

INFORME NACIONAL DE CASCADE DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN VIH Y MEDICIÓN DEL INDICADOR DE SOBREVIVENCIA EL SALVADOR, AÑO 2016

RESUMEN

Este documento resume en su primera parte, los resultados de la medición de la adherencia de las personas que viven con VIH en El Salvador que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TARV) en el año 2016. Como parámetro indirecto para valorar la adherencia se utilizó la carga viral menor de 1000 copias/ml.

La segunda parte del informe presenta los resultados de la cascada del continuo de la atención en VIH para 2015-2016 y su comparación con la línea de base elaborada en 2013.

Para este informe se utilizó como universo el total de personas con VIH (PV) y las que se encuentran en TARV, información proporcionada por las 20 clínicas donde se brinda atención integral VIH en el país. El estimado de personas con VIH para 2016 es de 23,788 personas (ONUSIDA, 2015).

Según los objetivos 90-90-90, el porcentaje global de adherencia por supresión viral es de 83% a nivel nacional. Identificando diferencias entre clínicas que van entre los rangos del 68 a 93%.

El resultado de la cascada del continuo de la atención del año 2016, es el siguiente: 23,788 personas se estiman con VIH en El Salvador (Spectrum), un 78% (18,556) conocen su diagnóstico, el 59% (14,028) están vinculados a las clínicas TARV, el 41% (9,699) están retenidas para el cuidado clínico, el 37% (8,775) permanecen en tratamiento, un 31% (7,309) presentan carga viral suprimida (<1000 copias/ml).

ANTECEDENTES

El VIH es una pandemia distribuida de forma desigual en el mundo y un problema de salud pública mundial.

Según datos de la Dirección de Vigilancia sanitaria del Ministerio de Salud (MINSAL), la prevalencia de VIH en la población general en 2016 fue de 0.50%, con un predominio de edad entre los 20 a 49 años y una relación de casos Sida de hombre a mujer de 2 a 1.

La epidemia en El Salvador está concentrada en poblaciones claves, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans y trabajadoras comerciales del sexo. En estos grupos las prevalencias registradas fueron de 10.5%, 25.8% y 8.1% respectivamente. (Fuente: Estudios de prevalencia y talla poblacional 2016, Orquídeas de mar (para MTS), Estudio de prevalencia y talla poblacional 2016, TEPHINET (HSH) y el dato para Mujeres trans, es del 2012).

En El Salvador, desde el año 2000 el acceso a la TARV es gratuito, esto ha permitido mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, disminuir la morbilidad asociada y reducir su mortalidad. A pesar de los esfuerzos gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil, en este tema, existen importantes retos para mejorar el continuo de la atención en VIH tanto en diagnóstico, vinculación a los servicios, acceso a tratamiento y la supresión viral, retos integrados en el Plan estratégico nacional multisectorial (PENM) vigente.

Para analizar el continuo de la atención en VIH, OMS/OPS estableció una herramienta para monitorear el abordaje integral del VIH en una población y su respuesta en una determinada área geográfica: la cascada del continuo de atención. Esta cascada está formada por siete pilares que van desde la estimación global de personas con VIH en una región hasta el porcentaje de personas en tratamiento con cargas virales indetectables. Esta representación gráfica del continuo de la atención es una herramienta de información estratégica que permite identificar, analizar brechas y planificar intervenciones a partir de las mismas.

En el año 2014, se realizó la primera cascada del continuo de la atención en El Salvador, que reportaba datos 2013, en el cual se reflejan los datos de las 20 clínicas TARV a nivel nacional. Para ese año se estimaban unas 23,000 personas con VIH, de las cuales un 69% conocían su diagnóstico, 49% se encontraban vinculadas, 34% retenidas, 31% en tratamiento, un 22% en supresión viral y un 16% con cargas virales indetectable

Para hacer frente a la epidemia, ONUSIDA en el 2013, propuso una acción acelerada y enfocada para reducir las nuevas infecciones y la mortalidad, en el marco de un ambiente libre de estigma y discriminación. Para esto, estableció las metas 90-90-90 que definen que, en el año 2020 el 90% de las personas con VIH deben conocer su diagnóstico, el 90% deben recibir tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento deben tener cargas virales suprimidas. El Salvador acordó el cumplimiento de estas metas.

OBJETIVOS

- Establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV bajo tratamiento en El Salvador, mediante la medición de la supresión viral (menor de 1000 copias/ml) durante el año 2016.
- Construir la cascada del continuo de la atención y Análisis de brechas.
- Construir el indicador de sobrevida a 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral.
- Analizar brechas de vinculación, retención y supresión viral en El Salvador al cierre del 2016. Comparando resultados de la cascada del 2013, 2015 y 2016.

METODOLOGÍA

Para los estudios 2013 y 2015 realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo en donde las unidades de muestreo fueron todas las personas con VIH atendidas en las 20 clínicas TARV del país. Los datos fueron resumidos mediante medidas de estadística descriptiva y se presentaron en gráficas.

Para la construcción de cascada 2016, se obtiene la información directamente del SUMEVE, con apoyo y asistencia técnica de USAID|Proyecto Capacity Centroamérica. Ahora se tiene salas de análisis de indicadores, de cascada por hospital y nacional; se adaptó la plataforma para que en el informe 2017 se obtenga la cascada desagregada por población clave.

Estos informes obedecen estrictamente a las necesidades del país en cuanto a información estratégica para el análisis y la toma de decisión. Se aseguró en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de la información.

RESULTADOS

La tabla N° 1 presenta la frecuencia de los pilares de la cascada 2 al 6 segregados por clínica. Además, el porcentaje de adherencia basado en supresión viral, por medio de la relación entre las personas con cargas virales menor a 1000 copias/ml y el total de personas en tratamiento. El promedio a nivel nacional de adherencia es del 83% (7,309 de 8,775). Los rangos del porcentaje de adherencia por hospital son entre el 68% y el 93%.

Tabla N° 1. Información de los pilares dos al seis de la cascada del continuo de la atención por clínicas TARV y porcentaje de adherencia según supresión viral por clínica TARV. El Salvador, año 2016

Clínica VIH	PV diagnosticado	PV vinculados	PV Retenidos	PV en TARV	PV con CV < 1000 copias/ml	% de adherencia basado en supresión viral
Ahuachapán	507	388	247	227	176	78%
Santa Ana	1252	1166	1040	929	764	82%
Sonsonate	1486	1218	936	812	677	83%
San Rafael	1928	1679	1158	1099	911	83%
Chalatenango	269	226	153	145	116	78%
Rosales	2569	2004	1213	1144	963	84%
Zacamil	2546	1982	1361	1175	993	85%
San Bartolo	996	741	453	405	344	85%
Soyapango	836	581	341	322	219	68%
Saldaña	1190	1007	661	607	514	85%
Cojutepeque	337	276	210	186	152	82%
Sensutepeque	151	130	108	92	80	87%
Zacatecoluca	486	349	221	192	162	84%
San Vicente	338	291	198	178	155	87%
Usulután	367	282	211	178	144	81%
San Miguel	1068	906	702	629	526	84%
Morazán	120	96	64	59	50	85%
La Unión	199	127	89	83	69	83%

Clinica VIH	PV diagnosticado	PV vinculados	PV Retenidos	PV en TARV	PV con CV < 1000 copias/ml	% de adherencia basado en superación viral
Benjamin Bloom	406	372	297	291	272	93%
Maternidad	227	207	36	22	25	113%
Total	18556	14028	9699	8775	7309	83%

Fuente. Base de datos Informe Nacional de Cascada de Continuo de la Atención en VIH 2015.

Nota: Al número total de PV diagnosticados (pilar 1) se le ha sumado 1,278 diagnósticos de "otros establecimientos" que incluye nuevos diagnósticos reportados por ISSS, Bienestar Magisterial y Hospital Militar.

En el año 2016 el estimado de personas con VIH según el programa estadístico Spectrum y estimaciones de ONUSIDA es de 23,788 personas, lo que corresponde al 100% (Pilar 1). Este dato se convierte en el denominador para calcular los pilares subsecuentes.

El segundo pilar corresponde a las PV diagnosticadas y que conocen su estado serológico, que equivale a 18,556 y representa el 78%.

El pilar tres, son PV vinculados a la atención encontrando 14,028 y corresponden al 59%. El cuarto pilar representa a las personas retenidas en la atención, siendo 9699 y corresponden al 41%.

Las personas en tratamiento están comprendidas en el pilar cinco, siendo 8,775 y corresponde al 37%. Finalmente, el pilar seis, son las personas con carga viral suprimida, encontrando 7,309 y corresponde al 31%. (Ver gráfica 1)

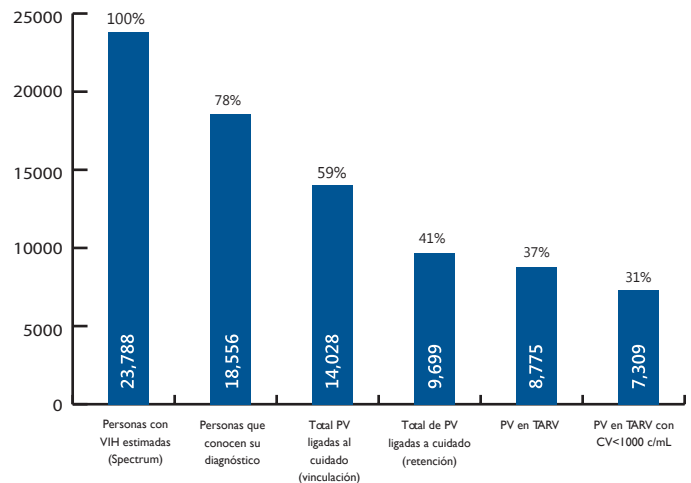
Tabla N°2. Pilares de la cascada del continuo de la atención de El Salvador 2016

Pilar	Indicador	N	%
1	Estimado de personas con infección por el VIH que están vivos (PV) en el 2016	23,788	100%
2	Personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el 2016	18,556	78%
3	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	14,028	59%

4	PV que se mantiene en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV	9,699	41%
5	Adultos y niños que se encuentran en TARV y % respecto al total	8,775	37%
6	Número y porcentaje del total de PV con carga viral suprimida (<1000copias/ml)	7,309	31%

Fuente. Base de datos Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia Epidemiológica en VIH (SUMEVE) MINSAL 2016

Gráfico N°1. Cascada del continuo de la atención de VIH, El Salvador, 2016



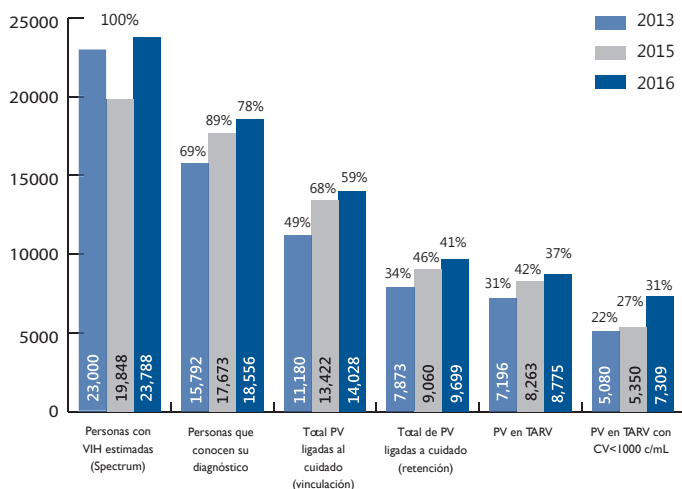
Fuente. Base de datos Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia Epidemiológica en VIH (SUMEVE) MINSAL 2016

El gráfico N°2 presenta la comparación de los pilares de la cascada del continuo de la atención en VIH, para El Salvador en los años 2013, 2015 y 2016.

Partiendo de la línea de base en el 2013, se observa un incremento de cinco puntos porcentuales en las PV con diagnóstico de VIH y que conocen su resultado para el 2016. En 2015, por el dato Spectrum de ONUSIDA se calculó en 19,848, lo que no permite comparar resultado por ser un denominador diferente.

El incremento de PV diagnosticados para 2016 se atribuye a diversas estrategias implementadas por el Programa Nacional de ITS/VIH/ Sida.

Gráfico N°2 Comparación de resultados de la cascada del continuo de atención en VIH, años 2013, 2015 y 2016.



Fuente. Base de datos Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia Epidemiológica en VIH (SUMEVE) MINSAL 2016

Dentro de estas estrategias se pueden destacar el protocolo de diagnóstico nacional que oferta pruebas rápidas, que acortan el tiempo de entrega del resultado. Además de la ejecución de proyectos de cooperación internacional para mejorar el acceso de prueba a poblaciones TRANS, HSH y MTS. Este resultado acerca al país a 16 puntos para el logro del primer 90, de las metas propuestas al 2020, para frenar la epidemia de VIH.

En cuanto a la vinculación (pilar 3), se muestra un porcentaje de 68% para el año 2015. Esto representa un aumento de 9 puntos porcentuales de la línea de base 2013 (49%), y 10 puntos porcentuales de aumento para 2016. Si bien los factores económicos, culturales y sociales, limitan la efectiva vinculación de nuevos diagnósticos, se hace evidente que las acciones de vinculación, acompañando a un PV recién diagnosticada a la clínica de VIH y/o de referencia efectiva, han sido favorables en mantener un alza en este indicador.

A nivel de retención (pilar 4) de las PV, hay un aumento de cinco puntos porcentuales en comparación con 2013; y siete puntos porcentuales de aumento en el dato 2016. Según las recomendaciones de OMS/OPS, las brechas a cerrar en este pilar deben estar enfocadas en los aspectos emocionales que enfrenta un PV para su aceptación del estatus serológico y seguimiento clínico, así también, las estrategias de cada clínica deben estar orientadas para identificar riesgos de abandono y mecanismos para rescatar los abandonos.

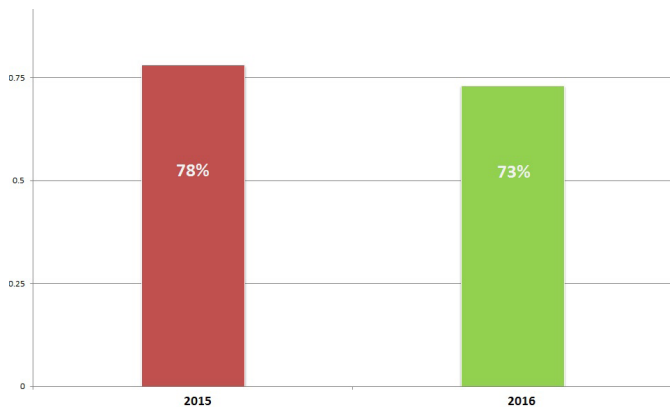
Además, acercar aún más la TARV a los usuarios, la extensión de horarios adaptados a población clave, o usuarios que ven limitado su seguimiento por limitantes laborales. Otro aspecto importante es, asegurar una calidad de atención en ambientes libres de estigma y discriminación, haciendo un análisis de la percepción del usuario ante la atención en las clínicas. Es importante mencionar que, el contexto de violencia social sigue siendo un factor que impacta en la retención de usuarios.

En cuanto al pilar cinco, observamos que hubo un aumento de seis puntos porcentuales con relación al 2013. El acceso gratuito al medicamento, cumplimiento de normas de atención y empoderamiento del personal de salud. Contar con 20 clínicas de atención integral, distribuidas en todo el territorio nacional, han sido factores importantes para mejorar la cobertura de antirretrovirales.

Además GHSC, implementador de USAID, ha brindado asistencia técnica y colaborado con el programa nacional ITS/VIH/Sida, en los procesos de estimación y logística de medicamentos, buenas prácticas de transporte y almacenamiento, lo que ha permitido mejorar el abastecimiento de TARV.

Finalmente, con el pilar seis se observa un incremento en cada una de las mediciones, hasta llegar a una mejoría de nueve puntos porcentuales de aumento, comparado con la línea basal. Este aumento es favorecido por el mejoramiento de los procesos de calidad de servicios prestados en las clínicas de VIH, análisis de información para toma de acciones, reincorporación y búsqueda activa de abandonos, empoderamiento de la PV para lograr la adherencia. Así como mantener la cadena de suministro para asegurar las pruebas de laboratorio de estudio virológico (carga viral).

Gráfico N°3 Indicador de sobrevida de PV a los doce meses de TARV en El Salvador. 2015-2016



Fuente. Base de datos Informe Nacional de Cascada de Continuo de la Atención en VIH 2015.

El gráfico N° 3, presenta los resultados del indicador de sobrevida a los 12 meses de recibir tratamiento antirretroviral en las personas que viven con VIH, en El Salvador, para la medición 2015 y 2016.

Se observa que en los primeros 12 meses de tratamiento, permanecen vivas y en tratamiento un 77.9% para 2015 y 72.9% para 2016.

Este indicador permite indirectamente conocer la situación sobre la retención y la adherencia de los PV, que acuden a las clínicas.

Hay cinco puntos porcentuales menores que la sobrevida 2015, hay que recordar que la mayoría de inicios de TARV en el país están presentando CD4 <500 cel/mm³, es decir cumplen criterio clínico de inicio, pues aún no se implementa la estrategia “Testing and start”. Por lo tanto mejorar el diagnóstico oportuno tendrá impacto en mejorar también la sobrevida una vez instaurada la TARV.

LIMITACIONES

1. Algunos aspectos de la línea de base no pueden ser comparados con el dato 2015 y 2016, pues en 2013 aún se llevaban sistemas de información manuales. Las mediciones 2015 y 2016, han sido extraídas del SUMEVE.
2. La cuantificación numérica que implica la construcción de la cascada, no permite la valoración de aspectos sociales que puedan afectar la retención y adherencia

al tratamiento, por lo que el análisis favorable o no al respecto, podría no ser integral.

3. No se cuenta en el sistema con registro de muertes sucedidas fuera de los servicios de salud, y aún está pendiente una vinculación del sistema SIMMOW con el SUMEVE.
4. No fue posible definir dentro de los diferentes pilares de la cascada la población clave, ya que dicha información no está consignada en la mayoría de los registros de los PV.

CONCLUSIONES

1. La cascada de 2016, muestra un incremento del 9% en el diagnóstico de VIH en El Salvador (78%), en comparación con la cascada del 2013 (69%).
2. El Salvador, está a 12 puntos porcentuales de lograr el primer 90% (PV que conocen su diagnóstico).
3. Del total de personas estimadas, el 37% se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral, y de estas, un 31% tienen carga viral suprimida (<1000 copias).
4. En todas las mediciones de la cascada, puede observarse que existe una brecha importante entre los PV diagnosticados y que no fueron vinculados a servicios de atención.
4. De igual manera, la brecha entre vinculados y retenidos se observa una mejora sustancial en 2016 (41%) retenidos con respecto a la línea de base 2013 (34%).
5. De igual manera, la brecha entre vinculados y retenidos se observa una mejora sustancial en 2016 (41%) retenidos con respecto a la línea de base 2013 (34%).
6. Analizando los pilares 4 y 5 se hace evidente que, la mayoría de PV retenidos que llegan a la clínica de atención, se les inicia TARV, lo que evidencia que la mayoría de diagnosticados que llegan a las clínicas de atención integral están iniciando TARV (con CD4 <500 cel/mm³). El criterio de inicio para el país es de CD4 <500 cel/mm³, pues aún no se implementa la estrategia “Testing and start”. Lo que indica que el país debe reforzar el diagnóstico oportuno de la infección por VIH en estadios tempranos

7. Hay una mejora de nueve por ciento de PV, con carga viral suprimida e indetectable en el 2016, comparado con la línea de base 2013. 22% al 31%.
8. Al revisar los datos por hospital, existen brechas de adherencia porcentualmente similares en la mayoría de clínicas de atención integral del país (rango entre 78% y 87%), siendo la excepción hospital nacional de Soyapango, con 68%, que persiste con la menor adherencia en las tres mediciones. (Ver tabla No 1).

RECOMENDACIONES

1. Realizar esfuerzos estratégicos en mejorar el diagnóstico según el perfil epidemiológico de país. Ofertando pruebas a hombres, y poblaciones claves.
2. Implementar una estrategia de vinculación sostenible en la RIISS de país, especialmente en la vinculación de las PV recién diagnosticadas a las clínicas TARV. Asegurando el acompañamiento y mejorando los sistemas de referencia y respuesta.
3. Continuar el fortalecimiento del sistema de información con énfasis en el monitoreo de la calidad del dato, con el fin de contar con datos estadísticos confiables, pertinentes y oportunos para abordar objetivamente la situación del VIH en el país.
4. Asegurar en el sistema de información la captura de variables que identifiquen y/o registren a población de TRANS, HSH, MTS, para poder elaborar la Cascada del Continuo de Atención en VIH, en las poblaciones clave.
5. Propiciar las condiciones necesarias para adoptar la política “*Test and Start*” en el país, a fin que se inicie tratamiento antirretroviral inmediato en toda persona diagnóstica con VIH. Según recomendaciones de OMS/OPS.
6. Fortalecer a personal de salud para la detección de PV en riesgo de abandono, para tomar acciones de prevención.
7. Promover dentro de las clínicas un abordaje integral con participación multidisciplinaria de todos

los especialistas normados para cada usuario, individualizando las acciones, sobre todo para las PV en riesgo de abandono.

8. Continuar la promoción de un ambiente libre de estigma y discriminación acompañado de una atención basada en alto cumplimiento de estándares de calidad. Teniendo como base el cumplimiento del derecho humano a la salud y una atención con dignidad a todo PV o población clave.
9. Establecer acciones concretas y sostenibles para la identificación y búsqueda de abandonos y que estos continúen adherentes una vez recuperados.
10. Fortalecer la búsqueda de PV identificadas en abandono, para reincorporar a las clínicas TARV del país, por medio de promotores y enlaces comunitarios. Analizando las causas puntuales que los llevan al abandono.
11. Difundir y discutir los resultados plasmados en este informe, y elaborar estrategias puntuales para mejorar las brechas encontradas y mejorar a mediano y corto plazo. Promoviendo el análisis de datos locales para crear estrategias propias, alineadas al PENM.
12. Realizar reuniones semestrales entre los profesionales de salud de las clínicas TARV para compartir ideas, experiencias y buscar la estandarización del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 relacionado con el VIH. 2013.
3. Estimación para el año 2015 a través de Spectrum y publicadas en la base de ONUSIDA –www.aidsinfoonline.org, Resultados en Spectrum de los modelos AIM y Goals, 2016.

4. OMS-OPS. Marco del monitoreo del continuo de la Atención Integral al VIH. 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en America Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.

ABREVIATURAS

ARV	Antirretroviral
CD4	Cúmulo de Diferenciación 4
CTARV	Clínicas de Terapia Antirretrovirales
CV	Carga Viral
GHSC	Global Health Supply Chain
HSH	Hombres que tiene Sexo con Hombres
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
MTS	Mujer Trabajadora del Sexo
ml	Mililitro
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PENM	Plan Estrategico Nacional Multisectorial
PV	Personas con VIH
RIS	Redes Integrales e Integradas de servicios de salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIMMOW	Sistema de MorbiMortalidad en línea
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida
TARV	Terapia Antirretroviral
TRANS	Mujer Transgénero
TS	Trabajadora Sexual
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

“Este Informe Nacional de la Cascada del Continuo de la Atención en VIH y medición del indicador de sobrevida en El Salvador, año 2016, 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 este Informe Nacional de la Cascada del Continuo de la Atención en VIH y medición del indicador de sobrevida en El Salvador, año 2016, es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.”