

PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN CINCO CIUDADES DEL PERÚ.

J. Maziél Girón V^{1a}, Eddy R. Segura^{1b}, Víctor Salazar C^{1c}, Rocío Valverde A^{1d},
Ximena Salazar L^{1e}, Carlos F. Cáceres^{1f}

RESUMEN

Existe poca literatura nacional sobre las percepciones que tienen las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) acerca de los servicios de salud vigentes que reciben. **Objetivos:** Recoger las percepciones de las PVVS sobre los servicios de salud especializados y el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). **Materiales y métodos:** Estudio transversal con aplicación de una encuesta ad hoc, previamente validada, en los usuarios PVVS de los principales hospitales que proveen TARGA en cinco ciudades del Perú. Se planificó un muestreo no probabilístico de 488 PVVS y los participantes fueron enrolados por conveniencia en forma sucesiva hasta alcanzar el tamaño muestral. **Resultados:** Desde enero a marzo de 2007 se encuestó 578 PVVS en siete hospitales de las cinco ciudades. El 27,5 y 7,5% de los encuestados pertenecieron al género femenino y transgénero respectivamente. El 27,2% refirió que recibió el diagnóstico durante el 2006. El 28,2% refiere que antes había sido atendido en otro establecimiento y los principales motivos para el cambio fueron por indicación médica (51,5%) y maltrato del personal de salud (8%). La mayoría (85,3%) recibe actualmente TARGA, de los que no reciben, aproximadamente un tercio, ya tiene indicaciones para el inicio del tratamiento. De los que no han recibido TARGA, 10% refiere que es por desabastecimiento de medicinas. **Conclusiones:** La implementación del Programa TARGA en el Perú evoca nuevas necesidades de investigación sobre la calidad de atención, acceso a atención integral y la adherencia.

Palabras clave: SIDA; TARGA; Acceso a los Servicios de Salud, Perú (fuente: DeCS BIREME).

PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS' PERCEPTIONS ABOUT HEALTH CARE SERVICES AND HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL TREATMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN 5 CITIES OF PERU

ABSTRACT

National literature on people living with HIV/AIDS (PLWHA) perceptions on existing health services they receive is scarce. **Objectives:** To gather the perceptions of PLWHA on specialized health care services and highly active antiretroviral therapy (HAART). **Materials and methods:** A cross-sectional study with application of an ad-hoc survey, previously validated, in PLWHA users of the main hospitals that provide HAART in five cities of Peru. A non-probabilistic sample of 488 PLWHA was planned and participants were enrolled for convenience in succession to reach the sample size. **Results:** From January to March 2007, 578 PLWHA from 7 hospitals in 5 cities were enrolled. 27,5% and 7,5% of the respondents were female and transgender respectively. 27.2% commented that received the diagnosis in 2006. 28,2% referred previous management in another health facility and the main reasons for the change were for medical referral (51,5%) and abuse of health personnel (8%). 85,3% are currently receiving HAART and of those who did not receive about one-third had already received indication for initiation of therapy, 10% referred having not received HAART by shortages of medicines. **Conclusions:** The implementation of the HAART program in Peru evokes new research needs on the quality of care, access to comprehensive care and adherence.

Keywords: AIDS; HAART, Health Services Accessibility; Peru (source: DeCS BIREME).

¹ Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Obstetrix y Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva; ^b Médico-Cirujano; ^c Psicólogo y Magíster en Salud Pública;

^d Socióloga y Magíster en Salud Pública; ^e Antropóloga y Magíster en Salud Pública; ^f Médico y Doctor en Salud Pública.

Este estudio fue financiado por los Programas "Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis en el Perú" y "Cerrando brechas hacia el logro de los objetivos del milenio en TBC y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa" auspiciados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, y que son administrados a través de CARE Perú. La adjudicación de la buena pro para realizar el estudio se hizo en los concursos públicos número 002-2006 CARE PERÚ y 003-2006 CARE PERÚ.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú ha cumplido 24 años de existencia desde la detección de los primeros casos¹ y son múltiples los esfuerzos desarrollados para luchar contra ella. Según información oficial del boletín de ITS y VIH/SIDA emitido por la Dirección General de Epidemiología existen 19 994 casos de SIDA y 29 570 casos de infección por VIH reportados al sistema de vigilancia hasta el 31 de agosto de 2007, observándose una tendencia aparente a la disminución de casos nuevos reportados por año en cada subgrupo². El mismo boletín da cuenta de la razón hombre:mujer resultante de los casos reportados de SIDA calculada en 3,56 y mostrando un discreto aumento con respecto a lo reportado para años previos, pero manteniendo aún una tendencia de estabilidad en general.

Una de las respuestas dirigidas para combatir la epidemia está relacionada con la implementación de servicios de salud adecuados para cubrir las necesidades de atención primaria, secundaria y terciaria de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). En este escenario, los programas auspiciados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FMSTM) vienen operando en nuestro país para apoyar y promover dichas medidas en un total de tres rondas de financiamiento de las ocho convocadas por esta entidad. Los programas del FMSTM son ejecutados en Perú a través de la organización benéfica internacional CARE Perú, quien en concertación con la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), administra los recursos del programa en su calidad de receptor principal. Las actividades son ejecutadas directamente por organismos subreceptores bajo un sistema de monitoreo y evaluación, conducido por el receptor principal, que en forma objetiva se refleja en la valoración de los indicadores de efecto, resultados e impacto del programa. Como uno de los acuerdos establecidos entre el país y el FMSTM, se debe realizar evaluaciones previas al inicio de las actividades de cada programa y periódicamente durante el desarrollo de estos, para medir el avance y los logros. Actualmente son dos los programas que están en ejecución y que han sido objeto de, en total, cuatro evaluaciones transversales y cuyos resultados han permitido realizar ajustes en las metas y tareas programadas. En ambos programas se considera a las PVVS como beneficiarias de actividades que finalmente tendrán efectos y resultados sobre su salud y, a nivel país, impacto sobre los indicadores epidemiológicos de la epidemia^{3,4}.

El objetivo del presente estudio fue realizar una evaluación de las condiciones y percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA, acerca de los servicios de salud y tratamiento antirretroviral que

reciben actualmente. Este estudio formó parte de varios subestudios realizados dentro del marco de la evaluación de los programas auspiciados por el FMSTM y que actualmente son ejecutados en nuestro país.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Dentro del marco de la evaluación de los programas de intervención en VIH/SIDA auspiciados por el FMSTM, se realizaron estudios transversales dirigidos a la medición de los indicadores de estos programas. Este estudio en PVVS se diseñó como un estudio de tipo transversal y bajo la modalidad de *Rapid Assessment Procedure* en los principales hospitales públicos que proveen servicios especializados de salud y tratamiento antirretroviral a PVVS en el Perú.

Durante los meses de enero a marzo del año 2007 se realizó el trabajo de campo para la aplicación de la encuesta a PVVS en los establecimientos de salud de cinco ciudades donde se provee tratamiento antirretroviral como parte del programa nacional: en Lima (Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Dos de Mayo), Callao (Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión), Ancash (Hospital La Caleta ubicado en Chimbote), Junín (Hospital El Carmen y Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo), y en Loreto (Hospital Regional de Loreto, en Iquitos).

DISEÑO MUESTRAL Y MUESTRA

Se utilizó la relación de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), propuesto y disponible a través del receptor principal a nuestro equipo de investigación. Por la necesidad de preservar la confidencialidad de los participantes, no se planteó un muestreo probabilístico a partir de un listado general de usuarios; alternativamente se tomó una muestra por conveniencia y se coordinó con el personal de salud de los establecimientos para invitar a los usuarios asistentes al servicio a participar en el estudio y se inscribió por conveniencia a los usuarios hasta completar el tamaño muestral propuesto.

El cálculo de los tamaños de muestra se realizó en función de los indicadores de programa del FMSTM y solicitados por CARE Perú. Estos debían ser estimados como proporciones a partir de variables de tipo binomial (%PVVS que recibe consejería=Sí/No, %PVVS que recibe tratamiento para enfermedades oportunistas=Sí/No, %PVVS con adherencia al TARGA=Sí/No y %PVVS en fase SIDA que recibe TARGA=Sí/No) y cuyos

estimados finales no son parte de este estudio, pero están disponibles^{3,4}. Se agrupó a las ciudades, para efectos de este cálculo, en dos bloques: uno conformado por Iquitos, Chimbote y Huancaayo, y el otro conformado por Lima y Callao. El tamaño fue determinado para estimar proporciones en cada uno de los bloques, considerando un nivel de significancia estadística de 0,05, y una precisión de 7% con un nivel de confianza de 95%. Debido a que las unidades de muestreo se colectaron en hospitales (con evidente conglomeración), el cálculo fue ajustado considerando un efecto de diseño de 1,25. Con estas consideraciones se estimó en 244 el número mínimo de participantes en cada bloque, resultando en un total de 488 participantes en las cinco ciudades. Este tamaño de muestra permitirá detectar diferencias de al menos 15% en una medición sucesiva de los indicadores dentro de cada uno de los bloques, con un poder estadístico de 80%.

COLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó un cuestionario ad hoc de aproximadamente 150 preguntas para recoger información socio-demográfica, sobre atención integral (incluyendo TARGA), acceso a servicios de salud y percepción sobre la calidad. También se recogió información complementaria que permitió interpretar mejor y contextualizar los indicadores del programa, pero que no se exponen para los fines de esta publicación.

Las preguntas de la encuesta fueron validadas en anteriores evaluaciones realizadas a favor de los programas auspiciados por el FMSTM que nuestro equipo de investigación ha conducido⁵. Debido a sugerencias de las organizaciones subreceptoras que siguieron cercanamente el proceso, se realizó una validación complementaria a pocos días del inicio del trabajo de campo. Para tal efecto, un equipo conformado por una obstetriz, una psicóloga y una antropóloga con experiencia en investigación y trabajo con esta población, aplicó las encuestas a un grupo de diez personas PVVS, recogiendo las sugerencias para un mejor planteamiento de las preguntas, interpretaciones de los entrevistados y comentarios en general sobre el contenido del instrumento. Este proceso permitió dar los ajustes a la encuesta para poder ser aplicada en campo, finalmente, los cambios fueron incorporados sin mediar inconvenientes.

ASPECTOS ÉTICOS

Estudio de tipo "investigación operativa"; su protocolo y sus instrumentos fueron aprobados por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los participantes, previo permiso para ser brevemente encuestados, recibieron información sobre

el estudio, sus objetivos, métodos y la forma en que se usarían los hallazgos. Aquellas personas adultas PVVS que estuvieron de acuerdo en participar firmaron el documento de consentimiento informado del cual se les entregó una copia.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis descriptivos con cálculo de frecuencias simples y proporciones e intervalos de confianza al 95% para las principales variables de estudio. Para los análisis comparativos entre proporciones se usó la prueba de χ^2 considerando $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Un total de 578 PVVS fueron encuestadas proviniendo la mayor parte de ellas de Lima y Callao (63,5%). La población identificada con el género femenino (27,5%) y transgénero (7,8%) representó aproximadamente la tercera parte de la muestra estudiada. Los rangos de edad de los participantes oscilaron entre 18 y 70 años con una media de 34,9 $\pm$ 8,7. Aproximadamente la cuarta parte de la muestra reportó cursar o haber cursado estudios de nivel superior tipo técnico o universitario (26,8%). La gran mayoría de los encuestados refirió haber recibido el diagnóstico de VIH desde el año 2000 en adelante (83,5%; IC95%: 80,1-86,3) y comparando todos los años reportados, la mayor parte de diagnósticos fue realizado en el año 2006 (27,2%; IC95%: 23,6-31,0).

SOBRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LA ATENCIÓN

La mayoría reportó que había recibido atención medica relacionada con el VIH en el hospital donde fue encuestado desde el año 2006 (39,1%, IC95%: 35,1-43,2) y en general la distribución de años del inicio de la atención, sigue la misma distribución que los años en el que se recibió el diagnóstico, esto puede sugerir que la mayoría de los entrevistados empezó a recibir atención especializada por parte del equipo médico multidisciplinario, el mismo año en que llegó al establecimiento. Sin embargo, una importante proporción refiere que en el pasado recibió atención en otros establecimientos de salud debido al VIH (28,2%; IC95%: 24,6-32,1; 20,4% en un establecimiento, 7,1% en dos y 0,7% en tres establecimientos).

Al ser preguntados (163 PVVS) por los motivos para el cambio de establecimiento, la mayoría reportó que ello se debió a que fueron transferidos desde otros

establecimientos (51,5%; IC95%: 43,5-59,4). Cabe mencionar que un segmento refiere que la decisión de cambio fue propia y originada por maltrato recibido en el establecimiento de salud original (8,0%, IC95%: 4,3-13,2). Refirieron otros motivos como el costo elevado de la atención, la distancia, la incompatibilidad de horarios, la carencia de especialistas y la carencia de TARGA; sin embargo, la prevalencia de ninguna de estas fue mayor a lo reportado para el rubro de maltrato.

SOBRE LA INCLUSIÓN EN EL TARGA

De los 578 PVVS encuestados, la mayoría reportó estar recibiendo actualmente TARGA (85,3%, IC95%: 82,1-88,0). Tomando en consideración que el estudio se realizó durante los primeros meses del año, se encontró que la mayoría de usuarios inició el TARGA durante el año 2006 y en forma decreciente para los años previos (43,8% [216/493] en 2006, 24,3% [120/493] en 2005, 15,6% [77/493] en 2004 y 7,4% [37/493]) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$ en las comparaciones sucesivas). Sólo una pequeña cantidad reportó haber iniciado TARGA en el año en que se realizó el estudio (En 2007, 43/493 = 8,7%; IC95%: 6,4-11,6).

SOBRE LA INDICACIÓN DE RECIBIR TARGA

De las personas que reportaron que no estaban recibiendo TARGA, aproximadamente la tercera parte refiere que había recibido indicación para el inicio del TARGA (24/75 = 32%) mientras los demás aún continuaban las evaluaciones de rutina pre TARGA hasta cumplir criterios de elegibilidad. De acuerdo con los encuestados, esta indicación había sido recibida principalmente entre los años 2006 y 2007 (en 2006, 11/24 = 45,8%; en 2007, 9/24 = 37,5%). Cuando se preguntó a estas personas que ya tenían indicación, los motivos por los que no recibían tratamiento, la mayoría refirió que no pudo realizarse las pruebas de laboratorio requeridas (8/24 = 33,3%). Otros motivos menos frecuentes fueron la no disponibilidad de resultados de las pruebas de laboratorio (2/24 = 8,3%), decisión propia de no iniciar TARGA (1/24 = 4,2%) y otros motivos varios como la presencia de enfermedades concomitantes o embarazo (8/24 = 33,3%). Una pequeña proporción desconocía el motivo por el cual aun no recibía TARGA pese a la indicación (3/24 = 12,5%).

SOBRE LA ENTREGA DEL TARGA A LAS PVVS

Respecto a la frecuencia con la que el TARGA se recibe en los establecimientos de salud, la mayoría

reportó recibirlo actualmente en forma mensual (293/493 = 59,4; IC95%: 54,9-63,7), y un segmento menor refiere recibirlo semanal o bisemanalmente (139/493 = 28,2%; IC95%: 24,8-31,6) siendo la diferencia entre ambas proporciones estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Es menos frecuente la entrega del medicamento en forma diaria o con intervalos mayores a un mes.

Del total de PVVS en TARGA, un segmento importante refiere que alguna vez no los recibió en el establecimiento de salud (49/493 = 9,9%; IC95%: 7,4-12,9) y, de este grupo, la gran mayoría refirió que había desabastecimiento de medicamentos (39/49 = 79,6%). Otros motivos menos frecuentes fueron la suspensión de la atención ocasionada por "paros" o "huelgas" de trabajadores de salud o simplemente por que olvidaron recogerlos.

SOBRE LA ADHERENCIA AL TARGA

Del total de 493 PVVS que reportaron estar en TARGA, la mayoría reportó que nunca había olvidado tomar el medicamento durante el último mes (443/493 = 89,9%; IC95%: 86,8-92,3). Cuando las personas que reportaron no haber tomado TARGA durante el último mes, al

Tabla 1. Adherencia de las PVVS al TARGA.

Pregunta	n	(%)
Alguna vez durante el último mes has dejado de tomar tus medicamentos TARGA?		
Nunca	443	(89,9)
1 vez (1 día)	26	(5,3)
2 veces	7	(1,4)
3-5 veces	4	(0,8)
6-12 veces	1	(0,2)
He suspendido el tratamiento	1	(0,2)
Otro	1	(0,2)
No responde	10	(2,0)
Total	493	(100,0)
¿Por qué dejaste de tomar los medicamentos TARGA durante el último mes?		
Por olvido	10	(25,0)
No los tenía a la mano	4	(10,0)
Me sentía mal	4	(10,0)
Problemas con el tiempo	3	(7,5)
Me sentía triste o deprimido	3	(7,5)
Tome alcohol y lo olvide	1	(2,5)
No los pude recoger del establecimiento	1	(2,5)
Creo que tienen efectos negativos	1	(2,5)
Otros motivos	5	(12,5)
No responde	8	(20,0)
Total	40	(100,0)

Tabla 2. Percepción de las PVVS sobre el trato recibido por el personal proveedor de servicios de salud

¿Cómo calificarías el trato de las personas que atienden en este establecimiento de salud?	n	(%)
Excelente	131	(22,7)
Bueno	322	(55,7)
Regular	98	(17,0)
Malo	4	(0,7)
Muy malo	1	(0,2)
No responde	22	(3,8)
Total	578	(100,0)

menos una vez, fueron preguntadas por los motivos de ello se identificaron dos grupos predominantes de motivos: una proporción importante relacionada con el olvido, el estado de ánimo de las PVVS y con la falta de tiempo (Tabla 1).

SOBRE HOSPITALIZACIONES EN PVVS

De los 493 personas que reciben TARGA, la tercera parte (162/493 = 32,9%, IC95%: 28,7-37,2) reportó haber estado hospitalizada al menos una vez por afecciones relacionadas con el VIH/SIDA durante su vida. De las 75 personas que informaron no estar recibiendo TARGA un porcentaje discretamente menor refirió también alguna hospitalización en el pasado (21/75 = 28,0%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,4$).

PERCEPCIONES DEL SERVICIO EN GENERAL

Aproximadamente tres cuartas partes (453/578 = 78,4%) de los encuestados considera que el trato del personal de salud en el establecimiento es bueno o excelente (Tabla 2) y casi dos tercios de los entrevistados consideran que las personas del establecimiento siempre resuelven sus problemas (62,3% siempre; 32,2% a veces y 1% nunca, $p<0,001$ en comparaciones sucesivas). Aparentemente, la aceptación es muy alta aun cuando algunas características como los tiempos de espera para ser atendidos el día de la cita (media = 100 +/- 70 minutos; mediana = 90; min = 5; máx = 360) y el tiempo que debe transcurrir hasta la siguiente cita muestran ser algo elevados (media = 15 +/- 20 días; mediana = 7; min = 0; máx = 210).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio pretenden ofrecer una visión de algunos de los aspectos de las condiciones y percepciones de las PVVS que acuden

a los establecimientos de salud del MINSA, a partir del análisis de 578 encuestas realizadas en cinco ciudades del país. Como era esperable, la mayor parte de los participantes pertenecen al sexo masculino, aunque un elemento a resaltar aquí es que la encuesta consideró la clasificación por sexo, teniéndose un importante 7,8% población transgénero encuestada. Los datos sobre edad de los encuestados dan cuenta de que estas personas probablemente se infectaron años atrás cuando eran mucho más jóvenes, situación que coincide con datos reportados por el MINSA y ONUSIDA que hablan de una epidemia del VIH principalmente joven en nuestro país, que va de los 25 a los 35 años^{6,7}.

Con relación al año de diagnóstico y año de inicio de atención por VIH, como muestran los resultados, es a partir del 2004 que se observa el mayor incremento de casos. Estos resultados guardan relación con el inicio de la era TARGA en el Perú y con esta llegada, el incremento del acceso a pruebas diagnósticas por parte de las PVVS^{8,9}.

Sobre la búsqueda de atención de salud previa en otro/s establecimiento/s de salud diferente/s y los motivos para no continuar atendiendo en dicho/s establecimiento/s aparecen dos motivos como los más frecuentes: el haber sido derivado (51,5%) y el haber sido maltratado (8,0%). La búsqueda de atención, en general, por parte de las PVVS es un tema poco estudiado aun cuando sería de gran ayuda conocer los requerimientos, no sólo teóricos o biomédicos, de esta población. Con esta información se podría establecer un paquete de servicios que brinde atención integral para cubrir sus necesidades. Si bien se ha dado importantes avances en términos de capacitación y sensibilización hacia el personal de salud, el estigma y discriminación relacionados al VIH/SIDA continúa siendo uno de los aspectos necesarios de ser abordados como parte de todos los esfuerzos actuales en nuestro país; así lo muestra otro estudio desarrollado por el Proyecto Policy¹⁰, donde se plantea el espacio de los servicios de salud como otro de los espacios reproductores del estigma y discriminación existente en la sociedad en su conjunto.

Se encontró que la mayor parte de encuestados (85,3%) ya se encontraban recibiendo TARGA, lo cual era previsible por la ejecución de la encuesta en centros de referencia. Sin embargo, al hablar de los motivos para no haber iniciado el tratamiento aun cuando ya se tenía la indicación, si bien el número de personas no es elevado (24 casos), resulta importante hacer mención a los motivos referidos, en primer lugar aparece el "no pudo hacerse las pruebas" (33%) y en segundo lugar el "no hay resultados de las pruebas" (8,3%) como motivos

más frecuentes. En este contexto tal como muestran los datos, el acceso a las pruebas estaría apareciendo como un elemento limitante para estas personas con indicación de inicio de TARGA.

Sobre la frecuencia de entrega del TARGA se encontró gran variedad de éstas por parte de los profesionales de salud; una explicación posible podría estar relacionada con la antigüedad de inicio del TARGA y la adherencia demostrada a esta; sin embargo, para aseverar esto sería necesario desarrollar estudios que profundicen en este punto. Con relación al acceso a tratamiento y los motivos por los que los encuestados alguna vez habían dejado de recibir el TARGA, el principal motivo declarado fue el de desabastecimiento (79,6%); este resultado coincide con los hallazgos de los subestudios cualitativos realizados como parte de las evaluaciones de CARE-Perú, donde la condición mencionada con mayor fuerza por las PVVS entrevistadas es la experiencia de desabastecimiento de medicamentos en el servicio de salud^{8,9}.

En cuanto a la falta de adherencia, si bien sólo son 40 los casos de personas que declararon no haber tomado TARGA durante el último mes, es importante mencionar los motivos referidos por estas personas; así podemos agrupar los motivos en dos subgrupos: el primero estaría referido al "olvido" explicado de diferentes maneras por los encuestados (45%), mientras que el segundo grupo estaría referido a los motivos psicológicos o de estado de ánimo de los encuestados (17,5%). En este punto es necesario considerar la necesidad persistente de continuar enfocando los esfuerzos tanto en la concientización respecto a los beneficios de la adherencia al TARGA, como en las acciones de apoyo emocional y psicológico como elementos clave para el éxito de la adherencia al programa. La adherencia es un aspecto crucial, tanto en su evaluación como en sus implicancias en el éxito del tratamiento. La adherencia adecuada se ha definido como la toma de al menos 95% de las dosis programadas de TARGA el último mes, de acuerdo con la definición de "Adherido" considerada en la norma vigente sobre TARGA^{11,12}.

Si bien las calificaciones ofrecidas al trato recibido y capacidad de resolución de problemas son predominantemente aprobatorias hacia los servicios recibidos en materia de VIH, es importante mencionar otros hallazgos de tipo cualitativo que dan cuenta de algunos elementos de insatisfacción por parte de las PVVS con relación a la atención recibida por el programa^{9,10} los cuales están referidos a la existencia de actitudes de discriminación por parte del personal de salud - principalmente de otros servicios diferentes al programa TARGA -, presencia de valoraciones diferenciadas en función de los subgrupos de poblaciones de PVVS, etc.

Por otro lado, la interpretación de este resultado podría estar limitado por potenciales diferencias en la calidad de atención esperada por las PVVS, basada en condiciones preexistentes de exclusión social; por lo tanto, en este punto resulta necesario plantear la necesidad de realizar un estudio que analice de forma más extensa la calidad de atención ofrecida por los establecimientos. Una investigación previa¹³ obtuvo resultados muy similares, en términos cuantitativos, de la apreciación de las PVVS sobre la capacidad resolutoria y el trato del personal de salud; pero este estudio fue conducido en un sólo establecimiento de salud en Lima. Hay que remarcar que la literatura nacional sobre estos casos es muy escasa.

En conclusión, podemos decir que la implementación del Programa TARGA en el Perú ha generado nuevas necesidades de investigación referidas a evaluar la calidad de atención ofrecida a las PVVS, el acceso a atención integral y el análisis de los niveles de adherencia al TARGA. Es recomendable continuar una discusión mayor sobre el significado de la adherencia y las mejores formas de medirla; debiendo establecerse criterios de definición que la hagan comparables con los que usan otros países¹⁴. Asimismo, es necesario explorar en mayor profundidad los condicionantes y determinantes tanto de la no adhesión como de la deserción en el TARGA, como paso previo para las intervenciones que les harán frente y garantizarán su acceso. En ese sentido, explorar los condicionantes económicos de la deserción y no acceso al TARGA surge como un reto de investigación, especialmente los referidos a los gastos de bolsillo en la población potencialmente beneficiaria.

Finalmente, consideramos importante plantear las limitaciones que el presente estudio pudiera tener. Creemos que si bien es importante contar con resultados de encuestas como ésta, las mediciones realizadas en PVVS tradicionalmente se restringen a personas ya registradas por los establecimientos de salud, por lo cual no se está ofreciendo información sobre otras PVVS, informadas o no de su condición de salud. Un muestreo aleatorio sistematizado de base poblacional hubiera sido ideal; pero ello implicaba atentar contra la confidencialidad del diagnóstico. Adicionalmente, los datos para determinar adherencia se basan en el reporte de eventos retrospectivos y ellos están sujetos al sesgo de la memoria así como al de respuesta por deseabilidad social. En ese sentido, planteamos la necesidad de interpretar los resultados y datos ofrecidos por este estudio en su real contexto y considerando que si bien una encuesta con una muestra más amplia sería ideal, existe una serie de elementos que hacen poco factible su realización, entre ellos el estigma existente hacia las PVVS¹⁵ y el hecho de que muchas de estas personas desconocen su estatus.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a todas aquellas personas usuarias de los servicios del programa TARGA del MINSA, quienes a través de sus valiosas respuestas a la encuesta permitieron la realización de este estudio. Nuestro agradecimiento tanto para los establecimientos de salud de las ciudades parte del estudio como para el personal de salud, por todo el apoyo brindado durante la recolección de información al permitirnos ingresar a sus espacios de atención.

Agradecemos al Ministerio de Salud y todas las instancias al interior de él, por hacer factible nuestro trabajo en los establecimientos de salud.

Finalmente deseamos agradecer a todos los profesionales que contribuyeron de una u otra manera con la realización de este estudio, en especial agradecemos a Ana María Rosasco, Clara Sandoval, Walter Mendoza, Andrés "Willy" Lescano, Luis Cuellar, y Julio Cuadros con cuyos valiosos aportes y recomendaciones nos fue posible diseñar, desarrollar y culminar esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Patrucco R.** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú (SIDA). Estudios inmunológicos. Diagnóstico (Perú). 1985; 16(5): 122-35.
2. **Perú, Ministerio de Salud.** Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Agosto 2007. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2007. [Fecha acceso: agosto 2007]. Disponible en http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2007/agosto.pdf.
3. **CARE Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia.** Estudio de medición de línea de base de los objetivos 1-4 del componente VIH del Programa: Cerrando brechas hacia el logro de los objetivos del milenio en TBC y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa (Informe Final) Lima: CARE, UPCH; 2007.
4. **CARE Perú- Universidad Peruana Cayetano Heredia.** Estudio de tercera medición de los indicadores de los Objetivos 2-4 del Componente VIH del Programa Fortalecimiento del Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú (Informe Final). Lima: CARE, UPCH; 2007.
5. **CARE Perú- Universidad Peruana Cayetano Heredia.** Estudio de segunda medición de los indicadores de los Objetivos 1-4 del Componente VIH del Programa Fortalecimiento del Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú (Informe Final). Lima: CARE, UPCH; 2006.
6. **Perú, Ministerio de Salud.** Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y el control. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2006. Serie Análisis de la Situación y la Tendencia N.º 19.
7. **ONUSIDA.** Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2006. Resumen de Orientación-Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
8. **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: OPS; 2007.
9. **Ministerio de Salud-Universidad Peruana Cayetano Heredia.** Recomendaciones para la implementación de un Programa de Terapia Antirretroviral para el VIH/SIDA en el Perú. Estudio solicitado por el MINSA y financiado por Vigía/USAID. Lima (Perú), 2005.
10. **Diez Canseco F.** Estigma y Discriminación: La mirada de las personas viviendo con VIH-sida en el Perú. Lima: Proyecto Policy-USAID-Peruanos Positivos; 2007.
11. **Perú, Ministerio de Salud.** Norma Técnica para la adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH. Lima: MINSA; 2004. NT N.º 2004-MINSA/DGSP-V.01.
12. **Perú, Ministerio de Salud.** Norma Técnica para el TARGA en Adultos infectados por el VIH. Lima: MINSA; 2004. NT N.º 004-MINSA/DGSP-V.02.
13. **Llanos-Zavalaga LF, Mayca Pérez J, Navarro-Chumbes GC.** Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención relacionada con TARGA. Rev Med Hered 2006; 17(3): 156-69.
14. **Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P.** Adherence to HAART: A systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLoS Med 2006; 3(11): e438.
15. **Ugarte-Gil CA, Miranda-Montero JJ.** Derechos humanos y salud: El caso del VIH/SIDA. Rev Med Hered 2005; 15(4): 225-28.

Correspondencia: Dr. Carlos Cáceres Palacios. Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú
Dirección: Av. Armendáriz 445, Miraflores. Lima.
Teléfono: (511) 241 6929 Telefax 241 8334
Correo electronico: ccaceres@upch.edu.pe