

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**“La problemática respecto a la gestión para lograr la adherencia al Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) brindado por el Ministerio de Salud para varones entre 25 y 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima entre los años 2004 a 2015”**

**Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con Mención en Políticas Públicas y Gestión Pública**

**AUTOR**

**ROEL ALONZO TORRES**

**ASESOR**

**JESSICA VIOLETA BENZA MORALES**

**JURADO**

**LILIANA DEL CARMEN LA ROSA HUERTAS**

**FLAVIO ERNESTO AUSEJO CASTILLO LIMA –**

**PERÚ**

**2017**

## Resumen:

Se asume que los factores como la discriminación, el hacinamiento, la promiscuidad y la pobreza determinan que la tasa de infección de la población masculina entre los 25 y 40 años sea proporcionalmente mayor, sin embargo, existen otros factores, (como un inadecuada aplicación de los protocolos de atención) que podrían llegar a ser determinantes para que este fenómeno se manifieste bajo esas características.

Nuestro trabajo busca explicar cuán determinante son los eventuales problemas que pueda tener la gestión desde diversos aspectos: el normativo, el presupuestal, la carencia de personal, la desarticulación en las compras, que de una manera directa o indirecta inciden en lograr la adherencia al tratamiento del TARGA (Tratamiento de Gran Actividad) en los beneficiarios del mismo. Al respecto, adicionalmente consideramos que un adecuado manejo de los protocolos de atención y un posterior seguimiento por parte de los profesionales de la salud es fundamental. En ese sentido, planteamos la existencia de un vínculo entre una adecuada gestión así como una correcta aplicación de los protocolos de atención –con un real enfoque en derechos humanos– como factor que logre la adherencia al tratamiento en la población con VIH-SIDA.

## Palabras claves

Políticas Públicas – Perú – Salud - Varones

TARGA – VIH - Sida

Adherencia - Adhesión,

Protocolos de Atención

Hospital Arzobispo Loayza – Hospital Dos de Mayo – Hospital Santa Rosa –

Hospital Cayetano Heredia



Con mucho cariño a mis padres y a los  
excluidos a consecuencia del VIH - Sida

## Índice

<b>Introducción</b>		<b>pag. 08</b>
<b>Capítulo 1</b>	<b>Estado de la Cuestión y Marco Teórico.</b>	
1.1	Estado de la Cuestión	pag. 11
1.1.1.	Estudios respecto al VIH desde diversas perspectivas. A modo de introducción.	pag. 11
1.1.2.	La ausencia de elementos que determinen la adherencia o adhesión al tratamiento del VIH-SIDA. Un tema de salud pública.	pag. 12
1.1.3.	La ausencia de procedimientos claros que determinen la adherencia o adhesión para el caso peruano.	pag. 15
1.2.	Marco Teórico	pag. 16
1.2.1.	Discusiones conceptuales: del apego a la adherencia en procesos de salud.	pag.16
1.2.1.1	Dimensiones de la Adherencia	pag. 20
1.2.1.2.	Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento por antirretrovirales	pag. 23
1.2.2.	Salud, Políticas Públicas y tratamiento	pag. 24
1.2.3.	Un debate, el concepto de adherencia terapéutica en contraposición al concepto de adhesión.	pag. 30
1.2.4.	Adhesión: la importancia de los conceptos en un entorno de exclusión y discriminación.	pag. 31
1.2.5.	Cuando la voluntad no es suficiente. La necesidad de establecer incentivos en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.	pag. 32
<b>Capítulo 2</b>	<b>Metodología</b>	
2.1.	Descripción de la Metodología	pag. 36
2.2.	Problemática con relación al acceso de la información y las entrevistas realizadas.	pag. 38
2.3.	Planteamiento del Problema, preguntas secundarias objetivas e hipótesis.	pag. 39
2.4.	Justificación	pag. 40
2.5.	Objetivos	pag. 41
<b>Capítulo 3</b>	<b>Respuesta normativa del Estado Peruano con relación a la problemática de VIH-SIDA</b>	
3.1.	Los primeros intentos de comprensión de la problemática y la legislación	pag. 43
3.2.	Conceptos en conflicto, de la participación activa de los usuarios a la pasividad.	pag. 49
3.3.	La respuesta del Estado con relación a los procedimientos para lograr la adherencia.	pag. 54

**3.3.1 Principales diferencias entre la norma vigente Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA y la normativa derogada correspondiente a la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA y a la Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA.** pag. 55

**Capítulo 4. Sobre la estructura del proceso de atención: de una respuesta nacional a las carencias del sistema.**

**4.1. Con relación a la estructura del proceso de atención.** pag. 59

**4.1.1. Principales organismos involucrados en la gestión del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.** pag. 59

**4.1.2. Respecto a la estructura del proceso de atención. El procedimiento de ingreso al tratamiento** pag. 59

**4.1.3. El protocolo de atención: un medio para asegurar solo los objetivos desde la sanidad.** pag 65

**4.1.4. Las variantes de la ejecución y el gasto en los Hospitales Públicos de Lima entre los años 2004 y 2015.** pag. 65

**4.1.4.1. Hospital Dos de Mayo** pag. 66

**4.1.4.2. Hospital Cayetano Heredia** pag. 71

**4.1.4.3. Hospital Arzobispo Loayza** pag. 73

**4.1.4.4. Hospital Santa Rosa** pag. 76

**4.1.4.5. Comparación de la información de Hospitales Públicos de Lima** pag. 78

**Capítulo 5 Un visión general de la problemática. La respuesta Estatal con relación a los grupos vulnerables: el caso de los varones entre 25 y 40 años como sector de riesgo.**

**51. La problemática de la estructura del proceso de atención y la carencia de una real respuesta integral desde la política pública.** pag. 90

**5.1.1. Problemas a nivel organizacional** pag. 91

**5.1.2. La buena atención como factor de una buena adherencia** pag. 97

**5.1.3. Observaciones respecto a la interacción personal de salud y usuarios del servicio** pag. 99

**5.1.4. Problemas a nivel de la estrategia** pag. 105

**5.1.5. Corrupción en el Sistema de Salud** pag. 107

**52. Los Protocolos de Atención, como elementos que no coadyuvan a lograr la adherencia al TARGA.** pag. 108

**5.2.1. Respecto al proceso de acompañamiento** pag. 112

**5.3. Las falencias de un sistema. Una estrategia desintegrada.** pag. 113

**5.3.1. Fallas en el abastecimiento** pag. 113

**5.3.2. Desarticulación** pag. 113

**5.3.3. Fraccionamiento** pag. 114

**5.3.4. Los problemas con relación a la asignación de recursos** pag. 115

**Conclusiones** pag. 116 - 119

## Índice de Tablas y Gráficos

<b>Tabla N° 01 Cuadro comparativo de normas técnicas para la adherencia al TARGA</b>	<b>pag. 58</b>
<b>Gráfico N° 01 Comparativo de incremento de beneficiarios del Seguro Integral de Salud entre los años 2012 a 2015.</b>	<b>pag. 62</b>
<b>Gráfico N° 02: Flujograma para el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH</b>	<b>pag. 63</b>
<b>Gráfico N° 03 Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2011 a 2014. (Hospital Dos de Mayo)</b>	<b>pag. 66</b>
<b>Gráfico N° 04. Gasto efectuado por personas que acuden a los servicios de salud entre los años 2011 a 2014. (Hospital Dos de Mayo)</b>	<b>pag. 67</b>
<b>Gráfico N° 05: Comparativo de cantidad de usuarios y receptores de tratamiento TARGA entre los años 2007 y 2015. (Hospital Dos de Mayo)</b>	<b>pag. 68</b>
<b>Gráfico N° 06: Atención realizada por enfermeras entre los años 2004 a 2015.</b>	<b>pag. 69</b>
<b>Gráfico N° 07: Meta y persona atendida que recibe consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA durante los años 2012 a 2014. (Hospital Dos de Mayo)</b>	<b>pag. 70</b>
<b>Gráfico N° 08: Estimado de gasto efectuado por persona que recibe TARGA entre los años 2012 y 2014. (Hospital Dos de Mayo)</b>	<b>pag. 70</b>
<b>Gráfico N° 09: Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2012 a 2014. (Hospital Cayetano Heredia)</b>	<b>pag 71</b>
<b>Gráfico N° 10: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014. (Hospital Cayetano Heredia)</b>	<b>pag 71</b>
<b>Gráfico N° 11: Adultos y jóvenes reciben consejería y tamisaje durante los años 2012 a 2014. (Hospital Cayetano Heredia)</b>	<b>pag 72</b>
<b>Gráfico N° 12: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014. (Hospital Cayetano Heredia)</b>	<b>pag 72</b>
<b>Gráfico N° 13: Personas diagnosticadas con VIH que acuden al servicio y reciben atención integral 2011 a 2014. (Hospital Arzobispo Loayza)</b>	<b>pag 73</b>
<b>Gráfico N° 14: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014. (Hospital Arzobispo Loayza)</b>	<b>pag 73</b>
<b>Gráfico N° 15: Integrantes de Equipo Multidisciplinario durante los años 2014 a 2015 (Hospital Arzobispo Loayza)</b>	<b>pag 74</b>
<b>Gráfico N° 16: Usuarios que iniciaron, reciben y abandonaron tratamiento TARGA durante los años 2014 y 2015. (Hospital Arzobispo Loayza)</b>	<b>pag 75</b>

- Gráfico N° 17: Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2012 y 2014. (Hospital Santa Rosa)** pag 76
- Gráfico N° 18: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2012 a 2014. (Hospital Santa Rosa)** pag 76
- Gráfico N° 19: Cantidad de adultos y jóvenes que reciben consejería y tamizaje durante los años 2012 a 2014. (Hospital Santa Rosa)** pag 77
- Gráfico N° 20: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2012 a 2014. (Hospital Santa Rosa)** pag 77
- Gráfico N° 21: Usuarios que acuden al servicio de infectología durante los años 2006 a 2015. (Hospital Santa Rosa)** pag 78
- Gráfico N° 22: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2012.** pag. 79
- Gráfico N° 23: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2013.** pag. 80
- Gráfico N° 24: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2014.** pag. 80
- Gráfico N° 25: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2012.** pag. 82
- Gráfico N° 26: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2013.** pag. 82
- Gráfico N° 27: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2014.** pag. 83
- Gráfico N° 28: SIDA Distribución por edad y sexo en el Perú entre 1983 y 2015.** pag 86

**La problemática respecto a la gestión para lograr la adherencia al Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) brindado por el Ministerio de Salud para varones entre 25 y 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima entre los años 2004 a 2015.**

**Introducción**

A pesar de existir directivas del Ministerio de Salud que regulan el proceso de gestión para lograr adherencia al tratamiento contra el VIH-SIDA, *“la cifra de fallecidos por SIDA, se incrementó durante los años 2001 y 2002, para disminuir durante los años 2003 y 2004, en que se inicia el TARGA. Salvo un nuevo repunte en el 2005, a partir de ese momento el número de defunciones empezó a descender hasta el 2010, estimándose en 1,106 muertes para el 2011. No obstante, de acuerdo con datos recientes del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, durante los años 2012 y 2013 se habría producido un incremento en las muertes por Sida”* (Defensoría del Pueblo, 2016:152).

Por otro lado, se asume que los factores como la discriminación, el hacinamiento, la promiscuidad y la pobreza determinan que la tasa de infección de la población masculina entre los 25 y 40 años sea proporcionalmente mayor, sin embargo, existen otros factores, como una inadecuada aplicación de los protocolos de atención o como una respuesta no integral por parte del Estado que podrían llegar a ser determinantes para que este fenómeno se manifieste bajo esas características.

Nuestro trabajo busca explicar cuán determinante son los eventuales problemas que pueda tener la gestión desde diversos aspectos: el normativo, el presupuestal, la carencia de personal, la desarticulación en las compras, que de una manera directa o indirecta inciden en lograr la adherencia al tratamiento del TARGA (Tratamiento de Gran Actividad) en los beneficiarios del mismo. Al respecto, adicionalmente consideramos que un adecuado manejo de los protocolos de atención y un posterior seguimiento por parte de los profesionales de la salud es fundamental. En ese sentido, planteamos la existencia de un vínculo entre una adecuada gestión así como una correcta aplicación de los protocolos de atención –con un real enfoque en derechos humanos– como factor que logre la adherencia al tratamiento en la población con VIH-SIDA.

Bajo ese supuesto se ha planteado la siguiente pregunta principal: ¿Cómo se implementó el proceso de gestión para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA en pacientes varones del 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015?

La pregunta principal está relacionada al siguiente objetivo principal: Comprender la problemática del proceso de gestión para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA que brinda el Estado para pacientes varones de 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015.

En ese sentido, la presente investigación se va a desarrollar en cinco capítulos. El primer capítulo, versará respecto al estado de la cuestión y el marco teórico. Con relación al marco teórico, se recogerá tanto de manera general como particular, aquella producción académica con respecto a la problemática del VIH-SIDA, así como también los estudios que desde lo particular se acerque al problema planteado con relación a la adherencia. En ese sentido se plasmará el debate académico respecto a las “dimensiones” de la adherencia, así como los factores relacionados a su ausencia.

Respecto al estado de la cuestión, se presentarán los planteamientos de diversos autores relacionados al proceso de adherencia al tratamiento de antirretrovirales. Por otro lado se planteará la discusión entre el uso del concepto de adherencia en contraposición al término adhesión al tratamiento.

En el segundo capítulo incluirá la parte metodológica de la investigación, en ella se detallaran las preguntas de investigación, las sub preguntas de investigación, objetivos, las hipótesis a construir, la justificación académica sobre la selección temporal y espacial de la investigación.

Asimismo, se desarrollara el tipo de investigación realizada, los perfiles de los entrevistados, la cantidad de entrevistas por cada perfil, así como la duración del proceso de investigación y la problemática existente de acceso a la información oportuna. Se dará cuenta del uso de los protocolos de consentimiento informado y que se siguieron criterios de ética en la investigación establecidos por el Comité de

Ética de la Pontificia Universidad Católica del Perú así como el uso entrevistas semi estructuradas e incluso informales. Es importante señalar que se detallara las dificultades encontradas en el proceso de investigación, tanto por parte del sistema como por algunos funcionarios públicos, respecto al proceso de búsqueda de información.

En el tercer capítulo, se desarrollara de manera sucinta el proceso normativo realizado por el Estado Peruano respecto a la producción legal de cara a regular la respuesta. Para ello se realizara una breve descripción de la normativa técnica implementada por el Estado Peruano entre los años 2004 y 2015, finalmente se realizara una comparación entre la normativa técnica vigente y la primera normativa específica respecto a la adherencia.

En el cuarto capítulo, se desarrollará la estructura del proceso de atención en salud para lograr la adherencia al TARGA. Ello implicará detallar la política de atención en VIH-SIDA, así como los procedimientos específicos de la misma para lograr dicho objetivo. Asimismo, se realizara un análisis de la normativa vigente, los aciertos y las falencias de la misma, así como los procesos de gestión, y sus componentes y como estos también pueden tener injerencia en el tema materia de la presente investigación. Finalmente se desarrollara y se comparará la información encontrada en cada establecimiento de salud materia de la presente investigación.

En el capítulo quinto, se realizara el análisis de los hallazgos encontrados en la presente investigación, a fin de determinar el funcionamiento adecuado o no del sistema para efectos de lograr la adherencia al tratamiento.

## **Capítulo 1                    Estado de la Cuestión y Marco Teórico.**

### **1.2 Estado de la Cuestión**

#### **1.1.1 Estudios respecto al VIH desde diversas perspectivas. A modo de introducción.**

Con relación al VIH-SIDA, existen variados estudios respecto al proceso mismo de la enfermedad. Al respecto, consideramos innecesario citar la prolija bibliografía con relación a los alcances de dicha enfermedad desde una perspectiva de la medicina.

Sin embargo, existen importantes publicaciones académicas con relación a los alcances y las consecuencias de dicha enfermedad desde diversos enfoques. Por ejemplo, desde los factores propios de los diversos sectores poblacionales y su relación con el VIH – Sida. En ese sentido, es importante señalar la publicación del Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano que en una publicación del año 2011 denominada “Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina” presentan una serie de estudios para explicar y entender la sexualidad desde diversas vertientes, actores en un entorno de derechos. Cabe señalar que también existen estudios que en su momento buscaron explicar la carga estigmatizante de un portador de esta enfermedad, así como la respuesta inicial por parte del Estado Peruano (Cueto: 2001) (Cueto 2002).

Por otro lado, existen publicaciones que realizan un enfoque de la enfermedad desde los grupos vulnerables que la padecen, presentando las variadas posturas con relación a la sexualidad y el ejercicio de la misma. En ese sentido, es relevante el texto de Salazar y otros que establecen que la población transexual es una de las más afectadas por el VIH-SIDA, en la medida que se desenvuelve en un entorno hostil y discriminatorio (Salazar y otros: 2010), en ese mismo sentido hay publicaciones relacionadas a población homosexual (Cáceres: 2002), trabajadoras sexuales (Vargas: 2009).

Del mismo modo, es pertinente citar la extensa actividad académica con relación a las políticas desde la sexualidad. Al respecto consideramos importante la publicación de (Miranda 2008), (Franco Giraldo 2008).

Asimismo, desde el Ministerio de Salud se han venido presentando diversas publicaciones respecto al proceso de evolución del VIH-SIDA, en nuestro país y en el mundo señalándose en muchos casos los porcentajes de infectados y haciendo un análisis general respecto a las causas de morbilidad; contagio etc. Al respecto, es importante destacar una publicación del año 2013, la cual tiene una perspectiva completa y general de la problemática del VIH/SIDA en nuestro país, siendo una herramienta útil para establecer políticas generales de salubridad en torno a esta enfermedad:

*“La publicación contiene una breve reseña de la situación del VIH/SIDA en el Mundo y América Latina; un análisis epidemiológico sobre los determinantes y la morbilidad por VIH/SIDA; descripción de las características de los casos de VIH/SIDA notificados según su distribución poblacional, formas de transmisión; un análisis de la mortalidad; estudios de vigilancia epidemiológica y modelamiento epidemiológico matemático de la epidemia. También se analiza la respuesta del país frente a la epidemia de VIH/SIDA y se realiza una priorización de las regiones con mayor riesgo y de los grupos más vulnerables”.* (MINSA 2013: 7)

Estas publicaciones, sin embargo al ser muy generales no llegan a profundizar por la problemática relacionada al proceso de adherencia al tratamiento de antirretrovirales denominado TARGA para el caso peruano, razón por la cual consideramos pertinente plantear el vacío con relación a dicho tema.

### **1.12 La ausencia de elementos que determinen la adherencia o adhesión al tratamiento del VIH-SIDA. Un tema de salud pública.**

Si bien hay estudios que han establecido los factores determinantes para la adherencia o adhesión al tratamiento del TARGA, no existen investigaciones que en

la actualidad expliquen la experiencia peruana, salvo dos contextos estudiados y muy particulares. (Bazán- Ruíz et al 2013).

Con relación a textos que refieran a experiencias puntuales a nivel nacional, podemos mencionar un estudio realizado en la ciudad de Lima a los 4 años de aplicación del TARGA en nuestro país, estableciendo el perfil del no adherente al tratamiento (Andrade 2008). Por otro lado, existe una tesis de licenciatura elaborada para la Universidad Cayetano Heredia, la cual determina que *“en 962 pacientes con SIDA atendidos entre el 2006-2010, que recibieron TARGA, evidenció que un 14,55% abandonó el tratamiento luego de un promedio de 7 meses. En ese trabajo los factores de riesgo más relevantes para el abandono de la terapia fueron: edad menor de 35 años, sexo femenino, bajo peso y un recuento de linfocitos CD4 superior a 350 células/ ml”*. (Mejía 2013), citada en el texto de Bazán-Ruíz y otros (Bazán-Ruíz 2013: 101).

Asimismo, es muy interesante lo señalado el año 2009 por Alvis y otros ya que realizan un análisis llegando a conclusiones importantes. Al respecto los autores señalan con relación a un estudio ese año a pacientes del Hospital Arzobispo Loayza de la ciudad de Lima, comparándolo con otras publicaciones que:

*“no se encontró que la falta de adherencia esté relacionada con la edad o el sexo del paciente. Sin embargo, existen estudios que establecen que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherente <sup>(8,9,14)</sup>, definiéndose el ser joven como un factor de riesgo para ser no adherente <sup>(27)</sup>. Se ha descrito también que las mujeres tienden a ser menos adherentes que los hombres <sup>(25)</sup>. En forma general, se ha establecido que las variables demográficas no tienen un rol determinante en la adherencia al tratamiento antirretroviral <sup>(12)</sup>. Por otro lado, se encontró que las personas que son homosexuales o bisexuales tienen más riesgo de ser no adherentes que los heterosexuales. Al revisar la literatura, vemos que existen resultados contradictorios, ya que en algunos se le establece como un factor de riesgo y en otros como un factor protector<sup>(14,28)</sup>.”* (Alvis et al 2009: 271).

Como se puede observar, en las conclusiones del autor, existen diversos análisis respecto a factores de no adherencia, pero los cuales pueden llegar a devenir en contradictorios, lo cual es preocupante en la medida que muchas de las políticas públicas se estructuran en este tipo de conclusiones. Finalmente se señala que:

*“en nuestra población la prevalencia encontrada fue similar a la descrita en la mayoría de estudios, a pesar de la heterogeneidad ya mencionada, teniendo en cuenta que resultó mayor a la encontrada previamente es este mismo hospital. Además, los factores independientemente asociados a la falta de adherencia fueron: ser homosexual/bisexual, tener CVRS baja, apoyo social bajo, no tener domicilio fijo, presentar morbilidad psíquica, tener mayor tiempo recibiendo el tratamiento y tomar mayor número de pastillas al día; observando que los factores de carácter psicosocial son los que influyeron de manera más importante en la adherencia, seguidos de los factores relacionados al tratamiento antirretroviral; los factores demográficos son los que mostraron no tener influencia alguna en la adherencia al tratamiento.”* (Alvis et al 2009: 271-272).

Al respecto, de la lectura de la documentación antes citada, los factores que determinan el logro de la adherencia es el entorno psicosocial, el cual incluye factores sociales, como pobreza, exclusión, discriminación y factores ligados a la respuestas emocionales que pueda tener el afectado con relación a la enfermedad, es decir niveles de stress, tensión e incluso situaciones que pudieran generar algún desorden a nivel mental, los cuales al parecer son recurrentes en las personas viviendo con VIH-SIDA.

Por otro lado, con relación a la experiencia nacional y vinculando dicha problemática a las políticas públicas en salud, es importante destacar lo señalado por Ruiz-Mejía y otros quienes manifiestan que en la actualidad a pesar de la gran inversión estatal en procedimientos y políticas para la atención para población que vive con VIH-SIDA, el Estado no ha sido capaz de disminuir la tasa de abandono al tratamiento, lo que podría generar eventualmente una mayor inversión en gasto público pero con resultados que no son equivalentes a lo esperado *“la disminución de adherencia al TARGA aún se mantiene, desconociéndose su progresión en los últimos años y se ha*

*convertido en un problema de salud pública. A pesar de contar con la efectividad clínica y recursos para su tratamiento; en la actualidad, no se logra aumentar significativamente el porcentaje de su adherencia”.* (Bazán- Ruíz et. al, 2013: 101).

### **1.1.3. La ausencia de procedimientos claros que determinen la adherencia o adhesión para el caso peruano.**

Si bien hay estudios que determinaron en su momento una revisión a la aplicación de los factores de adherencia a los 4 años de implementación del TARGA en el Perú así como de las actualizaciones y sugerencias al mismo (Andrade, 2008), en la actualidad estas propuestas están desactualizadas en la medida que la última “*Norma Técnica de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*”, entró en vigencia en el año 2014

Al respecto, es importante señalar que se ha evidenciado que existen estudios muy puntuales de análisis, respecto a algunos casos, básicamente centrados en la ciudad de Lima respecto a factores que son determinantes para establecer la existencia de adherencia o adhesión el cual es el término que esta investigación busca destacar. (Bazán-Ruíz 2013) y (Alvis et al 2009), desconociéndose la existencia de otros trabajos en ese sentido.

Por otro lado, una de las problemáticas detectadas, es que el sistema de salud carece de un procedimiento que permita compartir información entre los distintos establecimientos y en sus distintos niveles respecto a la cantidad de usuarios, así como la identidad de los mismos. Ello genera que no se tenga certeza de que el usuario que eventualmente abandona el tratamiento lo pueda retomar en otro establecimiento, generando estadísticas poco fiables (Bazán- Ruíz y otros 2013). Este factor es importante en la medida que la condición generada por la falla virológica, antes mencionada, es un factor que pueda ser determinante para la adherencia o no al tratamiento y por ende ser un factor de vulnerabilidad en el individuo.

Se ha establecido en los párrafos precedentes que con relación al concepto de adherencia si bien es recogido por la mayoría de la academia así como por la

normativa nacional, existen ciertos cuestionamientos sobre la pertinencia de su uso desde una mirada de la efectividad del mismo. Por otro lado, es importante señalar que los factores que puedan influenciar en las condiciones de eficacia del tratamiento denominado TARGA son importantes por lo que consideramos necesario analizar cuál es el rol desde el Estado para aminorar las condiciones que de alguna manera mantiene el sistema y que eventualmente puedan tener incidencia en esta problemática.

En ese sentido, consideramos pertinente preguntarnos cuales son los problemas asociados a la gestión para lograr la adherencia (o adhesión) al tratamiento del TARGA en pacientes varones de 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015. Con relación al termino adherencia y de manera preliminar pudiéramos definirlo como aquellas actividades que realiza el usuario de los servicios de salud o quien reciba un tratamiento general, respecto a la observancia de las directrices establecidas por los profesionales de la salud con fin de llevar a cabo o culminar un tratamiento determinado. Por otro lado, con relación al termino adhesión, el cual postulamos como el más idóneo, puede ser definido preliminarmente como el empoderamiento de usuario de los servicios respecto al tratamiento, en tanto tiene una relación no subordinada con el profesional de la salud y un involucramiento pleno con el mismo. A lo largo de la presente investigación se expondrán diversas posiciones respecto a los dos términos antes citados.

## **1.2 Marco Teórico**

### **1.2.1 Discusiones conceptuales: del apego a la adherencia en procesos de salud.**

Diversos autores han planteado discusiones respecto a la pertinencia del uso del concepto adhesión con relación a los conceptos de apego, cumplimiento y adherencia, los cuales se venían usando en diversos textos académicos como sinónimos para referirse a los procedimientos de vinculación de los pacientes con relación a los tratamientos y las directivas en un contexto de enfermedad o de salud (Piña López 2013) (OMS 2004).

Al respecto, de la bibliografía revisada se ha podido encontrar algunas definiciones de los términos antes citados. Con relación al término apego, se ha determinado que

*“la única definición que se propone se describe dentro de la lógica del lenguaje ordinario, como sustantivo masculino que se refiere a una afición o inclinación particular o a mostrar afecto hacia una persona o cosa (...) su origen se sitúa en la etología donde se le define como el vínculo afectivo que se desarrolla entre dos personas, cuyo objetivo inmediato es la búsqueda y el mantenimiento de la proximidad en momentos de amenaza”* (Piña López 2013: 48).

Por otro lado, respecto al término cumplimiento este ha sido definido como *“el grado o la extensión con la cual la conducta de una persona —consumir los medicamentos, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en su estilo de vida— se corresponde con las recomendaciones expuestas por el personal de salud (Haynes, 1979)”*. (Piña López 2013: 49). El término adherencia se entiende como la *“implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de conducta aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982)”* (Piña López 2013: 49). Finalmente, el término adhesión se conceptualiza como la:

*“frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud práctica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las recursos competenciales de que dispone, una diversidad de conductas que le permitan cumplir de manera eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud (Piña y Sánchez-Sosa, 2007).”* (Piña López 2013: 49).

Como se puede evidenciar, los conceptos antes mencionados no son sinónimos ni muchos menos pueden usarse como tales, ya que la ampliación práctica de los mismos —por ejemplo en un entorno de salud— tendrían diferentes efectos, toda vez que el grado de empoderamiento y de vinculación de los receptores de las atenciones en salud, serían notablemente diferenciadas.

Por otro lado, desde los años setentas del siglo pasado, diversas publicaciones tanto en los Estados Unidos de América como en países hispano parlantes han planteado una discusión respecto a la pertinencia del uso del término adhesión en detrimento de los otros conceptos. En ese sentido podemos mencionar publicaciones en Chile (Ortiz y Ortiz 2007), Colombia (Villa y Vinaccia 2006), Cuba (Ginarte 2001), España (Demarbre 1994, Ferrer 1995) y México (Sánchez-Sosa 2002).

A pesar de la existencia de dichas discusiones, uno de los términos más utilizados respecto a entornos de salud, enfermedad y medicamentos es el referido a la adherencia. Diversos autores han planteado definiciones las cuáles presentan elementos en común.

En ese sentido, podemos mencionar que respecto al término adherencia se ha definido en la literatura especializada:

*“La adherencia (o cumplimiento) puede definirse como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento”. (Alvarez Montero y otros 2001: 467), “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (OMS 2004: 9) “(...) la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico”. (Orueta, 2005: 40).*

Asimismo, *“La adherencia implica una serie de conductas y ha sido explicado de manera acertada por el modelo de Creencias en Salud. El grado en que el usuario del servicio realice las indicaciones del prestador está afecto a una serie de factores externos e internos que acceden de acuerdo a un momento político-social determinado”. (Andrade 2008: 14)*  
*“La adherencia al Targa se define como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas para el Targa, en una*

*comunidad determinada, e implica un papel activo por parte del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral”. (Alvis et al 2009: 3).*

El término adherencia, se usa incluso de manera oficial en las publicaciones que se refieren a la normativa respecto a la problemática del VIH. En el caso nacional podemos mencionar la vigente Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), aprobada mediante Resolución Ministerial N° 962-2014-MINSA, del 11 de diciembre de 2014. la cual establece en la sección V Disposiciones Generales, 5.1 Definiciones Operativas, en el numeral 5.1.3 la definición de adherencia como *“Grado en el que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue con un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilo de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud”*.

Finalmente, con relación al término materia de comentarios, la Organización Mundial de la Salud, propone el concepto de Adherencia Terapéutica como uno más completo que el de solamente adherencia (OMS, 2004). Al respecto, la OMS, replantea el término adherencia, señalando que *“aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas”*. En ese sentido se define adherencia terapéutica como:

*“el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.”(OMS 2004: 3-4).*

### 1.2.1.2 Dimensiones de la Adherencia

Existen diversos estudios respecto a las dimensiones de la adherencia terapéutica centrándola en factores referidos, al individuo, al sistema de salud, a la enfermedad, a los medios económicos y al procedimiento o tratamiento en si como elementos que determinan o influyen en el mayor o menor grado de adherencia (Alvarez Montero et al 2001), (OMS 2004), (Orueta, 2005), (Villa y Vinaccia 2006), (Andrade 2008), (Rivas 2008), (Arrivillaga 2010), (Ortiz y Ortega 2011) y (Salinas 2012).

Al respecto, los autores antes mencionados establecen dichos factores como elementos que de alguna manera son determinantes en el proceso de lograr la adherencia al tratamiento. Los textos dan una lectura bastante uniforme con relación a ello. En ese sentido, la bibliografía consultada establece que los factores mencionados de alguna manera influyen en la mayor adherencia al TARGA. Al respecto, podemos mencionar lo señalado por la OMS que establece que:

*“la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores”.* (OMS 2004: XIV). En ese sentido, el texto del organismo internacional estipula que *“no hay ninguna estrategia de intervención o conjunto de estrategias que haya resultado eficaz para todos los pacientes, afecciones y entornos. En consecuencia, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente. Para lograrlo, los sistemas y los proveedores de servicios de salud deben contar con medios para evaluar con exactitud no solo la adherencia terapéutica, sino también los factores que la influyen”.* (OMS 2004: XIV).

Es importante tener en cuenta que se destaca que los procedimientos para lograr la adherencia no son estáticos y por ende no son inmutables, sino todo lo contrario. Dichos elementos son dinámicos y se deben de analizar según un contexto determinado, por lo que se menciona:

*“que la mejora de la adherencia terapéutica requiere un proceso continuo y dinámico. La investigación reciente en las ciencias del comportamiento ha revelado que la población de pacientes puede ser segmentada según el grado de disposición para seguir las recomendaciones de salud. La falta de congruencia entre la disposición del paciente y los intentos del profesional en la intervención significa que, con frecuencia, los tratamientos se prescriben a quienes no están preparados para seguirlos. El personal sanitario debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto”.* (OMS 2004: XIV)

Por otro lado, se establece que la adherencia es multidimensional y está compuesta de cinco elementos, por lo que:

*“es un fenómeno (...) determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones” en este informe, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante (figura 3). La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. Al respecto cabe señalar factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores socioeconómicos, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con el tratamiento”.* (OMS 2004: 29).

En el mismo sentido, Villa y Vinaccia señalan que *“en general, los estudios se han dirigido hasta el momento a explorar la adhesión al tratamiento en distintas enfermedades y se han guiado a partir de cinco factores clásicos*

*expuestos por Meichenbaum y Turk (1991) y que se esbozan a continuación: factores relacionados con los pacientes, los factores relacionados con la enfermedad; el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión, factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del régimen de tratamiento, factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención, factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para elicitar las preocupaciones, sentimiento o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada de personal de salud (...). Adicionalmente en el caso del VIH la infección por VIH como enfermedad tiene algunas características particulares, como por ejemplo el estigma social asociado, el número de fármacos necesarios para su tratamiento, la importancia de sus efectos secundarios y las circunstancias que rodean la vida de muchos de los afectados.”. (Villa y Vinaccia 2006: 52-53).*

Cabe destacar que respecto a estos elementos mencionados en distintas publicaciones, la Organización Mundial de la Salud señale que:

*“no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica (5, 6), y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias. (...) No existe factor (es decir, rasgo) estable alguno que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. Sin embargo, (...), la medición de la adherencia terapéutica brinda información útil que solo el control de resultados no puede proporcionar, pero sólo continúa siendo un cálculo del comportamiento real del paciente. Varias de las estrategias de medición son costosas (...). La elección de la “mejor” estrategia de medición para obtener una*

*aproximación del comportamiento de adherencia terapéutica debe contemplar todas estas consideraciones. Lo que es más importante, las estrategias empleadas deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables (16). También deben tenerse en cuenta las metas del prestador o el investigador, los requisitos de exactitud asociados con el régimen, los recursos disponibles, la carga de respuesta en el paciente y el modo en que se usarán los resultados. Por último, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de auto notificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica”. (OMS 2004: 5).*

#### **1.2.1.2. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento por antirretrovirales**

Por otro lado, existe bibliografía que detalla que también hay factores que de alguna manera limitan la adherencia, los cuales conceptualmente son los mismos, en sentido negativo, adicionándose el factor de índole clínico. En ese sentido, están determinados por factores, ligados al individuo, al entorno, a la carencia de medios, a la falta de atención oportuna, al nivel de información del personal de salud, incluso a la falla virológica. (Martín-Sánchez y otros 2002) (Arrivigalla 2010b), (Aguilera et al 2010) (Salinas 2012), (Alave et al 2012), (Romero et al 2012), (Arévalo et al 2013).

Del mismo modo, respecto a la falla virológica, se ha establecido que el:

*“acceso universal a la terapia anti-retroviral de gran actividad (TARGA) ha disminuido la morbimortalidad y mejorado la calidad de vida de las personas infectadas con VIH/SIDA. El objetivo de la TARGA es lograr niveles indetectables de carga viral y esto se logra en aproximadamente 80% de los infectados con VIH/SIDA sin exposición previa a anti retrovirales (“naive”) luego de 48 semanas de iniciado el tratamiento. Aquellos que no alcanzan este objetivo tienen riesgo de desarrollar resistencia a anti-retrovirales, lo que puede conducir a falla virológica y aparición de enfermedades oportunistas (...) La falla virológica se ha*

*asociado a factores como terapia anti-retroviral previa, falta de adherencia a la TARGA y resistencia primaria. Estos factores permiten identificar y tratar en forma temprana a estos pacientes por otro lado implementar estrategias para su control”.* (Alave et al 2013: 42).

La falla virológica es un factor determinante pues de darse, va ser un elemento que condicione la materialización de los beneficios que pudiera traer a una persona viviendo con VIH-SIDA. Al generar cierta resistencia al medicamento, ello podría generar un entorno especial de vulnerabilidad.

### **1.2.2. Salud, Políticas Públicas y tratamiento**

Respecto a lo que se debe de entender como salud, tradicionalmente se ha mantenido una concepción paternalista y bastante dominante, *“la visión de salud en las sociedades modernas, pese a la declaración de la Organización Mundial de la Salud, ha sido eminentemente biomédica. Esto implica la aceptación de un marco conceptual en el cual el nivel de salud de las sociedades se construye fundamentalmente a través de las intervenciones médicas, basadas en los avances tecnológicos y del conocimiento, aplicados al ámbito de la terapéutica médica, no obstante lo limitado de estas premisas”* (Cuadrado, 2015: 2)

Ello quiere decir que tradicionalmente la respuesta de lo que se entiende por salud se basa exclusivamente en lo que implica un acto médico. Esta relación médico - paciente está vinculada al concepto de poder, por lo que *“la construcción de un concepto de salud no puede entenderse al margen de la idea del poder, en tanto las dinámicas de poder en la sociedad donde éste se concentra, determinan qué es lo que se entiende por salud y enfermedad. La (bio)medicina constituyó el poder hegemónico en este sentido.”* (Cuadrado op. cit)

Por otro lado, con relación al tema de salud pública, existen diversos estudios los cuales incluyen la evolución de dicho concepto hacia una mirada más inclusiva y participativa, sin embargo el enfoque de la acción del Estado sigue perfilándose en un rol paternalista y con una baja perspectiva “en derechos humanos”. (Arroyo y otros

2004) (Franco-Giraldo y Álvarez Dardent 2008) (Miranda y otro et al 2008) (OMS 2010).

En ese sentido, según Franco-Giraldo y otro respecto a los clásicos estudios en políticas de salud establece que *“tradicionalmente, la investigación sobre políticas de salud ha mantenido como objeto la salud poblacional y los sistemas de salud como el centro de intervenciones y estrategias integradas (...) la investigación sobre políticas públicas y salud estudia los determinantes, el diseño, la implementación y las consecuencias de las políticas sobre la salud.”* (Franco-Giraldo y Álvarez Dardent 2008).

Estos autores plantean un nuevo enfoque de estudio y tratamiento de las políticas públicas en salud, vinculado a una perspectiva de derechos humanos, estableciendo que estos son:

*“herramienta(s) para la construcción de las políticas públicas relacionadas con la salud, generando un campo innovador para el logro de políticas sociales y políticas públicas en salud. Se concluye que la salud pública como bien público global y las políticas públicas tienen sentido si se apoyan en los derechos humanos mediante mecanismos de construcción ciudadana y participación política. (Franco-Giraldo y Álvarez Dardent, 2008: 281).*

Por lo que, es importante tener en cuenta una nueva perspectiva que redefine el derecho a la salud en un marco de políticas públicas y qué factores pueden configurarse en ella. Al respecto, es necesario evidenciar que muchos de estos factores están determinados por cómo se define el concepto de salud y como se entiende la política pública en salud, ya que ello implica:

*“un marco de derechos humanos, la protección del derecho a la salud debe estar vinculada a acciones que involucren otros sectores, además del sector salud. Esto incluye la provisión de educación, acceso a un sistema judicial, libertades civiles, derechos laborales, y la oportunidad para participar políticamente. Tales requisitos coinciden con la nueva ola de pensamiento,*

*proveniente del campo de la salud pública, en relación con las cualidades necesarias para determinar qué intervenciones serían las más efectivas. Aparte de constituir por sí mismo un paradigma conceptual diferente en el cual la salud se entiende como parte de amplias y diversas condiciones sociales de la vida de la gente, los derechos humanos también conforman un cuerpo de leyes. Como tales, entonces, imponen ciertas obligaciones a los Estados en relación con la salud, además de una serie de otros aspectos relacionados con el bienestar social. Los gobiernos que ratifican los tratados internacionales son legalmente responsables ante la sociedad acerca del cumplimiento de ciertas obligaciones para sus ciudadanos.”* (Miranda et al., 2008:12).

Por lo tanto, es importante resaltar que ello implicará a la larga redefinir paradigmas respecto al acceso al sistema de salud por medio de políticas públicas que sean mucho más inclusivas y menos paternalistas. Esta posición, generará un cambio de paradigmas con relación a lo que se entiende por acceso a salud o salud simplemente, lo cual implicará *“que la determinación de ciertas políticas y la implementación de programas respecto al sistema de salud nacional deberán ser guiadas por ciertos principios fundamentales, en vez de ser simplemente un asunto de negociación política”* (Miranda et al 2008:12).

Por ello, es importante la redefinición de la relación médico – paciente (o usuario), ya no en un entorno de dependencia sino en un entorno de equidad, es decir, en un marco de perspectiva de derechos humanos. En un texto referido a la relación que vincula la salud, la ética médica y los derechos humanos, respecto a la relación de los médicos con la población rural, se ejemplifica el modelo clásico de atención:

*“muchos pacientes no toman individualmente decisiones sobre su salud, así como tampoco tienen la opción de elegir donde recibir la atención debida para el cuidado de su salud. Dado que en teoría el poder de los médicos es regulado por medio de estándares éticos, aquellas relaciones de poder que no son consideradas parte de la relación médico-paciente – a pesar que por sí mismas afectan el bienestar del paciente – no están sujetas a escrutinio en este modelo”.* (Miranda et al 2008: 10)

Hay que tener en cuenta además, los factores adicionales que se encuentran en las relaciones de atención a población viviendo con VIH-SIDA. La discriminación, miedo, pobreza, son factores que de alguna manera pueden influir en la relación médico-usuario del servicio.

No solamente, se debe de redefinir la relación médico paciente (o usuario) desde la ética médica sino que la conceptualización de la atención en salud, la cual debe de incluir una perspectiva de derechos humanos, en ese sentido,

*“la atención ética de los pacientes, así como la certeza de la provisión de servicios con calidad, constituyen partes integrales del derecho a la salud. A pesar de ello, el paradigma de los derechos humanos, por el contrario, va más allá. El marco de derechos apuesta por empoderar a los pacientes para que no se vean a sí mismos tan sólo como pacientes con un diagnóstico determinado, ni tampoco como los consumidores de los servicios de salud que deberían recibir calidad, sino como ciudadanos poseedores de derechos capaces de hacer demandas que van más allá de los paquetes de servicios”* (Miranda et al, 2008:11).

Esto ha generado, que los procesos de evaluación de las políticas públicas en salud (específicamente en VIH) están direccionados en metas presupuestables más que en el resultado esperado que eventualmente pudiera favorecer más al ciudadano. (Laurell, 2010) (Gómez, 2010) (Rodríguez-García, 2013). En ese sentido es que surge la evaluación por resultados o en la medida que tradicionalmente la planificación desde el Estado implicaba que *las “ideas” con mucha frecuencia están desconectadas de la “acción”, con el resultado inesperado de que muchas estrategias no se implementan como se han planeado, o no son diseñadas de manera realista desde su inicio y, por lo tanto, no responden a la situación real o a las poblaciones afectadas.* (Rodríguez-García, 2013: 8).

Si bien formalmente nuestro país está inmerso en la lógica de la planificación por resultados, en la práctica ésta para que opere de manera óptima debe de incluir tres elementos: lo técnico, lo social y lo político (Rodríguez-García, 2013: 8). Lo técnico como elemento, define aquellos cambios en las estructuras de ciertos procedimientos

que buscan generar el beneficio a la población objeto de las políticas públicas. Lo social, puesto que dichos cambios van a generar impacto en un grupo determinado. Dicho impacto tiene que generar un cambio en la calidad de vida de los potenciales beneficiarios y finalmente lo político, en la medida que ello va a implicar la negociación política la cual debe generar el soporte para que ese nuevo impacto se materialice en un grupo determinado.

En ese sentido, es pertinente, detallar que respecto a los conceptos de salud, de políticas públicas y de gestión pública en salud, se han encontrado algunas publicaciones que consideramos interesantes, pues de estos conceptos se tendrá que realizar el análisis con relación a la presente investigación.

El concepto de salud, propuesto por Salas señala que *“la salud y la enfermedad se pueden considerar como un proceso dinámico de generación de bienestar y padecimiento, tanto en individuos como en colectivos humanos, que resulta de la combinación de los procesos psicosociales, culturales, políticos, económicos, ecológicos y biológicos que hacen parte de sus vidas.* (Salas 2012: 31). Ello implica que la salud o la enfermedad están íntimamente vinculados a factores externos, ya que dichas categorías están íntimamente influenciadas por el entorno, sean estos factores sociales, culturales o de diversa índole.

Respecto al concepto de Política Pública, es importante tener en consideración lo planteado por Lahera, quien de manera general la define como *“cursos de acción y flujos de información relacionados con un objeto público definido en forma democrática (...) incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos y mecanismos, definiciones y modificaciones institucionales y la previsión de sus resultados”.* (Lahera, 2004; 16).

Con relación al concepto de políticas públicas en salud, es interesante la propuesta establecida por Gómez – Arias, citado por Walter Salas Zapata quien señala que *“las políticas públicas en salud pueden entenderse como dispositivos para el control social que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; que en el caso de la salud pública ese asunto son los*

*problemas que afectan la salud de los grupos humanos (Gómez-Arias, 2011a) (Salas, 2012: 29).*

Para efectos del presente estudio, es importante señalar que conceptos desde la Ciencia Política son relevantes para entender el problema planteado por la presente investigación. Para ello debemos de tener definiciones básicas que deberán de explicar cómo se va desarrollando la política pública y que problemas al respecto se pudieran encontrar.

Las políticas públicas, como es el caso de las políticas de salud, se vienen planteando desde un concepto denominado enfoque de derechos. Ello implica la implementación de una política integral que pueda incluir diversos aspectos del grupo beneficiario de determinada política pública, en ese sentido se entiende que *“En el caso de la implementación de las políticas con enfoque de derechos, el acento en la búsqueda de soluciones integrales compromete específicamente a los diversos actores públicos concernidos con la problemática de la salud, tornando a la gobernanza en un atributo necesario”* (Cunill y otros, 2011: 23).

Un concepto importante es el referido a la gobernanza sistémica el cual es definido como *“al alineamiento e integración de los actores públicos para la efectiva protección de un derecho instituido. Bajo esta perspectiva, existe gobernanza sistémica cuando al menos los actores gubernamentales involucrados en el ejercicio de un derecho ciudadano, mantienen relaciones orgánicas y sostenidas de cooperación para producir soluciones integrales a las problemáticas que el derecho interpela”*. (Cunill y otros, 2011: 23).

Con relación a esta investigación, habría que determinar si estos conceptos desde la ciencia política se encuentran en las políticas públicas materia de la presente investigación, pero sobre todo en la estrategia de combate contra el flagelo del VIH.

### **1.2.3 Un debate, el concepto de adherencia terapéutica en contraposición al concepto de adhesión.**

En esta sección, trataremos de evidenciar la posible colisión entre los términos, adhesión y adherencia y como ellos se han venido presentando en la literatura especializada.

Existe en el debate académico, una discusión respecto a la pertinencia del uso del término adhesión en detrimento del término adherencia. Si bien el planteamiento de esta controversia no es mayoritaria, la consideramos importante en la medida que da un nuevo enfoque a la luz de los estudios en psicología, siendo por ende la más actual (Rivas, 2008), (Piña López, 2013).

Para efectos de nuestra investigación recogeremos el planteamiento elaborado por Piña López quien como Rivas Rivas, establece el concepto de adhesión entendiéndolo desde la psicología. Cabe señalar que el autor señala que dicho término está ligado a la acción y al comportamiento ya que:

*“las conductas de adhesión no son procesos o estados particulares; son acciones o respuestas instrumentales, directas y distintivas que adoptan la forma de verbos, i.e., adherirse: a) consumir los medicamentos tal y como fueron prescritos con la frecuencia y/o en las dosis especificadas; b) asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud; c) evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas, y d) realizarse los estudios clínicos o de laboratorio recomendados, principalmente”.* (Piña López, 2013: 54).

Bajo ese sentido, el concepto de adhesión implica una práctica de al menos un conocimiento previo de lo que se puede hacer, lo que significa la existencia de pericia en el comportamiento. No se limita a una acción meramente pasiva sino y sobre todo un compromiso activo y una acción basada en el empoderamiento del actor.

Por lo tanto, Piña López propone una definición de adhesión para lo cual señala que:

*“constituye la manifestación práctica del nivel de competencia de una persona, con base en la correspondencia funcional que se establece entre los objetos/eventos del ambiente y el ejercicio instrumental de una conducta —i.e., consumir los medicamentos con la frecuencia y/o según las dosis especificadas—, con la finalidad de producir determinados resultados — i.e., mantener estable la funcionalidad biológica y evitar la progresión clínica de la enfermedad.”* (Piña López, 2013: 55).

#### **124. Adhesión: la importancia de los conceptos en un entorno de exclusión y discriminación.**

El concepto de adhesión como un concepto más completo con relación al término adherencia, se determina como la *“frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica a lo largo de un periodo variable y a partir de recursos competenciales de que dispone, una diversidad de conductas que le permitan cumplir de manera eficiente con determinados criterios en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud”*. (Piña y Sánchez-Sosa, 2007: 401).

Consideramos pertinente esta definición en la medida que la misma establece un nuevo paradigma en función a la participación del usuario del servicio de salud o de la persona viviendo con VIH-SIDA. Este concepto, en contraposición a la de adherencia da un rol mucho más activo al usuario del servicio, pues no solo se limitará a la realización de ciertas actividades y directrices, sino tendrá mayor grado de autonomía y por ende un mayor espacio de decisión en su propio tratamiento. Ello no quiere decir que se dejara a su criterio el mismo, sino que la relación médico-usuario estará inmersa en lo que se entiende como una perspectiva en derechos humanos.

Ello implicará, mayor información para el usuario de los servicios de salud, lo cual eventualmente pueda darle empoderamiento y con ello la capacidad de poder exigir un mejor atención por parte de los actores del Estado. Ello, como consecuencia esperada generaría un mayor involucramiento y compromiso con su propia salud. Respecto a lo antes señalado, es importante destacar que esta definición va muy ligada al concepto de salud que se ha incluido en los párrafos precedentes en la

medida que estará íntimamente ligada a múltiples factores (acceso pleno a otros derechos) que deberán ser resueltos en el marco de las políticas públicas en beneficio de los ciudadanos.

Sin embargo, cabe señalar que los autores al proponer este concepto adhesión, señalan expresamente que el mismo está vinculado al nivel de competencia de los actores, lo cual implicaría como contraparte que los profesionales de la salud estén en la capacidad de poder asumir esos distintos niveles de competencia de los usuarios de los servicios. Por otro, lado como es de conocimiento general, los niveles de instrucción y de capacidades de la población no son los mas óptimos, razón por la cual si se requiere implementar un concepto ambicioso como es el de la adhesión, ello implicara un conjunto de acciones por parte del Estado que impliquen un mayor impulso al incremento de habilidades de la población así como una adecuada capacitación al personal de salud.

Ello implicaría, una serie de resistencias, pues la enseñanza de la medicina es desde la academia una relación de subordinación en el proceso de formación de la salud, por la cual un usuario empoderado generara mayor suspicacia que un usuario con una actitud más condescendiente.

#### **125. Cuando la voluntad no es suficiente. La necesidad de establecer incentivos en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.**

Para efectos del presente estudio se ha considerado tomar, preliminarmente el concepto de incentivo de manera general, plasmado en un texto referido a un entorno de profesionales de la salud como

*“todo aquello que mueve o incita a desear o hacer una cosa, y pueden ser de carácter material en dinero o ser no dinerarios. Asimismo los incentivos no dinerarios, (también denominados en la literatura como incentivos no financieros, no económicos, no monetarios o no salariales) pueden ser de carácter simbólico (reconocimiento), de carácter social (aceptación por parte de los demás) o estar relacionados con el poder o con una posición (prestigio)”. (USAID, 2009:11).*

Por otro lado, se ha encontrado conceptualizaciones de incentivos desde el punto de vista económico. En ese sentido, dentro de lo establecido para el logro de la adherencia se señalan diversos criterios que:

*“se han empleado para mejorar la adherencia al tratamiento, las que se han mostrado efectivas en ensayos clínico: cartas recordatorias para los fallos en las visitas, ayuda suministrada por los trabajadores sanitarios, incentivos económicos a los pacientes, educación sanitaria a pacientes y familiares”.* (Knobel, 1999: 129).

Asimismo, dentro del institucionalismo como corriente en la ciencia política, la tesis doctoral de Ana Laura Bojórquez Carrillo de la Universidad Complutense de Madrid que en relación a un estudio sobre incentivos institucionales para municipios en la localidad de Yucatán, en México señala respecto al término en cuestión una serie de clasificaciones establecidas por:

*“autores como Dimaggio y Powell (1999), Merino (2005), y Merino y Macedo (2005), proponen diferentes clasificaciones de incentivos. Los primeros sugieren una clasificación de incentivos creados por estructuras de autoridad vertical y los creados por redes horizontales. En relación con los incentivos en estructuras de autoridad vertical, Jaén y Paravisini (1999) establecen que para calificar que un sistema de incentivos sea el adecuado, éste debe lograr que el beneficio de los agentes esté vinculado con el logro de los objetivos trazados por el principal. En caso contrario, los primeros no realizarán el nivel de esfuerzo que se necesita para cumplir con los objetivos del principal, porque estarán buscando siempre su propio beneficio”.* (Bojórquez, 2011: 10)

En el texto antes citado, también se realiza otra clasificación al término incentivo, señalándose una clasificación adicional

*“a la de Dimaggio y Powell, es la que hacen Merino y Macedo (2005) en su investigación para determinar qué tanto una política pública ha sido implementada para regular lo que en la práctica se venía haciendo o para*

*imponer nuevas formas de hacer las cosas. En esta investigación, Merino y Macedo identifican los incentivos económicos y los incentivos de participación social. Los primeros están relacionados con la posibilidad de incrementar los recursos financieros aportados por la federación, como órgano superior y controlador; y los segundos están relacionados con el compromiso individual de los actores en el cumplimiento de la norma”.* (Bojórquez, 2011: 12).

El texto finalmente señala una postura respecto a qué clasificación considera la más pertinente:

*“es la propuesta por Merino (2005) en su estudio sobre las rutinas en el diseño institucional. Este autor propone clasificar los incentivos en: financieros, legales y simbólicos; él identifica que el incentivo que suele prevalecer en la mayoría de las investigaciones sobre la relación que existe entre los incentivos y el cumplimiento de una política dada, es el financiero; sin embargo, subraya que también pueden existir incentivos legales que obliguen a una organización a modificar sus rutinas, aunque no obtenga mayores recursos; o incentivos simbólicos que son representados por los beneficios indirectos de carácter político o de prestigio social que pueden modificar las rutinas a partir de un liderazgo efectivo (...) La contraparte de los incentivos que también influyen en el comportamiento de los actores son las sanciones; las cuales también surgen del diseño institucional”.* (Bojórquez, 2011: 13).

Para efectos de nuestro análisis consideramos útil la aplicación de la última definición, sin embargo consideramos que la misma no es suficiente en la medida que va a depender que se inicie el proceso de investigación.

Con relación al concepto de tratamiento, se ha tomado en consideración la referencia que realiza la OMS, respecto al VIH. En ese sentido, se *“entiende el tratamiento 2.0 como una iniciativa de la OMS y el ONUSIDA que tiene por objeto impulsar la próxima fase de expansión del tratamiento de la infección por el VIH mediante la promoción de la innovación y la mejora de la eficiencia. Ayudará a los países a*

*alcanzar y mantener el acceso universal al tratamiento y maximizar los beneficios preventivos del tratamiento antirretroviral (TAR) por medio del trabajo centrado en cinco áreas prioritarias: organizar regímenes terapéuticos, facilitar las pruebas de diagnósticos en el punto de atención, reducir los costos, adaptar los sistemas de prestación de servicios y movilizar las comunidades”.* (OMS, 2012:30)

Ese concepto, lo consideramos importante pues recoge una iniciativa de la OMS y de ONUSIDA, en la medida que es un concepto dinámico y no estático, pues se plantea una proyección para el año 2015 y estaría definido en función a las metas establecidas por las organizaciones antes mencionadas. Estas metas están definidas en función a cinco áreas antes señaladas *Optimizar los regímenes de medicamentos, facilitar pruebas de diagnóstico en el punto de atención, reducir costos, adaptar los sistemas de prestación de servicios, movilizar a las comunidades.* (OMS, 2011:7). Esta nueva conceptualización busca la implementación de un accionar a nivel mundial de cara a la lucha global y en varios aspectos contra el flagelo del VIH-SIDA.

Por lo que, para efectos de la presente investigación consideramos importante el recoger esta terminología la cual es mucho más completa y sobre todo que pueda ser de obligatorio cumplimiento para el Estado Peruano.

## Capítulo 2 Metodología

### 2.1 Descripción de la Metodología

En el siguiente capítulo se realizará una descripción de la metodología a utilizar en el presente trabajo de investigación. Al respecto, para realizar el análisis se optó por una metodología cualitativa que incluyó observación directa no participante, entrevistas semi estructuradas y entrevistas informales.

Cabe señalar que tanto la investigación como el trabajo de campo se llevaron a cabo entre los años 2014 y 2016.<sup>1</sup> Con relación a la selección de una metodología cualitativa, esta responde a la necesidad de conocer el punto de vista de los informantes directamente en campo. En efecto, el interés de la presente investigación no se encuentra en tomar mediciones exactas sino en conocer la problemática respecto a la gestión para lograr la adherencia al TARGA y así comprender los procedimientos, dificultades y logros respecto a la gestión.

En ese sentido, esta investigación es un estudio exploratorio respecto al proceso de gestión que realiza el Estado Peruano, por intermedio del Ministerio de Salud, en adelante el MINSA, para dar una respuesta al flagelo que causa el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH). Parte de esa actividad está enfocada en lograr la adherencia al Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA).

Cabe señalar que nuestra investigación está enfocada al tratamiento brindado por el MINSA para varones entre 25 y 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima entre los años 2004 a 2015. Con relación al espacio temporal de investigación es importante indicar que se ha tomado dicha referencia en tanto desde el año 2004 el Estado Peruano ha elaborado diversas normas técnicas tanto para lograr la adherencia al TARGA, como normativa técnica para unificar criterios de respuesta estratégica del Estado Peruano ante esta enfermedad.

Es importante señalar, que el presente estudio no pretende generalizar las hipótesis y conclusiones a desarrollarse. Bajo esa premisa, este trabajo de investigación busca determinar factores generales, o premisas comunes respecto al proceso de gestión a

---

<sup>1</sup> Al respecto, es importante indicar que durante el año 2015 se suspendió el proceso de investigación debido a asuntos personales.

efectos de hacer viable la adherencia al Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad.

Esta metodología difiere de la primigeniamente planteada, en tanto en un principio se formuló la investigación como un estudio de caso a desarrollarse en el Hospital Nacional Dos de Mayo para lo cual mediante Expediente N° 020967 del 24 de junio de 2014, se presentó la documentación correspondiente requerida por la normativa del mencionado establecimiento de salud a efectos de realizar un trabajo de investigación en el citado nosocomio; sin embargo tuvimos varios inconvenientes y una barrera burocrática que busco impedir que se pudiera acceder a realizar el proceso de entrevistas.<sup>2</sup>

Ante esta situación, se ha replanteado el modelo investigatorio y por ende los objetivos del mismo, para lo cual, se han realizaron entrevistas en algunos hospitales de la ciudad de Lima, buscando la posición de los profesionales de la salud y del público usuario del tratamiento TARGA.

Adicionalmente, se entrevistaron a representantes de ONGs o colectivos especializados, a funcionarios responsables de la implementación y manejo del programa de aplicación del TARGA y a especialistas en el tema. Al respecto, es importante destacar la colaboración del señor Marlon Castillo, integrante del Colectivo Givar, quien nos proporcionó información valiosa que permitió conocer la perspectiva respecto a la gestión y a las condiciones del tratamiento desde la particular mirada de los usuarios y con ello tener una visión más completa del fenómeno.

---

<sup>2</sup> En ese sentido, es pertinente señalar que luego de presentado el proyecto de investigación se nos comunicó que la solicitud no era viable en tanto “no existía un convenio” con la Pontificia Universidad Católica del Perú, situación a todas luces irregular ya que la “Directiva Administrativa N° 001-2013-OACDI-DG-HNDM Normas para la realización de investigaciones en el Hospital Dos de Mayo”, aprobada mediante Resolución Directoral N° 0090-2013/D/HNDM, no menciona como requisito previo la firma de algún convenio. Cabe señalar, que estos hechos fueron comunicados mucho después de que el proyecto presentado al hospital mediante Expediente N° 020967 del 11 de noviembre de 2014, haya sido modificado de acuerdo a las exigencias de la directiva administrativa mencionada. Realizados los reclamos pertinentes se acepto continuar con la tramitación y se pidió como requisito el que el proyecto de investigación sea expuesto ante los médicos del servicio, situación que nuevamente no se encontraba regulada en la mencionada directiva. Por otro lado, los requerimientos de información solicitados al Hospital Dos de Mayo mediante la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública no fueron atendidos en el plazo señalado por la norma, dificultando el trabajo de investigación.

Finalmente, cabe señalar que debido a los inconvenientes iniciales con relación al primer proyecto en la presente investigación se han plasmado entrevistas realizadas durante el año 2014 y el año 2016, de cara a comparar las posiciones y la información

Para nuestra investigación se han tomado en cuenta las recomendaciones y los procedimientos establecidos por el Comité de Ética de la Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú, para lo cual siguiendo los procedimientos establecidos por dicho comité fueron presentados los siguientes documentos: Declaración de Compromiso con los Principios Éticos, el Plan de Tesis, los Protocolos de Consentimiento y las Guías de entrevista Informado diseñadas en función a los grupos de entrevistados, es decir, usuarios del servicio, profesionales de la salud, integrantes de ONGs o Colectivos, funcionarios públicos y especialistas en los temas vinculados a la investigación.

Luego de presentada dicha documentación, el Comité de Ética de la Investigación emitió el Dictamen N° 025-2016/CEI-PUCP del 3 de noviembre de 2016, por medio del cual se aprobó la documentación antes señalada.

Respecto a dichos documentos, cabe señalar que se ha buscado resguardar la confidencialidad de los participantes especialmente en el caso de los usuarios que reciben el tratamiento de nominado TARGA en tanto se trata de un grupo vulnerable de personas que son portadoras del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH). Adicionalmente, los usuarios entrevistados son población masculina homosexual, bisexual o heterosexual y por el fenómeno del estigma y la discriminación se usaran para mantener la confidencialidad números y letras para identificar a cada participante.

Asimismo, en el caso del personal de salud o de los funcionarios del Ministerio de Salud que consideren conveniente mantener la reserva de su identidad se usara el mismo sistema de letras y números para la respectiva identificación.

## **2.2. Problemática con relación al acceso de la información y las entrevistas realizadas.**

Al amparo de la Ley N° 27806, Ley de Acceso a la Información Pública y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, se solicitó

al Ministerio de Salud, información respecto a los siguientes establecimientos de salud: Hospital Dos de Mayo, Hospital Santa Rosa, Hospital Cayetano Heredia, Hospital <sup>3</sup>, la cual no ha sido atendida en su totalidad, o en caso de haber sido atendida la respuesta de la administración fue remitida fuera de los plazos establecidos en la normativa correspondiente.

Por otro lado, se buscó entrevistar a funcionarios públicos, (médicos, enfermeras, funcionarios del MINSA etc) pero la gran mayoría de ellos han sido reacios a acceder a alguna entrevista, si es que la misma no reunía una serie de requisitos administrativos para que los involucrados puedan brindar alguna declaración. Sin embargo, se ha podido realizar entrevistas a diversos usuarios de distintos establecimientos de salud que reciben el tratamiento TARGA en los hospitales antes señalados, guardando al confidencialidad y los procedimientos señalados por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

### **2.3. Planteamiento del Problema, preguntas secundarias objetivos e hipótesis**

Con relación al planteamiento del problema de la presente investigación, es decir respecto a los inconvenientes con relación a la gestión para lograr una adecuada adherencia o adhesión al TARGA, se han planteado las siguientes preguntas secundarias:

#### Preguntas Secundarias

SP1: ¿Cuál es la estructura del proceso atención en salud para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA que se brinda a los pacientes varones de 25 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015?

---

<sup>3</sup> Las preguntas remitidas a la administración al amparo de la normativa de acceso a la información pública fueron las siguientes: 1) Presupuesto asignado por año al servicio donde se brinda el TARGA (2004-2015); 2) Cantidad de personal asignado por al servicio donde se brinda el TARGA (2004-2015) 3) Número de usuarios por año que acuden al servicio donde se brinda el TARGA (2004-2015), 4) Número de usuarios por año con tratamiento TARGA (2004-2015) y 5) Número de usuarios por año que abandonan el tratamiento TARGA (2004-2015).

SP2: ¿Cuán determinantes son los protocolos de atención respecto al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA en los pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015?

SP3: ¿Cómo influye la asignación de recursos en el proceso de gestión para lograr la adherencia en el programa de tratamiento de antirretrovirales también denominado TARGA en los casos de pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015?

Asimismo, se han planteado las siguientes hipótesis que se detallan a continuación:

H1: Durante los años 2004 a 2015 la normativa del Estado Peruano para lograr la adherencia al TARGA y por ende la estructura del proceso de atención fue uniformizándose de acuerdo a estándares internacionales, sin embargo se mantienen limitaciones en la gestión de atención lo cual impide lograr la adherencia plena al tratamiento aplicados a los pacientes varones de 25 a 40 en los hospitales públicos de la ciudad de Lima manteniéndose como grupo altamente vulnerable.

H2: Algunos operadores de salud consideran que las condiciones como la promiscuidad, la discriminación o la pobreza son factores absolutos del mantenimiento de situación de alto descontrol del VIH-SIDA en la población objeto de estudio, cuando en realidad un factor fundamental para ello es que los protocolos de atención no generarían los incentivos necesarios para lograr la adherencia del tratamiento por antirretrovirales también denominado TARGA.

H3: Existen una serie de elementos señalados en las políticas de atención que deberían de ser aplicados por el personal de salud para la población viviendo con VIH-SIDA. Sin embargo, hay factores de índole presupuestal, de recursos humanos y normativos que dan un margen de discrecionalidad no objetivo a los operadores de salud.

#### **2.4. Justificación**

Nuestro trabajo busca explicar cuán determinantes son los eventuales problemas que pueda tener la gestión desde diversos aspectos: el normativo, el presupuestal, el organizacional (la carencia de personal, la desarticulación en el proceso de compras, la desarticulación entre los distintos establecimientos de salud, la información

desactualizada etc), los cuales de manera directa o indirecta repercuten en el proceso para lograr la adherencia al tratamiento del TARGA (Tratamiento de Gran Actividad) en los beneficiarios del mismo.

Por otro lado, es importante destacar que un adecuado manejo de los protocolos de atención y un posterior seguimiento por parte de los profesionales de la salud es fundamental. En ese sentido, planteamos la existencia de un vínculo entre una adecuada gestión así como una correcta aplicación de los protocolos de atención –con un real enfoque en derechos humanos pero sobre todo con una real atención integral– como factores que también son determinantes para lograr la adherencia al tratamiento en la población con VIH-SIDA.

Esta investigación será importante porque va a acceder a información de primera mano y de un aspecto poco estudiado en la población con VIH-SIDA relativo a una adecuada elaboración o no de políticas públicas y a una correcta aplicación de protocolos de atención con perspectiva de derechos humanos.

## **2.5 Objetivos**

En la presente investigación y con relación a las preguntas de investigación se han planteado los siguientes objetivos:

### Objetivos Secundarios:

SO1: Determinar la estructura del proceso de atención en salud para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA que se brinda a los pacientes varones del 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015.

SO2: Determinar la importancia de los protocolos de atención respecto al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA en los pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015

SO3: Determinar la influencia de la asignación de recursos para lograr la adherencia en el programa de tratamiento de antirretrovirales también denominado TARGA en

los casos de pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015.

En el siguiente capítulo, desarrollaremos el proceso de gestión por el cual se viene brindando el TARGA, ello implicará desarrollar la estructura del proceso de atención en salud para lograr la adherencia al TARGA, detallar la política de atención en VIH-SIDA, así como los procedimientos específicos de la misma para lograr dicho objetivo. Para ello se realizara una breve descripción de los protocolos de atención y la normativa técnica implementados por el Estado Peruano entre los años 2004 y 2015. Asimismo, se realizara un análisis de la normativa vigente, los aciertos y las falencias de la misma, así como los procesos de gestión, y sus componentes y como estos también pueden tener injerencia en el tema materia de la presente investigación.



### Capítulo 3                    Respuesta normativa del Estado Peruano con relación a la problemática de VIH- SIDA

#### 3.1. Los primeros intentos de comprensión de la problemática y la legislación

Desde la detección del primer caso de VIH – SIDA en 1983, el Estado Peruano ha implementado una serie de medidas, las cuales han variado en intensidad y alcance en las últimas tres décadas. Si bien es cierto, las respuestas iniciales del Estado han sido bastante aisladas, es recién en los años noventa del siglo pasado donde se acrecienta un nivel alarmante casos de VIH-SIDA, como una pandemia que desde la administración pública se inicia una agresiva campaña en busca de establecer medidas sanitarias para contrarrestar los efectos de esta enfermedad especialmente en los sectores más vulnerables.

Como ya se mencionó, el primer caso reportado de VIH en nuestro país se dio en 1983, por lo que:

*“la presencia del VIH/SIDA en el Perú significó un doble reto tanto para el personal de salud como para la población en general. Para los primeros fue un reto debido a que era una enfermedad prácticamente desconocida, lo que implicaba la no existencia de tratamiento y la no existencia de educación respecto al tema. Para la población en general el reto se halla en el hecho que el VIH/SIDA se encuentra profundamente ligado a la sexualidad, tema sobre el que muchas veces pesan tabúes que limitan su discusión en público.”* (Altuna, 2011: 4)

El desconocimiento de esta enfermedad y los prejuicios sobre la misma de alguna manera afectaron en la respuesta del Estado frente a este flagelo. A ello se puede adicionar, la crisis económica e incluso la violencia política de los años ochenta del siglo pasado los cuales fueron factores determinantes que de alguna manera indujeron a que las políticas de salud, priorizaran otros sectores.

Ello, alguna manera aunado al desconocimiento de esta enfermedad, fomentaron que la respuesta de los actores responsables fuera lenta y muchas veces aislada. En ese sentido,

la respuesta del Estado ha ido modificándose a lo largo del tiempo a medida que existía mayor experiencia y conocimiento del VIH/SIDA, como una enfermedad que no solo venía atacando a aquellos grupos inicialmente considerados vulnerables, sino a la población en general, para lo cual se fueron creando mecanismos legales desde el sector Salud, a fin de contrarrestar el impacto de dicha población. En ese sentido la evolución de la respuesta estatal puede ser explicada desde:

*“una división de la historia de las políticas de VIH/SIDA en el Perú en tres etapas. La primera de ellas inicia en 1983 y termina en 1987. Durante esta etapa se crearon dos comisiones y un programa del Estado para el estudio del SIDA. En este contexto, el papel de los medios de comunicación fue básicamente la difusión de información acerca de VIH/SIDA resaltando el elemento de pánico existente debido al poco conocimiento que se tenía de dicho mal (Cueto 2001: 23). De este modo, se presentó al VIH/SIDA como una enfermedad “castigo” para aquellas personas con una vida fuera de la norma establecida por el status quo. La segunda etapa comprende los años entre 1986 y 1996. Esta inicia con la creación del Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) y durante la misma aparecen los primeros activistas y voluntarios relacionados con este tema. Ellos eran generalmente personas viviendo con VIH o sus familiares que se constituían en organizaciones de ayuda y soporte tales como Vía Libre y PROSA. La tercera y última etapa en la clasificación se inicia en el año 1996 con la creación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). En esta etapa también se dio una Ley en contra de la discriminación a las personas viviendo con VIH, entre otros elementos a favor de la no discriminación (Cueto 2001: 23 – 25). A estas tres etapas propuestas por Cueto habría que sumarle una última iniciada en el 2003 con el cambio del PROCETSS por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESNPC ITS/VIH y SIDA) (MINSA 2010), en la cual se centrará esta investigación. Así, a partir de 1996 se establecieron nuevos conceptos en el marco de una nueva visión de la lucha contra el VIH/SIDA (CONAMUSA 2003).*

- 1. Se incorporaron, en los planes nacionales, estrategias de control contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que facilitan la transmisión del VIH/SIDA en las comunidades donde éstas son prevalentes.
- 2. Se implementó la Vigilancia Centinela en diferentes grupos poblacionales para determinar el nivel de la pandemia existente en el país. La Vigilancia Centinela es aquella que se realiza en grupos poblacionales escogidos, a los cuales se les toma sistemáticamente la prueba de detección (OMS 2004: 11).
- 3. Se priorizaron ciertos grupos poblacionales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS); promoviendo tanto el cambio de comportamiento como su derivación hacia los sistemas de salud para su atención médica periódica. De esta manera se buscó realizar un trabajo de prevención informando a estos grupos poblacionales sobre su situación de riesgo y promoviendo el uso de condones a fin de evitar la transmisión del VIH. Se fortaleció el control de la transmisión vertical de la sífilis y del VIH en gestantes que acuden a control prenatal, también la consejería individual dirigida a gestantes, casos sintomáticos de ITS, poblaciones vulnerables y personas viviendo con el VIH/SIDA.
- En el contexto de tratamiento del VIH/SIDA, hasta el año 2003 no existía una provisión gratuita del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) debido al alto costo del mismo y al bajo presupuesto del Estado peruano. Por ello, menos del 10% de la población VIH positiva, es decir viviendo con VIH, recibía dicho tratamiento. Este era brindado principalmente en el ámbito del sistema de seguridad social (EsSalud) (CARE PERÚ 2003). Es recién en el año 2004 que se modifica la Ley ContraSIDA (Ley 26626) estableciendo el tratamiento como un derecho universal y la obligación del Estado frente a él. Es gracias al proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria que se posee un financiamiento temporal para sustentar el costo del tratamiento integral para las personas viviendo con VIH. No obstante, esto es a condición de que el Estado asigne recursos progresivamente, de modo tal que dicha gratuidad del tratamiento pueda mantenerse de manera

*permanente (Corcuera, Hidalgo y Quitana 2006: 20, 28 – 29). Finalmente La implementación del TARGA en el Perú fue considerada en el Plan Contrásida 2000 –2005.” (Altuna, 2011: 6)*

El TARGA o Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, es el procedimiento implementado por recomendación de la OMS, el cual involucra un conjunto de fármacos que actúan como una suerte de inhibidor de las consecuencias generadas por el virus del VIH. Dicho procedimiento implementado por el Ministerio de Salud desde el año 2004 presenta algunas características particulares para su aplicación pues involucran:

*“ciertas restricciones o requerimientos que han de ser cumplidos a fin de poder recibir dicho tratamiento. En primer lugar una restricción de lugar: el TARGA sólo puede ser recibido en ciertos establecimientos del Ministerio de Salud (hospitales) y en tres instituciones privadas; en segundo lugar, requerimientos epidemiológicos referidos al estado de la enfermedad como por ejemplo el conteo de CD4 (tipo de glóbulos blancos que son atacados por el VIH) o la carga viral; y también requerimientos sociales como el contar con una persona de soporte que brinde un acompañamiento extra hospitalario, entre otros. Ahora, incluso en aquellos casos en que todos los requerimientos son cumplidos, han existido –y existen aún- ciertos problemas que no permiten la entrega oportuna de los medicamentos, incluidos en el TARGA, por ejemplo el desabastecimiento de antirretrovirales. En conclusión, el VIH puede alojarse en cualquier persona sin hacer ninguna distinción y no existe cura para los efectos que causa en el cuerpo humano; no obstante el TARGA permite ampliar el tiempo y la calidad de vida de las personas viviendo con VIH. Por ello su relevancia y la importancia de obtenerlo en el momento necesario. El caso del VIH/SIDA se constituye en un ejemplo emblemático de la importancia del derecho a la salud. Esto es así debido a que, en este caso en particular, el no acceder al tratamiento vulnera directamente la salud de las personas llegando incluso a reducir su tiempo de vida. Por ello, ante los problemas existentes para el acceso adecuado al TARGA, es necesario el desarrollo de acciones por parte de las personas viviendo con VIH que les permitan*

*acceder al mismo en el momento necesario a fin de no afectar su salud.*  
(Altuna 2011: 8).<sup>4</sup>

El acceder a un sistema adecuado de atención en salud es un derecho. No buscamos en esta investigación hacer un análisis de lo que se entiende o debería de entender el derecho a la salud desde la legalidad, pero es importante resaltar que el mismo tiene determinadas características las cuales han sido recopiladas en varias sentencias emitidas por el Tribunal Constitucional Peruano. En ese sentido podemos citar el considerando 7 de la sentencia recaída en el Expediente N° 06534-2006-PA/TC el cual establece que:

*“el derecho a la salud está garantizado por el artículo 7° de la Constitución, el cual establece que: “(...) Todos tienen derecho a la protección de su salud (...) así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. Se trata de un derecho fundamental. Ha sostenido este Tribunal que su “inescindible conexión con el derecho a la vida (art. 2°), a la integridad (art. 2°) y el principio de dignidad (art. 1° y 3°), lo configuran como un derecho fundamental indiscutible, pues, constituye ‘condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo’ (art. I, Título Preliminar de la Ley N.° 26842, General de Salud). Por ello, deviene en condición necesaria del propio ejercicio del derecho a la vida y, en particular, a la vida digna”<sup>[2]</sup>.*

Por lo tanto, en base a lo señalado en el párrafo precedente el acceso para los usuarios del servicio de salud que padecen del VIH/SIDA, puede ser interpretado válidamente como parte del derecho a la salud, pues está vinculado con el derecho a la vida, en la medida que la ausencia del mismo implicaría un riesgo alto para su salud y muy ligado a una vida digna, en la medida que la carencia de dicho tratamiento pudiera comprometer su sobrevivencia.

---

<sup>4</sup> A la fecha de la elaboración de la presente investigación ya se viene brindando en el caso de Lima, además de los hospitales en algunos centros de salud periféricos de la capital

En ese sentido, consideramos que las carencias presupuestales que pueda tener el Estado Peruano, no son ningún factor justificante al deber constitucional que se tiene para con sus ciudadanos de facilitar todos los medios para el acceso pleno a los servicios de salud y a su disfrute, mas aun cuando los sectores afectados se pueden encontrar en un entorno de vulnerabilidad, de carencias y posiblemente de discriminación. En ese sentido, esta posición también fue recogida en la sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 2016-2004-AA/TC del 5 de octubre de 2004, la cual establece en el considerando 48 lo siguiente:

*“Conforme lo hemos venido señalando a lo largo de esta sentencia, los derechos sociales, como es el caso de la salud pública, no representan prestaciones específicas por sí mismas, pues dependen de la disponibilidad de medios con que cuente el Estado, lo que, sin embargo, de ninguna manera puede justificar la inacción prolongada, como se ha subrayado en los fundamentos anteriores, ya que ello devendría en una omisión constitucional.*

*Es necesario, entonces, recomendar acciones concretas al Estado para la satisfacción de estos derechos, sea a través de iniciativas legislativas o de ejecución de políticas, como se ha podido observar en el caso de autos, en que el Ministerio de Salud viene implementando acciones concretas para la ejecución del Plan de Lucha contra el SIDA”.*

El Ministerio de Salud, a partir de la implantación del TARGA, como procedimiento para la atención en salud de la población afectada por el VIH/SIDA ha elaborado una serie de procedimientos legales que buscan regular la aplicación de esta estrategia. En la actualidad la respuesta del Estado Peruano, con relación a la problemática del VIH-SIDA se ve sintetizada en la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA del 11 de diciembre de 2014, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 097-MINSA/GDSP-V.02 “Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, en adelante Resolución Ministerial 962-2014/MINSA.

Cabe señalar que la vigente norma técnica ha derogado a su vez cuatro normas relacionadas a dicha problemática: a) La Resolución Ministerial 607-2012 que aprobó la Norma Técnica N° 097-MINSA/GDSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, b) la Resolución Ministerial N° 123-2004/MINSA que aprobó la NT N° 003-MINSA/DGSP-V01 “Norma Técnica de Atención para la Administración de Quimioprofilaxis y Tratamiento Antituberculoso a Personas con VIH/SIDA”, c) la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA que aprobó la NT N° 019-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA- en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, en adelante Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA, y d) la Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA que aprobó la NT N° 004-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad –TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, en adelante Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA.

En ese sentido en la siguiente sección se analizará las principales diferencias con relación a la legislación derogada, los alcances de la misma pero sobre todo los conceptos que se incluyen en dicho cuerpo legal, en la medida que los mismos van a determinar el derrotero del accionar del Estado con relación a el impacto y la respuesta contra dicha enfermedad.

### **3.2 Conceptos en conflicto, de la participación activa de los usuarios a la pasividad.**

Tal como lo señalamos en la sección precedente, la normativa vigente sobre el tratamiento del VIH-SIDA, la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA, mantiene, una regulación mucho mas general y no tan especifica y detallada como la primera y hasta ahora única norma técnica emitida por el Ministerio de Salud para regular la adherencia al tratamiento del TARGA, nos referimos a la NT N° 019-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA- en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, en adelante Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA,

Al respecto, existen notorias diferencias entre la normativa vigente y la derogada. Una de ellas es que no existe actualmente una norma especial que regule la adherencia al tratamiento, sino que este concepto está subsumido en un solo cuerpo normativo. Ello pudiera eventualmente generar un tratamiento mucho más general al no existir un cuerpo legal que regule de manera particular dicha meta. Por otro lado, ello a su vez genera una cadena de diferencias que van desde los objetivos, los conceptos utilizados hasta lo procedimental en relación al proceso de acceso al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, denominado TARGA.

En ese sentido, consideramos necesario remitirnos a los objetivos señalados en los cuerpos normativos. En el caso de la norma técnica derogada para lograr la adherencia plasmada en la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA,<sup>5</sup> se señalaba que:

*“la implementación de un Programa de Adherencia al TARGA, no solo representa el cumplimiento de la terapia sino también (...) disminuir la morbilidad y mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA, la pertinencia, oportunidad y calidad de la atención a los pacientes con VIH/SIDA, asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional, con niveles de adherencia superiores al 90%”.*

Por otro lado, la norma derogada establecía un acápite especial por el cual se buscaba involucrar en la respuesta contra el VIH, a otros sectores y no solo al Ministerio de Salud, es decir una respuesta mucho más integral y sistémica:

*“**Compromiso político,** El Estado Peruano honra el compromiso para brindar acceso universal al tratamiento antirretroviral en el marco de los derechos humanos y la Constitución Política del país. El compromiso político no solo involucra al nivel central del sector salud, sino también a los niveles intermedios y local, así como a otros sectores tomadores de decisiones en diferentes niveles.”*

---

<sup>5</sup> Nos referimos a la primera (y hasta la fecha) única norma técnica especializada en adherencia al TARGA, las otras normas mencionadas en la presente investigación son relativas a la atención integral de la persona viviendo con VIH.

En cambio, la redacción de la norma técnica vigente aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA establece como objetivo general y objetivos específicos:

*“Estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH, en los servicios de salud a nivel nacional (...) brindar a los equipos multidisciplinarios las pautas para la atención integral (...) fortalecer las intervenciones preventivas como la consejería y el tamizaje oportuno. Actualizar los criterios de inicio del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (...) y estandarizar los esquemas de tratamiento a utilizar. (...)Fortalecer el sistema de información, a través de la vigilancia y notificación de los casos y eventos relacionados con la atención integral del adulto infectado con VIH”*

En segundo lugar, como puede evidenciarse se señalan metas diferenciadas, ya que por un lado tenemos una redacción mucho más ambiciosa y general en la norma derogada, y por el otro una norma mucho más específica que busca maximizar procedimientos y de alcanzar metas determinadas.

En tercer lugar, otro aspecto importante para acotar es el relacionado a la diferenciación conceptual materia de la presente investigación. Nos referimos al término adherencia, pues tanto en el cuerpo normativo vigente como en el cuerpo derogado existe una divergencia marcada que de alguna manera señala el derrotero de las estrategias y los procedimientos para lograr ese estado.

Al respecto, cabe señalar que la normativa derogada especial de adherencia (Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA) y la norma que regulaba los procedimientos para el combate contra el flagelo del VIH/SIDA, Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA, contemplaban aspectos relacionados en la adherencia que la normativa vigente no establece con mucha precisión.

En ese sentido, la derogada Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA definía la adherencia como:

*“el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuyen al cumplimiento de tratamiento y las indicaciones terapéuticas para la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), en una comunidad determinada”.*

Dicha normativa reconocía que *“el grado en que el usuario del servicio realice las indicaciones del prestador está afecto a una serie de factores externos e internos que acceden de acuerdo a un momento político-social determinado (...) el modelo conceptual de adherencia al TARGA permite enfocar este proceso como: dinámico (susceptible de cambios por influencia de factores internos y externos), participativo (servicios de salud, usuarios y comunidad), vinculado al entorno socioeconómico, impulsa la corresponsabilidad del mantenimiento de la salud por parte de los prestadores del servicio y los usuarios del mismo e impulsa la democratización de la toma de decisiones de la salud por parte de los establecimientos (organizados como equipos multidisciplinarios). Los componentes para modelo de Adherencia son básicamente tres: PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, que incluye el conocimiento de la epidemia VIH/SIDA en la comunidad, el consecuente estado de salud del individuo y comunidad, las estrategias asumidas por el sistema para disminuir la evolución de la epidemia (salud pública) y disminuir el daño en el individuo y el impacto de las estrategias asumidas sobre la epidemia. SOCIO CULTURAL, incluye la percepción de enfermedad por el individuo y el sistema (usuario, entorno social, prestadores) los conocimientos, actitudes y prácticas (de usuarios, prestadores y comunidad), las características psicosociales (respuesta emocional), el conocimiento de la enfermedad y tratamiento y la interrelación con la participación social. POLITICO ECONOMICO, acceso a la oferta de servicios (al tratamiento, a servicios de soporte), la sostenibilidad de la intervención (compromiso político, fortalecimiento, financiamiento) y el impulso a la movilización social (que garantiza el empoderamiento de los usuarios en el sistema”.*

Como es evidente, hay una marcada participación e involucramiento del usuario en el proceso de cumplimiento del tratamiento. Al respecto como se señaló en el capítulo primero, la producción académica más progresista establece que para lograr un procedimiento óptimo de adherencia es importante considerar múltiples factores que pudieran obstaculizar el mismo. Se señaló que las estrategias no tendrían que tender

sólo a un adecuado abastecimiento de los componentes de las estrategias antirretrovirales sino que, la misma también debería de incluir el involucramiento de diversos factores, incluyendo por un lado la participación activa de los afectados, la interacción con el personal de salud, pero sobre todo una intervención multidimensional.

En ese sentido consideramos importante señalar nuevamente que están involucrados múltiples elementos y que en el caso del VIH, se pudieran adicionar factores que podrían eventualmente ser componentes activos en la no adherencia en el tratamiento. Al respecto, se ha venido señalando que existen:

*“factores relacionados con los pacientes, los factores relacionados con la enfermedad; el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión, factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del régimen de tratamiento, factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención, factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para elicitar las preocupaciones, sentimiento o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada de personal de salud (...). Adicionalmente en el caso del VIH la infección por VIH como enfermedad tiene algunas características particulares, como por ejemplo el estigma social asociado, el número de fármacos necesarios para su tratamiento, la importancia de sus efectos secundarios y las circunstancias que rodean la vida de muchos de los afectados.”. (Villa y Vinaccia 2006: 52-53).*

### 3.3. La respuesta del Estado con relación a los procedimientos para lograr la adherencia.

A efectos de realizar un análisis consideramos importante detallar como desde el Estado se ha venido desarrollando normativamente el tema de la adherencia. Para efectos de este análisis se va a hacer una comparación entre la norma derogada y la vigente.

En la normativa derogada, la participación activa del individuo era crucial, pues como ya se señaló se había definido la adherencia como “*el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario (...)*”. Al respecto, dicha conceptualización era concordante con la literatura actual, la cual desde el campo de la psicología establecía el concepto de adhesión como el más acertado que el de adherencia, en la medida que implica un rol mucho más activo del usuario del servicio de salud. En ese sentido, lo señalamos también en el capítulo primero, al considerar aquella postura desde la academia como “*la manifestación práctica del nivel de competencia de una persona, con base en la correspondencia funcional que se establece entre los objetos/eventos del ambiente y el ejercicio instrumental de una conducta —i.e., consumir los medicamentos con la frecuencia y/o según las dosis especificadas—, con la finalidad de producir determinados resultados —i.e., mantener estable la funcionalidad biológica y evitar la progresión clínica de la enfermedad.*” (Piña López 2013: 55).

Ello implica, una participación activa del usuario, con relación a conocimiento y sobre todo la pericia basada en el empoderamiento y la participación en los procesos de salud. Esta diferenciación conceptual respecto a la adherencia permite que las estrategias y los procedimientos señalados tanto en el cuerpo normativo derogado como el vigente sean notoriamente diferentes.

Al respecto, es importante señalar que ello se ve reflejado en los mecanismos planteados para lograr que la adherencia se viabilice en beneficio de los usuarios. En ambas normas por ejemplo, se mencionan los equipos multidisciplinarios los cuales establecen funciones y desarrollan las características de los mismos.

### 3.3.1 Principales diferencias entre la norma vigente Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA y la normativa derogada correspondiente a la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA y a la Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA. <sup>6</sup>

De la lectura de la norma derogada, y de la norma vigente consideramos importante destacar lo siguiente con relación al aspecto procedimental:

1) La derogada Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA que aprobó la NT N° 019-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA- en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, señalaba específicamente cinco líneas estratégicas para la adherencia al TARGA sobre las cuales se estructuró el programa: Organización de los Servicios de Salud, Sistema de Información, Supervisión del Tratamiento y Promoción de la Salud y Sostenibilidad. Todos estos componentes estaban extensamente desarrollados y detallados en la norma técnica derogada relacionada al logro de la adherencia. Sin embargo, en la normativa vigente, si bien estas definiciones no están contempladas, los objetivos están ligados a una participación menos activa del usuario del servicio con preponderancia de los operadores en salud, lo cual no está en concordancia con lo señalado en la literatura más actual con relación a la adherencia.

2) Asimismo, la derogada Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA tiene un rasgo más inclusivo en los usuarios pues en el Considerando V, 1.13 señalaba que *“Las actividades de diagnóstico de la adherencia no buscan excluir a las personas que requieren tratamiento sino solucionar los problemas que pudieran afectar la misma antes y durante el tratamiento”*, en concordancia, la también derogada Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA establecía que *“toda persona con diagnóstico de infección por VIH/SIDA será considerada para su ingreso a la TARGA según su estado clínico, inmunológico y virológico de acuerdo a la Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad”*.

---

<sup>6</sup> Cabe señalar que en su momento coexistieron dos cuerpos legales: tanto la norma técnica para adherencia, Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA, y la norma técnica para atención integral Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA. Es respecto a estas dos normas que en la presente sección se realizara el análisis comparado en tanto, fueron las primeras y hasta ahora únicas normas técnicas específicas para el logro de la adherencia y la atención integral.

3) A diferencia de la normativa derogada, la vigente Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA, la cual regula el TARGA, establece una serie de requisitos tendientes a establecer filtros en la atención, en la medida que se busca asegurar el real cumplimiento de ciertos parámetros, como por ejemplo la evaluación de los candidatos por un equipo multidisciplinario (los cuales sólo funcionan en determinados establecimientos de salud a nivel nacional), y que adicionalmente por disposición normativa en el punto VIII 8.1 se señala que *“la implementación de la norma técnica se realizará en forma progresiva teniendo en consideración los recursos y capacidades del sistema de salud en sus diferentes niveles”*

4) Otra diferencia entre la normativa derogada sobre adherencia la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA y la vigente sobre el TARGA, la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA, se puede evidenciar respecto al denominado “agente de soporte personal”, que es la persona identificada por el usuario y/o propuesta por el equipo de salud que realiza el acompañamiento al paciente y que facilitará y apoyará al usuario en el logro de la adherencia. En la normativa derogada se habla que pudiera ser *“un miembro, de la familia, amigo(a), pareja, pares”*. En cambio, en la normativa vigente se utiliza el concepto de “agente de soporte comunitario”, el cual es definido como *“un miembro de la comunidad, familiar, o cuidador que brinda al paciente acompañamiento, soporte emocional, supervisión y apoyo para fortalecer la adherencia, colaborar en la educación sanitaria, entre otras actividades”*.

Si bien en principio la norma vigente aparenta ser más completa desde el punto de vista médico, pero no desde el punto de vista social, ya que esta no contempla como un potencial agente de soporte a la eventual pareja que pudiera tener el afectado. Consideramos que esta falencia puede eventualmente generar problemas a la población con VIH/SIDA, especialmente a los grupos de mayor situación de vulnerabilidad como es la población LGTB (lesbianas, gay, bisexuales, transexuales) o la población privada de libertad los cuales al encontrarse en un entorno de estigmatización se encuentran en un contexto mucho más adverso. En ese sentido, consideramos importante que se debió mantener el esquema establecido en la norma derogada. Ello pues al menos, normativamente se consideraba la participación de la pareja del usuario como un elemento importante en el proceso de adherencia, lo cual pudiera tener un efecto

benéfico respecto al estado emocional del mismo, más aun cuando esta población eventualmente puede estar propensa al estigma y discriminación de su propia familia. Consideramos esta situación como muy valiosa por que se pudiera dar en un entorno de atención una suerte de reconocimiento al contexto emocional del usuario del servicio y ello pudiera ayudar a fortalecer el proceso de adherencia en tanto su entorno más íntimo pudiera participar en dicho procedimiento.

5) La norma derogada y la norma vigente contemplan el concepto de “Agente de Soporte Comunitario”, el cual es definido en ambas normas como “miembros de la comunidad que pueden ser voluntarios o cuidadores que se movilizan para brindar al paciente acompañamiento, soporte emocional, supervisión/apoyo para la adherencia al tratamiento educación sanitaria y otras”. La normativa vigente añade que estos agentes “requieren de apoyo para movilidad local y refrigerio”.

6) La norma vigente no contempla como en su momento estableció la norma derogada una sección específica sobre esquemas de supervisión de TARGA, es decir el procedimiento de supervisión de manera domiciliaria, semi domiciliaria y los denominados casos especiales, que por “encontrarse en un contexto determinado, ameritan una solución específica e individualizada”

Como se puede inferir, existen a nuestro criterio ventajas en la norma derogada respecto a la vigente pues determina normativamente cual va ser el derrotero del accionar de los profesionales de la salud, y por ende del sistema para lograr o en todo caso afianzar el proceso de adherencia al tratamiento para las personas afectadas por el VIH-SIDA. Recordemos que en la administración pública, el accionar del funcionario está determinado por el Principio de Legalidad.

A efectos de un mejor entendimiento de las diferencias normativas se ha elaborado el siguiente cuadro comparativo:

**Tabla N° 01: Cuadro comparativo de normas técnicas para la adherencia al TARGA**

Normas derogadas		Norma vigente
<b>Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA “Norma Técnica para la Adherencia al Targa”</b>	<b>Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA “Norma Técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad-TARGA en adultos con el virus del VIH”</b>	<b>Resolución Ministerial 962-2014/MINSA “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH”</b>
Existía una normativa especial para lograr la adherencia al tratamiento del TARGA, con objetivos específicos y en las que se definían estrategias. Adicionalmente existía una normativa técnica para el tratamiento del TARGA		La normativa vigente no contempla una norma técnica para lograr la adherencia. El logro de la adherencia se establece como parte de una norma de atención integral
La normativa derogada establecía que las actividades de diagnóstico de la adherencia no buscan excluir a las personas que requieren tratamiento sino solucionar los problemas que pudieran afectar la misma antes y durante el tratamiento.		La normativa vigente establece una serie de requisitos para asegurar el logro de la adherencia. Mucho de esos requisitos puede devenir en excluyentes.
La normativa derogada contemplaba al denominado “agente de soporte personal”, el cual contempla a la pareja del usuario del servicio		El concepto de “agente de soporte personal” no es definido. Si se incluye el concepto de agente de soporte comunitario, el cual es mucho más amplio pero no incluye a la pareja del usuario del servicio.
Se considera esquemas de supervisión del TARGA, a nivel domiciliario, semi domiciliario y los denominados “casos especiales” que implican soluciones novedosas y estrategias particulares		Se establece que la evaluación inicial, la definición del ingreso al tratamiento del TARGA y el seguimiento se realizaran en los establecimientos de salud que tengan equipos multidisciplinarios. La norma no incluye esquemas de supervisión, dejando dicho criterio al entendimiento del profesional de la salud.

## **Capítulo 4. Sobre la estructura del proceso de atención: de una respuesta nacional a las carencias del sistema.**

### **4.1. Con relación a la estructura del proceso de atención.**

#### **4.1.1. Principales organismos involucrados en la gestión del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.**

Respecto a nuestro primer objetivo de investigación, es decir el determinar la estructura del proceso de atención en salud para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA que se brinda a los pacientes varones del 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015, es importante señalar cuáles son los organismos involucrados y sobre todo cuales serian las funciones de los mismos respecto al proceso de gestión.

Si bien el ente rector es el Ministerio de Salud, intervienen una serie de organismos que coadyuvan en la administración y ejecución de las estrategias establecidas por el Estado Peruano. En ese sentido, es necesario destacar la intervención de tres entidades: el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, el Centro Nacional de Abastecimientos en Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) y el Seguro Integral de Salud (SIS).

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (en adelante IGSS) es un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud, creado a partir del Decreto Legislativo N° 1167-2013, con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera. La principal finalidad del IGSS es administrar las prestaciones de servicios de salud, a nivel de recursos humanos, médicos y de infraestructura, con objetivo de hacer eficientes los servicios de salud brindados a la población. De este modo, el IGSS es competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre-hospitalarios y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en los Institutos Especializados y hospitales nacionales, así como las prestaciones de servicios de salud de los establecimientos de Lima Metropolitana.<sup>7</sup> Cabe señalar que con anterioridad a la

---

<sup>7</sup> Información obtenida en la página web del Instituto de Gestión de Servicios de Salud el día 21 de noviembre de 2016.

creación del IGSS quienes realizaban dichas funciones eran, en el caso de Lima, las Direcciones de Salud II Lima Sur, IV Lima Este y V Lima Ciudad cuyas respectivas competencias, capacidades y recursos, fueron transferidos a la nueva entidad.<sup>8</sup> Dicha entidad fue creada en el año 2013, en el marco de las facultades delegadas por el Congreso al Ejecutivo.<sup>9</sup> Cabe señalar que en el documento de exposición de motivos y sustento de dicha norma se establecía entre otros aspectos que el Ministerio de Salud realizaba una doble función la de entre rector y la de entre ejecutor señalándose al respecto:

*“El Instituto de Gestión de Servicios en Salud, busca llenar un grave vacío: la inexistencia de una entidad responsable de la gestión y operación de los servicios públicos de salud de alcance nacional y de los mismos en Lima Metropolitana (...) este vacío a generado un conjunto de problemáticas de ineficiencia, inoperatividad, falta de control, mala calidad de los servicios y limitada entrega de resultados por parte de la red prestadora en la capital de la Republica. En ese sentido el Instituto de Gestión de Servicios en Salud, actuara como una “gerencia central de operaciones”, con mando sobre la red de servicios de Lima y sus correspondientes unidades ejecutoras, conduciendo y supervisando la prestación de servicios de salud para asegurar el cumplimiento de resultados, metas y mejoras en la prestación de servicios que se entregan a los ciudadanos (...).”<sup>10</sup>*

---

<sup>8</sup> Respecto al Instituto de Gestión de Servicios de Salud, el día jueves 10 de noviembre de 2016, el Pleno del Congreso de la Republica desactivo por mayoría el organismo antes señalado. Posteriormente mediante la Ley N° 30526 del 16 de diciembre de 2016 se desactivo el Instituto de Gestión de Servicios en Salud asumiendo sus competencias el Ministerio de Salud.

<sup>9</sup> Al respecto mediante la Ley N° 30073 el Congreso de la Republica delegó al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del Sector Salud, señalando entre esas atribuciones la potestad de reorganización del Ministerio de Salud y sus organismos públicos para el fortalecimiento de la rectoría sectorial y un mejor desempeño en las materias de su competencia, priorizando la atención preventiva en salud, en el marco de la descentralización priorizando una gestión efectiva y eficaz.

<sup>10</sup> El documento de sustento y creación del Instituto de Gestión de Salud puede ser visualizado en el siguiente enlace:

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02\\_2011\\_2.nsf/0/b3c0a5d10439c5fd05257c40005d8043/\\$FILE/DL01167111213.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/b3c0a5d10439c5fd05257c40005d8043/$FILE/DL01167111213.pdf)

Por otro lado, la entidad encargada de las compras de los medicamentos requeridos por el sistema nacional de salud, es decir por el Ministerio de Salud y sus organismos es el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) el cual fue creado mediante Decreto Supremo N° 007-2016- SA.. Dicho organismo desconcentrado del Ministerio de Salud, es una dependencia especializada responsable del abastecimiento de recursos estratégicos en salud para las intervenciones sanitarias priorizadas por dicho sector; asimismo, ejecuta los procesos de compras corporativas en las que participan tanto las ejecutoras de los Gobiernos Regionales, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, así como las ejecutoras del MINDEF, MININTER y ESSALUD.

Dicha entidad cuenta con las Unidades Funcionales de “Programación”, “Adquisición”, “Almacenamiento y Distribución” y “Gestión Administrativa” lo que permite una gestión por procesos, lo cual incluye la compra de garantizando la sostenibilidad del abastecimiento de los medicamentos y vacunas, dispositivos médicos, material de laboratorio, plaguicidas y productos veterinarios de uso en salud, los cuales son utilizados en las intervenciones vinculadas a Inmunizaciones, Tuberculosis, ITS/VIH-SIDA, Planificación Familiar, Malaria, Dengue, Zoonosis, Metales Pesados, Salud Ocular, Nutrición, entre otras intervenciones de salud pública y en las situaciones de Emergencia.<sup>11</sup>

Por otro lado, cabe destacar en esta cadena de organismos que interviene en la respuesta que da el Estado Peruano, al Seguro Integral de Salud (en adelante SIS) el cual ha establecido la atención gratuita respecto a “infección por VIH – SIDA”, en tanto el SIS financia atenciones en salud en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud o PEAS el cual es una lista priorizada de condiciones e intervenciones que se brinda a los asegurados en el ámbito del aseguramiento universal.<sup>12</sup>

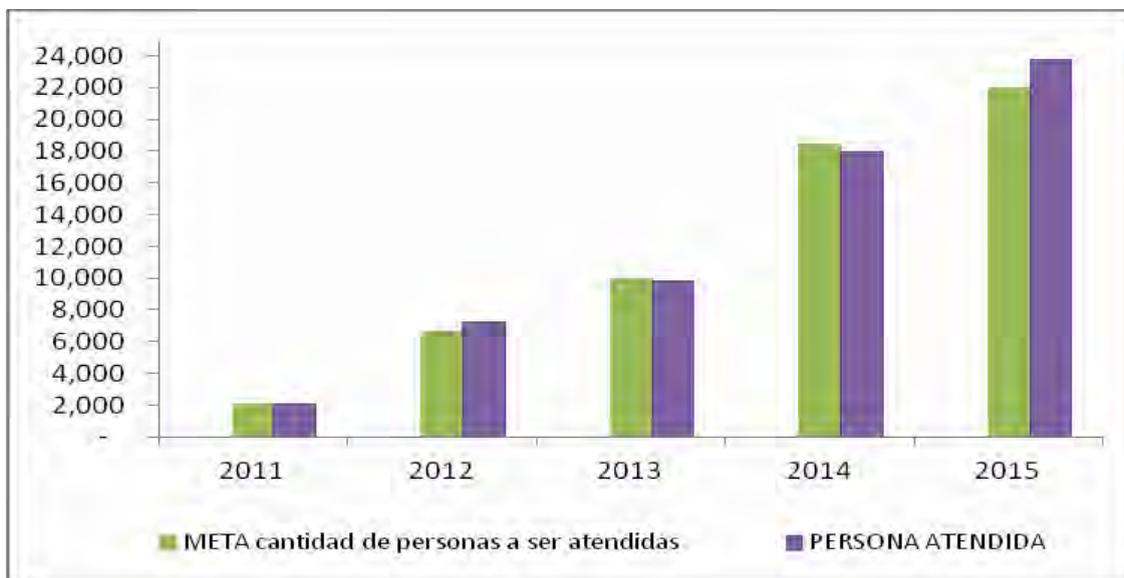
Cabe señalar que desde el proceso de creación el SIS, ha incrementado la cantidad de beneficiarios como puede observarse en el cuadro adjunto:

---

<sup>11</sup> Información obtenida en la página web del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud el día 21 de noviembre de 2016.

<sup>12</sup> Al respecto, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2009 –SA. Sección V Condiciones Transmisibles, numeral 8.

**Gráfico N° 01: Comparativo de incremento de beneficiarios del Seguro Integral de Salud entre los años 2012 a 2015.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

Sin, embargo, si bien la norma técnica vigente establece que *“Todo paciente con infección por el VIH debe ser incluido al Seguro Integral de Salud del Minsa, siempre que no sea beneficiario de otras Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud”*<sup>13</sup>, ello está referido exclusivamente a la cobertura gratuita respecto a exámenes y la entrega de antirretrovirales, mas no a un tratamiento realmente integral como se desarrollara más adelante.

#### **4.1.2. Respecto a la estructura del proceso de atención. El procedimiento de ingreso al tratamiento**

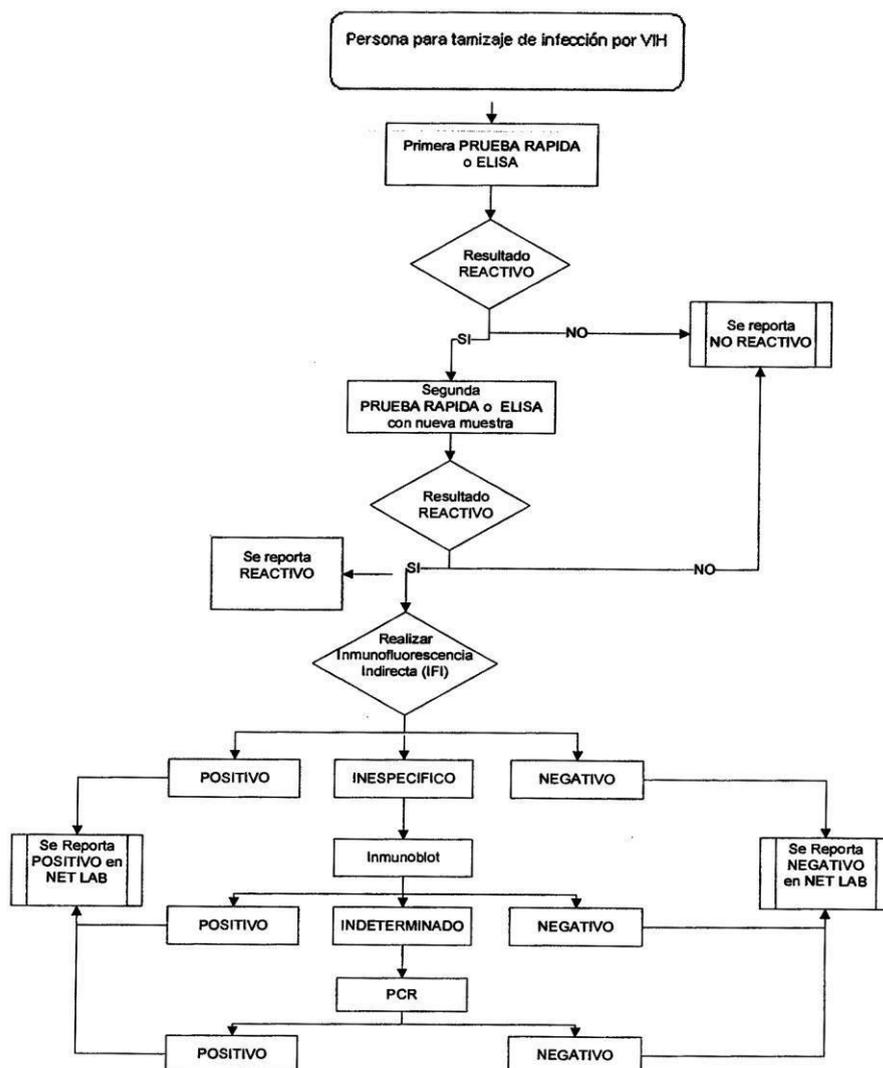
En la actualidad, existen una serie de normas que regulan el proceso por el cual una persona que ha contraído el virus del VIH, puede acceder a un tratamiento. Para efectos de la presente investigación y en tanto la misma está siendo enfocada con relación al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, nos centraremos básicamente en la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA del 11 de diciembre de 2014, la cual aprobó la NTS N° 097 – MINSA /DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”

<sup>13</sup> Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA, numeral 6.5 sub numeral 5.6.3.

Dicha norma establece una serie de requisitos para poder acceder al tratamiento y ha establecido un flujo grama que a continuación se detalla:

## Gráfico N° 02: Flujograma para el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH

FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LA INFECCIÓN POR VIH



Fuente: Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA

Cabe señalar que se ha establecido como finalidad el “*reducir la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Perú, a través del fortalecimiento de las intervenciones preventivas y la atención integral del adulto con infección por VIH en los establecimientos de salud.*”. Asimismo se detalla como objetivo general el

estandarizar los procedimientos para la atención integral (el subrayado es nuestro) del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional.

Para efectos de esta investigación, detallaremos algunos aspectos del proceso de atención una vez que el paciente inicia el tratamiento. La norma establece una serie de criterios para determinar que una persona diagnosticada con VIH deba de iniciar el tratamiento. Se determina que el ingreso al mismo es voluntario y se realiza previo procedimiento de consentimiento informado. Por otro lado, la normativa establece una serie de criterios técnicos y clínicos, los cuales en principio deberían de ser cumplidos por los usuarios para poder acceder al tratamiento. Uno de ellos, es el tener un recuento de linfocitos T CD4 menor o igual a 500.

Una vez que el usuario es admitido para el tratamiento TARGA, se realizan una serie de evaluaciones básicas: las cuales incluyen la evaluación por el quipo multidisciplinario, evaluación médica, entrevista de enfermería, informe social e informe psicológico. Posteriormente se realiza el recuento de linfocitos T CD4, carga viral, prueba de laboratorios básicas, detección de enteroparacitos, detección de otras ITS, radiografía de tórax, y un examen para descartar TB pulmonar. Luego de realizados dichos exámenes, el médico determina el tipo de esquema que tendría que ser aplicada al usuario

La norma técnica a su vez determina que *“luego del inicio del TARGA el paciente será evaluado por el médico del Equipo Multidisciplinario cada dos semanas en el primer mes, luego cada mes durante el primer año y cada dos meses a partir del segundo año. Esta frecuencia de controles puede variar según la evolución clínica y la adherencia del paciente”*. Asimismo, una vez iniciado el tratamiento se controlara la carga viral (el nivel de virus en el organismo) al tercer mes, al sexto mes y posteriormente cada seis meses.

El ámbito de aplicación de la norma se define como adherencia a *“grado en el que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, siguen un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida en concordancia con las recomendaciones del personal de salud”*

Con relación a los equipos multidisciplinarios, cada profesional del equipo sea este ampliado o básico, es responsable del proceso de atención integral del usuario. En ese sentido cada miembro tiene una actividad determinada tendiente a lograr la adherencia

al tratamiento identificando a los usuarios de riesgo de no ser adherentes o estar en el estadio de falla virológica.

Otro elemento fundamental que recoge la norma es que existe la figura del agente de soporte comunitario, el cual puede ser un miembro de la comunidad, un familiar, un voluntario un cuidador que brinda al usuario acompañamiento y soporte emocional, supervisión y apoyo.

#### **4.1.3. El protocolo de atención: un medio para asegurar solo los objetivos desde la sanidad.**

La norma establece que todo establecimiento de salud que atienda a personas viviendo con VIH/SIDA e ITS debe promover una cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género para eliminar el estigma y la discriminación asociada con la infección. Asimismo se detalla que la persona con infección VIH no podrá ser excluida de la atención en cualquier servicio de los establecimientos de salud públicos o privados.

En ese sentido, tanto el proceso de adherencia al TARGA, (entendiéndose con ello el tratamiento) así como el desarrollo del protocolo de atención, deben de cumplir con los supuestos antes señalados.

Sin embargo de la lectura de la norma técnica surgen algunos cuestionamientos respecto al trasfondo de la misma los cuales serán desarrollados en el siguiente capítulo.

#### **4.1.4. Las variantes de la ejecución y el gasto en los Hospitales Públicos de Lima entre los años 2004 y 2015.**

Desde la implementación del TARGA como respuesta del Estado a la infección del VIH, en el año 2004, los actores involucrados tanto en el diseño de las políticas públicas, la gestión, y la ejecución de las mismas han venido variando notablemente. Como ya se ha venido desarrollando al inicio del presente capítulo, en un inicio quien tenía el monopolio de las acciones era el Ministerio de Salud y los órganos ejecutores eran las DISAS y las Diresas.

Desde el año 2013, con la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, se concentro la organización del servicio en dicha entidad, en tanto se argumentaba ineficiencias en los organismos tradicionales de la administración. Para efectos del

presente trabajo se presentaran las cifras correspondientes a los hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza y Santa Rosa, todos de la ciudad de Lima.

#### 4.1.4.1. Hospital Dos de Mayo

Con relación a este establecimiento de salud, en tanto ya se había iniciado una investigación anterior, se va a tener en cuenta la información proporcionada en su momento el amparo de la normativa Ley N° 27806 como la obtenida a la fecha. El objeto es justamente hacer una comparación de la información y establecer postulados en función a dicha data.

De la información obtenida en la plataforma del SIAF, se ha podido encontrar lo siguiente: con el rubro *Personas diagnosticadas CON VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral* para el año 2011, se ha consignado un gasto anual de S/. 72,765 Nuevos Soles, atendándose a 13,026 usuarios., para el año 2012; se ha consignado un gasto de S/. 1, 655. 526 Nuevos Soles que ha beneficiado a 2,675 usuarios, para el año 2013 se ha realizado un gasto S/. 408,022 Nuevos Soles, beneficiando a 1,214 usuarios., para el año 2014; se ha consignado un gasto de S/. 361. 956 Nuevos Soles que ha beneficiado a 372 usuarios según se puede evidenciar en los siguientes gráficos:

**Gráfico N° 03 Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2011 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 04. Gasto efectuado por personas que acuden a los servicios de salud entre los años 2011 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

Al respecto se pueden determinar las siguientes afirmaciones: de la observación del cuadro, se evidencia que durante la vigencia de la normativa derogada una mayor cantidad de usuarios han sido atendidos y esta cantidad ha venido disminuyendo en el tiempo. Al respecto una primera respuesta puede darse en el hecho que en el año 2004, al momento de implementarse el TARGA, dicho establecimiento de salud era el único que mantenía dicho programa en calidad de piloto. Cabe señalar que para el año 2011 otros centros hospitalarios ya venían brindando dicho servicio.

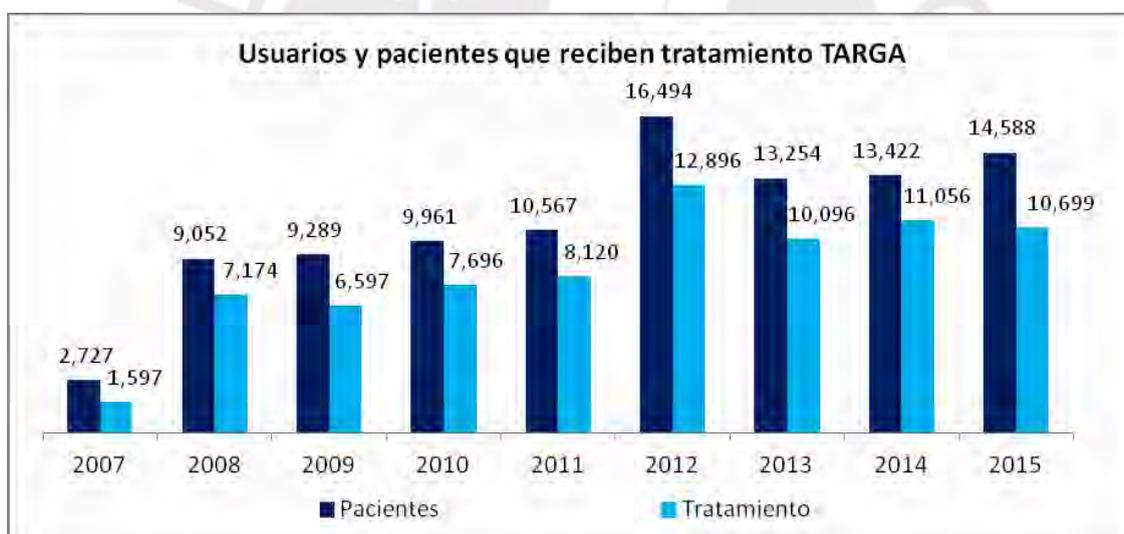
Respecto para los años 2013 y 2014, a diferencia de los años anteriores, las atenciones efectivas fueron menores a las metas señaladas. Asimismo, existe una diferencia notoria entre el gasto realizado en esos años con relación a la cantidad de usuarios que efectivamente recibieron atención integral.

Con relación al Hospital Dos de Mayo, llama la atención la información que se encuentra el SIAF. Se detalla el concepto de “*Personas diagnosticadas CON VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral*”, sin embargo por acceso a la información pública solicitamos a este nosocomio nos proporcione data de la población que efectivamente recibe tratamiento TARGA. El resultado de dicha solicitud pudiera

generar cierta confusión con la información obrante en el SIAF, ya que las cifras difieren y la atención para recibir dicho tratamiento se presume como “integral” según la norma vigente.

Al respecto, mediante solicitud de acceso a la información pública detallada en el siguiente cuadro, vemos que la cantidad de pacientes que acuden al servicio es siempre mayor a los usuarios que reciben efectivamente el tratamiento. Cabe destacar que se observa un incremento notorio de usuarios y de personas que están dentro del esquema TARGA a partir del año 2012. Como podemos apreciar comparando ambas informaciones la data correspondiente a atenciones integrales difiere de la obtenida en el mismo establecimiento de salud respecto a quienes efectivamente reciben el tratamiento que se supone “integral”. Cabe señalar que fue el único hospital donde se pudo obtener esa información.

**Gráfico N° 05: Comparativo de cantidad de usuarios y receptores de tratamiento TARGA entre los años 2007 y 2015.**



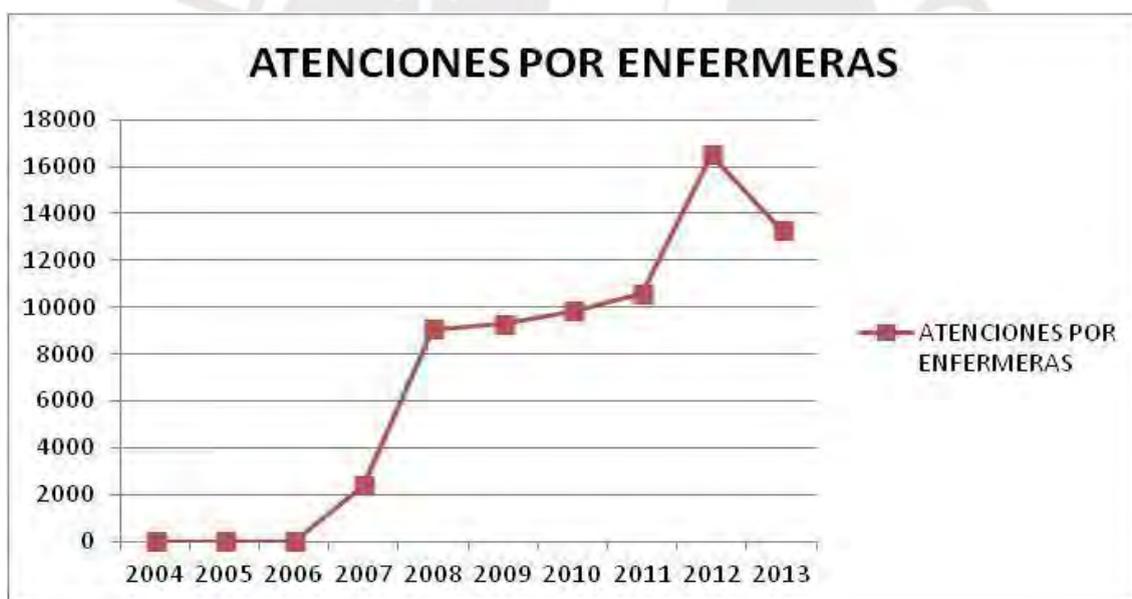
Fuente: Portal de Transparencia del Ministerio de Salud. Información obtenida mediante solicitud N° 14 -000176 del 23 de agosto de 2016.

Como podemos apreciar, no existe coincidencia respecto a la data con relación a atenciones integrales, que es el supuesto establecido en la norma vigente. En ese sentido, consideramos que al no existir información fidedigna o uniforme respecto a los datos de un establecimiento de salud, uno de los principales de la ciudad de Lima respecto al tratamiento TARGA, es razonable suponer que esta divergencia se verá reflejada en la data que eventualmente sea el sustento de la elaboración de políticas

públicas, cambios normativos y/o organizacionales, y por ende el resultado de las mismas no necesariamente pudiera ser el más óptimo para el beneficio de la población.

Por otro lado, de la investigación realizada en el Hospital Dos de Mayo, se tiene información respecto a atenciones por los/las licenciados por enfermería entre los años 2004 y 2013, en tanto la información fue solicitada en el año 2014. Cabe señalar, que el rol de dichos profesionales es crucial en tanto según la norma técnica vigente y las anteriores son los encargados de *“brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte, inscribir al paciente en el Libro de Registros y Seguimiento de Pacientes en TARGA y hacer el respectivo seguimiento”*, sin embargo ha venido disminuyendo su número, luego del cambio normativo, lo que nos hace suponer que el seguimiento a los usuarios, al menos en el caso del Hospital Dos de Mayo no necesariamente sea el más óptimo, entre muchos factores por la falta de personal.

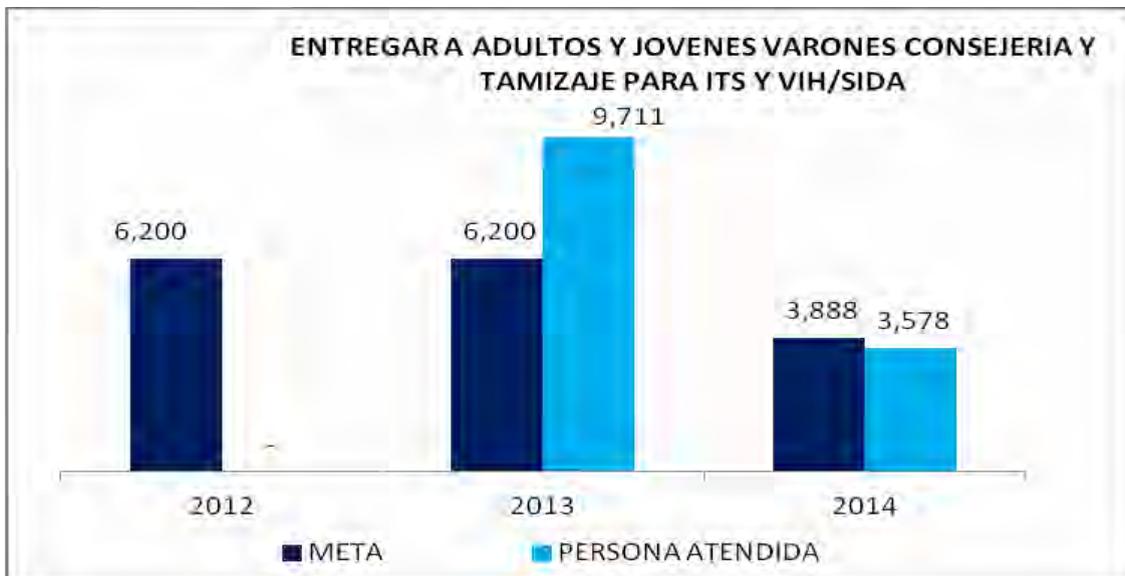
**Gráfico N° 06: Atención realizada por enfermeras entre los años 2004 a 2015.**



Fuente: Portal de Transparencia del Ministerio de Salud. Información obtenida mediante solicitud N° 14 -000023 del 18 de junio de 2014.

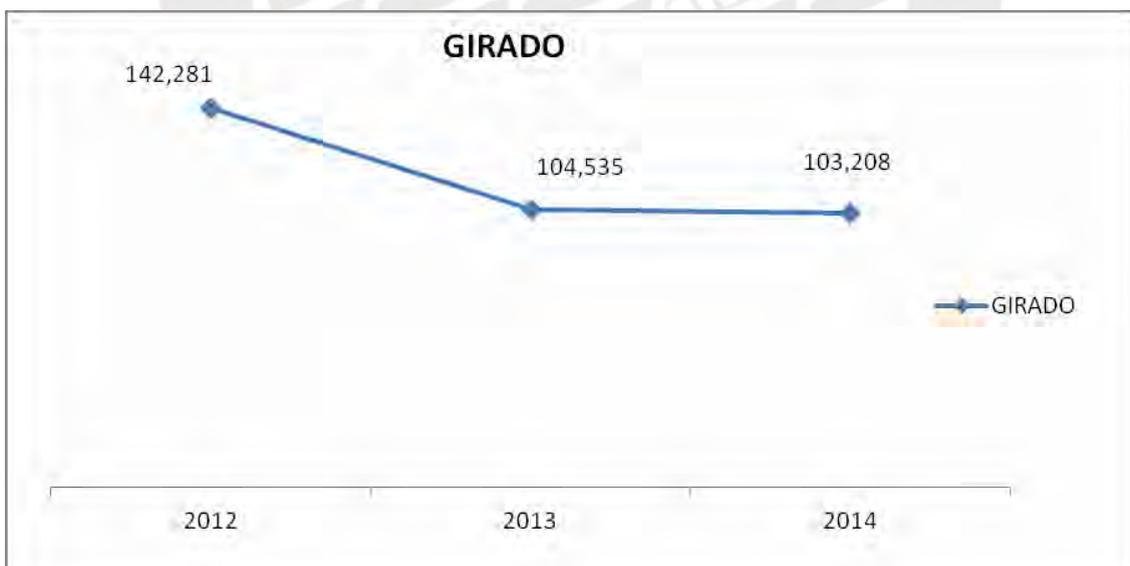
Respecto al rubro de consejería y tamisaje para el Hospital Dos de Mayo se tienen los siguientes cuadros y el respectivo gasto efectuado. Cabe señalar que en la plataforma SIAF, solo se tiene información hasta el año 2015, en tanto a partir de dicho año quien asume y gestiona el gasto es el Instituto de Gestión de Servicios en Salud.

**Gráfico N° 07: Meta y persona atendida que recibe consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA durante los años 2012 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 08: Estimado de gasto efectuado por persona que recibe TARGA entre los años 2012 y 2014.**

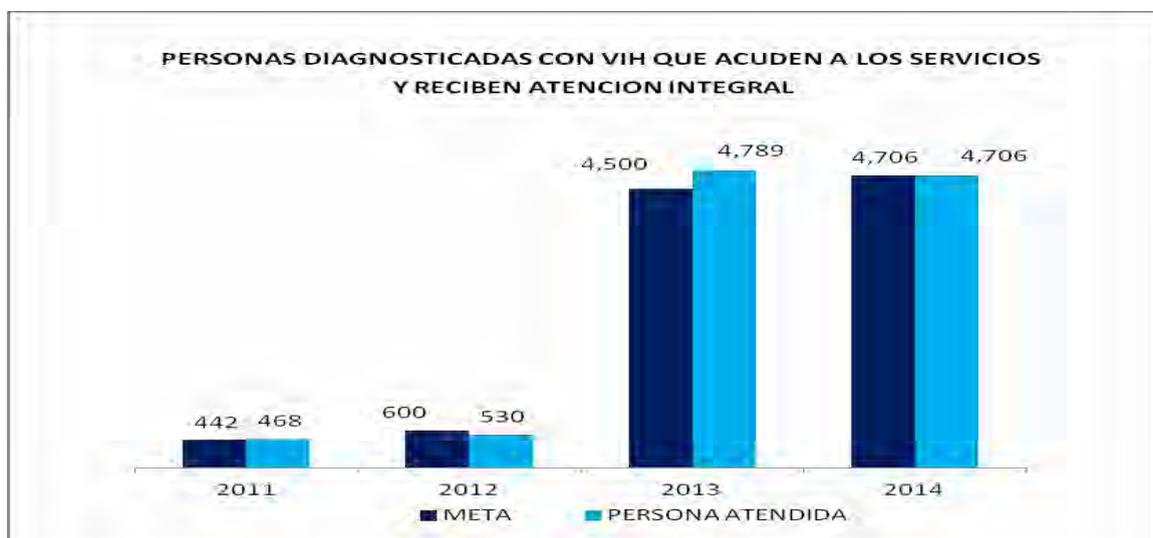


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

#### 4.1.4.2. Hospital Cayetano Heredia

Cabe señalar que en el marco de la Ley N° 27806, se solicitó información a dicho establecimiento de salud, la cual a la fecha no ha sido atendida. En ese sentido, la información detalla a continuación proviene exclusivamente de la plataforma SIAF del Ministerio de Economía y Finanzas.

**Gráfico N° 09: Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2012 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016

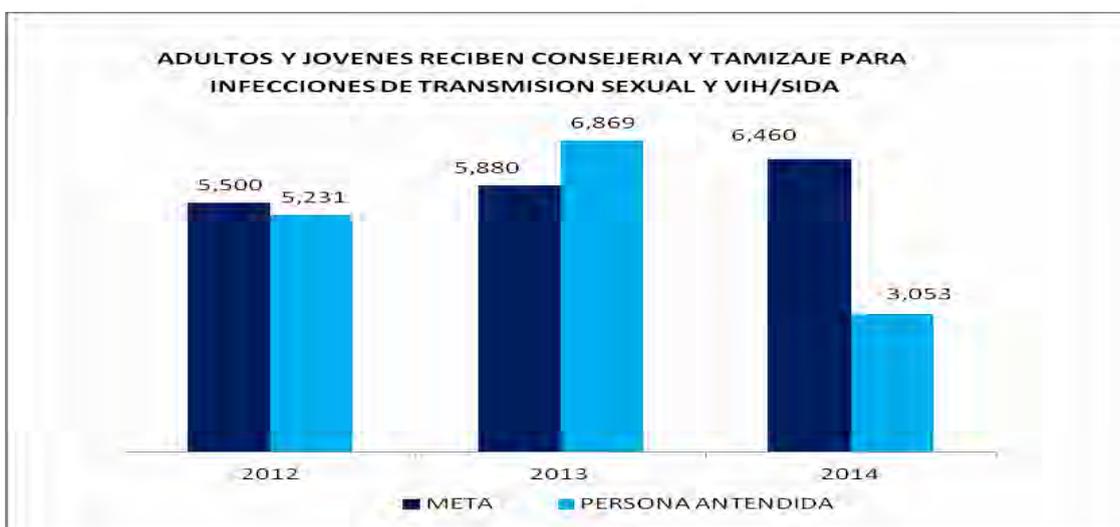
**Gráfico N° 10: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

Como se puede evidenciar en el caso del Hospital Cayetano Heredia se han venido incrementando la cantidad de usuarios que reciben atención integral y el gasto por ello ha venido disminuyendo. Sin embargo con relación respecto a la consejería y tamizaje para los casos de VIH y de infecciones de transmisión sexual, no se habrían cumplido con las metas y existe una baja notoria para el año 2014, sin embargo el gasto se incremento.

**Gráfico N° 11: Adultos y jóvenes reciben consejería y tamizaje durante los años 2012 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 12: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014.**

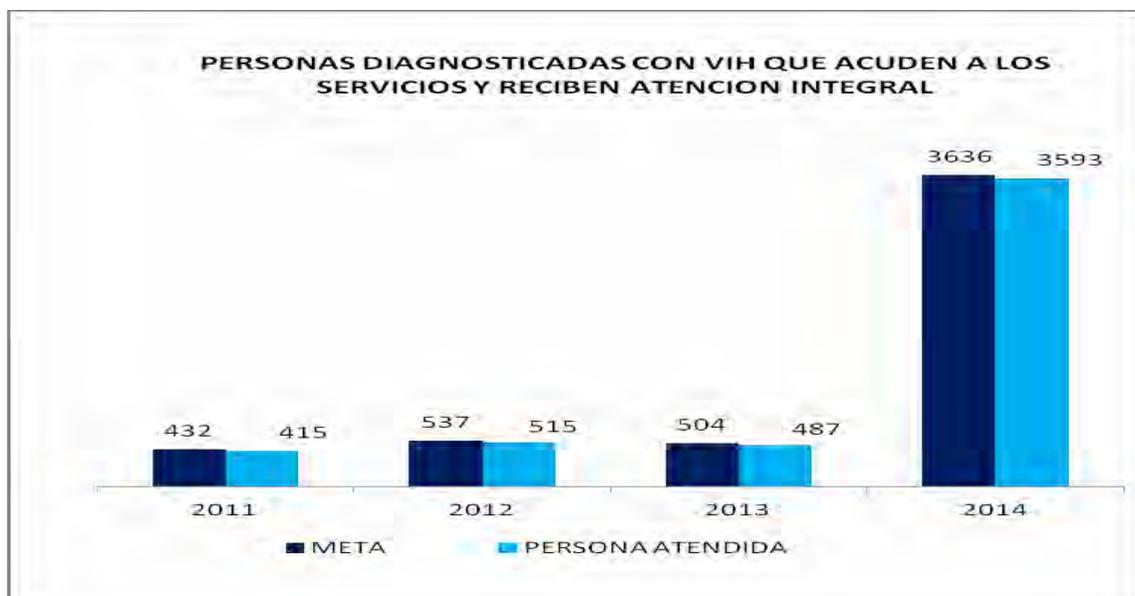


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

#### 4.1.4.3. Hospital Arzobispo Loayza

Con relación al Hospital Arzobispo Loayza, se ha obtenido tanto información por la plataforma SIAF, como por la Ley N° 27806, sin embargo dicha información no fue entregada ni en su oportunidad ni completa. En el caso de la data entregada por el hospital esta solo cubre el periodo 2014 a 2015.

**Gráfico N° 13: Personas diagnosticadas con VIH que acuden al servicio y reciben atención integral 2011 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 14: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2011 a 2014.**

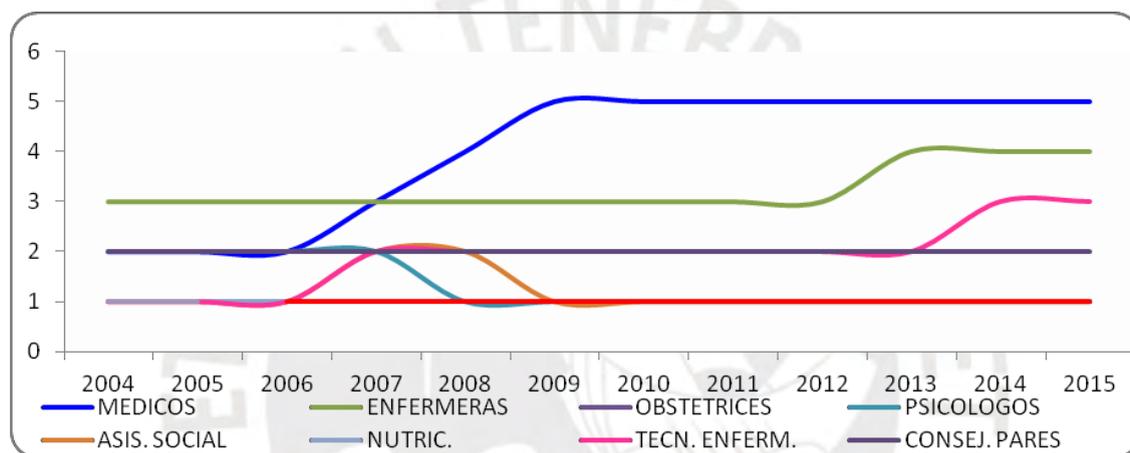


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

Con relación a esta información se puede determinar que existe un mayor número de atenciones integrales a usuarios en el año 2014, conjuntamente con una baja en gasto para ese año. Asimismo, se observa que hay una diferencia mínima entre la meta y el objetivo.

Respecto al número de personal por profesión (integrantes del equipo multidisciplinario) asignado en el servicio se tiene la siguiente información correspondiente a los años 2004 al 2015.

**Gráfico N° 15: Integrantes de Equipo Multidisciplinario durante los años 2014 a 2015**



Fuente: Portal de Transparencia del Ministerio de Salud. Información obtenida mediante solicitud N° 16 -000023 del 23 de agosto de 2016.

Se cuenta con información respecto a los usuarios que abandonaron el tratamiento TARGA, iniciaron el tratamiento TARGA y usuarios del servicio de Infectología correspondiente a los años 2014 y 2015. Cabe señalar que la información que se solicitó al Hospital Arzobispo Loayza fue desde el año 2004, pero solo fue entregada la correspondiente a los años 2014 y 2015 respecto a algunos de los criterios solicitados: Usuarios que abandonaron el tratamiento TARGA, Usuarios que iniciaron el tratamiento TARGA y Usuarios del Servicio de Infectología.

**Gráfico N° 16: Usuarios que iniciaron, reciben y abandonaron tratamiento TARGA durante los años 2014 y 2015.**



Fuente: Portal de Transparencia del Ministerio de Salud. Información obtenida mediante solicitud N° 16 -000023 del 23 de agosto de 2016.

Respecto a las graficas correspondientes al Hospital Arzobispo Loayza se realizara las inferencias correspondientes con relación a los años 2014 y 2015, sobre los cuales se tiene información en los tres rubros.

Con relación a la cantidad de personas que reciben atención integral, para el año 2014, tanto la meta como el número de usuarios efectivamente atendidos es muy cercana. Ello pudiera estar relacionado a que el equipo multidisciplinario correspondiente para dicho año se incremento sobre todo con médicos y enfermeras quienes son tanto el responsable del proceso de adherencia al TARGA, como el profesional que se encarga de realizar el control y seguimiento de dicho procedimiento respectivamente.

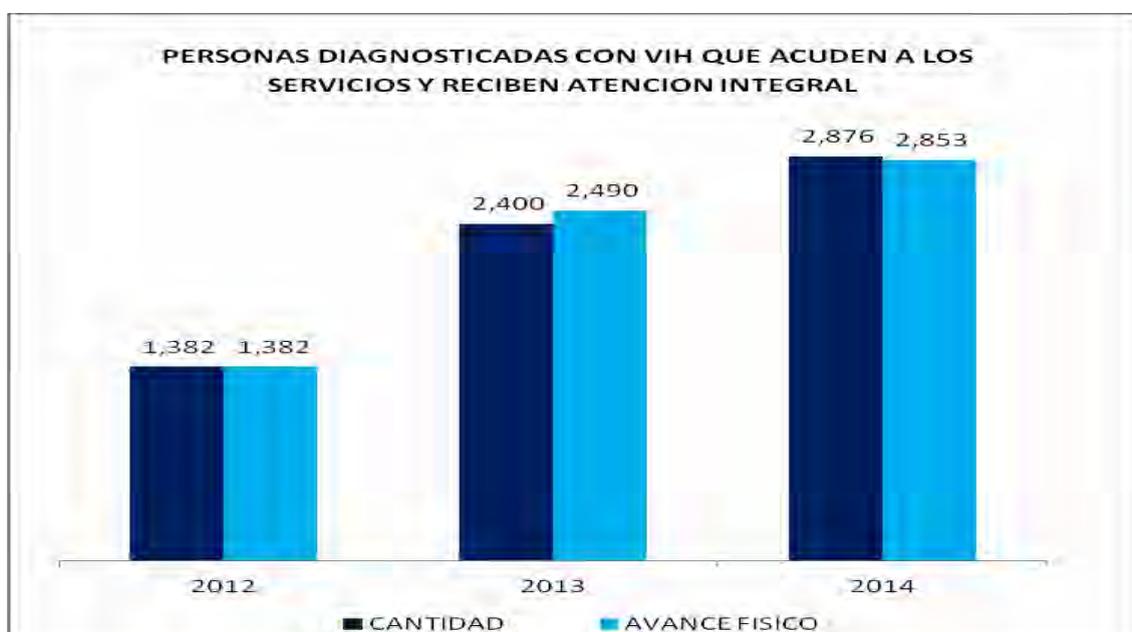
Finalmente, con relación a los ingresos y abandonos del tratamiento TARGA, así como y permanencias en el servicio de infectología, para el año 2014 el número de abandonos es inferior al siguiente año y ello pueda tener una relación con el aumento de profesionales del equipo multidisciplinario. Sin embargo, la cantidad de ingresos para el año 2014 fue inferior al año 2015. Dicha situación se ve también reflejada con relación a los usuarios del servicio pues el número de usuarios es inferior en el año 2014 con relación al año 2015.

Como podemos observar nuevamente el contraste entre la información obrante en la plataforma SIAF y la obtenida en el establecimiento de salud difiere respecto al rubro atención integral.

#### 4.1.4.4. Hospital Santa Rosa

Con relación al Hospital Santa Rosa, se ha obtenido tanto información por la plataforma SIAF, como por la Ley N° 27806, sin embargo dicha data no fue entregada ni en su oportunidad ni completa. En el caso de la data entregada por el hospital si bien cubre el periodo de 2005 al 2015, no se proporcionaron todos los rubros solicitados.

**Gráfico N° 17: Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral durante los años 2012 y 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 18: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2012 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

La plataforma SIAF, para el Hospital Santa Rosa, arroja información correspondiente a los años 2012 a 2014. Al respecto, se evidencia que para el año 2014 se produjo un incremento tanto de la meta como el objetivo respecto a atenciones integrales logrado casi el mismo resultado por un costo al Estado mucho menor.

Con relación a la consejería y tamisaje para VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual se tiene la siguiente información arrojada de la plataforma SIAF.

**Gráfico N° 19: Cantidad de adultos y jóvenes que reciben consejería y tamizaje durante los años 2012 a 2014.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

**Gráfico N° 20: Gasto efectuado por persona que acude al servicio durante los años 2012 a 2014.**

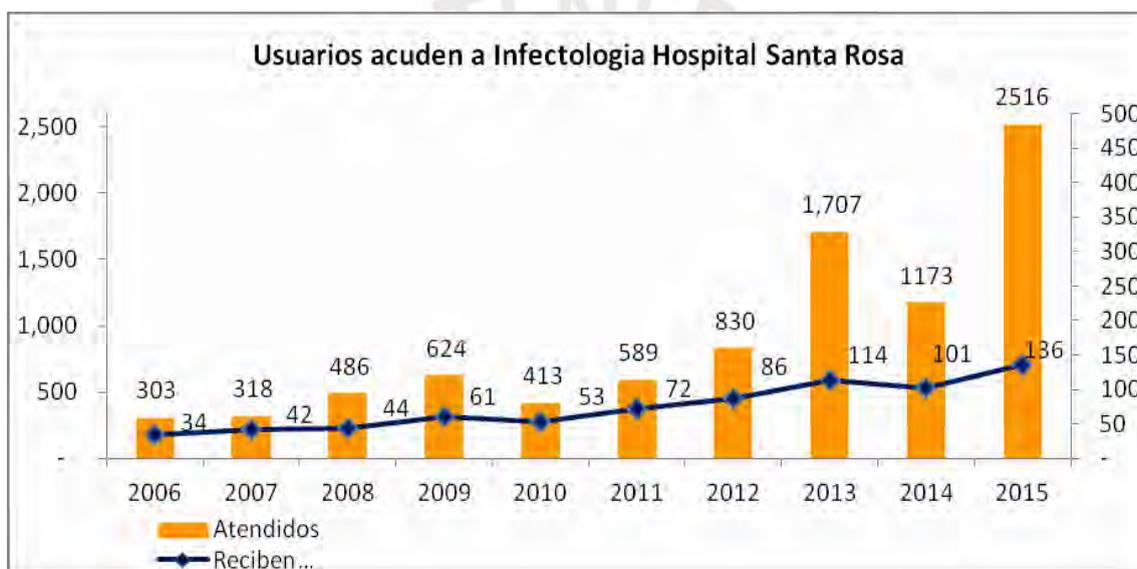


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) Consulta realizada el 20 de noviembre de 2016.

En este rubro, se evidencia que con relación al año 2014, las consejerías y tamisajes relativas al año 2013, son notoriamente mayores y a un costo ligeramente mayor, pero muy cercano al costo correspondiente al año 2012, donde a su vez se realizaron un número menor de procedimientos.

Respecto a la información solicitada al Hospital Santa Rosa al amparo de la Ley N° 27806, el establecimiento de salud remitió data desde el año 2005 hasta el año 2015, sin embargo la misma es incompleta respecto a los otros rubros solicitados.

**Gráfico N° 21: Usuarios que acuden al servicio de infectología durante los años 2006 a 2015.**



Fuente: Portal de Transparencia del Ministerio de Salud. Información obtenida mediante solicitud N° 16 -000069 del 23 de agosto de 2016.

#### 4.1.4.5. Comparación de la información de Hospitales Públicos de Lima

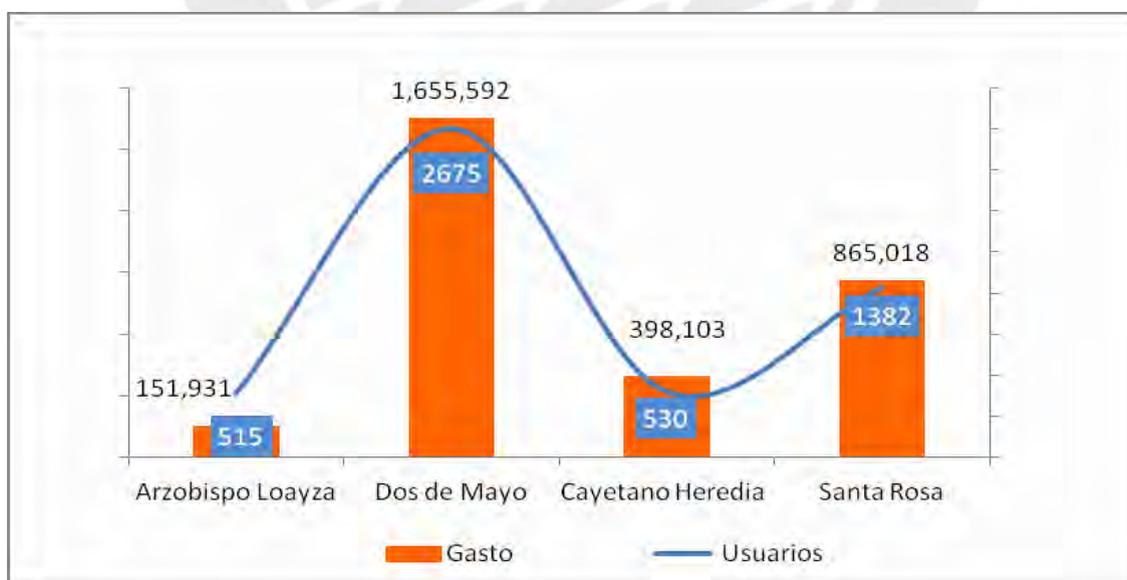
Con relación a los establecimientos de salud materia de la presente investigación, se puede realizar una comparación respecto a algunos rubros. Cabe señalar que esta no es general sino específica en tanto la data obtenida tanto en el marco de la Ley de Acceso a la Información Pública, como en la plataforma SIAF no ha sido uniforme ni completa respecto al periodo materia de la presente investigación.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> El 22 de octubre de 2016, se remitió un correo electrónico, luego de varias coordinaciones vía telefónica con la funcionaria responsable de acceso a la información pública del Ministerio de Salud, haciéndole saber detalladamente que la información solicitada no fue proporcionada ni en el plazo de ley ni de manera completa. Dicha comunicación no ha tenido respuesta hasta la fecha.

Al respecto, es importante indicar que la norma vigente, es decir la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA se publicó a finales del año 2014. Sin embargo, no se ha podido acceder a información correspondiente al primer año de aplicación de la norma por lo que ha sido imposible evaluar su impacto, más aun cuando la información solicitada no fue entregada o la data obtenida no era la correcta o cuando esta era inexistente. En ese sentido, es importante señalar que para el rubro materia de análisis comparativo, “*Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral*” no existe data en la plataforma SIAF correspondiente al año 2015.

Sin embargo, se puede realizar una comparación con relación al rubro “*Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral*”. Si bien mediante la plataforma SIAF se puede obtener información de los años 2011 al 2015, consideramos importante realizar la comparación de los hospitales Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente a los años 2012, 2013 y 2014, pues existe información respecto a cantidad de usuarios atendidos y el gasto realizado en todos los establecimientos materia de la presente investigación. Al respecto se pueden visualizar los siguientes gráficos:

**Gráfico N° 22: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2012.**



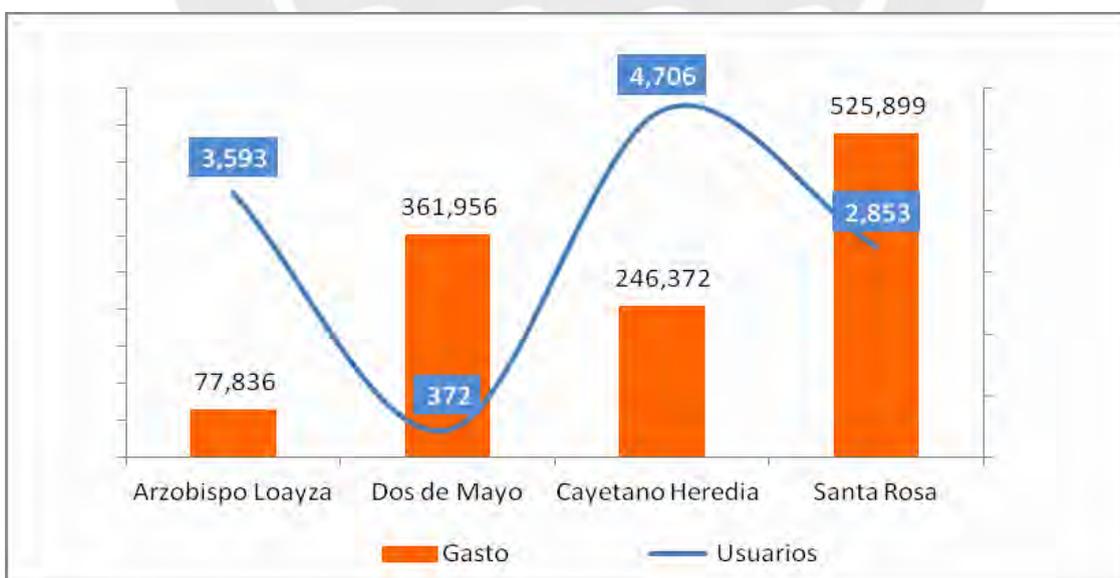
Fuente: Elaboración propia. Gráfica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2012.

**Gráfico N° 23: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2013.**



Fuente: Elaboración propia. Grafica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2013.

**Gráfico N° 24: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2014.**



Fuente: Elaboración propia. Grafica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2014.

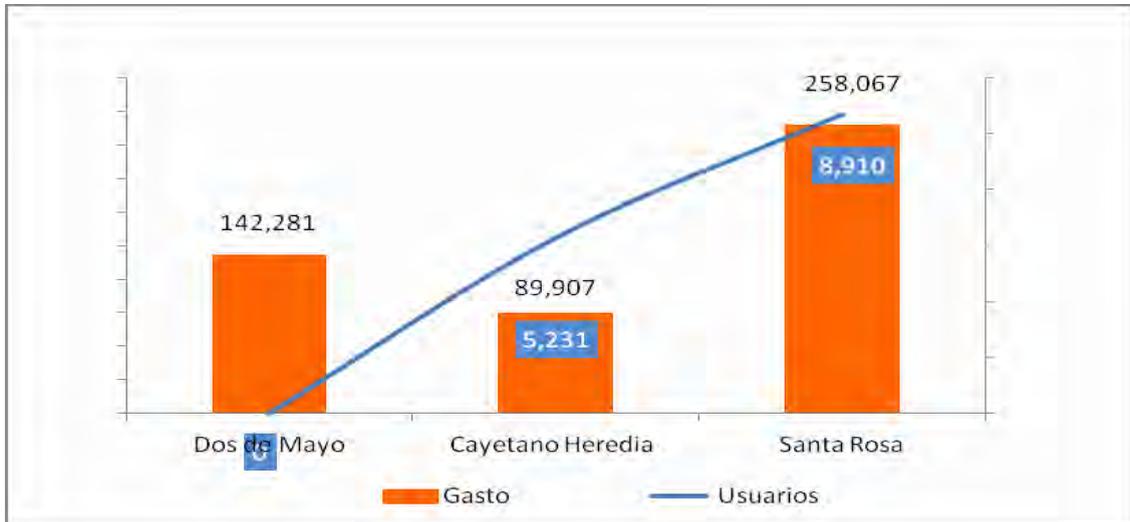
Si hacemos una comparación entre hospitales con relación durante dicho periodo, el establecimiento de salud que brindó mayor atención con el menor presupuesto fue el Hospital Arzobispo Loayza. Si bien para el año 2012, se detallan 515 atenciones, las cuales son menores a las del año 2013, con 487 atenciones, se evidencia un notorio incremento de las atenciones para el año 2014, a 3593 usuarios, es decir casi seis veces del número de atenciones en el primer año de comparación. Si bien no se ha podido determinar una relación directa de este desempeño con la existencia de un equipo multidisciplinario, llama la atención que sea el único establecimiento que proporcione dicha información.

En ese orden de ideas, del año 2012 al año 2014 el costo por dichas atenciones disminuyó notoriamente de 151,931 Soles en el año 2012 a 77,836 soles en el 2014. Similar situación se observa en el caso del Hospital Cayetano Heredia y el Hospital Santa Rosa pues del año 2012 al 2014, se aumentó el número de atenciones y disminuyó el costo de las mismas.

Por otro lado, de la información obtenida en el SIAF, se puede determinar que el establecimiento de salud con el desempeño menos alentador es el Hospital Dos de Mayo pues entre el año 2012 y 2014 el número de usuarios atendidos ha sido menor y en comparación a los otros establecimientos de salud, la meta por atención ha sido menor. Recordemos que para efectos de la presente investigación dicho nosocomio fue el que más dificultades generó a efectos de obtener la información.

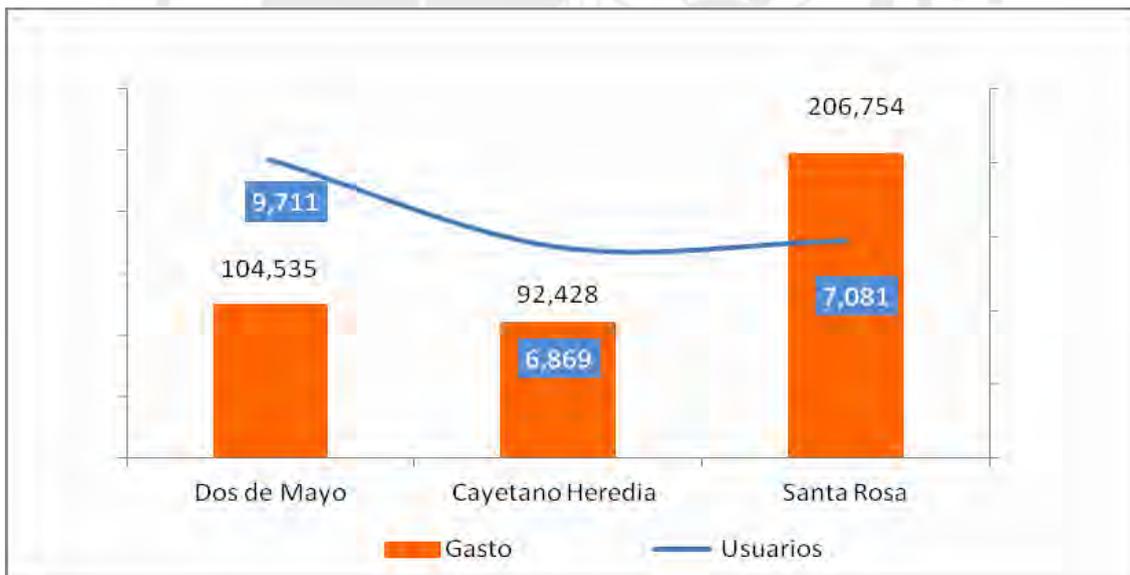
Otro elemento a comparar entre los hospitales materia de la investigación es con relación al rubro "*Adultos y jóvenes reciben consejería y tamizaje para infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA*". Como ya venimos señalando no ha sido posible obtener información correspondiente al año 2015 en el SIAF, al respecto detallamos los cuadros comparativos correspondientes a los hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa. El sistema de información SIAF, no consigna el rubro señalado como parte de las actividades del Hospital Arzobispo Loayza.

**Gráfico N° 25: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2012.**



Fuente: Elaboración propia. Grafica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2012.

**Gráfico N° 26: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2013.**



Fuente: Elaboración propia. Grafica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2013.

**Gráfico N° 27: Comparativo de número de usuarios y gasto de los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa durante el año 2014.**



Fuente: Elaboración propia. Grafica correspondiente al número de usuarios y al gasto efectuado en los Hospitales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Santa Rosa correspondiente al año 2014.

Respecto a la información obrante en los Gráficos, con relación al Hospital Dos de Mayo, se observa que no existe atención en el año 2012 pero sí se grafica un monto por el concepto materia de la comparación. Respecto a los años 2013 y 2014 se detallan un monto de gasto similar, pero una atención a usuarios para el año 2013 de más del 50% con relación al año siguiente. El mismo supuesto se presenta para el Hospital Cayetano Heredia, donde para el año 2013, se detalla un número mayor de usuarios atendidos en más del 50% respecto al año 2014, pero a un costo casi similar.

En el caso del Hospital Santa Rosa, de las gráficas correspondientes a los años 2012 a 2014 se evidencia un incremento de las atenciones la cual se traduce en un mayor costo de las mismas.

De lo antes señalado se puede concluir que una mayor asignación de recursos no implica necesariamente una mayor cantidad y calidad en la atención a los usuarios del servicio. En ese sentido, nuestra sub pregunta de investigación, respecto a como influye la asignación de recursos, no tiene una respuesta contundente. Al respecto, hay factores externos que de alguna manera pueden incidir en una atención óptima o una deficiente, como por ejemplo la existencia o no de un equipo multidisciplinario, y ello no está ligado necesariamente a una mayor o menor asignación de recursos.

Por otro lado, hemos presentado ejemplos de los distintos establecimientos de salud donde esta premisa se cumple como en el caso del Hospital Loayza donde se dio una mayor atención con un menor presupuesto, o el caso del Hospital Dos de Mayo donde se dio una menor atención con un mayor presupuesto. Sin embargo, tampoco queremos señalar que un mayor número de atenciones implique necesariamente una mejor calidad de las mismas, sino estamos haciendo una comparación entre la data que se ha podido obtener tanto por acceso a la información pública como la obrante en la plataforma SIAF.

Adicionalmente, no existe información comparable entre la que puede proporcionar cada establecimiento de salud y la obtenida en la plataforma SIAF. En ese sentido, cabe recordar que en todos los establecimientos donde se pudo obtener información no existía equivalencia entre las fuentes antes mencionadas. Ello hace posible determinar que existe algún grado de divergencia entre lo que se entiende por atención integral. Por lo tanto, las comparaciones son finalmente estimaciones que eventualmente necesitarían un mayor proceso de investigación y análisis.

Finalmente, cabe señalar que la data obtenida es respecto al número de atenciones con relación al gasto que las mismas irrogaron. Sin embargo, dicha data no refleja los niveles de la adherencia al tratamiento, en tanto de la información obrante en la plataforma SIAF y de la obtenida en los establecimientos de salud, no se ha podido establecer elementos que nos permitan postular alguna nuevas hipótesis.

En el siguiente capítulo, se analizarán los principales problemas encontrados en el trabajo de campo y en el análisis de la documentación, detallándose posteriormente las carencias y problemas estructurales propios del sistema de atención para las personas viviendo con VIH/SIDA que siguen el Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad.

## Capítulo 5 Un visión general de la problemática. La respuesta Estatal con relación a los grupos vulnerables: el caso de los varones entre 25 y 40 años como sector de riesgo.

Como se mencionó en el capítulo tercero, la norma vigente es mucho más general que la derogada, lo cual al parecer tuvo una incidencia directa en el proceso de adherencia. Asimismo, la norma derogada a diferencia de la legislación vigente, si contenía una norma técnica específica para lograr la adherencia del tratamiento en los usuarios.

Por otro lado, la normativa vigente no ha contemplado las características y el contexto en los cuales se desenvuelven los denominados grupos vulnerables. Ello es una deficiencia sustancial, en la medida que las estrategias para el logro de adherencia actualmente son generales y no se estarían contemplando las particularidades de estos colectivos.

En ese sentido, es importante citar una publicación del Ministerio de Salud que establece una catalogación de población a la que denomina en riesgo, señalando que la infección por VIH mantiene las características de una epidemia concentrada en un grupo poblacional. En ese sentido, se ha realizado un listado, que incluye *“hombres que tienen sexo con hombres, en mayor magnitud las mujeres transgénero, los hombres que tienen sexo con hombres que son trabajadores sexuales, las personas privadas de su libertad, la población privada de libertad, (...) los adolescentes y jóvenes”* entre otros grupos (MINSA 2013: 127).

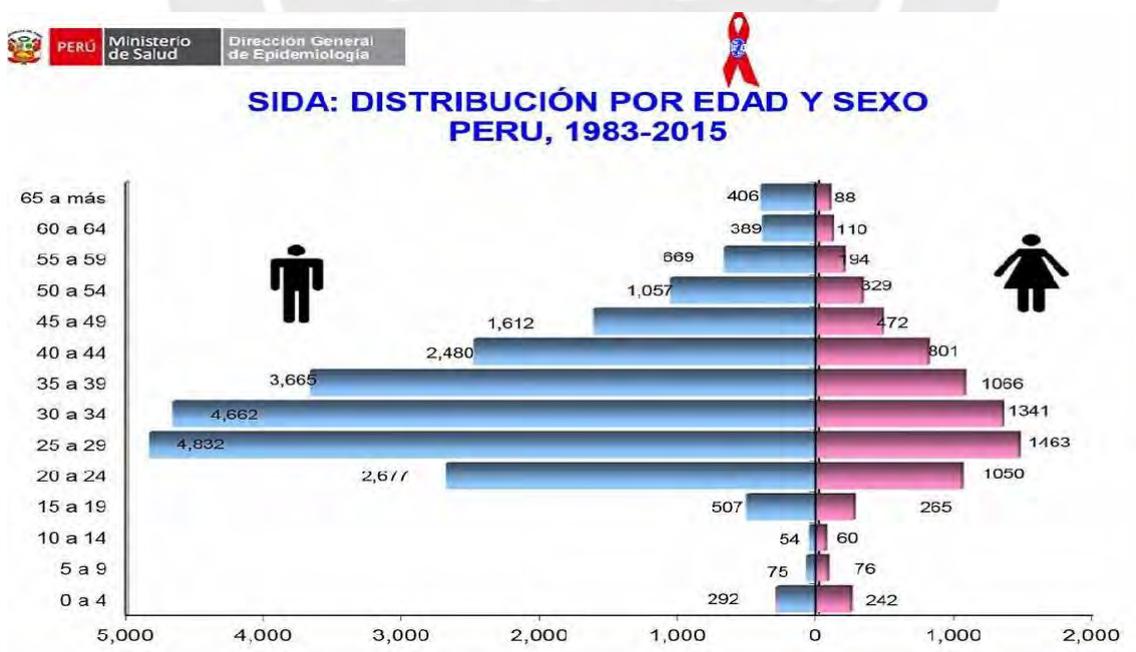
Respecto a este sector, resulta muy interesante el análisis que realiza el documento antes citado en la medida que establece las potenciales razones por las cuales estos grupos, se mantienen en una situación de vulnerabilidad:

*“(...) una mayor prevalencia de VIH; una mayor mortalidad por VIH; por ser grupos donde la epidemia se mantiene concentrada; por la mayor frecuencia de conducta de riesgo para adquirir el VIH; por la baja cobertura en prevención y atención relacionados a la epidemia; por el estigma y discriminación que padecen con frecuencia no solo en los servicios de salud sino en la sociedad, que los margina y se constituye en una barrera para acceder no solo a servicios de salud, sino a educación o a un trabajo que les permita subsistir sin que eso implique estar expuestos a*

*un mayor riesgo de infección por el VIH; por la mayor velocidad con que la epidemia puede expandirse en la población dado el bajo acceso que tienen a información, a servicios de salud preventivos y a medidas de prevención específicas; por las limitaciones del sistema educativo y del sistema de salud para brindarles la información y las medidas de prevención que necesitan para protegerse de ITS o el VIH; porque el sistema de atención no está organizado de manera óptima para atenderlos según sus necesidades, o porque su estado de salud depende de las acciones y medidas de prevención que puedan adoptar otras personas, incluyendo la disponibilidad permanente de insumos y medicamentos ARV en los servicios de salud, para el tamizaje y la profilaxis ARV.” (MINSA 2013: 127)*

Por otro lado, de información obtenida del Ministerio de Salud hasta el año 2015 se puede determinar que existía una mayor prevalencia de población infectada en varones que en mujeres. Si bien el gráfico no hace una diferenciación por orientación sexual, ya que la categorización recogida hace una diferenciación solo por sexo, se evidencia que el grupo etario más afectado dentro de la población masculina son los varones entre los 25 y 40 años.

**Gráfico N° 28: SIDA Distribución por edad y sexo en el Perú entre 1983 y 2015.**



Fuente: Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2015.

La Defensoría del Pueblo, emitió en el mes de agosto del año 2016, el Informe Defensorial N° 175 “Derechos Humanos de las personas LGTBI: Necesidad de una política pública para la igualdad en el Perú”. En dicho documento se establece que *“un HSH tiene 33 veces más probabilidades de adquirir el VIH que una persona de la población en general. En las personas trans el riesgo de contraer el VIH es 49 veces mayor”*<sup>15</sup>

Si bien no existe una cifra real respecto a la cantidad de varones viviendo con VIH/SIDA, en función a las estimaciones que ha realizado el Ministerio de Salud, un buen número de estos, podrían ser varones homosexuales, o población transexual, por lo cual este sector poblacional es el más vulnerable y sobre el cual no se vendría realizando una real respuesta integral por parte del Estado Peruano.

Según el documento antes citado, el Ministerio de Salud ha realizado una estimación al año 2015, por el cual establece que el número de personas mayores de 15 años con VIH sería de 65,135. De dicha cantidad, se determina que el número de hombres que tienen sexo con otros hombres con VIH es de 22,216 y la población trans con VIH es de 7,122 personas.

Ello a su vez genera una segunda estimación mucho más preocupante *“durante el 2015 el número de personas HSH en Perú mayores de 15 años era de 328,263 y el de personas trans 43,762. De esta cifra, solo 14,659 HSH y 1,455 personas trans fueron captadas por los servicios de Centros Especializados de Referencia de ITS/VIH/SIDA (Cerits) y las Unidades de Atención Médico Periódica (UAMP) que constituyen centros de atención primaria donde se desarrollan diagnósticos y manejo de ITS y VIH, produciéndose una brecha de prevención de aproximadamente 95.5% en HSM y 96.7% en personas trans.”*<sup>16</sup>

Esta información es relevante en tanto se demuestra que el Estado ha sido incapaz de crear estrategias integrales, que permitan ampliar la cobertura a la población afectada. No solamente estamos hablando de población en general viviendo con VIH que no

---

<sup>15</sup> Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial N° 175 “Derechos Humanos de las personas LGTBI: Necesidad de una política pública de igualdad en el Perú” p. 101.

<sup>16</sup> Defensoría del Pueblo, op. cit. p. 101.

reciben tratamiento, sino que existe un sector de la población, especialmente HSH y población trans que no viene siendo convenientemente atendida.

Respecto a la población con VIH, especialmente los grupos afectados por discriminación, son altamente vulnerables y por ende los potenciales procesos de adherencia establecidos por el Estado, pudieran no ser efectivos en la medida que incluyen procesos de atención, dinámicas de acompañamiento y seguimiento al tratamiento que no se adecúan a las realidades de estos colectivos.<sup>17</sup>

En ese sentido, es importante resaltar que ciertos grupos vulnerables, entre los cuales se encuentra el grupo materia de esta investigación, llevan el proceso de la enfermedad en algunos casos sin el acompañamiento adecuado (recordemos que la normativa menciona la necesidad de contar con agente de soporte personal) el cual pueda no existir. Adicionalmente la norma señala una dinámica para la entrega de medicamentos y un procedimiento que pudiera no ajustarse a las necesidades de una población sujeta a episodios de stress, según lo señala el informe defensorial antes citado.

Es importante evidenciar, que la sexualidad en gran parte de los grupos vulnerables se ejerce de manera clandestina, debido a factores de discriminación, o por estar inmersos en un proceso de aislamiento familiar o social. Tal es el caso de de la población LGTBI los cuales eventualmente pueden estar en situaciones límites las cuales hacen muy difícil mantener un tratamiento de antirretrovirales, según las directivas que vienen planteadas desde la administración estatal.

Mención importante pueda ser el caso de los jóvenes, quienes como ya se señaló están altamente expuestos a la enfermedad en la medida que aún no se implementan mecanismos adecuados para conocimiento de la sexualidad desde la educación pública, en la medida que es conocido que la enseñanza de la misma no es generalizada y existen mecanismos de bloqueo a fin de que este sector altamente vulnerable no pueda acceder con total libertad a métodos anticonceptivos o consejería sobre sexualidad.

---

<sup>17</sup> Respecto a la discriminación que puede sufrir el colectivo LGTBI, cabe señalar lo desarrollado por el Instituto de Opinión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú, el cual ha desarrollado el documento "Roles y Violencia de Género. Reporte Comparativo-Estudios IOP Nacional Urbano Rural 2012 y 2016." , documento por el cual se evidencia un gran rechazo a la población LGTBI

En ese sentido, es importante señalar que los menores de edad, o los adolescentes no tienen a la fecha total libertad para acceder a estos servicios, en la medida que son incapaces relativos según lo establecido por la normativa civil, teniendo que tener autorización de los progenitores o tutores para acceder a la misma, lo cual pueda devenir en un asunto complicado debido a que la sexualidad aun es un tema tabú para un gran sector de la población.

La misma situación sucede con la población masculina en prisión, la cual está expuesta a altas tasas de enfermedades, y los procesos para el logro de adherencia son más dificultosos en la medida que es casi imposible, en el contexto carcelario peruano, hacer un seguimiento según lo establecido por la normativa nacional.

Finalmente, es importante notar que la respuesta estatal, para el caso de la población viviendo con VIH-SIDA, especialmente la población LGTB, que pudiera ser parte del colectivo de la presente investigación, no es la más adecuada en la medida que no recoge las particularidades de la misma. Los procedimientos, recogidos en la norma no reflejan a cabalidad las particularidades de los usuarios afectados. Hay que dejar en claro, que no sólo estamos ante un problema de salud pública, sino que los afectados se encuentran en situaciones reales de vulnerabilidad, en la medida que el sistema no ha previsto las diversas situaciones que afectan particularmente a este colectivo, las cuales inciden directamente con los procesos para el logro de la adherencia al tratamiento de antirretrovirales.

Entre estos factores podemos mencionar a la discriminación, el abandono, la violencia física y sexual, la pobreza, la exclusión, el aislamiento social y familiar entre otros, los cuales, en un principio, no han sido recogidos directamente por la norma como factores que determinen una dirección del procedimiento del tratamiento. La normativa vigente es decir la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA señala en el punto 5.7.1 que *“Todo establecimiento de salud que atienda a personas viviendo con VIH/SIDA e ITS debe de promover una cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque en género para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección”*.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Llama la atención que sea el mismo texto el utilizado en la normativa anterior, nos referimos a la Resolución Ministerial N° 607-2012/MINSA del 17 de julio de 2012, es decir desde hace cuatro años no se ha cambiado el criterio.

Como es evidente, se habla de género pero no se habla de diversidad sexual, la cual consideramos un factor transcendental por la gran cantidad de afectados de dicho colectivo. Caso contrario ocurría, al menos normativamente, en la legislación derogada, nos referimos a la norma técnica especial para adherencia, es decir la Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA que consideraba el concepto de casos especiales, al que definía como *“casos que por encontrarse inmersos en un contexto determinado ameritan una solución específica ó, en cuyo caso se podrá asumir una salida acorde a las circunstancias”*.

En los capítulos tercero y cuarto se ha mencionado como está organizado el proceso de atención para la población viviendo con VIH/SIDA por parte del Estado Peruano. Se ha evidenciado que existió desde 1983 intentos aislados para contener el avance de esta enfermedad y que es recién en los años noventa del siglo pasado donde se instauran políticas en salud desde la administración elaborando normas técnicas para establecer estrategias para limitar la propagación de este mal. En ese sentido, desde el año 2004 se inicia con la aplicación del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad denominado TARGA, el cual a lo largo de estos años ha tenido variaciones tanto en los medicamentos como en la normativa que regula dicha estrategia. Si bien hay mayor apertura e interés por parte del Estado de enfrentar esta problemática, los procedimientos aún tienen matices que no contemplan las particularidades de los sectores vulnerables, así como los mecanismos para enfrentar este flagelo no están adecuadamente integrados. Factores como el desconocimiento, la discriminación y la exclusión llegan a ser elementos importantes por los cuales la adherencia al tratamiento no llega a ser la más óptima.

### **5.1. La problemática de la estructura del proceso de atención y la carencia de una real respuesta integral desde la política pública.**

Respecto a nuestra primera subpregunta de investigación *“Determinar la estructura del proceso de atención en salud para lograr la adherencia al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA que se brinda a los pacientes varones del 25 a 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015.”*, se pueden determinar las siguientes observaciones:

El sistema nacional de salud pública está en un constante proceso de reestructuración. En los últimos tres gobiernos se han planteado normativas que buscaban frenar la crisis

institucional que afecta al Ministerio de Salud. Actos de corrupción, desabastecimiento, maltrato a la población, profesionales de la salud con bajos sueldos, y en la mayoría de casos infraestructura obsoleta son elementos que de alguna manera afectan directamente el proceso de atención pero sobre todo las estrategias que se van a utilizar, en este caso con población altamente vulnerable, debido al tipo de enfermedad que los afecta, pero sobre todo a un factor que pueda ser mucho más nocivo. Nos referimos a la discriminación e invisibilización que sufre la población viviendo con VIH-SIDA.

Para realizar este análisis se va a utilizar información obtenida en el proceso de investigación entre los años 2013 y 2016

### **5.1.1. Problemas a nivel organizacional:**

Como se pudo evidenciar en el capítulo anterior, de la data obtenida desde la plataforma SIAF, la proporcionada por los hospitales por medio de la normativa de acceso a información pública así como por medio de las entrevistas realizadas se evidencia que no existen las condiciones adecuadas en los servicios de salud, especialmente en el caso de los usuarios del servicio de infectología de los hospitales materia de investigación. Ello genera varios factores de diversa índole, entre los cuales podemos mencionar el organizacional.

El factor organizacional está vinculado a como se estructura el proceso de atención para lograr la adherencia al TARGA, a como se realizan las distribuciones del personal, de medicamentos, el contar o no con una adecuada infraestructura para la atención, si se dan relaciones de coordinación entre las diversas aéreas de los servicios de salud, de cara a tener una atención integral, etc. Todos estos elementos tienen incidencia directa en la mayor o menor adherencia al tratamiento por parte de los usuarios del servicio.

Se realizó una entrevista con el Hugo Sánchez, director de Epicentro,<sup>19</sup> que es un centro comunitario para población homosexual, el cual brinda una serie de servicios, incluyendo el de soporte psicológico y pruebas de diagnóstico para el VIH. El señor Sánchez consideró que en general hay dos niveles de problemas internos (sistema) y externos (usuario). Respecto a la problemática para lograr la adherencia señaló como

---

<sup>19</sup> Entrevista realizada en el año 2013.

uno de los elementos a considerar como factores externos: *“En los centros de salud al definirse espacios, solamente para pacientes positivos hace que visibilicen a los usuarios del servicio, frente a los demás usuarios del servicio de salud”*. Es externo, al no estar en el sistema de salud sino en el mismo “usuario” en cuanto a si bien es un tema organizacional del centro de salud, hay factores como la vergüenza en el mismo usuario por el problema de salud.

En el mismo sentido, y respecto a problemas relacionados a organización e infraestructura, Marlon Castillo de GIVAR, Grupo Impulsor de Vigilancia del Abastecimiento de Antirretrovirales, señala respecto a los espacios de para consejería que *“en un grupo de personas que te den la consejería, en un patiecito y la licenciada dice esto es el Sida, esto es el VIH, se transmite así se transmite asa. Ello perjudica el tema de la confidencialidad, porque no hay ambientes adecuados y la infraestructura no es la adecuada, se debería de hacer en lugares adecuados”* (sic). Si bien la norma técnica vigente menciona que la consejería puede ser individual o grupal, se debería de tener ciertos parámetros de acción que minimicen el impacto en este sector vulnerable. El entrevistado reconoce que es una falencia del Estado pero señalando: *“entiendo que lo hacen masivo por que también va bastante gente (...) por que por cada uno cuanto me demoraría y harían muchas preguntas, hay poco personal y que es más fácil atender a 20 que a uno”*. Incluso intenta dar una explicación a esta situación *“la saturación de las personas usuarios, hacen que sean masivos. Pero si consideran conveniente sería bueno que sea en un lugar cerrado y no abierto, para que la gente que pasa ve sida...la gente relaciona (...) hay una cultura del chisme y están presumiendo cosas”*.

El tema del espacio es importante en la medida que el proceso de asimilación de la enfermedad muchas veces se da en estricto privado por la carga emocional que ello conlleva y por el entorno de estigma y discriminación. Es importante resaltar que estamos en el caso de consejería para el VIH, en una situación particular. No se trata solo del cumplimiento de protocolos de atención, sino que existe una carga emocional muy fuerte en el individuo afectado por este mal. Incluso el tener un mayor equilibrio emocional puede ser determinante para el logro de una adherencia óptima. Al respecto Pupo señala que en muchos casos los objetivos al implementar una política de salud, están ligados al cumplimiento de la meta de la política pública, sin tener en consideración la particularidad del individuo:

*En aquellas situaciones en que el principal objetivo es la ejecución de una política, la persona, en sus distintas dimensiones, con sus necesidades, deseos y proyectos de vida, tiende a ser relegado a un segundo plano. Con esta pauta y agenda colectivas, y el discurso de carácter más universal y normativo, resulta mucho más difícil incorporar la propuesta de una acción enfocada en la evaluación particular de cada contexto y realidad individual. El énfasis en protocolos, conocimientos y procedimientos estandarizados con frecuencia va a contramano de la postura necesaria para acceder a experiencias, percepciones y poder entender al individuo en cada una de las situaciones. Promover e incentivar un determinado comportamiento y una acción pre-fijada apunta hacia una dirección distinta a la de ayudar al individuo a entenderse a sí mismo y tomar libremente sus decisiones personales (Pupo 2013: 1116)*

Sin embargo, plantea otra postura donde señala el valioso rol que debería de tener el personal de la salud manteniendo una visión flexible respecto a la relación con el otro, evitando encasillar o actuar bajo paradigmas respecto a cómo debería de ser el individuo con el cual se interactúa “(...) *no encarcelar al otro en una categoría nosológica particular, o en un grupo social específico, reduciéndolo, por ejemplo, o a un portador de una infección, a un miembro de una población vulnerable, o a un portador de un comportamiento de riesgo. Implica mirar al otro como un ser dinámico, en constante transformación, un sujeto que se construye a cada instante en sus contactos con el mundo, una “carencia de lo mismo” (Ayres, 2001)*”. (citado por Pupo 2013: 1117).

Ello, como ya venimos planteando implica tener una apertura respecto a cómo encarar el proceso de atención, desde una perspectiva de derechos humanos y no solamente como un mero cumplimiento de metas, números de atenciones o indicadores.

En ese orden de ideas, se han evidenciado en las entrevistas otro problema ligado al factor organizacional. Existe inconvenientes en la oportunidad y en el tipo de medicamento que es entregado a los usuarios del servicio, muchas veces sin tener en cuenta las condiciones mínimas tanto de conservación del producto o si las circunstancias y el entorno del paciente favorecen la adherencia. En ese sentido, Marlon

Castillo de GIVAR, señaló que hay problemas en logística pues varios *“productos que pueden ser refrigerados, que pasa con los que no tienen electricidad, si su familia no lo sabe?. Hay que adecuar que los productos que se adquieran se deben de mantener la conservación al ambiente para la facilidad del usuario. También es importante mejorar la calidad de la dosis. Es mejor una menor a una mayor, ello mejora la adherencia, el promedio de consumo por día es entre una y cuatro en primera línea, en segunda, 3 en la mañana 2 en la tarde, 3 en la noche”*.<sup>20</sup>

Ligado a la problemática de la oportunidad en la entrega de los medicamento o ante la ausencia prolongada de los mismos, o la demora en su distribución, surgen alternativas no desde el mismo Estado, sino desde los usuarios. Al respecto, se realizó una entrevista al abogado Mario Ríos Barrientos, miembro del Colectivo Dignidad en Salud el cual nos refirió que existe una estrategia de los usuarios de los servicios de infectología, en el supuesto que exista desabastecimiento de algún producto que sea un antirretroviral por el cual *“ante la no entrega oportuna de medicamentos, retraso de citas, o la citas no coinciden con la fecha de entrega de medicamentos. Hay un sistema de estrategias administrativas paralelas creados por los usuarios ante los problemas de desabastecimiento, “prestamos” de medicamentos entre los afectados, cuando existe un problema de abastecimiento formal en los establecimientos de salud”*.

Es con relación a este problema que es importante tener en consideración lo establecido por Cunill como Gobernanza Sistémica. Este autor señala que dicho concepto implica que con relación a las políticas públicas en salud, el desarrollo de las mismas debe darse desde una óptica integral con la participación de diversos los actores públicos, manteniendo *“relaciones orgánicas y sostenidas de cooperación para producción soluciones integrales”* Como es evidente, en el supuesto señalado en la entrevista no existió por parte del Estado ni una respuesta integral ni un nivel de coordinación entre los actores de cara a solucionar los inconvenientes por la carencia de los antirretrovirales, la reacción oportuna e *“integral”* ha provenido de los usuarios mas no

---

<sup>20</sup> Cabe señalar que nuevamente se ha entrevistado al señor Castillo en el año 2016 y refiere que para Lima Metropolitana ha disminuido notablemente la problemática de desabastecimiento pues refiere que el Ministerio de Salud ha implementado un sistema de alertas que permite una respuesta rápida. Cabe señalar que las observaciones que realiza el señor Castillo, son respecto a la información que recibe como miembro del Colectivo Givar.

del propio sistema quien en su momento no elaboro las estrategias para beneficio de los afectados.

Otro elemento importante es el proceso de atención, es decir la interacción con el usuario. La norma técnica vigente establece que *“todo establecimiento de salud que atienda personas viviendo con VIH/SIDA e ITS debe promover una cultura de respeto a los derecho humanos (...)”* y la Ley General de Salud, Ley N° 26842 establece en su artículo 15, numeral 15.3, litera a) que toda persona tiene derecho a *“ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo”*.

Sin embargo, la literatura especializada detalla la interrelación entre el poder y la salud, en tanto desde el poder se han establecido criterios para determinar que es “salud” y dicha lectura se reduce básicamente a una respuesta solo desde la medicina, excluyendo otras variables o determinantes, no siendo realmente integral:

*“los sistemas de salud y el sector salud se encuentran en una paradoja y en un dilema. La paradoja se produce porque, pese a la gran evidencia disponible, los sistemas sanitarios se han mantenido prácticamente impermeables a la mirada de lo social en salud, en tanto su organización y orientación persiste siendo esencialmente biomédica. Esto se refleja en su enfoque eminentemente basado en intervenciones médicas curativas y recuperativas, volviéndose cada vez más complejos y costosos, sin responder a la complejidad de una mirada más amplia de la salud. Por otra parte, el dilema consiste en que al aceptar el paradigma de los determinantes sociales de la salud como válido, se vuelve apremiante reinventar la lógica de los sistemas de salud a través de la búsqueda de estrategias, desde las cuales se pueda dar respuesta a la complejidad planteada por lo social”*.(Cuadrado, 2015: 2)

Mario Ríos señaló en la entrevista que el rol del profesional de la salud respecto al proceso de atención, implica básicamente que existe una relación autoritaria, a veces inconsciente, con el usuario. El médico o el profesional de la salud, mantiene una relación de supremacía con el paciente y ello es el reflejo de la sociedad autoritaria peruana. Por otro lado, el conocimiento genera poder y existe en el sistema de salud una

cadena de poderes y una ausencia de empoderamiento de la población. A ello se le puede añadir que respecto a la población con VIH, y sobre todo la población HSH y la población trans, dichas brechas puede ser aun mas manifiestas.

*Al personal médico no se le forma para informar, no hay cursos de estrategias educativas a algún tipo de población, los cursos están concentrados con la medicina propiamente dicha. Hay una visión autoritaria, el médico es el que sabe, como va a estar perdiendo tiempo informándote (...). Hay un problema de tiempo para la atención, sin embargo no están formados para ello. Hay un problema de disposición, no están formados para eso. En medicina el mejor profesor es el autoritario, los otros son los que no saben.*

*La medicina tiene una visión autoritaria, el que manda. El que tiene poder, y es el reflejo de la sociedad autoritaria, el que manda el que tiene poder el que controla, es un reflejo de la sociedad, de cómo se forman los profesionales y de cómo estos interactúan con la población. Es una cadena de “violaciones de derechos de la gente” hay lógicas autoritarias El director, abusa del médico, el médico de la enfermera, la enfermera de la técnica, etc, con ello se van construyendo “poderes”, relaciones bajo “lógicas autoritarias”.*

Como podemos observar, de las entrevistas realizadas se manifiesta un modelo clásico de atención, el cual recoge lo que se entiende como ya lo definió Arroyo y otro, Franco Giraldo o Alvares Dardent, que nos encontramos en un “*modelo de atención paternalista con una baja perspectiva en derechos humanos*”, lo cual implica que la capacidad de exigencia y el empoderamiento de los usuarios de los servicios son mínimos, tan es así que a pesar de los cambios normativos se han tenido que crear en muchos establecimientos de salud, las denominadas defensorías de los usuarios.

A pesar de esta estructura vertical de atención en salud, la construcción de la legislación en general sobre esta materia, viene recogiendo tímidamente los modernos conceptos de género, derechos humanos o inclusión. Sin embargo, es evidente que son procesos en afianzamiento dentro de una sociedad machista, autoritaria y discriminadora, donde adicionalmente hay exclusión a grupos vulnerables. Plantear estas reformas, implica el

cuestionamiento de ciertos paradigmas como por ejemplo la relación médico – paciente, por uno más horizontal, es decir en el marco de una perspectiva de atención en derechos humanos, tal como lo menciona Miranda. Estas lógicas autoritarias también se ven reflejadas en la estrategia que plantea el Estado para combatir las consecuencias del VIH-SIDA, como se desarrollara más adelante la respuesta estatal es desde la clínica, es decir una respuesta medica, mas no una respuesta que incluya variables sociales, que de alguna manera pueden ser incluso mucho más determinantes a esta primera estrategia.

Muy ligado al modelo de la estrategia, otro factor relevante es el carácter en la práctica de la no laicidad del Estado Peruano. Ello es un elemento determinante por lo cual desde lo que se define “como lo correcto, lo moral” se pueden determinar políticas públicas o pueden generarse resistencias a elementos que “choquen” con grupos de poder o paradigmas valorativos. En ese sentido, es sintomático que en todas las normas técnicas desde el año 2004 no se incluya el concepto de “diversidad sexual” o “identidad de género”, conceptos que aun tienen resistencia y comprensión por la sociedad peruana. Todo cambio normativo que incluya estos conceptos, incluso fuera de las categorías de salud, generan aun mucha resistencia de diversos colectivos y grupos políticos ligados a sectores conservadores.

### **5.1.2. La buena atención como factor de una buena adherencia.<sup>21</sup>**

Como ya lo ha establecido la doctrina especializada<sup>22</sup> son múltiples factores los que están ligados a un proceso correcto de adherencia. Al respecto, se han detallado aquellos factores ligados a la enfermedad, como la complejidad de la misma, el grado de afectación al individuo, los procedimientos propios ligados al proceso de la enfermedad, la mayor ingesta de medicamentos, etc. También se han detallado aquellos ligados al entorno del proceso de atención el cual incluye una mayor o menor empatía con los usuarios del servicio en función a factores ligados a pobreza, discriminación, estigma, una visión autoritaria de la salud y ello implica muchas veces el maltrato.

---

<sup>21</sup> Esta sección se realiza con información recolectada en el año 2014. Sin embargo consideramos que la misma es vigente por que refleja una problemática que a la fecha continua y es de notorio conocimiento público.

<sup>22</sup> En la presente investigación se han citado textos de la Organización Mundial de la Salud, Villa y Vinaccia.

El maltrato es una constante en los procesos de atención en los usuarios de los servicios de salud sobre todos si estos son brindados por el Estado. Sin embargo, en el caso de los usuarios del servicio de infectología ofrecidos en dicho sector al parecer existe un factor adicional en tanto se evidencia, a la luz de las entrevistas realizadas, que generalmente los usuarios inconscientemente asumen una actitud pasiva. Esta actitud se manifiesta en tanto los procesos al ser gratuitos se asume que “no hay porque quejarse”, o hay un cierto nivel de culpa respecto al propio proceso de enfermedad, al parecer por el propio estigma producto de la particularidad de la misma. Es decir, los usuarios más allá de las falencias propias del sistema, no asumen su condición de beneficiarios con igualdad de derechos como cualquier otro.

Respecto a las falencias internas, es decir en el sistema, Hugo Sánchez menciona la existencia de personal no capacitado *“he tomado conocimiento de algunos casos de maltrato a los usuarios, especialmente a la población trans o que algunos médicos atienden muy apurados y no absuelven todas las preguntas incluso hay situaciones similares que se dan en algunas ongs”*. En ese sentido, con relación al proceso de atención a los usuarios *“No todos los pacientes son iguales, se tienen que poner en el lugar de los pacientes, tienen mucha carga, mucha culpa, deprimidos. Ante un maltrato, los pacientes no regresan, ahí inician los problemas para lograr la adherencia (...) deberían de trabajar con el personal que atienden a población con VIH, sensibilizarlos, el estigma del VIH hace que el trato sea diferente, VIH, se relaciona con la sexualidad con la culpa, algo sexual malo ha hecho.”*

Con relación a la adherencia, señala que está muy ligada a factores psicológicos *“tiene que ver con el tipo de persona, con su entorno, sus hábitos”* también tiene que ver con el trato con la manera de interrelación entre el personal de salud *“si el seguimiento a la adherencia es amistoso, te orientan, sería más positivo, tiene que ver con formas de atención, pudiera haber un mejor trato al ser una población más vulnerable, los horarios de atención también influyen, hay gente que trabaja, pedir permisos a veces es complicado en los casos de poblaciones dependientes laboral y económicamente a un tercero”*.

De lo planteado por el entrevistado, se puede inferir que el buen trato es un elemento fundamental para lograr y fortalecer la adherencia de la población infectada. Ello fomentaría que los usuarios puedan sentirse identificados con el personal de salud y con el servicio. Es importante recalcar que nos encontramos ante población vulnerable que está afectada psicológicamente, emocionalmente y que puede incluso sufrir discriminación por su orientación sexual y el proceso de la enfermedad.

Respecto a la discriminación y enfocada a la población homosexual, Marlon Castillo de GIVAR señaló que *“hay una carga negativa, el VIH se relaciona con el sexo, para muchos chicos gays, el peor problema es el ser homosexual que el tener VIH, (...) hay un tema de culpa que afecta la adherencia. Mejorar la autoestima ayuda a que se pueda sobre llevar la enfermedad, llegando a ser determinante con la adherencia”*.

En ese sentido, es importante señalar, a modo de explicación, como *“el trato inadecuado e incluso maltrato de las personas se vincula muchas veces a la expresión de juicios de valor, basados en las propias representaciones sociales de los prestadores de salud”* (Corcuera 2006: 117)

Como es evidente, el maltrato al usuario sobre todo si está basado en prejuicios o elementos ligados a la subjetividad de lo que se considera correcto o incorrecto, tiene una doble problemática pues en primer lugar se busca juzgar al otro desde una perspectiva valorativa íntima, es decir desde aquello que el actor considera correcto, y en segundo lugar, se estaría actuando en contra de lo que la misma norma técnica y la Ley General de Salud establece respecto a la interacción con el usuario, que como ya vimos tiene un efecto determinante sobre adherencia.

### **5.1.3. Observaciones respecto a la interacción personal de salud y usuarios del servicio**

Se logró entrevistar a un usuario del servicio del TARGA, del pabellón Santa Rosa de Hospital Dos de Mayo de la ciudad de Lima. Esta persona, varón de 37 años, quien considera que el servicio brindado es adecuado, pero señalando que hay algunas fallas al considerar que los servicios de atención no son integrados debido a la propia organización del establecimiento de salud. Al respecto, señala que *“los servicios*

*podieran ser complementarios, con relación a otros servicios del hospital. Si un médico solicita una ecografía o un electrocardiograma para una semana este pudiera estar en tres meses, (...) es decir brindado un servicio más eficaz a las personas que están recibiendo el TARGA”<sup>23</sup>*

Considera que además que *“la voluntad y la decisión de la persona”* es un elemento determinante para poder comprometerse con el tratamiento, especialmente el *“testimonio de otras personas que ya están recibiendo el TARGA”*. Como elementos en contra para lograr la adherencia, señala que pudiera haber factores subjetivos como la *“discriminación, la depresión, la familia”*. En ese sentido, señala que otro problema se pudiera generar por los tiempos en los procesos de atención *“por la premura del tiempo o de la cantidad de gente a veces los médicos pudieran no poder explicar a detalle”*.

Como puede evidenciarse de la entrevista, no existe una atención integral plena. Si bien hay elementos que puedan entenderse como tal por la posibilidad de realizar otros exámenes en el mismo nosocomio, en la práctica el mismo proceso organizativo a nivel del establecimiento de salud no permite un tratamiento según las consideraciones establecidas en la norma. Recordemos que las personas que reciben el tratamiento del TARGA están en un contexto de permanente vulnerabilidad por la propia naturaleza de la enfermedad, como también por el estigma que está asociado a la misma. La poca facilidad para la obtención de medicamentos, o la dificultad para obtener referencias a otras especialidades pueden ser determinantes a efectos de lograr un afianzamiento del proceso de adherencia.

Hay otro factor que se menciona en la entrevista. Se habla de la voluntad y de la capacidad que debería de tener el individuo de poder continuar con el tratamiento como un elemento que ayudaría a conseguir los objetivos del mismo. Ello es razonable y es evidente que nadie puede cuestionar la validez de dicha postura. Sin embargo, el entrevistado esta en una posición ventajosa pues menciona que tiene el apoyo familiar, y que conocen de su condición de usuario del TARGA, teniendo un entorno favorable que ayuda a la adherencia al tratamiento. Dicha situación no es la generalidad en los usuarios del servicio, en tanto mantienen en reserva la condición de la enfermedad, por los factores ya señalados como el estigma y la discriminación.

---

<sup>23</sup> Entrevista realizada en el año 2014. La problemática planteada es actual por ello dicha información es relevante para la presente investigación.

Se realizaron adicionalmente entrevistas a usuarios de los hospitales Arzobispo Loayza y Daniel Alcides Carrión.<sup>24</sup> En el caso de usuario del hospital Loayza, es un varón de 29 años que cuenta con trabajo estable, nos refirió que no ha percibido o no ha sufrido discriminación por parte del personal de salud. Aunque refirió que si puede ser problemático el acudir al hospital *“porque pierdo toda la mañana”*. Al ser una persona con los medios suficientes para poder acceder a internet y tener el soporte de su familia, puede incluso investigar e informarse con relación a la medicación que le es entregada, sin embargo señala que *“no te dicen información con respecto a los medicamentos no te dan mucha información, es bien básico, no hay lugares especializados que te brinden información. Normalmente las enfermeras hacen su trabajo, atender, es decir programar las citas de sus pacientes, un trabajo básicamente administrativo. Lo que normalmente te dicen es que si no tomas estarás mal, no te dicen si con el tiempo estas pastillas generan algún efecto, normalmente eso lo averiguas por internet”*.

El usuario refiere que respecto al proceso de atención *“no son comprensivos con los usuarios, hay gente que viene de provincia y demora y pierde sus citas, bastantes vienen del norte”*. Señala adicionalmente que es una ventaja que su familia sepa de su condición y ello le da una gran ventaja respecto a otros usuarios, ya que *“la sociedad te obliga a mantener en reserva la enfermedad, por discriminación, la gente cree que el SIDA es algo horrible”*.

Considera que en relación al personal y los horarios estos son muy limitados: *“las citas se dan a las 8, pero te registran a las 9, los doctores en las mañanas a veces atienden hasta las 10. Nos dicen que el doctor está en una reunión. Algunas veces he visto que vienen los visitantes médicos e ingresan estando los usuarios afuera esperando. Por cada paciente el doctor se demorara unos diez a quince minutos, y en todo el día atienden como a unos seis pacientes, parece que hay más tiempo para el visitador médico que para los usuarios, normalmente no reclamamos, yo ya sé que cuando tengo mi cita es medio día”*. Cuando se le hizo la observación si reclamaría y si tenía ganas de ello, el entrevistado menciona que sí, y cuando se le pregunto por qué no lo hace dijo que *“como es un servicio gratuito, tengo mentalizado que no puedo pedir mucho”*. Como se puede deducir de la entrevista, las lógicas autoritarias y la relación de

---

<sup>24</sup> Si bien el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, no estaba inicialmente considerado para la presente investigación, por la importancia de la información y por la facilidad de contactar a un usuario de ese establecimiento de salud será tomada en cuenta como parte del trabajo de campo.

subordinación sistema - usuario es evidente. Hay problemas con relación a los horarios, carencia de personal, incluso en farmacia, hay una sola para todo el hospital.

Finalmente el entrevistado señaló que *“sería bueno mediante un sistema exista una comunicación con el paciente, utilizando la tecnología, redes sociales, directamente con los doctores, para preguntar sobre cualquier problema de salud o con las medicina, ya que ir al hospital es muy engorroso”*.

De las entrevistas realizadas tanto al usuario del Hospital Dos de Mayo así como al usuario del Hospital Arzobispo Loayza, se evidencia falencias en el sistema ligados al proceso de atención que debería ser integral. Por un lado, si bien señalan que no han sufrido trato discriminatorio por parte de los profesionales de la salud por su condición de portadores de la enfermedad, hay otros factores que de alguna manera pueden ser adversos a coadyuvar al logro de la adherencia. Por un lado, hay un sistema de referencias a otras especialidades que no mantiene la continuidad deseada para el tratamiento óptimo. La demora en el proceso de atención no es la más adecuada teniendo en consideración que en el caso del VIH-SIDA la condición de los usuarios es mucho mas adversa que en otras enfermedades y se mantienen un entorno de estigma y secretismo. Muchos usuarios trabajan y el acudir a los establecimientos de salud por un tiempo prolongado hace más difícil el mantener en reserva su condición en su entorno laboral o familiar de tener una situación adversa. La peculiaridad de los entrevistados es que tienen el soporte familiar y a pesar de ello evidencian las falencias del sistema. Cabe señalar que dicha condición no es una generalidad en los usuarios que reciben el tratamiento TARGA, los cuales tienen una condición usualmente adversa.

Una posición contraria se evidenció en un usuario del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, varón de 42 años el cual refiere que no ha tenido problemas con relación a maltrato o discriminación por parte del personal de salud, sin embargo señala que la información brindada la complementa con el uso del internet. Considera que lograr la adherencia tiene que ver mucho con relación a la *“voluntad, (los usuarios) no son consientes de su salud, no tiene que ver nada el grado de instrucción y el soporte de la familia”* que tenga que tener el individuo. Menciona la responsabilidad como un factor fundamental ya que *“al final es la vida de uno”*. Cabe señalar que este usuario detalló que tiene una buena relación de confianza con su médico y considera que la atención es buena.

Respecto a la entrevista realizada al usuario del Hospital Carrión, cabe señalar que se tomó conocimiento que tiene soporte familiar en tanto conocen del estado de su enfermedad y su condición de homosexual desde la adolescencia, lo cual no ha generado, según su testimonio ninguna afectación en su entorno. Por otro lado, es una persona independiente económicamente y que si bien no tiene un grado de instrucción superior, el cual se presume erróneamente óptimo para una mayor adherencia al tratamiento, es una persona empoderada con relación a su sexualidad y consciente de sus propias habilidades. Ello genera desde nuestra perspectiva, las condiciones para desenvolverse con soltura en diversos espacios entre ellos, su relación con el personal de salud. En ese sentido dicho factor coadyuva a mantener una adherencia óptima, la cual esta complementada con la información que puede obtener por el uso de internet incluso en idiomas distintos al español. Como es evidente, es un caso atípico desde nuestra perspectiva en tanto la mayoría de los usuarios mantienen un entorno adverso con relación al proceso de la enfermedad. Si bien la mayoría de nuestros entrevistados son personas que tienen el soporte familiar, diversas publicaciones han demostrado que dicho elemento es crucial y al mismo tiempo no es el general en las personas que viven con VIH-SIDA.

Finalmente, se entrevistó a una médico del Hospital Cayetano Heredia, la cual refirió que dicho establecimiento de salud no se rige por la norma técnica con relación a los requisitos para ser incluido en el programa del TARGA, siguiendo la norma técnica internacional, mucho menos rígida que la nacional, lo cual según detallo favorecería una mayor adherencia al TARGA, en tanto se puede “captar mayor cantidad de usuarios” pues no se espera que tengan las condiciones clínicas para poder acceder al tratamiento.<sup>25</sup>

De la entrevista realizada se evidencia que su posición es bastante horizontal con relación a los usuarios del servicio, sin sostener un discurso que evidencie una postura de ventaja respecto a los demás profesionales de la salud y las personas que reciben tratamiento. Sin embargo, a diferencia del varón entrevistado del Hospital Carrión, considera que el nivel educativo puede ser un factor por el cual se puede facilitar el

---

<sup>25</sup> La norma vigente establece tener un recuento de linfocitos T CD4 menor o igual a 500 para poder ingresar al tratamiento. Desarrollado en el numeral 4.1.2 de la presente investigación.

proceso de atención en tanto podría existir una mayor capacidad de entendimiento del usuario a las indicaciones del profesional.

Al respecto, en la entrevista detalló que interactuar con usuarios de mayor instrucción facilita el trabajo en tanto no habría la necesidad de estar explicando “varias veces” precisando que para ella no era una molestia hacerlo, sin embargo, ante la gran cantidad de personas dicha situación facilitaría el proceso de atención al hacerlo más expeditivo. No obstante, dicha postura fue manifestada en el marco de la entrevista respecto al proceso de atención de los usuarios, no señalándose finalmente que el grado de instrucción sea determinante para el logro de la adherencia.

En conclusión, con relación a los entrevistados, estos manifestaron que no han recibido ningún trato discriminatorio con relación a su condición de portadores del virus del VIH-SIDA por parte de personal de salud. Sin embargo, detallan que existen falencias en el sistema como la demora en los procesos de atención, la poca disposición del personal con relación a informar sobre las consecuencias del uso de los medicamentos, y la evidente preferencia de los visitadores médicos respecto a los usuarios por mencionar algunas sin que estas categorías sean percibidas como otras formas de maltrato, sino como particularidades propias en la estructura del procedimiento de atención, sobre las cuales no habría mucho que hacer.

Por otro lado, señalan que es importante mantener una red de soporte familiar que coadyuve a llevar el proceso de la enfermedad, sin que la cual la adherencia sería aun mucho más difícil. Ello como ya se ha venido mencionando, no se da en la generalidad de los casos en tanto aun hay bastante desconocimiento, estigma y discriminación respecto a los portadores de la enfermedad y el entorno de quienes padecen sus consecuencias.

Finalmente, es evidente que a pesar de haberse realizado diversos cambios normativos con el fin de lograr la adherencia, las reformas están direccionadas a uniformizar el proceso de atención a nivel nacional, brindar las pautas para una atención integral (que no existe en la práctica), fortalecer la consejería y el tamizaje oportuno, estandarizar los esquemas de tratamiento, los cuales en la práctica implica la búsqueda del mayor

numero de atenciones <sup>26</sup> en un sistema diseñado exclusivamente para brindar una “respuesta desde la clínica” manteniendo una relación autoritaria entre el personal de salud y los usuarios, y donde estos últimos carecen del empoderamiento respecto a sus derechos como ciudadanos portadores de una enfermedad y donde las falencias del sistema no son percibidas como otras formas de maltrato.

#### 5.1.4. Problemas a nivel de la estrategia

La estrategia planteada por el Estado Peruano ha sido desarrollada en el capítulo tres. En ella se puede evidenciar que la respuesta desde la detección del primer caso de VIH en 1983 ha sido desde la medicina. No se ha planteado a la fecha una estrategia que desarrolle variables realmente integrales y puedan trabajarse líneas de acción desde lo social. Al respecto, los objetivos planteados por la norma técnica vigente, establecen criterios organizativos de cómo realizar el tratamiento, el fortalecimiento del sistema de información -el cual no se ha desarrollado, pues no existe información en línea respecto a los usuarios del servicio- entre otros, sin embargo en el mismo no se revela una real estrategia integral como respuesta estatal. En ese sentido Mario Ríos señaló en la entrevista lo siguiente:

*Con la estrategia establecida por el Minsa, ha bajado significativamente la mortalidad por VIH, pero no ha variado la respuesta del Estado Peruano, pues estas son basadas básicamente en la clínica, no se resuelve el problema de fondo que hace que esto se hace que se vuelva de cultivo, no se resuelven las exclusiones. (en el caso del cólera, se busco bolsitas salvadoras y el problema de saneamiento se mantiene).*

*La respuesta es en el ámbito preventivo y con relación al tratamiento. condón para todos y cuando hay un problema, tratamiento antirretroviral. No se ha visto el punto desde la visión de Salud Pública, y solo desde el punto de vista de la clínica. Una estrategia de Salud Publica, implica*

---

<sup>26</sup> Ello se evidencia en cómo se reporta el gasto efectuado por establecimiento de respecto al VIH-SIDA en la plataforma SIAF del Ministerio de Economía y Finanzas. Al respecto ver en: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

*trabajar con determinantes, los componentes, las exclusiones, desde la clínica se trabaja la enfermedad No se resuelve el tema de las exclusiones. La estrategia se mantiene más de 30 años. Cambiar la estrategia implica tocar temas sensibles, la sexualidad, la unión civil. Etc. (salud, patrimonio, salud mental)*

Como se ha podido demostrar, la estrategia de atención a la problemática del VIH ha sido siempre desde la clínica, y no desde una real Política Pública. Actualmente, el VIH-SIDA está catalogado como una enfermedad crónica, no como una enfermedad incurable. Los factores que ya se han venido mencionando, el machismo, la discriminación, la no laicidad del Estado, han sido determinantes para invisibilizar el real problema. Trabajar la problemática del VIH desde su real dimensión social implicara necesariamente tocar temas sensibles: unión civil, identidad de género, matrimonio igualitario, adopción de parejas homoparentales, señalando adicionalmente:

*“Una persona con VIH, con independencia de su capacidad económica debería de tener un seguro gratuito, Essalud, o el SIS, porque es población vulnerable. Muchas personas cuestionan ciertos derechos asociándolos a la moral, y que hay culpa. El VIH esta generalmente en las poblaciones pobres, que no tienen acceso a información, educación,. No hay una educación basada en la sexualidad, y hay una carga negativa respecto a la sexualidad, con una gran alta carga valorativa negativa, es un tabú. La educación sexual se da en círculos pequeños. En ese contexto hay una responsabilidad del Estado, sobre el cual no se puede desentenderse de sus obligaciones con la población. Con independencia de las decisiones del individuo, el Estado tiene la obligación de proteger al ciudadano.”*

La respuesta del Estado, aun mantiene una visión autoritaria y excluyente. Autoritaria en tanto los usuarios no son vistos como sujetos de derechos desde la práctica, por más que la normativa en salud “reconozca” derechos y existan normativa que formalmente respalde dichos postulados. Sin embargo, como ya se ha venido demostrando, aun la respuesta se da desde la medicina, y no existe una respuesta realmente integral que aminore el impacto del VIH-SIDA en la población, pues se mantienen lógicas autoritarias. Excluyente, en tanto no reconoce la diversidad respecto a la población en

general, en tanto que ese reconocimiento implicaría un mecanismo que permitiría la exigencia de derechos de sectores tradicionalmente excluidos y el quiebre de la tradicional estrategia respecto a como se ha venido combatiendo el flagelo del VIH-SIDA desde el Estado y como se fueron formulando las políticas públicas en salud.

### 5.1.5. Corrupción en el Sistema de Salud

La corrupción es un fenómeno que atraviesa transversalmente a la sociedad peruana. Sin embargo para el experto Mario Ríos, en el caso del sector salud esta parece ser incluso estar más enraizada<sup>27</sup> y al respecto plantea las siguientes alternativas: *“para eliminar todos los elementos de exclusión, discriminación, se debe de fortalecer la capacidad sancionadora de la Superintendencia Nacional de Salud, (maltratos, vulneraciones, compras tardías) no existe sanción como cadena de responsabilidades. Hay entorno de impunidad con relación a las vulneraciones de derechos de los usuarios y con relación a las afectaciones del sistema. Tenemos un entorno corrupto, vulnerador que no favorece a la sanción.”*

Así mismo, señaló la importancia del fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, la cual mantiene normativa de sanción pero está enfocada en los directores de los establecimientos de salud los cuales muchas veces por las relaciones contractuales de los trabajadores de salud no puede ser sancionados al ser el proceso de bastante engorroso *“la normativa está concentrada en el director del hospital, pero no de las instancias principales como por ejemplo el Gobierno Regional donde se tendría la capacidad de sancionar en función de las cadenas de mando que tiene el sistema de salud”*.

La corrupción es un elemento que tiene potencial efecto en las condiciones para el logro de la adherencia y para la realización de una atención integral. Si bien en las entrevistas a los usuarios no han determinado casos de corrupción, Mario Ríos sí señaló puntualmente diversas situaciones que se vendrían dando y que afectarían el proceso de

---

<sup>27</sup> Al respecto, en la entrevista se menciona un caso de negligencia o corrupción sobre el cual existe una investigación en la Contraloría General de la República, respecto a la Resolución Directoral N° 003-2016-CENARES del 8 de marzo de 2016, por la cual se dispuso la destrucción de 65,480 pruebas rápidas para la detección del VIH-SIDA cuyo valor en el mercado es de S/ 5, 350, 870 soles.

atención y el logro eventualmente de la adherencia pues todo acto que altere el normal funcionamiento del sistema afecta directamente a los usuarios del servicio “*se dan casos donde se “malogran” los quipos para favorecer así, a los servicios de salud de terceros. Se ha “naturalizado el problema”, ya no se cuestiona dicha situación, incluso que lo usuarios vendan sus medicamentos en el sector. También se presentan situaciones de monopolio respecto a la comprar de ciertos medicamentos*”.<sup>28</sup>

Los hechos descritos, de comprobarse en una eventual investigación si demostrarían como las falencias del propio sistema en un entorno de actividades al margen de la ley afectarían directamente el proceso de adherencia en tanto no se contarían con todos los elementos necesarios y de manera oportuna para el logro de estos fines. Ante esta situación, , existen mecanismos de defensa al usuario en los establecimientos del Minsa, sin embargo, mientras los ciudadanos no tengan una real conciencia de sus derechos como usuarios del servicio de salud pública, el papel de ellos llega a ser generalmente simbólico.

## **5.2. Los Protocolos de Atención, como elementos que no coadyuvan a lograr la adherencia al TARGA.**

Con relación a los procedimientos para el logro de la adherencia, el protocolo de atención es una herramienta que fue diseñada como una guía para viabilizar el objetivo de la norma, el cual es lograr que el usuario del servicio consiga afianzar el uso de los procedimientos establecidos en la misma a fin de lograr la adherencia al tratamiento. En ese sentido es importante -en el marco de la segunda sub pregunta de investigación- “*Determinar la importancia de los protocolos de atención respecto al tratamiento con antirretrovirales también denominado TARGA en los pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015*”

---

<sup>28</sup> Al respecto, detallo que sector salud, los mismos funcionarios alteran las maquinas para realizar diversos exámenes con el fin de que los usuarios ante esas falencias, acudan a servicios que brindan terceros, por los que recibirían una compensación económica. Otro aspecto mencionado en la política peruana para la compra de medicamentos especialmente el denominado Atazanavir, el cual según el especialista es comprado a un precio mayor respecto al precio ofrecido en otros países de la región.

Al respecto, en el numeral 4.1.2 de la presente investigación se ha desarrollado sucintamente cual es la estructura para el logro de la adherencia al TARGA y el ingreso al tratamiento. Sin embargo, del análisis normativo, así como de las entrevistas realizadas surgen ciertas falencias que llegan a ser importantes de cara a que las mismas son elementos que influyen en el no logro del objetivo real del protocolo de atención, es decir la adherencia a los antirretrovirales por parte de los usuarios.

Como ya fue mencionado, el protocolo de atención <sup>29</sup> señala como uno de sus objetivos el *“estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional”*.

Sin embargo, consideramos que existe una seria contradicción con esta afirmación en tanto, el mismo cuerpo legal establece respecto a la persona viviendo con VIH que *“todo paciente con infección por el VIH debe ser incluido al Seguro Integral de Salud (...)”* estipulando que *“la atención integral de las personas con infección por VIH se cubrirá según lo estipulado en el Plan de Aseguramiento en Salud (PEAS). Determinándose finalmente que “el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para las personas con infección por VIH, así como las pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral) son totalmente gratuitos (...)”*.

Respecto a lo antes señalado, el Seguro Integral de Salud se rige por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el cual establece en el Plan de Aseguramiento en Salud, sección V Condiciones Transmisibles, numeral 8, que con relación al VIH/SIDA, se cubre el tratamiento por antirretrovirales, **pero no se señala nada de las enfermedades o infecciones oportunistas, las cuales surgen como una condición asociada** (el resaltado es nuestro).

Con relación al proceso de las enfermedades y a la atención integral de las mismas, la estructura normativa vigente entra en contradicción con la sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente N° 2016-2004-AA/TC el cual establece en el considerando 47 que *“la atención integral de una enfermedad -conforme se ha establecido mediante ley- debe entenderse como la provisión continua de la **totalidad de requerimientos médicos (exámenes, medicinas, etc.) para superar sus consecuencias (...)**”* (el resaltado es nuestro).

---

<sup>29</sup> Nos referimos a la norma técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA

La interpretación que realiza el Tribunal Constitucional está vinculada con lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26626, “*encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual*”, también conocida como Ley Contrásida, que a su vez, establece una interpretación amplia al concepto de integral, entendiéndose con ello a las enfermedades oportunistas.<sup>30</sup>

De lo antes mencionado, se evidencia que si bien la norma técnica establece que la atención tendría que ser integral, en la práctica esta no se dan en tanto todo usuario que a su vez recibe atención por el Seguro Integral de Salud, no tiene cubierto los gastos que eventualmente se puedan realizar respecto a las enfermedades oportunistas a pesar que exista una norma expresa, como es la Ley N° 26626 que así lo señale.

Ello evidentemente, genera un impacto en aquellos sectores vulnerables que no tienen asegurado el tratamiento respecto a las afecciones que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad. Si a ello se añade el hecho que la estrategia establecida por el Estado Peruano, solo incluye una respuesta desde la medicina y no una política pública integral,

---

<sup>30</sup> “Artículo 7.- De la atención integral de salud

7.1 La atención a las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad.

7.2 Toda persona que se encuentra viviendo con VIH y SIDA, tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación previsional que el caso requiera.

La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:

a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social;

b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;

c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;

d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS; y,

e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud.

7.3 El Reglamento establecerá las sanciones para los profesionales, trabajadores e instituciones vinculados a la salud que impidan el ejercicio de los derechos a que se refiere el presente artículo.

7.4 Dentro del régimen privado, los derechos de atención integral de salud y de seguros se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.”

las posibilidades de afectación a los usuarios son mayores, pues los sitúa en un entorno de permanente vulnerabilidad.

Otra de las falencias encontradas en el diseño normativo es que en la práctica las estrategias planteadas no están desarrolladas en función a las particularidades de los grupos vulnerables, especialmente si los mismos son población tradicionalmente discriminada como es el caso de los HSH o población transexual. Se menciona el enfoque de género pero no se desarrolla el concepto de identidad de género o identidad sexual en las estrategias diseñadas para el logro de la adherencia al tratamiento como ya se ha venido detallando.

Otro de los requerimientos de los protocolos de atención es el de identificar al personal de soporte, sin embargo en el caso del sector vulnerable al no existir vinculación con familia o amigos o al mantener el diagnóstico de la enfermedad en reserva por los factores ya desarrollados a lo largo de la presente investigación, ese requerimiento no puede ser cumplido debidamente por los usuarios, pudiendo eventualmente afectar el proceso de adherencia. Vinculado a esa visión diferenciada del protocolo de atención, es el caso de los usuarios con signos aparentes de incapacidad prevista en los artículos 43 y 44 del Código Civil. Dicho cuerpo normativo está redactado para un entorno heterosexual, en tanto se desarrolla términos como esposa, concubina, unión de hecho, figuras legales que no han sido reconocidas para la población LGTBI.

Por otro lado, ya se ha desarrollado que los factores de exclusión, el trato vertical, los niveles de diferenciación entre el personal de salud y los usuarios pueden ser determinantes para hacer más difícil el lograr la adherencia. Sin embargo, teniendo en consideración los conceptos desarrollados en el marco teórico, se evidencia que el término adherencia y su significado detallado en la norma como *“el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamento antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud”*, no entran en relación con el concepto de adhesión el cual es validado por un sector de la academia y del cual nosotros tomamos posición en tanto dicho concepto recoge las observaciones que se han venido planteando en la presente investigación por que presupone: un cambio de esquema del proceso de atención, una relación más vertical entre usuario del servicio y

profesional de la salud, lo cual implica un cambio de paradigmas respecto a lo que se debe de entender como concepto de salud.

### **5.2.1. Respeto al proceso de acompañamiento**

Respecto al acompañamiento este es importante. Si bien la norma establece una serie de procedimientos y requisitos, los cuales como ya se desarrollaron, pueden no visibilizar a un sector de la población con características particulares. Adicionalmente a esta observación, el Estado no se da abasto por la cantidad de personal y el incremento de usuarios de servicio. En ese sentido el acompañamiento es en algunos casos una formalidad y no un procedimiento.

Al respecto Marlon Castillo, señaló que *“El Estado no tiene un programa parecido al nuestro, es un programa de siete semanas, aprender sobre el VIH no es una charla como lo hace el personal de salud, es un proceso. (...) Nosotros hacemos un cambio conductual. Ayuda a que el usuario aprenda a vivir con el VIH y acepte su realidad. Hay que saber abordar la carga en muchos chicos, por ser homosexuales, todo ello hay que saber trabajar y ello también afecta la adherencia”*.

Este proceso de acompañamiento no solo debe de incluir consejería sino generar un proceso de real aprendizaje y entendimiento por parte del usuario, respecto de los productos que ingiere. Ello implica como se señaló en los capítulos anteriores, un involucramiento o una adhesión al tratamiento. Una actitud, mucho más activa y no solo receptora de información, pues ello implicará un real compromiso con la adherencia:

*La vigilancia en todo a los medicamentos tratamiento, debemos de conocer el tipo de tratamiento, de que medicamentos se toma. El usuario es solo receptivo,: me han dado la rojita, la verdecita..” el usuario identifica generalmente por color. Supongamos que no hay un productor, me faltaba la “rojita” no sé cómo se llama el producto, los productos cambian de presentación de acuerdo a que proveedor ha ganado. Es necesario conocer también la presentación, algunos en cápsulas, en comprimidos, otros para refrigerar. Ahí hay un tema de educación para el usuario y es parte del interés de usuarios. No lo hace generalmente el personal de salud, o lo hacen y el usuario lo olvida.*

### **5.3. Las falencias de un sistema. Una estrategia desintegrada.**

La Organización Mundial de la Salud, establece como una de las características para lograr una óptima adherencia que *“a diferencia de otras enfermedades crónicas, la rápida velocidad de replicación y mutación del VIH hacen que se requieran grados muy altos de adherencia (por ejemplo mayor o igual a 95%) para lograr una supresión duradera de la carga vírica (...) La adherencia sub óptima puede conducir rápidamente a la resistencia”*. (OMS 2004: 98).

Dentro de las falencias encontradas, llama la atención la constante en relación a la desarticulación del servicio de atención para los usuarios del TARGA. Se ha evidenciado en las entrevistas que si bien existe un mecanismo formal de articulación, en las prácticas estas al parecer no funcionan de manera óptima. Al respecto podemos mencionar, fallas en la vigilancia del sistema, fallas en el abastecimiento y la desarticulación de la entrega de los medicamentos:

#### **5.3.1. Fallas en el abastecimiento**

Marlon Castillo de GIVAR, señaló que las autoridades en salud señalan que *“no hay desabastecimiento porque hay un producto en algún hospital. No les dejamos de dar por que se entrega medicamentos cada tres, cuatro, cinco días, ¿ al ministro le gustaría venir al hospital con las ocupaciones que tiene? ... adecuemos las políticas públicas al usuario y no que el usuario se adecue a las políticas públicas, porque si al final no les damos importancia a las personas son ciudadanos, sujetos de derecho, puede producir para el propio Estado, deberíamos recuperarlos”*.

#### **5.3.2. Desarticulación:**

El señor Castillo señaló que *“existen problemas de distribución, compra de las medicinas por el MINSA el tratamiento del VIH-SIDA. La norma de compras estatales es muy rigurosa y engorrosa. Cuando un postor no cumple el proceso termina y no puede asumirlo inmediatamente quien quedó en segundo lugar, el proceso se cae. No se diversifica la entrega del TARGA y ello afecta aquellos usuarios que vivan en lugares alejados a los centros de salud que brindan el servicio”*.

### 5.3.3. Fraccionamiento:

Ante la carencia de medicamentos del TARGA, la respuesta del Estado es entregar una fracción del tratamiento o no entregarla. Ello genera una serie de inconvenientes para poder acceder a tiempo a la medicina.

Ello, que perjudica la adherencia pues según Marlon Castillo *“no es lo mismo entregártelo para un mes que cada cinco días, genera un contexto desfavorable, familiar, económico, laboral. Los usuarios tienen mucho miedo a denunciar. Ser sujeto de derecho implica también el derecho al reclamo, se está reclamando vida, que es tratamiento.”*

El problema que se genera a los usuarios es complejo, pues muy aparte de no contar con las medicinas a tiempo, tienen que invertir, tiempo y dinero en acudir a los establecimientos de salud reiteradas veces para conseguir los antirretrovirales. Muchas veces ello implicará, por ejemplo en el caso de los usuarios que trabajan, múltiples permisos, lo cual en un contexto con baja estabilidad laboral ser contraproducente, más aún si se lleva el proceso de la enfermedad en reserva.

Esta complejidad manifestada por los usuarios, es evidenciada cuando se señala que:

*La falta de provisión de medicamentos antirretrovirales por parte de los organismos gubernamentales que da origen a la necesidad de fraccionamiento de tratamientos es un problema de alto impacto debido a que todas las medidas que implementa el equipo de profesionales de la salud y la voluntad de la persona con VIH se doblegan frente a la falta de los mismos. (Quiroga 2013: 27)*

Del mismo modo se van creando situaciones complejas que de uno u otro modo afectan al usuario: *“asistencia en más de una oportunidad de las personas con VIH al Departamento de Atención Farmacéutica para retirar los medicamentos prescritos; retiro del establecimiento sin la medicación indicada; postergación de personas con VIH con criterio de inicio de tratamiento, privilegiando la adherencia de quienes ya se encontraban en tratamiento, privilegiando la adherencia de quienes ya se encontraban en tratamiento, capacidad de afrontamiento admirable de las personas con VIH que ante esta contingencia redoblaron sus esfuerzos”.* (Quiroga 2013: 27-28).

### **5.3.4. Los problemas con relación a la asignación de recursos**

Respecto a nuestra tercera sub pregunta de investigación “*Determinar la influencia de la asignación de recursos para lograr la adherencia en el programa de tratamiento de antirretrovirales también denominado TARGA en los casos de pacientes varones de 25 a 40 años de los hospitales públicos de la ciudad de Lima durante los años 2004 a 2015*”, se pueden determinar las siguientes observaciones:

Se ha podido determinar que la asignación de recursos influye directamente como un factor para lograr la adherencia, a lo largo de la investigación se ha demostrado que ante un incremento de personal de salud, hay un correlato de un incremento de atenciones, o población que viene recibiendo el TARGA, para lo cual nos remitimos a lo desarrollado en el capítulo 4, sección 4.1.4. de la presente investigación.

En ese sentido esta investigación, en función a los elementos encontrados limitados por la carencia de información solicitada y no proporcionada por el Estado, por las trabas burocráticas para conseguir data, pero sobre todo por ser un tema muy sensible para los afectados, se puede determinar que las conclusiones son referenciales, en tanto es un trabajo de naturaleza exploratoria, con lo cual se abre camino a elaborar nuevas hipótesis y marcos de investigación.

## Conclusiones

1.- Existe extensa bibliografía respecto a la problemática para la adherencia al TARGA. Dichas publicaciones establecen los criterios comunes que la academia ha establecido a efectos de determinar esos factores que se consideran recurrentes en los contextos por los cuales no se puede alcanzar la tan ansiada adherencia a los antirretrovirales. Cabe señalar que la falta de adherencia no solo se limita a la no ingesta de los antirretrovirales sino que hay factores de distinto índole que son determinantes como son los relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores socioeconómicos, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con el tratamiento, por citar algunos.

2.- Si bien existen estudios puntuales para el caso peruano respecto a los factores relacionados a la problemática para alcanzar niveles óptimos de adherencia, dichas publicaciones se dieron con anterioridad a la vigencia de la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el virus del VIH”, la cual desde el año 2014 regula el proceso de adherencia al TARGA, por lo cual consideramos que dichos estudios tienen un sesgo en función a los cambios que ha establecido la legislación vigente en cuanto a estrategias y procedimientos para la inclusión en los programas a los usuarios de los servicios de salud.

3.- Desde los aportes de la Psicología, es importante la inclusión del término adhesión, el cual difiere de la dominación adherencia recogida por la normativa nacional. Al respecto, es importante señalar que dicho término implica la existencia de conocimientos previos en el usuario, es decir de un experiencia que le permita tener una actitud activa en su tratamiento: la capacidad de entender el proceso de su enfermedad, el manejo de conceptos y el conocimiento al menos de manera general de los procedimientos y no tener una actitud pasiva, limitada al cumplimiento de ciertas reglas establecidas por los profesionales de la salud.

4.- La respuesta del Estado Peruano respecto a la problemática del VIH-SIDA ha ido evolucionando desde el primer diagnóstico de dicha enfermedad en el año 1983. Al respecto desde ese año hasta el año 1987, se concretaron acciones aisladas a efectos de tratar de entender el proceso de la enfermedad y estudiarla en un contexto donde la

discriminación respecto a los afectados era la constante. Una segunda etapa se inicia desde el año 1987 al año 1996, donde desde el Estado se crean programas especiales como el PECOS a efectos de establecer mecanismos de control. En paralelo es importante el inicio del activismo de colectivos y afectados por dicha enfermedad. Hacia el año 1996, se crea el PROCETS, y normativa tendiente a disminuir, al menos de manera formal, la discriminación contra los afectados, Posteriormente, en el año 2003 se crea la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, incorporando en la estrategia acciones como la Vigilancia Centinela directas para los sectores más afectados as como acciones concretas a limitar el accionar de las enfermedades oportunistas. Finalmente, es a partir de año 2004 que con se establece la gratuidad del tratamiento para el VIH-SIDA mediante la implementación del TARGA, considerándose el mismo como un derecho universal y de obligatoriedad del Estado Peruano.

5.- El Estado Peruano, en su momento reguló el proceso relativo al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad denominado TARGA, para lo cual el Ministerio de Salud implementó diversas resoluciones ministeriales que han reglado la estrategia antes señalada. En ese sentido, la vigente Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA aprobó la “Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, y a su vez ha derogado cuatro normas relacionadas a dicha problemática.

6.- Existen marcadas diferencias con relación a la normativa derogada (nos referimos a la norma especial y única sobre adherencia) y la vigente. La primera estableció una diferenciación respecto a la regulación del TARGA como procedimiento y como un mecanismo para lograr la adherencia al mismo. En cambio la vigente ha regulado todo ello de manera bastante general y en un solo cuerpo normativo, Asimismo ello se ve reflejado en las diferenciaciones en cuanto a estrategias y conceptos respecto a lo que se entiende como adherencia al tratamiento. Tampoco en la normativa vigente se han establecido estrategias específicas teniendo en consideración las particularidades, el entorno, los procesos sociales y la discriminación que son factores presentes en la población afectada.

7.- Se ha podido establecer mediante entrevistas a diversos actores que en la actualidad a pesar de un mayor esfuerzo del Estado de cara a fortalecer los procesos de adherencia

al TARGA, refieren la existencia problemas estructurales en los procesos de atención, maltratos a pesar de la existencia de una mejor capacitación al personal de salud especialmente a los varones transexuales y una estrategia sanitaria desarticulada debido a las carencias propias del sistema de atención.

8.- En ese sentido, se mantiene elementos en los procesos de atención que aún no llegan a ser totalmente atractivos para una cantidad de usuarios que acuden al servicio, pues se mantienen problemas relacionados a las referencias respecto a otras necesidades intrahospitalarias de los usuarios, procedimientos que muchas veces vulnerarían la intimidad de los recurrentes y finalmente es notorio la ausencia de una atención cordial como un aliciente para afianzar los procesos de adherencia.

9.- Si bien la norma vigente establece una serie de procedimientos a efectos de establecer un seguimiento a los usuarios, en la práctica la carencia de personal y presupuestal hace que el denominado seguimiento sea algo mucho más formal que real. Factores como las características propias de los usuarios, el entorno y la situación de pobreza y discriminación son factores que a veces imposibilitan un seguimiento mucho más riguroso por el personal de salud.

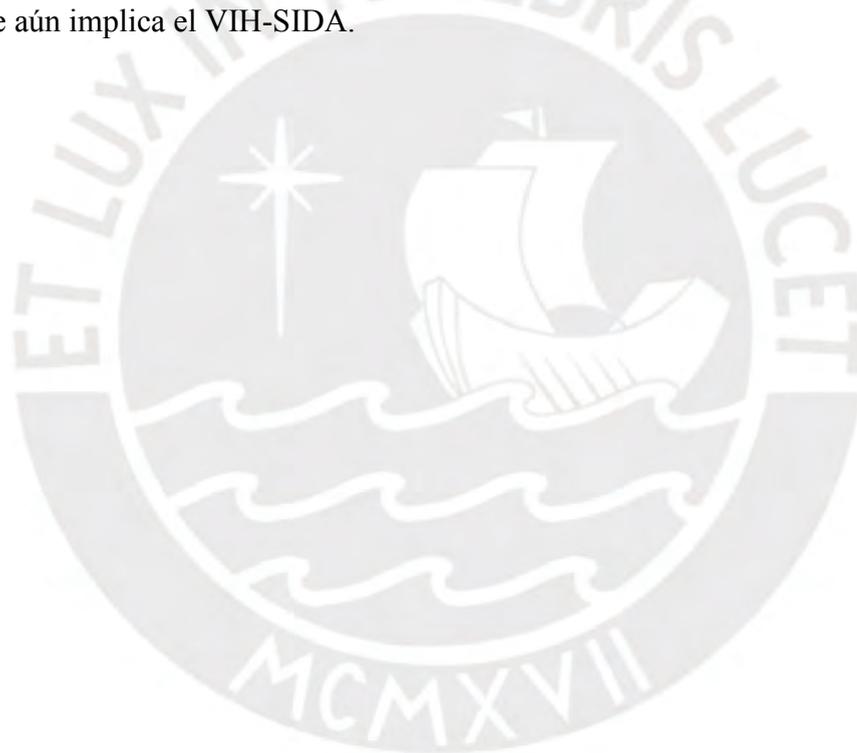
10.- Existen factores de organización y abastecimiento que muchas veces generan carencias y falta de entrega oportuna de los antirretrovirales a los usuarios, razón por la cual muchos de ellos no están en las condiciones de acudir con mayor frecuencia a los centros de salud, por lo que ello es un factor que pudiera estar relacionado a los procesos de falta de adherencia.

11. La mayor asignación de recursos no implica necesariamente un mayor número de atenciones. Al respecto se ha podido comparar información presupuestal de los hospitales Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia, Santa Rosa pero la misma no permite determinar niveles de adherencia al tratamiento sino estimaciones numéricas respecto al cumplimiento de las formalidades de la norma técnica.

12.- No existe una real atención integral para las personas viviendo con VIH-SIDA, en tanto las enfermedades oportunistas no están cubiertas ni aseguradas en la normativa de aseguramiento al Seguro Integral de Salud. En ese sentido, se colisiona con la normativa que establece que el proceso del tratamiento es integral según lo establecido en la Ley N° 26626.

13.- No existe una estrategia desde la Salud Pública, manteniéndose una respuesta desde la clínica y no desde una real política pública. No se han trabajado determinantes, ni lo condicionantes por los cuales existe una mayor tasa de infectados en la población masculina HSH y en la población transexual. Hay que recordar que la tasa más alta de infectados en el caso de los varones esta en el grupo etario materia de la presente investigación.

14.- No existe una real voluntad política desde el Estado Peruano de cambiar esta situación. Se mantienen notorias resistencias con relación a cambios profundos respecto al tratamiento en tanto ello colisionaría con los parámetros “morales” de una sociedad notoriamente machista, homofóbica y discriminadora. Ello repercute directamente en las estrategias que debería de tomar el Estado Peruano, de cara a afrontar el terrible flagelo que aún implica el VIH-SIDA.



## Bibliografía

AGUILERA, Alirio  
2010

Factores limitantes y potenciadores en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en personas que viven con VIH/SIDA. *Academia Biomédica Digital*, Caracas N° 44, octubre - diciembre

ALONZO, Roel  
2014

Usuario "J" del Hospital Dos de Mayo. Entrevista del 4 de noviembre

ALONZO, Roel  
2014

Hugo Sánchez-Epicentro. Entrevista del 30 de octubre realizada a Hugo Sánchez

ALONZO, Roel  
2014

Marlon Castillo - GIVAR. Entrevista del 27 de noviembre realizada a Marlon Castillo.

ALTUNA, Gabriela  
2011

Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención al TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. *Tesis en Licenciatura en Ciencias y Artes de la Comunicación con mención en Comunicación para el Desarrollo*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 172 p.

ALVIS, Oscar y otros  
2009

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-Sida. *Anales de la Facultad de Medicina* (70) 4, pp. 226-272. Consulta: 14 de abril de 2014  
<<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>>

ANDRADE FORERO, Liliana  
2008

Revisión de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral TARGA y directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en el Perú. Consulta: 18 de abril de 2014 <<http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2008084/SCT2008084.pdf>>

AREVALO, María Teresa  
2013

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. En: *Salud Uni Norte* Vol. 29, N° 1, enero-abril, pp. 83-95.

ARRIVILLAGA, Marcela  
2010

Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 42, núm. 2, pp. 225-236, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia

ARROYO, Jorge  
2004

Vínculos entre la Salud Pública y los Derechos Humanos. *Consortio de investigación económica y social. Observatorio del Derecho a la Salud*, Lima 103 p.

BAZÁN-RUIZ, Susy  
2013

Adherencia al TARGA en VIH/SIDA. Un problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana*. Colegio Médico del Perú, Lima. pp. 101-102.

CÁCERES, Carlos y otros  
2011

Sexualidad, Ciudadanía y Derechos Humanos en América Latina. Un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión. *Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano/UNCH*. Lima, 332 p.

CÁCERES, Carlos y otros  
2002

Sida y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción – Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Lima, 226 p.

CORCUERA, Ricardo y otros  
2006

Derecho a la Salud, ejercicio, exigencia y cumplimiento: Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA. *Consortio de Investigación Económica y Social*. Lima, 176 p.

CUADRADO, Cristóbal  
2015

El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud? En: *Medwave* 2015 Oct;15(9):e689 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6289

CUETO, Marcos  
2001

Culpa y Coraje. Historias de las Políticas sobre VIH/SIDA en el Perú. *Consortio de Investigación Económica/Universidad Peruana Cayetano Heredia*, Lima, 166 p.

CUETO, Marcos  
2002

El rastro del SIDA en el Perú. En: *Historia, Ciencias y Saude* (Volumen 9) Suplemento, 2002, pp.17 - 22.

CUNILL, Nuria y otros  
2011

Gobernanza sistémica para un enfoque en derechos a la Salud. Un análisis a partir del caso chileno. En: *Salud Colectiva*, Buenos Aires 2011, pp 21-233

DEFENSORIA DEL PUEBLO  
2016

Informe Defensorial N° 175 “Derechos Humanos de las personas LGTBI: Necesidad de una política pública para la igualdad en el Perú”. Lima, 2016, 140p.

FRANCO-GIRALDO, Álvaro y Carlos ALVAREZ-DARDENT  
2008

Derechos Humanos, una oportunidad para las Políticas Públicas en Salud. *Gaceta Sanitaria* 22(3), Medellín pp. 280-286.

KNOBEL, H  
1999

Adherencia al tratamiento TBC/VIH. El papel del Clínico. En: *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 1 N° 4 pp. 128-131

LAHERA, Eugenio  
2004

Introducción a las Políticas Públicas Fondo de Cultura Económica Chile S.A, Santiago, 2004, 139.p

LAUREL, Asa Cristina  
2010

Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. En: *Medicina Social* Volumen 5 número 1, marzo de 2010, pp. 79 – 88.

MARTÍN-SANCHEZ, Vicente  
2002

Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. En: *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas Clínicas*, 2002: 02 (491 a 497)

MIRANDA, Jaime  
2008

¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de la atención y derechos humanos. En: *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24 (1), enero 2008, pp. 7-15.

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERÚ  
2013

Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú 2013. Lima, Dirección General de Epidemiología, 2013, 172 p.

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERÚ  
2004

Resolución Ministerial N° 123-2004 “Norma Técnica de Atención para la Administración de Quimioprofilaxis y Tratamiento Antituberculoso a Personas con VIH/SIDA”

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERÚ  
2004

Resolución Ministerial N° 752-2004/MINSA “Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA- en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERÚ  
2005

Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA que aprobó la “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad –TARGA en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERÚ  
2012

Resolución Ministerial N° 607-2012/MINSA aprobó la “Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”

MINISTERIO DE SALUD  
DEL PERU  
2014

Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA aprobó la “Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”

ORGANIZACIÓN MUNDIAL  
DE LA SALUD  
2004

Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2004, 202 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
2011

Marco de Acción del Tratamiento 2.0: Impulsando la Próxima Generación del Tratamiento, la atención y el apoyo. 30p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL  
DE LA SALUD  
2012

VIH/SIDA-Programa. Un vistazo al tratamiento 2.0, 10p.

ORUETA SÁNCHEZ  
2005

Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. En: *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* Vol. 29–Nº 2-2005. pp. 40-48

ORTIZ, Godeleva y Erika ORTEGA  
2011

Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio- cognitivos de creencias en salud. En: *Psicología y Salud*, Vol. 21 N° 1, enero – junio de 2011, pp. 79 - 90

PIÑA LÓPEZ, Julio y otro  
2007

Modelo Psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. En: *Univ. Phycol*, Bogota, 6(2) mayo-agosto de 2007, pp 399 – 407.

PIÑA, Julio y otros  
2011

Variables Psicológicas y Adhesión en Personas con VIH: Evaluación en función del tiempo de infección. En: *Terapia Psicológica*, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Vol.29 número 2, 2011 pp. 149 – 157.

PIÑA LÓPEZ, Julio  
2013

Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora (Adhesión y VIH/sida). En: *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, pp. 47 – 62

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
2016

Roles y violencia de género. Reporte comparativo. Estudios IOP Nacional Urbano Rural 2012 y 2016, pp 13 y14

PUPO, Ligia y otro  
2013

Aportaciones del Abordaje y Límites del uso del abordaje centrada en la persona (ACP) para la fundamentación teórica de la consejería en VIH/SIDA. En: *Temas em Psicología* Vol. 21 N° 3, pp 1107-1124

QUIROGA, Silvana y otros  
2013

Problemas del suministro de medicamentos antirretrovirales: fraccionamiento al inicio del TARGA. En: *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. Sao Paulo*, Vol. 4 pp 22 – 28.

RIVAS RIVAS, Jorge  
2008

Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. *Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica*, Lima Pontificia Universidad Católica del Perú, 90 p.

RODRÍGUEZ-GARCÍA,  
2013

Aplicación del ciclo estratégico por resultados a la planificación de estrategias de VIH/Sida en Latinoamérica. En: *Salud Pública de México*, volumen 55 suplemento 1 2013, pp. 7 – 14.

SALAS, Walter  
2012

Diseño de un modelo de análisis de sostenibilidad de Políticas Públicas en Salud. Tesis de Doctorado,

Universidad Politécnica de Cataluña, Medellín- Barcelona, 2012.

SALAZAR, Ximena y otros  
2011

Las personas Trans y la epidemia del VIH-SIDA en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológico. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Lima 2010, 114 p

SALINAS, Elizabeth  
2012

Adherencia Terapéutica. En: *Enfermería Neurológica* (Mex) Vol. 11, No. 2: 2012 pp. 102 - 104.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ  
2006

Sentencia del Expediente N° 06534-2006-PA/TC  
(<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/06534-2006-AA.html>)

VARGAS VALENTE  
2009

Ganando fuerza para el ejercicio de nuestra ciudadanía. Guía dirigida a mujeres y personas trans que realizan trabajo sexual. *Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano/UNCH* Lima 184 p.

VILLA, Isabel y Stefano VINACCIA  
2006

Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas a pacientes con diagnóstico de VIH-sida. En: *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 1, enero-junio de 2006, pp. 51 – 62.

USAID  
2009

La Implementación de la Política de Incentivos no dinerarios. La experiencia de la Microred San Luis de Shuaro - Red Chanchamayo DIRESA Junín 2008 – 2009 USAID, 58 p.