

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**“Análisis de la gestión social y capacidad organizacional de la ONG
IMPACTA para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH
mediante el Programa de Atención Médica Periódica”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA SOCIAL**

AUTORAS : BETTINA DEL CARMEN VALDEZ CARRASCO

ANABELI TATAJE CANDIOTTI

ASESORA : Mg. EVA GUERRERO

LIMA - PERÚ

2012

ÍNDICE**ABREVIATURAS****AGRADECIMIENTO****DEDICATORIA****INTRODUCCIÓN.....8****CAPÍTULO 1****MARCO TEÓRICO11**

- 1.1 Dimensiones mundiales del VIH-SIDA.....11
- 1.2 Respuestas internacionales frente al VIH-SIDA18
- 1.3 El VIH-SIDA en el Perú.....21
- 1.4 Respuestas del Estado peruano frente al VIH-SIDA.....25
- 1.5 Población más vulnerable de adquirir el VIH.....30
- 1.6 Protección de los derechos de la población más vulnerable de adquirir el VIH desde el enfoque de Gerencia Social y derechos humanos33
- 1.7 Relación de la gestión atención de VIH con la Gerencia Social....37

CAPÍTULO 2**IMPACTA Y SU PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA....40**

- 2.1 La Asociación Civil IMPACTA.....40
 - 2.1.1 Objetivo40
 - 2.1.2 Estructura institucional.....42
 - 2.1.3 Sedes e infraestructura.....45
 - 2.1.4 Tipo de servicio que ofrece IMPACTA.....46
- 2.2 Programa de Atención Médica Periódica.....47
 - 2.2.1 Población objetivo.....47
 - 2.2.2 Características de la intervención48
 - 2.2.3 Monitoreo y evaluación54
 - 2.2.4 Resultados de la atención en los años 2008-2011.....56

CAPÍTULO 3**ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN**

MÉDICA PERIÓDICA.....	58
3.1 Correspondencia de la población objetivo de la AMP con la población atendida	58
3.2 Población más vulnerable de adquirir el VIH dentro de la población HSH y sus características.....	65
3.3 Necesidad de adecuación del servicio de AMP para atender las necesidades de la población más vulnerable	73
3.3.1 Metodología de atención	73
3.3.2 Calificación del personal	75
3.3.3 Calidez del servicio.....	79
3.3.4. Horarios de atención.....	82
3.3.5. Infraestructura de las clínicas de atención.....	84
3.3.6. Flujo de información y comunicación de soporte	85
3.3.7. Monitoreo y retroalimentación.....	86
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	91
GLOSARIO.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	100

ABREVIATURAS

AMP: Atención Médica Periódica de IMPACTA

CAC: Comité Asesor Comunitario (integrado por personas de la comunidad que velan por los derechos de la población que participa en investigación clínica)

CD4: Células Blancas tipo Linfocitos T de Defensa (células que nos protegen contra enfermedades)

CDC: Comité de Dirección Científica (organismo que evalúa y hace seguimiento del accionar de los protocolos y de las clínicas)

CE: Comité de Ética de IMPACTA

CERITSS: Centros Especializados de Referencia de ITS/VIH (centros muy especializados en detección de ITS)

CRS: Clínicas de atención

CTU: Unidad de Ensayos Clínicos (encargada de supervisar que todas las áreas de IMPACTA cumplan con las normas internacionales de investigación)

CV: Carga Viral

HSH: hombres que tienen sexo con hombres

ITS: infección de transmisión sexual

INS: Instituto Nacional de Salud

MINSA: Ministerio de Salud

NIAID: División de SIDA del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos de Norte América

NIH: Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norte América

NMRD: Centro de Investigación de la Marina de Guerra de Estados Unidos de Norte América

OCI: Oficina de Informática

OGE: Oficina General de Epidemiología

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RPR. Prueba rápida para diagnóstico de sífilis (Reagina Plasmática Reactiva)

R y R. Reclutamiento y Retención.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TRANS: Hombres que se identifican como mujeres. Se clasifican en transgéneros, transexuales y travestis

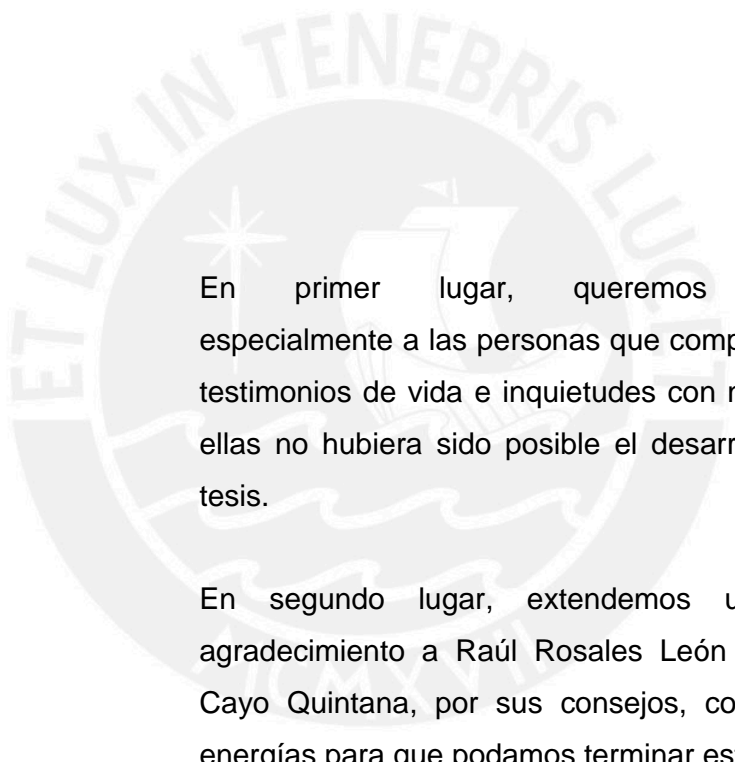
TS: Trabajador/a sexual

VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que produce el SIDA

WB: Western Blot (prueba que sirve para confirmar una prueba de VIH positiva)

UNGASS: Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001 en el que se adoptó la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

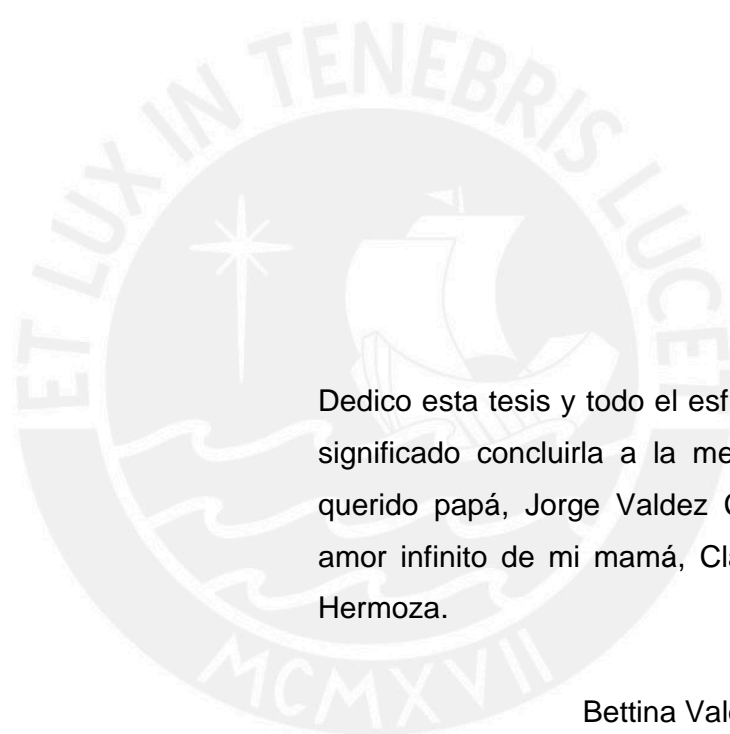
UAMP. Unidades de Atención Médica Periódica. En el MINSA, centros con lo básico para diagnosticar ITS

A large, faint watermark of the university's logo is centered on the page, featuring the Latin motto "ET LUX IN TENEBRIS LUCET" and a central emblem with a cross, a book, and a lamp.

En primer lugar, queremos agradecer especialmente a las personas que compartieron sus testimonios de vida e inquietudes con nosotras, sin ellas no hubiera sido posible el desarrollo de esta tesis.

En segundo lugar, extendemos un especial agradecimiento a Raúl Rosales León y a Blanca Cayo Quintana, por sus consejos, comentarios y energías para que podamos terminar esta tesis.

Agradecemos a nuestra asesora Eva Guerrero, incansable guía en el desarrollo de esta tesis; y a la profesora Elizabeth Salcedo, quien nos brindó las bases teóricas para la elaboración de la presente tesis.



Dedico esta tesis y todo el esfuerzo que ha significado concluirla a la memoria de mi querido papá, Jorge Valdez Cepeda, y al amor infinito de mi mamá, Clara Carrasco Hermoza.

Bettina Valdez Carrasco

Dedico esta tesis a los tres seres que más quiero en este mundo: mis hijos Zaid, Gary y Erick, quienes fueron el estímulo para realizar la maestría.

Anabeli Tataje Candiotti

INTRODUCCIÓN

La presente tesis es el resultado de una investigación en Gerencia Social acerca del Programa de Atención Médica Periódica (AMP) de la ONG IMPACTA, cuyo objetivo es disminuir la adquisición de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población más vulnerable de adquirirla.

El objetivo general de la tesis es analizar si el diseño de la intervención, la estructura organizacional y los procesos de gestión de la AMP son adecuados para la atención de la población más vulnerable de adquirir el VIH y como consecuencia determinar si la AMP es capaz de reducir la incidencia de adquisición de VIH en dicha población.

La investigación resulta de interés para la Gerencia Social por tratarse del análisis de la gestión de un programa social vinculado con el VIH, una enfermedad que, hoy por hoy, se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial por sus graves consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales.

Ahora bien, consideramos que, si se logra que la población más vulnerable de adquirir el VIH a la que va dirigida la intervención se empodere en la utilización de la información de prevención con respecto al uso adecuado y oportuno de los métodos de protección contra el VIH, se logrará disminuir la prevalencia en esta población, así como disminuir la infección en la población general. Para arribar a esta afirmación, la investigación se ha basado en la perspectiva de la población objetivo para determinar recomendaciones que puedan ser de utilidad tanto a IMPACTA como a cualquier organización -privada o estatal- vinculada al tema.

El tipo de investigación emprendida ha sido exploratorio y cualitativo, lo cual nos ha permitido la comprensión de la gestión de la AMP a fin de proponer soluciones que aseguren su efectividad. Así, la investigación implicó contactar a la población más vulnerable de adquirir el VIH y los profesionales encargados de la atención para visualizar sus percepciones y opiniones sobre el programa. Ello se realizó con el objetivo de elaborar recomendaciones sobre la gestión del programa en estudio y, en especial, sobre sus prácticas y procedimientos.

Las unidades de análisis comprenden a la población más vulnerable de adquirir el VIH dentro de la población objetivo que atiende la AMP y al personal que trabaja en la AMP. Con respecto al primer grupo, se trata de la población que recibe atención en las sedes de IMPACTA en Miraflores y San Miguel. Para ello, se definió una muestra que permitiera visualizar las diferentes características de la población más vulnerable de adquirir el VIH e identificar sus particulares necesidades de atención. El segundo grupo estuvo conformado tanto por trabajadores como ex trabajadores de IMPACTA. Su punto de vista sobre el proceso de intervención del proyecto ha sido importante para visualizar los factores de Gerencia Social que se busca mejorar. Sin embargo, hemos considerado relevante entrevistar también a funcionarios del MINSA, personal de ONGs que trabajan el tema y líderes y lideresas de la población más vulnerable de adquirir el VIH, entre otros, para conocer sus percepciones acerca del problema en estudio y sus recomendaciones.

Los principales instrumentos de recolección y registro de información han sido la entrevista a profundidad y la revisión bibliográfica. En total, se han realizado 25 entrevistas a profundidad. Para tales efectos, la investigación ha contado con el apoyo de IMPACTA. Al respecto, cabe señalar que los resultados de este trabajo se harán de conocimiento de dicha organización.

Para lograr los objetivos propuestos, la tesis está estructurada en tres capítulos. El primer capítulo comprende el marco conceptual y estadístico del VIH a nivel internacional y nacional y su efecto población más vulnerable de adquirir el VIH. El segundo capítulo tiene como objetivo describir la AMP de IMPACTA que será materia de estudio. En el capítulo tercero, se analiza dicho programa, y los problemas de Gerencia Social que se presentan específicamente a la atención de la población más vulnerable de adquirir el VIH. Finalmente, presentamos las conclusiones y recomendaciones para IMPACTA y para otras organizaciones.



CAPÍTULO 1

MARCOTEÓRICO

El presente capítulo tiene el objetivo de presentar las características de la epidemia del VIH-SIDA a nivel mundial y nacional y las respuestas que los Estados han ofrecido para su prevención y atención. En este contexto, hemos querido destacar la especial situación de la población más vulnerable de adquirir VIH según las estadísticas y estudios existentes. Asimismo, se plantean los enfoques teóricos en base a los cuales analizaremos nuestro tema de estudio, tales como Gerencia Social y Derechos Humanos.

1.1 Dimensiones mundiales del VIH-SIDA

ONUSIDA¹ refiere que esta epidemia se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XX y sigue siendo un problema de salud mundial con una magnitud sin precedentes en el siglo XXI no sólo por la carga de enfermedad que representa sino por su trascendencia social, económica, cultural y por lo complejo de su epidemiología frente al reto que representa su control y prevención.

Haciendo una revisión de los diferentes informes de ONUSIDA de los últimos años, constatamos que en el informe del año 2005 se señala que, a lo largo de 25 años de identificado el primer caso de VIH, el estudio de esta epidemia ha alcanzado notables avances que han permitido conocer mejor la magnitud del problema. Sin embargo, lo realizado no ha sido suficiente para disminuir su avance. El SIDA ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, situación que la convierte en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia².

¹ Cf. ONUSIDA. *La Situación de la epidemia de Sida: 2008*. Ginebra: ONUSIDA, 2008, pp. 3-15.

² Cf. ONUSIDA. *Informe de la Epidemia del VIH: 2005*. Ginebra: ONUSIDA, 2005, pp. 1- 10.

El informe de ONUSIDA del 2008 afirma que la coyuntura actual brinda una oportunidad para que los Estados prosigan el camino hacia la consecución de uno de los compromisos dispuestos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio³ a nivel mundial para el 2015, que consiste en frenar la propagación del VIH. Este virus ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados, donde la prevalencia elevada del VIH ha hecho descender la expectativa de vida de manera drástica. Por ejemplo, en la actualidad, en África meridional, la expectativa de vida es inferior a 50 años⁴ debido a los altos índices de SIDA.

ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) creen que la infección por VIH (el virus que provoca el SIDA) alcanzó su pico máximo a finales de la década de 1990 o en 2001, y que el porcentaje de adultos portadores del virus permanece constante en un 0,8% de la población mundial. Según el Informe ONUSIDA 2008, el número de personas que muere por causas relacionadas con el SIDA ha disminuido en los últimos años debido en parte a los tratamientos antirretrovirales⁵.

Según Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, en las estimaciones realizadas el 2008, la epidemia sigue siendo una de las grandes amenazas para la humanidad con 2,1 millones de muertes y 2,5 millones de nuevas infecciones cada año. El 72% de estas defunciones y el 68% de las personas que viven con VIH siguen encontrándose en el África subsahariana. Este continente ostenta otros tristes récords: el de mayor

³ Objetivos del Milenio No 6: Combatir el HIV/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA: Indicadores:

18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad (ONUSIDA)

19. Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos y Población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

20. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años (ONUSIDA)

⁴ Cf. ONUSIDA. *La Situación de la epidemia de Sida: 2008*. Op.cit., p.13 y 46.

⁵ Ídem, p. 15.

porcentaje de mujeres que viven infectadas por el VIH (61%), el del país con más infecciones registradas, la mayor prevalencia del virus en adultos (que, en ocho países, supera el 15%), 12 millones de niños han perdido a uno de sus padres por SIDA y los niños huérfanos siguen en aumento. En otras regiones, como el sudeste asiático, el índice de infección de VIH creció un 20% en 2007 respecto a los de 2001, aunque sigue por detrás del Caribe, segunda zona más afectada tras el sur de África.

Se puede constatar que entre los años 2000 y 2008 el porcentaje de personas viviendo con VIH se ha estabilizado, pero en algunos países las nuevas infecciones siguen en aumento cada año. Un tercio de los países todavía no cuenta con leyes que protejan contra la discriminación a las personas que viven con VIH. Sólo la mitad de los países cuenta con estrategias de prevención, aunque la mayoría sí cuenta con el tratamiento. Sin embargo, todavía no es posible revertir el curso de la epidemia mundial de VIH ni sostener los avances en la ampliación del acceso al tratamiento sin un mayor progreso en la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH.

Ahora bien, se debe tomar en cuenta que existen factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH tales como la discriminación, el estigma y la marginación social. No obstante, estos problemas no se han abordado con eficacia en la mayoría de los países, por lo cual observamos que los esfuerzos para asegurar actividades sólidas de prevención del VIH han quedado rezagados. Tal como se señaló en el Foro Latinoamericano y del Caribe de ITS/VIH (Lima, noviembre 2009), dar soluciones al problema de la discriminación y estigma contra las poblaciones con más riesgo de infección, es complementario a una estrategia de prevención y atención efectiva.

Si bien el 87% de los países con metas sobre acceso universal a la salud ha establecido objetivos para el tratamiento del VIH, sólo algo más de la

mitad tiene objetivos para estrategias fundamentales de prevención (Indicador 19 del UNGASS)⁶. Aunque esto supone una mejora, especialmente entre las mujeres respecto a los niveles de conocimiento sobre prevención del VIH, los datos del 2005 permiten comprobar que el 37% de los varones y el 28% de las mujeres jóvenes tenían un conocimiento básico sobre el VIH. Para el 2007 estos niveles mejoraron, pero siguieron muy por debajo del objetivo mundial de asegurar que un 95% de los jóvenes tenga un conocimiento exhaustivo sobre el VIH para el 2010. Respecto a la población adulta, para el 2008 las encuestas realizadas en 74 países indican que sólo el 40% de los varones y el 38% de las mujeres tenían un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH y cómo evitar su transmisión. Esta cifra ha aumentado, pero todavía no se ha alcanzado la meta prevista, que es de 95%⁷.

Detengámonos ahora a examinar las estadísticas mundiales con respecto a mujeres, jóvenes y niños. En primer lugar, durante los últimos diez años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial. Ellas representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, pero ha crecido en muchas regiones, como en África subsahariana, donde se encuentra más del 60% de las infecciones por el VIH. En segundo lugar, los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. Esto se debe al incremento notable en la cobertura de información de los países comprometidos en la lucha contra el VIH. Sin embargo, todavía existen muchos jóvenes con riesgo de contraer el virus, debido a que existen todavía muchos países con una población que sigue careciendo de una información precisa y completa sobre cómo evitar la exposición al virus. Por último, con respecto a los niños y niñas, se estima que en el 2007 se infectaron 370 000 menores de 15 años. Esto implicó que las infecciones en esta

⁶ Cf. UNGASS. Sesión Especial de las Naciones Unidas. Indicador 19: % de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina para VIH/SIDA (Reconocimiento de las poblaciones vulnerables).

⁷ Cf. ONUSIDA. *Situación de la Epidemia del VIH: 2008*. Op. Cit., p 13.

población aumentarán a 2 millones (de los cuales casi el 90% vive en África subsahariana)⁸.

Pese a estas cifras, resulta clave advertir que los esfuerzos sostenidos en diferentes entornos han contribuido a disminuir la incidencia del VIH especialmente en los grupos de población más vulnerable de adquirir el VIH, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en muchos países occidentales, los jóvenes en Uganda, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes en Tailandia y Camboya, y los consumidores de drogas intravenosas en España y el Brasil⁹. Según los estudios realizados en cada uno de estos países, los datos demuestran que el VIH cede ante la prevención decidida y concertada.

Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA 2008 - 2009

Personas que vivían con el VIH		
	2008	2009
Total	33,4 millones	33,3 millones
Adultos	31,3 millones	30,8 millones
Mujeres	15,7 millones	15,9 millones
Menores de 15 años	2,1 millones	2,5 millones

Fuente: ONUSIDA. *Situación de la Epidemia de SIDA 2009*. Op. Cit., p.6.
ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*, p.09.

⁸ Cf. ONUSIDA. *Informe de la Epidemia: 2007*. Ginebra: ONUSIDA, 2007, p.9.

⁹ Cf. ONUSIDA. *Informe de la Epidemia: 2005*. Op. Cit, p.2.

Nuevas infecciones por el VIH			
	2008	2009	2010
Total	2,7 millones	2,6 millones	2,7 millones
Adultos	2,3 millones	2,2 millones	
Menores de 15 años	430 000	370 000	390.000

Fuente: ONUSIDA. *Situación de la Epidemia de SIDA 2009*. Op. Cit., p.6
 ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Op. Cit., p.9

Defunciones causadas por SIDA		
	2008	2009
Total	2,0 millones	1,6 millones
Adultos	1,7 millones	1,8 millones
Menores de 15 años	280 000	260 000

Fuente: ONUSIDA. *Situación de la Epidemia del SIDA 2009*. Op. Cit., p.6
 ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Op. Cit., p.9

Las últimas estadísticas del 2009 según Michel Sidibé, Director Ejecutivo de ONUSIDA, durante la presentación en Ginebra del informe 2010, nos refieren que 30 años después del descubrimiento de la epidemia al menos 60 millones de personas han sido infectadas y 25 millones han fallecido. De las 33,4 millones de personas que viven en la actualidad con VIH, la mitad son mujeres. Además, los países de Europa oriental y Asia central son las únicas regiones del mundo donde la incidencia (número de nuevos casos) del VIH sigue aumentando, los casos diagnosticados en 2009 fueron superiores al 2008¹⁰.

¹⁰ Cf. ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Ginebra: ONUSIDA, 2010, p.10.

Resumen mundial Nuevo Informe de la epidemia de VIH 2010

Nuevas infecciones de VIH <u>por día</u> en 2010	
Adultos (mayores de 25 años)	3,700
Mayores de 15 años (15-24)	2,500
Menores de 15 años	1,200

Fuente: ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Ginebra: ONUSIDA, 2010, p.10

Nuevas infecciones por el VIH en 2010	
Adultos mayores de 25 años	1'340,000
Mayores de 15 (15- 24) años	920,000
Menores de 15 años	430, 000

Fuente: ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Ginebra: ONUSIDA, 2010, p 10.

Personas viviendo con VIH 2010	
Adultos mayores de 25 años	26'300,000
Mayores de 15 (15-24) años	5'000,000
Menores de 15 años	2'100,000

Fuente: ONUSIDA. *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA 2010*. Ginebra: ONUSIDA, 2010, p.10

En noviembre de 2011 se publicó el Informe ONUSIDA 2010¹¹ y señaló datos interesantes, como que a fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones–35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Además, el número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA disminuyó a 1,8 millones [1,6 millones–1,9 millones] en 2010, desde el nivel máximo

¹¹ ONUSIDA. *Informe de ONUSIDA para el Día mundial del SIDA*. ONUSIDA: 2011, pp. 6-7.

de 2,2 millones [2,1 millones–2,5 millones] alcanzado a mediados de los años 2000. Resalta el aporte del tratamiento antirretrovírico para la disminución del VIH, señala que desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos debido al tratamiento, solo en 2010, se evitaron 700.000 muertes relacionadas con el SIDA. Señala también que en el 2010, hubo 2,7 millones [2,4 millones–2,9 millones] de nuevas infecciones por el VIH, que incluye una cifra estimada de 390.000 [340.000–450.000] niños, que representa un 15% menos que en 2001, y un 21% por debajo del número de nuevas infecciones en el nivel máximo de la epidemia en 1997.

1.2 Respuestas internacionales frente al VIH-SIDA

Los países de todo el mundo están comprometidos en la lucha contra el VIH por su alta tasa de infección y por las particularidades para su atención dependiendo del grupo poblacional. En tal sentido, se han reconocido a nivel internacional los derechos de las personas con relación a esta infección teniendo en cuenta la situación de discriminación y exclusión que sufren, lo cual entorpece, en algunos casos, el acceso al derecho a la salud, entre otros.

Existen normas internacionales que reconocen y garantizan los derechos a la salud, a la no discriminación, a la integridad física, a la igualdad, al trabajo, a la educación, los cuales directamente se vinculan a proteger la calidad de vida de las personas que pueden estar en riesgo de contraer la infección o que ya viven con ella¹². Asimismo, existen normas específicas que reconocen y garantizan los derechos de los niños y niñas a la salud y al tratamiento adecuado de enfermedades¹³.

¹² Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

¹³ Convención sobre derechos del niño; Comentario General No 3, Convención sobre los derechos del niño, VIH/SIDA y los derechos del niño; Convención Americana de derechos humanos; Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

De otra parte, existen otros pronunciamientos internacionales que se constituyen en recomendaciones, los cuales no son obligatorios para los Estados, pero que incorporan criterios específicos para el tratamiento estatal de los derechos vinculados a esta infección. Entre los principales, tenemos las “Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos”, que disponen, en la directriz N° 6, que los Estados deben promulgar una legislación específica para prevenir y atender esta infección¹⁴. Otro documento importante es la “Observación General N° 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, que hace referencia al disfrute del más alto nivel en salud física y mental, incluyendo el tratamiento del VIH/SIDA.

Asimismo, en el 2001 los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron a mejorar la respuesta al VIH mediante la “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”¹⁵. Luego en el 2006, se firma la “Declaración Política sobre VIH-SIDA”¹⁶ (15 de junio de 2006) por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Posteriormente, los Estados Miembros de las Naciones Unidas firmaron en junio de 2011 la “Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA”¹⁷.

De igual manera, la “Declaración sobre el Acuerdo de los ADPIC y la Salud Pública” (2001)¹⁸ hace referencia a las patentes en caso de emergencias públicas por infecciones como el VIH. También, los

¹⁴Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos Consulta: 3 de junio de 2009. <http://www.cdhd.org.mx/index.php?id=norsida>.

¹⁵Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Consulta: 8 de abril de 2009. <http://www.un.org/spanish/ga/aidsmeeting2006/finaldeclaration.html>.

¹⁶Declaración Política sobre VIH-SIDA. Consulta: 8 de abril de 2009. www.unaids.org/.../2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_es.pdf.

¹⁷Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA. Consulta: 20 de abril de 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/201103_HLM_Yo uthTrack_en.pdf

¹⁸Declaración sobre el Acuerdo de los ADPIC y la Salud Pública. Consulta: 8 de abril de 2009. http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.

“Objetivos del Milenio”¹⁹ aluden explícitamente a la obligación de los Estados a prevenir y atender el VIH. Complementariamente, en el 2001, se firman los “Principios de Yogyakarta”²⁰ sobre la aplicación de los estándares y legislación internacionales de derechos humanos respecto a la orientación sexual e identidad de género, especialmente, el derecho a la no discriminación.

Normativa internacional

Título	Año
Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos	1996
Observación General n.º 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	2000
Objetivos del Milenio	2000
Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA	2001
Declaración sobre el acuerdo de los ADPIC y la Salud Pública-ONU	2001
Principios de Yogyakarta	2001
Declaración Política sobre VIH-SIDA	2006
Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA	2011

Fuente: Elaboración propia

En suma, toda esta referencia a normas y pronunciamientos internacionales da cuenta del interés de los Estados a nivel mundial por actuar en la prevención y atención del VIH-SIDA, así como de su obligación de tomar las medidas adecuadas para atenderla. Además, está el marco internacional forma parte del marco jurídico y político de los Estados comprometidos, lo cual implica que en las normas y políticas nacionales deben incorporarse estos avances, vale decir, obligan al Estado a asumir responsabilidades a nivel normativo y operativo. Dicha obligatoriedad implica que los/las ciudadanos/as pueden exigir el cumplimiento de tales responsabilidades o la mejora de la calidad del servicio brindado, por ejemplo, mediante procesos judiciales a nivel

¹⁹Objetivos del Milenio. Consulta: 8 de abril de 2009. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/es/index.html.

²⁰Principios de Yogyakarta. Consulta: 3 de junio de 2009. www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf. Según el Principio 17 “Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho”.

nacional o solicitudes internacionales (por ejemplo, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos o la Corte Interamericana de Derechos Humanos). Por otro lado, se encuentran las recomendaciones o declaraciones de compromisos que no son vinculantes pero sí implican ciertas directrices que deben tomar en cuenta los Estados.

En este sentido, se debe subrayar la importancia de que estas normas y compromisos sean conocidos no sólo por el personal de salud de los centros médicos públicos, sino también por las organizaciones o instituciones privadas que trabajan el tema, en tanto, deben respetar los derechos humanos de sus pacientes y seguir los avances internacionales en el reconocimiento de los derechos de las personas más vulnerables de adquirir el VIH o que viven con VIH. Del mismo modo, es importante que estos documentos internacionales sean conocidos por la población interesada en el tema encargada de la incidencia política y la vigilancia ciudadana.

1.3 El VIH-SIDA en el Perú

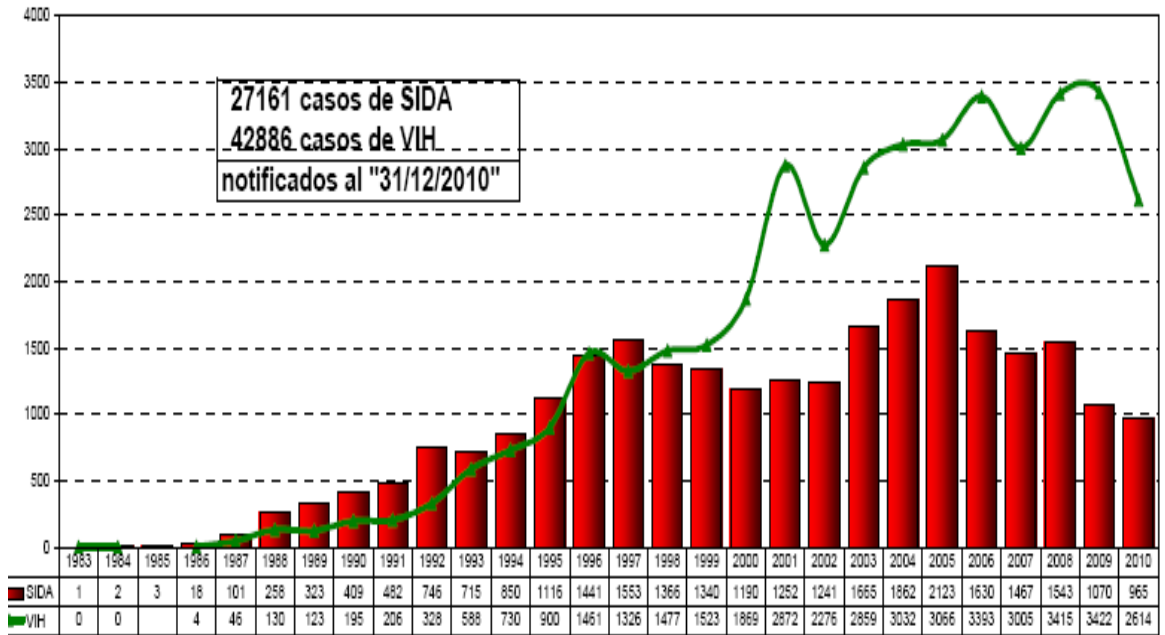
El Perú no ha estado ajeno a lo que ha venido pasando en el mundo frente a la epidemia del VIH-SIDA. El Ministerio de Salud en sus informes anuales hace un resumen sobre el desarrollo del tema a nivel nacional.

El primer caso de VIH fue diagnosticado en el año 1985 por el doctor Raúl Patrucco, y pertenecía a la población gay. La primera mujer diagnosticada con VIH fue en 1986 y, en 1987, nació el primer niño infectado con VIH. Así, pues, la epidemia de VIH ya ha cumplido más de 25 años en el Perú. Pasado el tiempo, según los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología hasta el 31 de diciembre del 2010, se han reportado 42,886 casos de VIH y 27,161 casos de SIDA²¹. Para observar en detalle

²¹ Cf. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. *Situación del VIH/Sida en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual*. Lima: diciembre 2009. Consulta: 5 de Julio de 2011. http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2009/diciembre.pdf.

estas cifras, presentamos el siguiente cuadro que nos indica los casos reportados desde el año 1983 hasta el 2010.

**Casos de sida según año de diagnóstico
Perú 1983-2010**



Fuente: DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Informe Epidemiológico del Ministerio de Salud. Boletín del mes de diciembre de 2010.

Como se apreciará en detalle más adelante, si bien el índice total de SIDA/VIH ha disminuido a nivel nacional, el índice de SIDA/VIH en población Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se mantiene alta.

Los especialistas han encontrado que la población puente entre la población homosexual y la heterosexual corresponde a hombres que tienen sexo con mujeres y con hombres. Esto provocó que la infección fuera en aumento en los bisexuales, pero también en forma paralela en las mujeres que eran mayoritariamente monógamas. Por ello, aunque la epidemia está concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres, con prevalencia mayor al 5% en varias ciudades del país, la introducción

del VIH en la población general se ha hecho evidente en los últimos años²².

Los estudios realizados por el Ministerio de Salud en su vigilancia centinela refieren que la mayor prevalencia está en la costa y selva. El 70% de los casos pertenecen a Lima y Callao, donde la población más afectada son los jóvenes de menos de 25 años. En este contexto, las principales vías de transmisión son las relaciones sexuales, que llegan al 97%; la transmisión de madre a hijo (perinatal), que representa el 3%; y las transfusiones sanguíneas, con 1% de los casos. Con respecto a la infección en la relación hombre/mujer, al inicio de la epidemia la proporción era de 1:12 (por cada doce hombres se infectaba una mujer); luego, esta cifra se ha modificado, ya que ha habido un aumento de la infección en las mujeres y, en la actualidad, la razón es 1:3²³.

Principales vías de transmisión

Vía de transmisión	Porcentaje
Madre–niño	3%
Sexual	97%
Sangre y derivados	1%

Fuente: MINSA. *Informe Epidemiológico del MINSA*. Lima: MINSA, 2007, pp.34 y 35.

Al evaluar la prevalencia promedio respecto a la orientación sexual de personas infectadas, veremos que 28% es homosexual; 22%, bisexual; y 47%, heterosexual. Es posible, sin embargo, que muchos de los casos de heterosexuales sean en realidad varones que se infectan por relaciones

²² Cf. CUETO, Marcos. "El Rastro del Sida en el Perú". *Manguinhos*, vol 9 (supplement), 2002, pp. 17-40. Consulta: 3 de abril de 2009. <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/01.pdf>.

²³ Cf. MINISTERIO DE SALUD. "Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Periodo Enero 2008 – Diciembre 2009", p. 14. Consulta: 10 julio 2010 <http://www.scribd.com/doc/29252787/Informe-Ungass-Peru-2010>.

homosexuales²⁴, pero que niegan sus conductas homosexuales, en los cuales entraría los mostaceros, fletes, y bisexuales²⁵.

Prevalencia según orientación sexual

Prevalencia	Porcentaje
Homosexuales	28%
Bisexuales	22%
Heterosexual	47%

Fuente: MINSA. *Análisis de las bases epidemiológicas del VIH /Sida en el Perú 2006*
Lima: Dirección General de Epidemiología, 2006, p. 34

Dentro de la bibliografía consultada, existe un consenso general de que la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es la más vulnerable para la adquisición del VIH, a razón de sus prácticas sexuales e indica que la epidemia se concentra en esta población

Haciendo un resumen de todos los datos epidemiológicos evaluados hasta la fecha, encontramos que durante el periodo de 1985 al 2000 se realizaron en el Perú varios estudios en población HSH en colaboración con grupos de investigación, como el Centro de Investigación de Marina de Guerra de Estados Unidos (NMRD). En el estudio del año 1999-2000 que tuvo un tamaño muestral más alto que los de años anteriores se determinó que la mayor prevalencia se ubicó en el año 2000, con 14,2% en Lima; y que la edad promedio era de 29 años. Revisemos estos datos en el siguiente cuadro.

²⁴ Cf. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. MINISTERIO DE SALUD. *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/sida en el Perú. Bases Epidemiológicas para la prevención y control*. MINSA: Lima 2006.

²⁵ La definición de mostacero, flete y bisexual se encuentra desarrollado en el capítulo 3 de la presente tesis.

Seroprevalencia de infección de VIH entre los HSH en Perú

Ciudad	Población	Prevalencia	Tamaño muestral	Año	Referencia	Comentarios
Lima	Homo/ Bisex	11,2	98	1985	Rojas y Col 19986	Edad media: 29 años
Lima	Homo/ Bisex	6,5	124	1988	Cáceres y col 1991	Edad media: 29 años
Lima	«HSH»	3,3	1140	1998 al 2000	Sánchez y col	Cohorte Alaska
Lima	HSH	14,2	4883	1999	Rusell 2000b	Edad media: 29 años
Lima	HSH	13,3	2158	2000	Rusell 2000b	Edad media: 29 años
Provincias	HSH	4,8	1413	1999	Rusell 2000b	Edad media: 29 años
Provincias	HSH	5,5	3101	2000	Rusell 2000b	Edad media: 29 años

Fuente: Adaptado de CACERES, Carlos. *Sexo y Sida entre hombres de América latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas de acción*. Lima: Universidad Cayetano Heredia, ONUSIDA, 2002, p.39

1.4 Respuestas del Estado peruano frente al VIH

La respuesta del Estado peruano a la problemática del VIH cuenta con tres fases de desarrollo. La primera fase abarca de 1983 a 1987, en la que se acepta la aparición de la infección y se toman las primeras medidas estatales para prevenirla y atenderla. Así, el Estado, desde el Ministerio de Salud, conformó varias instancias dedicadas al tema, como la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro, que realizaba el seguimiento estadístico y características de la infección; y el Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del VIH, cuyos objetivos eran educar, asistir, estudiar y evaluar los casos.

La segunda etapa se desarrolló en 1988 mediante la creación del Programa Especial de Control SIDA (PECOS), que dependía directamente del Viceministro de Salud y tenía como objetivo la prevención y control del VIH, así como el tratamiento adecuado de los enfermos. Esta etapa se caracterizó por el interés e inversión de organismos internacionales, ONGs y activistas en el tema. Asimismo, en esta etapa se publicó la Ley 25275, que dispuso la derivación de los casos a los médicos y la obligatoriedad del examen de descarté en caso se solicite residencia, se contraiga matrimonio, se esté gestando y a las poblaciones en riesgo.

La tercera etapa se inicia en 1995 con la creación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), mediante el cual se mejora la información de casos, gracias a lo cual se encuentra una mayor cantidad de nuevas infecciones y de estadio de SIDA. Como respuesta a esto, se aprobó la norma "Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el SIDA", así como diversos manuales y procedimientos específicos de atención: Manual de Doctrinas, normas y procedimientos para el control de la ETS, VIH/SIDA (resolución ministerial 235-96-SA/DM); la Guía Nacional de atención integral del paciente con infección VIH/SIDA (resolución ministerial 081-99-SA/DM); la Directiva conjunta 001-99-CRED-PROCETTS, que plantea la disminución de la transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre que vive con VIH; la Directiva 09-MINSA/DGSP-DEAIS-V 01, que implementa el Sistema de Promotores educadores de pares en poblaciones más vulnerables para la prevención de ITS, VIH/SIDA; y el Manual para la Atención Médica Periódica. Otro aporte de esta etapa fue la emisión de la Ley 26626, mediante la cual se encarga al MINSA la coordinación e implementación de estrategias nacionales de control de la infección y la

promoción de cooperación internacional y nacional para actuar en alianza en este tema²⁶.

Las estrategias implementadas en el Perú para la disminución del VIH han ido cambiando y reforzando los métodos de prevención en los diferentes niveles. Desde el año 1995, se destaca la emisión de normas para la atención preferencial de HSH y trabajadoras sexuales, y el trabajo con pares. En cuanto a la transmisión perinatal, se instituyó en el control prenatal la obligatoriedad de los exámenes para prevención de sífilis y de VIH, esta medida permitió la disminución del porcentaje del 30% de niños recién nacidos infectados al 3%. De otro lado, la Ley CONTRASIDA creó el marco legal para evitar la discriminación a las personas con VIH²⁷, lo cual se complementa en la Ley contra la Discriminación, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, y el Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010. Asimismo, los estudios de vigilancia centinela realizados por el MINSA en conjunto con el Centro de Investigación de la Marina de Guerra de Estados Unidos de América) brindaban información actualizada para tomar las medidas requeridas. Tiempo después, en el año 2003 se inició el tratamiento antirretroviral dirigido a la población general con VIH para mejorar su calidad de vida y disminuir la mortalidad²⁸.

En suma, este progreso nos muestra que existe un desarrollo interesante de normas, programas y políticas sobre la prevención y atención del VIH, que otorgan un marco de actuación en el tema. Por un lado, existen normas de carácter general (no específicas sobre el VIH), como la Constitución Política del Perú²⁹, el Acuerdo Nacional³⁰; el Plan Nacional

²⁶ Cf. CUETO, Marcos. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2001, p. 170.

²⁷ Cf. OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. *Boletín epidemiológico de la OGE*. Lima: MINSA, 2008.

²⁸ Cf. CUETO, Marcos. *El rastro del SIDA en el Perú*. Loc. Cit.

²⁹ Artículos 2 y 7.

³⁰ Acuerdo Nacional. "2. Equidad y justicia social. Garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios

de Derechos Humanos³¹ y el Plan de Igualdad de oportunidades entre varones y mujeres³². Por otro lado, existen normas específicas sobre prevención y atención del VIH: la Ley General de Salud, que es, sin duda, la más importante; la Ley CONTRASIDA (Ley 26626) y su reglamento (Decreto Supremo 004-97-SA); el Plan Nacional de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2006 (Resolución Ministerial 195-2005); el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de ITS y VIH/SIDA en el Perú (Decreto Supremo 005-2007 - SA). Así como las instancias públicas que han ido evolucionando para atender de la mejor manera a la población, desde el Programa Nacional Multisectorial para la prevención y control del SIDA, el PECOS y el PROCETSS.

Normas jurídicas del Estado peruano contra el VIH

NORMAS PERÚ	
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 081-99-SA/DM (26/02/1999).	APRUEBAN LA GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN VIH/SIDA
DIRECTIVA N° 020-2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01 (01/01/2003).	SISTEMA DE ATENCIÓN PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1328-2003-SA/DM (10/01/2004).	NORMA TÉCNICA PARA LA ARTICULACIÓN DEL SERVICIO DE CONSEJEROS EDUCADORES PARES PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 074-2004/MINSA (29/01/2004).	APRUEBA LA NORMA TECNICA N° 002-MINSA/DGSP-V.01 NORMA TÉCNICA PARA PROMOTORES EDUCADORES DE PARES EN POBLACIONES VULNERABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DEL VIH/SIDA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 123-2004/MINSA (06/02/2004).	APRUEBA LA NORMA TECNICA N° 003-MINSA/DGSP-V.01 NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS Y TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO A PERSONAS CON VIH/SIDA
LEY N° 28243 (01/06/2004).	LEY QUE AMPLÍA Y MODIFICA LA LEY N° 26626 SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y LA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 752-2004/MINSA (01/08/2004)	APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 019-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA PARA LA ADHERENCIA AL TARGA EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIH"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 939-2004/MINSA (20/09/2004)	MODIFICA LAS DISPOSICIONES TRANSITORIAS DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 124-2004/MINSA, A TRAVÉS DE LA CUAL SE APROBÓ LA

de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado".

³¹ Lineamiento estratégico 4.

³² Plan de Igualdad de oportunidades entre varones y mujeres. Lineamiento 3, Objetivo estratégico 3, Resultado esperado al 2010 "Mujeres y varones acceden oportuna y equitativamente a servicios de salud con calidad". Acciones estratégicas "Ampliar y mejorar mecanismos de prevención y atención de personas afectadas por infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Dotar gratuitamente de medicinas y atención psicológica a las personas afectadas por infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, con énfasis en grupos sociales de bajos ingresos.

	NORMA TÉCNICA N° 004-MINSA/DGSP-V.01, "NORMA TÉCNICA PARA EL TARGA EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIH"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1052-2004/MINSA (08/11/2004).	APRUEBA LA NORMA TÉCNICA N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01, "NORMA TÉCNICA DE MANEJO DE ANTIRRETROVIRALES Y REACCIONES ADVERSAS PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 311-2005/MINSA (30/04/2005) D-TARGA EN ADULTOS INFECTADOS POR VIH"	APRUEBA LA NORMA TÉCNICA N° 004-MINSA/DGSP-V.02, "NORMA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1148-2006/MINSA (10/12/2006).	APRUEBA DOCUMENTO TÉCNICO: "CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS, COINFECCIÓN VIH/TBC Y TB MDR"
DECRETO SUPREMO N° 004-2007-SA (17/03/2007).	LISTADO PRIORIZADO DE INTERVENCIONES SANITARIAS QUE INCORPORAN ACCIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PARA VIH EN LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
DECRETO SUPREMO N° 005-2007-SA (03/05/2007).	APRUEBA PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2007-2011 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y VIH/SIDA EN EL PERÚ
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 463-2007/MINSA (07/06/2007)	APRUEBA EL DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE NIÑO DEL VIH Y SÍFILIS"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 335-2008/MINSA (23/05/2008)	APRUEBA LA NORMA TÉCNICA N° 064-MINSA/DGSP-V.01, "NORMA TÉCNICA PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA"
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0181-2008-ED (16/07/2008)	APRUEBA E INSTITUCIONALIZA LINEAMIENTOS EDUCATIVOS Y ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VIH Y SIDA, PARA DIRECTORES, TUTORES Y DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 376-2008-TR (30/11/2008) APRUEBA EL DOCUMENTO "MEDIDAS NACIONALES	FRENTE AL VIH Y SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO"
RESOLUCION MINISTERIAL 164-2009/MINSA (16/03/2009)	APRUEBA LA DIRECTIVA SANITARIA N° 020-MINSA/DGSP/V01 "DIRECTIVA SANITARIA PARA LA IMPLEMENTACION DEL TAMIZAJE DE PRUEBA RAPIDA PARA VIH EN MUJERES EN EDAD FERTIL"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 264-2009-MINSA (25/04/2009)	APRUEBA EL "DOCUMENTO TÉCNICO: CONSEJERIA EN ITS/VIH Y SIDA"
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 436-2009/MINSA (04/07/2009)	APRUEBA LA DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 153-MINSA/OGEIS-V01, "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE INDICADORES - SMEII DE LA ESN Y PYC ITS/VIH-SIDA Y LA ESN PCT "
DECRETO SUPREMO 006-2010-SA (31/03/2010)	ACTUALIZAN LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y VIH/SIDA LIBRES DEL PAGO DEL IGV Y DERECHOS ARANCELARIOS
RESOLUCION MINISTERIAL 768-2010/MINSA (06/10/2010)	APRUEBAN DOCUMENTO TECNICO "PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL VHB, VIH Y LA TB POR RIESGO OCUPACIONAL EN LOS TRABAJADORES DE SALUD 2010-2015"

Fuente: Elaboración propia en base a Sistema Normativo de la Defensoría del Pueblo. Consulta: 20 de setiembre de 2010. <http://sistemavih.defensoria.gob.pe:8081/nlvih/searchnl.do>.

1.5 Población más vulnerable de adquirir el VIH

Tal como hemos señalado de manera general en acápites precedentes, la población “Hombres que tienen sexo con hombres” (HSH) es la más vulnerable de adquirir el VIH. En tal sentido, antes de exponer los datos estadísticos internacionales y nacionales sobre esta población, pasaremos a definir el término “Hombres que tienen sexo con hombres”.

Rafael Martín, asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala:

(...) se hizo necesaria esta categoría pues al inicio de la epidemia se clasificaba a los hombres infectados por su autodefinición, con lo que muchos que sostenían relaciones con hombres no se asumían como gays por temor a la discriminación o simplemente porque no se reconocen como homosexuales. (...) El HSH es un concepto que se concentra en la actividad sexual más que en una identidad. El deseo y la atracción son experiencias subjetivas que pueden o no manifestarse³³.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud señala lo siguiente:

Utilícese “HSH” para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Para referirse a individuos que se identifican a sí mismos como hombres que están orientados sexualmente hacia individuos de su mismo sexo, se debe utilizar “hombres homosexuales”, “gays” y otros términos que sean culturalmente apropiados y no despectivos y estigmatizantes. “HSH” describe un comportamiento, mientras que “hombres homosexuales” describe una identidad. “Hombres homosexuales” es un término objeto de estigma, mientras que

³³ Cf. Noticia: El sexo sin protección deliberado cuestiona los supuestos en cuanto a prevención, advierte especialista. Consulta: 3 de julio de 2010. http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=1733.

"HSH" no. Utilícese cada uno de ellos como resulte más adecuado en cada contexto y no como sinónimos³⁴.

Según los estudios consultados, debemos señalar que para el 2008 las estimaciones con respecto a las poblaciones más vulnerables de adquirir el VIH arrojaban a los HSH. En dicha población, la infección por vía sexual sigue creciendo en forma aguda en distintas partes del mundo.

En América Central, la prevalencia es de 12% en HSH, pero, a diferencia de los otros países, también se da en mujeres que realizan trabajo sexual (entre el 4 y el 10%). De este grupo poblacional HSH, entre un cuarto y un tercio de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres (bisexuales). Algunos estudios realizados en varios países encuentran que entre el 30% y el 40% de esos hombres manifestaron haber tenido relaciones sexuales sin protección tanto con hombres como con mujeres durante el mes anterior³⁵.

En otros países, el consumo de drogas inyectables continúa siendo el modo más importante de transmisión del VIH llegando hasta el 66%; por ejemplo en Rusia, de todos los casos registrados³⁶. De igual manera, sucede en América Latina, con respecto a las drogas endovenosas, con una elevada prevalencia del VIH en varios países. Por ejemplo, se presentan en mayor incidencia que los demás grupos en Brasil 25% y en Argentina con el 33%³⁷.

³⁴ Cf. Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 del la OPS. Consulta: 17 de abril de 2010. <http://www.cisas.org.ni/files/vih.pdf>.

³⁵ Cf. ONUSIDA. *Situación de la epidemia del SIDA: 2008*. Op. Cit., p.55.

³⁶ Cf. ONUSIDA. *Informe de la Situación de la Epidemia del VIH: 2007*. Op. Cit, p.26 y 29
ONUSIDA. *Informe de Alaska Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA*. Lima :ONUSIDA, 2005, p 11.

³⁷ Cf. UPCH/ONUSIDA. *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*. Ginebra: UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 83.

Población más vulnerables de adquirir el VIH

POBLACIÓN	PORCENTAJE DE RIESGO
SHS	22%
Trabajadoras Sexuales	4-10%
Drogodependientes	2-6%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de SÁNCHEZ JORGE ET MINISTERIO DE SALUD. *América Latina Situación de la Epidemia*. Lima: MINSA, 2007, p 33.

En Perú, estudios realizados entre 1996 y 2002 por el Ministerio de Salud y el Centro de Investigación de Marina de Guerra de Estados Unidos (NMRD), en conjunto con varias ONGs, como IMPACTA y Vía Libre, establecieron que la prevalencia del VIH en población SHS es alta y se encuentra en el rango de 14% - 22% en ciudades interiores del país y de 22 % en Lima³⁸. Este porcentaje ha ido disminuyendo desde su inicio en la década de 1980.

Sin embargo, el Informe UNGASS 2010 que el Estado Peruano ha enviado en abril del 2010, señala que los SHS:

(...) a pesar de ser una de las poblaciones más vulnerable frente a la epidemia, no existen hasta el momento cifras oficiales de prevalencia e incidencia de VIH/SIDA en la población trans. (...) Hay una carencia de legislación específica sobre derechos humanos y no discriminación en poblaciones vulnerables, como gays, trans y trabajadoras/es sexuales. Continúa habiendo estigma y discriminación en algunos servicios de salud. Aún se evidencian denuncias sobre la violación al principio de confidencialidad del diagnóstico, negación de la atención, homofobia y transfobia en los servicios de salud³⁹.

³⁸ Cf. MINSA. *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases Epidemiológicas para el control y la prevención OGE MINSA. Boletín Epidemiológico* 2006. También: SANCHEZ J et al. "HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior: Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru". *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Volume 44 - Issue 5. 15 Abril 2007, pp. 578-585.

³⁹ Cf. Noticia "Perú envió el informe UNGASS 2010". Consulta: 20 de junio de 2010. <http://www.promsex.org/articulos/peru-envio-el-informe-ungass-2010.html>.

1.6 Protección de los derechos de la población más vulnerable de adquirir el VIH

Consideramos relevante hacer referencia al enfoque de derechos humanos, en base al cual se parte para elaborar el análisis de la presente tesis. Dicho elemento teórico servirá de enfoque primordial para el análisis y las recomendaciones que se desarrollarán en cuanto a la atención de la población más vulnerable de adquirir el VIH.

Los derechos humanos presuponen que las personas los poseemos por el solo hecho de ser humanos, vale decir, representan atributos inherentes a la persona. De esta suerte, los derechos humanos se caracterizan por ser subjetivos y universales: no importan las diferencias individuales o los diferentes regímenes políticos, culturales o sociales. En tal sentido, son superiores y anteriores a los Estados; por ello, estos sólo los reconocen y protegen, mas no pueden anularlos ni menoscabarlos. Más aún, son indivisibles e interdependientes, es decir, se relacionan entre sí y se busca la integralidad de su respeto⁴⁰.

Los derechos humanos se encuentran reconocidos en la Constitución Política del Perú de 1993 y reafirmados también por normas internacionales vinculantes y compromisos asumidos por los Estados como recomendaciones para su actuación. Entonces, siendo IMPACTA una institución que brinda servicio de prevención y atención en ITS y VIH, resulta fundamental mencionar los derechos humanos que se vinculan directamente con este tipo de atención.

a) Derecho a la salud sexual

La salud sexual fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1975 como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente

⁴⁰ Cf. DI GIANO, María Lorena. *Derechos humanos, VIH/SIDA y niños/as en Argentina*. Consulta: 20 noviembre 2009. www.ramvihs.org.ar/derechos.pdf.

enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”⁴¹. Tres elementos básicos de esta definición serían el disfrute de la actividad sexual y su regulación según la ética personal y social; la ausencia de creencias, prejuicios, que inhiban o perturben la relación sexual; y ausencia de enfermedades o problemas orgánicos que entorpezcan la actividad sexual⁴². Sin duda, este derecho se vincula directamente con la percepción de la sexualidad que tiene la población más vulnerable de adquirir el VIH, que en muchos casos no la comprende como un derecho o un disfrute libre, sino que la asocia al trabajo sexual y a la violencia sexual. Todo ello se agrava por el contexto social en el que vive esta población, caracterizado por la marginalidad y violencia, lo cual genera que se encuentre en situaciones de mayor riesgo de adquisición de VIH. Así, el respeto del derecho a la salud sexual con relación al VIH no sólo obliga al Estado y sus instituciones públicas a determinar medidas que lo garanticen y protejan, sino también obliga a que las instituciones privadas que trabajan el tema lo respeten en todas las actividades que desarrollen.

b) Derecho a la igualdad y la no discriminación

El derecho a la igualdad puede ser entendido como la “igual dignidad de todas las personas”. Esta igual dignidad es un valor inherente y común a toda persona, que se expresa a través de su capacidad de determinar su propia vida e implica considerarla como sujeto y no como medio para conseguir otros fines. Esta igual dignidad prima sobre otro derecho o norma que sea contraria a ella⁴³.

Por otro lado, el derecho a la no discriminación implica prohibir “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia (...) que tenga por objeto o

⁴¹ GALDOS SILVA, Susana. “Salud, sexualidad y derechos reproductivos desde la perspectiva de las mujeres”. En: *Salud, derechos sexuales y reproductivos*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 1996, p. 28.

⁴² Ídem, pp. 28-29.

⁴³ Cf. NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto. “El derecho a la igualdad en la jurisprudencia constitucional”. En: *Revista jurídica del Perú*. Año XLVII, Número 13, octubre –diciembre de 1997, pp.129 –130.

por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce, o ejercicio, en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales", tal como lo señala el artículo 1 de la Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación racial⁴⁴. Otros derechos humanos que también se vinculan a personas con VIH son:

- A la prestación de servicios médicos oportunos y eficientes con un trato respetuoso y digno
- A la educación, al trabajo, a la recreación y a la convivencia social
- A no ser sometidos a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- A no ser obligados a tomar la prueba de detección de VIH ni a declarar que viven con VIH o que han desarrollado SIDA
- A recibir información, apoyo y una asistencia de calidad en condiciones de confidencialidad y respeto a la vida privada⁴⁵

Cabe señalar, que el tema del estigma y discriminación por causa del SIDA es de suma importancia para las Naciones Unidas, es por ello que cada año promueven una campaña masiva en medios de **comunicación** sobre el tema en el marco de las actividades por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre de cada año). En el 2009, el Consejo de la Prensa Peruana (CPP), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH /Sida -ONUSIDA lanzaron la segunda edición de la campaña "Una imagen contra el Estigma y la Discriminación causados por el VIH SIDA" mediante la cual figuras públicas representativas han prestado su imagen para promover una actitud sensible ante la infección y facilitar la

⁴⁴ Coincide con lo planteado por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en su artículo 1; Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación fundadas en la religión o en las convicciones; Comité de derechos humanos que en su Observación número 18.

⁴⁵ Cf. Programa conjunto de las Naciones Unidas. ONUSIDA-MÉXICO. *Guía De vital importancia en la era del SIDA*. 2003. Consulta: 24 de abril de 2009. http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/doctos/folleto.pdf. También, Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Consulta: 25 de junio de 2010. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinessp.pdf>.

integración de las personas que viven con el VIH en todos los ámbitos de la sociedad⁴⁶.

Por lo tanto, para decirlo con palabras de Martha Nussbaum⁴⁷, el desarrollo humano no se mide por el PBI sino por la calidad de vida, lo que implica respetar unas condiciones mínimas indispensables para que el ser humano cuente con calidad de vida y posibilidades de desarrollo, como la salud física y emocional. Esto se vincula al análisis realizado, puesto que IMPACTA, mediante sus acciones, pretende mejorar la calidad de vida y con ello disminuir la prevalencia del VIH en la población más vulnerable.

Frente a la especial situación social por la que atraviesa la población más vulnerable (marginación, discriminación, pobreza, violencia), resulta pertinente incorporar algunas ideas de Todorov⁴⁸, quien señala que las noticias e historias de discriminación y violencia pueden ser rescatadas como “*memoria ejemplar*”, mediante la cual se ‘actúa’ en el presente buscando superar los errores y relacionando hechos y causalidades. Lo dicho se relaciona con lo sostenido por Rorty⁴⁹ sobre la educación sentimental como medio para expandir el respeto por los derechos humanos no como cuestión de ley moral sino como “*un progreso de los sentimientos*”, en el que veamos a nuestros congéneres como seres humanos y parte de una comunidad general. Para el análisis de IMPACTA, esto podría aplicarse a la AMP para buscar que el personal involucrado en la atención esté sensibilizado con la problemática del VIH y para poder optimizar su trato con la población más vulnerable y el

⁴⁶ Cf. ONU. *Lucha contra el VIH*. Consulta: 7 de enero de 2010. <http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>

⁴⁷ Cf. NUSSBAUM, Martha. “La ética del desarrollo desde el enfoque de las capacidades. En defensa de los valores universales. En: GIUSTI, M. (editor) *La filosofía en el siglo XX: balance y perspectivas*. Lima, PUCP. 1998, pp. 39 - 40. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.

⁴⁸ Cf. TODOROV, Tzvetan. *Los abusos de la memoria*. Barcelona, Paidós. 2007, pp. 29-33. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.

⁴⁹ Cf. RORTY, Richard. *Verdad y progreso*. Barcelona, Paidós. 2000, pp. 230-242. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.

mensaje que brindan a la sociedad en general y a la población objetivo de atención.

1.7 Relación de la gestión de la problemática del VIH con la Gerencia Social

Definimos la Gerencia Social como un cuerpo de conocimientos y prácticas que son un medio de gestión estratégico que permite la conciliación entre los actores sociales involucrados en una problemática específica y la canalización de esfuerzos para el bien común. Es un campo multidisciplinario, ya que debe responder a los distintos fenómenos que se presentan en el desarrollo de los programas de manera diversa. Su aliada es la ciudadanía, que actúa como vigilante de la transparencia en la gestión y el uso de los recursos⁵⁰.

El objetivo de la Gerencia Social es crear valor público por medio de la gestión, entendido el valor público como el mejoramiento de calidad y condiciones de vida de la población⁵¹. En este sentido, busca lograr la igualdad social y la construcción de sociedades democráticas que permitan el desarrollo del individuo y la comunidad⁵². En este marco, la Gerencia Social eficiente implica el diseño de proyectos más inclusivos y de diseño participativo, lo cual favorece a la población objetivo en el desarrollo de capacidades, autogestión y sostenibilidad de programas.

Es así que las últimas tendencias en Gerencia Social plantean que es necesario lograr la autosostenibilidad social de los proyectos mediante la

⁵⁰ Cf. LICHA, Isabel. *El enfoque de Gerencia Social*. Separata INDES. 1999, pp. 7-8. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Introducción a la Investigación en Gerencia Social. Profesora: Elizabeth Salcedo.

⁵¹ Cf. MOKATE, Karen, SAAVEDRA, José. *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas Sociales*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington, D.C. 2004, p. 16-22. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Introducción a la Investigación en Gerencia Social. Profesora: Elizabeth Salcedo.

⁵² Cf. LICHA, Isabel. Loc. cit.

participación de la población en el enfoque y diseño, como en la ejecución de programas o proyectos sociales⁵³.

Tal como se ha señalado en acápites anteriores, la epidemia de VIH/SIDA se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, a tal punto que los Estados han priorizado su atención en los Objetivos del Milenio (Objetivo N° 6). Es en este contexto que la Asociación Civil IMPACTA desarrolla sus actividades, siendo su objetivo la investigación biomédica, la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de VIH/SIDA y otras ITS. IMPACTA es una de las pocas ONGs en el Perú que enfoca sus estrategias, actividades, misión y visión exclusivamente a la población “Hombres que tienen Sexo con otros Hombres” (HSH)⁵⁴ de diferentes conos de Lima.

La presente investigación es de interés para la Gerencia Social, por tratarse del análisis de la gestión de un programa social que atiende una problemática de gravedad mundial, gracias a lo cual se plantearán recomendaciones a IMPACTA para que adecúe y mejore sus herramientas metodológicas de intervención para conseguir resultados eficientes en la población más vulnerable de adquirir el VIH respecto a la disminución de la persistencia y/o incremento del porcentaje de seroprevalencia en esta población específica.

Además, busca determinar si la AMP logra un cambio social desde el enfoque de Gerencia Social, es decir, lograr un cambio de actitud en la población más vulnerable de adquirir el VIH respecto a su percepción y actitud frente a la prevención del VIH. No obstante, se ha aplicado también un enfoque de derechos humanos, pues la prevención y atención del VIH involucra la promoción y respeto de varios derechos por parte de

⁵³ Cf. BOBADILLA Percy y BARRETO Engelbert. *De la confrontación a la colaboración: estado y ONG, 1970 -2000*, p. 369-370. Maestría Gerencia Social, Curso: Diseño, seguimiento y evaluación de proyectos sociales. Profesor: Percy Bobadilla.

⁵⁴ Existen otros programas de prevención para disminuir el riesgo de infección ejecutados tanto por el Estado como por otras organizaciones, tales como ONGs Vía Libre, CEPESJU, MHOL, Universidad Cayetano Heredia.

IMPACTA. En cualquier caso, los resultados que se han obtenido tras la investigación ayudarán a que IMPACTA adecue y mejore su gestión y sus herramientas metodológicas de intervención para conseguir resultados eficientes con la población más vulnerable de adquirir el VIH.

En suma, la importancia de la investigación radica en que será el primer estudio en el Perú que se base en la perspectiva de la población objetivo, y servirá para determinar lineamientos para mejorar la AMP de IMPACTA desde la Gerencia Social, así como ser referente para programas de atención del Ministerio de Salud.



CAPÍTULO 2

IMPACTA Y SU PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA

En el presente capítulo, describiremos de manera general a IMPACTA y de manera detallada las características del Programa de Atención Médica Periódica (AMP). Especialmente, nos centraremos en caracterizar a la población beneficiaria.

2.1 Asociación Civil IMPACTA

2.1.1 Objetivo

La “Asociación Civil IMPACTA Salud y Educación” (IMPACTA) se creó en el año 2000. Es una organización no gubernamental dedicada a la investigación clínica, biomédica y de salud pública en temas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Los proyectos de investigación, especialmente el estudio de las infecciones de transmisión sexual y SIDA, son la principal actividad de la institución y se encuentran orientados a incrementar el conocimiento científico que permita contribuir al bienestar de la humanidad respecto a este tema.

IMPACTA realiza proyectos de investigación en consorcio con entidades nacionales y extranjeras, públicas y privadas. La ejecución de los proyectos significa una intervención en la comunidad a través de la selección de voluntarios representantes de determinadas poblaciones, su seguimiento y prestación de servicios de salud, medicinas, consejería y materiales informativos. Los resultados de estas investigaciones proveen un panorama más preciso para el diseño e implementación de políticas y estrategias nacionales sobre VIH-SIDA. En Lima, existen dos clínicas en los distritos de Miraflores y San Miguel. Cada una atiende a la población que vive en zonas aledañas.

IMPACTA tiene como objetivos:

- Lograr que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) utilicen métodos de protección adecuados para la prevención de la infección de VIH.
- Disminución de la infección de VIH en HSH.
- Disminución de la infección en la población general a través de la población puente, que son varones bisexuales.

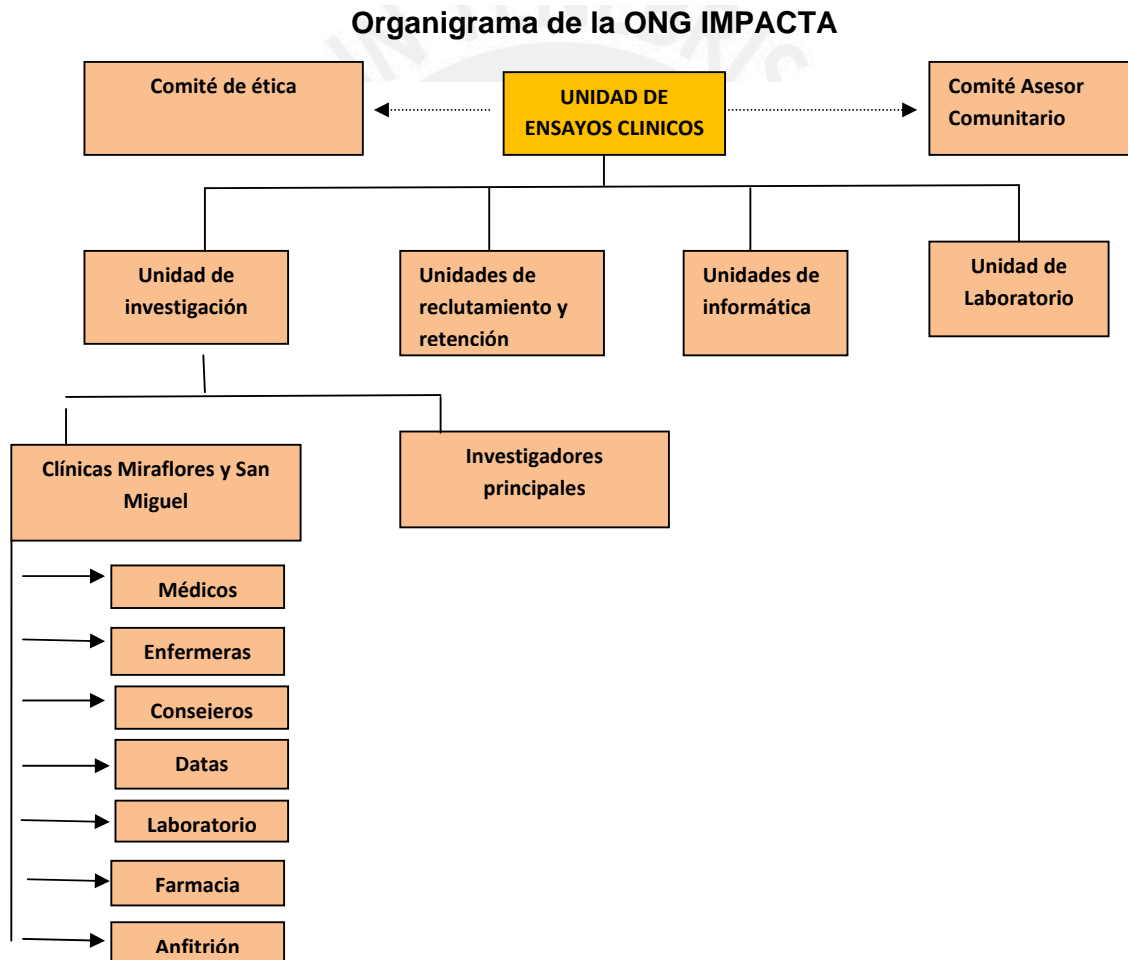
Las acciones que se ofertan son:

- Consejería de prevención de ITS y VIH dada por cuatro consejeros, dos por sede.
- Programa de educadores de pares⁵⁵, los cuales salen a la comunidad y lugares de reunión de los HSH para poder derivarlos a las clínicas. Son un número de cinco por sede.
- Información en reuniones de pares llamadas casas abiertas, sobre las conductas de riesgo que los exponen a la infección. Asisten un promedio de veinte personas semanalmente. Encuentran, también, un lugar para el aprendizaje de manicure, maquillaje, masoterapia, manualidades, baile, psicoterapia con danza, cursos que son impartidos por profesionales especializados.
- Información sobre la adquisición del VIH mediante afiches, folletos, charlas, trípticos, página *web*.
- Línea 0800, a la que pueden llamar para solicitar información y a la vez solicitar una cita en alguna de las clínicas.
- Atención médica diferenciada para lo cual se cuenta con diez médicos (cinco en cada sede). Esta atención se da cada tres meses, y se les proporciona un examen físico completo y diagnóstico de laboratorio y consejería.
- Estudios de investigación en prevención, vacunas y tratamiento.
- Acceso a tratamientos gratuitos para las ITS curables.

⁵⁵ Pares se denomina a las personas con las mismas características que la población objetivo, en nuestro caso, gays, travestis, trabajadoras sexuales, lo cual permite llegar a la población de manera más ágil.

2.1.2 Estructura institucional

Para realizar su trabajo de ensayos clínicos, IMPACTA cuenta con la Unidad de Ensayos Clínicos de Perú (CTU), que es un consorcio de investigadores y organizaciones que realizan investigación en salud en rubros como: evaluación de vacunas contra el VIH, estrategias de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), optimización del tratamiento para el VIH, y reducción de comportamientos de riesgo para el VIH y otras ITS.



Fuente: Elaboración propia

IMPACTA involucra varias estructuras administrativas para el manejo del financiamiento y provisión de soporte logístico, técnico y científico para la implementación y ejecución de los proyectos en las sedes de investigación clínica. El financiamiento proviene de la División de SIDA del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), parte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH).

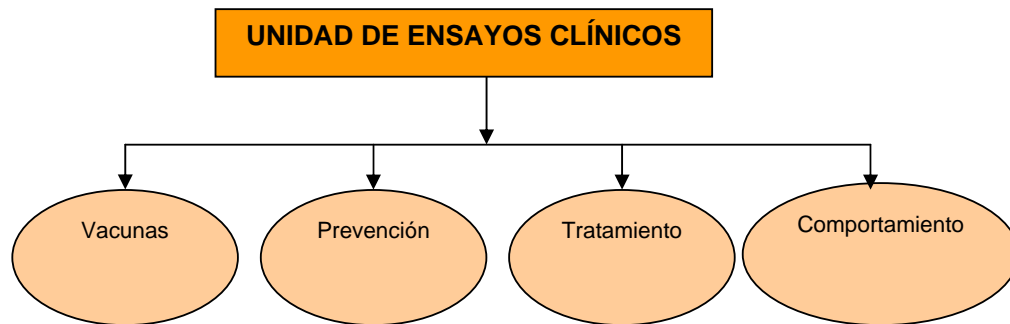
El núcleo administrativo está conformado por el Comité de Dirección Científica (CDC) y sus unidades de investigación clínica; laboratorio; bioestadística; manejo de datos e informática médica; y educación e involucramiento de la comunidad. Para todas estas unidades, el programa cuenta con recursos humanos formados y capacitados en buenas prácticas clínicas, protección de personas y ética en la investigación. Los equipos incluyen a profesionales altamente calificados en áreas como medicina, ciencias básicas, informática, educación, comunicación, ciencias sociales, entre otras.

IMPACTA cuenta con la Unidad de Reclutamiento y Retención, dedicada a la captación de personas para que participen en los protocolos de investigación implementados por la clínica. También brinda cursos gratuitos vinculados a oficios que puedan generar en la población objetivo posibilidades de obtener ingresos. El equipo realiza un trabajo de campo en los sitios de concentración de población HSH, como discotecas, cines, canchas de vóley, etc. Cada equipo tiene designado un sector geográfico de reclutamiento. El personal tiene diversas orientaciones sexuales e identidad de género.

Es importante notar que la Unidad de Ensayos Clínicos (CTU) cuenta con órganos de asesoría, entre los que figuran la Universidad de Washington, como mentores en el desarrollo de la ciencia; el Comité de Ética (CE) de IMPACTA, encargado de supervisar el respeto de los derechos de las personas que participan en los estudios; y el Comité Asesor Comunitario

(CAC), nexo de investigadores con la comunidad organizada y las poblaciones afectadas por el VIH y las ITS, principales beneficiarios de los programas y proyectos.

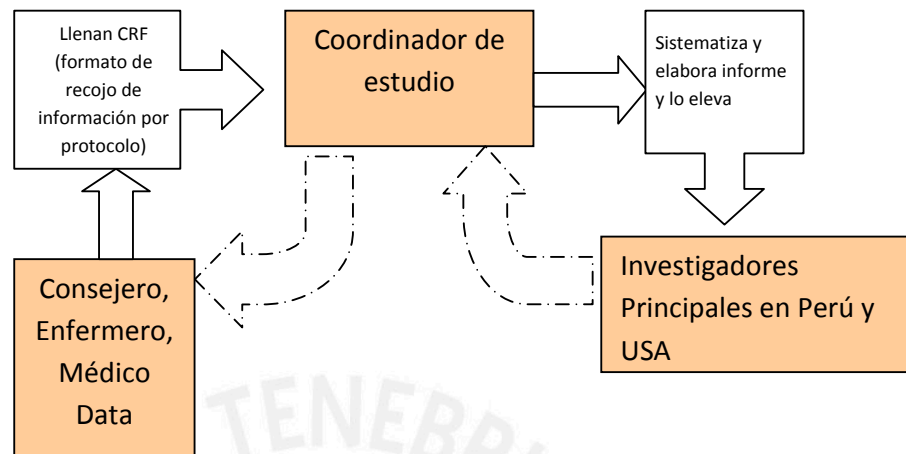
Líneas de trabajo de la Unidad de Ensayos Clínicos de Perú



Fuente: Elaboración propia

Para los protocolos de investigación se realizan informes por áreas para dar a conocer el trabajo realizado. Los consejeros, médicos y enfermeras completan un formato para recabar información de los participantes en los protocolos de investigación. El coordinador de estudios se encarga de elaborar informes mensuales que se dirigen al investigador principal en Perú y USA. Posteriormente, se recibe la retroalimentación del equipo de USA al equipo de Perú, a través del investigador principal en Perú y éste al coordinador de estudios, quien toma acciones respecto a las recomendaciones formuladas y las hace extensivas al personal de la clínica.

Monitoreo y evaluación de protocolos de investigación



Fuente: Elaboración propia

IMPACTA también cuenta con un servicio social para la comunidad que oferta en forma gratuita: el Programa de Atención Médica Periódica, Pre TARGA y seguimiento a pacientes que han adquirido el VIH; y tratamiento antirretroviral de gran actividad- TARGA- para pacientes que necesitan iniciar tratamiento.

2.1.3 Sedes e infraestructura

Las clínicas de atención (CRS) están estratificadas por el MINSA según el tipo de atención que brindan. Las clínicas IMPACTA se encuentran calificadas como un establecimiento de salud nivel I-3⁵⁶ que brindan servicios especializados en consulta médica sobre ITS, VIH y sus complicaciones y enfermedades infecciosas y tropicales; consejería pre y post-test para VIH y otras ITS; laboratorio; y capacitación. Cuentan con instalaciones y equipamiento adecuados a sus funciones, como consultorios y diferentes aparatos para el examen físico. En la consejería se cuenta con dildos, manuales de prevención de ITS – VIH y condones, los cuales se utilizan en la aplicación de las diferentes técnicas de

⁵⁶ Es la denominación que otorga el MINSA a los establecimientos de salud según normativa 2009.

consejería. En una sala de espera, se brinda información a los pacientes mediante videos sobre prevención del VIH. Actualmente, el programa cuenta con dos sedes de investigación en Lima, en los distritos de Miraflores y San Miguel.

2.1.4 Tipos de servicio que ofrece IMPACTA

IMPACTA ejecuta tres tipos de servicio. El primero se refiere a la aplicación de protocolos de investigación sobre ITS y VIH, tanto de prevención como de tratamiento. Estos protocolos se caracterizan por seguir las normas internacionales de bioética en la investigación y son subvencionados por entidades de salud de Estados Unidos. Se investigan diferentes temas: protocolos de prevención que trabajan con vacunas y otros con tratamientos preventivos; protocolos de tratamiento para VIH en los cuales participan pacientes seropositivos; y protocolos de ciencias básicas donde se hacen estudios a nivel celular, que son la base de los protocolos de prevención y de tratamiento.

El segundo es el servicio para pacientes que han adquirido el VIH. La Pre TARGA⁵⁷, se trabaja con pacientes seropositivos, haciéndoles un seguimiento periódico en el que se les brinda atención médica, consejería de soporte y control de CV (Carga Viral) y CD4 (Células Blancas tipo Linfocitos T de Defensa - células que nos protegen contra enfermedades) cada tres a seis meses. En el caso del Servicio de TARGA, se les brinda tratamiento gratuito a pacientes seropositivos que se encuentran cerca o en estadio SIDA.

El tercero, es el Programa de Atención Médica Periódica, el que pasaremos a exponer con detalle, pues concierne al objetivo de la presente investigación.

⁵⁷ Pretarga y Targa son servicios de seguimiento a pacientes con VIH/SIDA.

2.2 Programa de Atención Médica Periódica

El Programa de Atención Médica Periódica surgió en el 2008 en la sede Miraflores, cuando IMPACTA identificó que existía una gran demanda por parte de la población HSH que deseaba ser atendida por la institución en este programa, ya que se negaban a asistir a establecimientos de salud pública por el maltrato que sufrían allí, lo cual coincide con lo señalado por el Informe UNGASS 2010 que dice:

(...) que con relación al estigma y discriminación se sigue reportando por parte de la sociedad civil, denuncias sobre violación al principio de confidencialidad del diagnóstico, negación de la atención, homofobia y transfobia en los servicios de salud, discriminación en la provisión de servicios de salud representados en cobros indebidos en particular a trabajadoras y trabajadores sexuales, limitación de los servicios sólo al control de la epidemia, falta de integridad en la atención en salud a pesar de que hay programas financiados como el del Fondo Mundial para reducir el estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH⁵⁸.

Esto motivó el compromiso de crear un servicio gratuito de atención dirigido a esta población. Además, se tomó la decisión de subvencionar las pruebas rápidas de VIH y RPR para sífilis dirigido a esta población. Pasaremos a detallar las características de este servicio.

2.2.1 Población Objetivo

La AMP de IMPACTA atiende a la población con más altos índices de VIH-SIDA, es decir, los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Tal como lo hemos señalado en el capítulo precedente, la epidemia de VIH en la región latinoamericana se caracteriza por estar “concentrada” en

⁵⁸ Cf. MINSA. Informe UNGASS 2010. Lima: MINSA, 2010, p. 61.

poblaciones específicas: los HSH. Esta población presenta las más altas prevalencias de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y, por tanto, se encuentra dentro de la denominación de “poblaciones vulnerables”⁵⁹.

Es por ello que la población objetivo que atiende la AMP de IMPACTA está conformada por HSH de diferentes distritos de la ciudad de Lima. La mayoría tiene un nivel educativo que llega hasta técnico. Un menor porcentaje cuenta con una profesión. La mayoría son de estratos económicos de nivel medio y medio bajo dependiendo de la zona de influencia de la clínica (San Miguel o Miraflores)⁶⁰. Pero, dentro de la atención dirigida a la población HSH, se considera de manera especial a la población que se encuentra en mayor riesgo de adquisición del VIH, a la cual se le evalúa según un formato que se basa en los criterios de Alaska del MINSA⁶¹. En este caso, se trata de personas que se han expuesto al riesgo de contraer VIH o tienen cualquier otra ITS. Sea como fuere, la mayoría de quienes acuden a los servicios de la AMP viene por invitación de personas que ya conocen la clínica o por llamadas a la línea 0800 para solicitar información y en la cual se les ofrece esta atención.

2.2.2 Características de la intervención

Como parte de su labor social, IMPACTA ha implementado una atención especializada, gratuita y exclusiva para la población HSH que se encuentra en mayor riesgo de adquirir el VIH, y toma como modelo de base a la Atención Médica Periódica del MINSA, que consiste en el

⁵⁹ Cf. CIUDADANIA SEXUAL. Diversidad sexual, derechos humanos y VIH. Nuevas iniciativas regionales y globales. Consulta: 30 de mayo de 2010. <http://www.ciudadaniasx.org/boletin-09-mayo-2010/articulos-y-entrevistas/diversidad-sexual-derechos-humanos.html>.

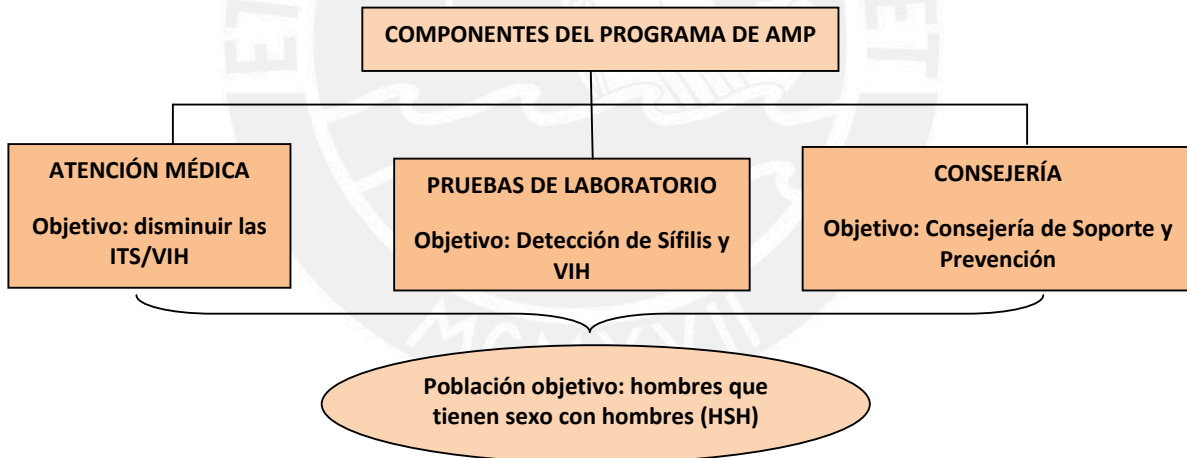
⁶⁰ Cf. ASOCIACIÓN CIVIL IMPACTA. Salud y Educación. Visión. Consulta: 22 de junio de 2008. <http://www.IMPACTAperu.org/>.

⁶¹ Los Criterios de Cohorte Alaska del MINSA hace referencia a varias condiciones que estratifican a las personas con alto riesgo de infectarse con VIH: personas mayores de 18 años; HSH; que haya tenido una ITS en los últimos 3 meses; que no haya usado condón en su última relación sexual; haya tenido coito anal insertivo o receptivo con más de cinco parejas en los últimos 6 meses.

control sistemático y periódico en busca de ITS que se realiza a los/as trabajadores/as sexuales y HSH, no importando su estado serológico con una periodicidad de 90 días. El servicio es gratuito e incluye el examen médico, pruebas de laboratorio (prueba rápida para VIH, gonorrea, clamidia y una prueba para sífilis) y tratamientos para las ITS diagnosticadas en el caso del paciente y sus contactos.

IMPACTA adaptó el modelo del MINSA de Atención Médica Periódica con los siguientes componentes, la atención médica, que tiene por objetivo la detección y disminución de ITS y VIH; en segundo lugar, las pruebas de laboratorio, las cuales permiten detectar la infección; y, finalmente, la consejería que brinda apoyo emocional. En todos estos componentes, se respeta el principio de calidad y calidez del servicio.

Componentes del Programa de atención médica periódica



Fuente: Elaboración propia

La gestión de la AMP implicó lo siguiente:

1. Proceso de adaptación del diseño

El proceso de gestión del servicio se inició con un proceso de adaptación para la población HSH del MINSA con algunas variaciones como: atención especializada y gratuita exclusivamente para la población HSH;

solo es para trabajador sexual hombre y HSH, a diferencia del MINSA que también incluye a las trabajadoras sexuales mujeres; sólo considera prueba rápida para VIH y sífilis mas no gonorrea y clamidia; diseño de un formato de seguimiento a pacientes en el que se incluyen datos del examen físico, antecedentes de riesgo, fecha de última prueba de VIH y uso de condón en los tres últimos meses. Dicha adaptación fue realizada por la Unidad de Investigación Científica (CTU) junto a los investigadores principales y coordinadores de las clínicas.

Sin embargo, no se diseñó ni aplicó una metodología específica para el recojo de percepciones y opiniones de la población atendida ni del personal de IMPACTA, a fin de adecuar el diseño del MINSA a sus necesidades.

2. Proceso de la gestión del servicio

La generación de oferta del servicio, se ha producido a partir de la necesidad de esta población para acceder a un servicio especializado y gratuito, que no sea el del MINSA y tampoco los protocolos de investigación clínica de IMPACTA.

Respecto al proceso de atención, la AMP cumple con brindar un servicio médico y consejería a la población HSH con la misma calidad que aplica en los protocolos de investigación clínica.

Sin embargo, según la información obtenida de las entrevistas, las subpoblaciones HSH como la travesti, sufre de trastornos emocionales graves que no pueden superarse sólo por consejería sino por terapia psicológica, más sostenida y de largo plazo.

Respecto al personal de IMPACTA, se cuenta con médicos, enfermeras, consejeros, anfitriones, técnicos en laboratorio quienes reciben capacitaciones especiales periódicas para la atención de la población HSH.

El horario de atención a pacientes es de 9am a 6pm, en todos los servicios que brinda IMPACTA. Pero la atención para AMP se prioriza en las tardes para evitar la sobrecarga laboral y la espera en la atención. La atención dura aproximadamente 45 minutos hasta 1 hora, a diferencia de los protocolos que pueden durar de 3 a 4 horas por la detallada información que se exige. Se entrega información mediante folletería, diseñada y validada con población HSH.

De otro lado, mientras que los protocolos de investigación entregan incentivos en agradecimiento a la colaboración de los voluntarios que participan, en la AMP no siempre es posible realizar estas acciones, ya que no se cuenta con un presupuesto asignado para estos fines.

Es importante señalar que la AMP es un programa de prevención al cual llegan pacientes que desean hacerse la prueba para conocer su estado de salud respecto al VIH. Si sale negativa el paciente continúa en la AMP en su control cada 3 meses, pero si la prueba sale positiva se le deriva a otros servicios como PRE TARGA O TARGA (servicios gratuitos).

En este cuadro resumimos las diferencias que existen entre la atención de los Ensayos clínicos (mediante protocolos de investigación) y la AMP:

ENSAYOS CLÍNICOS (PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN)	ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA
Tiene subvención económica	No tiene un fondo específico
Se llenan diversos formatos creados especialmente por cada protocolo	Los formatos son específicos para la AMP y son mas cortos
Se entrega merchandising	No se entrega incentivo
Tiene un tiempo de duración de acuerdo al protocolo	No tiene un tiempo definido
Los intervalos que vienen los/las pacientes a la clínica son variables de acuerdo al protocolo	Las visitas son trimestrales

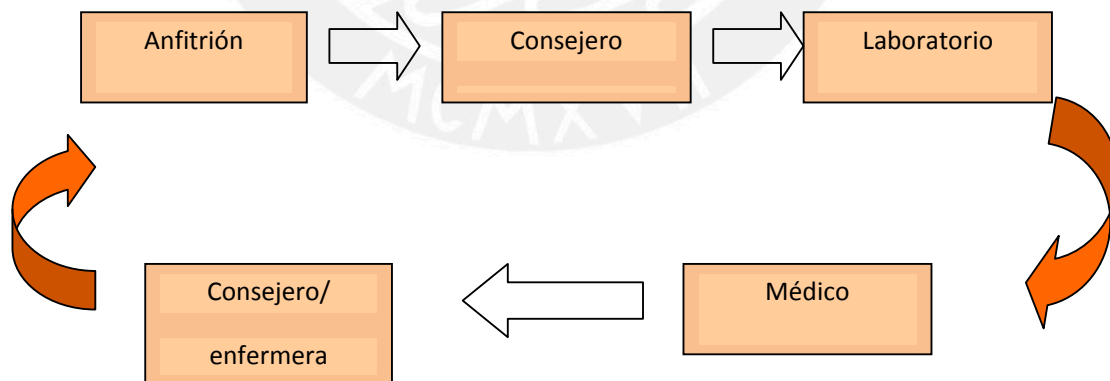
Fuente: Elaboración propia.

El proceso de atención en la AMP involucra varios pasos a seguir que pasaremos a detallar.

- a) Cuando un participante llega a la clínica es recibido por el anfitrión, que es una persona de la población HSH. Se le genera la historia clínica con todos sus datos, una vez impresa la historia si el participante pertenece a la población travesti, el personal está obligado a colocar en lapicero el nombre femenino con el que desea ser llamada.
- b) En la zona de anfitriónaje se cuenta con un televisor donde se pasa información y sirve como entretenimiento mientras se espera el turno de atención.
- c) Luego el paciente, pasa con la/el consejera/o que le explica los procedimientos y cómo es la atención, evalúa las conductas de riesgo que pueda tener y absuelve todas las preguntas que tenga. Realiza la consejería pre test para la prueba rápida de VIH (Prueba de tamizaje, no confirmatoria), donde le explica qué significa esta prueba. Luego de leerle y explicarle el consentimiento informado para realizarle la prueba de VIH, se le solicita su firma. Obtenida ésta, el participante pasa a laboratorio donde, siguiendo los lineamientos de bioseguridad, se le toma la muestra de sangre para la prueba rápida de VIH y la de RPR para sífilis.
- d) Posteriormente, pasa con el médico quien le explica el procedimiento del examen clínico y le hace referencia de las posibles ITS que puede contraer el paciente de acuerdo a su conducta de riesgo. Se recibe el resultado de RPR para sífilis, se le explica y entrega una copia y si sale positivo se le da tratamiento por tres semanas. Si se encuentra alguna otra ITS también se le dará tratamiento. Dicho tratamiento es gratuito si la clínica cuenta con la medicación, y si no, se le hará la receta para que la pueda comprar en cualquier farmacia.

- e) El paciente regresa con el consejero quien le dará el resultado de la prueba rápida para VIH. Si es negativa se da consejería de reducción de riesgo, y se le entrega condones. Si la prueba es reactiva se le da consejería de soporte y se pasa nuevamente con el médico para que pueda darle mayor información sobre los cuidados de su salud requeridos hasta que reciba la prueba confirmatoria de Western Blot (WB); y posteriormente pasa al programa Pre TARGA (antes del tratamiento para SIDA) donde se le da cita cada 3-6 meses para control médico, CV y CD4. Si su CD4 está muy bajo se le da información sobre el Programa TARGA donde se le brinda medicamentos antiretrovirales para evitar que entre al estadio SIDA.
- f) Finalmente, se evalúa el estado anímico del paciente para hacer una cita de psicoterapia de soporte, pasa con el anfitrión quien después de generar la próxima cita para dentro de tres meses lo despide agradeciendo su visita a la clínica y entregándole folletos con información.

**Flujograma del Programa de atención médica
periódica**



Fuente: Elaboración propia

3. Proceso de soporte

En el proceso de soporte, se cuenta con tecnología de punta, los últimos adelantos en cuanto a pruebas, material informativo, consultorios adecuados. Además, se cuenta con un software que permite tener estadísticas sistematizadas sobre la atención y se cuenta con un staff de asistentes técnicos en todas las áreas.

La AMP no cuenta con un fondo independiente. Es la Unidad de Gestión (CTU) la encargada del aporte financiero para la compra de los insumos y es el mismo personal de la clínica que apoya este programa.

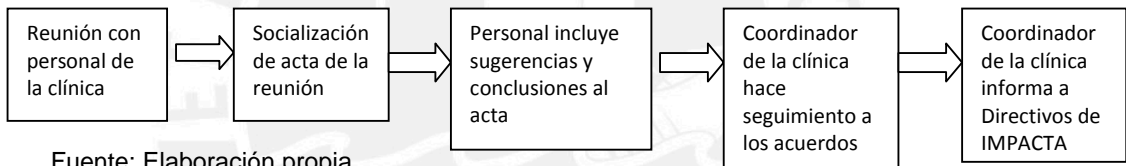
De otro lado, mientras que los ensayos clínicos cuentan con protocolos de investigación, sea de tratamiento o de prevención, establecidos según reglas internacionales, los cuales deben cumplirse en forma estricta, e involucran el cumplimiento de buenas prácticas clínicas y éticas, la AMP es un servicio más flexible. Aunque sigue los mismos lineamientos internacionales, la rigurosidad de seguimiento a cada uno de los/las pacientes no es tan estricta, debido a que no involucra seguimiento de medicación o vacunas.

2.2.3 Monitoreo y evaluación

IMPACTA cuenta con un sistema de ingreso de información sistematizada, que tiene un formato de examen físico y otro de diagnóstico. Estos formatos han sido creados por IMPACTA para captar información importante que les permite ir cambiando su estrategias. Dicho sistema es utilizado por el personal para ingresar los datos de la atención y resultados de laboratorio, lo cual permite realizar seguimiento de las personas atendidas, del tipo de ITS que presentan, con especial énfasis en algunas ITS que causan úlceras como la sífilis que son más infectantes.

La AMP no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación formalmente establecido (protocolo, indicadores), pero en la práctica si se realizan acciones de seguimiento como las reuniones mensuales del personal de las clínicas (Miraflores y San Miguel) convocadas por el coordinador clínico con el objetivo de analizar y plantear ideas para mejorar la gestión de todos los proyectos y programas de cada clínica. Se elaboran actas de dichas reuniones, las cuales son enviadas a todo el personal para que puedan añadir alguna sugerencia y las conclusiones para realizar las mejoras. La coordinación clínica realiza el seguimiento de los acuerdos de dichas actas para concretar los cambios necesarios. Mensualmente la coordinación clínica se reúne con los Directivos de IMPACTA para informarles de dichos acuerdos.

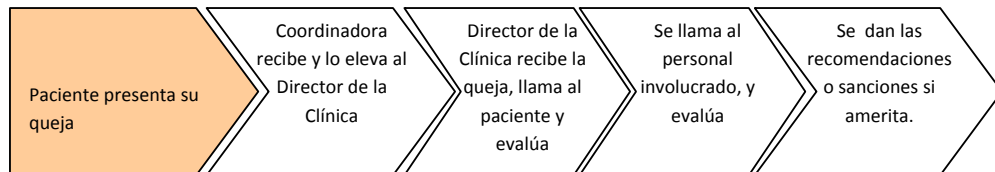
Seguimiento Programa de Atención Médica Periódica



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los/las pacientes de los protocolos de investigación y de la AMP pueden presentar sus quejas ante el Coordinador de la clínica. Dicha queja se eleva al Director de la Clínica quien convoca al paciente y al Coordinador clínico y posteriormente al personal involucrado. Evalúa el caso y si lo considera necesario, lo eleva al Comité de Ética (CE). Una vez que se hayan analizado todos los datos se toman las medidas correctivas de acuerdo a las normas de ética internacionales.

Trámite de queja

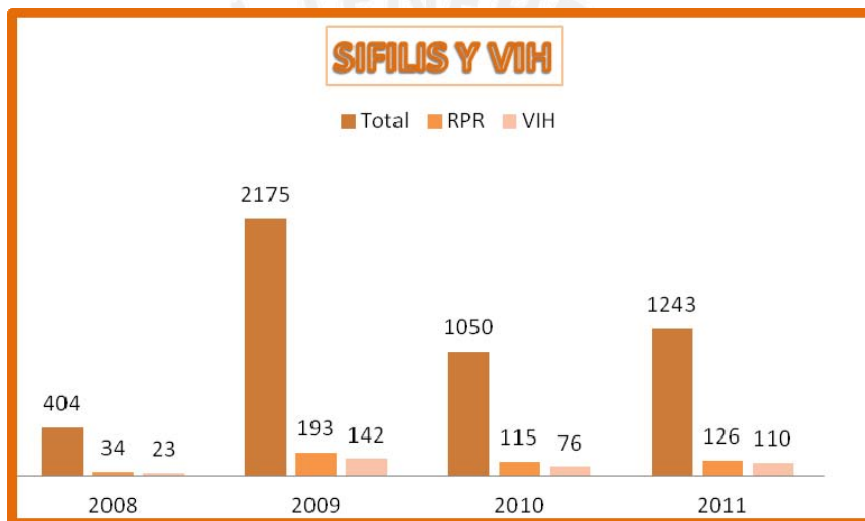


Fuente: Elaboración propia

2.5.4 Resultados de la atención en los años 2008-2011

A continuación presentaremos las estadísticas del Programa de Atención Médica Periódica para los años 2008 y 2011, que permiten evaluar el número de personas que se les ha podido diagnosticar con la prueba rápida para VIH e ITS⁶², lo que permite que estas personas puedan saber su diagnóstico en forma temprana y mediante la prevención evitar nuevas infecciones.

Cuadro N° 1
Sífilis y VIH positivos año 2008-2011



Fuente: Elaboración propia. (Fuente: Estadísticas de IMPACTA)

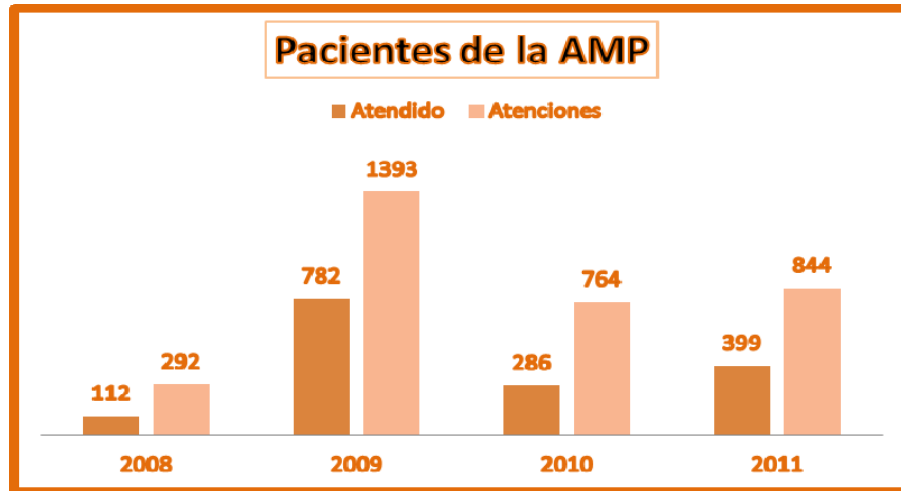
El cuadro N° 1 muestra el total de pacientes que asistieron a la AMP y la cantidad de pacientes que tuvieron una prueba reactiva para Sífilis y VIH⁶³, esta información es importante porque la prevalencia de alguna ITS que presentan úlceras (llegas), en este caso sífilis, aumenta el porcentaje de adquirir el VIH. Así mismo, se aprecia que a pesar que en los años

⁶² El tratamiento de las ITS sólo se puede realizar cuando tenemos sospecha o cuando tenemos diagnósticos precisos como la sífilis que es una de las ITS más frecuentes en la población HSH.

⁶³ Los pacientes que por primera vez llegan al establecimiento de salud son denominados "atendidos". Aquellos que vienen a sus visitas regulares según cita son denominados "atenciones". En IMPACTA estas atenciones se dan cada tres meses, por lo tanto al año deben venir 4 veces.

2010 y 2011 disminuyó el número de pacientes atendidos, los casos positivos de VIH se mantuvieron altos.

Cuadro N° 2
Pacientes de la AMP



Fuente: Elaboración propia. (Fuente: Estadísticas de IMPACTA)

El cuadro N° 2 muestra la cantidad de pacientes en su primera visita (atendidos) y en su seguimiento (atenciones). Según este cuadro la tendencia respecto a la cantidad de pacientes debería haber aumentado en el 2010 y 2011, siguiendo la tendencia del 2009, pero se aprecia que no fue así, para el 2010 no se incrementó porque una de las clínicas no atendió con la regularidad del 2009 debido al cambio de sede. Asimismo, en el 2011 sólo hubo AMP sólo por 6 meses, que es lo que representa el cuadro. En los otros 6 meses, los/las pacientes fueron atendidos dentro del marco de la Vigilancia Centinela 2011⁶⁴ que realizó IMPACTA junto con el MINSA, motivo por el cual no se ha incluido a estos pacientes en las estadísticas mostradas en el cuadro.

⁶⁴ Vigilancia Centinela: es un estudio de investigación que el MINSA convoca a concurso público cada dos años. En los últimos diez años IMPACTA ha ganado todos los concursos. Este año el MINSA junto con la IMPACTA y la Oficina General de Epidemiología volvieron a realizar la Vigilancia Centinela que dura seis meses, con el objetivo de ver las tendencias sobre la prevalencia e incidencia con respecto al VIH en población HSH. Esta investigación permite que el MINSA conozca la realidad de lo que está pasando en el Perú y pueda adecuar sus estrategias de prevención y así ayudar a la disminución del VIH en esta población.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA

Tal como se ha señalado en el capítulo precedente, IMPACTA cuenta con tres tipos de procesos de atención: protocolos de investigación clínica; atención a pacientes VIH (PRETARGA Y TARGA) y la Atención Médica Periódica (AMP). Estos procesos tienen características diferentes. Esta tesis se enfoca en los servicios de AMP.

En este capítulo estructuramos el análisis de Gerencia Social de los servicios de AMP en torno a varios ejes: la caracterización de la población objetivo para la cual fue diseñada la intervención; la compatibilidad de este diseño con las necesidades de la población más vulnerable de adquirir el VIH; la gestión del servicio que brinda IMPACTA y su adecuación a las necesidades de la población más vulnerable, en términos de: la calificación del personal, la metodología de provisión del servicio, la calidez del servicio, los horarios de atención, la infraestructura de las clínicas de atención, el flujo de información y comunicación de soporte a la población más vulnerable de adquirir el VIH y la generación, procesamiento y uso de información sobre el servicio brindado.

3.1 Correspondencia de la población objetivo de la AMP con la población atendida

Tal como hemos señalado, la AMP de IMPACTA se implementó en el 2008 en base al diseño de la AMP del MINSa, con algunos ajustes según sus requerimientos institucionales. La AMP del MINSa tenía por objetivo disminuir las ITS incluyendo el VIH en las poblaciones vulnerables como trabajadoras sexuales mujeres y hombres y la población HSH. Dicho modelo en su momento fue considerado exitoso, por lo que IMPACTA no consideró necesario hacer una investigación preliminar para el diseño de

su intervención. Este modelo no hacía diferenciación entre las subpoblaciones al interior de la población HSH, por ello IMPACTA organizó un servicio de atención sin tener en cuenta las características particulares o necesidades específicas de dichas subpoblaciones.

La gran diferencia entre la AMP del MINSA y la AMP de IMPACTA es que este último tiene por objetivo ofrecer una *atención exclusiva a la población HSH*, en respuesta a los resultados de diversos estudios internacionales que muestran los altos índices de concentración del VIH en esta población.

Las estrategias sanitarias contra el VIH de todos los países reconocen abiertamente que sus epidemias están impulsadas ante todo por la población HSH. Los datos de prevalencia disponibles de VIH en el Perú demuestran que la epidemia continúa concentrada en este grupo. Casi todos los estudios disponibles muestran una prevalencia mayor al 5% respecto a la población general. Los estudios realizados durante los años 1996 y 1998, por el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de ITS, VIH (Ex PROCETSS) en su Vigilancia Centinela encontraron que la mayoría de las infecciones de los HSH resultaban de infecciones ocurridas probablemente desde finales de la adolescencia, lo que significa que existen HSH de todas las edades que estarían en el estadio SIDA en edades tempranas⁶⁵.

Un estudio realizado en Lima Metropolitana⁶⁶ entre la población gay, transgénero y bisexual, refuerza los datos encontrados con un 33% infección por VIH en HSH. Otro estudio reciente de la Universidad

⁶⁵ Cf. SÁNCHEZ Jorge y otros. "For the Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru". En: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2007, pp.578-585.

⁶⁶ Cf. MINSA. Informe UNGASS 2010. Op Cit, pp. 33. Presentación de la Dra. Mónica Pun "Situación de la Epidemia en el Perú" Informe Técnico de la Consulta Nacional Trabajo Sexual y Derechos Humanos en el Perú. 2008. Documento de trabajo no publicado. MINSA. Asociación Miluska Vida y Dignidad. Red Nacional por los Derechos de las personas Transgénero, Travesti y Transexuales del Perú. Red Trans.

Peruana Cayetano Heredia⁶⁷ en conjunto con la Red - Trans Perú en Lima Metropolitana encuentra resultados muy parecidos⁶⁸. El 17.77% de los HSH diagnosticados de VIH está concentrado en Lima y Callao, donde vive un tercio de la población peruana⁶⁹. El VIH afecta a poblaciones cada vez más jóvenes y más pobres, de las ciudades más densamente pobladas, principalmente de la costa y la selva.

Por lo señalado, la población HSH es la que se encuentra en más riesgo de infectarse de VIH y es también la que está más expuesta a la discriminación y violencia que alimentan el riesgo que corren. El Informe UNGASS 2010 señaló que la población HSH usa condón en un porcentaje de 47.2% % y en el caso de trabajo sexual solo es el 41.9%. Además, sólo el 40.2% señaló tener información sobre prevención de VIH⁷⁰.

Estadísticas UNGASS DE 2010

Informe UNGASS 2010	Total de entrevistados	Número de entrevistados que dieron respuesta positiva	Porcentaje	Menor de 25 años	Mayor de 25 años
Porcentaje de HSH que usó un condón en su última relación sexual con otro hombre	3334 <25: 1650 >25: 1684	1575 <25: 685 >25: 890	47,2%	41,5%	52,8%
Porcentaje de TS HSH que usaron un condón en su última relación sexual	1420 <25: 790 >25: 630	595 <25: 326 >25: 279	41,9%	40%	44.3%
Porcentaje de HSH que tuvo acceso a información de prevención sobre VIH	4101 <25: 2141 >25: 1960	1649 <25: 767 >25: 882	40,2%	35,8%	45% >25:8 82

Fuente: En base a MINSA. *Informe UNGASS Perú. 2010*, Op. Cit., pp. 24-26 y 98.

⁶⁷ Cf. CÁCERES, Carlos. *Nuevas evidencias para las Políticas y Programas de Salud en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú*. Universidad Peruana Cayetano Heredia y Organización Panamericana de la Salud. 2007, p.13

⁶⁸ Cf. MINSA. Informe UNGASS. 2010, Loc. Cit.

⁶⁹ Ídem, p13

⁷⁰ Cf. MINSA. Informe UNGASS Perú. 2010, Op. Cit., pp. 24-26 y 98.

Cuando en el año 1987, el Ministerio de Salud creó la AMP para la atención de poblaciones en estado de vulnerabilidad con respecto al VIH, se adoptaron algunos términos para definir a las subpoblaciones según su conducta sexual. En esa primera clasificación se identificó como subpoblaciones a: buses, mostaceros, fletes, deschavados y travestis. Posteriormente, Carlos Cáceres⁷¹ en sus estudios de HSH en América Latina introduce a los gays y ahí considera a los buses. En otro grupo incluye a los deschavados, modernos, mostaceros y fletes. En los 5 últimos años las investigaciones añaden al bloque Trans -tal como se les ha denominado por un factor político- en el que se considera a las transgéneros, transexuales y travestis, tal como consta en el informe UNGASS del 2010⁷².

De los estudios realizados y de la práctica realizada en la AMP de IMPACTA se han identificado algunas características de las distintas subpoblaciones del grupo HSH, las cuales se presentan a continuación:

Subpoblaciones HSH y sus características

DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS
BLOQUE TRANS	
TRANSGÉNERO	Personas cuya identidad de género difiere del sexo con el que nació pero no necesariamente requieren de una cirugía, pero sí se colocan hormonas femeninas, y siliconas.
TRANSEXUAL	A diferencia de los transgéneros esta población necesita someterse a cirugías para ir tomando la apariencia femenina ya que tienen un conflicto entre el sexo biológico y la identidad de género. Niegan su cuerpo y órgano genital masculino. Su anatomía física no corresponde al sexo al que siente pertenecer; la mayoría al hacerse la prueba de ADN encuentra que son genéticamente mujeres por lo que asume de forma permanente el rol del otro sexo.
TRAVESTI	Personas que usan ropa convencional asociada al sexo opuesto. A diferencia de las dos poblaciones anteriores, si aceptan su cuerpo, órgano genital y les gusta jugar con una doble identidad, pero necesitan vestirse como el sexo opuesto. Las Travestis, transexuales y transgéneros pueden ser hombres que desean transformarse a mujeres o mujeres que desean transformarse a hombres. En el caso de la presente tesis sólo se referirá al caso de los hombres que desean transformarse a mujeres. Diversa literatura señala que se les debe denominar según el género que han adquirido por su transformación. Para efectos de la presente tesis, sólo nos centraremos en travesti hombres y se les denominará en género femenino ⁷³ .

⁷¹ Cf. CACERES, Carlos. *Sexo y VIH en la población que tiene sexo con otros hombres en América Latina*, Pp. 53-67.

⁷² Cf. MINSA. *Informe UNGASS. 2010*. Op. Cit., p. 75.

⁷³ Extensa bibliografía internacional muestra que a las trans se les debe denominar por el género que han decidido transformarse. Aquí citamos varios textos que lo afirman: ONUSIDA. *Orientaciones terminológicas*. 2011, p. 27. ONUSIDA. *Informe ONUSIDA 2010*. ONUSIDA. *Derechos humanos Salud y VIH. Guía de acciones estratégicas para prevenir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*, 2006, p. 17. RODRÍGUEZ-MADERA, S. & Toro-Alfonso, J. *La comunidad de la cual no hablamos: Vulnerabilidad social, conductas de riesgo y VIH/SIDA en la comunidad de transgéneros en Puerto Rico*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (2003), pp. 7-40.

	Suelen dedicarse a la peluquería, cocina y otras a trabajo sexual. En general tienen un bajo nivel educativo, experimentan situaciones de discriminación y violencia como un hecho cotidiano, pueden consumir sustancias que las exponen a mayor riesgo de infección (alcohol, cocaína y psicofármacos).
GAY	
BUSES /ASOLAPADOS	HSH de apariencia y conducta masculina. Esta población disimula su homosexualidad. La ocultan por temor a la incomprensión y discriminación que pueden sufrir hasta de su propia familia. Muchos de ellos son casados y tienen un hogar con hijos por convención social, pero no disfrutan de una sexualidad con mujeres.
OTROS HSH	
DESCHAVADO	Gay de apariencia y conducta afeminada, pero no llega a vestirse totalmente de mujer. Nunca tiene relaciones con mujeres.
MODERNOS	Son aquellos HSH que en sus relaciones sexuales actúan como activos y como pasivos.
POBLACIÓN QUE INTERACTÚA CON LOS HSH	
MOSTACEROS	Hombre que eventualmente tiene relaciones sexuales con hombres pasivos pero que no cobra dinero; lo hace por presión de grupo o diversión. En sus relaciones sexuales sólo penetran. Tienen relaciones sexuales con pasivas o travesti, la mayoría de las veces a cambio de comida, regalos, droga, alcohol, dinero. También tienen parejas mujeres con las cuales mantienen relaciones sexuales y casi nunca usan condón por la creencia que con sus mujeres no hay peligro como con las travesti.
FLETES	Interactúan con los HSH pero realizan trabajo sexual. No se creen necesariamente homosexuales, aunque sostengan relaciones con hombres. Son bisexuales por práctica y no por orientación.
BISEXUAL	Hombre que tiene sexo con hombres y con mujeres.

Elaboración propia en base a: CÁCERES, Carlos. *A lo que venga. Alcohol, Drogas y Vulnerabilidad Sexual en el Perú*, Loc. Cit. También: CACERES, Carlos. *Sexo y VIH en la población que tiene sexo con otros hombres en América Latina*, Pp. 53-67. También: MINSA. DIRECTIVA N° 005-98-PROCETSS, pp.12 y 13. TORO, José. *Vulnerabilidad de hombres Gay y hombres que tiene sexo con hombres frente a la epidemia del VIH SIDA en América Latina. La otra historia de la masculinidad*, Loc. Cit.

Al interior de la población HSH, José Toro⁷⁴ señala que existe una amplia evidencia de la particular vulnerabilidad de la población trans en general (travesti, transgéneros y transexuales) para la infección del VIH. En términos de prevalencia se tiene que:

Porcentaje de riesgo entre la población HSH

Población	Porcentaje
Bisexual	10–20%
HSH/Gay	18–26%
TRANS (transgénero, transexual, travesti)	32-45%

Fuente: MINSA. *Informe UNGASS Perú 2010*, Op. Cit., p.33

⁷⁴ Ibidem.

En muchos países, las personas trans (incluyendo las travesti) empiezan a asumirse como tales desde edades tempranas y en el marco de una sociedad que criminaliza la identidad trans, esta situación conlleva con mucha frecuencia a la pérdida del hogar, los vínculos familiares y la marginación de la escuela a temprana edad. Esto se agrava porque estas personas ven interrumpida su infancia y se encuentran obligadas a vivir en un mundo de adultos, sea con la convivencia con sus pares o con sus clientes. Muchas de estas personas han utilizado hormonas para verse femeninas y otras han recurrido a implantes de silicona, corriendo el riesgo de una mala práctica⁷⁵.

La población travesti asume comportamientos de riesgo íntimamente asociados a las condiciones adversas, tanto socio-económicas como psicológicas, en las que viven contribuyendo a que se constituyan en una población altamente vulnerable a la infección por VIH⁷⁶. Las situaciones de riesgo que predominan son conductas vinculadas a la sexualidad como actividad sexual con información errónea o insuficiente y actividad sexual sin protección y promiscua⁷⁷. Además, existen percepciones sobre la sexualidad que contribuyen a aumentar el riesgo de contagio como: conducta sexual percibida como “la oportunidad”, sexualidad incontrolable, incomodidad de los métodos de protección sexual. Sólo consideran que es riesgoso el contacto sexual si se presentan muestras visibles de enfermedad (heridas, supuración en genitales, llagas)⁷⁸. Asimismo, se encontró que, entre los HSH de 15 a 22 años, los factores

⁷⁵ Cf. BERKINS, Lohana. “Travestis: una identidad política”. Presentación en el III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género Diferencia Desigualdad. Construirnos en la diversidad. Villa Giardino, Córdoba, 25 al 28 de octubre de 2006. Consulta: 4 de agosto de 2009. http://hemisphericinstitute.org/journal/4.2/eng/en42_pg_berkins.html.

⁷⁶ Cf. CÁCERES Carlos. *A lo que venga. Alcohol, Drogas y Vulnerabilidad Sexual en el Perú*, 2004, p.1193. Consulta: 5 de mayo de 2010. http://www.onu.org.pe/UPLOAD/Documentos/A_lo_que_venga.pdf.

⁷⁷ Cf. Perú: Estudian la influencia de las normas de género y la homofobia en la percepción del riesgo. Consulta: 22 de junio de 2008. <http://IMPACTAcodoc.blogspot.com/2006/10/conducta-per-estudian-la-influencia-de.html>.

⁷⁸ Cf. Perú: Estudian la influencia de las normas de género y la homofobia en la percepción del riesgo. Consulta: 22 de junio de 2008. <http://impactacodoc.blogspot.com/2006/10/conducta-per-estudian-la-influencia-de.html>.

que predicen la práctica del sexo anal sin protección incluyen: encontrar que el sexo más seguro es difícil de practicar; haber sido víctima del abuso sexual; estar bajo la influencia del alcohol o drogas durante el sexo, y tener poco apoyo social. Un último factor es la creencia de que hay poca o ninguna posibilidad de evitar la infección de VIH⁷⁹.

La culpa social internalizada juega un rol importante, así como la organización sociocultural de las relaciones de género, y la configuración de la percepción del riesgo marcada por condiciones de homofobia, marginación, pobreza, estigma y, muchas veces racismo, donde una moral organizada en los roles sexuales tradicionales determina qué comportamiento es “normal” y qué es “anormal” en nuestra sociedad⁸⁰.

Según lo expuesto, la prevención dirigida a la población HSH se complica, porque esta población tiende a restarle importancia al VIH y continúa corriendo riesgos y poniendo a sus parejas sexuales en riesgo de infección con VIH⁸¹. Un factor limitante y clave ante esta situación ha sido la inexistencia de estrategias innovadoras y efectivas para llegar a las subpoblaciones de HSH, y ejercer una influencia en los determinantes estructurales de su vulnerabilidad y la de sus parejas, tanto masculinas como femeninas⁸².

⁷⁹ Cf. TRUONG H-H, KELLOGG T, KLAUSNER JD. *Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behavior without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of serosorting?*. Consulta: 22 de junio de 2008. <http://sti.bmj.com/cgi/content/full/82/6/461>.

⁸⁰ Cf. Hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres: en riesgo de contraer el VIH y otras ETS. Consulta: 22 de junio de 2008. http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsyngmen_sp.htm.

⁸¹ Cf. Hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres: en riesgo de contraer el VIH y otras ETS. Consulta: 22 de junio de 2008. http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsyngmen_sp.htm.

⁸² Cf. TRUONG H-H, KELLOGG T, KLAUSNER JD. *Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behavior without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of serosorting?*. Consulta: 22 de junio de 2008. <http://sti.bmj.com/cgi/content/full/82/6/461>.

Siguiendo los antecedentes planteados, la AMP de IMPACTA se diseñó para atender de manera exclusiva a la población HSH en general, sin hacer distinción en las particularidades de las subpoblaciones.

3.2 Población más vulnerable para adquirir el VIH dentro de la población HSH y sus características

Si bien la población objetivo que atiende la AMP, según su diseño, es la población HSH en general, en la práctica IMPACTA ha identificado a las diversas subpoblaciones según su grado de vulnerabilidad ante la infección del VIH, determinando a las travesti como la población en mayor riesgo. Por ello, en la práctica la AMP de IMPACTA ha incluido características particulares en su atención que luego pasaremos a explicar con detalle.

Gracias al tiempo que viene trabajando con la población travesti IMPACTA ha identificado algunas necesidades particulares, lo cual le ha permitido ir adecuando las características de su atención. Esta urgencia de plantear cambios en las características de la atención, fue confirmado posteriormente por el Informe UNGASS 2010 (ONUSIDA) respecto a la AMP del MINSA (base de la AMP de IMPACTA):

(...) han pasado más de diez años de implementación de esta estrategia y si bien en un principio demostró ser exitosa, se hace necesaria una evaluación bastante exhaustiva de su impacto en la actualidad. Es necesario además, ver el impacto de acuerdo a las características de cada población (gays, bisexuales y trans). En la actualidad no se conoce su impacto real y algunos estudios han demostrado que no tienen el impacto deseado en la población trans⁸³.

⁸³ MINSA. *Informe UNGASS*. 2010, p. 73. Cita el estudio de Salazar Ximena y Villayzan, Jana. La situación de la población trans en el Perú en el contexto del acceso universal a tratamiento, atención y apoyo en VIH SIDA. Instituto de estudios en salud sexual y desarrollo humano (IESSDH) ONUSIDA. En Prensa 2009.

Las travesti suelen utilizar alcohol y drogas para aligerar sus conflictos de carga emocional. Además, los encuentros anónimos reflejarían un problema de afectividad que las lleva a un sexo desprotegido, en tanto, confunden la necesidad de aceptación y cariño con el tener sexo⁸⁴. También la falta de acceso a los servicios de salud por la discriminación de la cual son objeto, es un problema generalizado. La mayoría de estas personas consideran como normal que se les discrimine y adoptan medidas para protegerse y adaptarse, debido a la exclusión social, falta de apoyo social y al hostigamiento por parte de las autoridades, que los hace vulnerables a la depresión, ideas suicidas y conductas sexuales de alto riesgo⁸⁵.

Cabe señalar que ser travesti no implica necesariamente el ejercicio de la prostitución, pero esta actividad está fuertemente asociada a esta población. Por ser una minoría oprimida, discriminada socialmente y excluida del mercado laboral, son condenadas muchas de ellas a esta situación que está ligada con el consumo de alcohol y drogas⁸⁶.

Riesgo de la población travesti

Factores de riesgo
Trabajo sexual
Alcoholismo
Drogadicción
Depresión
Discriminación y estigma

Fuente: Elaboración Propia

La población travesti es fuertemente discriminada. Se inicia esta situación a temprana edad y en la unidad familiar, lo que las obliga a salir de sus casas muy jóvenes e irse a lugares donde no se sientan discriminadas,

⁸⁴ Cf. ¿Qué necesitan los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres para la prevención del VIH? Consulta: 22 de junio de 2008. <http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/HJSH.php>.

⁸⁵ Cf. Hermano sol, hermana luna. Consulta: 22 de junio de 2008. http://www.caps.ucsf.edu/espanol/programas/HLS/hlsprogress_spanish.php#limitsespanol/hojas/HJSH.php.

⁸⁶ Cf. CÁCERES Carlos. *Sexo y Sida entre hombres de América Latina, Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas de acción*. Op. Cit, pp.15-17.

pero a la vez se ven expuestas a maltratos, exposición de alcohol y drogas y esto puede conllevar a sexo no protegido.

La población travesti no solamente es discriminada por la población en general, sino también por la población HSH. Por ejemplo, según las entrevistas realizadas se sabe que hay discotecas de ambiente que no permiten su ingreso por su condición de travesti⁸⁷. Las discotecas a las que suelen concurrir se caracterizan por su marginalidad, muchas veces con presencia de personas delincuentes o drogadictos con quienes se exponen a agresiones, violencia, explotación y maltrato.

La población travesti también sufre discriminación en espacios políticos o de organizaciones de lucha social. Son los gays quienes han acaparado estos espacios. Sin embargo, recientemente ellas han podido acceder a espacios de escucha y reflexión que les permite tener un discurso que las diferencia de las poblaciones de HSH y de la población en general para que se les reconozcan sus derechos⁸⁸. Ejemplo de ello se presentó en el último Foro Latinoamericano y del Caribe de ITS/VIH (Lima, noviembre 2009) en donde las travesti participaron en foros, seminarios, conferencias específicas sobre su problemática particular.

De otro lado, las personas entrevistadas señalaron también algunas características de la población travesti, específicamente relacionada al VIH/SIDA. Por un lado, se destaca la situación de especial riesgo que viven las trans en general por las actividades a las que se dedican para sobrevivir:

(...) su estilo de vida las pone en mayor riesgo al ser alto porcentaje trabajadoras sexuales, otro factor (...) está bastante ligado la violencia y estilo de vida ligada al alcohol o la violencia, lo que hace que puedan ser violentadas o tener

⁸⁷ Entrevista Líder MHOL (Movimiento Homosexual de Lima).

⁸⁸ Entrevista Lideresa RUNA (Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género).

relaciones sexuales con mayor violencia que lleva a roturas, contacto de sangre (...) que sean más desconfiadas, que traten de estar en un gueto. (Personal de la Unidad de Reclutamiento IMPACTA).

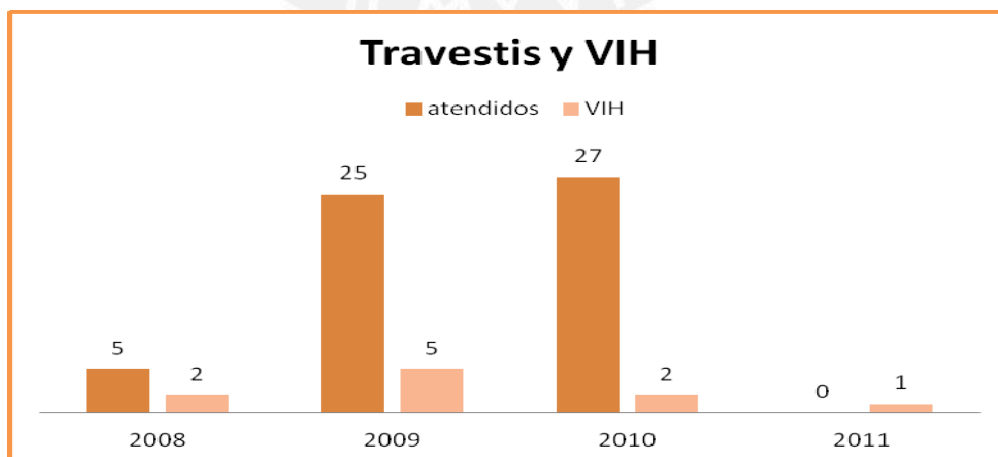
Asimismo, se destaca también la situación de vulnerabilidad y compleja situación en la que viven las trans que se dedican al trabajo sexual:

(...) por ganarse un poquito más de dinero aceptan el requerimiento de sus clientes de tener relaciones sexuales sin preservativo (...) si esas chicas tuvieran un poquito de educación y tuvieran una oportunidad que en el país que está muy limitado por el contexto de la identidad para tener igualdad, si tuvieran acceso al trabajo ellas no estarían expuestas al VIH. (...) son expulsadas tempranamente de sus casas, recurren a ese trabajo o lo que le oferten por sobrevivir. (Lideresa trans).

La vulnerabilidad de la población travesti se ve reflejada en los resultados de la ejecución de la AMP de IMPACTA.

Cuadro Nº 1

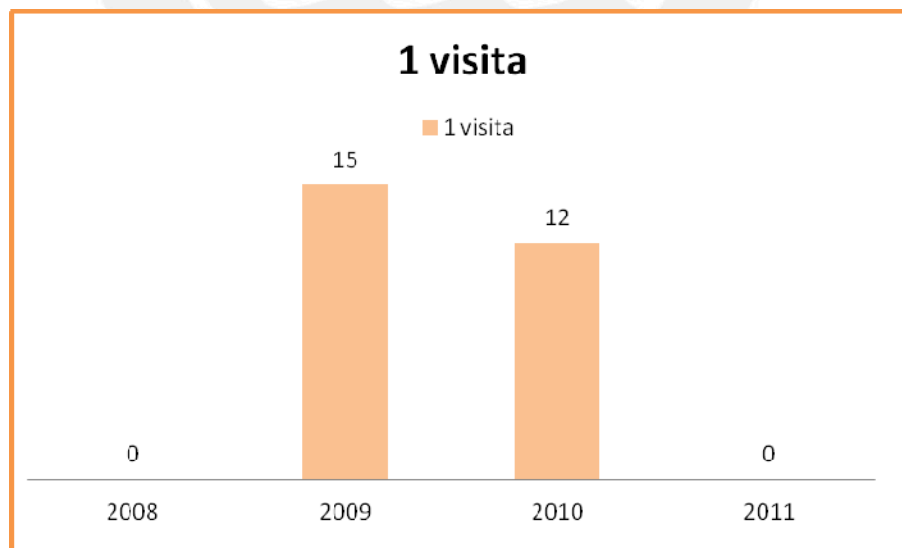
Atención a travestis en la AMP 2008-2011



Fuente: Elaboración propia (Fuente: Estadísticas de IMPACTA)

En el cuadro N° 1 se puede apreciar que de toda la población que atiende IMPACTA, la población travesti que asiste a la AMP ha aumentado para el año 2010 (en el 2008 se atendió a 5 travestis, en el 2009 se aumentó a 25 travestis y en el 2010 a 27 travestis) y también el número de travesti con VIH (en el 2008 sólo 2 travestis presentaron VIH, para el 2009 se aumentó a 5 travestis con VIH, reduciéndose en el 2010 a 2 travesti con VIH). De otro lado, podemos observar que la población travesti que asistió a la AMP ha aumentado desde el año 2008 al 2010 pero no en la magnitud que se esperaba para el 2011 por motivo de la Vigilancia Centinela, en que todos los pacientes fueron atendidos en esta investigación y no por la AMP. Tal como hemos señalado, la Vigilancia Centinela es un estudio de investigación que el MINSA convoca cada dos años y que IMPACTA ha implementado los últimos diez años, cuyo objetivo es determinar las tendencias sobre la prevalencia e incidencia con respecto al VIH en población HSH, en base a dicha información el MINSA diseña sus estrategias de atención.

Cuadro N° 2
Travestis con una visita 2008-2011



Fuente: Elaboración propia (Fuente: Estadísticas de IMPACTA)

En el cuadro N° 2 se puede ver que el número de travesti que sólo fueron a una visita es considerable, ya que a pesar del seguimiento no regresaron a la atención. Sin embargo, se recibió el dato que 10 de estas pacientes de la AMP de IMPACTA regresaron para atenderse durante la Vigilancia Centinela del año 2011, de las cuales 2 habían seroconvertido a VIH.

Cabe señalar que el objetivo de la AMP es el seguimiento periódico de los pacientes, ya que eso nos permite mantener un control adecuado de las ITS y conocer tempranamente nuevas infecciones, esto hace que nuestras estrategias de prevención y de evaluación con respecto al VIH sean efectivas, por ello es tan importante que los pacientes continúen su tratamiento.

En suma, los datos internacionales y nacionales expuestos muestran la situación de riesgo de la población travesti por las altas tasas de intercambio de parejas sexuales y la resistencia frente al uso del preservativo que implican mayores riesgos de infección. Dichas conductas de riesgo se agravan por la discriminación, problemas estructurales como la exclusión social y la pobreza, además de la falta de educación en materia sexual⁸⁹.

Según Cueto, se deberían considerar estas particularidades en el desarrollo de programas de intervención eficientes y con resultados sostenidos en el tiempo, especialmente de prevención y disminución del impacto social y cultural de esta epidemia en población travesti⁹⁰. Sin embargo, la existencia de una diversidad de identidades y prácticas, así como la migración, y la alta mortalidad hacen más difícil realizar estudios en la población travesti.

⁸⁹ Cf. MINSA. Informe UNGASS. 2010, Op. Cit., p. 75.

⁹⁰ Cf. CUETO, Marcos. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Op. Cit., p. 170.

El diseño de estrategias innovadoras y efectivas para llegar a las subpoblaciones HSH exige haberlas identificado, conocer sus características y conocer también qué población es la que requiere atención prioritaria.

La población travesti que participa en la AMP de IMPACTA, se caracteriza por tener muy alto riesgo de adquirir VIH, entre lo que se considera el trabajo sexual, drogodependencia y alcoholismo. La mayoría de esta población tiene un nivel educativo de primaria y secundaria incompleta, un menor porcentaje llega a nivel técnico y muy escaso número a nivel profesional. La mayoría son de estrato económico bajo o muy bajo.

Las personas entrevistadas⁹¹ manifiestan que la institución no utilizó metodologías de investigación para conocer las prioridades de la población travesti en el diseño del programa, pero que en la práctica lograron un aprendizaje que les ha permitido conocer la forma adecuada de atención. Es decir, el tratamiento específico y adecuado a la población travesti no se deriva de una investigación previa que se plasma en el diseño del programa sino en la experiencia, en la práctica misma. Al respecto una de las entrevistadas del Bloque Trans sugirió lo siguiente:

Recomendarles que nos incluyan en el diseño a las chicas trans, que viven la experiencia, la vivencia, por ejemplo, tú por más abogada que seas, por más instruida en el asunto del conocimiento, yo sin conocimiento superior, nunca por nunca vas a saber más que yo, me podrás ganar en términos técnicos pero yo tengo la vivencia, yo soy el problema. (Lideresa trans)

Asimismo, según las entrevistas, el programa no profundizó en conocer el contexto social y cultural de la población más vulnerable (travestis) mediante metodologías participativas que tomen en cuenta la opinión de la misma población (grupos focales, entrevistas a profundidad) lo que les

⁹¹ Consejero 1 y 2.

hubiera permitido adecuar su propuesta a las características específicas de esta población, porque en su momento el modelo del MINSA que fue el que se adaptó, era el más completo y exitoso pero no consideraba las características de las subpoblaciones según sus conductas sexuales.

Tampoco, se ha encontrado información que señale que se han dispuesto estrategias metodológicas que busquen la participación del personal de atención en el proceso de formulación o de mejoramiento del diseño de la AMP. Si bien existen reuniones mensuales entre el personal de atención en que se analiza la gestión de todos los proyectos de IMPACTA, incluyendo la AMP y pueden brindar sus opiniones, no se les ha convocado para elaborar o mejorar el diseño de la AMP, respondiendo a las características de las travestis. Según uno de los entrevistados:

(...) ha sido un protocolo estructurado, se ha buscado mejoras, implementado, convocado para las mejoras, pero no para armar el rompecabezas. (Consejero 2)

Según el testimonio, la AMP no contó con una metodología participativa de diseño a fin de recoger la opinión de los directamente beneficiarios y de aquellos que conocen a dicha población directamente por el trabajo diario. Tampoco se hizo una adecuación formal en la AMP según las necesidades particulares de las subpoblaciones incluidas en la categoría HSH. Todo lo cual se justificó, en tanto, la base del diseño de la AMP fue la propuesta del MINSA y éste en su momento era exitoso.

Finalmente, tal como lo dispuso el MINSA, IMPACTA también mantuvo el uso del término HSH para designar a la población travestis, aunque esto difiere del deseo de dicha población:

A nosotras nos encasillan dentro del rótulo HSH y nosotras somos unas chicas travesti que hemos asumido una identidad femenina y a qué chica va a querer que se le tilde de hombre que hace sexo con hombre, es un retroceso de la legislación, aunque el Fondo

Mundial hizo una observación para que esto se solucionara. Algunos consorcios tratan HSH, trans, otros HSH y trabajadora sexual, pero para los términos de nación nos siguen tratando como HSH. (Lideresa trans).

En suma, IMPACTA se basó en la propuesta del MINSA que se dirigía a la población HSH en general, sin embargo, en base a su experiencia IMPACTA identificó diversas subpoblaciones dentro de los HSH con diversos grados de vulnerabilidad ante la infección del VIH, priorizando la atención en la población travesti, aunque mantuvo el uso del término HSH para designar a las travestis. Además, si bien IMPACTA no cuenta con un protocolo de atención específico para travestis, en la práctica ha incorporado características particulares en la atención, que luego especificaremos en detalle. Sin embargo, estos cambios no se basaron en la aplicación de una metodología específica para conocer las características de la población travesti o el contexto social y cultural en el que viven, ni la opinión del personal de IMPACTA que trabaja directamente con ellas.

3.3 Necesidad de adecuación del servicio de AMP para atender las necesidades de la población más vulnerable

En este acápite se analizará el proceso de provisión del servicio de la AMP en IMPACTA, en relación a las necesidades de la población más vulnerable identificada en el subcapítulo anterior (travesti). Específicamente se analizarán las características del personal, horarios de atención, metodología de la atención, entre otros.

3.3.1 Metodología de atención

Tal como se ha señalado, los pacientes pasan primero por el anfitrión, luego el consejero y finalmente el médico, y si es necesario vuelven al consejero y al anfitrión para una nueva cita. Sin embargo, no existe un

protocolo de atención específico para la población travestis, sino que es la práctica la que ha ido puliendo la calidad y características de la atención.

En cuanto a la atención médica, las entrevistadas señalan que:

El trato con los médicos es de confianza, les puedo contar mis problemas y me aconsejan. (Paciente travesti 1)

La incomodidad de la población travesti respecto a la metodología de la atención se presenta, en tanto, existen protocolos de investigación que demoran muchas horas para aplicarse por paciente, lo cual impide que el personal pueda contar con el tiempo suficiente para atender a todos los pacientes, incluidos los pacientes de la AMP. Lo cual implica que existe una necesidad de mayor número de personal, sin embargo, no se cuenta con dinero para contratar a más personal ya que este servicio está subvencionado.

Otro tema es que los pacientes que desean recibir la AMP en ocasiones llegan a la clínica sin previa cita, cuando el personal está ocupado con otros pacientes. En tal sentido, una de las entrevistadas dice:

(...) que me avisen unos días antes, cuando va a ser mi cita, porque me olvido y a veces no vengo cuando me toca, después sólo vengo cuando me pasa algo. (Paciente travesti 2)

Esto significa que debe educarse al público objetivo para que cumplan con el horario de citas, lo que evitaría el mayor tiempo de espera o que no se les pueda atender.

Según las personas entrevistadas la espera en la atención causa mucha incomodidad, así lo manifiestan las entrevistadas:

La espera. A veces esperamos mucho tiempo y eso me hace perder clientas, yo tengo una peluquería, eso nomás no me gusta (Paciente travesti 2)

Sin embargo, en algunos casos se justifica la demora por la complejidad del paciente, que requiere de un mayor tiempo de atención y genera que los demás pacientes tengan un mayor tiempo de espera. El personal de IMPACTA señala lo siguiente:

Puede ser que sí (hayan quejas), a veces con el trato, y eso depende de la personalidad de cada uno...a veces se incomodan porque nos demoramos un poquito, pero no se puede controlar, porque a veces viene un chico depresivo con intento de suicidio y hay que hablar con él 40 minutos. (Consejero 1)

De otro lado, las entrevistadas manifiestan su necesidad de contar con un consultorio psicológico permanente que las acompañe:

También me gustaría un consultorio con psicólogo para que nos ayude. (Paciente travesti 3)

El mismo personal de IMPACTA manifiesta lo mismo:

(...) es el acompañamiento psicológico, tiene que haber un soporte...la violencia tanto estructural, social, la carencia inclusive para un puesto de trabajo, porque para muchas de ellas no hay trabajo y hay que hacer esto, a veces el abordaje psicológico a veces se deja de lado y solo se emite cuando ya explotó (...)
(Consejera 2)

En suma, IMPACTA no cuenta con un protocolo de atención a travestis pero ha ido incorporando cambios que han surgido del aprendizaje en la práctica. El aspecto que más incomoda a la población travesti es la espera en la atención, lo cual se debe al número reducido de personal, la complejidad de los/las pacientes y también al hecho que las propias travestis no cumplen con el horario de la cita programada por IMPACTA. Otro aspecto que la población travesti y el personal de IMPACTA señalan es la necesidad de ampliar la atención psicológica, no sólo como consejería sino como acompañamiento psicológico a largo plazo.

3.3.2 Calificación del personal

En el proceso de selección del personal de atención se prioriza la experiencia, los conocimientos técnicos sobre el tema y la empatía. Si bien durante la entrevista se indaga sobre las percepciones del postulante acerca de la población HSH, esto podría fortalecerse, tal como lo señalan dos entrevistados, con la aplicación de pruebas psicológicas que permitan detectar la transfobia:.

(...) bueno yo me acuerdo, no sé si ahora, no se actualmente si se siga haciendo, se hacia una encuesta de actitudes. Actitudes en el sentido de prejuicios. Claro, para que no pase una persona que tenga homofobia. (Coordinadora)

Otro entrevistado afirma lo mismo:

Lo primero que haría sería evaluar la homofobia, tratar a todos como personas, que no se guíen que es o no es gay, tratarlo, nomas, verlo como persona. (Consejero 1)

Respecto a las competencias del personal que labora en IMPACTA para atender adecuadamente a la población travesti, consideramos que si éste se encontrara bien sensibilizado y contara con conocimientos adecuados en el tema social y médico vinculado a la problemática específica de la población travesti, la atención podría ser la adecuada. Por este motivo, hicimos una serie de entrevistas, tanto a trabajadores como ex trabajadores de la mencionada institución, para que expliquen sus requerimientos de capacitación y las posibles soluciones a estas. A continuación, presentaremos una serie de testimonios de tales personas:

Definitivamente que sí, te capacitan acerca de los proyectos para los cuales tu vas a reclutar...hacer sociodramas sobre cómo se deberían hacer las cosas, y como podían ir mejorando el trabajo de una o de la otra (...) Como profesional y como persona fue muy enriquecedor. (Ex reclutadora).

Como se puede apreciar la entrevistada tiene un buen recuerdo de las capacitaciones que recibió cuando trabajó como reclutadora en IMPACTA. Manifiesta que tuvo una capacitación técnica para comprender los criterios requeridos para un adecuado reclutamiento. Se deduce que una de las herramientas que se utilizó en los talleres de capacitación fueron los sociodramas, que son dinámicas muy similares a las actuaciones de teatro, con el objetivo de plantear supuestos que podrían surgir en la realidad y practicar posibles reacciones frente a esta. Finalmente, señala que la experiencia fue muy importante como profesional y como persona.

El siguiente testimonio es de uno de los Consejeros de la AMP de IMPACTA:

Desde el inicio la capacitación es constante, como la realización de un pre test o un post test con pacientes, incluso entre nosotros mismos se daba, últimamente ya no se da eso porque tantos estudios ya no nos da el tiempo, recuerdo cuando recién pertenecía a IMPACTA, entre los mismos consejeros nos hacíamos el roll play, nos hacían capacitaciones, aparte venían y nos capacitaban profesionales en consejería motivacional, pre post test. (Consejero 1)

Si bien el Consejero 1 afirma que se realizaron capacitaciones sobre HSH en general, éstas han ido disminuyendo en los últimos años. A diferencia de la ex reclutadora, el consejero recibió una capacitación diferente. Por su cargo de Consejero debía saber manejar el pre test y post test de los pacientes. También había reuniones entre los mismos Consejeros para reflexionar sobre su experiencia y aprender mutuamente, en sus reuniones mensuales. Señala que las capacitaciones estaban a cargo de profesionales expertos que fortalecían capacidades en el tema de consejería. Un dato para analizar es cuando dice *“últimamente ya no se da eso porque tantos estudios ya no nos da el tiempo”*, al referirse a las dinámicas realizadas entre consejeros, es decir, la carga laboral empieza

a reducir tiempo y espacios de reflexión y aprendizaje en conjunto entre el personal.

Los siguientes testimonios nos permiten examinar que no se aplican capacitaciones específicas sobre población travesti:

Antes el procedimiento (*capacitación*) era más exigente que ahora. Las capacitaciones fueron de manera general HSH (Hombres que tienen sexo con hombres). (Consejero 2)

Otra entrevistada agrega:

Sí tienen capacitación pero no específica o en eso (*travestis*), tenemos de protección de sujetos humanos y buenas prácticas clínicas esos dos son obligatorias (...). (Coordinadora)

Un dato importante que nos brindan estos testimonios es que el personal de la AMP no ha contado con una capacitación especializada para trabajar con el público travesti, sino que recibió una capacitación general para trabajar con el público HSH. Lo cual implica que IMPACTA podría aplicar medidas para mejorar el proceso de capacitación a su personal incluyendo temas específicos sobre la población travesti, complementando de esta manera la información que el personal obtiene de la propia experiencia, tal como dice el siguiente entrevistado:

Me han dicho no me digas esto, le dije el nombre del DNI...y se molestó, cerrando los ojos y apretando la cara, no me digas así, no me gusta. De allí aprendí. (Consejero 2)

El Consejero 2, luego de tener una mala experiencia al llamar por el nombre consignado en el DNI a una persona travesti, recién aprendió a tratarlas de manera adecuada. Prima la experiencia sobre el conocimiento previo de la situación a la que se enfrenta el trabajador.

Además, el personal administrativo, seguridad, limpieza no recibe capacitaciones sobre cómo relacionarse con la población travesti. La importancia capacitar a este personal lo manifiesta uno de los entrevistados:

(...) una travesti se quejaba que le decían cosas, que la manoseaban, finalmente se descubrió que era el vigilante, él lo negó al principio, pensó que nadie le iba a hacer caso a una travesti. (Ex trabajador del IMPACTA)

Se puede concluir que en el proceso de selección del personal de IMPACTA no se examina formalmente si tienen prejuicios, en especial, la transfobia contra la población travesti. Sólo durante las entrevistas se toca el tema, pero podría aplicarse alguna prueba psicológica que permita identificar la transfobia, aspecto que obstaculiza la adecuada atención a la población travesti. Otro aspecto que puede concluirse es que el personal de la AMP de IMPACTA tiene capacitaciones diferenciadas en función al cargo que desempeña. Sin embargo, no necesariamente son capacitados en la problemática que enfrenta la población travesti y cómo tratarla. Sólo tienen una capacitación especializada en travestis aquellas personas que trabajan directamente con el público objetivo en calidad de reclutadores. Además, el personal administrativo no recibe ningún tipo de capacitación.

La adecuación de la atención a población travesti se basa en la experiencia del propio personal, no de un protocolo de atención que determine sus características. Una capacitación especializada que requeriría el equipo debería tratar: hormonoterapia, detección de uso de alcohol y droga como dependencia, así como reconocer y respetar la auto identificación de la paciente travesti.

3.3.3. Calidez del servicio

En la práctica de la AMP no existe un protocolo de atención a travestis pero sí hay un aprendizaje aceptado. Es por ello que el personal ha aprendido a llamar a las travestis por su nombre femenino y lo consignan en su ficha de atención. Sin embargo, no existe una disposición formal que reglamente esto en las actividades del personal de atención.

Al respecto el personal de IMPACTA señala:

Ya tenemos desde años la manera de trabajar con ellos, pero obviamente sí sabemos que a las personas trans no se les puede llamar por su nombre real, jamás se nos está permitido llamarla por su nombre legal, se les llama en femenino, esto se da en la práctica. (Consejero 1)

Respecto de este punto se entrevistó a varias travestis que participan en la AMP y señalaron en general que se sienten bien con el trato que reciben porque se les llama por su nombre femenino y no se sienten juzgadas o criticadas. Algunas señalan lo siguiente:

Me siento bien, me siento motivada porque te llaman por tu nombre que te pones de mujer (...) O sea que dentro de mi me siento bien atendida. (Paciente travesti 1)

Me hace sentir como en casa como si fuera una amiga y me siento relajada, siento que (...) me atienden con mucho respeto. (Paciente travesti 2)

Me siento segura, no tengo miedo al rechazo o que me miren mal o me vean como enferma, y se nota que nos quieren atender, especialmente los médicos, porque la atención en los hospitales son malas, muy difícil (...). (Paciente travesti 3)

Respecto de la calidez del servicio, las travestis recomiendan:

Que nunca dejen o sea que siempre reciban a sus invitados con sonrisa y con amabilidad porque nos hace sentir como amigos. Eso es importante para nosotras porque eso es lo primero que uno ve, y me hace sentir como en casa (...). (Paciente travesti 3)

En este caso, se refiere al ambiente acogedor de la institución IMPACTA, desde el punto de vista de la calidez, es decir, la forma cómo deben ser tratadas. Lo más importante es un trato preferente. Sentir un recibimiento especial del personal que labora en IMPACTA desde los anfitriones hasta los médicos, consejeros y enfermeras. Que IMPACTA sea un segundo hogar. En el mismo sentido, podemos leer el siguiente testimonio:

Educar a los trabajadores en ese tema de buen trato y comunicación interpersonal, desde el tono de voz que usas, si le vas a sonreír o no, todos esos temas son gravitantes en una población que toda la vida se ha sentido excluida. (Comunicadora social de Reclutamiento y Retención)

Otro entrevistado recomienda mejorar la actitud y empatía del personal que atiende para beneficio del público objetivo travesti. Señala que el personal debe involucrarse con la solución de problemas en materia de salud con el público objetivo y luchar contra los propios prejuicios que refuerzan los estereotipos y las barreras sociales que atacan los derechos humanos de la población travesti.

Dejar de lado todos los prejuicios...escuchar de manera natural como si lo vivieras, involucrarte en el sentido de que entiendas. (Consejero 2)

Asimismo, el lenguaje es fundamental para la inclusión simbólica de las travesti quienes sufren una marginación estructural. Por ello, un aspecto de suma importancia para el logro de la calidez en el servicio, es llamar a las pacientes travesti por su nombre femenino. El personal entrevistado señala que desde la experiencia en el trabajo se ha tomado como norma

que se le llame a las travestis por su nombre social de mujer. Si bien no existe una norma escrita al respecto, el personal de superior jerarquía recomienda al nuevo personal a llamar a las travesti por su nombre de mujer⁹².

En la historia clínica que el anfitrión completa en la computadora se consigna el nombre del DNI de la travesti, pero luego en el documento impreso se consigna en lapicero su nombre de mujer, a fin de adaptarlo a los requerimientos de la población travesti. En suma, es obligación del personal de IMPACTA no sólo llamar a las travestis por su nombre femenino sino consignarlo en sus fichas de atención.

Al respecto, una paciente señala:

Las personas deben ser tratadas según como se visten o su apariencia física, por ejemplo, cuando me llaman por mi nombre de mujer, me siento regia, me siento mujer, eso hace que sea importante para mí. (Paciente travesti 2)

Por su parte, los consejeros también señalan la importancia de este punto:

(...) obviamente sí sabemos que a las personas trans no se les puede llamar por su nombre real, jamás se nos está permitido llamarla por su nombre legal, se les llama en femenino, esto se da en la práctica. (Consejero 1)

Por todo lo expuesto, consideramos que la AMP brinda una atención cálida a la población travesti, la cual se ha desarrollado más por la experiencia misma que ha enseñado al personal, pues no existe un protocolo de atención escrito que determine características en la atención. Es decir la misma práctica hace notar al personal la necesidad de un trato diferenciado a la población travesti, especialmente, en cuando a llamarlas

⁹² Entrevistas a Consejero 1 y 2.

por su nombre femenino, recibirlas con cordialidad y con un trato preferente. Cabe señalar que la existencia de un protocolo de atención para travestis específico sería positiva, en especial, para guiar al personal nuevo. Asimismo, el equipo debería preguntarles cómo se definen para así respetar y utilizar sus autodefiniciones de género, lo que permitiría que estas pacientes se sientan cómodas y puedan regresar a su seguimiento y se evitaría que el personal plantee conclusiones erradas sobre la identidad sexual de la travesti.

3.3.4. Horarios de atención

Tal como hemos señalado en el capítulo anterior, los pacientes de AMP son atendidas en el turno de la tarde debido a la priorización en la atención de los pacientes de los protocolos de investigación. Al respecto las travestis manifiestan su incomodidad:

La espera. A veces esperamos mucho y eso me hace perder clientas. Yo tengo una peluquería, eso nomás no me gusta.
(Paciente travesti 1)

De otro lado, la mayoría del público travesti se dedica al trabajo sexual. Ellas empiezan a trabajar a las 7 pm. Duermen de día y, por ende, tienen muy limitado el horario (tardes) para asistir a las citas de la AMP. En otros casos, las travestis se dedican a la peluquería y también les incomoda el horario dispuesto por la AMP ya que pierden clientela.

También hemos encontrado que para las travestis es muy difícil trasladarse en horarios de día debido a la discriminación que sufren, eso las obliga a trasladarse en grupo y tomar taxis, lo cual es un desincentivo para continuar sus tratamientos en las clínicas, lo cual produce que asistan a una sola atención y no regresen más.

Otro inconveniente, es que durante la atención en las clínicas de IMPACTA las travestis sufren de discriminación por parte de la población

gay con comentarios transfóbicos, lo cual las hace sentir incómodas y esto puede conllevar a que no quieran regresar a la clínica para su seguimiento. Los gays consideran a la población travesti como personas inferiores, escandalosas y que les da mala imagen a la comunidad gay. Los gays suelen usar la palabra “traca” en forma despectiva para denominar a la población travesti. Esta situación de discriminación se muestra también en los propios ambientes de las clínicas de IMPACTA en que se atienden a todas las subpoblaciones de HSH, y pueden encontrarse en el mismo local a la misma hora, generándose algunas situaciones de incomodidad por parte de la población travesti.

En suma, la falta de flexibilidad en el horario de atención y la larga espera para ser atendidas son los principales motivos de queja de las travesti, en tanto, el horario dispuesto para la AMP no se adecua a sus actividades laborales. Lamentablemente, por la subvención a la cual está supeditada la AMP se ha encontrado que IMPACTA no cuenta con dinero para pagar horas extras a sus trabajadores lo cual impide que se realice un horario extendido de atención de acuerdo a las necesidades de las travesti.

Además, se requeriría que el personal clínico adecue los mensajes de sensibilización y aceptación entre las subpoblaciones HSH, a fin de evitar discriminación y estigmatización contra la población travesti.

3.3.5. Infraestructura de las clínicas de atención

Los ambientes en donde se ejecuta la AMP son los mismos en donde se realizan los protocolos de investigación. Cuentan con el mismo nivel de calidad e infraestructura. En este aspecto, existe un trato igualitario a pacientes de protocolos y de AMP. Se cuenta con la más alta tecnología y medidas de bioseguridad.

Un aspecto particular es que según las travesti refieren que se sienten incómodas al tener que utilizar un sanitario para varón. Debido a que no se ha previsto esta distinción desde la percepción de las travesti con respecto al uso de los sanitarios, IMPACTA no cuenta con baños diferenciados para ellas. Utilizan el baño para el público en general que es mixto.

Otro aspecto que cuestionó una de las entrevistadas es la decoración utilizada en las clínicas. Señala que se utiliza con mayor cantidad afiches y banners con imágenes masculinas dirigidas a público gay, no tanto a la población travesti, que permita se sientan identificadas y reconocidas por la misma institución IMPACTA. Se necesitaría, por ejemplo, añadir imágenes con mensajes de prevención diseñados exclusivamente para travestis.

En conclusión, la infraestructura utilizada por la AMP de IMPACTA es de la más alta tecnología y medidas de bioseguridad. Los aspectos que más incomodan a las travestis es el uso de baños, pues ellas desean ir a un baño para mujeres. Asimismo, falta una decoración del local con imágenes de travestis que permitan que ellas se sientan identificadas en dicho su espacio.

3.3.6. Flujo de información y comunicación de soporte

Los materiales informativos llegan a la población travesti por intermedio de los reclutadores y en las clínicas durante la atención. En tal sentido, el flujo de información depende del trabajo de campo que realiza el/la reclutador/a. El/la reclutador/a se moviliza a los lugares de encuentro de la población travesti y les entrega folletería y los invita a asistir a IMPACTA. También depende del interés que tenga la misma población durante su período de atención en la clínica, así como la confianza que pueda adquirir con el personal que la atiende para hacer consultas más específicas.

Se ha identificado que en la folletería se incluyen pocas imágenes que identifican a la población travesti. Tampoco se hace mención especial al respeto de sus derechos en las situaciones de riesgo en la que viven por motivo de la discriminación y estigma social. De igual manera, la folletería carece de términos o palabras que utilizan entre ellas para identificarse.

Además, al haberse detectado que dentro de esta población travesti existen diferentes actitudes, comportamientos y creencias sobre su identidad sexual que las estratifica en diferentes niveles de riesgo, lo que significa que los materiales informativos deben contener información específica para cada caso.

Finalmente respecto a la comunicación de soporte consideramos que si bien existe folletería e información virtual para la población HSH sobre las ITS y VIH, no existen documentos informativos especialmente diseñados para población travesti, tanto en imágenes, lenguaje e información específica para las travesti.

3.3.7. Monitoreo y retroalimentación

La AMP cuenta con mecanismos de generación de información estadística y su sistematización en bases de datos adecuadas, a la que acceden los coordinadores clínicos y los miembros de la Unidad de Investigación Clínica.

Respecto a la información analítica, el personal entrevistado manifiesta que se desarrollan reuniones mensuales entre todo el equipo para analizar todo el trabajo realizado durante el mes en la clínica, incluyendo la AMP y los problemas específicos que se presentan durante la atención de las travestis, si estos salen a flote. Sin embargo, por motivos de carga laboral, es posible que estas reuniones no logren efectuarse en la fecha que se propuso y se posterguen. Uno de los entrevistados que trabajan en IMPACTA señaló lo siguiente:

Creo que a pesar que tenemos momentos de conversación, aumentarlo más, con todos en general, también con los participantes (...) a veces tienen miedo de dar su opinión porque piensan que los están evaluando. (Consejero 1)

Además, IMPACTA no cuenta con formatos institucionales para que el personal exprese sus opiniones o sugerencias, y de esta manera motivar su pro actividad y compromiso con el progreso de la institución misma, sin embargo, estas ideas se pueden socializar en las reuniones mensuales, ya señaladas.

IMPACTA trabaja coordinadamente con el MINSA y otras ONGs y realizando investigaciones clínicas con la misma población HSH. Asimismo, coordinan actividades académicas, como el último Foro Latinoamericano y del Caribe sobre ITS y VIH (Lima, noviembre 2009), sobre el tema. También se trabaja con líderes y lideresas de las diferentes poblaciones HSH brindándoles capacitación y material informativo cuando éstas lo solicitan.

De otro lado, IMPACTA cuenta con un proceso de recojo de quejas de pacientes, mediante el cual se les escucha y se toman las medidas correctivas que el caso amerita. Sin embargo, la mayoría de pacientes hace sólo una queja verbal, se niegan a hacer una queja escrita. Cabe señalar que el personal de la clínica no puede redactar la queja de la paciente, por normas éticas internacionales, ya que no puede ser juez y parte del problema. La paciente puede recibir la ayuda de otra persona que no sea personal de la clínica o traer la queja escrita en otro momento, este procedimiento es igual a los protocolos. Consideramos que este tipo de queja escrita podría significar en algunos casos alguna limitación para las personas analfabetas o que no cuenten con apoyo de alguien externo a IMPACTA que redacte la queja por ellas o la automarginación por la vergüenza de dar a notar que no pueden escribir.

Además, existen buzones de sugerencias, que son recabadas mensualmente por la coordinación clínica. En caso, se encuentre en dicha sugerencia los datos de la persona, se le llama para que explique con detalle la sugerencia y se toman las medidas correctivas.

Finalmente, si bien existen sistemas informáticos de datos estadísticos, espacios de retroalimentación entre el personal y mecanismos para recoger la opinión de las pacientes, no existe formalmente un plan de monitoreo y evaluación que permita la medición constante de los resultados y la determinación de lecciones aprendidas para implementar mejoras oportunas en la atención.



CONCLUSIONES

1. Los estudios realizados muestran una alta carga de VIH en población HSH, especialmente en la población travesti. Además, la población travesti sufre exclusión y discriminación social, así como dificultades de acceso a prevención y atención adecuada. En tal sentido, es urgente la toma de decisiones políticas, tanto a nivel mundial, regional y nacional para abordar la incidencia de VIH en la población travesti, cuya alta incidencia de VIH tiene repercusión en la población general, afectando también a mujeres y niños, con lo cual se convierte en un problema de salud pública.
2. En los últimos años se ha visto necesario mejorar la comprensión sobre la sexualidad de la población travesti, así como la situación de discriminación y exclusión que viven, ya que se ha identificado que éstas se acercan a los servicios de salud públicos cuando su salud está muy deteriorada debido al VIH-SIDA, por miedo al rechazo y los diferentes tipos de agresión y maltrato que sufren por parte del personal de salud. Esto implica que los profesionales de salud actualicen las características de su atención, mediante la elaboración de un Protocolo de atención diferenciada para la población travesti en los centros de salud, sean privados o públicos (MINSA) que considere las necesidades específicas de esta población y que sea parte de una política pública de atención nacional.
3. La AMP de IMPACTA fue una adaptación de la AMP del MINSA, que en su momento fue considerado un modelo exitoso, la diferencia de IMPACTA es que la AMP está dirigida exclusivamente a la población HSH en general. IMPACTA dentro de su diseño no incluyó las particularidades de las subpoblaciones HSH más vulnerables de adquirir el VIH, fue su conocimiento adquirido en la práctica diaria de la atención lo que le permitió identificar las diferentes características, problemáticas y sus diferentes niveles de vulnerabilidad frente al VIH

de las subpoblaciones HSH, esto permitió que vaya incorporando estrategias de atención dándole énfasis a estas particularidades.

4. IMPACTA dentro de su experiencia en la atención de la AMP notó que los mensajes de prevención de ITS y VIH dados por el personal no siempre eran interiorizados por algunas subpoblaciones HSH, en especial las más vulnerables de adquirir el VIH: las travestis, lo cual se reflejaba en la alta deserción en la atención, esto motivó a IMPACTA a aprender las formas cómo estas poblaciones querían ser atendidas y fue incorporando algunos cambios, como por ejemplo, el hecho de llamar por su nombre de mujer a las travesti, lo cual generó una mayor aceptación de las travestis a la atención. Algunos de estos cambios que ha ido incorporando IMPACTA se han consolidado de manera más eficiente que otros, como por ejemplo llamarlas por su nombre de mujer, pero debido a la complejidad y a la falta de recursos económicos algunos cambios aún están en proceso de implementación, por ejemplo, adecuar el horario de atención a las necesidades de la población travesti.
5. La AMP no cuenta con un protocolo de atención específico para población más vulnerable de adquirir el VIH (travesti), salvo indicaciones específicas muy puntuales derivadas de la práctica. Tampoco, cuenta con presupuesto propio, lo cual crea una dependencia respecto a las subvenciones que se puedan conseguir y del personal que debe organizarse para atender a los/las pacientes de la AMP, además de los/las pacientes de los protocolos de investigación.
6. La AMP cuenta con atención en salud física y consejería psicológica. Respecto a atención en salud física, ésta es eficiente, en tanto, se lleva con equipos de alta tecnología y exámenes de última generación, así como de personal especializado en ITS y VIH. Respecto a la consejería psicológica, el tiempo de atención brindado es insuficiente en relación a las necesidades de salud mental de la población travesti que son de largo plazo y complejas.

7. El proceso de selección del personal no cuenta con una prueba psicológica vigente que detecte sus prejuicios transfóbicos, aunque durante la ejecución de las entrevistas de selección sí se considera el tema. El personal de atención recibe capacitaciones técnicas con expertos internacionales sobre las particularidades de la población HSH. Sin embargo, poco se toca sobre la población travesti. El personal administrativo, seguridad, limpieza no recibe capacitaciones sobre cómo relacionarse con esta población.
8. Se cuenta con una base de datos de seguimiento estadístico, pero no se cuenta con mecanismos analíticos de monitoreo de las actividades programadas, esto se vincula con la carencia de un planeamiento específico para población travesti. El personal participa en reuniones mensuales convocadas por el coordinador clínico, pero no cuenta con un formato de informe narrativo o analítico del caso o de las características de la atención, en donde el personal pueda hacer recomendaciones de mejora del servicio. Solo se cuenta con los informes de las reuniones mensuales de la clínica. También se cuenta con mecanismos para recepcionar las sugerencias y quejas de los/las pacientes. Sin embargo, deficiencias educativas graves de la mayoría de la población travesti puede desincentivarlas a elaborar el reclamo por escrito.
9. La infraestructura, instrumentos médicos y logísticos de las clínicas, son de avanzada tecnología y respetan las normas internacionales de salubridad. Sin embargo, falta que se adecue la decoración de las clínicas con imágenes de travestis, lo cual les brindaría mayor comodidad y se sentirían más representadas. Además, la población travesti señala que se sentiría más cómoda si pudieran utilizar el baño de mujeres, ya que esto les genera una valoración en su autoestima con respecto a su identidad de mujer.
10. IMPACTA cuenta con diversos materiales comunicativos dirigidos a la población HSH (materiales impresos y virtuales); sin embargo,

éstos no cuentan con imágenes, palabras o información que la población travesti requiere de manera específica.

11. Se ha detectado que la población travesti no sólo es discriminada por la población en general, sino también por la población HSH, lo cual genera incomodidad en las atención en las clínicas, en tanto, es un lugar de encuentro entre subpoblaciones, y los gestos o palabras humillantes en contra de la población travesti las hace desertar en la continuidad del tratamiento.
12. Los aspectos positivos resaltados por las travestis respecto a la AMP de IMPACTA son que las llaman por su nombre femenino; el personal las trata con calidez y calidad en el servicio; no se sienten discriminadas y se sienten como en "casa". Los principales problemas en la ejecución de la atención según la opinión de las travesti son la espera en la atención y el horario dispuesto para la AMP, pues no corresponde a la disponibilidad de tiempo de las pacientes travestis, motivo por el cual van abandonando el tratamiento.
13. IMPACTA mantiene su misión de lograr una atención diferenciada de acuerdo a las necesidades de cada población, por ello sigue investigando sobre el tema y fortaleciendo capacidades de su equipo de trabajo respecto a la atención en la población más vulnerable de adquirir el VIH.

RECOMENDACIONES PARA IMPACTA

El objetivo de esta parte es proponer algunas recomendaciones para mejorar el Programa de Atención Médica Periódica de IMPACTA en la prevención y atención en ITS-VIH dirigida a la población con más riesgo de adquirir el VIH: población travesti. Dichas propuestas se nutren de las entrevistas realizadas a diversas personas que trabajan el tema desde diferentes enfoques y espacios (Estado, ONG, líderes y lideresas trans) y especialmente de la voz de las propias travestis atendidas por IMPACTA.

1. Fortalecer la incorporación del enfoque de Gerencia Social y derechos humanos desde el diseño de la AMP, especialmente considerando las diferentes necesidades de las subpoblaciones HSH que atienden, sobre todo, la población travesti.
2. Elaborar un protocolo de atención diferenciado según las necesidades de la población travesti, en base a sus conocimientos adquiridos en la práctica, y mediante la aplicación de metodologías de recojo de información participativas que cuenten como principal aliado a la población travesti y al personal, que permitan incorporar los cambios necesarios para que sus estrategias de atención sean de calidez y de calidad, sin discriminación y tratando de levantar la autoestima de la población travesti.
3. Disponer de presupuesto propio para la AMP, lo cual ayudaría a que la toma de decisiones se desarrolle de forma más libre de acuerdo con las necesidades de la AMP y de sus poblaciones beneficiarias.
4. Rediseñar el proceso de atención psicológica para dedicarle mayor tiempo y especificidad en la atención a la población travesti, tomando en cuenta, las particulares situaciones que vive por la discriminación y violencia social, y los nuevos datos e información existentes en la actualidad.
5. Mejorar el proceso de selección de personal según criterios que prioricen los conocimientos técnicos y la empatía hacia la población

travesti incorporando mecanismos para identificar prejuicios transfóbicos, por ejemplo, pruebas psicológicas.

6. Implementar la capacitación técnica y motivacional a todo el personal de IMPACTA directamente involucrado en la atención (médicos, enfermeros, consejeros) o no (personal administrativo, anfitrión, planificadores, directores) sobre las particularidades físicas y de salud mental que presenta la población travesti, teniendo como base la experiencia de capacitación específica que se realiza en la unidad de reclutamiento y retención para la población travesti. Asimismo, capacitar al personal médico sobre tratamiento hormonal ya que esta población lo solicita y al consejero sobre detección precoz de consumo de droga y alcohol, esto permitiría que esta población perciba que en la atención se preocupan no solamente en ITS-SIDA, sino también de dependencia y de su aspecto.
7. Diseñar una ficha de informe por caso más amplio, en donde el personal de atención pueda brindar sus opiniones y recomendaciones no sólo del caso en particular sino de las características de la atención que se realiza en IMPACTA, fomentando la actitud proactiva y propositiva del propio personal. Asimismo, se deberían fortalecer los mecanismos de recojo de sugerencias y quejas por parte de la población travesti, a fin de que sea más sencillos.
8. Decorar las clínicas con imágenes que representen a la población travesti, a fin de que se sientan más cómodas durante la atención. Asimismo, se recomienda construir baños diferenciados para hombres y mujeres, y que la población travesti pueda utilizar los baños para mujeres.
9. Incorporar en los materiales impresos imágenes e información específica dirigida a las necesidades de la población travesti, lo cual implica aplicar metodologías participativas de recojo de información y percepciones como grupos focales.

10. El personal clínico de IMPACTA debe contar con materiales informativos sobre la prevención de la discriminación entre las subpoblaciones HSH y educar a dichas poblaciones a ser más tolerantes entre ellas y apoyarse mutuamente.
11. Implementar un equipo itinerante de atención que visite a la población travesti en sus residencias o zonas de trabajo, con lo cual se salva el inconveniente de los horarios reducidos de atención. Sin embargo, por lo oneroso de esta recomendación (contratación de chofer, médico, enfermera, técnico en laboratorio, contar con movilidad propia, horarios nocturnos o adecuados a las pacientes), se plantea también que IMPACTA fortalezca las alianzas con otras ONGS que trabajan cercanamente con la población travesti, a fin de capacitarlos y asesorarlos para presentar proyectos a fin de costear el sueldo de personal médico y psicológico especializado, que atienda a las travestis en sus propias zonas donde viven.
12. Reforzar la alianza estratégica con organizaciones de la sociedad civil y el Estado, lo cual permitiría un flujo de información constante y un progreso mutuo, teniendo en cuenta que tanto IMPACTA, otras ONGs y el Estado tienen el mismo objetivo: disminuir el VIH e ITS en población más vulnerable, en especial, travesti, aunque con diferentes enfoques.
13. Fortalecer el rol de IMPACTA como institución privada comprometida con la comunidad y como referente de propuestas para atender a la población travesti de manera adecuada desde un enfoque integral de derechos humanos, denunciando públicamente -como una forma de "memoria ejemplar"- la situación de violencia y discriminación que viven las travesti, lo cual genera diversos inconvenientes y obstáculos para que ejerzan plenamente sus derechos.

RECOMENDACIONES PARA EL MINISTERIO DE SALUD

En base a los resultados del estudio de caso de IMPACTA podemos plantear algunas sugerencias para que el servicio estatal de atención en VIH-SIDA del MINSA mejore.

- ❖ En cuanto a los servicios de salud pública (MINSA) en ITS, VIH-SIDA, recomendamos que se tome en cuenta que el VIH-SIDA es un problema de salud pública debido a que es una epidemia que enfrenta múltiples retos para un Estado de naturaleza política, económica y social, lo que obliga al Estado peruano a orientar sus esfuerzos para fortalecer y mantener una respuesta que contribuya a disminuir el VIH, especialmente, en la población más en riesgo de infectarse, como la población travesti.
- ❖ Lo cual implica que se elabore de manera participativa con la población objetivo un Protocolo de atención en salud integral para población travesti, que vaya más allá de un enfoque médico circunscrito a pruebas del VIH y control de ITS, sino que cuente una visión integral del paciente, con características diferenciadas de la atención que incluya la calidad y la calidez, libre de transfobia.
- ❖ Recomendamos también la elaboración de un Programa de capacitación para el personal, específico sobre la atención a población travesti, tanto en temas físicos (terapia hormonal, siliconas, cirugías para cambio) como psicológicos, lo cual permitiría que los profesionales conozcan las necesidades de la población travesti, y que puedan tratarlas como personas con los mismos derechos que otras. Un personal capacitado para este tipo de atención logrará una empatía con la travesti, y así se evitaría que abandonen el tratamiento o que no expresen todos sus problemas durante la consulta.

- ❖ Asimismo, recomendamos que se reglamente un mecanismo de recojo de reclamos y sugerencias por parte de la población objetivo, así como la aplicación de encuestas de satisfacción periódicas al usuario, lo cual permitirá conocer si las estrategias implementadas están dando resultados y tomar acciones preventivas y correctivas al Programa de atención.
- ❖ Recomendamos dar información a la población travesti sobre cuáles son sus derechos con respecto a una atención integral de salud, así como derechos humanos, especialmente el derecho a la no discriminación y las instancias públicas dónde pueden acudir para demandar el respeto de sus derechos.
- ❖ Complementariamente recomendamos elaborar mecanismos de vigilancia y sanción administrativa para todo aquel personal que no cumpla con atender en calidez, con respeto a la población travesti, siguiendo lo que plantea la Ley 26626 y su Reglamento, todo lo expuesto permitirá identificar las falencias del personal de atención en cuanto a la calidez del servicio.
- ❖ Recomendamos que la sanción administrativa al personal que incumpla el reglamento de atención diferenciada a población travestis sea: a la primera falta se hará una llamada de atención verbal; a la segunda falta se le enviará un memorándum de llamada de atención con copia a su legajo profesional; en caso reincida en la falta se solicitará suspensión sin goce de haber según la falta; finalmente, se podría solicitar su pase a retiro por falta grave.

RECOMENDACIONES PARA OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS

- ❖ Manejar un enfoque de derechos humanos considerando a las travestis como sujetos de derechos y deberes, en especial, evitar la discriminación en la atención, lo cual implica considerarlas como ciudadanas y actoras sociales de su propio cambio, y que se les otorgue la posibilidad de brindar información y opinión sobre la atención.
- ❖ Manejar herramientas de la Gerencia Social, a fin de impulsar el diseño participativo de programas y proyectos que se vinculen con la sociedad civil y, sobre todo, la población travesti con el fin de que participen opinando desde el inicio no sólo para que el programa o proyecto se diseñe de la manera más adecuada según sus necesidades, sino también para fortalecer sus capacidades de liderazgo en la problemática que les atañe, vale decir, que ellas sean parte de la solución y no sólo del problema.
- ❖ Fortalecer competencias técnicas y emocionales no sólo del personal de atención en salud sino también del personal administrativo que de una u otra manera tiene relación con la población travesti, a fin de que sea más sensibles en su trato con ellas.
- ❖ Diseñar estrategias basadas en evidencia científica acerca de los índices de ITS y VIH en población travesti, es decir, que primen los datos objetivos sobre cualquier prejuicio (transfobia).
- ❖ Promover la reducción del riesgo de infección del VIH teniendo en cuenta que una relación sexual involucra a dos personas, es decir, no sólo la persona travesti involucrada está en la obligación de usar condón o exigir su uso, sino también la otra persona. Las travesti no son necesariamente las que contagian de ITS o VIH sino también son contagiadas. En tal sentido, la difusión del uso del condón debe realizarse de manera masiva a diferentes públicos objetivos.
- ❖ Capacitar a los promotores pares en derechos y funcionamientos del sistema de salud y prevención de ITS y VIH para que sean nexos

entre el servicio y la población, lo cual implica también el reconocimiento del trabajo decente, esto es, el reconocimiento de sus derechos laborales y la importancia de sus funciones dentro de la estrategia sanitaria nacional y de las organizaciones que aplican la misma lógica de actuación.

- ❖ Sensibilizar a las subpoblaciones respecto a la discriminación y estigmatización que hay entre ellos mismos, y que suele afectar a la población travesti, por ser la más marginada entre ellos.
- ❖ Reforzar las capacidades de organizaciones y lideresas trans, así como promover alianzas interinstitucionales que las acojan y apoyen sus planteamientos desde un enfoque horizontal evitando el paternalismo.
- ❖ Complementar la prevención y atención médica con la psicológica con miras a lograr el desarrollo libre y creativo de la población travesti, lo cual debe ir de la mano con metas de cambio social profundo de la población en general a fin de lograr una convivencia pacífica y constructiva respetando las diversidades y considerándolas un aspecto positivo antes que un obstáculo a planteamientos que suelen ser homogeneizadores.

GLOSARIO

Conductas de riesgo. En discusiones sobre VIH, forma de referirse a las conductas asociadas a un mayor riesgo de adquirir o transmitir la infección por VIH. Generalmente, el término alude a conductas sexuales de riesgo (esencialmente la penetración anal o vaginal no protegida con parejas seropositivas o cuyo status serológico es desconocido), aunque también puede aludir a conductas de riesgo en el uso de drogas recreativas (esencialmente el compartir agujas y jeringas con otras personas).

DILDO. Modelos plásticos del órgano sexual masculino. Sirven para enseñar la forma correcta de usar el condón

Estigmatización. Señalamiento de una práctica (por ejemplo, el sexo anal), una experiencia (por ejemplo, la seropositividad) o un grupo (por ejemplo, los homosexuales) como negativo, incómodo o indeseable

Género. A diferencia de sexo (que alude sobre todo a diferencias biológicas entre hombre y mujer), se refiere a las características históricamente asignadas por una sociedad a los hombres y mujeres en términos de su forma de conducirse, de vestir, de relacionarse sexualmente, etc. Por ejemplo, los hombres son (o deben ser) rudos, poco emotivos, fuertes, conquistadores; las mujeres son (o deben ser) delicadas, emotivas, tranquilas, moderadamente coquetas.

Homofobia. Rechazo de lo relativo a la homosexualidad

Transfobia. Rechazo a lo relativo a la población transexual, transgénero y travesti

HSH. Sigla que alude a “hombres que tienen sexo con hombres” y que connota a todos los hombres que muestran tal conducta sexual, sin importar su identidad. Incluye, por ello, a los hombres con identidades gay o bisexual.

Identidad sexual. Noción que se tiene respecto de sí mismo(a) en el campo de lo sexual. Desde el punto de vista de la orientación sexual, generalmente tiene que ver con si una persona se considera “homosexual”, “gay” u otras identidades similares, o si se considera “heterosexual” o “bisexual”. La identidad sexual, sin embargo, depende de las categorías o tipos de ésta que una persona vea como posibles o disponibles. En algunos sectores populares, por ejemplo, no es usual definirse como “heterosexual”, pues sólo se distingue entre “hombre” y “homosexual”.

Incidencia. Número de casos nuevos de una enfermedad (por ejemplo, de infección por VIH) que ocurren en la unidad de tiempo (por ejemplo, un año) en un grupo de personas susceptibles de adquirirla. Así, si en un grupo de cien susceptibles al inicio de un año tres adquieren la infección, la incidencia será de 3% anual.

ITS. Infección de transmisión sexual o sexualmente transmisible. Se diferencia de ETS porque “enfermedad” alude a síntomas, mientras “infección” no lo hace, dado que sólo una fracción de las ITS produce síntomas (es decir, enfermedad). Sólo una fracción de las ITS son ETS.

LGBT. Designa a la comunidad de de lesbianas, gays, bisexuales y trans (travestis, transexuales y transgéneros).

Orientación sexual. Preferencia sexual por el sexo opuesto, por el mismo sexo, o por ambos sexos

Prevalencia. En epidemiología, concepto que alude a la proporción de personas en una muestra o población observada que presentan una condición o enfermedad. Por ejemplo, si cinco de cien personas observadas en un estudio presentan signos de gonorrea, la prevalencia de gonorrea en dicha población es de 5%.

Prevención primaria del VIH. Prevención de la adquisición de la infección por el VIH

Prevención secundaria del VIH. Prevención del desarrollo de problemas clínicos una vez que se ha producido la infección por el VIH

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Etapa final de la infección de VIH. El paciente tiene defensas muy bajas y, por lo tanto, está expuesto a enfermedades.

Transgénero/transexual. Persona que, habiendo nacido con un sexo biológico específico, vive su vida desde una posición de género correspondiente tradicionalmente al otro sexo. Tal sería el caso de hombres que optan por lo que, según la tradición, sería *vestirse y vivir* como mujeres y viceversa. En ocasiones, el uso diferenciado de ambos términos así como el de travesti querría implicar la diferencia entre una condición preoperatoria y un cambio de sexo; sin embargo, tal uso diferenciado de términos no es consistente.

Tratamiento antirretroviral (TARGA). Tratamientos para el SIDA por estar dirigidos al VIH (un retrovirus humano). Estos tratamientos plantean mayormente combinaciones de dos o hasta cuatro drogas, usualmente de distintos tipos o “familias”. Por eso, se llaman de gran actividad.

Vigilancia centinela. En epidemiología del SIDA, estudio rutinario que es realizado repetidamente en el tiempo generalmente en una muestra por conveniencia básicamente reproducible (por ejemplo, en pacientes de un servicio de ITS) para proporcionar una idea general del curso de la epidemia en una población de referencia

Vigilancia de segunda generación. Es la vigilancia epidemiológica que surgió hacia mediados de los años noventa propugnando la diversificación de fuentes de información (más allá de los datos de notificación de casos). Incluye, por ejemplo, vigilancia centinela, estudios de seroprevalencia, vigilancia del comportamiento y vigilancia de ITS.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este virus produce el SIDA. Se transmite por vía sexual, sanguínea y vertical (madre a hijo).

Vulnerabilidad estructural. Desprotección de un grupo (que comparte una característica estigmatizada: por ejemplo, pertenece a minorías étnicas, religiosas o sexuales) frente a un riesgo público cuando dicha desprotección se deriva de condiciones de exclusión social

Vulnerabilidad individual. Desprotección de un individuo frente a un riesgo público, en parte, por razones inherentes al individuo (por ejemplo, características psicológicas) y, en parte, por su pertenencia a grupos que en su conjunto padecen vulnerabilidades



BIBLIOGRAFÍA

- ADVOTATES FOR YOUTH 2008 *Hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres: en riesgo de contraer el VIH y otras ETS.* Consulta: 22 de junio de 2008.
http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fs yngmen_sp.htm
- AVERT 2009 *VIH y SIDA en Latinoamérica.* Consulta: 20 de abril de 2009.
<http://www.avert.org/america.htm>
- BERKINS, Lohana 2006 "Travestis: una identidad política". Ponencia presentada en el III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género Diferencia Desigualdad. Construirnos en la diversidad. Villa Giardino, Córdoba. Consulta: 4 de agosto de 2009.
http://hemisphericinstitute.org/journal/4.2/eng/en42_pg_berkins.html
- BOBADILLA Percy y BARRETO Engelbert 2000 *De la confrontación a la colaboración: Estado y Ong, 1970-2000.* En: PUCP. *Materiales del Curso: Diseño, seguimiento y evaluación de proyectos sociales.* Maestría Gerencia Social PUCP. Lima:PUCP Profesor: Percy Bobadilla.
- CÁCERES, Carlos. 2004 *A lo que venga. Alcohol, Drogas y Vulnerabilidad Sexual en el Perú.* Consulta: 5 de mayo de 2010.
http://www.onu.org.pe/UPLOAD/Documentos/A_lo_que_ve nga.pdf
- 2003 *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.* Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo
- CÁCERES, Carlos, PECHENY, Mario 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. Lima: UPCH y ONUSIDA. Consulta: 5 de setiembre de 2009
http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA_y_se xo_entre_hombres.pdf
- CÁCERES, Carlos MENDOZA, Walter KONDA, Kelika LESCANO, Andrés 2007 *Nuevas evidencias para las Políticas y Programas de Salud en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú.* Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y Organización Panamericana de la Salud.

- CAPS
2008 *¿Qué necesitan los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres para la prevención del VIH?.* Consulta: 22 de junio de 2008.
<http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/HJSH.php>
- 2008 *Hermano sol, hermana luna.* Consulta: 22 de junio de 2008
http://www.caps.ucsf.edu/espanol/programas/HLS/hlsprogress_spanish.php#limits
- CEPAL
2007 *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos.* Consulta: 3 de junio de 2009
<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf>
- CISAS
2010 Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 del la OPS.
Consulta: 17 de abril de 2010.
<http://www.cisas.org.ni/files/vih.pdf>
- CIUDADANIA
SEXUAL
2010 *Diversidad sexual, derechos humanos y VIH. Nuevas iniciativas regionales y globales.* Consulta: 3 de marzo de 2010.
<http://www.ciudadaniasx.org/boletin-09-mayo-2010/articulos-y-entrevistas/diversidad-sexual-derechos-humanos.html>
- CUETO, Marcos
2002 “El rastro del SIDA en el Perú. Historia”. *Ciencias. Saúde. Manguinhos*, vol. 9 (suplemento), 2002, pp.17-40.
Consulta: 3 de abril de 2009.
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/01.pdf>
- 2001 *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú.* Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- DI GIANO, María
Lorena . Derechos humanos, VIH/SIDA y niños/as en Argentina.
Consulta: 20 noviembre 2009.
www.ramvihs.org.ar/derechos.pdf
- DIRECCIÓN
GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA
2008 *Boletín epidemiológico de la OGE.* Lima: MINSA.
- 2006 *Estrategia Sanitaria Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH /SIDA Bases epidemiológicas para la prevención y control.* Lima: MINSA.

- GALDOS SILVA, Susana.
1996 “Salud, sexualidad y derechos reproductivos desde la perspectiva de las mujeres”. En: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Salud, derechos sexuales y reproductivos*. Lima: Movimiento Manuela Ramos p.28-30.
- IMPACTA
2008 *Perú: Estudian la influencia de las normas de género y la homofobia en la percepción del riesgo*. Consulta: 22 de junio de 2008.
<http://IMPACTAcedoc.blogspot.com/2006/10/conducta-per-estudian-la-influencia-de.html>
- 2009 *Visión*. Consulta: 22 de junio de 2009.
<http://www.IMPACTAperu.org/>
- LAMA J. SÁNCHEZ J. PROCETSS.
2000 *Vigilancia Centinela*. Lima: ASOCIACIÓN CIVIL IMPACTA.
- LICHA, Isabel
1999 *El enfoque de Gerencia Social*. INDES. Materiales Maestría Gerencia Social PUCP, Curso: Introducción a la Investigación en Gerencia Social. Profesora: Elizabeth Salcedo.
- MINSA
2010 *Informe UNGASS 2010*. Lima: MINSA.
- 2006 *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases Epidemiológicas para el control y la prevención. Boletín epidemiológico*. Lima: MINSA
- MOKATE, Karen, SAAVEDRA, José
2004 *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas Sociales*. Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Introducción a la Investigación en Gerencia Social. Profesora: Elizabeth Salcedo.
- NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto
1997 “El derecho a la igualdad en la jurisprudencia constitucional”. *Revista jurídica del Perú*. Lima, Año XLVII, Número 13, octubre –diciembre de 1997, pp.129 – 130.
- NOTIESE
2010 Noticia: El sexo sin protección deliberado cuestiona los supuestos en cuanto a prevención, advierte especialista. Consulta: 3 de julio de 2010.

- http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=1733
- NUSSBAUM. Martha
1998 “La ética del desarrollo desde el enfoque de las capacidades en defensa de los valores universales”. En: GIUSTI, Miguel (editor). *La filosofía en el siglo XX: balance y perspectivas*. Lima: PUCP. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.
- ONU
2010 Lucha contra el VIH. Consulta: 7 de enero de 2010. <http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>
- ONUSIDA.
2010 *Nuevo informe Perspectivas del ONUSIDA: 2010*. Ginebra: ONUSIDA.
- 2008 *La Situación de la epidemia de sida: 2008*. Ginebra: ONUSIDA.
- 2007 *Informe de la Epidemia del VIH: 2007*. Ginebra: ONUSIDA
- 2006 *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006*. Consulta: 25 de junio de 2010. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinessp.pdf>
- 2005 *Informe de la Epidemia del VIH: 2005*. Ginebra: ONUSIDA.
- 2005 *Informe de Alaska Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA*. Lima: ONUSIDA.
- 2003 *Programa conjunto de las Naciones Unidas. Guía De vital importancia en la era del SIDA*. México: ONUSIDA. Consulta: 24 de abril del 2009. http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/doctos/folleto.pdf
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
2009 *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo*. New York: PNUD.

- PROMSEX 2010 *Noticia: Perú envió el informe UNGASS 2010.* Consulta: <http://www.promsex.org/articulos/peru-envio-el-informe-ungass-2010.html>
- ROJAS Gustavo, Gotuzzo Eduardo. 1986 “Acquired Immunodeficiency Syndrome in Perú”. En: *Ann Intern Med*, Vol 105, Nº 3, pp. 465-466
- RORTY, Richard. 2000 *Verdad y progreso.* Barcelona: Paidós. 2000. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.
- SÁNCHEZ Jorge y otros. 2007 *For the Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru.* JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, pp.578-585.
- SÁNCHEZ Jorge et Ministerio de Salud. 2007 *Situación del VIH en América Latina.* Lima: MINSA.
- SANCHEZ J. et al. 2007 “HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior: Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru”. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 15 April 2007 - Volume 44 - Issue 5 - pp 578-585.
- SENGE, Peter 2007 *La Quinta Disciplina.* Buenos Aires: GRANICA.
- TODOROV, Tzvetan 2007 *Los abusos de la memoria.* Barcelona: Paidós. Materiales Maestría Gerencia Social, Curso: Ética y Gerencia Social. Profesora: Alessandra Dibos.
- TORO, José. “Vulnerabilidad de hombres Gay y hombres que tiene sexo con hombres frente a la epidemia del VIH SIDA en América Latina. La otra historia de la masculinidad”. Consulta: 15 de junio de 2009. <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/La%20otra%20historia%20de%20la%20masculinidad.pdf>

TRUONG H-H,
KELLOGG T,
KLAUSNER JD.
2007

Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behavior without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of serosorting?. Consulta: 22 de junio de 2008.
<http://www.sfcityclinic.org/providers/IncreasesinSexuallyTransmitted.pdf>

Normas Nacionales

CONGRESO DE LA REPÚBLICA 1997	Ley General de Salud N° 26842.
1990	Ley 25275.
MINISTERIO DE SALUD 2007	Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de ITS y VIH/SIDA en el Perú (DS 005-2007-SA)
2005	Plan Nacional de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2006 (RM 195-2005)
1999	RM 081-99-SA/DM, que aprueba la Guía Nacional de atención integral del paciente con infección VIH/SIDA
1999	Directiva conjunta 001-99-CRED-PRO CETTS, que plantea la disminución de la transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre que vive con VIH
1999	Directiva 09-MINSA/DGSP-DEAIS-V 01, que implementa el Sistema de Promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS
1996	RM 235-96-SA/DM, que aprueba el Manual de Doctrinas, Normas y Procedimientos para el control de la ETS, VIH, SIDA

Normas internacionales

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	
2011	Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA
2006	Declaración Política sobre VIH-SIDA
2001	Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA
2001	Declaración sobre el acuerdo de los ADPIC y la Salud Pública-ONU
2001	Principios de Yogyakarta
2000	Objetivos del Milenio
2000	Observación General N° 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
1996	Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los derechos humanos. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos