

Proyecto Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en poblaciones clave y vulnerables de ámbitos urbanos y amazónicos del Perú – Proyecto País VIH 2019-2022 – Fondo Mundial

CONSULTORIA: ASISTENCIA TECNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS DEL PILOTO DE AUTOTESTEO PARA VIH EN POBLACIONES CLAVE (HSH y MT) EN ZONAS URBANAS

I. MARCO CONCEPTUAL

En el Perú hacia fines del 2020, se estimaron 87,000 personas con VIH de las cuales 69.628 se encuentran actualmente en tratamiento antirretroviral, sin embargo, a pesar de estos avances la prevalencia de VIH sigue siendo especialmente alta en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres: 10% y en mujeres transgénero: 30%, cifras que indicarían que persisten problemas de acceso a la prueba de tamizaje a pesar del notable esfuerzo operativo y normativo del MINSA por poner las pruebas al alcance de las comunidades promoviendo el tamizaje a través de los sistemas comunitarios

La coyuntura reciente de la pandemia por el COVID19 ha representado un reto en este sentido, tanto por las restricciones de movilidad impuestas por el Gobierno desde marzo de 2020, como de la concentración de los recursos del MINSA en la contención y tratamiento de la situación con el consiguiente cierre temporal de los servicios que ofrecen la prueba de VIH tanto públicos como comunitarios.

En este contexto se hace necesaria la implementación de estrategias que eviten el quiebre en la entrega de los servicios de prevención y faciliten que las personas que lo necesiten puedan acceder a una prueba de VIH oportunamente

Una de estas estrategias innovadoras es de la prueba auto aplicada o autotesteo. El autotesteo de VIH se refiere al proceso mediante el cual una persona puede conocer su estado de infección por este virus luego de coleccionar por sí mismo la muestra (fluido oral o sangre), realizar la prueba e interpretar el resultado, usualmente en un ambiente privado, solo o con la compañía de alguien de su preferencia¹.

El autotesteo se ha propuesto a la comunidad científica y de salud pública como un método accesible para que las personas en riesgo de infección por el VIH se realicen una prueba de tamizaje, lograr un tamizaje frecuente y lograr que se identifiquen casos nuevos de infección por VIH. Esta estrategia ha sido ampliamente recomendada por diversas instancias internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS)². La recomendación de la OMS es que el autotesteo se utilice como una estrategia adicional a los servicios de tamizaje de VIH existentes, ya que de por sí, este método es insuficiente para el diagnóstico de infección por VIH³. Asimismo, desde el 2015, la OMS ha venido recomendando el repetir la prueba de tamizaje (re-testeo) en personas que se encuentran en riesgo continuo de infección o en aquellos que se hayan podido realizar una primera prueba durante el periodo de ventana. Este re-testeo se puede realizar mediante la prueba rápida convencional o mediante una prueba auto aplicada.

La auto aplicación de la prueba de VIH o autotesteo es una estrategia que puede ser útil para que aquellas personas renuentes a acudir a un centro de salud (debido al estigma, discriminación u

¹ World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/en/>

² Idem supra

³ Idem supra

otras circunstancias) puedan acceder a una prueba. En los últimos años, la literatura científica que reporta el uso de esta estrategia ha aumentado. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en el 2013, evaluó la auto aplicación de la prueba de VIH, tanto de forma supervisada como no supervisada⁴. El estudio incluyó 21 artículos (7 con la estrategia no supervisada y 14 con la estrategia supervisada). Dentro de las variables evaluadas se incluyó la aceptabilidad, la factibilidad (relacionada a completar el proceso correctamente, documentando errores y de forma fácil), la precisión (basada en la sensibilidad y especificidad de los resultados) y la motivación para realizar la prueba. La mayoría de los estudios provino de países de altos ingresos y la mayoría (14) consistieron en pruebas orales versus la prueba que utiliza la gota de sangre del dedo. Salvo un estudio experimental, los demás fueron de tipo observacional. La aceptabilidad estuvo en el rango de 74 a 96%. En general los estudios mostraron una especificidad (la probabilidad de identificar personas sin VIH, dada una prueba negativa) consistentemente alta (rango de 99.8-100%), pero una sensibilidad (probabilidad de encontrar personas con VIH, dada una prueba positiva) variable: rango de 97.4%–97.9% en tres estudios para la estrategia supervisada vs un rango de 92.9-100% en un mismo estudio, con la estrategia no supervisada aplicada en un contexto de alta prevalencia (>1%) y uno de baja prevalencia (>1%).

La aplicabilidad (factibilidad) fue variable, con rangos de errores del 0.35% al 5%. En relación con la apreciación, destacaron la conveniencia, velocidad para obtener un resultado, privacidad, empoderamiento, control de las decisiones de la salud de uno mismo. Algunas de las barreras identificadas por los usuarios (como elementos disuasorios para el uso de esta estrategia) siguen estando relacionadas al estigma de tener un resultado positivo. Solo un estudio reportó el dato donde el 96% de participantes que tuvieron una prueba positiva buscaría tratamiento.

En el 2018 se publicó otra revisión sistemática y metaanálisis, que considera un mayor número de artículos publicados en años recientes, en una mayor variedad de países⁵. Este estudio además de la sensibilidad y especificidad evaluó la concordancia de resultados entre la persona que lo aplicaba, y el resultado a ser aplicado por personal de salud. Incluyó 25 estudios. La investigación encontró una concordancia casi perfecta, tanto en las pruebas aplicadas con supervisión (0.98, IC95% 0.96-0.99), como en las no supervisadas (0.97 IC95% 0.96-0.98). El error más común en la aplicación de las pruebas estuvo relacionado a la fase de colección del espécimen (saliva o sangre), pudiendo presentarse errores de interpretación de hasta 5%. Al igual que el estudio anterior, la especificidad fue muy alta (más de 98%) y la sensibilidad variable (de 80 a 90%).

Este último hallazgo hace que la prueba tenga mayor utilidad en una población con alta prevalencia (>1%), con una cobertura amplia en su implementación.

Un estudio realizado en Perú y publicado en el 2017, evaluó las percepciones de 147 HSH y 45 mujeres trans sobre la auto prueba⁶. Además, verificó la disponibilidad de los kits en farmacias locales. Se encontraron kits de pruebas orales en tres farmacias de Lima y una en la Costa Norte. El costo por kit fue de \$18, aunque no era para auto aplicación en casa, sino bajo supervisión (ya que no cuenta con instrucciones de uso). El 95% de mujeres trans y el 78% de HSH reportó su disposición a utilizar la prueba. Un 40% de mujeres trans y 22% de HSH reportó que preferiría usar siempre esta prueba sobre el ir a un centro de salud; 63% de MT y 71% de HSH haría una prueba confirmatoria. El precio promedio que los participantes estarían dispuestos a pagar es de alrededor de \$5. El estudio mostró que puede haber una disposición favorable entre la población HSH y

⁴ Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, et al. Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high- and low-risk populations: a systematic review. *PLoS Med* 2013; 10: e1001414

⁵ Figueroa C, Johnson C, Ford N, et al. Reliability of HIV rapid diagnostic tests for selftesting compared with testing by health-care workers: a systematic review and metaanalysis. *Lancet HIV* 2018; 5: e277–90

⁶ Bustamante MJ, Konda KA, Joseph D. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. *Int J STD AIDS*. 2017 feb;28(2):133-137

de mujeres trans para hacer uso de auto prueba en el país, aunque con un potencial bajo de enlace al tratamiento. Este es un primer estudio exploratorio que debe ser complementado por intervenciones piloto que puedan mostrar su aplicación.

Por ello, en el marco de la subvención país VIH 2016-2019 se contrató una asistencia técnica para el desarrollo de un protocolo de autotesteo a ser implementado en la subvención 2019-2022 como un estudio de tipo observacional con el propósito de evaluar la factibilidad de la implementación de una estrategia de diagnóstico de VIH mediante el uso de la prueba de autotesteo y para evaluar la aceptabilidad de la prueba auto aplicada como un método alternativo para el tamizaje de grupos de riesgo y su capacidad de incrementar la captación y el re testeo de estos grupos.

II. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA

Contratar los servicios de un consultor/a con experiencia en la redacción e implementación de protocolos/estudios de investigación para la implementación, monitoreo y sistematización de resultados del Piloto de autotesteo a llevarse a cabo en 8 regiones del país

III. ÁMBITO DE LA CONSULTORIA

- LIMA, que incluirá los ámbitos urbanos de las Direcciones Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Centro, Lima Norte, Lima Este y Lima Sur.
- CALLAO, en el ámbito urbano de la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA Callao).
- PIURA, en el ámbito urbano de las Direcciones Regionales de Salud Piura y Luciano Castillo (específicamente las ciudades de Piura y Sullana).
- LA LIBERTAD, en la ciudad de Trujillo.
- ICA, en la ciudad de Ica.
- LORETO, en la ciudad de Iquitos.
- SAN MARTÍN, en la ciudad de Tarapoto.
- UCAYALI, en la ciudad de Pucallpa.

IV. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

- 1) El consultor/a revisará y actualizará, de acuerdo a la coyuntura sanitaria, en coordinación con la DPVIH, INS y CARE PERU, el protocolo para el piloto especialmente en los siguientes aspectos: Determinación de la muestra tanto en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) como de mujeres transgénero a quienes se ofertará el auto testeo, incluyendo criterios de selección como edad, nivel educativo y de información sobre el VIH, entre otros aspectos a ser incluidos por el consultor; Determinación de criterios para la selección de los servicios comunitarios –como los Mecanismos de Coordinación Comunitaria o MCC, y otros similares– que ofertarán el auto testeo en Lima y Callao; Diseño y validación de los instrumentos, como encuestas a ser aplicadas en las personas a quienes se ofertará el auto testeo, así como guías para la validación con grupos focales y entrevistas a profundidad; Planteamiento de los aspectos éticos: consentimiento informado, archivo y procesamiento de datos; Diseño de un plan para el monitoreo de los procesos, resultados, efectos e impactos del estudio piloto.
- 2) El consultor/a preparará el expediente técnico a ser presentado para la revisión y aprobación del Comité de ética y hacer seguimiento a dicho trámite.
- 3) El consultor/a se encargará de los aspectos operativos de la implementación del piloto una vez este sea aprobado por el comité de ética:
 - Coordinación con CARE Perú para la entrega de los kits de autotesteo y su distribución, coordinación con el INS, DPVIH, DIRIS/DIRESAS/ GERESAS.

- Capacitación de los enroladores para el estudio: manejo de instrumentos necesarios incluyendo la realización e interpretación de la prueba, así como los procedimientos de seguimiento a los participantes del protocolo, monitoreo a los procedimientos aplicados en los MCC/organizaciones que formarán parte del estudio.

4) El consultor deberá presentar un informe preliminar de los resultados a los tres meses de iniciado el piloto y un informe final a los 6 meses de iniciado el piloto con los resultados y recomendaciones finales. **Este plazo se contabilizará a partir de la aprobación del protocolo por el comité de ética**

V. PRODUCTOS Y ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:

Los productos, así como las actividades por desarrollar y plazos de entregas son los siguientes:

| Actividad | Descripción de Actividad | Tiempo de Ejecución |
|---|--|--|
| Actividad 1: Revisión y ajuste del protocolo | El consultor/a revisará y actualizará el protocolo disponible desarrollado en la subvención 2016-2019, incluyendo los instrumentos en coordinación con la DPVIH e INS quienes deberán aprobar la versión final del mismo | 10 días después de firmado el contrato |
| Actividad 2: Preparación del expediente técnico a ser presentado al comité de ética | El consultor/a preparará el expediente técnico necesario para su presentación para aprobación por el Comité de ética y hará seguimiento hasta su aprobación | 10 días después de aprobado el protocolo |
| Actividad 3: Elaboración de módulo de capacitación y entrenamiento a los enroladores de los MCC y otras organizaciones que participarán en el piloto | El consultor/a elaborará el módulo de capacitación para los enroladores que participarán en el estudio (Educadores Pares de los MCC y otras organizaciones) que deberá incluir la guía metodológica y la guía para el participante, asimismo organizará el desarrollo y evaluación de la capacitación en coordinación con CARE PERU. | 10 días después de la aprobación del comité de ética |
| Actividad 4: Informe preliminar de resultados del piloto | El consultor/a elaborará un informe con los resultados y hallazgos preliminares de la implementación del piloto en un documento técnico que deberá incluir: Descripción de la ejecución del piloto de acuerdo al protocolo aprobado incluyendo el proceso de capacitación de los enroladores, el informe deberá incluir los resultados y hallazgos obtenidos en cada región, las brechas y dificultades encontradas, así como recomendaciones para la mejora de los procesos considerando los diversos determinantes y las necesidades específicas de las poblaciones, así como el análisis del entorno y su influencia en la implementación | 90 días después de la aprobación del Comité de ética |
| Actividad 5: Informe final de resultados | El Informe Final del Piloto deberá incluir: 1. Resumen ejecutivo 2. Propósito del Estudio 3. Antecedentes del Proyecto 4. Metodología empleada en el estudio 5. Resultados del Estudio generales y por ámbito de intervención 6. Conclusiones 7. Recomendaciones 8. Referencias bibliográficas 9. Anexos | 90 días después de presentación del informe preliminar |

La presentación de los informes y componentes de este, deberán ser presentados impresos y en formato digital: Word, Excel, Power point u otra herramienta informática según corresponda.

VI. PERÍODO DE DURACIÓN DE LA CONSULTORÍA

La consultoría tiene prevista una duración de 210 días no consecutivos después de la firma del contrato. En caso se considere necesario, el plazo podrá ampliarse, no modificándose los montos previstos. **Nota: Los plazos para la entrega de los productos 2,3 y 4 dependerán de la aprobación oportuna del Comité de Ética.**

VII. PROPIEDAD DE LOS PRODUCTOS DE LA CONSULTORÍA

Los productos de la consultoría son de propiedad de la CONAMUSA y su publicación requiere la autorización de esta. Al final de la asistencia técnica, la misma será transferida al Ministerio de Salud como usuario final de la subvención.

VIII. MONTO REFERENCIAL

S/. 70,000 soles (setenta mil y 00/100 soles) **A TODO COSTO** (incluye honorarios, viáticos, pago al comité de ética, transporte, servicios fotográficos, pagos a terceros, IGV, etc.).

IX. FORMA DE PAGO

| Producto | Plazo de entrega | % |
|--|---|------------|
| Producto 1: Protocolo revisado y aprobado por DPVIH/INS | 10 días después de firmado el contrato | 10% |
| Producto 2: Aprobación del Comité de ética e informe de entrenamiento a enroladores del estudio | 20 días después de aprobado el producto 1 | 20% |
| Producto 3: Informe preliminar de resultados | 90 días después de aprobado el producto 2 | 35% |
| Producto 4: informe preliminar de implementación del piloto | 90 días después de aprobado el producto 3 | 35% |

La conformidad de los productos será dada por la DPVIH. De manera posterior, CARE Perú dará la aprobación del producto realizado y se procederá a iniciar el proceso de pago correspondiente.

X. PERFIL SOLICITADO

El consultor/a debe cumplir los requisitos siguientes:

- a. Profesional de las ciencias de la salud o ciencias sociales
- b. Experiencia de por lo menos 3 años en la redacción de protocolos de investigación y documentos técnicos similares
- c. Experiencia de al menos 5 años en la implementación de estudios de investigación
- d. Experiencia en el entrenamiento de equipos de investigación en particular equipos de investigación comunitarios
- e. Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas.
- f. Actitud no discriminatoria hacia las poblaciones LGTB y/o con VIH/SIDA.
- g. Conocimiento a nivel de usuario de entorno Microsoft Office y base de datos.
- h. Disponibilidad para viajar a las zonas de intervención de la región.

XI. CONFIDENCIALIDAD

El consultor/a, organización o firma consultora contratado/a deberá mantener confidencialidad sobre el proceso y los resultados de la consultoría.

XII. COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS

- La conformidad técnica de la prestación deberá sujetarse a los términos de referencia y será emitida en un plazo no mayor de diez (10) días calendario posteriores a la presentación de cada uno de los productos, debiendo ser suscrita por el Director de la Dirección de la DPVIH y de CARE Perú; de existir observaciones, será notificado al proveedor, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no podrá ser menor de dos (2) ni mayor de diez (10) días calendario, dependiendo de la complejidad
- El seguimiento y coordinación del servicio estará a cargo de CARE Perú, debiendo entregarse los productos en las oficinas de CARE Perú, de acuerdo con el siguiente detalle:
 - ✓ Versión electrónica del producto: que contenga el documento solicitado.
 - ✓ El archivo electrónico desarrollado durante la consultoría debe ser presentado en su formato original (Word, Excel, u otros). Pueden presentarse varios archivos electrónicos de acuerdo con el tipo de extensión de cada archivo.
 - ✓ Además, deberá presentarse una versión electrónica del documento técnico, en formato PDF.

XIII. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA

Los consultores/as u organizaciones interesados/as deberán presentar lo siguiente:

- a. Propuesta Técnica.
- b. Currículo del investigador principal que estará a cargo de la consultoría
- c. Propuesta Económica a todo costo
- d. Copia de su ficha R.U.C.

Las/os interesadas/os deberán enviar su propuesta técnica y económica al correo electrónico convocatoria@care.org.pe, fecha límite hasta el 21 de Julio de 2021 hasta las 22:00 horas, con el **ASUNTO: Asistencia técnica para implementación de piloto de autotesteo.**

Las propuestas enviadas a cualquier otro correo o destinatario de esta institución invalidarán su participación, así como su envío posterior a la fecha y hora señaladas.

Los postulantes deben tener un buen historial crediticio.

En caso de ser seleccionado(a) el/la postulante deberá presentar sus antecedentes (penales, judiciales, policiales) y poseer un seguro de salud y de vida vigentes. Los resultados de la convocatoria serán comunicados solo al postulante que obtuvo la buena pro.