



Ministerio de Salud  
Programa Nacional de VIH/Sida  
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud  
USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

# **EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, COMPONENTES DE LA CASCADA DE ATENCIÓN** Y FACTORES MODULARES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

*Panamá, octubre 2014*



---

Evaluación de la adherencia  
al tratamiento antirretroviral,  
**componentes de la cascada  
de atención** y factores modulares  
institucionales que influyen en la adherencia  
a la terapia antirretroviral

---

# CREDITOS

---

## **Autora**

***Dra. Ana Belén Araúz Rodríguez***

Medicina interna - Enfermedades Infecciosas

Lic. María Masterlari

Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología. Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA. Sección de Estadísticas. MINSa.

Programa Nacional de VIH/SIDA de Panamá, en especial la Lic. Rosa Lowe colaboró de manera importante con la recolección de la información para la elaboración de este informe.

En todo momento el personal de las clínicas de tratamiento antirretroviral que fueron visitadas y brindaron todo su apoyo para la obtención de los datos de la manera más fidedigna.

A la Lic. Itzel Martínez y Lic. Yamítzel Zaldívar Laboratorios de referencia en la Caja de Seguro Social y del ICGES por su apoyo en la obtención de la información consolidada en cada una de sus áreas.

## **Asesores Técnicos**

***Dr. Francisco Javier Terrientes***

Ministro de Salud

***Dra. Itza Barahona de Mosca***

Directora General de Salud

***Dr. Aurelio Núñez***

Jefe del Programa Nacional de ITS, VIH y sida

***Dra. Lucrecia Castillo***

USAID Guatemala

***Roberto León***

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

***Dr. Joel Méndez***

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

***Dra. Yadira Villaseñor***

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

“Este Informe Final de la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Condiciones Institucionales que puedan influir en el proceso, es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de esta Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

### **Nota de género:**

En este texto se utilizan en forma indistinta y variada términos tales como hijas, hijos, hombres, mujeres y otros similares para evitar repeticiones que puedan interrumpir el curso normal de la lectura. Sin embargo, reconocemos y valoramos la presencia y el protagonismo de las mujeres en estas instituciones y en estos procesos de gestión cultural.

# CONTENIDO

---

<b>PÁG.</b>	<b>TEMA</b>
4	<b>Acrónimos</b>
5	<b>Resumen ejecutivo</b>
7	<b>Introducción</b>
9	<b>I. Aspectos generales del informe de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) y condiciones institucionales que pueden influir en el proceso</b>
9	A. Antecedentes
13	<b>II. Objetivos</b>
14	<b>III. Marco operativo</b>
14	A. Paso 1
14	B. Paso 2
14	C. Paso 3
14	D. Paso 4
15	E. Indicadores y variables para establecer el estado actual de la adherencia al TARV
19	<b>IV. Marco metodológico</b>
19	A. Universo del estudio
19	B. Unidades de muestreo
19	C. Unidades de análisis
19	D. Diseño del estudio
19	E. Diseño del muestreo
19	F. Análisis de datos
20	<b>V. Resultados</b>
20	A. Datos generales
24	Objetivo No.2
26	Objetivo No. 3
30	<b>VI. Discusión</b>
31	<b>VII. Conclusiones</b>
32	<b>VIII. Limitaciones</b>
33	<b>IX. Recomendaciones</b>
34	<b>X. Aspectos administrativos</b>
34	<b>XI. Aspectos éticos</b>
35	<b>XII. Referencias</b>
37	<b>XIII. Anexos</b>
39	Anexo 1. Listado de indicadores para construir la cascada de servicios de atención de VIH
40	Anexo 2. Fichas técnicas de indicadores para construcción de la cascada de servicios de atención de VIH
56	Anexo 3. Lista de chequeo de la calidad de atención y servicios disponibles en las Unidades de Atención Integral de los servicios de salud de Centro América
57	Anexo 4. Lista de verificación de la Unidad de Atención Integral
59	Anexo 5. Instrumento de recolección de datos para la obtención del Objetivo No.1
59	Anexo 6. Actividades realizadas

# ACRÓNIMOS

---

<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
<b>CHMDAAM</b>	Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid
<b>CSS</b>	Caja de Seguro Social
<b>CTARV</b>	Clínicas de Terapia Antirretrovirales
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>HAT</b>	Hospital Aquilino Tejeira
<b>HAM</b>	Hospital Anita Moreno
<b>HIVMA –IDSA</b>	HIV Medical Association de la Infectious Diseases Society of America
<b>HLChF</b>	Hospital Luis Chico Fábrega
<b>HNAS</b>	Hospital Nicolás A. Solano
<b>HSH</b>	Hombres que tiene Sexo con Hombres
<b>HST</b>	Hospital Santo Tomás
<b>IDSA</b>	Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas
<b>INH</b>	Isoniazida
<b>IO</b>	Infección Oportunista
<b>ITS</b>	Infección de Transmisión Sexual
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MoniTAR</b>	Sistema de Monitoreo de la Terapia Antirretroviral
<b>ml</b>	Mililitro
<b>OBC</b>	Organización de Base Comunitaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCP</b>	Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
<b>PV</b>	Personas con VIH
<b>PVV</b>	Personas que viven con VIH
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TAR</b>	Terapia Antirretroviral
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TMP/SMX</b>	Trimetoprim/Sulfametoxazol
<b>TS</b>	Trabajadora Sexual
<b>UDI</b>	Usuario de Drogas Intravenosas
<b>USAID</b>	Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

# RESUMEN EJECUTIVO

---

Este informe documenta los procesos del continuo de atención en VIH (cascada de atención integral) en Panamá, realizando un énfasis especial en determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en las diversas clínicas de tratamiento, así como el diagnóstico de la situación en aquellas clínicas que fueron evaluadas para la elaboración de este informe.

Este informe documenta los procesos del continuo de atención en VIH (cascada de atención integral) en Panamá, realizando un énfasis especial en determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en las diversas clínicas de tratamiento, así como el diagnóstico de la situación en aquellas clínicas que fueron evaluadas para la elaboración de este informe.

Para establecer el estado de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de las Personas que viven con VIH (PVV), bajo tratamiento, se tomó una muestra representativa para las clínicas de TAR seleccionadas entre los diferentes estratos, según número de PV atendidos. Este grupo se determinó el porcentaje que teniendo seis meses más de TAR presentaban carga viral, (CV), suprimida, ya sea <50 o <1000 copias/ml.

Para la elaboración de la cascada de atención integral se obtuvieron los datos a partir de la información facilitada por el Programa Nacional de VIH/SIDA de Panamá, así como de los laboratorios de referencia a nivel nacional.

La muestra correspondió a 1,562 PV en tratamiento antirretroviral, de los cuales el 65.5% eran del sexo masculino y con edad promedio de 42.43 + 11.5 años. El porcentaje de PV con carga viral <50 copias/ml correspondió al 77.1% de las PV, mientras que para <1000 copias/ml fue de 84.4%. La clínica antirretroviral con menor porcentaje de adherencia fue la de la región de Colón con un 61.5% de PV con carga viral <50 copias/ml.

En cuando a la cascada de atención integral en VIH, utilizando como denominador común el total de PV calculados por Spectrum, que asciende a 15,423 PV, tenemos que el porcentaje de PV que conocen su diagnóstico corresponde a un 82%, el de los vinculados es de un 63% y el de los vinculados y retenidos es 55%; mientras que el porcentaje de quienes se encuentran en TAR es de 50% con un 32% y 28% de PV con CV <50 copias/ml y <1000 copias/ml respectivamente.

En cuando a la evaluación de la atención integral en las clínicas, las principales deficiencias se encuentran en la dificultad de realizar pruebas de tamizaje para Chlamydia/Gonorrea, Tuberculosis latente y coinfección con Hepatitis B o C; así como en la cobertura de inmunización y detección temprana de cáncer cervicouterino.

Con respecto a la lista de verificación, la principal deficiencia es que en todas las clínicas en algún momento se registró desabastecimiento de antirretrovirales, falta de evaluación nutricional y se anotó que no se realiza una encuesta estructurada para medir la adherencia.

Esta es la primera vez que se realiza este ejercicio a nivel nacional en Panamá, el cual ha permitido evaluar las limitaciones y brechas en la obtención de los objetivos propuestos para el año 2020 de 90/90/90 en cuanto a PV diagnosticadas, cobertura de tratamiento y el logro de carga viral suprimida. La principal limitación consistió en que no existe un expediente estandarizado en todas las clínicas, ya

que la implementación del sistema de monitoreo de la terapia antirretroviral (MoniTAR), al menos en 2013 era incompleta, por lo que la información de las clínicas de terapia antirretroviral, (CTARV), no está consolidada. Además, dificulta aún más el trabajo de reunir la información el hecho de que las clínicas no llevan un adecuado seguimiento de la vinculación y retención a la atención de las PV que no reciben TAR y el desconocimiento del porcentaje de los pacientes en TAR que efectivamente se realizan cargas virales.

La generación de la cascada de atención se podrá mejorar en el futuro, si se sensibiliza al personal de las CTARV sobre la importancia de reportar sus datos acerca de las PV según los criterios que se solicitan, incluyendo su distribución por grupos de mayor riesgo, haciendo especial énfasis en aquellas PV que no están en TAR.

Será fundamental para lograr estos objetivos implementar el uso del MoniTAR y que a cada clínica se le proporcione el equipo y personal necesario para ello.



# INTRODUCCIÓN

---

La implementación de la terapia antirretroviral (TAR) en Centroamérica ha tenido un desarrollo diferente en cada país. Sin embargo, en la última década, todos los países de la región han ampliado sus coberturas de manera importante. En algunos países y con el advenimiento del Fondo Mundial de Lucha contra Sida, Malaria y Tuberculosis, la extensión de los servicios y el acceso al tratamiento se han extendido de manera apreciable, aunque en algunos casos no ha sido uniforme, a nivel de las diversas regiones de cada uno de los países. (1)

En abril de 2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana lanzaron la Estrategia Regional de Sostenibilidad, la cual trazan las acciones necesarias para lograr los objetivos de “Acceso Universal” y cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en materia de VIH. Además de desarrollar una estrategia de mediano y largo plazo, orientadas a proveer una sustentación más estable a la financiación de la respuesta al VIH, y un mejor control de los costos, la calidad y el acceso a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo a las poblaciones afectadas; en particular a las personas que viven con VIH (2).

Muchos esfuerzos se han hecho por ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR); sin embargo los esfuerzos por documentar de manera fehaciente el impacto del tratamiento en la sobrevivencia de las personas que viven con VIH

Así, las estrategias poblacionales como la provisión ininterrumpida del tratamiento antirretroviral, la calidad de atención hacia los pacientes que viven con VIH (PV) en el cuidado y tratamiento integral, la meta de disminuir la carga viral por debajo de 50 copias y <1,000 copias/ml, y la retención de los PV en el cuidado y atención integral, han mostrado disminución de la transmisión del VIH por vía sexual en la comunidad (a pesar de que los PV han mostrado disminución en la adherencia al uso del condón en sus relaciones sexuales), logrando

la disminución de la incidencia de VIH en los países que cuentan con sistemas de información y registro confiables.

Esto evidencia la capacidad del control individual y del control comunitario de la epidemia en los países y regiones donde se ha documentado.(3)

El concepto de retención en el cuidado y la Cascada del Continuo de la Atención Integral, llevados a la práctica nos brindan la oportunidad de limitar inicialmente el impacto clínico en una etapa temprana de la infección, representado por el momento del diagnóstico, disminución de la incidencia de infecciones oportunistas, ingresos hospitalarios, días estancia y en particular a nivel de las comunidades, nos permite evaluar el impacto de TAR, en la prevención de la transmisión sexual del VIH y por ende la incidencia anual de VIH (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los países fortalezcan los sistemas de información de monitoreo de las personas en tratamiento antirretroviral para fines de monitoreo programático y evaluación de resultados e impacto en las políticas nacionales de prevención, atención y tratamiento (2). Por ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado un Marco de Monitoreo Continuo de la Atención al VIH (3), que incluye la construcción de la cascada, con el objetivo de armonizar los indicadores de monitoreo programático en los países de la región

y fortalecer las capacidades de análisis, identificación de brechas y acompañamiento de las metas programáticas de 2015 (4).

La cascada de servicios de atención del VIH recopila datos desde el momento del diagnóstico hasta la entrada en la atención, retención en los servicios de atención integral y al TAR, así como su relación con el control de la carga viral. La construcción de la cascada permite contar con información prioritaria estratégica para tomar decisiones que favorezcan la mejoría de la calidad, así como los mejores resultados en atención y tratamiento.

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), con otras agencias estadounidenses, propuso en el año 2010 y 2012 (5,6) evaluar la calidad de la atención clínica de la personas en TAR, con el fin de limitar el impacto

de las infecciones oportunistas, co-morbilidades, proponiendo estándares que permitieran vigilar de manera armonizada los componentes mínimos del monitoreo y atención clínica, ajustados a parámetros de calidad que favorecen la retención en el cuidado y la adherencia al tratamiento (5-6).

A través de la elaboración de este informe se busca documentar los procesos del continuo (cascada de atención integral) de Panamá, así como a realizar el diagnóstico de la situación de las Clínicas de Terapia Antirretroviral en Centro América; con el fin de establecer la línea de base para promover un sistema de vigilancia de la adherencia a los antirretrovirales, a los componentes de la atención integral multidisciplinaria, promoviendo la retención en el cuidado a largo plazo de la personas que viven con VIH.(6-7-8-9)

# I. ASPECTOS GENERALES

## A. ANTECEDENTES

En Panamá la administración de la salud está a cargo de dos entidades: el Ministerio de Salud (MINSa), quien es el ente rector en la materia y además tiene la responsabilidad de brindar servicios de salud a la sección de la población no asegurada; y la Caja de Seguro Social (CSS), que presta servicio a las personas seguro habientes.

Panamá, a diferencia de algunos países de la región Centroamericana, compra todos los medicamentos antirretrovirales con recursos propios para la población afectada por el VIH/sida. La compra de los ARV se realiza de manera separada por la CSS y el MINSa.

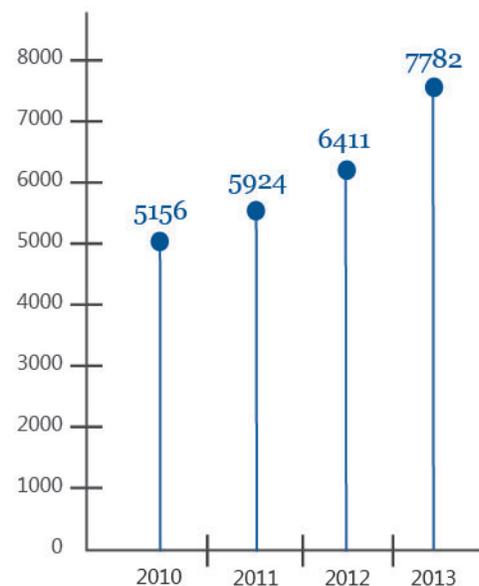
La administración de la Terapia Antirretroviral (TARV) inició en la CSS en el año 1999 y en el MINSa en el año 2001.

Con el objetivo de lograr el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales para todas las personas que lo requieren, el Ministerio de Salud ha ido incrementando las Clínicas de Terapia Antirretrovirales (CTARV), de tal manera que en casi todas las regiones de salud del país cuentan con estas instalaciones para brindar atención integral a los usuarios. A nivel nacional existen 16 CTARV, dos corresponden al Seguro Social y 14 al Ministerio de Salud, según se menciona en el Informe Nacional de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores, del año 2013. (3)

Hasta diciembre de 2013 contábamos con un total 7,782 personas que estaban recibiendo terapia antirretroviral en las 16 clínicas de terapia antirretroviral distribuidas a lo largo del país.

Además, cada año se ha ido incrementando el número de personas que reciben la TARV, como se muestra en la gráfica #1; en la que podemos observar que en el año 2010 se registraron 5,156 personas que recibían TARV, hasta alcanzar los 7,782 usuarios para el año 2013; lo que demuestra que el Estado continúa trabajando para brindar la atención y ampliar la cobertura de ARV's a todas las personas que lo necesitan.

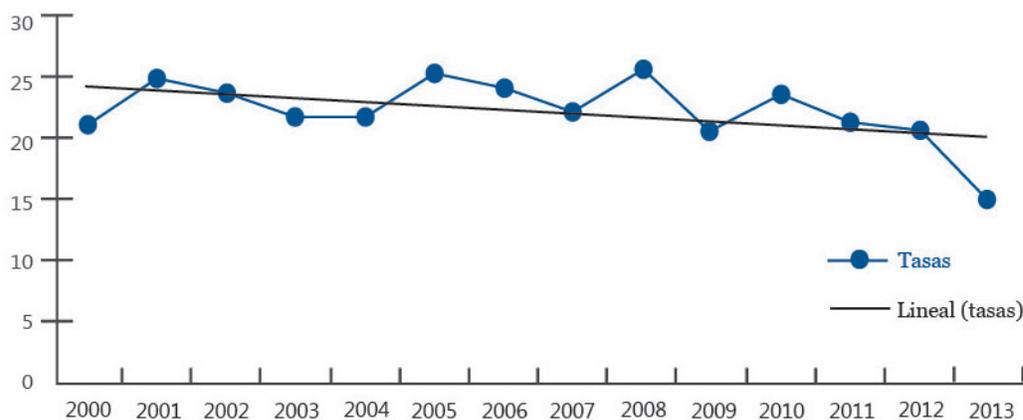
**Gráfica No. 1** Total de personas que reciben terapia antirretroviral en la diferentes CTARV, del año 2010 a diciembre del año 2013.



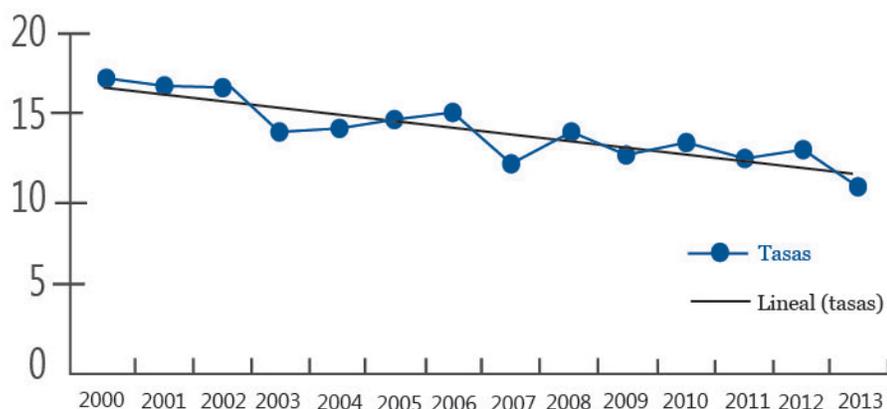
**Fuente:** Monitoreo realizado a las CTARV, por las licenciadas Rosa Lowe (Coordinadora de la Unidad Técnica de MyE del PNIVS) y María Mastelari (Coordinadora de la Vigilancia Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA). Datos del año 2013.

El uso de la terapia antirretroviral en nuestro país ha contribuido de manera significativa a mejorar la calidad de vida de las personas y ha reducido la mortalidad asociada al sida.

**Gráfica No. 2** Sida. Tasas de incidencias. República de Panamá. Año: 2000-2013



**Gráfica No. 2** Sida. Tasas de incidencias. República de Panamá. Año: 2000-2013



**Fuente:** Sección de Estadísticas Departamento de Epidemiología, Vigilancia de ITS/VIH/SIDA. MINSA Año 2000-2013

Según el Departamento de Epidemiología del MINSA, en los últimos 14 años se observa una tendencia a la disminución de los reportes de casos de sida y una disminución en las tasas de mortalidad. Esto sigue el mismo parámetro de lo que está ocurriendo en la mayoría de los países que están realizando la administración de TARV, aunado a otras medidas como la promoción y la prevención. (3)

Así mismo, el país ha acogido la Estrategia 2.0, la cual es una iniciativa desarrollada por Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (OMS – OPS) y ONUSIDA

para responder a los desafíos financieros y técnicos que aún limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral. El mismo tiene por objetivo que todas las personas que viven con el VIH/SIDA, en América y que necesitan tratamiento con medicamentos antirretrovirales, puedan obtener una atención de calidad que incluya el acceso a las combinaciones más eficaces y seguras, eliminando el riesgo de desabastecimiento.

En el año 2014, con el apoyo técnico y financiero de OMS – OPS se realiza una evaluación en el país con los objetivos de:

- Conocer la situación actual del VIH/SIDA en Panamá, su abordaje y la factibilidad de implementación de la estrategia 2.0 en el país.
- Evaluar algunas instalaciones de salud y ONG's para conocer la posibilidad de implementar la iniciativa 2.0 en nuestro país.

La iniciativa está encaminada al abordaje de la atención y tratamiento del VIH que asegure la expansión, la sostenibilidad a largo plazo y el suministro de servicios en una manera costo eficiente. El impacto esperado a corto plazo implica la mejora en la calidad de vida y la adherencia del usuario a la terapia antirretroviral. Ahora bien, a largo plazo se busca la reducción de la morbi-mortalidad asociada al VIH/sida y la disminución de nuevas infecciones por VIH.

A pesar de los avances obtenidos con el advenimiento de la TARV para la calidad de vida de las personas que lo reciben, aún enfrentamos el reto de la adherencia a los ARV's; lo cual se ve

reflejado en los informes de monitoreo del paquete básico de indicadores de los años 2012 y 2013, que revelaron un 12% y 11.4% respectivamente de abandono de la TARV.

Por ello necesitamos reforzar la vigilancia de la adherencia y establecer mecanismos de rescate de las personas que abandonan o no son adherentes a la terapia antirretroviral.

El presente trabajo servirá de línea base para establecer el estado actual a la TARV, analizar las brechas de vinculación y retención así como conocer los factores institucionales que influyen en la adherencia al tratamiento. Con esta base se persigue elaborar estrategias que contribuyan al apego del tratamiento por parte de los afectados.



# II. OBJETIVOS

---

## A. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un diagnóstico de situación de la adherencia al tratamiento antirretroviral y establecer los componentes de la cascada de atención, relacionados con la adherencia en Panamá e integrarlo con la región Centroamericana.

## B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, bajo tratamiento en Panamá, a través de la medición de la supresión viral (menor de 50 y 1000 copias/ml) durante el 2013.
2. Construcción de la Cascada del Continuo de la Atención y análisis de brechas de vinculación, retención y supresión viral en Panamá para 2013.
3. Identificar los factores modulares institucionales y de atención que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en Panamá.

# III. MARCO OPERATIVO

En el marco de monitoreo propuesto por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, basado en el consenso de las recomendaciones mundiales para la vigilancia de la atención y el tratamiento del VIH y siguiendo los acuerdos del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, se utilizaron de base los indicadores internacionales propuestos en el año 2014, con énfasis en la construcción de la cascada de atención integral y continua, con sus componentes, de manera coordinada con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, y la Caja de Seguro Social de Panamá, con el apoyo técnico del USAID| Proyecto Capacity, OPS y ONUSIDA.

Los pasos seguidos para la ejecución del trabajo de campo y para desarrollar el estudio de forma armonizada en la región, fueron:

## **A. Paso 1**

El equipo de trabajo de Panamá, con el apoyo técnico y financiero de USAID|Proyecto Capacity Centroamérica, en coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNIVS), luego de aprobado el estudio realiza las siguientes acciones:

- Adecuación del protocolo a la metodología empleada en Panamá mediante la consulta a otros especialistas a través de la discusión y consenso.
- Reunión de consenso y definición de ruta crítica a seguir para el desarrollo del estudio.
- Elección de las clínicas de terapia antirretroviral a evaluar.

## **B. Paso 2**

Se realiza reunión con los actores claves responsables de la atención y registro de los datos relacionados con la adherencia a la terapia antirretroviral, para la revisión metodológica de los indicadores y sus fuentes de información, para la elaboración de la cascada de servicios de atención de VIH y para confección de formatos de recolección de datos.

Se realiza el cronograma de visita a las áreas para el trabajo de campo; se elaboran y envían las notas a las regiones de salud de las instalaciones que serán visitadas para la revisión y recolección de los datos.

## **C. Paso 3**

Se confecciona el instrumento de recolección de datos para la obtención del objetivo número uno. De acuerdo con el número total de personas que recibían terapia antirretroviral en las 16 clínicas de terapia antirretrovirales en el año 2013, se realiza un muestreo por conglomerados en ocho de ellas. La muestra fue calculada según se detalla en el punto "E", objetivo específico 1.

Para el análisis y construcción de la cascada se utilizaron los datos recibidos de las siguientes fuentes: las CTARV, Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, los laboratorios de las instalaciones de las instituciones de salud escogidas para el estudio y del Laboratorio Conmemorativo Gorgas. Además, el muestreo realizado en las ocho CTARV seleccionadas, permitió identificar las brechas o situaciones que interfieren en la obtención de la información aleatoria.

## **D. Paso 4**

El trabajo de campo para responder a los indicadores propuestos y los factores modulares

<sup>2</sup> En El Salvador desde el año 2010, se compraron máquinas que miden CV menor de 20 copias/ml que hace más sensible la medición de supresión viral. Por lo que se decide que los resultados se establecerán con este valor.

institucionales y de atención que influyen en la adherencia a la TARV, consistió en visitas a las CTARV escogidas, en donde se obtienen los datos de los expedientes clínicos establecidos en el instrumento previamente elaborado. Durante el recorrido a las instalaciones seleccionadas se visita la farmacia, el laboratorio clínico, el Laboratorio Gorgas y se llenan los datos de las siguientes encuestas o listas:

- Lista de chequeo de la calidad de atención y servicios disponibles en las Unidades de Atención Integral de los servicios de salud de Centroamérica.
- Lista de verificación de la unidad de atención integral proveedores de salud de las áreas seleccionadas.

La primera lista fue llenada con los datos obtenidos de los expedientes clínicos y la segunda con la información brindada por los proveedores de salud.

Además, nos reunimos con los jefes de farmacia y laboratorio clínico de las regiones visitadas; así como con las tecnólogas médicas encargadas de la realización de las pruebas de carga viral y CD4 de la CSS y del Laboratorio Conmemorativo Gorgas, para coordinar la consecución de la información.

### **E. Indicadores y variables para establecer el estado actual de la adherencia al TAR.**

En esta sección se describen los objetivos y su relación con los indicadores y variables necesarios para la construcción de los pilares de la Cascada del Continuo de la Atención.

**Objetivo específico 1: Muestra, indicador y variables para** establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, bajo tratamiento en Panamá, mediante medición de la supresión viral (menor de 50 y 1000 copias/ml) durante el 2013.

**Tabla No. 1** Distribución de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral según número de pacientes atendidos. Panamá 2013.

Rango de número de PV en atención	Número de CTARV
Menos de 500 pacientes	11
500 a 1,000 pacientes	2
Más de 1,000 pacientes	2

**Fuente:** Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

Para cada estrato se seleccionaron las siguientes clínicas de terapia antirretroviral que correspondieron al 100% de las clínicas con más de 1000 pacientes, el 100% de las clínicas con entre 500 y 1000 pacientes y el 50% de las clínicas que atienden población mayor de 15 años con menos de 500 pacientes:

- **Menos de 500 pacientes:** Hospital Aquilino Tejeira (Penonomé, Coclé), Hospital Chicho Fábrega (Santiago, Veraguas), Hospital Anita Moreno (Los Santos, Los Santos) y Hospital Nicolás A. Solano (Chorrera, Panamá Oeste).
- **De 500 a 1000 pacientes:** Clínica de la Región de Colón y clínica de la Región de Chiriquí.
- **Más de 1000 pacientes:** Clínica en el Hospital Santo Tomás y clínica del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

En una segunda etapa se calculó la muestra para cada una de las clínicas y se seleccionó una muestra aleatoria de cada una de ellas.

**Tabla No. 2** Clínicas de Tratamiento Antirretroviral según número de pacientes atendidos y muestra calculada. Panamá 2013.

Clínicas de Tratamiento Antirretroviral	Número de PV en atención	Muestra calculada
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid - Caja del Seguro Social	3220	344
Hospital Santo Tomás	1893	320
Hospital Chiriquí	581	240
Hospital Colón	577	231
Hospital Nicolás Solano	262	157
Hospital Anita Moreno	157	112
Hospital Luis Chico Fábrega	155	111
Hospital Aquilino Tejeira	132	99
Hospital Ngäbe Buglé	157	
Hospital Bocas del Toro	128	
Hospital Cecilio Castellero	62	
Hospital Kuna Yala	55	
Albergue de María	41	
Salud Penitenciaria	106	
Hospital San Miguelito	18	
Hospital del Niño "Dr. José Renán Esquivel"	194	
Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	44	
<b>TOTAL</b>	<b>7782</b>	<b>1614</b>

Fórmula 1

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + (Z_{\alpha}^2 * p * q)}$$

Donde:

N = Tamaño poblacional

Z = 1.96 para un nivel de significancia del 5%.

p = 0.5 proporción estimada para asumir la máxima variación

d = error muestral

**Indicador de medición de adherencia:** Porcentaje de PV en tratamiento con carga viral (CV), suprimida (< 50 y < 1000 copias/ml).

#### **A. Carga viral para la medición de la adherencia y eficacia del Tratamiento Antirretroviral (TAR):**

**Numerador:** Número de PV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos seis meses, con el último recuento de CV <50 copias durante el año de estudio.

**Denominador:** Número de PV en (TAR) al menos durante seis meses, con una CV realizada en el año de estudio.

#### **B. Carga viral para medición de la eficacia del Tratamiento Antirretroviral (TAR):**

**Numerador:** Número de PV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos seis meses, con el último recuento de CV <1000 copias durante el año de estudio.

**Denominador:** Número de PV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos durante seis meses, con una CV realizada en el año de estudio.

#### **Consideración para la interpretación:**

##### **Criterios de Inclusión:**

1. Pacientes a quienes se les realizó cargas virales en el 2013 (Excluir duplicidades).
2. Personas que han iniciado TAR antes del 1º. de julio de 2013.

##### **Criterios de Exclusión:**

1. Cargas virales pre TAR y las de seguimiento pre-TAR realizadas en el 2013.
2. Excluir las personas con carga viral realizada durante los primeros seis meses de TAR.

La información fue obtenida a través del muestreo al azar de los expedientes en las clínicas de tratamiento antirretroviral, así como la revisión de registros de farmacia de las clínicas para identificar las personas activas en tratamiento cuando dicho registro estaba disponible, así como los reportes de las cargas virales en el laboratorio de referencia.

#### **Objetivo específico 2: Indicador y variables para la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención Integral.**

(Para obtener más detalles de cómo se generaron los indicadores consulte las fichas técnicas que se detallan en el Anexo 2.)

Para la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención Integral de los PV en Panamá para el año 2013, se detalla a continuación la metodología empleada para la obtención de cada uno de los pilares.

#### **1. Número de personas vivas y con VIH que se estima hay en el país:**

**Fuente:** informe nacional del ejercicio de estimaciones a diciembre 2013. Programa Spectrum. Este número se usó como denominador

en todos los pilares para la generación de los porcentajes correspondientes.

#### **2. Número y porcentaje de PV que conocen su diagnóstico de VIH a diciembre del 2013.**

**Fuente:** Nivel Central del MINSA de las siguientes áreas: Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología, Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA y Sección de Estadísticas.

#### **3. Número y porcentaje de PV que conocen su diagnóstico y están vinculados a servicios de atención, (Incluye pacientes en TAR y pacientes sin tratamiento antirretroviral (TAR), pero en seguimiento y cuidado):**

Definición de PV vinculados a los servicios de salud en 2013.

Número total de personas seropositivas quienes durante 2013 presentaron los siguientes factores:

- a) Un recuento de linfocitos CD4 o
- b) Una CV o
- c) Un retiro de TAR o
- d) Una consulta de atención a la infección por el VIH

**Fuente:** Para la generación de este elemento de la cascada se sumó el número de PV en TAR reportados activos al Programa Nacional de VIH/SIDA, más los pacientes sin tratamiento reportados por cada clínica y los abandonos reportados, todos estos datos a diciembre de 2013.

La principal limitación para obtener este dato consiste en que no se considera la definición estandarizada para reportar los pacientes activos. (Por ejemplo OMS: Pacientes con al menos una o dos citas registradas en los últimos seis meses en la clínica de tratamiento antirretroviral), por lo que no está planificada la recolección de esta información de manera prospectiva y sistemática y por ende el dato no se encuentra consolidado.

La Clínica de Tratamiento Antirretroviral de la Caja de Seguro Social fue la única que durante el 2013 no presentó en su informe el número de pacientes en seguimiento sin tratamiento, por lo que este número fue estimado a partir de la revisión de los registros de enfermería de atención de pacientes, tomando en cuenta aquellos anotados durante el año 2013 quienes ingresaban a la clínica sin tratamiento.

#### **4 Número y porcentaje de PV vinculados y retenidos en servicios de atención (Incluye pacientes en TAR y pacientes sin TAR, pero en seguimiento y cuidado):**

Definición de pacientes retenidos y vinculados a los servicios de salud.

Número de personas con infección por el VIH en servicios de atención quienes durante 2013, presentaron los siguientes aspectos:

- a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o
- b) Se les ha realizado dos o más veces la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o
- c) Se les ha realizado dos o más veces la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o
- d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses.

**Fuente:** Para la generación de este elemento de la cascada se sumó el número de PV en TAR reportados activos al Programa Nacional de VIH/SIDA más los pacientes sin tratamiento reportados por cada clínica para 2013 que cumplen la definición de estar vinculados y retenidos en los servicios de atención (Ver Anexo).

La obtención de datos para la generación de este pilar de la cascada fue la más difícil y complicada, ya que similar al dato anterior, si en principio no se cuenta con la información consolidada y depurada de los pacientes vinculados a la clínica sin tratamiento, es más difícil establecer si además

cumplen con el criterio de retención en los servicios de salud antes mencionados.

Esta información tiene menor validez cuando se trata de los pacientes que no están en tratamiento, ya que al no estar registrados en farmacia y no tener expediente en la clínica, se hace difícil identificar y acceder al consolidado de pacientes si tratamiento. Para las clínicas que por poseer mayor número de pacientes, no pudieron facilitarnos el dato, se asumió que al menos el 50% de los pacientes sin tratamiento se mantuvieron no solamente vinculados, sino también retenidos según los criterios antes señalados en 2013.

#### **5. Número y porcentaje de PV activos en TAR a diciembre de 2013.**

**Fuente de información:**

Número de PV en TAR reportados activos al Programa Nacional de VIH/SIDA a diciembre de 2013.

#### **6. Número y porcentaje de PV con carga viral suprimida <50 y < 1000 copias/ml en 2013.**

**Fuente de información:**

a. Informe del laboratorio de genómica del Instituto Conmemorativo Gorgas para Estudios de la Salud (ICGES), del total de pacientes con la última carga viral de 2013, suprimida en tratamiento antirretroviral.

b. Caja de Seguro Social: No fue posible obtener el dato consolidado ya que el laboratorio no cuenta con una base de datos consolidada. Se anotaron manualmente cada uno de los resultados de las pruebas realizadas de marzo a diciembre de 2014, se eliminaron los pacientes repetidos y se contabilizaron aquellos <50 copias/ml y <1000 copias/ml.

**Obtención del Objetivo Número 3.** Trabajo de campo: Se obtuvo la información de manera estandarizada para identificar a los factores

modulares institucionales en visitas a cada una de las clínicas, correspondientes a la adaptación de los conceptos clínicos recomendados por la HIV Medical Association (HIVMA) de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) en 2011, relacionados con la Calidad de Atención Integral

y que pueden comprometer la adherencia, así como un cuestionario estandarizado, como lista de chequeo, de los otros factores modulares institucionales que pueden afectar la adherencia en las clínicas (Anexos 3 y 4).

## IV. MARCO METODOLÓGICO

---

### **A. Universo del estudio**

El universo del estudio lo constituyen el 100% de los pacientes en TARV a finales de 2013 (7,782). Este universo incluye dos delimitaciones: los pacientes ligados a atención en las Clínicas de Terapia Antirretrovirales y los pacientes con cargas virales menores a 1000 y 50 copias.

### **B. Unidades de muestreo**

Las unidades de muestreo fueron las CTARV de las siguientes áreas señaladas: Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid (CHMDAAM) de la Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás (HST), Chiriquí. Colón, Hospital Nicolás A. Solano, Hospital Anita Moreno, Hospital Luis Chicho Fábrega y Hospital Aquilino Tejeira.

### **C. Unidades de análisis**

Las unidades de muestreo fueron las CTARV de las

ocho regiones seleccionadas, con sus respectivas áreas de farmacia, laboratorio y el Laboratorio Gorgas.

### **D. Diseño del estudio**

El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

### **E. Diseño del muestreo**

Los detalles del muestreo se describen en el marco operativo, punto "E".

### **F. Análisis de datos**

El resumen de los datos se realizó con tablas de frecuencias absolutas y relativas, así como, con las gráficas de barras con frecuencias porcentuales.

# V. RESULTADOS

## A. Datos Generales

En total se revisaron 2006 expedientes, de los cuales se incluyeron 1562 para establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, bajo tratamiento en Panamá, mediante medición de la supresión viral (menor de 50 y 1000 copias/ml) durante 2013.

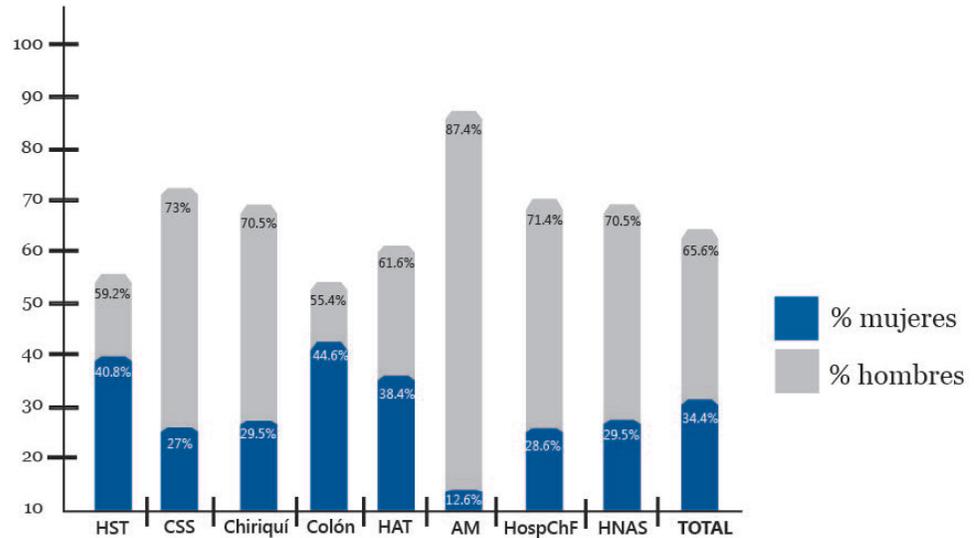
Hubo predominio de PV del sexo masculino representando el 65.5% y la edad promedio fue de 42.43 años con una desviación estándar de 11.5 años.

**Tabla No. 3** Clínicas de Tratamiento Antirretroviral según número de pacientes atendidos, muestra calculada, número de expedientes revisados y pacientes incluidos. Panamá 2013.

Clínicas de Tratamiento Antirretroviral	TARV	Muestra calculada	Expedientes revisados	Muestra recolectada
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid - Caja del Seguro Social	3220	344	550	344
Hospital Santo Tomás	1893	320	530	320
Hospital Chiriquí	581	240	350	234
Hospital Colón	577	231	360	231
Hospital Nicolás Solano	262	157	201	146
Hospital Anita Moreno	157	112	130	111
Hospital Luis Chico Fábrega	155	111	111	77
Hospital Aquilino Tejeira	132	99	124	99
Hospital Ngäbe Buglé	157			
Hospital Bocas del Toro	128			
Hospital Cecilio Castellero	62			
Hospital Kuna Yala	55			
Albergue de María	41			
Salud Penitenciaria	106			
Hospital San Miguelito	18			
Hospital del Niño "Dr. José Renán Esquivel"	194			
Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	44			
<b>TOTAL</b>	<b>7782</b>	<b>1614</b>	<b>2006</b>	<b>1562</b>

**Fuente:** Programa Nacional de VIH/SIDA Panamá.

**Gráfica No. 2** Distribución de las PV en tratamiento antirretroviral por clínica de atención según sexo. Panamá. Año 2013.



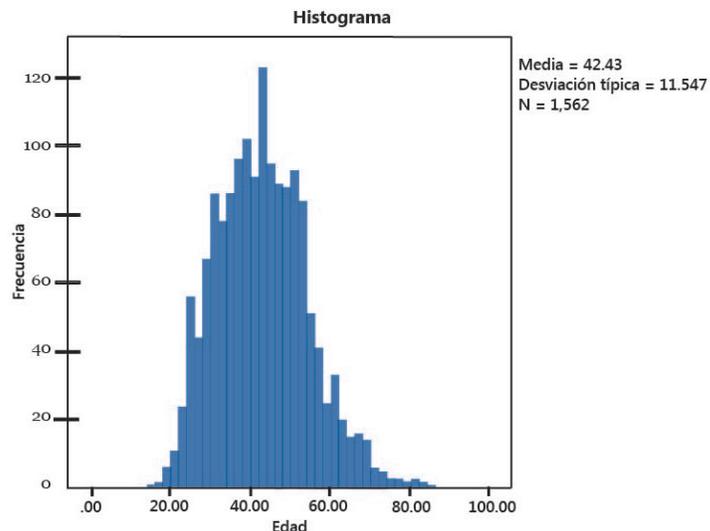
**Fuente:** Expedientes clínicos de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas.

HST= Hospital Santo Tomás, CSS= Caja de Seguro Social, Chiriquí = Clínica de Región de Chiriquí, Colón= Clínica de Región de Salud de Colón, HAT= Clínica del Hospital Aquilino Tejeira, Región de Coclé, AM= Clínica del Hospital Anita Moreno en Los Santos, Hosp ChF= Hospital Chico Fábrega en Santiago de Veraguas, HNAS= Clínica del Hospital Nicolás A. Solano en Chorrera.

son del sexo masculino (65.6%) y 537 del sexo femenino (34.4%). En la gráfica apreciamos que en todas las CTARV existen más hombres que mujeres con excepción de la clínica de Colón que cuenta con una población femenina de 55.4% y 44.6% masculino. De igual manera llama la atención los datos de la CTARV del HAM, en la que encontramos el 12.6% de mujeres que reciben TARV y 87.4% de hombres.

El total de las personas que recibían TARV en nuestra muestra fue de 1,562, de éstos 1,024

**Gráfica No. 3** Histograma de la distribución por edades de los PV en la muestra de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral. Panamá, 2013.

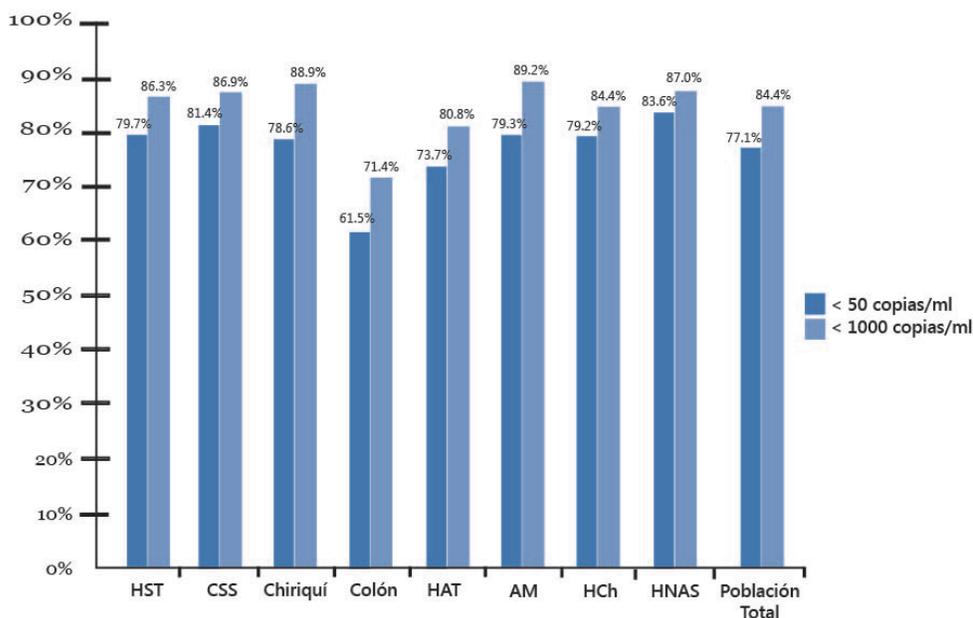


**Fuente:** Expedientes clínicos de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas.

En esta gráfica apreciamos que la media de la edad de las personas afectadas por el VIH/SIDA quienes reciben TARV en el año 2013 es de 42.43; sin embargo, al revisar el histograma encontramos

que las edades más afectadas oscilan entre los 24 a 56 años de edad, la cual es la etapa productiva y reproductiva de la vida.

**Gráfica No. 4** Porcentaje de PV en TARV con CV <50 y <1000 copias/ml según clínica TARV. Panamá. 2013.

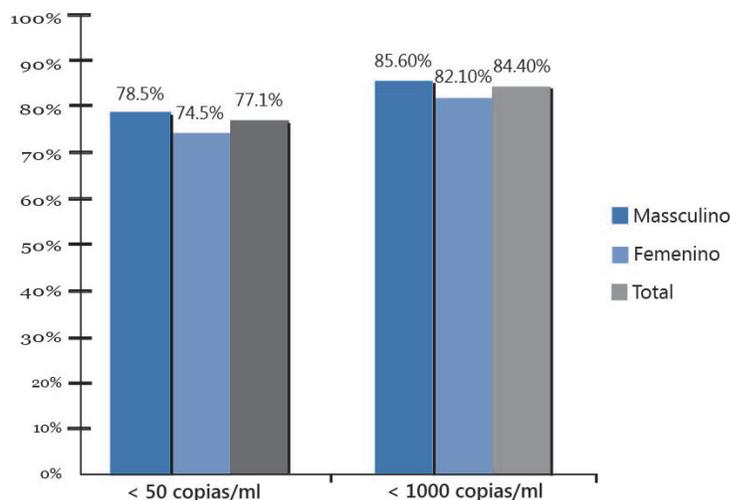


**Fuente:** Expedientes clínicos de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas.

HST= Hospital Santo Tomás, CSS= Caja de Seguro Social, Chiriquí= Clínica de Región de Chiriquí, Colón= Clínica de Región de Salud de Colón, HAT= Clínica del Hospital Aquilino Tejeira, Región de

Coclé, AM= Clínica del Hospital Anita Moreno en Los Santos, Hosp ChF= Hospital Chico Fábrega en Santiago de Veraguas, HNAS= Clínica del Hospital Nicolás A. Solano en Chorrera.

**Gráfica No. 5** Porcentaje de PV en TARV con CV <50 y <1000 copias/ml según clínica TARV. Panamá. 2013.

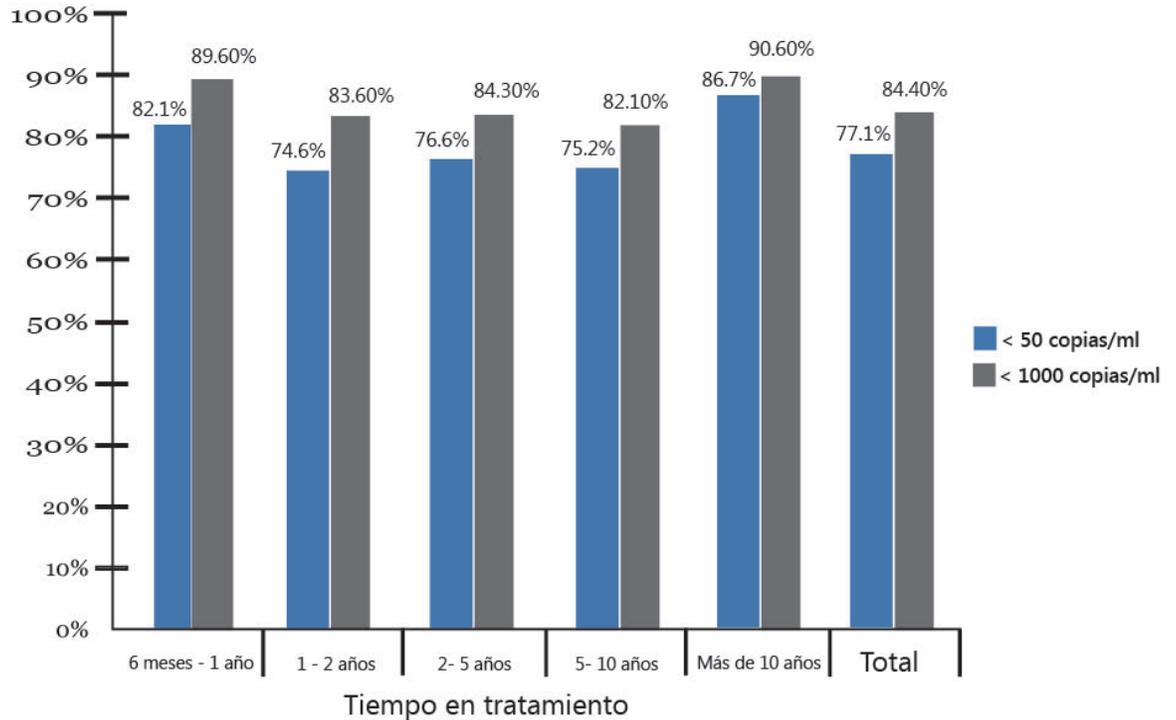


**Fuente:** Expedientes de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas.

En este cuadro se observa que un 78% y un 85.6% de PV del sexo masculino en TARV resultaron con carga viral menor de 50 y 1000 copias respectivamente; así mismo, el 74.5% y 82.1% de

PV del sexo femenino, presentaron carga viral menor de 50 y 1000 copias respectivamente. Lo que denota que en ambos sexos se debe reforzar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

**Gráfica No. 6** Porcentaje de PV en TARV con CV <50 y <1000 copias/ml según tiempo en tratamiento antirretroviral. Panamá. 2013.



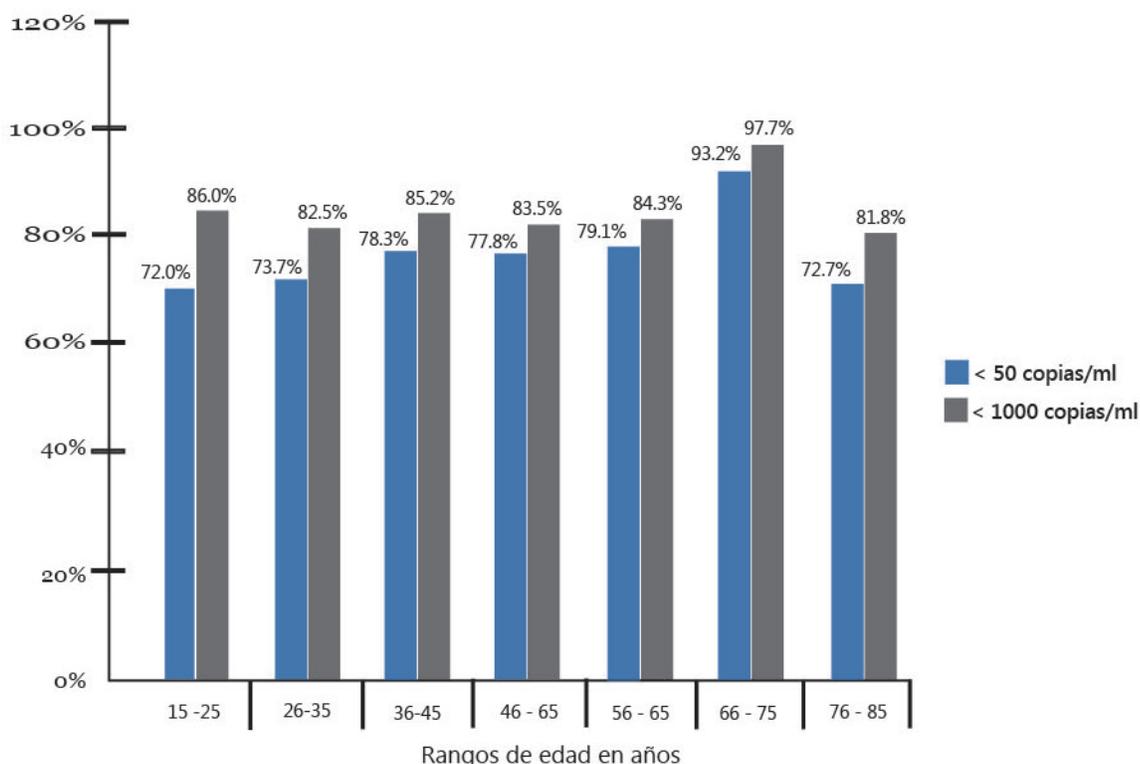
**Fuente:** Expedientes de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas..

En la gráfica observamos que según el tiempo de tratamiento antirretroviral, las persona que mantiene carga viral de menos de 50 copias, fluctúa entre 74.6 % a 86.7%. A pesar que contamos con un gran porcentaje de personas con menos de 50 copias de partículas virales, se hace necesario reforzar las medidas para mejorar la adherencia de los usuarios a la TARV, de tal manera que el 100% En relación con las personas con carga viral de menos de 1000 copias, según el tiempo en TAR,

encontramos que las cifras van de 82.10% a 90.60% de los pacientes con esta condición.

En general según el tiempo en TARV, hubo un total 77.1% de personas con menos de 50 copias de partículas virales y 84.40% con carga viral de menos de 1000 copias, lo que nos hace reflexionar sobre la urgencia de trabajar una estrategia que favorezca la adherencia de los pacientes a la terapia.

**Gráfica No. 7** Porcentaje de PV en TARV con CV<50 y <1000 copias/ml según grupo etario. Panamá. 2013.



**Fuente:** Expedientes de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral seleccionadas..

En relación con el porcentaje de PV en TARV con carga viral menor de 50 y 1000 copias, según grupo etario, observamos en la gráfica que del 72.0% al 93.2% presentó carga viral **menor de 50 copias** y del 81.8% al 97.7% tuvo carga viral de **menos de 1000**

**copias.** Por ello debemos desarrollar acciones para que el 100% de las personas de todos los grupos etarios que reciben TARV puedan tener sus cargas virales menores a 50 copias.

## Objetivo No. 2

**Tabla No. 4** Frecuencia y porcentaje de PV según los diferentes elementos de la Cascada del Continuo de atención en VIH. Panamá, 2013.

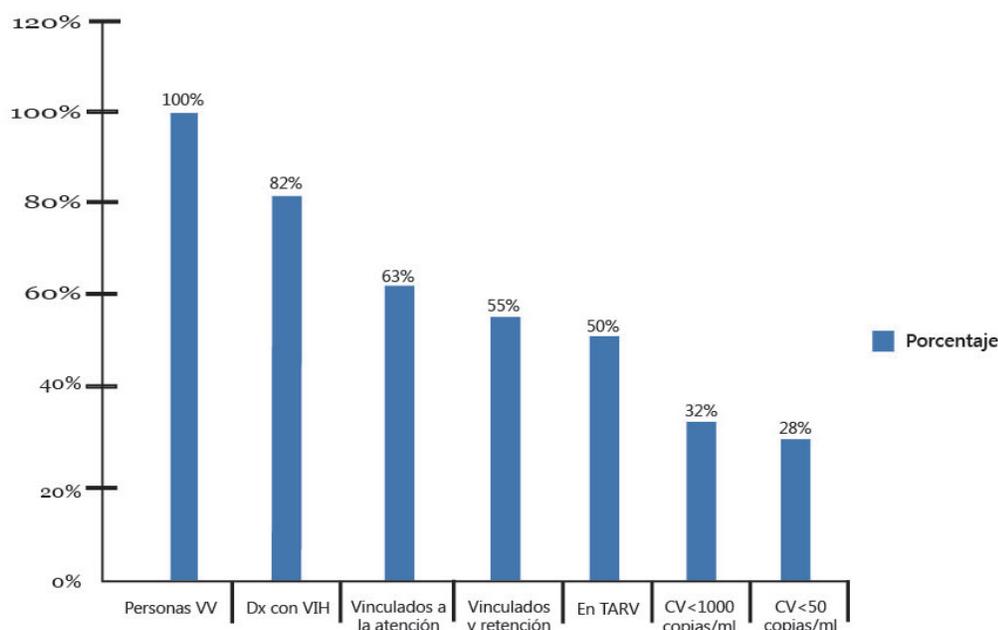
Indicador	Porcentaje	Valor
Personas que viven con VIH	100%	15,423
Personas que conocen su diagnóstico y están vivas al final de 2013	82%	12,720
Personas que conocen su diagnóstico y han estado vinculadas a cuidado	63%	9,756
Personas que viven con VIH y están vinculados y retenidos a cuidado	55%	8,524
Total de pacientes en TARV	50%	7,782
Pacientes CV<1000 copias/ml	32%	4,954
Pacientes CV<50 copias/ml	28%	4,292

En esta tabla se muestran los pilares de la cascada de atención, correspondiendo el 100% a la estimación de 15,423 pacientes que viven con VIH para el año 2013 según Spectrum. El Departamento de Estadística del Ministerio de Salud proporcionó el total de personas que conocen su diagnóstico y están vivas al final de 2013, ya que se cuenta con el registro del número de defunciones a la fecha. El dato del 63% de personas que se encuentran vinculadas a cuidado se obtuvo del total de

personas registradas en las clínicas TAR que están en tratamiento, ya sea activas o que hayan abandonado, más las personas que no están en tratamiento.

Sólo un 32% de los pacientes tenían cargas virales menores a 1000 copias y un 28% cargas virales menores a 50 copias. La forma de obtención de los datos se describe a continuación para cada pilar.

**Gráfica No. 8** Cascada del Continuo de Atención Integral en VIH. Panamá, 2013.



### Descripción de los datos obtenidos en la construcción de la Cascada de Atención de las PV.

- **Pilar No. 1:** Número de personas vivas y con VIH que se estima hay en el país, según informe nacional del ejercicio de estimaciones a diciembre 2013. Programa *Spectrum*.

- o **Total: 15,423 personas.**

- **Pilar No. 2:** Número de PV que conocen su diagnóstico de VIH/SIDA a diciembre de 2013. Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología. Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA. Sección de Estadísticas.

- o PV diagnosticados–Defunciones a diciembre 2013 = (21,873 – 9,153 = 12,720)

- o **Total: 12,720 personas**

- o Porcentaje: 12,720/15,423 = **82.4%**

- **Pilar No. 3:** Número de PV que conocen su diagnóstico y están vinculados a servicios de atención, (PPV con y sin tratamiento antirretroviral)

- o Suma de PV con TAR + No TAR + Abandonos

- o 7,782 + 1,089 + 885 = 9,756 personas

- o **Total = 9756 personas**

- o Porcentaje: 9,756/15,523 = **63%**

• **Pilar No. 4:** Número de PV vinculados y retenidos en servicios de atención (Incluye pacientes en TAR y pacientes sin TAR, pero en seguimiento y cuidado):

o TAR + No TAR retenidos en seguimiento y cuidado

o  $7,782 + 742 = 8524$

o **Total = 8,524**

o Porcentaje:  $8,524/15,523 = 55\%$

• **Pilar No. 5:** Número de PV activos en TAR reportados activos al Programa Nacional de VIH/SIDA a diciembre de 2013.

o Total = 7,782 personas

o Porcentaje:  $7,782/15,523 = 50\%$

• **Pilar No. 6:** Número de PV con carga viral suprimida <1000 copias/ml y <50 copias/ml.

• **Número de PV con carga viral <1000 copias/ml**

o PV con carga viral <1000 en CSS de marzo a diciembre de 2013 sin especificar tratamiento = 2,459 personas

o **Total : 2,405 + 2,549 = 4.954 personas con CV <1000 copias/ml**

o Porcentaje:  $4.954/15.523 = 32\%$

• **Número de PV con carga viral <50 copias/ml**

o PV con carga viral <50 en base de datos ICGES en tratamiento en el 2013 = 2,052.

o PV con carga viral <50 en CSS de marzo a diciembre de 2013 sin especificar tratamiento = 2,240.

o Total:  $2,052 + 2,240 = 4,292$

o Porcentaje  $4,292/15,523 = 28\%$

**Tabla No. 5** Efectividad de TAR en las Clínicas de TAR de Panamá con base en valores de carga viral de manera global. Panamá, 2013.

Indicador	Valor
Pacientes activos TAR 2013 en Clínicas TAR	100%
Pacientes con CV menor 1000 copias/ml	63.7%
Pacientes con CV menor 50 copias/ml	55%

En esta tabla se utilizó como denominador el número total de pacientes en tratamiento a nivel nacional reportados al Programa Nacional para 2013 que es de 7,782 y como numerador el total de los pacientes reportados con CV <1000 copias/ml y con CV <50 copias/ml respectivamente (CV<1000copias/ml = 4,954 y CV<50 copias/ml=4,292). Este porcentaje debe ser evaluado, considerando que no todos los pacientes en tratamiento se realizan el control de carga viral.

### Objetivo No. 3

**Tabla No. 6** Lista de Chequeo de la Calidad de Atención y Servicios Disponibles en las Unidades de Atención Integral de los Servicios de Salud de Panamá. 2013.

Medida	CSS	HST	Chiriquí	Colón	AM	HCh	HAT	HNAS	Total
Proceso de Cuidado									
Retención en el cuidado; Al menos 2 veces en el último año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	88%
Dos controles de CD4 x año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 vez	88%
<b>Tamizaje</b>								2-3	
Gonorrea/Chlamydia Basal	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0%
Sífilis (Anual)	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	63%
Abuso de sustancias	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	75%
Actividades sexual de riesgo	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	88%
Búsqueda activa TB	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	38%
Hepatitis B (basal)	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	38%
Hepatitis C (basal)	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	25%

Medida	CSS	HST	Chiriquí	Colón	AM	HCh	HAT	HNAS	Total
<b>Immunizaciones</b>									
Hepatitis	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	88%
Influenza (anual)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 vez	63%
Neumococo	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	50%
<b>Profilaxis</b>									
TMP/ para PCP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
<b>Prescripción ARV Inicial</b>									
Apropiada según Protocolo Nacional	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	100%
<b>Control Viroológico</b>									
Carga Viral 2 veces al año	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	1 VEZ	75%
<b>Otros para Centroamérica</b>									
INH profilaxis	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	13%
Detección Ca Cérvix (anual) Papanicolaou	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	N/A	38%
Test Chagas (basal)	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	13%
<b>PORCENTAJE</b>	83%	33%	61%	56%	55%	77%	45%	38%	56%

**Tabla No. 7** LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL Proveedores de Salud de las UA Seleccionadas. Panamá, 2013.

Medida	CSS	HST	Chiriquí	Colón	AM	HCh	HAT	HNAS	
Año de inicio de la clínica	1999	2001	2003	2002	2002	2005	2007	2005	
Cantidad de PV a su cargo	4745	2000	761	914	157	156	154	262	9149
Médicos generales	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI*	SI	75%
Médicos especialistas	SI*	SI*	SI*	SI*	SI*	SI*	SI*	NO	87%
Enfermos profesionales	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI*	SI	100%
Farmacéuticos	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI*	SI	100%
Químicos biólogos o microbiólogos	SI	SI*	SI*	SI*	SI	SI*	SI*	SI	100%
Trabajadora social	SI*	SI*	SI*	SI*	SI	SI*	SI*	SI	100%
Psicólogos	SI*	SI	SI	NO	SI	SI*	NO	SI	75%
Nutricionistas	SI*	NO	SI*	NO	NO	NO	NO	SI	50%
Personal técnico y auxiliar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI	100%
Porcentaje	89%	78%	100%	78%	100%	78%	78%	89%	86%

\* Personal que labora en la clínica solamente unas horas por semana.

Actividades y Gestión	CSS	HST	Chiriquí	Colón	AM	HCh	HAT	HNAS	75% Clínicas
Provisión de ARV primera línea	SI	<b>100%</b>							
Provisión de ARV de segunda línea	SI	<b>100%</b>							
Provisión de ARV de tercera línea	SI	<b>100%</b>							
Ruptura de Stock últimos 12 meses	SI	<b>100%</b>							
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI*	SI	<b>100%</b>
¿Realiza conteo de tabletas?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	<b>75%</b>
¿Realiza encuesta estructurada como método de adherencia?	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	<b>38%</b>
¿Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos?	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	<b>63%</b>
Evaluación Socio-económica basal	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	<b>75%</b>
Evaluación psicológica basal	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	<b>50%</b>
Evaluación nutricional basal.	NO	NO	A veces	NO	NO	NO	NO	SI	<b>12%</b>
Provisión de condones	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	<b>100%</b>
Disponibilidad de medicamentos para IO	SI	<b>100%</b>							
Disponibilidad de medicamentos para ITS	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	<b>75%</b>
Servicio de apoyo comunitario	SI	<b>100%</b>							
Servicio de visitas domiciliarias	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	<b>50%</b>
Porcentaje de cumplimiento	<b>87%</b>	<b>78%</b>	<b>75%</b>	<b>75%</b>	<b>68%</b>	<b>75%</b>	<b>68%</b>	<b>93%</b>	<b>76%</b>

**Tabla No. 8** Lista de chequeo de la calidad de la atención y servicios disponibles en las unidades de atención de Panamá, septiembre-octubre de 2014 (n = 8)

Servicios / requisitos de la UAI	SI	Porcentaje
TMP/ SMX para PCP	8	100.0%
Prescripción de TAR según Protocolo Nacional	8	100.0%
Retención en el cuidado: Al menos 2 visitas en el último año	7	87.5%
Actividad sexual de riesgo	7	87.5%
Dos controles de CD4 por año	7	87.5%
Investigación anual de abuso de sustancias	6	75.0%
Carga viral dos veces al año	6	75.0%
Administración anual de vacuna anti-influenza	5	62.5%
Detección anual de Sífilis	5	62.5%
Administración de vacuna contra Neumococo	4	50.0%
Detección basal de Hepatitis B	3	37.5%
Detección anual de Ca Cérvix Papanicolau	3	37.5%
Búsqueda activa TB: Anual	3	37.5%
Detección basal de Hepatitis C	3	37.5%
Administración de vacuna Hepatitis B	3	37.5%
Profilaxis para TB con Isoniazida	1	12.5%
Test basal de Chagas	1	12.5%
Detección basal de Gonorrea/Chlamydia	0	00.0%

En esta tabla se observa que los criterios presentes en todas las UAI fue la provisión de TMP-SMX para profilaxis de PCP y la prescripción de TAR según Protocolo Nacional. Los criterios con

menor cumplimiento fueron la detección basal de Gonorrea/Chlamydia, la profilaxis con isoniazida y el test de Chagas basal.

**Tabla No. 9** Actividades y gestión en las unidades de atención de Panamá, septiembre-octubre de 2014 (n = 8)

Actividades de gestión	SI	Porcentaje
Provisión de TAR de primera línea	8	100.0%
Provisión de TAR de segunda línea	8	100.0%
Provisión de TAR de tercera línea	8	100.0%
Provisión de condones	8	100.0%
Ruptura de stock últimos 12 meses	8	100.0%
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR	8	100.0%
Realiza servicio de apoyo comunitario	8	100.0%
Disponibilidad de medicamentos para Infecciones oportunistas	8	100.0%
Conteo de tabletas como método de evaluación de la adherencia	6	75.0%
Evaluación socio-económica basal	6	75.0%
Disponibilidad de medicamentos para infecciones de transmisión sexual	6	75.0%
Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos	5	62.5%
Servicio de visitas domiciliarias	4	50.0%
Evaluación psicológica basal	4	50.0%
¿Realiza encuesta estructurada como método de evaluación de la adherencia?	3	37.5%
Evaluación nutricional basal	1	12.5%

Según esta tabla, los actividades de gestión que se cumplieron en todas las UAI fueron la provisión de TAR primera, segunda y tercera líneas, así como la provisión de condones, apoyo comunitario, evaluación multidisciplinaria y disponibilidad de tratamiento para infecciones oportunistas. Las

actividades de gestión con menor cumplimiento fueron la realización de la evaluación nutricional y la encuesta estructurada para evaluar la adherencia y así como que el 100% de las clínicas reportó la ruptura de stock en los últimos 12 meses.

**Tabla No. 10** Número de personas por tipo de función que laboran en las Clínicas de Terapia Antirretroviral de Panamá. (n = 8)

Personal en la UA	Frecuencia de clínicas	%
Enfermeras profesionales	8	100.0%
Psicólogos	8	100.0%
Personal técnico	8	100.0%
Trabajadores sociales	8	100.0%
Farmacéuticos	8	100.0%
Químicos Biólogos	8	100.0%
Médicos especialistas	7	87.5%
Médicos generales	6	75.0%
Nutricionistas	4	50.0%

En todas las UAI se reportó la existencia de enfermeras profesionales, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, químicos biólogos y personal técnico. Solamente la Clínica del Hospital Nicolás A. Solano no cuenta con especialistas y si bien es cierto las Clínicas del Hospital Chicho Fábrega en Veraguas y del Hospital Amador Guerrero en Colón cuentan con médicos

especialistas, los mismos no son infectólogos. Los profesionales menos frecuentes en las UAI son los Nutricionistas. Cabe señalar también que la mayoría del personal en las clínicas no está nombrado exclusivamente para la atención de la Clínica TAR, por lo que solo dedica atención en la clínica algunas horas durante la semana.

## VI. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos contrastan con aquellos esperados para la región y en ciertos renglones coincide con los observados para la cascada de atención publicada en 2011 para los Estados Unidos. (11) Con respecto al número de pacientes diagnosticados a la fecha, un 82% conocen su diagnóstico lo que pone a Panamá como país muy cercano a la meta para 2020, la cual establece que el 90% debe conocer su diagnóstico. Se debe mencionar que en los últimos años ha habido un incremento de PV quienes, siendo extranjeros, reciben atención en Panamá. En los datos obtenidos esto no fue especificado.

Los dos pilares de más difícil construcción lo constituyen el de los pacientes vinculados a servicios

de atención y el de los vinculados y retenidos. Esto debido a las razones expuestas, porque al momento de brindar los informes anuales, las clínicas no tienen obligación de reportar a estos pacientes bajo una definición estandarizada. Bajo esta limitación, se interpreta que el dato del 55%, pacientes que están en terapia antirretroviral es el dato más fidedigno, ya que hay registros claros de estos pacientes en las farmacias de cada una de las clínicas TAR a nivel nacional.

En cuanto al 28% que se reporta con carga viral <50 copias/ml, debe ser tomado en consideración que desconocemos el porcentaje de pacientes que efectivamente se realiza al menos una carga viral al año. La meta para el año 2020 es que al menos

el 90% de las PV en tratamiento antirretroviral presenten una carga viral suprimida y según el muestreo realizado para medir adherencia a nivel nacional, cerca del 77% han alcanzado este criterio (considerando <50 copias/ml como suprimidos).

Se deben buscar las estrategias para mejorar este porcentaje, incluyendo no solo aquellas dirigidas

para mejorar la adherencia, sino también aquellas encaminadas a evitar los desabastecimientos de los medicamentos y la identificación temprana de los casos con resistencia al tratamiento antirretroviral para hacer el cambio de terapia de manera oportuna.

## VII. CONCLUSIONES

---

1. El porcentaje de adherencia global en Panamá, según carga viral <50 copias /ml, es de un 77.1%, mientras que según CV <1000 copias/ml, es de 84%, con variabilidad entre las clínicas de las diferentes regiones del país.
2. Entre las clínicas evaluadas, Colón presenta el menor porcentaje de adherencia entre las PV atendidas en la clínica con un 61% CV <50 copias/ml. Además, llama la atención que dicha clínica es la única en Panamá con un predominio de mujeres, que representan un 55%.
3. Los principales obstáculos para la construcción de la cascada de atención se relacionan con los pilares 3 y 4 (vinculados y retenidos) porque no se mantiene un seguimiento adecuado del número de pacientes vinculados y retenidos, en especial si no están en terapia antirretroviral.
4. Con las limitaciones planteadas podemos asumir que el 32% de PV en Panamá mantienen una CV<1000 copias/ml y un 28% <50 copias/ml.
5. En Panamá las clínicas de TAR no cuentan con pruebas de tamizaje para Gonorrea/Chlamydia ni para infección por tuberculosis latente y en algunas clínicas no se cuenta con disponibilidad de pruebas para coinfecciones como hepatitis B y C.
6. La vacunación en las PV no está adecuadamente consignada en los expedientes o no se realiza. En especial para Hepatitis B.
7. La detección de cáncer de cérvix no es constante en todas las clínicas.
8. Si bien es cierto las clínicas cumplen con la prescripción de ARV de primera línea, aún hay brechas por desabastecimientos.
9. En la mayoría de las clínicas se cumple con la evaluación socioeconómica y psicológica basal, pero no la evaluación nutricional.
10. En términos generales no se utiliza una encuesta estructura para medir adherencia.
11. En los expedientes de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral se detectan los efectos adversos de los medicamentos, pero generalmente no se notifican de manera sistemática al Programa Nacional.

## VIII. LIMITACIONES

---

1. Dificultad en obtener un listado actualizado y depurado en cada paciente, con y sin terapia antirretroviral, bajo su cuidado y atención, en un momento determinado.
2. Ausencia de un formato de expediente clínico estandarizado similar en todas las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral, idealmente electrónico que permita consolidar y obtener la información necesaria para obtener la cascada de atención integral no solo general, sino por sexo, edad y grupo de riesgo.
3. Existencia de dos expedientes para cada paciente. Uno en la clínica de TAR y otro en el Archivo del Hospital que contienen diferente información.
4. Ausencia de expedientes en la mayoría de las clínicas para las PV que no están en tratamiento antirretroviral, lo que dificulta identificar el número de pacientes y su grado de vinculación/retención en la clínica. Esto afectó la obtención del Pilar número tres y cuatro.
5. La falta de consolidación en una base de datos adecuada de la información proporcionada por el laboratorio de la Caja de Seguro Social, lo que dificultó e hizo más lento el análisis, principalmente para la elaboración del pilar número seis.
6. La depuración incompleta en las clínicas de los expedientes de aquellos pacientes que han abandonado la terapia o han fallecido probablemente por falta de personal.
7. El informe no contempló establecer el porcentaje de la población indígena de PV por lo que no podemos establecer conclusiones en cuanto a que si son una población vulnerable para la no adherencia o no.
8. Este informe no incluye aquellos pacientes que realizan sus controles en las clínicas privadas y compran sus medicamentos en farmacias no gubernamentales, ya que no se lleva un registro de estos pacientes.

# IX. RECOMENDACIONES

---

1. Establecer el porcentaje de pacientes en tratamiento antirretroviral que se realiza la carga al menos una o dos veces año y evaluar cuáles son las barreras que tienen aquellos que no lo hacen.
2. Realizar un estudio en especial en la clínica de tratamiento en Colón para identificar los factores de riesgo para tener una carga viral mayor de 50 y 1000 copias/ml. A considerar: adherencia, desabastecimientos, resistencia a los antirretrovirales.
3. En el modelo de atención se debe reforzar la atención a la mujer de una manera más integral, especialmente en la clínica de Colón donde tienen un mayor porcentaje de mujeres viviendo con VIH. Tal vez considerar la inclusión de servicios de ginecología, ya que existen brechas en la realización del Papanicolaou cada seis meses en esta población.
4. Formalizar la estandarización del expediente clínico de las clínicas de tratamiento antirretroviral, que su llenado sea completo e idealmente que sea manejado a través de un expediente electrónico que facilite la obtención de la información a través de una base de datos nacional consolidada. En este punto se deberá tomar en consideración elementos necesarios para la construcción de la cascada de atención en VIH, no solo de forma general, sino también por sexo, grupo etario y grupos de riesgo.
5. Considerando que el 12% de la población panameña es de origen indígena, se debe evaluar si la cascada de atención en esta población es similar a la general o presenta mayores brechas.
6. Establecer que todas las personas con diagnósticos de VIH, aunque no requieran tratamiento, sean referidas y se les abra un expediente en las clínicas de tratamiento antirretroviral para su mejor control e identificar si hay brechas en el seguimiento y retención de los mismos y cuáles son sus causas.
7. Buscar las estrategias junto al Programa Nacional de Tuberculosis para realizar el tamizaje de infección latente por tuberculosis y tener disponibilidad de Isoniazida para su tratamiento en caso de ser necesario.
8. Se deben buscar las estrategias para que el laboratorio de la clínica de la Caja de Seguro Social, que es la que maneja el mayor número de pacientes, cuente con un programa que permita manejar la información sobre los pacientes y sus resultados. A través de una base de datos adecuada, con variables establecidas, se podría mejorar el correcto análisis y obtención de los datos relacionados con la carga viral suprimida de las PV en tratamiento antirretroviral, para la generación de la cascada de atención. Una situación similar ocurre con la farmacia de esta clínica, ya que no cuenta con un programa amigable que permita la obtención de los datos consolidados sobre los patrones de retiro y adherencia de los pacientes, a pesar de que se utiliza un registro electrónico para el control y la entrega de medicamentos.
9. Debe mejorarse la interrelación entre las diferentes clínicas, idealmente a través del acceso a una base de datos nacional con todas las PV, ya que en ocasiones los pacientes cambian de domicilio o pierden su seguro social y es difícil obtener la información referente a la fecha de diagnóstico, sus tratamientos y comportamiento previo.

10. Implementar el uso de un cuestionario a nivel nacional para evaluar la adherencia en cada visita que hace el paciente para su atención clínica, así como el conteo de tabletas en las clínicas. Actualmente no lo hacen.
11. Proveer, además de los antirretrovirales, de los medicamentos básicos necesarios para el tratamiento, la profilaxis primaria y secundaria de las infecciones oportunistas que más comúnmente afectan a las PV.
12. Verificar que la vacunación entre las PV tenga una adecuada cobertura y consignarlo en el expediente.
13. Compartir los resultados de este informe con el personal que labora en las clínicas de tratamiento antirretroviral y las autoridades del Ministerio de Salud, para elaborar las estrategias necesarias para cumplir las metas de 2020, de 90-90-90.

## X. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

---

El protocolo y el informe final fue discutido y representa el consenso en Panamá de las instancias que generan o consolidan y analizan la información: Programa Nacional de VIH/SIDA de Panamá, OPS y USAID I Proyecto Capacity Centroamérica.

## XI. ASPECTOS ÉTICOS

---

Se considera que, dado que no se realizó ningún tipo de intervención en pacientes o con trabajadores de la salud, el protocolo no fue sometido a los comités de ética. El informe representa una forma sistematizada de obtener información estratégica de tipo epidemiológico y de salud pública a nivel nacional y regional.

Además en todo momento se mantuvo la confidencialidad de los pacientes durante el manejo de la información.

## XII. REFERENCIAS

---

1. Programa VIH/SIDA, ONUSIDA, editors. Marco de acción del tratamiento 2.0: impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011.
2. COMISCA: Estrategia de Sostenibilidad. De los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH. 2013
3. Ministerio de Salud. Sección de Estadística. Departamento de Epidemiología Vigilancia de ITS/VIH/SIDA. Panamá. Año 2000 – 2013.
4. Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Informe Nacional de Monitoreo y Evaluación del Paquete Básico de Indicadores, del año 2013. Panamá.
5. WHO. Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. WHO, London, 2013.
6. OMS-OPS. Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH, 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.
7. Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, Cargill VA, Chang LW, Gross R, et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012 Jun 5 [cited 2014 Jun 8];156(11):817–33, W–284, W–285, W–286, W–287, W–288, W–289.
8. Michael A. Horberg, Judith A. Aberg, Laura W. Cheever, Philip Renner, Erin O'Brien Kaleba, and Steven M. Asch. Development of National and Multiagency HIV Care Quality Measures. *CID* 2010;51 (15 September), 732–738.
9. Aldana E, Mejía C, Chocó A. Evaluación del cumplimiento de los criterios de la Asociación Médica de VIH (HIVMA) de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) para el manejo de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Unidades de atención integral de Gua. Congreso Centroamericano de Medicina interna, Antigua Guatemala. Antigua Guatemala; 2014.
10. Mejía C, Pinzon R, Romero M, Samayoa J, Boror E, González A, et al. Retention in care in patients receiving ART at Roosevelt Hospital (2001–2012). *ECCMID*, Barcelona May 2014. Barcelona; 2014.
11. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social C. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida, Guatemala 2011–2015. Guatemala; 2011.
13. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, del Rio C, Burman WJ. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *CLIN INFECT DIS*. 2011 Mar 1;52(6):793–800.



**ANEXOS**



# XIII. ANEXOS

---

## ANEXO No. 1

### LISTADO DE INDICADORES PARA CONSTRUIR LA CASCADA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE VIH

---

- 1.1 Número de personas vivas y con infección por el VIH (PVV): población total y poblaciones clave (HSH, TS y UDI) **(primer pilar de la cascada)**.
- 1.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) **(segundo pilar de la cascada)**.
- 2.1 Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV **(tercer pilar de la cascada)**.
- 2.3 Número de PVV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV **(cuarto pilar de la cascada)**.
- 3.1 Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV **(quinto pilar de la cascada)**.
- 4.2 Número y porcentaje del total de PVV con carga viral suprimida **pilar de la cascada)**.
  - a. Porcentaje de PVV en TAR con carga viral suprimida **(sexto pilar de la cascada)**.

## ANEXO No. 2

### FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA CONSTRUCCIÓN DE LA CASCADA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE VIH.

(Fuente: OMS-OPS. Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH, 2014.)

#### 1.1 Número de personas vivas y con infección por el VIH (PV): población total y poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (primer pilar de la cascada).

<b>Fundamento</b>	<p>La infección por el VIH se ha convertido en un importante problema de salud pública, siendo crucial el seguimiento de la evolución de la epidemia y del impacto de las intervenciones. Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Sesión de las Naciones Unidas de la Asamblea General sobre el VIH y el SIDA (UNGASS) se han fijado objetivos de reducción de la prevalencia del VIH.</p>
<b>Lo que mide</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este indicador mide el valor estimado de personas con infección por el VIH que están vivas en un momento determinado.</li><li>• Refleja la magnitud estimada de la epidemia y los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre la población general y poblaciones clave: HSH, TS y UDI, entre otras.</li></ul>
<b>Numerador</b>	<p>El número estimado de personas con infección por el VIH que están vivos en un momento determinado, por ejemplo “en el 2012”.</p>
<b>Denominador</b>	<p>No aplica</p>
<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo de proyección Spectrum<sup>1</sup> ; en este caso, se usaron los datos del programa localizados en:<ul style="list-style-type: none"><li>. Para población total: Resultados&gt; población total&gt; población de VIH.</li><li>. Para población de 15 a 49 años: Resultados&gt; Adultos (15 -49)&gt; Población VIH (15-49)</li><li>. Para población de 15 a 49 años por sub-grupos (UDI, TS y HSH): Resultados&gt; Adultos (15 -49)&gt; Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).</li></ul></li></ul>

## 1.1 Número de personas vivas y con infección por el VIH (PV): población total y poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (primer pilar de la cascada).

<b>Desglose</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Grupo de edad: &lt;15, ≥15</li><li>• Sub-grupos poblacionales (UDI, HSH, TS)</li><li>• Nivel de CD4</li></ul>
<b>Puntos fuertes y débiles</b>	<p>La mayoría de los países no realizan estudios de prevalencia del VIH en la población general por su costo elevado y complejidad de implementación. Con procedimientos de modelaje es posible obtener datos del número de personas infectadas por sexo, edad y sub-grupos poblacionales. La calidad de estos cómputos está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos, así como la calidad y representatividad de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.</p>
<b>Utilización de los datos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimar la magnitud de la epidemia a nivel nacional para poder medir los progresos en el diagnóstico de las personas con VIH en la población general y en poblaciones clave.</li><li>• El número estimado de PVV corresponde a la primera barra de la cascada del continuo de la atención y es utilizado como denominador para la construcción de los indicadores de la cascada.</li></ul>

1 El software Spectrum consiste en una serie de modelos que pueden emplearse para proyectar el impacto de la epidemia del VIH. Spectrum ha sido desarrollado por Futures Institute y puede descargarse desde <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

## 1.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).

<b>Fundamento</b>	El conocimiento del estado serológico es un factor crítico en la decisión de buscar atención y tratamiento.
<b>Lo que mide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide el progreso en la aplicación de la prueba del VIH, la consejería para la prueba de VIH y la notificación de casos de infección por el VIH en la población general y la clave.</li> </ul>
<b>Numerador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población total: Número de personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH, notificadas y que siguen vivas en el período de referencia (por ejemplo a Diciembre 2012).</li> <li>• Desagregación por subgrupos, por ejemplo HSH: Número de HSH que han sido diagnosticados y notificados con la infección del VIH y que siguen vivos.</li> <li>• TS: Número de TS que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.</li> <li>• UDI: Número de UDI que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.</li> </ul>
<b>Denominador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población total: Número total estimado de personas viviendo con VIH</li> <li>• HSH: Número estimado de HSH viviendo con VIH</li> <li>• TS: Número estimado de TS viviendo con VIH</li> <li>• UDI: Número estimado de UDI viviendo con VIH.</li> </ul>
<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: a partir del sistema de vigilancia de notificación de casos de infección por el VIH: Son los casos diagnosticados y reportados en el sistema de información de vigilancia de casos de infección por el VIH y que siguen vivos al momento de la evaluación.</li> <li>• Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como "fallecido" se excluyen del numerador.</li> <li>• La vinculación con la base de datos nacional de mortalidad puede permitir actualizar el estado vital de los casos y mejorar el sub registro. La vinculación con otros sistemas de información (ej. Laboratorio, TAR) también puede mejorar el sub registro de casos.</li> </ul>

**1.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).**

<p><b>Método y herramientas de medición</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denominador: Estimación de las personas viviendo con VIH a través de modelos como el de proyección Spectrum2. En este caso, se usarán los datos obtenidos en: Resultados&gt; población total&gt; población de VIH (para población total).</li> <li>• Para la población de 15 a 49 años: Resultados&gt; Adultos (15 -49)&gt; Población VIH (15-49)</li> <li>• Para la población de 15 a 49 años por sub-grupos (UDI, TS y HSH): Resultados&gt; Adultos (15 -49)&gt; Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).</li> </ul>
<p><b>Desglose</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Grupo de edad: &lt;15, ≥15</li> <li>• Sub-grupos poblacionales (UDI, HSH, TS)</li> <li>• Embarazadas</li> </ul>
<p><b>Puntos fuertes y débiles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el denominador, la calidad de estas estimaciones está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos y de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.</li> <li>• No siempre es posible el desglose por población clave debido a falta de calidad de los datos en el sistema de información de vigilancia o en los sistemas vinculados.</li> <li>• Muchos países no saben cuántos casos de infección por el VIH notificados siguen vivos, especialmente por subgrupos de población ya que la notificación del comportamiento de riesgo es de calidad muy irregular. Una manera de tener esta información por sub-poblaciones claves es a través de encuestas serológicas (ver indicador 1.3).</li> </ul>
<p><b>Utilización de los datos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañar los progresos relacionados con la expansión de las actividades de testeo en la población general y en poblaciones clave.</li> <li>• Estimar la brecha de diagnóstico de personas con VIH en el país.</li> <li>• El numerador (personas diagnosticadas con VIH y que siguen vivas) corresponde a la segunda barra de la cascada del continuo de la atención.</li> </ul>

### 1.3 Porcentaje de PVV de poblaciones clave que conocen su estado serológico respecto del VIH (basado en encuestas) Alternativa para el segundo pilar de la cascada para poblaciones clave

<b>Fundamento</b>	El conocimiento del estado serológico es un factor crítico en la decisión de buscar tratamiento.
<b>Lo que mide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide el progreso en el acceso a la prueba y consejería del VIH en la población clave y el diagnóstico de las personas con infección por el VIH en las poblaciones clave usando encuestas representativas de dichas poblaciones.</li> </ul>
<b>Numerador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HSH: Número de HSH que participaron en la encuesta, que recibieron un resultado positivo para la prueba de VIH, y que reportaron conocer su diagnóstico previamente.</li> <li>• TS: Número de TS que participaron en la encuesta que recibieron un resultado positivo para la prueba de VIH y que reportaron conocer su diagnóstico previamente.</li> <li>• UDI: Número de UDI que participaron en la encuesta que recibieron un resultado positivo para la prueba de VIH y que reportaron conocer su diagnóstico previamente.</li> </ul>
<b>Denominador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HSH: Número de HSH que participaron en la encuesta que recibieron un resultado positivo para la prueba de infección de VIH.</li> <li>• TS: Número de TS que participaron en la encuesta que recibieron un resultado positivo para la prueba de infección de VIH.</li> <li>• UDI: Número de UDI que participaron en la encuesta que recibieron un resultado positivo para la prueba de infección de VIH.</li> </ul>
<b>Cálculo</b>	<p>Calcular por sub-grupo poblacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador/ denominador x100</li> <li>• Para conocer el valor usado para el 2º pilar de la cascada debe multiplicarse este porcentaje por el número estimado de personas viviendo con VIH del subgrupo (Calculadas por Spectrum).</li> </ul>

### **1.3 Porcentaje de PVV de poblaciones clave que conocen su estado serológico respecto del VIH (basado en encuestas) Alternativa para el segundo pilar de la cascada para poblaciones clave**

<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El numerador y denominador se calculan mediante la aplicación de encuestas especiales (por ejemplo: encuestas biológicas y de comportamiento integradas).</li><li>• Se toman solo las personas con resultados serológicos positivos y los que responden afirmativamente a las siguientes preguntas:<ol style="list-style-type: none"><li>1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH?</li><li>2. En caso afirmativo: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce el resultado de la prueba?</li></ol></li></ul>
<b>Desglose</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo (cuando aplique)</li><li>• Grupos de edad: &lt;24 años, ≥25 años</li></ul>
<b>Puntos fuertes y débiles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este indicador es útil cuando hay existencias de encuestas de vigilancia en poblaciones clave con muestras representativas. En este tipo de encuestas, la representatividad de la muestra puede no ser buena y puede estar sujeta a sesgos de selección.</li></ul>
<b>Utilización de los datos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acompañar el progreso relacionado con la expansión de las actividades de realización de prueba de VIH en las poblaciones clave. Estimar la brecha de diagnóstico en los subgrupos poblacionales en más alto riesgo en el país.</li></ul>
<b>Otras consideraciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esta metodología de cálculo puede usarse si el país no cuenta con un sistema de vigilancia de casos de infección por el VIH o si este no es lo suficientemente completo y fiable.</li><li>• Solo será una buena aproximación al indicador 1.2 si la metodología de muestreo de la encuesta se considera que puede asegurar la representatividad de la subpoblación analizada.</li></ul>

---

## 2.1 Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV (tercer pilar de la cascada).

<b>Fundamento</b>	Con la expansión del diagnóstico y la ampliación de la red de atención al VIH, cada vez es mayor el número de personas con VIH que acceden a los servicios de atención y tratamiento. Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes diagnosticados a la atención.
<b>Lo que mide</b>	Este indicador mide, de forma transversal, la proporción de personas que reciben servicios de atención al VIH (por ejemplo que hayan tenido al menos un recuento de linfocitos CD4 y/o una carga viral y/o un retiro de medicamentos TAR y/o una consulta en servicios de atención al VIH) en el período de análisis.
<b>Numerador</b>	Número total de personas cero positivas que tuvieron un recuento de linfocitos CD4 o una CV o un retiro de TAR o una consulta de atención a la infección por el VIH en el año determinado
<b>Denominador</b>	Número estimado de personas viviendo con VIH al año de análisis.
<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: registros de los establecimientos sobre pacientes en atención. Se contabiliza el número de pacientes con recuento de CD4 y/o CV y/o retiro de TAR y/o una consulta dentro del período de notificación.</li><li>• Denominador: número de casos viviendo con VIH dentro de un período (cómputos de Spectrum).</li></ul>

---

---

**2.1 Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV (tercer pilar de la cascada).**

**Desglose**

- Sexo
- Grupo de edad: 0-4, 5-14,  $\geq 15$

**Puntos fuertes y débiles**

- Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención a salud, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el período.

### 2.3 Número de PV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV (cuarto pilar de la cascada).

#### Fundamento

Lograr que las personas con VIH se mantengan en el proceso de atención es fundamental para obtener resultados óptimos en materia de salud. En el caso de las personas que no muestran signos que indiquen la necesidad inmediata de recibir TAR, las consultas médicas ofrecen la oportunidad de detectar, prevenir y tratar otras afecciones y condiciones comórbidas y la monitorización clínica y de laboratorio, con el fin de iniciar el TAR tan pronto como se presenten indicios de que es el momento oportuno para hacerlo.

#### Lo que mide

Número y porcentaje de personas con infección por el VIH en servicios de atención que:

- a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o
- b) Se les ha realizado dos o más veces la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o
- c) Se les ha realizado dos o más veces la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o
- d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses (o basado en políticas del país).

#### Numerador

Número de personas con infección por el VIH en servicios de atención que:

- a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o
- b) Se les ha realizado dos o más veces la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o
- c) Se les ha realizado dos o más veces la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o
- d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses.

#### Denominador

Número estimado de PV.

---

### 2.3 Número de PV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV (cuarto pilar de la cascada).

#### Método y herramientas de medición

- El numerador se obtiene de los registros de pacientes en Atención o del Sistema de Información de Laboratorio y de Farmacia.
- Denominador: Estimado de Spectrum/EPP.

#### Desglose

- Sexo
- Grupo de edad: <15, ≥15
- Sub-grupos poblacionales (UDI, HSH, TS)
- Embarazadas

#### Puntos fuertes y débiles

- Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación y retención de las personas con diagnóstico de infección por el VIH en los servicios de atención a salud.
  - En casos de limitaciones en la provisión de pruebas de CD4 o CV o situaciones de desabastecimiento, el indicador puede subestimar el número de personas que se mantienen en atención.
-

---

### 3.1 Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PV (quinto pilar de la cascada).

<b>Fundamento</b>	A medida que avanza la epidemia del VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretroviral es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva en reducir la mortalidad y morbilidad entre las personas con VIH. La terapia antirretroviral debe ofrecerse conjuntamente con otros servicios de atención y apoyo más amplios.
<b>Lo que mide</b>	El progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
<b>Numerador</b>	Número de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral al final del período de notificación.
<b>Denominador</b>	Número estimado de niños y adultos viviendo con el VIH en el mismo período de notificación.

---

### 3.1 Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PV (quinto pilar de la cascada).

<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para el numerador: registros de tratamiento antirretroviral de centros sanitarios o sistemas de gestión de suministro de los fármacos.</li><li>• Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.</li></ul>
<b>Desglose</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Grupo de edad: 0-5, &gt;5-14, ≥15</li></ul>
<b>Puntos fuertes y débiles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El indicador permite medir la brecha en el continuo de la atención del VIH aunque no tiene en consideración que, según los criterios nacionales, no todas las personas VIH+ reúnen los criterios de tratamiento ARV.</li><li>• El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretroviral, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado.</li><li>• Este indicador referido al tratamiento ARV es el más comparable año a año ya que es independiente de las variaciones en criterios de inicio de tratamiento.</li></ul>

---

### 5.1 Número y porcentaje del total de PV con carga viral suprimida (sexto pilar de la cascada).

#### Fundamento

A medida que la provisión de la terapia antirretroviral se amplía en países de todo el mundo, el monitoreo de la carga viral ofrece la información del éxito de un programa de TAR y orienta sobre la proporción de virus circulante en el país y el riesgo de transmisión. Este indicador, además de servir como una medida de la situación de la epidemia en términos de la carga viral del riesgo de transmisión del VIH, también orienta sobre la adherencia al tratamiento y la prescripción de esquemas terapéuticos eficaces.

#### Lo que mide

Este indicador mide la proporción estimada de PV que alcanzó supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).

#### Numerador

Número de pacientes con carga viral debajo de 1000 copias en la última determinación durante el año de estudio.

#### Denominador

Número de personas estimadas con VIH y vivas durante el año de estudio.

## 5.1 Número y porcentaje del total de PV con carga viral suprimida (sexto pilar de la cascada).

<b>Método y herramientas de medición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: registros de los establecimientos sobre pacientes en atención. Se contabiliza el número de pacientes con recuento de CV menor que 1000 copias, indicando supresión virológica.</li><li>• Denominador: modelos de estimación de PV, como Spectrum.</li></ul>
<b>Desglose</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Grupo de edad: &lt;15 años, ≥ 15 años</li></ul>
<b>Puntos fuertes y débiles</b>	<p>Si el porcentaje de pacientes en atención a los que se les realiza medición de la CV es bajo (&lt;70%), este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.</p>
<b>Otras consideraciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este es un indicador básico de la cascada del continuo de atención.</li><li>• Hay varias pruebas de carga viral de VIH-1 disponibles en el mercado.</li><li>• La gama de niveles detectables de virus difiere con cada tipo de prueba. Una carga viral indetectable indica la incapacidad de la prueba para detectar el VIH en el plasma, pero no indica ausencia o el aclaramiento del virus del cuerpo.</li></ul>

## 5.2 Porcentaje de PV en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida (sexto pilar de la cascada).

<b>Fundamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno de los objetivos del programa de tratamiento antirretroviral es aumentar la supervivencia de los individuos infectados y disminuir la probabilidad de transmisión del VIH.</li> <li>• La prueba de la carga viral ayuda a identificar a las personas que pueden tener problemas para tomar su medicación regularmente, lo que permite proporcionar mayor asesoramiento para mejorar la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, detecta el desarrollo de resistencias a los medicamentos, permitiendo cambiar a tiempo el régimen de tratamiento de los pacientes que lo requieran. Esto evita cambiar a los pacientes a una medicación más cara de forma innecesaria, que reduciría opciones futuras de tratamiento.</li> </ul>
<b>Lo que mide</b>	Este indicador mide la efectividad de la terapia antirretroviral como proporción de pacientes en tratamiento durante al menos 6 meses que alcanzó supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).
<b>Numerador</b>	Número de PPV en TAR al menos por seis meses, con el último recuento de CV < 1000 copias durante el año de estudio.
<b>Denominador</b>	Número de PPV en TAR al menos durante 6 meses, con una CV realizada en el año de estudio.
<b>Método y herramientas de medición</b>	• Numerador y denominador: Registros de establecimientos sobre pacientes en TAR o base de datos de laboratorio. Se contabiliza el número de pacientes con el último recuento de CV suprimida.
<b>Desglose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Grupo de edad: &lt;15 años, ≥ 15 años</li> </ul>
<b>Puntos fuertes y débiles</b>	Si el porcentaje de pacientes a los que se les realiza medición de la CV es bajo (<70%), este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.

## Tabla de definiciones

### **Personas vivas y con VIH (PV) (100%)**

Son todas las personas de una población, de una determinada localidad (país, ciudad, etc.), que se encuentran infectadas por el VIH en un momento determinado. Al ser un dato poblacional, su cálculo suele derivarse de modelos matemáticos por ejemplo EPP/Spectrum.

### **PV que conocen su diagnóstico**

Son las personas de una población que han sido diagnosticadas con infección por el VIH y que siguen vivas en un momento dado. El hecho de que una persona conozca su diagnóstico es el primer paso básico para acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH.

### **Personas vinculadas a los servicios de atención a la infección por el VIH**

Son aquellas personas VIH+, diagnosticadas, que han sido incorporadas en los servicios de atención a la infección por el VIH y están vivas en un momento determinado. La incorporación a los servicios de atención puede medirse con indicadores marcadores (en inglés: proxy). Por ejemplo, la apertura de la historia clínica en un servicio de atención al VIH, la realización de pruebas que se realizan una vez el paciente está en servicios de atención (CD4 o carga viral) o la prescripción o recogida de antirretrovirales.

### **Personas retenidas en los servicios de atención a la infección por el VIH**

La retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH se define como la participación continua en la atención médica a la infección por el VIH. Asimismo, el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continuada. Las personas retenidas en atención son los individuos incorporados a los servicios de atención al VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (proxy), y el tiempo considerado puede ser normalmente un período de un año. Por ejemplo, la recogida de medicamentos ARV se obtiene al menos tres veces en el año, mientras que la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral una vez al año.

### **Personas en tratamiento antirretroviral**

- Numerador y denominador: Registros de establecimientos sobre pacientes en TAR o base de datos de laboratorio. Se contabiliza el número de pacientes con el último recuento de CV suprimida.

### **Desglose**

Las personas VIH+ incorporadas a la atención son aquellas que reúnen criterios de tratamiento ARV y que lo reciben. Se suele medir como las personas en tratamiento al final de un año calendario. Operacionalmente, es frecuente que se considere que un paciente está en tratamiento si ha recogido sus ARV al menos una vez en los tres meses anteriores a la fecha del año calendario considerado.

### **Personas con carga viral suprimidas**

Son las personas incorporadas a servicios de atención al VIH, que tienen al menos una medición de carga viral con resultado menor a 1,000 copias/ml y 50 copias/ml en el período determinado (usualmente un año calendario).

### ANEXO No. 3

## LISTA DE CHEQUEO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DISPONIBLES EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CENTROAMERICA

(Traducido y adaptado de: HIVMA/IDSA: HIV/AIDS • CID 2010:51 (15 Septiembre) • 735) Aspectos de la Atención Clínica que Afectan la Adherencia y la Retención en el Cuidado. Lista de Chequeo con Programas Nacionales y UA Seleccionadas del País.

MEDIDA	SI	NO	EVIDENCIA
<b>Proceso de Cuidado</b>			
Retención en el cuidado: Al menos 2 veces en el último año			
Dos controles de CD4 x año			
<b>Tamizaje</b>			
Gonorrea/Chlamydia (Basal)			
Sífilis (Anual)			
Investigación de abuso de sustancias: Anual			
Actividad sexual de riesgo: Anual			
Búsqueda activa TB: Anual			
Hepatitis B (basal)			
Hepatitis C (basal)			
<b>Inmunizaciones</b>			
Hepatitis B			
Influenza (anual)			
Neumococo			
<b>Profilaxis</b>			
TMP/ para PCP			
<b>Prescripción ARV inicial</b>			
Apropiada según Protocolo Nacional			
<b>Control Viroológico</b>			
Carga viral 2 veces al año			
<b>Otros para Centroamérica</b>			
INH profilaxis			
Detección Ca Cérvix (anual) Papanicolau			
Test Chagas (basal)			

**ANEXO No. 4****LISTA DE VERIFICACION DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL**

Proveedores de Salud de las UA Seleccionadas (3-5 personas x UA)

Clínica:

Fecha de la visita:

Año de inicio de la UA:

Número de PV cuidado:

Profesión o cargo de persona entrevistadas	SI	NO	No. de profesionales	Tiempo laborado	Personal contratado para la UA	Personal prestado →	¿Cuántas horas al día?	
							El mismo de las UAI	Solamente unas horas
<b>Recursos Humanos</b>								
Médicos generales								
Médicos especialistas								
Enfermera profesionales								
Farmacéuticos								
Químicos biólogos o microbiólogos								
Trabajadora social								
Psicólogos								
Nutricionistas								
Personal técnico y auxiliar								

<b>ACTIVIDADES Y GESTION:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Provisión de ARV primera línea		
Provisión de ARV de segunda línea		
Gonorrea/Chlamydia (Basal)		
Provisión de ARV de tercera línea		
Ruptura de Stock últimos 12 meses		
Desabastecimiento controlado de ARV (Requiere más retiros de medicamentos de farmacia a los regulares, por abastecimiento incompleto inter-citas)		
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR		
Realiza conteo de tabletas		
¿Realiza encuesta estructurada como método de adherencia?		
¿Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos?		
Evaluación socio-económica basal		
Evaluación psicológica basal		
Evaluación nutricional basal		
Provisión de condones		
Disponibilidad de medicamentos para IO		
Disponibilidad de medicamentos para ITS		
Servicio de apoyo comunitario:		
Servicio de visitas domiciliarias		

## ANEXO No. 5

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA OBTENCIÓN DEL OBJETIVO NO.1

Número: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_  
Tiempo en tx: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
CV: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Fecha de CV: \_\_\_\_\_  
Valor de CV: \_\_\_\_\_  
Obs: \_\_\_\_\_

## ANEXO No. 6

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Correlativo UA	Cantidad de registros/expedientes
5 - 20 de agosto	Reunión de consenso y definición de ruta crítica con PNV. Elección de las clínicas a evaluar. Adecuación del protocolo de metodología empleada en Panamá con la consulta a otros especialistas a través de la discusión y consenso.
21 de agosto	Reunión con los actores involucrados y socialización del protocolo con las clínicas de donde se obtendrá la información.
25 de agosto al 5 de septiembre	Envío de cartas por parte del Programa Nacional para la autorización de visita a clínicas.
11-12 de septiembre	Obtención de datos de clínica de Chiriquí y aplicación de la encuesta
16, 17 y 24 de septiembre	Obtención de datos de clínica en Colón y aplicación de la encuesta
22 de septiembre	Visita a clínica en Penonomé
23 de septiembre	Visita a clínica en Santiago, Veraguas
25-26 de septiembre	Visita a clínica en Los Santos
29 de septiembre al 3 de octubre	Clínicas de CSS y Hospital Santo Tomás
4 - 15 de octubre	Análisis de la información y discusión
16 de octubre	Presentación del Informe Final
20 de octubre	Entrega del Informe final



