Situación de la Atención Integral de PVVS en cuatro Ciudades del Perú:

Acceso a los servicios de salud de las Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)

IESSDEH
Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano

Clara Sandoval • Eddy Segura • Alfonso Silva Santisteban • Carlos Cáceres

Situación de la Atención Integral de PVVS en cuatro Ciudades del Perú:

Acceso a los servicios de salud de las Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)

Clara Sandoval • Eddy Segura • Alfonso Silva Santisteban • Carlos Cáceres

CP
WC
503
S5 Situación de la atención integral de PVVS en cuatro ciudades del Perú: acceso a los servicios de salud de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) / Clara Sandoval… (et al.). – Lima: IESSDEH, UPCH, 2011. 28 p.: tabs., gráfs.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA / VIH / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD / PERÚ

© Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH
www.iessdeh.org
Av. Armendáriz 445. Lima 18 - Perú.
Telf. +51-1-203-3333

© Universidad Peruana Cayetano Heredia – UCPH
www.upch.edu.pe
Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería. Lima 31 - Perú.
Telf. + 51-1-319-0000

Supervisión, diseño y diagramación: Fernando Olivos
Corrección de estilo: Cecilia Ugaz

Impresión: Punto y Grafía S.A.C.
Av. del Río 113 – Pueblo Libre.

Impreso en Lima – Perú / Printed in Peru
Primera edición: Julio de 2011

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°2011-08288
ISBN: 978-9972-806-78-0

Esta publicación ha sido posible gracias al auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, salvo autorización expresa de los autores.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las PVVS participantes que gentilmente accedieron a darnos información y al apoyo decisivo de las organizaciones de PVVS en todo el país que colaboraron para la realización de este estudio.

ÍNDICE

I. Introducción 5

II. Metodología 7
2.1 Diseño y población de estudio 8
2.2 Criterios de inclusión 8
2.3 Reclutamiento y tamaño de la muestra 8
2.4 Aprobación ética y recolección de datos 8

III. Marco Conceptual y Análisis de los Datos 9

IV. Resultados 11
4.1 Características de la población de estudio 12
4.2 El acceso a la tención del VIH y sus determinantes 13
4.3 Cobertura de seguro de salud y fuente de atención del VIH 14

V. Conclusiones 15

VI. Referencias 19

VII. Anexos (Tablas) 23

1. INTRODUCCIÓN

Desde el primer caso de VIH/sida, el Estado peruano, la sociedad civil organizada y la academia, han desarrollado múltiples esfuerzos conjuntos en la lucha contra la epidemia del VIH/sida (1,2). Estos esfuerzos, en los últimos 6 años, han sido impulsados con fondos invertidos por los proyectos del Fondo Mundial que sumarán, desde su inicio en 2004, hasta su finalización en 2012, aproximadamente $77 millones de dólares (3). Este fondo permitió, entre otras cosas, poner en marcha el Programa Nacional para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de forma gratuita en los establecimientos públicos de salud. En la actualidad los proveedores del TARGA, en el sistema de salud peruano (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Policía, Fuerzas Armadas y el sector privado), ofrecen servicios de salud a las personas que viven con el VIH/sida (PVVS), incluyendo los servicios de diagnóstico, consejería, prevención y profilaxis para infecciones oportunistas; así como el seguimiento clínico, viral e inmunológico antes y durante el tratamiento. La mayoría de los servicios existentes se implementaron inicialmente, como ya hemos dicho, en el marco de las actividades patrocinadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM); en la actualidad éstos son financiados con fondos del Estado.

En este contexto se consideró importante evaluar el impacto de estas iniciativas conjuntas tomando en cuenta la prestación de los servicios de salud relacionados al TARGA y su efecto en la morbilidad y la mortalidad de las PVVS. La investigación en VIH/sida en el Perú ha sido un campo productivo; sin embargo, la mayoría de las investigaciones se han centrado en aspectos clínicos y epidemiológicos (4-9). Únicamente un número limitado de estudios ha explorado otras dimensiones de la salud de las personas que viven con VIH (que se atienden en los centros de salud públicos), tales como el acceso a la atención en VIH, sus determinantes sociales y las experiencias relacionadas al TARGA (10,11).

El presente estudio tiene como objetivos:

1) Evaluar el acceso a la atención de salud de las PVVS.
2) Explorar la relación entre las características socio-demográficas y socio-económicas de las PVVS, como determinantes potenciales para el acceso de servicios de salud. Asimismo, se exploró la cobertura de los actuales programas de salud en el Perú que brindan atención para VIH desde la óptica de sus beneficiarios efectivos.

II. METODOLOGÍA

2.1 Diseño y población de estudio

Estudio transversal, que utiliza la técnica Respondent-Driven Sampling (RDS) (12) la cual ha sido ampliamente utilizada en vigilancias biológicas y conductuales relacionadas con el VIH/sida (13). Se trata de una técnica de muestreo basada en una cadena de referencias, similar a la técnica de "bola de nieve"; sin embargo, a diferencia de ésta, el RDS permite llegar a una muestra final independiente de los individuos reclutados al inicio del estudio, siendo esta muestra razonablemente representativa de la población estudiada. En concordancia con el RDS, las encuestas no fueron aplicadas exclusivamente en establecimientos de salud, lo que permitió llegar a PVVS que usualmente no acceden a éstos.

2.2 Criterios de inclusión

Individuos mayores de 18 años que actualmente viven con VIH/sida, en las ciudades de Lima, Callao, Chiclayo, Arequipa e Iquitos. La población del presente estudio estuvo compuesta por PVVS contactados a través de sus organizaciones en las ciudades del estudio.

2.3 Reclutamiento y tamaño de la muestra

Mediante la técnica RDS, un grupo inicial de 7 miembros de organizaciones de PVVS, en cada una de las áreas metropolitanas de las cuatro ciudades del estudio, denominadas "semillas", fueron invitadas a participar. A cada una de estas personas se le solicitó referir otras tres personas, las cuales no necesariamente tenían que pertenecer a una organización. A su vez, a estas nuevas personas, invitadas a participar en el estudio, se les solicitó invitar a otras personas, repitiendo el ciclo tantas veces como fuera preciso hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. El tamaño total de la muestra fue de 800 PVVS (14). Esta técnica permitió que las personas que no participaban en las organizaciones, pero que conocían a otras PVVS, pudieran ser alcanzadas. De esta manera se logró contactar con PVVS que no acuden regularmente a los establecimientos de salud.

2.4 Aprobación ética y recolección de datos

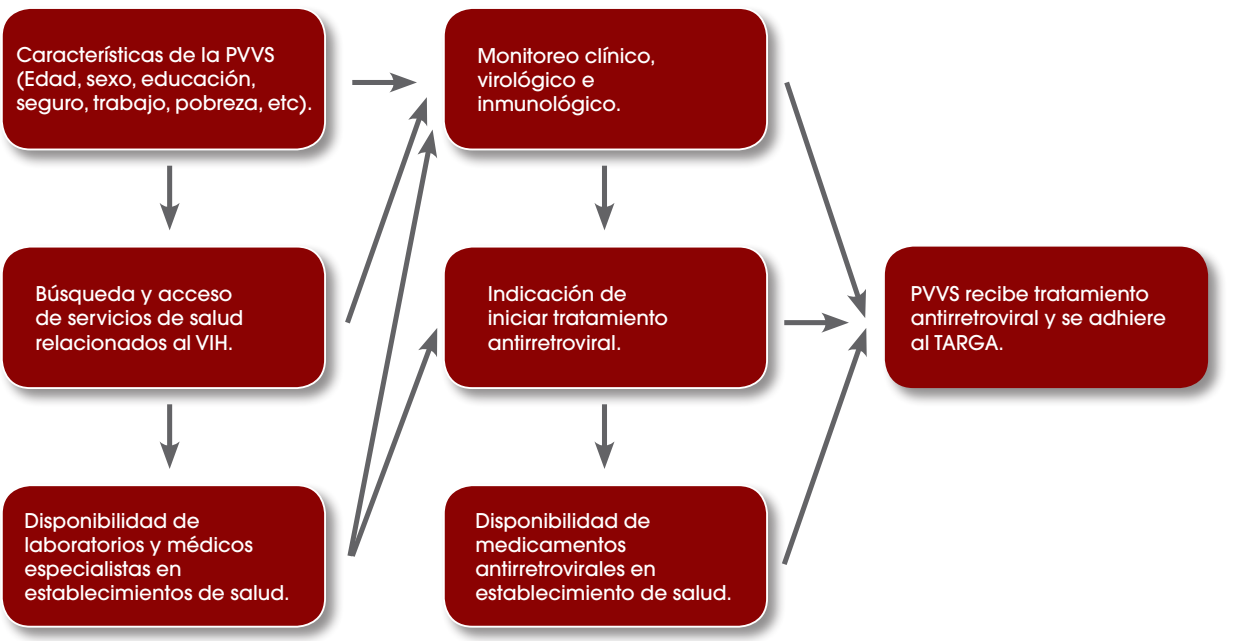
La aprobación del protocolo y sus instrumentos para la ejecución del estudio, fueron concedidos por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perú). Luego de aceptar la invitación a participar voluntariamente en el estudio, todos los participantes fueron sometidos a un proceso de consentimiento informado; en el cual se les explicó los procedimientos y riesgos del estudio. Habiendo sido informados de todos los procedimientos, las personas que aceptaron participar, firmaron la autorización correspondiente.

Para la recolección de datos, el personal del estudio aplicó un cuestionario estructurado que recogía los siguientes datos: características socio-demográficas (15) incluyendo la orientación e identidad sexual, características socio-económicas, uso de servicios de salud relacionados al VIH (incluyendo el TARGA), y gastos de bolsillo realizados. No se recogieron nombres, ni otro tipo de información que permitieran identificar a los participantes. El instrumento, con breves modificaciones, ha sido utilizado previamente en estudios similares conducidos por el mismo grupo de investigadores (10,16,18).

III. MARCO CONCEPTUAL Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La siguiente figura muestra el esquema conceptual que el equipo de investigación desarrolló para explicar los factores que determinan el mayor o menor acceso a los servicios de salud de las PVVS y el correspondiente acceso al tratamiento TARGA. Se propone una hipótesis sobre cómo se relacionan los factores propuestos, los cuales determinarían la cobertura y el acceso a los servicios de atención y tratamiento del VIH, incluido el TARGA.

Figura 1: Marco conceptual para la cobertura efectiva de la atención del VIH, incluido el TARGA para las personas que viven con el VIH (PVVS)



Considerando este esquema conceptual, el estudio de los determinantes del acceso al TARGA requirió, necesariamente, conocer las características inherentes a los establecimientos y al sistema de salud (disponibilidad de medicamentos y médicos especialistas); así como características clínicas de los individuos (monitoreo virológico e inmunológico, los cuales son determinantes para iniciar TARGA) cuyas valoraciones están mas allá de los alcances de este estudio. Sin embargo, analizando el esquema proponemos que los factores sociales determinantes del acceso, están relacionados a las características socio-demográficas y socio-económicas de las PVVS.

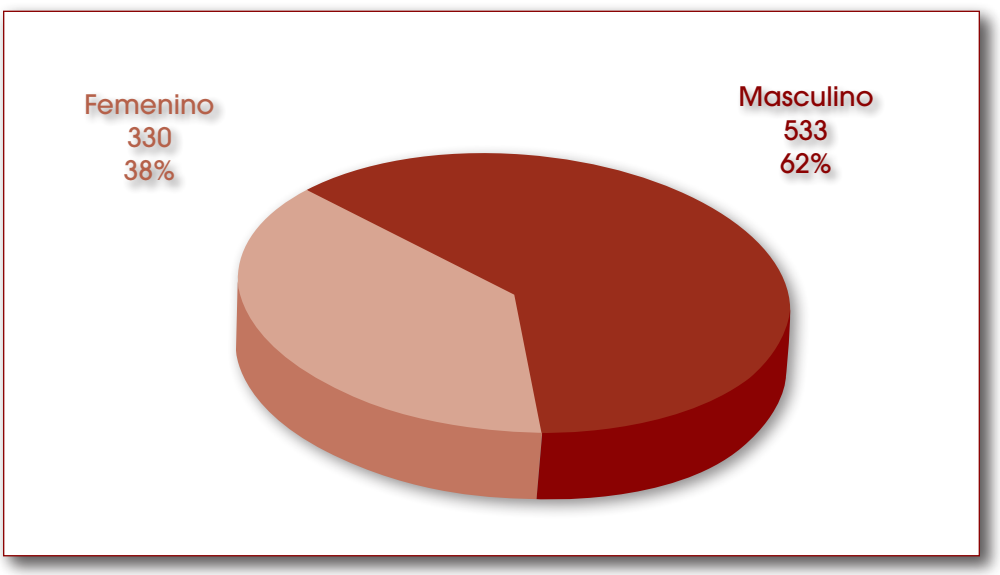
Seguidamente presentamos la descripción y análisis de los elementos sociales y económicos claves que determinan el acceso real de las PVVS a los servicios de prevención, atención y tratamiento (TARGA) para el VIH.

IV. RESULTADOS

4.1 Características de la población de estudio

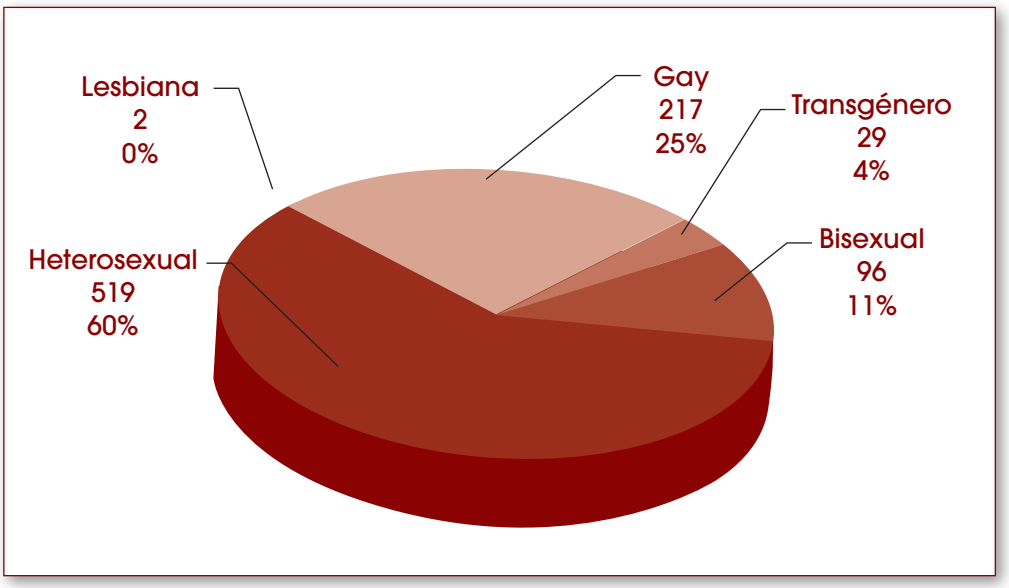
Durante los meses de enero a diciembre de 2008 se contactaron a 863 personas en las ciudades de Lima, Callao, Chiclayo, Arequipa e Iquitos. Todas estas personas eran miembros de las redes sociales de los participantes iniciales (semillas), quienes participaban en las organizaciones de PVVS. La población de estudio estuvo conformada principalmente por adultos jóvenes: el promedio (media) de la edad fue 35 años, la desviación estándar fue igual a 9, y la mediana de edad fue, igualmente, 35 años. Los y las encuestados/as pertenecían, en su mayoría, al sexo masculino. Respecto a la orientación sexual y a la identidad de género la encuesta solicitó que los participantes se auto-identificaran con un tipo de orientación sexual o identidad de género: 25% se identificaron como gay, 11% como bisexual, 3.4% como transgénero, 0.3% como lesbianas y el 60% como heterosexual. Más del 50% de los participantes reportó estar trabajando al momento de la entrevista; aunque ninguno de ellos participa en actividades relacionadas con la microempresa. El 56% no contaba con un seguro de salud.

Figura 2: Distribución de los participantes de la encuesta, por sexo (N=863)



Estas características sociales, demográficas y socio-económicas se pueden revisar con mayor detalle en las Tablas 1 y 2 al final de este documento. Es importante anotar que las ciudades del estudio pertenecen a ámbitos geográficos distintos: Costa, Andes y Amazonía, por lo tanto la clasificación de estratos socio-económicos para cada ámbito geográfico se hizo con las escalas del Ministerio de Economía (ver Anexo Tabla 3).

Figura 3: Distribución de los participantes de la encuesta, por identidad (N=863)

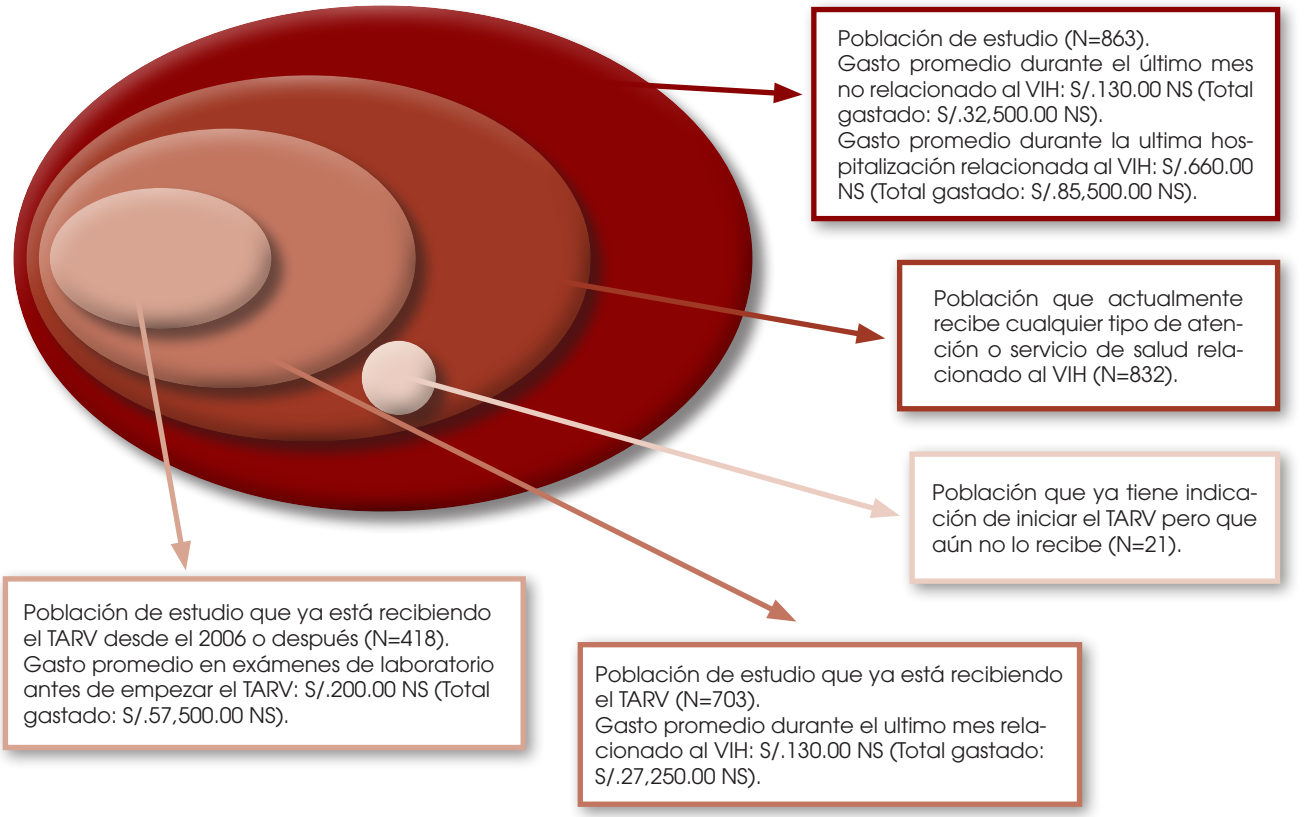


4.2 El acceso a la atención del VIH y sus determinantes

La mayoría (96%) de las PVVS que participan en el estudio reporta que se encuentra recibiendo algún tipo de servicio de salud relacionado con el VIH y el 82% lo recibe de un servicio público (ver Anexo Tabla 4). Aproximadamente el 77% de la población estudiada se encuentra recibiendo tratamiento TARGA; por su parte, el 23% de los que no se encontraba en tratamiento, habían recibido ya la indicación para iniciarlo. 27% de las PVVS que se encuentran actualmente en TARGA, reporta que había realizado gastos de bolsillo en el último mes relacionados con el VIH. En casi todas las categorías de gastos de bolsillo relacionados a salud y al VIH, la principal fuente es el auto-financiamiento, exceptuando el rubro de hospitalización (ver Anexo tabla 4). La figura 4 representa la distribución de la población estudiada en términos de acceso a servicios de salud, inclusión e indicación de TARGA. Se destaca, además, el gasto de bolsillo promedio reportado por los participantes del estudio.

Cuando se examina cada una de las características sociales y económicas de la población de estudio, encontramos, con respecto al acceso a servicios de salud, que los rasgos asociados a un menor acceso a servicios fueron determinados por: a) la identidad de género (reflejada en ser transgénero), y b) la edad; es decir tener menos de 35 años ($p<0.05$) (ver Anexo Tabla 5).

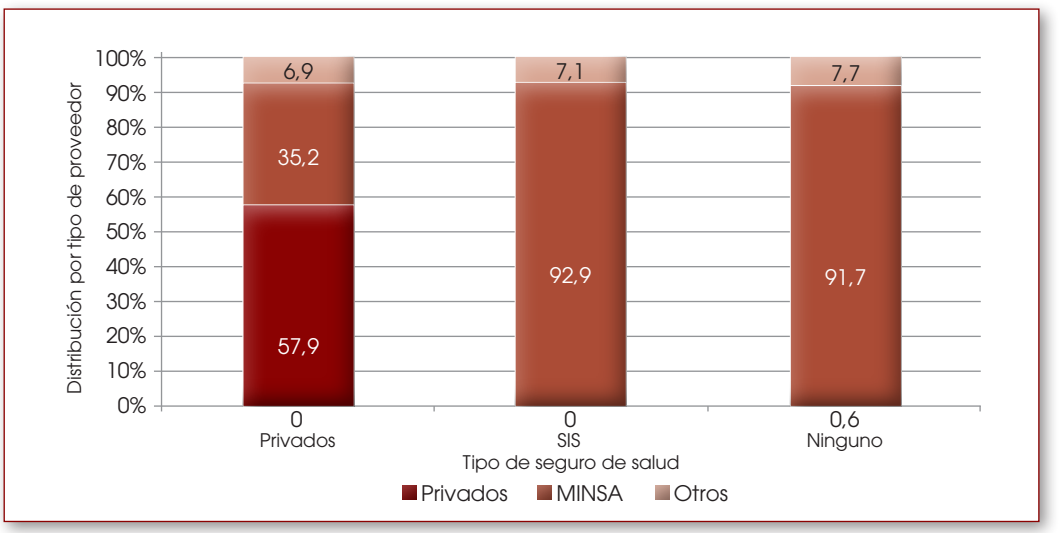
Figura 4. Distribución de la población de estudio de acuerdo a las características de acceso a servicios de salud, y del uso y retraso en la provisión de tratamiento antirretroviral [TARV] (N=863)



4.3 Cobertura de seguro de salud y fuente de atención del VIH

En relación a los seguros médicos y los servicios que atienden a las PVVS, la tabla 6 (ver Anexo) muestra la distribución de los participantes según el tipo de seguro médico y el proveedor actual que les brinda servicios de atención en VIH. Aproximadamente el 40% de los entrevistados, si bien cuentan con un seguro médico de ESSALUD, Policía o Fuerzas Armadas e incluso seguros privados, reciben atención en los establecimientos del MINSA. Este grupo representa el 8% de todas las PVVS entrevistadas que recibieron atención por VIH/sida en el MINSA.

Figura5: Distribución porcentual de los proveedores de servicios según el tipo de seguro del encuestado (N=827)



V. CONCLUSIONES

El primer proyecto del Fondo Mundial en el Perú facilitó el establecimiento del Programa Nacional de TARGA en el año 2004 y financió los gastos presupuestales para la implementación de la entrega de tratamiento a través del Ministerio de Salud. El programa incluyó, tanto a individuos que necesitaban el TARGA, como a los que aún no lo requerían. Sin embargo, a partir de diciembre de 2008, el sustento financiero del Programa TARGA pasó a ser parte del Estado y actualmente depende enteramente del Ministerio de Salud; mientras que los proyectos del Fondo Mundial han centrado su dedicación a actividades de prevención (1,2,16).

Como hemos afirmado, el objetivo de nuestro estudio fue medir el acceso y la cobertura a las Personas Viviendo con VIH/sida en la atención de servicios de salud en VIH/sida. Evaluamos el acceso a través del porcentaje de la población que recibe atención de salud en VIH/sida en cualquier tipo de establecimiento del Ministerio de Salud o de ESSALUD, de las Fuerzas Armadas/Policía, y/o de establecimientos privados. Mientras la cobertura fue evaluada mediante la medición del suministro de antirretrovirales a las PVVS que tenían indicación de iniciar el TARGA.

En nuestro estudio la mayoría (96%) de las PVVS reportan haber recibido atención relacionada al VIH de diversas instituciones de salud. Es decir, casi toda la población tiene acceso a servicios de salud relacionados al VIH reciban o no tratamiento. Un factor que explica esta elevada proporción, podría ser el hecho de que la provisión de TARGA es gratuita, lo que habría alentado a los que la requieren, a acceder a los servicios de salud. Del mismo modo, en el período 2005-2006 el Ministerio de Salud recibió el mandato de alcanzar determinadas metas de cobertura, por lo cual llevó una búsqueda activa de casos (1,23).

Con el fin de determinar los factores que condicionan el acceso a la atención de salud en VIH/sida se realizó un análisis bivariado. Los resultados más saltantes se centran en la asociación de un menor acceso a estos servicios, con la identidad transgénero; además del hecho de que la persona sea menor de 35 años. Como sabemos la población transgénero constituye la población más vulnerable a la epidemia en el Perú, con una prevalencia del 30% (17). Esta población sufre condiciones de exclusión a causa de su identidad de género, hecho que ha sido documentado (17,19) para explicar su vulnerabilidad ante la epidemia. Otros estudios indican que los proveedores de salud presentan mayores dificultades para relacionarse con las personas transgénero, comparado con otras poblaciones como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las trabajadores sexuales (TS) (17,19). Es por eso que no es sorprendente que esta población tenga menor acceso a los servicios de salud. Estos elementos de exclusión y marginación deberían tenerse en cuenta para diseñar los programas y las intervenciones dirigidas a incrementar el uso y el acceso a los servicios de VIH. La presencia de los servicios de salud no es por sí misma suficiente, para garantizar que las personas tengan acceso a la atención específica y poder satisfacer sus necesidades en salud.

Como mencionamos líneas arriba, la mayor parte de la población encuestada, tiene acceso a la atención en servicios de salud (96%) y ya se encuentra en el programa TARGA. Sin embargo, un 23% aún no recibe tratamiento, aunque casi todos han recibido la indicación de iniciar el TARGA. Estos datos concuerdan con los encontrados en un estudio sobre PVVS que asistían a los centros de salud con programa TARGA (18). El retraso en el inicio del tratamiento podría explicarse por la escasez de suministro de medicamentos en los establecimientos de salud (21), o por un retraso debido a otras situaciones que se presentan en el proceso; tales como la realización de las pruebas de laboratorio necesarias, las cuales, en la mayoría de los casos, se financian con gastos de bolsillo.

Cuando se evaluó la cobertura de las diversas instituciones proveedoras de atención en VIH, se halló que un tercio de las PVVS, a pesar de que cuentan con algún tipo de seguro de salud diferente a los del Ministerio de Salud, utiliza los servicios del mismo. Estas PVVS representan casi una décima parte de los que se atienden en el MINSA. Esta transferencia de usuarios entre diferentes programas del sistema público evidencia un subsidio cruzado. En parte, dicha transferencia ha sido promovida por el MINSA al inicio del programa de tratamiento TARGA, cuando todavía era financiado por el Fondo Mundial. Las metas fijadas en ese momento eran bastante altas como resultado de una errada estimación del número de usuarios potenciales (1,2,23). Una sugerencia para evitar este subsidio cruzado, es que el acceso al programa TARGA sea amigable y sencillo para todo tipo de servicio, tanto del MINSA, como de otras instituciones. Por ejemplo, el acceso a Tratamiento Antirretroviral a través del sistema de la Seguridad Social (ESSALUD) es bastante complejo, debido a los trámites que los usuarios deben realizar para atenderse y al pago que los empleadores tienen que abonar.

Estudios previos aportan evidencias con respecto a la relación entre la pobreza y el acceso a la atención de la salud en el Perú (20). Existen estudios que sostienen que, en general, las familias con ingresos más bajos, tienen los niveles más escasos de acceso a la salud (20). No obstante, hace falta mayor evidencia que relacione los factores asociados a la pobreza con el acceso a la atención de salud de las PVVS. En otros países, se han realizado estudios que sostienen que las PVVS de menor nivel socioeconómico, tienen mayores probabilidades de iniciar más tardíamente el tratamiento antirretroviral y una menor supervivencia que aquellas de mayor nivel socio-económico (22). Sin embargo, en el presente estudio, la pobreza no está asociada a un menor acceso a servicios de salud; debido, en parte, al reducido número de entrevistados que no acceden a los servicios de salud, lo cual no ha permitido realizar las asociaciones entre pobreza y acceso a la salud.

Por otra parte, en la entrevista se preguntó por las actividades relacionadas a la promoción de la formación de microempresas entre PVVS del proyecto de Sexta Ronda del Fondo Mundial. Esta intervención busca el logro de la autosostenibilidad y la mejora de la calidad de vida de las PVVS a través su participación en microempresas. Aunque la gran mayoría de entrevistados reportó trabajar actualmente, ninguno de ellos se encontraba participando en actividades de micro-empresa promovidas por el programa de sexta ronda del Fondo Mundial. Presumimos que esta intervención, ha llegado, únicamente, a un número limitado de personas, debido, probablemente, a problemas de implementación, puesto que similares resultados fueron hallados en las evaluaciones de los programas de VIH financiados por el Fondo Mundial (18). Esta intervención se encuentra a casi dos años de ser implementada y, aunque este estudio no ha encontrado beneficiarios, nuestros resultados pueden ser utilizados como referencia para evaluaciones futuras.

Es difícil establecer contundentemente si las PVVS forman una red social por su condición de positividad al VIH. Si bien existen redes que vinculan a las PVVS, este hecho no implica que éstas constituyan redes consolidadas. No obstante, los grupos de ayuda mutua (GAM) en los hospitales o grupos de organizaciones de base comunitaria de apoyo a las PVVS podrían constituir espacios de encuentro, para la potencial formación de una red.

Estudios previos realizados en Centros de Salud presentan un sesgo de selección de participantes porque recogen la información únicamente de PVVS que acceden a los servicios de salud. En este estudio, por el contrario, se ha llegado a un espectro más amplio de personas, debido a que la muestra de participantes ha sido más diversa en cuanto al género, la orientación sexual y el tipo de proveedor de servicios de VIH/sida (10,18). Sin embargo, no se puede concluir que los resultados obtenidos puedan generalizarse a todas las PVVS que viven en las ciudades de estudio. Lo que sí podemos hacer, es afirmar que el método utilizado para contactar a los participantes ha sido más eficiente, porque ha alcanzado redes de PVVS que son cercanas a las organizaciones comunitarias. Teniendo en cuenta la escasez de estudios sobre este tema, consideramos que la estimación de este estudio constituye una referencia lo suficientemente sólida para futuros estudios.

En resumen, los hallazgos de este estudio han contribuido a una mejor caracterización de la situación de las PVVS, su acceso a la atención de servicios de salud de VIH y representa una adecuada evaluación de la equidad en el acceso a servicios de atención y tratamiento de VIH/sida. Finalmente este estudio, al explorar posibles determinantes de la inequidad en el acceso, podría ayudar en el futuro a explicar el impacto de esta falta de acceso en las tasas de mortalidad y morbilidad de la epidemia de VIH/sida.

Recomendamos a los directores de los programas de salud y los que elaboran las políticas de salud en VIH/sida, tomen en cuenta los obstáculos identificados en este estudio, con el fin de desarrollar estrategias para resolverlos en beneficio de las PVVS más excluidas de los servicios de salud dentro de un marco de derechos humanos.

VI. REFERENCIAS

1. Cáceres CF, Mendoza W. The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps--a review. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2009 May 1;51 Suppl 1:S60-6.

2. Cáceres CF, Mendoza W, Konda K, Lescano A. Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú: Información disponible hasta Febrero 2007. Lima: UPCH/OPS; 2007.

3. Cáceres CF, Lopez R, Girón JM, Sandoval C, Valverde R, Pajuelo R, et al. Implementation effects of GFATM-supported HIV/AIDS projects on the health sector, civil society and affected communities in Peru 2004-2007. Glob Public Health. 2010 Apr 13:1-19. (Epub ahead of print).

4. Sánchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, et al. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2007 Apr 15;44(5):578-85.

5. Tabet S, Sánchez J, Lama J, Goicochea P, Campos P, Rouillon M, et al. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS (London, England). 2002 Jun 14;16(9):1271-7.

6. Zuckerman RA, Lucchetti A, Whittington WL, Sánchez J, Coombs RW, Magaret A, et al. HSV suppression reduces seminal HIV-1 levels in HIV-1/HSV-2 co-infected men who have sex with men. AIDS (London, England). 2009 Feb 20;23(4):479-83.

7. Muñoz M, Finnegan K, Zeladita J, Caldas A, Sánchez E, Callacna M, et al. Community-based DOT-HAART Accompaniment in an Urban Resource-Poor Setting. AIDS and behavior. 2009 Apr 16.

8. Corey DM, Kim HW, Salazar R, Illescas R, Villena J, Gutierrez L, et al. Brief report: effectiveness of combination antiretroviral therapy on survival and opportunistic infections in a developing world setting: an observational cohort study. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2007 Apr 1;44(4):451-5.

9. Corey D, Kim HW, Salazar R, Gutierrez L, Sánchez J, Tabet SR. The natural history of untreated HIV infection in Lima, Peru: implications for clinical trial endpoints for HIV vaccines. Human vaccines. 2005 Jul-Aug;1(4):160-4.

10. Girón JM, Segura ER, Salazar V, Valverde R, Salazar X, Cáceres CF. Percepciones de las personas viviendo con VIH/sida sobre los servicios de salud y el tratamiento antiretroviral del gran actividad: Un estudio transversal en cinco ciudades del Peru. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2007;24(3):211-17.

11. Llanos-Zavalaga LF, Mayca-Perez J, Navarro-Chumbes GC. Percepciones de las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) sobre la calidad de atencion relacionada con TARGA. Rev Med Hered. 2006;17(3):156-69.

12. Heckathorn DD. Respondent-driven dampling: A new approach to the study of hidden populations. Social Problems. 1997;44(2):174-99.

13. Malekinejad M, Johnston LG, Kendall C, Kerr LR, Rifkin MR, Rutherford GW. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. AIDS and behavior. 2008 Jul;12(4 Suppl):S105-30.

14. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. J Urban Health. 2006 Nov;83(6 Suppl):i98-112.

15. Ministerio de Economía y Finanzas. Propuesta metodológica para identificar a los potenciales beneficiarios de los programas sociales en el Perú. Lima: MEF; 2009.

16. Fondo Mundial. Documento propuesta para el fortalecimiento de la prevención y control del sida y la tuberculosis en el Perú (Proposal for the strengthening of HIV and Tuberculosis prevention and control in Peru). Segunda Ronda de Negociación con el Fondo Mundial. Lima: CONAMUSA; 2003.

17. Silva-Santisteban A, Salazar X, Villayzán J, Cáceres CF. Understanding the HIV/AIDS epidemic in the male to female transgender population of Lima, Peru: Results from a surveillance study using respondent driven sampling. AIDS 2010 The XVIII International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0392.

18. Care Perú. Evaluación final del componente VIH y sida del programa de segunda ronda financiado por el Fondo Mundial. Lima: 2009.

19. Salazar X, Silva-Santisteban A. Informe final de mapeo y encuesta socio-demográfica del trabajo sexual en cuatro ciudades del Perú. Lima: IESSDEH; 2009.

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. 2000 (cited September 2009); Available from: http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/indice.htm

21. Echevarría J, López de Castilla D, Seas C, Verdonck K, Gotuzzo E. Scaling-up highly active antiretroviral therapy (HAART) in Peru: problems on the horizon. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2006 Dec 15;43(5):625-6.

22. Joy R, Druyts EF, Brandson EK, Lima VD, Rustad CA, Zhang W, et al. Impact of neighborhood-level socioeconomic status on HIV disease progression in a universal health care setting. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2008 Apr 1;47(4):500-5.

23. MINSA, UPCH. Recommendations on the implementation of an HIV/AIDS antiretroviral therapy program in Peru. Lima: MINSA/UPCH; 2004.

VII.

ANEXOS (Tablas)

Tabla 1. Características socio-demográficas de las PVVS participantes en la encuesta (N=863)

CARACTERÍSTICAS Y CATEGORÍAS	NÚMERO (PORCENTAJE)
Sexo biológico	
• Masculino	533 (61.8%)
• Femenino	330 (38.2%)
Identidad auto-asignada	
• Gay	217 (25.1%)
• Transgénero	29 (3.4%)
• Bisexual	96 (11.1%)
• Heterosexual	519 (60.1%)
• Lesbiana	2 (0.3%)
Edad	
• 18 a 35 años	464 (53.8%)
• Mayores de 35 años	399 (46.2%)
• Rango	18-62
• Mediana y rango intercuartílico	35 (28-41)
• Media y desviación estándar	35 (9)
Dominio geográfico	
• Lima y Callao (Costa)	481 (55.7%)
• Chiclayo (Costa Norte)	134 (15.5%)
• Arequipa (Sierra Sur)	135 (15.7%)
• Iquitos (Selva)	113 (13.1%)
Educación	
• Ninguna a Primaria incompleta	47 (5.5%)
• Primaria completa a Secundaria incompleta	224 (26.0%)
• Secundaria completa	295 (34.1%)
• Técnica o Universitaria	297 (34.4%)
Estado civil	
• Soltero(a)	491 (56.9%)
• Casado(a)	75 (8.7%)
• Conviviente	178 (20.6%)
• Separado(a) o divorciado(a)	64 (7.4%)
• Viudo(a)	55 (6.4%)
Año del diagnóstico	
• Antes del 2000	89 (10.3%)
• 2000-2002	117 (13.6%)
• 2003-2005	250 (29.0%)
• 2006-2008	407 (47.1%)

Tabla 2. Características socio-económicas de las PVVS participantes en la encuesta y de sus hogares y viviendas (N=863)

CARACTERÍSTICAS Y CATEGORÍAS	NÚMERO (PORCENTAJE)
El participante es jefe del hogar	
• Sí	331 (38.4%)
• No	532 (61.6%)
Tipo de seguro del participante	
• ESSALUD (Seguridad social)	133 (15.4%)
• Fuerzas armadas o policiales	13 (1.5%)
• Seguro privado	6 (0.7%)
• Seguro integral de salud (MINSA)	220 (25.5%)
• No tiene	491 (56.9%)
El participante está trabajando actualmente	
• Sí	525 (60.8%)
• No	338 (39.2%)
Si está trabajando: Modalidad de trabajo (N=518/525)	
• Trabajo eventual u ocasional	280 (54.1%)
• Trabajo estable (con beneficios sociales)	95 (18.3%)
• Trabajo no estable (sin beneficios sociales) de corta duración (<1año)	27 (5.2%)
• Trabajo no estable (sin beneficios sociales) de larga duración (>1año)	62 (12.0%)
• Otro tipo o modalidad de trabajo	54 (10.4%)
Ingreso mensual promedio estimado por el trabajador (N=506/525)	
• Rango en nuevos soles	5.00-6,000.00 NS
• Mediana y rango intercuartílico	550.00 (300.00-800.00) NS
• Media y desviación estándar	650.00 (520.00) NS
• Total de ingresos	320,000.00 NS
Si no está trabajando actualmente, ha buscado trabajo durante los últimos 7 días (N=336/338)	
• Sí	126 (37.5%)
• No	210 (62.5%)
Número de personas que conforman el hogar	
• 1	105 (12.2%)
• 2	87 (10.2%)
• 3	150 (17.4%)
• 4	162 (18.7%)
• 5	162 (18.7%)
• 6 o más	197 (22.8%)
Nivel educativo alcanzado por el jefe del hogar	
• Ninguna a Primaria	195 (22.6%)
• Secundaria	430 (49.8%)
• Técnica o Universitaria	238 (27.6%)
Índice de bienestar del hogar (Sistema SISFOH-MEF)	
• SISFOH1 (Pobreza extrema)	0 (0.0%)
• SISFOH2 (Pobreza extrema)	8 (0.9%)
• SISFOH3 (Pobreza no extrema)	31 (3.6%)
• SISFOH4 (Pobreza no extrema)	56 (6.5%)
• SISFOH5 (Pobreza no extrema)	94 (10.9%)
• SISFOH6 (No pobre)	103 (11.9%)
• SISFOH7 (No pobre)	571 (66.2%)

Tabla 3. Índice del bienestar del hogar y dominio geográfico de las PVVS participantes en la encuesta (N=863)

Grado de Pobreza	Índice de bienestar social (SISFOH)	Costa (Lima, Callao y Chiclayo)	Sierra (Arequipa)	Selva (Iquitos)
Pobre extremo	SISFOH1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	SISFOH2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (7.1%)
Pobre no extremo	SISFOH3	16 (2.6%)	7 (5.2%)	8 (7.1%)
	SISFOH4	28 (4.5%)	9 (6.7%)	19 (16.8%)
	SISFOH5	51 (8.3%)	23 (17.0%)	20 (17.7%)
No pobre	SISFOH6	76 (12.4%)	15 (11.1%)	12 (10.6%)
	SISFOH7	444 (72.2%)	81 (60.0%)	46 (40.7%)
Total de personas encuestadas por dominio y clasificadas		615 (100.0%)	135 (100.0%)	113 (100.0%)

Tabla 4. Acceso a servicios de salud y gastos de bolsillo de los participantes en la encuesta (N=863)

CARACTERÍSTICAS Y CATEGORÍAS	NÚMERO (PORCENTAJE)
Recibe actualmente atención relacionada al VIH (N=863)	
• Si (Cualquier atención medica, examen de laboratorio o tratamiento incluido el TARV)	832 (96.4%)
• No	31 (3.6%)
En dónde recibe la atención relacionada al VIH (N=827/832)	
• Hospital del Ministerio de Salud (MINSA)	653 (79.0%)
• Establecimiento de salud (no hospital) del MINSA	26 (3.1%)
• Establecimiento de salud de seguridad social (ESSALUD)	73 (8.8%)
• Establecimiento de salud de las Fuerzas Armadas o Policiales	14 (1.7%)
• Organismos no gubernamentales	52 (6.3%)
• Instituciones religiosas	9 (1.1%)
Actualmente recibe TARV (N=830/832)	
• Sí	703 (84.7%)
• No	127 (15.3%)
Si recibe TARV, en qué año empezó a recibir (N=700/703)	
• Antes del 2000	12 (1.7%)
• 2000-2002	36 (5.2%)
• 2003-2005	234 (33.4%)
• 2006-2008	418 (59.7%)
Si aún no recibe TARV, ya tiene indicación de empezar (N=123/127)	
• Sí	21 (17.1%)
• No	102 (82.9%)
Si recibe TARV, gastos de bolsillo durante el último mes relacionados a la infección por VIH y su tratamiento (N=697/703)	
• Sí	238 (36.0%)
• No	459 (64.0%)
Fuente de financiamiento para estos gastos (N=236/238)	
• Autofinanciamiento	172 (72.9%)
• Parejas y/o amigos	17 (7.2%)
• Familiares	32 (13.6%)
• Seguridad social	4 (1.7%)
• Seguro privado	1 (0.4%)
• ONGs y organizaciones de PVVS	4 (1.7%)
• Otras fuentes	6 (2.5%)
Cantidad gastada (N=218/238)	
• Rango en nuevos soles	8.00-7,500.00 NS
• Mediana y rango intercuartílico	50.00 (25.00-80.00) NS
• Media y desviación estándar	130.00 (550.00) NS
• Total gastado	27,250.00 NS

Si recibe TARV, gastos de bolsillo antes de empezar el tratamiento en exámenes de laboratorio (Solo a personas que empezaron TARV durante 2006-2008, N=417/418)	
• Sí	411 (98.6%)
• No, no sabe o no recuerda	6 (1.4%)
Fuente de financiamiento para estos gastos (Si TARV inició en 2006-2008, N=409/418)	
• Autofinanciamiento	183 (44.7%)
• Parejas y/o amigos	26 (6.4%)
• Familiares	95 (23.2%)
• Seguridad social	17 (4.2%)
• Seguro privado	3 (0.7%)
• ONGs y organizaciones de PVVS	26 (6.4%)
• Otras fuentes	59 (14.4%)
Cantidad gastada (Si TARV inició en 2006-2008, N=297/418)	
• Rango en nuevos soles	10.00-3,000.00 NS
• Mediana y rango intercuartílico	100.00 (60.00-80.00) NS
• Media y desviación estándar	200.00 (350.00) NS
• Total gastado	57,500.00 NS
Gastos de bolsillo durante el último mes para atenciones médicas, pruebas de laboratorio o medicamentos no relacionados a la infección por VIH (N=863)	
• Sí	267 (30.9%)
• No	596 (69.1%)
Fuente de financiamiento para estos gastos (N=266/267)	
• Autofinanciamiento	173 (65.0%)
• Parejas y/o amigos	32 (12.0%)
• Familiares	42 (15.8%)
• Seguridad social	7 (2.7%)
• Seguro privado	0 (0.0%)
• ONGs y organizaciones de PVVS	4 (1.5%)
• Otras fuentes	8 (3.0%)
Cantidad gastada (N=246/267)	
• Rango en nuevos soles	4.00-2,500.00 NS
• Mediana y rango intercuartílico	50.00 (25.00-150.00) NS
• Media y desviación estándar	130.00 (250.00) NS
• Total gastado	32,500.00 NS
Alguna vez ha estado hospitalizado por problemas de salud relacionados a la infección por VIH (N=863)	
• Sí	248 (28.7%)
• No	615 (71.3%)
Fuente de financiamiento para estos gastos (N=244/248)	
• Autofinanciamiento	42 (17.2%)
• Parejas y/o amigos	18 (7.4%)
• Familiares	100 (41.0%)
• Seguridad social	33 (13.5%)
• Seguro privado	2 (0.8%)
• ONGs y organizaciones de PVVS	4 (1.6%)
• Otras fuentes	45 (18.5%)
Cantidad gastada (N=129/248)	
• Rango en nuevos soles	8.00-6,500.00 NS
• Mediana y rango intercuartílico	300 (140.00-500.00) NS
• Media y desviación estándar	660.00 (1160.00) NS
• Total gastado	85,500.00 NS

Tabla 5. Acceso a cualquier tipo de atención o servicio de salud relacionado al VIH de acuerdo a las características de las PVVS (N=863)

Características y categorías		Con acceso (N=832)	Sin acceso (N=31)	p (prueba de Chi cuadrado o Fisher)
Sexo biológico	Hombre	511 (95.9%)	22 (4.1%)	0.28
	Mujer	321 (97.3%)	8 (2.7%)	
Identidad	Homosexual/Gay	214 (97.7%)	5 (2.3%)	<0.05
	Transgénero	23 (79.3%)	6 (20.7%)	
	Bisexual	93 (96.9%)	3 (3.1%)	
	Heterosexual	502 (96.7%)	17 (3.2%)	
Edad	Menores de 35 años	440 (94.8%)	24 (5.2%)	<0.05
	Mayores de 35 años	392 (98.3%)	7 (1.7%)	
Región	Costa	595 (96.8%)	20 (3.2%)	0.50
	Sierra	128 (94.8)	7 (5.2%)	
	Selva	109 (96.5%)	4 (3.5%)	
Educación	Ninguna a Primaria incompleta	47 (100.0%)	0 (0.0%)	0.40
	Primaria completa	213 (95.1%)	11 (4.9%)	
	Secundaria completa	285 (96.6%)	10 (3.4%)	
	Técnica o Universitaria	287 (96.6%)	10 (3.4%)	
Estado civil	Soltero	470 (95.7%)	21 (4.3%)	0.80
	Casado	73 (97.3%)	2 (2.7%)	
	Conviviente	173 (97.2%)	5 (2.8%)	
	Separado o divorciado	62 (96.9%)	2 (3.1%)	
	Viudo	54 (98.2%)	1 (1.8%)	
Jefe de hogar	Sí	319 (96.4%)	12 (3.6%)	0.90
	No	513 (96.4%)	19 (3.6%)	
Tipo de seguro	ESSALUD, FFAA/FFPP, privado	145 (97.3%)	4 (2.7%)	0.68
	SIS (MINSA)	213 (96.8%)	7 (3.2%)	
	No tiene seguro	474 (96.0%)	20 (4.0%)	
Trabaja actualmente	Sí	507 (96.6%)	18 (3.4%)	0.75
	No	325 (96.2%)	13 (3.8%)	
Pobreza	Pobreza extrema	8 (100.0%)	0 (0.0%)	<0.05
	Pobreza no extrema	167 (92.3%)	14 (7.7%)	
	No pobre	657 (97.5%)	17 (2.5%)	

Tabla 6. PVVS que reciben cualquier tipo de atención o servicio de salud relacionado al VIH distribuidos por tipo de seguro personal y programa de provisión de servicios (N=827/832)

Tipo de seguro personal de la PVVS	Programa en donde recibe actualmente atención y servicios relacionados al VIH			Total por tipo de seguro
	ESSALUD, Fuerzas armadas, policiales y privados	Establecimientos de salud del MINSA	Otras instituciones (ONGs y grupos religiosos)	
ESSALUD, Fuerzas Armadas, Policiales y privados	84 (57.9%)	51 (35.2%)	10 (6.9%)	145 (100.00%)
SIS (MINSA)	0 (0.0%)	196 (92.9%)	15 (7.1%)	211 (100.00%)
No tiene seguro	3 (0.6%)	432 (91.7%)	36 (7.7%)	471 (100.00%)
Total por tipo de programa	87	679	61	827

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

50 AÑOS
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Alliance for Health Policy and Systems Research

IDRC CRDI

HEARD

ISBN: 978-9972-806-78-0