVS que reciben consejería de CEPs es baja más no la consejería del uso de condón. Como se verá en la parte cualitativa, la mayoría de personas que reciben orientación sobre el condón la recibe de promotores de pares.

Hallazgos del componente cualitativo

Aquellas PVVS que se encuentran realizando trabajo de promoción y educación de pares son, en su mayoría, los que trabajan la orientación sobre el uso adecuado del condón.

Les enseñó a los chicos a usar el preservativo, los ayudo, estoy trabajando como promotora, no me gustaría que les pase a ellos lo que me pasó a mí. Tengo que inculcar a los demás (PVVS, Huancayo)

De esta manera las PVVS entrevistadas afirman que se protegen con el preservativo o bien con cualquier otra práctica de sexo seguro.

Utilizar los preservativos en cualquier relación, antes a veces usaba y a veces no, pero ahora no me gustaría dañar a ninguna otra persona. Ahora me cuido (PVVS, Huancayo)

Ahora sólo fantasías sexuales y sexo intrafemoral; no penetrativo (PVVS, Huancayo)

Otros PVVS afirman haber perdido o disminuido la intensidad del deseo sexual, no pensar mucho en ello.

En conclusión:

- La percepción sobre la actividad sexual en personas viviendo con VIH parece ir incorporándose en los servicios de salud y en las propias poblaciones afectadas.
- La entrega de condones desde los servicios es variable, algunos entrevistados afirmaron recibirlos y otros no.

V. Conclusiones y Recomendaciones

El inicio del Proyecto de Segunda Ronda del Fondo Mundial, supuso grandes retos para todos los actores involucrados a nivel nacional. Este demandó la creación de nuevas instituciones, la agrupación y coordinación directa de organizaciones de la sociedad civil, el estado y la población afectada, así como el monitoreo y evaluación de un proyecto con muchas actividades planificadas en un corto tiempo. Por el lado del manejo de la información, el trabajo demandó la creación de un sistema integrado necesario para poder monitorizar el avance de las actividades así como su planificación, a la vez que sirviera de sistema de vigilancia epidemiológica tanto a nivel de prevalencias de infección como de comportamientos y efectividad de las intervenciones.

La finalización del proyecto de Segunda Ronda deja diversas lecciones aprendidas que servirán para la implementación de los futuros proyectos del Fondo Global. Respecto de los indicadores y de su medición, actividad que compete este informe, son diversas las recomendaciones que el equipo consultor realiza:

Objetivo 2:

Conclusiones

El grupo denominado como HSH continúa siendo el de mayor prevalencia de infección por VIH. Entre los años 1996 y 2002 (período cubierto en una publicación de 2007) los estudios de vigilancia centinela evidenciaron una tendencia creciente en esta población en la prevalencia de infección, aunque en el año 2002 se introdujo un cambio de metodología que se enfocaba en población HSH de mayor riesgo. En estos estudios a su vez, el sub grupo de población transgénero presentó las mayores tasas de infección. Es necesario separar sub poblaciones dentro del grupo etiquetado como HSH e identificar cifras de infección en población transgénero, por ejemplo ya que los diferentes sub-grupos tienen realidades distintas que deben ser consideradas tanto en actividades de vigilancia como de prevención y tratamiento.

Los datos de la Hoja de Monitorización de la ESN que muestra la prevalencia de infección por VIH en TS mujeres, no son los idóneos para hacer seguimiento en este grupo, aunque pueden servir para monitorizar a las usuarias de los servicios de atención médica periódica.

En el caso de la población de PPL la información obtenida a lo largo de las mediciones provino de encuestas específicamente diseñadas por el equipo consultor. Los indicadores del proyecto se enfocaron en el conocimiento sobre métodos de prevención y sobre el uso de condón. A lo largo del proyecto se observó un incremento en el conocimiento de los PPL en los diferentes métodos de prevención, más no en el uso de condón. Las actividades destinadas a modificar comportamientos (que constituyen el objetivo de la intervención) deben tener abordajes diferentes a las de entregar información.

Recomendaciones

Para los indicadores referidos a prevalencia de de infección por VIH en población HSH y TS mujeres se deben realizar estudios que busquen obtener datos representativos y extrapolables a fin de poder determinar tendencias en la tasa de infección. En la actualidad existen diversos métodos de muestreo y estimación de tamaño de poblaciones (*respondent driven sampling*, o *time location sampling* por ejemplo) que permiten obtener resultados representativos en poblaciones de difícil acceso y cuyo universo poblacional es desconocido. Se deben realizar estudios con estos métodos a fin de poder evaluar las tendencias de la infección por VIH en estas poblaciones. Los estudios de vigilancia deben incluir además un componente para evaluar conductas, como uso de condón u acceso a los servicios de salud, o a consejería de pares, ya que estas han sido actividades que se priorizaron dentro de este objetivo.

Se deben realizar estudios a fin de estimar tamaños de sub poblaciones (HSH, HSH TS, transgenero, TS mujeres).

Objetivo 3:

Conclusiones

A lo largo del proyecto de segunda ronda, se cuenta con dos estudios de vigilancia en gestantes con cifras similares las cuales se encuentran por debajo del 0,25%. Esta cifra es un proxy de la prevalencia en la población general,

observándose que la epidemia se ha mantenido concentrada en la población HSH.

En cuanto a transmisión vertical, la medida de la eficacia del programa se realiza mediante el seguimiento de los hijos de madres infectadas, a fin de comprobar la tasa de infección. Esta medición ha presentado enormes dificultades a lo largo del proyecto. El indicador mide en retrospectiva lo ocurrido en los 18 meses previos e implica un seguimiento de tipo cohorte para los niños nacidos de madres VIH positivas por este período de tiempo, lo que no ha sido posible a nivel nacional. Instituciones como el Instituto Materno Perinatal cuentan con datos de cohortes, los cuales se han usado para el presente estudio.

Dos de las principales estrategias implementadas para la prevención de la transmisión vertical en el proyecto fueron la distribución y aplicación de pruebas rápidas para VIH en los centros hospitalarios para madres sin CPN y la posterior indicación de profilaxis con ARV, en aquellas gestantes con resultado positivo para las pruebas. Durante el proyecto no fue posible medir el indicador de cobertura de las pruebas rápidas ya que no se contó con el dato del número de madres gestantes sin CPN que llegaban al parto institucionalizado. Este dato no está incluido en la HM del MINSA y no se pudo recolectar a nivel nacional. En cuanto a la cobertura de profilaxis ARV en gestantes sin control, esta fue mayor que la medición previa según datos de las HM.

Recomendaciones

Se debe continuar con los estudios de vigilancia centinela en gestantes, que sirven como medidor de la prevalencia de infección en población general.

El seguimiento de hijos de madres seropositivas debe reflejarse en la integración de los datos en un único sistema nacional que permita seguir la evolución de estos niños desde los establecimientos de salud donde realicen su atención de crecimiento y desarrollo.

Se debe buscar integrar el dato sobre el número de madres sin control prenatal en la HM del MINSA a fin de poder calcular la cobertura de la aplicación de pruebas rápidas en este grupo.

Objetivo 4

Conclusiones

Este objetivo tuvo como finalidad el garantizar la atención integral de las PVVS, lo cual se reflejó principalmente en la implementación del programa TARGA. El programa contempló la formación de equipos multidisciplinarios que se encargaran de la atención de PVVS a nivel nacional, y la implementación de laboratorios descentralizados del INS que pudieran llevar a cabo las pruebas de carga viral y CD4.

Asimismo, se requirió de un sistema de información que pudiera integrar las atenciones en servicios de salud por las diferentes disciplinas, la provisión de TARGA, las pruebas de laboratorio,

El indicador E.5 busca evaluar la cobertura de atención integral en PVVS. En las mediciones los datos obtenidos del MINSA han medido la cobertura de TARGA a PVVS en fase de inmunodeficiencia con acceso a servicios de salud, lo cual mide solo una parte de lo que significa la atención integral para PVVS, y no evalúa el acceso a los servicios de salud. Parte de esta limitación ha consistido en no contar con una definición de uso práctico de atención integral para uso en los procedimientos de monitorización.

Por otro lado, la cobertura del TARGA se ha dado en base a la demanda efectiva, donde en el denominador se ha incluido a las PVVS recibiendo antiretrovirales más aquellos en lista de espera. De esta manera, solo se evalúa la cobertura del programa en aquellos que cuentan con acceso a los servicios de salud y no se incluye a aquellos grupos que por diferentes razones no pueden acceder al sistema de salud y por ende recibir el tratamiento.

No obstante, dado que el programa TARGA se inició con el proyecto de segunda ronda, fue importante evaluar su cobertura entre las PVVS con acceso a servicios, la cual alcanzó el 90% para el tercer año del proyecto.

En un esfuerzo por mejorar el cálculo del indicador el MINSA utilizó el sistema Spectrum. Este indicador se basa en una serie de supuestos en relación a la epidemia para estimar el tamaño de la población PVVS en necesidad de TARGA. De esta manera, para la presente medición el número de PVVS tributarios de TARGA fue mucho mayor a lo recogido en la hoja de monitorización Sin embargo al considerar este denominador debió incluirse también la cobertura de ESSALUD y de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Recomendaciones

En líneas generales los indicadores de resultado miden el progreso de las actividades del proyecto. Si bien el proyecto exige un consolidado nacional y el avance del mismo se mide de esta manera, la medición de estos indicadores debería realizarse por ámbito de intervención. Para la presente medición los resultados brindados por el MINSA muestran un consolidado nacional. Por otro lado, nuestra encuesta se realizó en dos DISAS y dos DIRESAS y en varios indicadores se observan resultados diferentes para el mismo indicador por zona de medición. Se debe tener en cuenta que Lima y Callao concentran alrededor del 75% de los casos de infección por VIH, y que muchas de las actividades del Proyecto empezaron en estas regiones. Por eso, al medir resultados nacionales, los indicadores tenderán a reflejar lo que ocurre en Lima y Callao, lo cual puede desvirtuar el seguimiento del avance del proyecto en las regiones del interior del país. La recomendación en este sentido es medir resultados por DIRESAS y teniendo niveles de cumplimiento para cada indicador que indiquen el avance o no de las actividades que permitan identificar las zonas donde los avances no son los esperados, a fin de reforzar la intervención.

Anexos

A. Glosario

AMP: Atención médica periódica.

ARV: Antiretrovirales.

CERITSS: Centro de referencia para el control y de infecciones de transmisión sexual.

CPN: Control pre natal.

ESN ITS-VIH/SIDA: Estrategia sanitaria nacional para el control y prevención de las ITS y el VIH/SIDA.

HM: Hoja de Monitorización.

HSH: Hombres que tiene sexo con otros hombres.

HSH-TS: Hombres trabajadores sexuales que tiene sexos con otros hombres.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

PPL: Personas privadas de su libertad.

PVVS: Personas viviendo con VIH/SIDA.

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad.

B. Instrumentos

CUESTIONARIO - PVVS

CODIGO DEL PARTICIPANTE: _____

Fecha de aplicación: _____ Ciudad: L-C [] Iquitos [] Huancayo [] Otra: _____ []

Sede: _____ Establecimiento: _____ Grupo: _____

CAPITULO I: DATOS GENERALES Y DE LA VIVIENDA

101. Departamento de residencia _____

102. Provincia de residencia _____

103. Distrito de residencia _____

104. Ámbito: (1) Urbano (2) Rural

105. ¿Cuántos años cumplidos tienes? _____ años.

106. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (D/M/A)

107. Género (autodefinido): (1) Hombre (2) Mujer (3) Trans

108. Estado civil:

1. Soltero/a.
2. Casado/a.
3. Conviviente con pareja heterosexual.
4. Conviviente con pareja del mismo sexo.
5. Separado/a o Divorciado/a
6. Viudo/a

109. ¿Qué grado de instrucción has completado?

1. Ninguno (sin nivel)
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior no universitario
5. Superior universitario
6. Postgrado

110. Tipo del último establecimiento educativo al que asististe:

1. Privado
2. Público, estatal.
3. Parroquial (Incluir Fe y Alegría)
4. No aplica / No específica

111. ¿Cuentas con seguro de salud?

1. EsSalud
2. FFAA
3. Seguro privado
4. Seguro Integral de Salud
5. Otro (especifique)
6. No tiene

CAPITULO II: ATENCION INTEGRAL

201. ¿Recuerdas cuándo recibiste el diagnóstico de infección por VIH? ___/___ (M/A) 9999 (NS/NR))

202. ¿Desde cuándo te atiendes por VIH en este establecimiento? ___/___ (M/A)
203. ¿En cuántos otros establecimientos te has atendido anteriormente por VIH?
- En ninguno () → *Pasa a Pregunta 205*
 En _____
 El último fue_ _____
204. ¿Por qué no seguiste allí? _____
205. ¿Ya estás recibiendo tratamiento antiretroviral (TARGA)?
- No () → *Pasa a pregunta 207*
 Sí ()
206. ¿Desde cuándo recibes TARGA? _____/_____
 mes año → *Pasa a pregunta 210*
207. ¿Ya has recibido indicación de iniciar tratamiento? No () → *Pasa a pregunta 224*
 Sí ()
208. ¿Cuándo te indicaron tratamiento? _____/_____
 Mes Año
209. ¿Por qué no has iniciado tratamiento todavía?
- No hay medicamentos ()
 No hay resultados de las pruebas ()
 No me he podido hacer las pruebas ()
 Decisión propia de no iniciarlo ()
 No sé ()
 Otra: _____
210. ¿Es éste el primer “esquema” (régimen) de TARGA que recibes?
- Sí () → *Pasa a la pregunta 214*
 No ()
211. ¿Por qué se dio el cambio de “esquema” (régimen)?
- Pérdida de efectividad (resistencia) ()
 Efectos secundarios ()
 Falta de las otras drogas en el servicio ()
 Ingreso a programa TARGA del MINSA ()
 Otra: _____
 No sé ()
212. ¿Hubo un período en que necesitaste comprar tu tratamiento?
- No () → *Pasa a la pregunta 216*
 Sí ()
213. ¿De qué manera pagabas tu tratamiento antes?
- ESSALUD ()
 Seguro privado ()
 Donación ()
 Financiamiento propio ()
 Otro: _____
216. Antes de que hubiese TARGA disponible, ¿recibiste algún medicamento para el VIH?
- Sí ()
 No () → *Pasa a la pregunta 220*
 No sé () → *Pasa a la pregunta 220*
217. ¿Por cuánto tiempo recibiste este tipo de tratamiento? _____ meses
218. ¿Quién te lo dio/cubrió los costos de dicho tratamiento?
- ESSALUD ()
 Donación ()
 Seguro privado ()
 Autofinanciado ()
 Otra: _____
219. ¿Con qué frecuencia te entregan actualmente tus medicamentos?

Diariamente ()
 Semanalmente ()
 Mensualmente ()
 Otra: _____

220. ¿Alguna vez te han dejado de dar medicamentos cuando te tocaba?

No () → *Pasa a pregunta 223*
 Sí ()

221. ¿Por qué?

Desabastecimiento ()
 No fui a recogerlos ()
 No tenía dinero para pagar la consulta ()
 Otro motivo: _____

222. ¿Alguna vez durante el último mes has dejado de tomar tus medicamentos?

No, nunca () → *Pasa a pregunta 225*
 Sí, una vez [un día] ()
 Sí, dos veces () Como la mitad de las veces ()
 Sí, 3-5 veces () La mayoría de veces ()
 Sí, 6-12 veces () He suspendido el tratamiento ()
 Otra respuesta: _____

223. ¿Por qué dejaste de tomarlos?

- () olvido
- () problemas con el tiempo
- () no los tenía a la mano
- () tomé alcohol y me olvidé
- () no los pude recoger del establecimiento de salud
- () me sentí bien
- () me sentí mal
- () me sentí triste o deprimido
- () creo que los antiretrovirales no son suficientemente eficaces para combatir el VIH.
- () creo que los medicamentos tienen demasiados efectos negativos
- () no tengo información suficiente sobre los antiretrovirales.
- () personas cercanas me han dicho que no son buenos; he visto que no les han hecho bien
- () no me gusta tomar medicinas
- () otros motivos: _____

224. Menciona el número de atenciones/exámenes que has recibido en el último año y el costo anual (total) de los siguientes servicios. Si el servicio es gratuito coloca un cero (0) y si no lo has recibido coloca una equis (X)

	<i>Nro. Último año</i>	<i>Costo</i>
a. Consulta de especialista	_____	_____
b. Prueba de CD4	_____	_____
c. Carga viral	_____	_____
d. Consejería de pares	_____	_____
e. Consejería por psicólogo	_____	_____
f. Asistente social/visita domiciliaria	_____	_____
g. Consulta ginecológica (mujeres)	_____	_____
h. Consulta dental	_____	_____
i. Consulta oftalmológica	_____	_____

225. ¿En el último año te solicitaron pasar por algún otro servicio o realizarte alguna otra prueba?

No () → *Pasa a pregunta 230*
 Sí ()

226. ¿Cuál/es servicio/s? _____

227. ¿Cuántas veces? _____

228. ¿Cuánto pagaste por el servicio? _____

229-236. ¿En la última de las sesiones de consejería que recibiste...

- 229...te dieron consejos específicos sobre nutrición alimentación... No () Sí () No recuerdo ()
- 230...te dieron información sobre enfermedades y/o infecciones oportunistas y recomendaciones para prevenirlas... No () Sí () No recuerdo ()

- 231...te dieron información sobre los medicamentos del TARGA, la importancia de su toma diaria y posibles efectos adversos... No () Sí () No recuerdo ()
- 232...te dieron información sobre los medicamentos de profilaxis, la importancia de su toma diaria y posibles efectos adversos... No () Sí () No recuerdo ()
- 233...te dieron información sobre re-infecciones con el virus del VIH/SIDA... No () Sí () No recuerdo ()
- 234...te dieron información y recomendaciones sobre el uso de condón... No () Sí () No recuerdo ()
- 235...te dieron 5 condones No () Sí () No recuerdo ()
- 236...se te brindó información sobre otras formas de autocuidados? No () Sí () No recuerdo ()
237. ¿Antes de iniciar TARGA se te solicitó un paquete de exámenes de laboratorio ?
 No () → Pasa a pregunta 234
 No lo sé ()
 Sí ()
238. ¿Cuánto te costó? _____
239. ¿Has estado hospitalizado por afecciones relacionadas al VIH? No () → Pasa a pregunta 301
 Sí ()
240. ¿Cuántas veces? _____
241. ¿La última vez , cuántos días estuviste hospitalizados? _____ días
242. ¿Por qué causas? _____
243. ¿Quién pagó los gastos de tu hospitalización? _____

CAPITULO III. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCION

301. Antes de que te diagnosticaran VIH, ¿alguna vez dejaste de buscar atención de salud cuando lo necesitaste?
 Por falta de dinero?
 Por temor a ser rechazado/a en el servicio?
 Por no saber a dónde ir?
 Por temor a que te vean?
302. Antes de que te diagnosticaran VIH, ¿alguna vez te dejaron de atender en un servicio de salud cuando fuiste para ser atendido?
 No
 Sí ¿Por qué? _____
303. Después de que te diagnosticaron VIH, ¿alguna vez dejaste de buscar atención de salud sexual cuando realmente lo necesitaste?
 Por falta de dinero?
 Por temor a ser rechazado/a en el servicio?
 Por no saber a dónde ir?
 Por temor a que te vean?
304. Después de que te diagnosticaron VIH, ¿alguna vez te dejaron de atender en un servicio cuando fuiste para ser atendido?
 No
 Sí ¿Por qué? _____
305. Las veces que has venido para ser atendido en este establecimiento/servicio, has esperado (en la sala de espera), en promedio:
 1) Menos de lo normal
 2) Lo normal
 3) Bastante, pero no demasiado
 4) Demasiado
306. Cuando has pedido una cita en consultorio, has esperado (para que te den la cita), en promedio:
 1) Menos de lo normal
 2) Lo normal
 3) Bastante, pero no demasiado
 4) Demasiado

307. El trato que recibes en este establecimiento de salud es:

- 1) excelente
- 2) bueno
- 3) regular
- 4) malo
- 5) muy malo

308. La calidad de la atención que recibes en este establecimiento de salud es:

- 1) Muy buena
- 2) Buena
- 3) Regular
- 4) Mala
- 5) Muy mala

309. ¿Participas actualmente o has participado en algún Grupo de Ayuda Mutua (GAM)?

Nunca

En el pasado, pero no ahora

Formo parte de uno actualmente, que se llama _____

310. ¿Participas, o has participado en una organización de PVVS?

Nunca

En el pasado, pero no ahora

Formo parte de una actualmente, que se llama: _____

C. Protocolos de Indicadores Cuantitativos

Protocolos por Indicador

Indicador E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH
Operacionalización	Número de HSH positivos con diagnóstico de laboratorio confirmado / Total de HSH examinados
Período de referencia	Año 2007
Valores estimados y tamaño de muestra	Ultimo resultado disponible de la Tercera Medición de Indicadores de este mismo proyecto del FMSTM
Fuente	Se propone como fuente para calculo de este indicador solicitar informacion de Vigilancia Centinela a DGE.
Justificación de selección de la fuente	Estudio más extenso y reciente disponible. Fuente oficial: metodológicamente replicable
Población	HSH mayores de 18 años que acudieron a CERITSS/UAMP
Selección de participantes	Selección consecutiva de todos los hombres que reportaron haber tenido una pareja sexual masculina en el último año, derivados por Promotores Educadores de Pares. Participantes brindan consentimiento escrito, y se excluyen sujetos con trastornos psiquiátricos.
Representatividad e Interpretación	No se cuenta con información sobre este estudio. Nuestro equipo cuenta con un estudio realizado en población HSH (Clark, et al 2008) el cual si bien incluye una población de alto riesgo para ITS/VIH, puede servir como referencia para desarrollar el indicador.
Estimados y fuentes alternativas	La información del estudio de Vigilancia Centinela de la DGE es incompleta. Se recomienda que CARE o CONAMUSA solicite a equipo investigador que realiza actualmente estudio en HSH que comparta estimaciones con pleno respeto de su autoría.

Indicador E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH
Operacionalización	Número de trabajadoras sexuales VIH positivas con diagnóstico de laboratorio confirmado / Total de TS examinadas
Período de referencia	Ultima información disponible de la Tercera Medición de Línea de Base, 2007..
Valores estimados y tamaño de muestra	Total: 2.6%% (n = 12113)
Fuente	Se utilizó la información de la Hoja de Monitorización del MINSA del año 2007, al no estar disponible
Justificación de selección de la fuente	Estudio más extenso y reciente disponible. Fuente oficial: metodológicamente replicable
Población	TS que acuden a los servicios del MINSA
Selección de Participantes	Selección consecutiva de todas las TS que acudieron a estos establecimientos. Participantes brindan consentimiento escrito, y se excluyen sujetos con trastornos psiquiátricos o bajo efectos del alcohol
Representatividad e Interpretación	No se cuenta con información sobre este estudio. Se utilizaron datos de la HM la cual no representa datos recolectados de forma sistemática y contiene sesgos de selección.
Estimados y fuentes alternativas	No existe información del MINSA (nuevo centinela), prevalencia e incidencia son bajas en esta población. Se recomienda que CARE o CONAMUSA solicite a equipo investigador que realiza actualmente estudio en TS que comparta estimaciones con pleno respeto de su autoría. Otras fuentes: Hoja de Monitorización

Indicador E.3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH
Operacionalización	Número de gestantes VIH positivas con diagnóstico de laboratorio confirmado / Total de gestantes atendidas y examinadas en establecimientos de salud seleccionados
Período de referencia	Año 2007, Hoja de Monitorización del MINSA
Valores estimados y tamaño de muestra	869/290,399 (0.30%)
Fuente	Estudio de Vigilancia Centinela, DGE 2008.
Justificación	Estudio de vigilancia en gestantes en centro de salud, con metodología controlada..
Población	(1) Gestantes 18-25 años que en su primer control prenatal fueron atendidas en establecimientos de salud del MINSA seleccionados por tener un laboratorio y atienden un gran número de partos. Las mujeres participantes voluntariamente aceptan participar del estudio después de brindar su consentimiento informado
Selección de Participantes	(1) Según el protocolo del estudio, se incluyeron todas las gestantes atendidas
Representatividad e Interpretación	Se cuenta con información parcial de la DGE, se obtuvo una cifra de prevalencia de infección por VIH la cual pudo ser comparada con el estudio de vigilancia de la DGE del año 2002.
Estimados y Fuentes Alternativas	Hoja de monitorización del MINSA

Indicador E.4	Proporción de hijos de madres VIH (+) que NO serorrevierten a los 18 meses de nacidos
Operacionalización	Nº de niños VIH (+) con ELISA a los 18 meses de nacidos/Total de niños nacidos de madre VIH (+)
Período de referencia	Hoja de Monitorización 2007
Valores estimados y tamaño de muestra	Se estimo en 14.3%, (n=14)
Fuente	En coordinación con el encargado del Objetivo 3, se decidió utilizar los datos proporcionados por el Instituto Materno Perinatal.
Justificación	No existen otros datos disponibles para estimar serorreversión. Si asumimos que: (1) el monitoreo de gestantes del MINSa, que cubrió al 36.9% de las mujeres que controlaron sus embarazos en el 2003, tiende a incluir (con probabilidad mayor a la del resto de gestantes), por sesgo de sospecha clínica o historia, a mujeres portadoras de infección por VIH, de modo que identifica tal vez hasta un 50% de las gestantes seropositivas controladas; (2) el control prenatal alcanza una cobertura nacional de 86% a 93% en el área urbana según ENDES 2000; y (3) un 49% de las identificadas efectivamente son cubiertas con profilaxis con AZT, tenemos gruesamente que un 22% de mujeres seropositivas que gestaron en 2003 recibieron profilaxis según las normas (y correspondientemente 78% no lo recibieron). Así, un promedio ponderado de la incidencia de infección perinatal podría resultar de estas dos figuras y sus respectivas probabilidades de transmisión: 22% de madres con una probabilidad de transmisión de 5.5%, y 78% de madres con una probabilidad de transmisión de 29.2%, lo que representa 24%.
Población	Proyección a partir de estudio en hijos de madres infectadas por el VIH
Selección de participantes	Se identificaron 54 niños de madres VIH positivas que fueron seguidos por 18 meses. De estos, 3 no serorrevirtieron.
Representatividad e Interpretación	Los datos del IMP que corresponden al período del año 2006. Durante este período se realizó la tercera medición donde se identificaron 42 niños del IMP en los que se pudo obtener información de los 18 meses posteriores al parto y que se consignaron en el sub estudio hecho para este indicador. D esta manera no es posible comprar los datos de ambas mediciones.
Estimados y fuentes alternativas	Metodología de estimación que resulte de proceso de consenso entre actores clave.

Indicador E.5	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral
Operacionalización	Número de PVVIH que accede a atención integral / Total de PVVIH registrada en los establecimientos de salud
Período de referencia	2007, Base de datos TARGA de la Estrategia Sanitaria
Valores estimados y tamaño de muestra	Se estimó en 91.5% (n= 10300)
Fuente	Hoja de Monitorización del MINSA 2007.
Representatividad e Interpretación	<p>Este Indicador corresponde a nivel país, que incluye a MINSA, Fuerzas Armadas y Policiales, ESSALUD y ONGs (Vía Libre).</p> <p>A nivel del MINSA, no existía aun una definición operacional de atención integral.</p> <p>A lo largo de las diferentes mediciones, el indicador ha medido la cobertura del programa TARGA entre aquellos enrolados, más los que se encuentran en lista de espera, sin incluir a aquellos PVVS que no requieren TARGA pero que son tributarios de atención integral.</p> <p>Por otro lado, para esta medición el MINSA cambió el cálculo del denominador del indicador, lo que varió considerablemente los resultados en comparación con las mediciones anteriores.</p> <p>Se han presentado los resultados de la HM del 2007, complementándolos con los de la encuesta rápida</p>
Estimados y Fuentes Alternativas	Encuesta rápida en servicios que brinda TARGA en tres ciudades.

Indicador R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica
Operacionalización	Número de trabajadoras sexuales controladas en CERITSS en el último año / total de TS atendidas
Concepto	<p>Se define <u>Atención Médica Periódica</u> como el control médico que se ofrece a las TS cada 28 días, que consiste en examen clínico, exámenes de secreción vaginal y cultivos para gonorrea y chlamydia, RPR (c/3 meses) y ELISA (c/6 meses).</p> <p>La Estrategia diferencia entre TS <u>controlada por primera vez en el año</u> (P = al cumplir la 3era. visita a AMP en un período de 4 meses) y <u>TS controlada</u> (C = al cumplir la 4ta. visita a AMP en un periodo de 4 meses)</p>
Período de referencia	Año 2007, Hoja de Monitorización del MINSA
Valores estimados y tamaño de muestra	42.3% (n=16843)
Fuente	Hoja de Monitorización Encuesta UPCH
Justificación	Fuente de monitoreo anual
Población	Trabajadoras sexuales que acuden a Atención Médica Periódica en CERITSS y UAMPs.
Selección de Participantes	A partir de un-mapeo de lugares de comercio sexual (centros de trabajo nocturno, prostíbulos y avenidas, entre otros), las TS son abordadas por Promotoras Educadoras de Pares y derivadas a los CERITSS.
Representatividad e Interpretación	<p>En la Hoja de Monitorización, varias de las DISAs presentan coberturas mayores a 100%, por lo que sería necesario revisar el registro y los procedimientos utilizados.</p> <p>El cálculo del indicador arroja la proporción de TS atendidas que cumple con las atenciones necesarias para considerarse controlada. Esta proporción no contempla las TS que quedan fuera del sistema y no reciben atención médica periódica.</p> <p>Por otra lado, el MINSA modificó su estimación del número de TS (utilizando el 0.5% de la población general), lo cual afecta la comparación con mediciones anteriores.</p>
Estimados y fuentes alternativas	<p>Un cálculo más adecuado del indicador implicaría utilizar una metodología para muestreo y estimación de poblaciones de difícil acceso (time location sampling, respondent driven sampling) a fin de buscar estimados representativos en estas poblaciones.</p> <p>Se utilizó una mini encuesta como opción alternativa.</p>

Indicador R.2.2	Proporción de TS que utilizó condón en el último encuentro sexual
Operacionalización	Número de trabajadoras que reportan haber usado condón en su último encuentro sexual dentro de los últimos 6 meses / total de TS entrevistadas que reportan haber tenido relaciones sexuales los últimos 6 meses
Período de referencia	Año 2007. Encuesta rápida para tercera medición.
Valores estimados y tamaño de muestra	94.10% (N = 272)
Fuente	Encuesta UPCH
Justificación	No se cuenta con información de estudios de vigilancia centinela posteriores al 2002, utilizados para la segunda medición. El dato no fue proporcionado por el MINSA y para fines de comparabilidad se decidió replicar la metodología utilizada en la tercera medición.
Población	TS mujeres que acuden a CERITSS.
Selección de Participantes	Muestra por conveniencia en tres CERITSS de Lima.
Representatividad e Interpretación	La fuente utilizada para este indicador fue planteada como información complementaria a los datos que debían ser brindados por el MINSA. Se cuenta con estudio de vigilancia centinela en el año 2002, y luego no se obtuvieron datos oficiales para las siguientes mediciones. La encuesta del presente estudio tiene un muestreo por conveniencia y presenta diversos sesgos. La metodología es una réplica de la utilizada en la tercera medición.

Indicador R.2.3	Proporción de HSH-abordables que acude regularmente a la atención médica periódica
Operacionalización	Número de HSH-TS controlados en CERITSS en el último año / total de HSH-TS atendidos
Concepto	Se define <u>Atención Médica Periódica</u> como el control médico que se ofrece a los HSH-TS cada 28 días, que consiste en examen clínico, exámenes de orina, RPR y ELISA (c/6 meses). La atención médica a HSH no TS se realiza cada mes. La Estrategia diferencia entre HSH-TS <u>controlado por primera vez en el año</u> (P = al cumplir la 3era. visita a AMP en un período de 4 meses) y HSH-TS <u>controlado</u> (C = al cumplir la 4ta. visita a AMP en un periodo de 4 meses)
Período de referencia	Año 2007
Valores estimados y tamaño de muestra	64.7% (n=2544)
Fuente	Hoja de Monitorización MINSA 2007 Encuesta UPCH[
Justificación	Fuente de monitoreo anual
Población	HSH - TS que acuden a Atención Médica Periódica en CERITSS y UAMPs.
Selección de Participantes	A partir de un mapeo de lugares de encuentro sexual, los HSH-TS son abordados por Promotores Educadores de Pares y derivados a los CERITSS.
Representatividad e Interpretación	Para la presente medición el MINSA varió su estimación para el número de HSH, utilizando el valor del 0.7% de la población general como el tamaño de la población HSH. Este cambio produjo un resultado muy distinto a lo observado en mediciones anteriores,. El AMP es utilizado principalmente por HSH-TS por lo que es un error calcular como denominador al estimado e la población total de HSH. Como dato complementario hemos presentado los resultados de la encuesta en CERITSS la cual distingue población HSH TS y no TS.
Estimados y fuentes alternativas	Un cálculo más adecuado del indicador implicaría establecer la proporción de HSH - TS controlados sobre el total de HSH estimados por DISAs. Sin embargo, las DISAs no cuentan con este dato. Generalmente se programa las atenciones a partir del total de HSH - TS atendidos el año anterior, más un 10-15% adicional. Se propone como alternativa una mini encuesta rapida.

Indicador R.2.4	Proporción de HSH que utilizó condón en el último encuentro sexual
Operacionalización	Número de HSH que reportan haber usado condón en su último encuentro sexual con una pareja masculina / total de HSH encuestados que reportan haber tenido relaciones sexuales con una pareja masculina (dentro del último año)
Período de referencia	Año 2007.
Valor estimado	90.7% (N=194)
Fuente	Encuesta UPCH
Justificación	No se tiene datos oficiales para el indicador.
Población	Población HSH que acude a los CERITSS donde se realizó la encuesta.
Selección de Participantes	Muestreo por conveniencia.
Representatividad e Interpretación	Muestro no representativa en HSH, pero no se cuentan con valores de una vigilancia. Admite comparabilidad con terecra medición por replicar metodología.

Indicador R.2.5	Proporción de personas privadas de libertad con conocimiento de métodos de prevención de ITS
Operacionalización	Porcentaje promedio de respuestas correctas de una lista de 5 preguntas sobre conocimientos respondidas por personas privadas de su libertad durante encuestas en establecimientos penitenciarios. Opcionalmente se puede calcular el conocimiento por individuo.
Período de referencia	2007 Encuesta UPCH,
Valores estimados y tamaño de muestra	29.2% (n=527)
Fuente	Encuesta UPCH
Justificación	Estudio diseñado específicamente para calcular los indicadores R.2.5 y R.2.6
Población	Personas privadas de libertad de los siguientes establecimientos penitenciarios de Lima: Sarita Colonia del Callao, San Pedro (ex Lurigancho) y Miguel Castro Castro.
Selección de Participantes	Muestreo bi-etápico aleatorio en los establecimientos indicados, realizando primero un muestreo sistemático de pabellones y luego una selección sistemática de personas sobre la base de una lista de internos con por los menos un año en el establecimiento. Los participantes brindaron su consentimiento firmado. No se estimó un tamaño muestral que permitiese mayor precisión.
Análisis	Las preguntas indagaron por el conocimiento de cinco formas de prevención de ITS: usar preservativo, abstinencia, evitar “promiscuidad”, evitar sexo con prostitutas y evitar compartir agujas
Representatividad e Interpretación	La muestra corresponde probablemente a las poblaciones penitenciarias de más alto riesgo en el país.

Indicador R.2.6	Proporción de personas privadas de libertad que utilizó condón en el último encuentro sexual.
Operacionalización	Varones privados de la libertad que utilizaron condón en el último encuentro sexual / Total de Varones privados de la libertad encuestados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses
Período de referencia	2007. Cuarta Medición de Línea de Base
Valores estimados y tamaño de muestra	36.8% (de un N=361)
Fuente	Ver indicador R.2.5
Justificación	Ver indicador R.2.5
Población	Ver indicador R.2.5 Se trabaja en la sub-población que refiere haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses.
Selección de Participantes	Ver indicador R.2.5
Representatividad e Interpretación	Ver indicadores R.2.5
Estimados y Fuentes Alternativas	Ninguna.

Indicador R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo
Operacionalización	Número de gestantes registradas con pruebas de tamizaje VIH durante el embarazo / Total de gestantes que acuden a CPN en establecimientos del MINSA
Período de referencia	Año 2007, Hoja de Monitorización
Valor estimado	60.45%. (n=452 344)
Fuente	Hoja de Monitorización-
Justificación de selección de la fuente	Ejecución rutinaria de tamizaje de VIH en gestantes durante el control prenatal. Esta puede ser una fuente de monitoreo anual
Población	Toda gestante en su primer control prenatal atendida en establecimientos de salud del MINSA que cuentan con las capacidades necesarias para la toma, almacenamiento y envío de muestras al INS
Selección de participantes	El procedimiento está establecido para todas las gestantes en su primer control prenatal.
Representatividad e Interpretación	Ver indicador E.3
Estimados y fuentes alternativas	Ninguna

Indicador R.3.2	Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto
Operacionalización	Número de Gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas al momento del parto / Número total de gestantes sin control prenatal programadas
Período de referencia	Año 2007,
Valores estimados y tamaño de muestra	No determinado en mediciones anteriores.
Fuente	Información oficial del MINSA.
Justificación	Única fuente factible disponible
Población	Gestantes sin CPN que acuden a establecimientos de salud al momento del parto
Selección de Participantes	Selección consecutiva
Representatividad e Interpretación	A lo largo del proyecto de segunda ronda, ha sido imposible medir el indicador. El dato que no se ha obtenido es el del número de gestantes sin control prenatal que acuden al centro de salud al momento del parto.
Estimados y fuentes alternativas	Ninguna

Indicador R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado
Operacionalización	N° de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis al momento del parto en institución / N° total de gestantes sin control prenatal VIH positivas registradas al momento del parto en establecimientos de salud.
Período de referencia	Año 2007, Hoja de Monitorización.
Valores estimados y tamaño de muestra	32/67 (47.8%)
Fuente	Se propone usar como fuente de datos la Hoja de Monitorización del MINSA
Justificación	Única fuente factible disponible
Población	Gestantes sin CPN que acuden a establecimientos de salud al momento del parto
Selección de Participantes	Selección consecutiva
Representatividad e Interpretación	
Estimados y fuentes alternativas	Ninguna

Indicador R.4.1	Proporción de PVVIH que acude a un servicio de salud y recibe atención integral
Operacionalización	Número de PVVIH que acuden a un servicio de salud y acceden a atención integral / Total de PVVIH registradas en los establecimientos de salud del MINSA
Período de referencia	2007, Hoja de Monitorización
Valor estimado	45.15% (n=578)
Fuente	Hoja de Monitorización Encuesta UPCH
Justificación	Única fuente factible disponible
Población	PVVS que acuden a establecimientos de salud
Selección de Participantes	Selección consecutiva (por tratarse de estudio rápido)
Representatividad e Interpretación	Se propone una miniencuesta rápida como opción de fuente alternativa. Mismas limitantes que en el objetivo E.5 con respecto a la operacionalización de la definición de atención integral.
Estimados y fuentes alternativas	Encuesta rápida UPCH.

Indicador R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA
Operacionalización	Número de PVVIH en fase inmunodeficiencia que reciben TARGA en MINSA / Número total de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que requieren tratamiento en MINSA
Concepto	<ul style="list-style-type: none"> • El indicador está referido al subconjunto de PVVIH <u>no</u> beneficiarias de ESSALUD o FF.AA. y FF.PP. incorporadas o no al Programa TARGA, que tiene indicación de recibir la medicación según criterios clínicos, inmunológicos y/o virológicos estipulados en las normas del MINSA. Esta sub-población conforma el denominador del indicador. • El denominador incluye a PVVIH que no reúnen los criterios de inclusión (por factores tales como drogadicción, p.e.); esto lo distingue del indicador de adherencia. • El numerador consignará a todas las PVVIH que reciben la medicación independientemente de si la reciben en los niveles de adherencia establecidos por la norma MINSA (mayor a 90%). <p>Este es un indicador directo de COBERTURA de TARGA.</p>
Período de referencia	2007, Hoja de Monitorización
Valor estimado y tamaño de muestra	6595/6856 (96.0%) a nivel nacional.
Representatividad e Interpretación	<p>Este es un indicador de proceso que señala la cobertura del programa; NO expresa efectividad (cobertura más adherencia más eficacia del tratamiento = resultado clínico, inmunológico y/o virológico) que implica evaluación de los resultados.</p> <p>El uso del indicador para la comparación del valor de línea de base con su valor en momentos sucesivos se interpretaría como muestra de los avances en la implementación y mantenimiento del programa TARGA. Para esta medición el MINSA cambió su estimación del número de PVVS en fase de inmunodeficiencia, utilizando el sistema spectrum. Lo cual redujo el resultado del indicador en comparación con mediciones anteriores.</p>
Estimados y fuentes alternativas	Encuesta rápida UPCH.
Fuente	Hoja de Monitorización Encuesta UPCH

Indicador R.4.3	Adherencia al tratamiento ARV
Operacionalización	Número de personas afectadas de VIH que presentan adherencia por encima del 90% / total de personas afectadas por VIH que reciben tratamiento
Concepto	Se define <u>Adherencia</u> como el cumplimiento adecuado de la medicación antirretroviral por encima del 95%, y que permite niveles indetectables de carga viral.
Período de referencia	Año 2007,
Valores estimados y tamaño de muestra	97%, (n=483)
Fuente	Hoja de Monitorización Encuesta UPCH
Representatividad e Interpretación	<p>En el MINSA no existen criterios protocolizados para evaluar adherencia. La lectura de las normas técnicas referidas a VIH no operacionalizan adherencia, por lo cual se imposibilita la cuantificación objetiva de esta variable. Como consecuencia, la valoración de la adherencia no se realiza con criterios estandarizados por parte de los profesionales de salud.</p> <p>En ESSALUD las normas y procedimientos del Programa de Control de ITS-VIH/SIDA señalan que ésta se realiza a través de métodos indirectos como entrevistas y cuestionarios estructurados no diseñados para su uso obligatorio en la institución. La jefatura del Programa de Control refiere que la medición o valoración de adherencia en ESSALUD no se encuentra estandarizada ni protocolizada.</p> <p>En las Fuerzas Policiales, se hace un seguimiento a la adherencia en cada entrega de medicamentos, y ésta es reportada cada tres meses. Se evalúa adherencia fundamentalmente a través de criterios clínicos (carga viral y CD4). Se trata de una población cautiva evaluada sistemáticamente con un nivel de adherencia reportada como alta (por encima del 95%).</p> <p>Para el caso de la encuesta rápida se evalúa la adherencia como el no haber dejado de tomar alguna vez el tratamiento durante el último mes.</p>
Estimados y fuentes alternativas	Encuesta rápida como fuente alternativa

Indicador R.4.4	Proporción de PVVS que reciben pruebas de monitoreo clínico (Carga viral y CD4)
Operacionalización	Número de PVVS en el programa de atención integral que refieren haber tenido acceso a pruebas de monitoreo clínico para VIH, sobre el total de PVVS en el programa
Período de referencia	2007,)
Valor estimado	86.7% (n=578)
Fuente	Hoja de monitorización Encuesta UPCH
Justificación	Necesaria combinación de fuentes
Población	PVVS que acuden a servicio de atención integral en Lima, Callao, Iquitos y Huancayo
Selección de Participantes	Para encuesta rápida: Selección consecutiva (por tratarse de estudio rápido)
Representatividad e Interpretación	Diseño razonablemente útil para responder una pregunta sencilla en corto tiempo. Representa a las PVVS son o serían público natural de los establecimientos públicos al momento del estudio Para la presente medición se contó solamente con datos de la encuesta rápida.

Indicador a.4.1.2	Proporción de PVVS en TARGA que reciben consejería por los Educadores de Pares
Operacionalización	Número de PVVS en el programa de atención integral que refieren haber recibido consejería por parte de los educadores de pares, sobre el total de PVVS en el programa
Período de referencia	2007 ,
Valor estimado	55.6% (n=493)
Fuente	Hoja de Monitorización Encuesta UPCH
Justificación	
Población	PVVS que acuden a servicio de atención integral en Lima, Callao, Iquitos y Huancayo
Selección de Participantes	Para encuesta rápida: Selección consecutiva (por tratarse de estudio rápido)
Representatividad e Interpretación	Diseño razonablemente útil para responder una pregunta sencilla en corto tiempo. Representa a las PVVS son o serían público natural de los establecimientos públicos al momento del estudio

Indicador s.1.2.8	Proporción de PVVS en TARGA que reciben consejería sobre uso de condón
Operacionalización	Número de PVVS en el programa de atención integral que refieren haber recibido consejería para uso de condón, sobre el total de PVVS en el programa
Período de referencia	2007
Valor estimado	64.4% (288/447)
Fuente	Encuesta rápida UPCH 2008.
Justificación	Necesaria combinación de fuentes
Población	PVVS que acuden a servicio de atención integral en Lima, Callao, Iquitos y Huancayo.
Selección de Participantes	Para encuesta rápida: Selección consecutiva (por tratarse de estudio rápido)
Representatividad e Interpretación	Diseño razonablemente útil para responder una pregunta sencilla en corto tiempo. Representa a las PVVS son o serían público natural de los establecimientos públicos al momento del estudio