

Ministerio de Salud El Salvador
Programa Nacional de VIH/Sida
USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL, COMPONENTES DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN Y FACTORES MODULARES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

El Salvador, 2014

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

Equipo Técnico

Consultora:

Dra. Helen Larissa Centeno Monge

"Este Material 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 manual 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 entorpecer 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

PÁG.	TEMA
5	INTRODUCCIÓN
7	OBJETIVOS
8	METODOLOGÍA
14	RESULTADOS
28	DISCUSIÓN
30	CONCLUSIONES
31	LIMITACIONES
32	RECOMENDACIONES
33	OPORTUNIDADES DESPUÉS DEL ESTUDIO
33	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
33	ASPECTOS ÉTICOS
34	RECONOCIMIENTOS
35	REFERENCIAS
37	ANEXOS



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 según las diferentes regiones, 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. (1)

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 según las diferentes regiones, 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. (1)

En abril de 2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana lanzó la Estrategia Regional de Sostenibilidad en donde se trazan las acciones necesarias para lograr los objetivos de "Acceso Universal", cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en materia de VIH y desarrollar una estrategia de mediano y largo plazo, orientada 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 (2).

Se han hecho esfuerzos para ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR). Sin embargo los esfuerzos por documentar de manera fehaciente el impacto del tratamiento en las vidas de las personas que viven con VIH fue el primer objetivo de la terapia. Pero ahora 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; alcanzar 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). Con ello, se ha logrado la disminución de la incidencia de VIH en los países que cuentan con sistemas de información y registro confiables; así como, la capacidad no solamente del control individual, sino también 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 Atención 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 del 2015. (4).

Cascada del Continuo 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 y estratégica que nos permitan tomar las decisiones que favorezcan la mejoría de la calidad y los mejores resultados en atención y tratamiento. Con la cascada se puede mostrar una imagen de la situación de la atención integral y continua, promoviendo el diagnóstico temprano; así como, el inicio temprano de TAR.

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA por sus siglas en Inglés), 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 y comorbilidades, proponiendo estándares mínimos del componente de atención, que permitieran monitorear de manera armonizada los componentes mínimos del monitoreo y atención clínica, con parámetros de calidad, que favorecieran 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 continuos de atención (Cascada del Continuo de Atención) a nivel de El Salvador; así como, de realizar el diagnóstico de la situación de las Unidades de Atención Integral 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)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un diagnóstico de situación de la adherencia al tratamiento antirretroviral y establecer los componentes de la Cascada del Continuo de Atención, relacionados con la adherencia en El Salvador e integrarlo con la región centroamericana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, bajo tratamiento en El Salvador, mediante medición de la supresión viral (menor de 20 y 1000 copias/ml) durante el 2013.
2. Construcción de la Cascada del Continuo de Atención y análisis de brechas de vinculación, retención y supresión viral en El Salvador para el 2013.
3. Identificar los factores modulares institucionales y de atención que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en El Salvador.

METODOLOGÍA

En el marco del monitoreo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que está 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 internacional propuestos en el año 2014, con énfasis en la construcción de la Cascada Continua de la Atención con sus componentes, de manera coordinada con el Programa Nacional de VIH/Sida (PNS) y con el apoyo técnico de USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, OPS y ONUSIDA.

En El Salvador, al igual que el resto de países de la región centroamericana y con el fin de lograr los objetivos planteados en este diagnóstico, se siguieron los pasos propuestos en el protocolo:

Paso 1

Un equipo de expertos en VIH-VIH Avanzado, coordinado por el Programa Nacional de VIH, se reunió para conocer, revisar y validar la Guía de Estudio de Adherencia a TAR; además de buscar la ruta óptima para desarrollarlo y definir las fuentes de información, tanto para la construcción de la Cascada del Continuo de Atención, como los factores modulares institucionales que afecten la adherencia a nivel nacional, por medio de una entrevista estructurada (Anexo 3 y 4) dirigido a personal de atención de las Clínicas de Atención Integral en VIH (CAI).

ACOTACIONES METODOLÓGICAS

- En El Salvador existe un ÚNICO laboratorio nacional que realiza las pruebas de CV y CD4.
- Se reportaran niveles de CV <20 y <1000 copias/ml pues El Salvador cuenta con máquina que procesa solo esos valores.

Paso 2

Una vez realizada la validación de la guía, se desarrollaron varias reuniones con el equipo

técnico de país (Programa Nacional de VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria, USAID| Proyecto Capacity Centroamérica y OPS) para la revisión de la metodología de recolección de información: registro de información relacionados con la adherencia a la terapia antirretroviral (bases de datos/ SUMEVE); formatos de recolección de datos; identificar fuente primaria de información del dato; cronograma de trabajo de campo y planificar visitas a las Clínicas de Atención Integral de VIH.

Paso 3

Definición de CAI

En consenso con equipo de expertos en VIH, coordinación y equipo técnico de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria, OPS y USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, se decidió que para la construcción de la Cascada del Continuo de Atención a nivel nacional se tomaría el 100% de los hospitales que cuentan con Clínicas de Atención de Integral en VIH (20 CAI ubicadas en los Hospitales Nacionales).

*No se toma en cuenta al Instituto del Seguro Social (ISSS) que requieren un "Acuerdo Ministerial" específico para poder compartir datos epidemiológicos de sus clínicas.

Tabla No. 1 Hospitales Nacionales que cuentan con Clínicas de Atención Integral de VIH. El Salvador 2013.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIÓN DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENÉNDEZ, AHUACHAPÁN	REGIÓN OCCIDENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	REGIÓN OCCIDENTE
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE	REGIÓN OCCIDENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ, CHALATENANGO	METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO, USULUTÁN	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS, SAN MIGUEL	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑO BENJAMIN BLOOM	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL DE MATERNIDAD	REGIÓN CENTRAL

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH. SUMEVE 2013.

Para la obtención de la información a través de la entrevista estructurada (factores modulares institucionales) solo se tomaron 17 CAI¹ y se realizaron entrevistas a las personas del equipo multidisciplinario que el coordinador de la clínica seleccionó. Además se revisaron de 15 a 20 expedientes en promedio por clínica, libros de registro de faltistas, abandonos, libros de farmacia y entrega de medicamentos para cotejar evidencia y validar la información obtenida del SUMEVE.

Paso 4

Se realizó trabajo de campo durante los meses de septiembre y octubre de 2014. Previo a girar un memo oficial desde el Programa Nacional de VIH (ANEXO 6 y 7) a todos los hospitales que se visitarían. Se programaron las visitas durante las

cuales se cotejaron bases de datos propias de cada hospital con los datos del SUMEVE, para obtener de forma estandarizada la información que respondía a los indicadores propuestos para la elaboración de la Cascada del Continuo de Atención. También, se entrevistó al personal de los equipos multidisciplinarios para evaluar la Calidad de Atención integral y los conceptos clínicos recomendados por la HIV Medical Association (HIVMA) de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) en 2011, que pueden comprometer la adherencia además de llenar un cuestionario estandarizado, como lista de chequeo para otros factores modulares institucionales que pueden afectar la adherencia en las clínicas (Anexos 3 y 4).

¹ No se tomaron en cuenta el Hospital Nacional de niño Benjamín Bloom, Hospital de Maternidad (por ser hospital que solo provee tratamiento profiláctico) y Hospital de la Unión por carecer en ese momento de Coordinador de Clínica.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Muestra, indicador y variables para establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV bajo tratamiento en El Salvador mediante medición de la supresión viral (menor de 20^2 y 1000 copias/ml) durante el 2013. Se tomó el universo de los casos registrados en el SUMEVE y que reportan su CV cotejado con los datos del Laboratorio Central Max Bloch.

Indicador de medición de adherencia: Porcentaje de PV en tratamiento con carga viral (CV), suprimida (< 20 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 6 meses, con el último recuento de CV < 20 copias durante el año de estudio.

Denominador: Número de PV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos durante 6 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 PVV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos durante 6 meses, con una CV realizada en el año de estudio.

Consideración para la interpretación:

Si el porcentaje de pacientes a los que se les realiza medición de la CV es menor de $< 70\%$, este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.

Indicador y variables para responder a objetivo específico 1

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 1 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 6 meses de TAR.

Fuentes de información utilizadas:

a) Número de personas activas en tratamiento antirretroviral a diciembre del 2013. Informe Centralizado: unificado en Programa Nacional con acceso a información desglosada de las Clínicas de Atención integral.

b) Número de personas en tratamiento antirretroviral que tuvieron al menos una carga viral en el año 2013. Informe centralizado: unificado en Programa Nacional con acceso a información desglosada de las Clínicas de Atención integral.

c) Número de pacientes en tratamiento antirretroviral con carga viral < 20 y < 1000 copias por ml en el último semestre del 2013. Informe centralizado: unificado en Programa Nacional que tiene acceso a información desglosada de las Clínicas de Atención Integral. Cotejado con Informes de Laboratorio Central Max Bloch que realiza cargas virales.

² 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.

La información también fue obtenida través de un instrumento de cotejo de base de datos generado por equipo técnico de El Salvador (ANEXO 8), así como la revisión de registros de farmacia de las clínicas para identificar las personas activas en tratamiento cuando dicho registro estaba disponible.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Indicador y variables para la construcción de la Cascada del Continuo de Atención. (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 Atención para los PV en El Salvador 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 en un momento determinado:

Fuente: informe nacional del ejercicio de estimaciones a diciembre 2013. Programa Spectrum. Este valor se utilizó como denominador en el resto de pilares de la cascada.

2. Número de PV 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 PV a Diciembre 2013.

Fuente: MINSAL. Programa Nacional de ITS/VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria, SUMEVE.

A partir de este pilar y bajo consenso de MINSAL/PNS, OPS se contabilizaron 5397 casos de categoría "otros establecimientos", que incluyen aquellos casos que han sido diagnosticados por otros servicios, que estuvieron en algún momento vinculados al sistema de salud/VIH pero que al momento no están en seguimiento (retenidos

al cuidado) en alguna de las 20 CAI. Estos otros establecimientos incluyen casos de Hospitales MINSAL, Unidades de Atención Primaria en Salud, Hospital Militar, Instituto del Seguro Social y otras ONGs.

Sobre el número de personas que no están retenidas pero si vinculadas alguna vez a los servicios de TAR.

Consideraciones

a) En el SUMEVE se captura a toda persona que se somete a una prueba de VIH y existe un seguimiento del algoritmo diagnóstico para clasificarlo como VIH+. Para poder entrar al sistema de seguimiento, todas estas personas tienen varias entradas: 1) por la ficha FVIH01 (Realización de pruebas); 2) si la ficha de envío de muestra para CV y CD4; y 3) por la FVIH05 que es la ficha TAR.

b) La base del SUMEVE se actualiza cada año con la FVIH05, que es la cohorte de seguimiento de las clínicas. Podríamos decir que son las personas activas que año con año llegan a esa red de servicios a su seguimiento con y sin TAR.

c) El SUMEVE puede discriminar muy fácil poblaciones activas (personas que están retenidas en los servicios con y sin TAR) y pasivas (aquellas personas que fueron diagnosticadas, se vincularon al servicio pero ya no está retenida al cuidado)

Con este contexto justificamos el tema de los 5,397 para la construcción de los pilares de la cascada.

Estos están contabilizados en la FVIH01, es decir son personas con diagnósticos y algunos de ellos (1195) se vincularon a los servicios a través de una prueba de CV y CD4. Sin embargo, estas PV se pierden y las causas pueden ser abandono al tratamiento; muerte fuera de la red de hospitales; o pacientes que han migrado a otros países. Información que en años anteriores no se contabilizaba.

1. Cuando discutimos este punto con nuestro equipo, tanto nacional como OPS Washington, se determinó que el objetivo de la cascada era verificar las brechas existentes en cada uno de los pilares y se tomó la determinación de integrarlo para poder evidenciar esas brechas.

2. Lastimosamente, el SUMEVE no puede triangular el proceso de mortalidad y casos, solo hasta este año 2014 se han vinculado. Antes de junio 2013, no se podían triangular; y es por eso que muchas de esas personas es posible que ya estén muertas pero no se puede asegurar porque no hay como triangularlas.

3. A partir del 2014, la DVS está haciendo una triangulación en los programas del SIMMOW (muertes hospitalarias y mortalidad de alcaldías) por lo que es probable que la próxima medición a través de la cascada resulte mejor.

Limitantes: Existe un sub registro de mortalidad

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 el 2013.

Número total de personas cero positivas que tuvieron durante el 2013:

- 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: MINSAL. Programa Nacional de ITS/VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria, SUMEVE

Para la generación de este pilar de la cascada se incluyó todo aquel PV que cumpliera con cualquiera de las opciones a) b) o c). 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, todos estos datos a diciembre de 2013.

No se incluye el literal d), puesto que la principal limitación es no tener información sistemática y por ende el dato no se encuentra consolidado.

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 que durante el 2013:

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

Fuente: MINSAL. Programa Nacional de ITS/VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria, SUMEVE.

Para la generación de este pilar de la cascada se incluyó todo aquel PV que cumpliera con cualquiera de las opciones a), b) o c). 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. Todos estos datos a diciembre de 2013.

² 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.

No se incluye el literal d), puesto que la principal limitación para obtener este dato consiste en que no se considera un proceso estandarizado para reportar los pacientes activos con al menos una o dos citas registradas en los últimos seis meses en la CAI, por lo que esta recolección de información no es sistemática y por ende el dato no se encuentra consolidado.

Para evidenciar el número de pacientes que no están en tratamiento antirretroviral, se verificaron un promedio de 15 a 20 expedientes clínicos y en el SUMEVE, que tuviesen su CD4 o CV basal, más un CD4 por cambio en normativa a mediados del 2013, en la cual se establece que se valore no TAR arriba de 500 CD4, por lo que hay pacientes que ya presentaban dos pruebas de CD4 aun sin TAR.

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

Fuente: Número de PV en TAR reportados activos al Programa Nacional de ITS/VIH/Sida a diciembre del 2013.

6. Número y porcentaje de PV con carga viral suprimida <20 y < 1000 copias/ml en el 2013.

Fuente: MINSAL, Dirección de Vigilancia Sanitaria, SUMEVE y Programa Nacional de ITS/VIH/Sida

La Dirección de Vigilancia Sanitaria cuenta con una base de datos consolidada, puesto que hay un ÚNICO laboratorio central que realiza las pruebas de CD4 y CV, lo cual facilitó además el cotejo de información. Se contabilizaron aquellos <20 copias/ml y <1000 copias/ml.

Obtención del objetivo No. 3. Identificación de factores modulares y atención de calidad: Se obtuvo la información de manera estandarizada para identificar a los factores modulares institucionales en visitas a cada una de las clínicas, a través de una entrevista estructurada y una lista de chequeo, 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.

Esta información se obtuvo a través de la aplicación de las encuestas al personal de la clínica y se utilizó como evidencia la revisión de 15 a 20 en promedio de expedientes por clínica, por lo que esta información deberá ser valorada de acuerdo a cómo se obtuvo.

RESULTADOS

Se incluyeron todos los establecimientos del Ministerio de Salud/ 20 Clínicas de Atención Integral en VIH.

Se cotejó la información tabulada de las clínicas con el Sistema del SUMEVE. Nótese que después de cotejar ambos datos, debido a algunas inconsistencias con la base oficial del SUMEVE, se limpió la base de datos para la formulación de los pilares de la cascada de atención y obtener un dato certero. En total se obtuvieron 15,792 casos diagnosticados y vivos a diciembre 2013 y se utilizó este dato para establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, en El Salvador.

Tabla No. 2 Total de casos diagnosticados y vivos (SUMEVE) El Salvador 2013.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIÓN DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENÉNDEZ, AHUACHAPÁN	304
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	1003
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE	923
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	1184
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ, CHALATENANGO	178
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	1344
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL	1453
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	489
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	400
HOSPITAL NACIONAL DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	796
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	196
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	107
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	224
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE	225
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO, USULUTÁN	204
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS, SAN MIGUEL	754
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN	67
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	102
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑO BENJAMIN BLOOM	333
HOSPITAL DE MATERNIDAD	109
OTROS ESTABLECIMIENTOS	5397
TOTAL	15792

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH. SUMEVE 2013.

Además, se incluyó el dato de “otros establecimientos” (5,397 casos) en los que se suman los casos VIH del Seguro Social; Sanidad Militar; ONGs que atienden PV y casos que aparecen en la base de datos del SUMEVE, como pacientes

que en algún momento estuvieron vinculados al sistema de salud pero no se les dio seguimiento por razones de migración, abandono, mortalidad, entre otros. Como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 3 Total de casos que no están integrados a las clínicas de atención integral pero que otros servicios los han diagnosticado y que se vincularon alguna vez

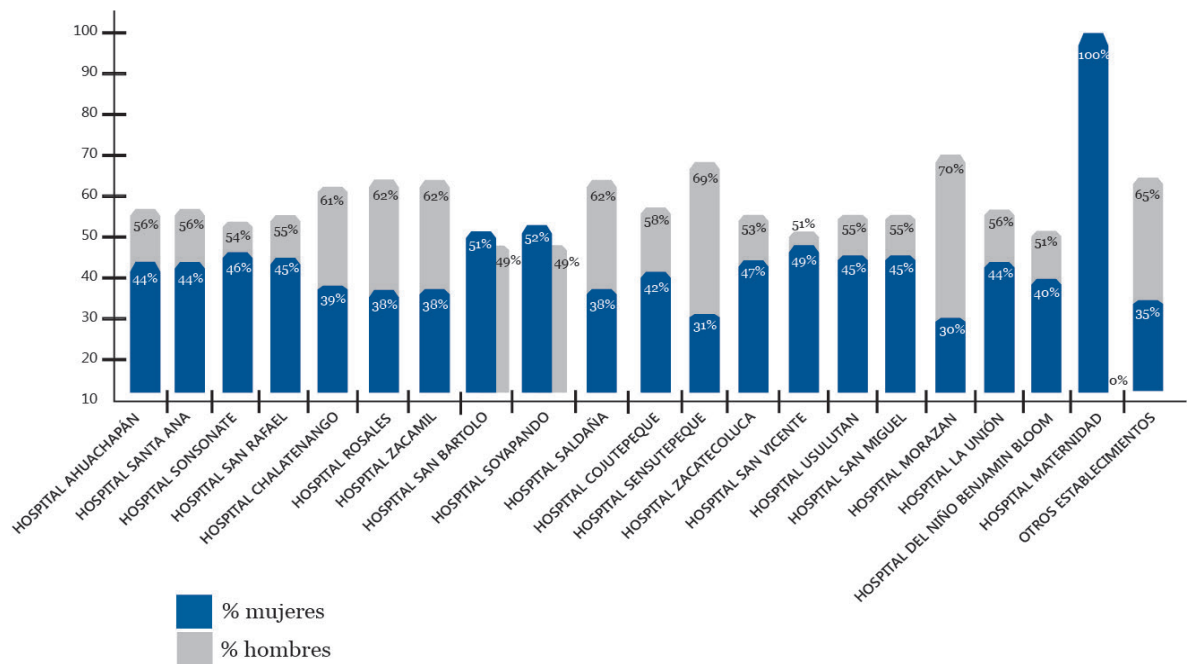
Establecimiento	Casos DX	Vinculados	Retenidos Se mantiene en CAI	% de vinculación
Hospitales con TAR	1865	360	1	19%
Otros Hospitales /MINSAL	190	28	0	15%
Móviles (2)	180	16	0	9%
APS / MINSAL	1160	215	0	19%
ISSS	1155	21	0	2%
ONGS	249	31	0	12%
No tienen registro	598	524	3	88%
Total general	5397	1195	4	22%

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH. SUMEVE 2013.

En cuanto a la distribución por sexo de los PV, que se incluyeron en el estudio, fue evidente que es a

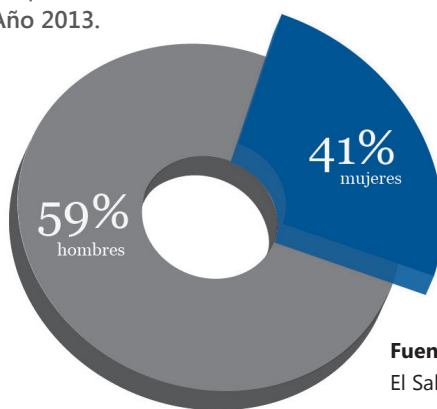
predominio del sexo masculino tanto en el dato global como el obtenido por CAI.

Gráfica No. 1 Distribución porcentual de las PV atendidos por clínica de atención según sexo. El Salvador. Año 2013.



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2013

Gráfica No. 2 Distribución porcentual por sexo, del total de las PV atendidas en las CAI. El Salvador. Año 2013.



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2013

OBJETIVO NO.1

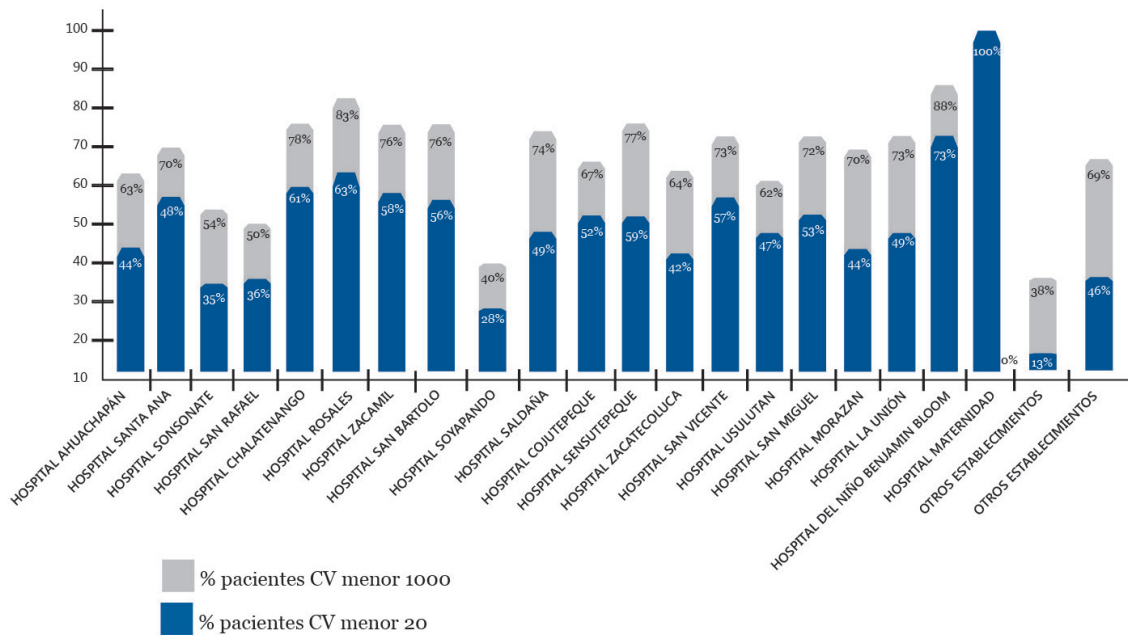
Tabla No. 4 Datos de PV en TAR e indicadores de CV. El Salvador 2013

Nombre del CAI	Pacientes Ligados a Cuidado	Pacientes Retenidos	Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	% de pacientes con ARV 2013 MSPAS	Pacientes CV menor 1000	Pacientes CV menor 20	% Pacientes CV menor 1000	% Pacientes CV menor 20
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENÉNDEZ, AHUACHAPÁN	295	219	205	94%	129	90	63%	44%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	988	831	788	95%	594	426	75%	54%
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE	873	688	633	92%	415	299	66%	47%
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	1114	838	793	95%	397	285	50%	36%
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ, CHALATENANGO	172	139	129	93%	100	79	78%	61%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	1304	1013	966	95%	802	607	83%	63%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL	1401	1094	955	87%	724	550	76%	58%
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	468	372	336	90%	254	189	76%	56%

Nombre del CAI	Pacientes Ligados a Cuidado	Pacientes Retenidos	Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	% de pacientes con ARV 2013 MSPAS	Pacientes CV menor 1000	Pacientes CV menor 20	% Pacientes CV menor 1000	% Pacientes CV menor 20
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	382	284	264	93%	106	74	40%	28%
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	189	161	137	85%	92	71	67%	52%
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	104	92	79	86%	61	47	77%	59%
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	213	170	140	82%	90	59	64%	42%
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE	217	193	178	92%	130	102	73%	57%
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO, USULUTÁN	200	173	152	88%	94	71	62%	47%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS, SAN MIGUEL	722	571	485	85%	349	259	72%	53%
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN	61	45	43	96%	30	19	70%	44%
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	100	84	79	94%	58	39	73%	49%
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑO BENJAMIN BLOOM	328	304	295	97%	259	215	88	73%
HOSPITAL DE MATERNIDAD	100	28	7	25%	7	0	100%	0%
OTROS ESTABLECIMIENTOS	1195	12	8	67%	3	1	38%	13%
TOTAL	11180	7873	7196	91%	5080	3738	70%	47%

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH. SUMEVE 2013.

Gráfica No. 3 Resultado de porcentaje de pacientes en terapia antirretroviral con cargas virales menores a 1000 y 20 copias por ml, por Clínicas de Atención Integral en VIH, El Salvador 2013.



Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de vigilancia de la Salud, diciembre 2013

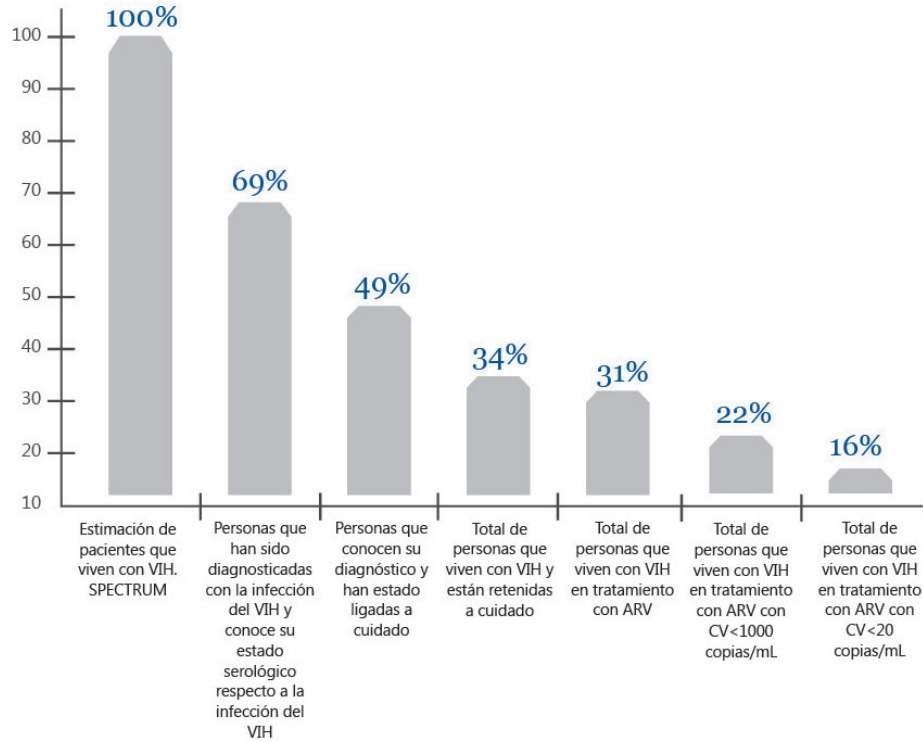
OBJETIVO NO.2

Tabla No. 5 Número y porcentaje de resultado de pilares de cascada de servicios de atención en VIH, estimación, ligados y retenidos en centros de atención integral, en TAR y con supresión viral menor a 1000 y 20 copias por ml, El Salvador 2013.

Indicador	Valor	% sobre estimado
Estimación de pacientes que viven con VIH. SPECTRUM	23,000	100%
Personas que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH	15,792	69%
Personas que conocen su diagnóstico y han estado ligadas a cuidado	11,180	49%
Total de personas que viven con VIH y están retenidas a cuidado	7,873	34%
Total de personas con VIH en tratamiento con ARV	7,196	31%
Personas con VIH en tratamiento con ARV con CV menor 1000 copias / ml	5,080	22%
Personas con VIH en tratamiento con ARV con CV menor a 20 copias / ml	3,738	16%

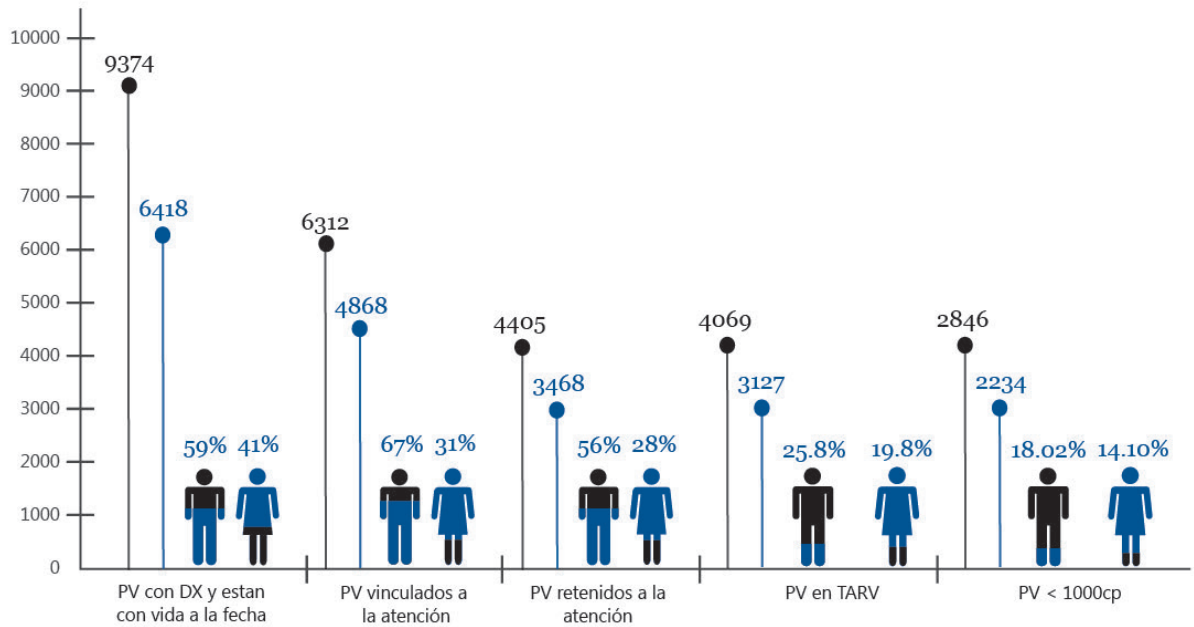
Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de vigilancia de la Salud, diciembre 2013

Gráfica No. 4 Resultados de Cascada del Continuo de Atención en VIH, El Salvador 2013.



Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de vigilancia de la Salud, diciembre 2013

Gráfica No. 5 Resultado de Cascada del Continuo de Atención en VIH por sexo pilares 2 al 6, El Salvador 2013



Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de vigilancia de la Salud, diciembre 2013

Descripción de los datos obtenidos en la construcción de la Cascada del Continuo 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: 23,000 personas.**

- **Pilar No.2:** Número de PV que conocen su diagnóstico de VIH/Sida a diciembre del 2013. División de Vigilancia Sanitaria.

o **Total: 15, 792 personas**

o Porcentaje: $15,792/23,000 = 68.6\%$

- **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

o **Total = 11,180 personas**

o Porcentaje: $11,180/23,000 = 48.6\%$

- **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 **Total = 7,873 personas**

o Porcentaje: $7873/23000 = 34.2\%$

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

o **Total= 7196 personas**

o Porcentaje: $7196/23000 = 31.2\%$

- **Pilar No.6:** Número de PV con carga viral suprimida <1000 copias/ml
- **Número de PV con Carga viral <1000 copias/ml**

o **Total : 5080 con CV <1000 copias/ml**

o Porcentaje: $5080/23000 = 22\%$

OBJETIVO NO.3

Para las entrevistas de Calidad de Atención se incluyeron y visitaron ÚNICAMENTE 17 establecimientos de salud del MINSAL. Se excluyeron el Hospital de Maternidad, Hospital de Niños Benjamín Bloom y Hospital de la Unión. Además de la revisión de 15 a 20 expedientes en promedio por clínica para evidenciar información.

En la tabulación de datos los números corresponden a los hospitales en el siguiente orden:

1. Hospital Nacional Francisco Menéndez, Ahuachapán
2. Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana
3. Hospital Nacional Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate
4. Hospital Nacional San Rafael, Nueva San Salvador
5. Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango
6. Hospital Nacional Rosales, San Salvador
7. Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil
8. Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal Najarro, San Bartolo
9. Hospital Nacional Dr. José Molina Martínez, Soyapango
10. Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña
11. Hospital Nacional de Cojutepeque
12. Hospital Nacional de Sensuntepeque
13. Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca

14. Hospital Nacional Santa Gertrudis,
San Vicente
15. Hospital Nacional San Pedro de Usulután

16. Hospital Nacional San Jua de Dios,
San Miguel
17. Hospital Nacional San Francisco Gotera,
Morazán

Tabla No. 6 Lista de chequeo de la calidad de la atención y servicios disponibles en las clínicas de atención de El Salvador, Año 2013 (n = 17)

Servicios / requisitos de la CAI	Número de CAIs que brindan servicio	Porcentaje
TMP/ SMX para PCP	17	100%
Retención en el cuidado: Al menos 2 visitas en el último año	16	94%
Detección basal de Hepatitis B	16	94%
Prescripción de TAR según Protocolo Nacional	16	94%
Dos controles de CD4 x año	16	94%
Detección anual de Sífilis	17	100%
Carga viral 2 veces al año	16	94%
Detección anual de Ca Cérvix Papanicolau	10	59%
Búsqueda activa TB: Anual	17	100%
Detección basal de Hepatitis C	17	100%
Administración anual de vacuna anti-influenza	0	0%
Profilaxis para TB con Isoniacida	17	100%
Detección basal de Gonorrea/Chlamydia	0	0%
Investigación anual de abuso de sustancias	0	100%
Administración de vacuna Hepatitis B	4	24%
Administración de vacuna contra Neumococo	5	29%
Test basal de Chagas	8	47%

En esta tabla se observa que los criterios presentes en la mayoría de las CAI fue la provisión de TMP-SMX para profilaxis de PCP y la retención en el cuidado; lo cual se verificó en los expedientes revisados en los libros de registro y libretas de citas, la detección de Hepatitis B basal y la prescripción de TAR según Protocolo Nacional. Los criterios con menor cumplimiento fueron la administración de vacunas para Hepatitis B, Influenza y Neumococo,

dado que estas se administran únicamente durante campañas nacionales y se verifican en las CAI a través de carne de vacunación. En menores porcentajes la investigación de abuso de sustancias, la detección basal de Gonorrea/Chlamydia y el test de Chagas basal. En el país no existe una forma estandarizada y específica para investigar abuso de sustancias o eventos adversos, factores fundamentales para determinar adherencia al tratamiento.

Tabla No. 7 Actividades y gestión en las clínicas de atención de El Salvador, Año 2013 (n = 17)

Actividades de gestión	Número de CAIs que brindan servicio	Porcentaje
TMP/ SMX para PCP	17	100%
Provisión de TAR de segunda línea	16	94%
Provisión de TAR de tercera línea	6	Son el 100% de las clínicas que tiene pacientes que necesitan tercera línea de tratamiento
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR	8	47%
Conteo de tabletas como método de evaluación de la adherencia	14	82%
Evaluación psicológica basal	16	94%
Disponibilidad de medicamentos para infecciones oportunistas	17	100%
Servicio de visitas domiciliarias	12	71%
Disponibilidad de medicamentos para infecciones de transmisión sexual	17	100%
Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos	0	0%
Evaluación nutricional basal	4	24%
Realiza servicio de apoyo comunitario	17	100%
Evaluación socio-económica basal	2	12%
Desabastecimiento controlado de TAR*	2	12%
Provisión de preservativos (condones)	17	100%
Encuesta estructurada como método de evaluación de la adherencia	0	0%
Test basal de Chagas	3	18%

Según esta tabla, las actividades de gestión que se cumplieron en todas las CAI fueron la provisión de TAR primera y segunda línea; la provisión de condones tanto masculinos como femeninos; apoyo comunitario y medicamentos para IO. El abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR estuvo presente solo en ocho clínicas y el conteo de tabletas para evaluar la adherencia estuvo presente en 14 de 17 CAI. Las actividades de gestión con

menor cumplimiento fueron la realización de encuesta estructurada para evaluar la adherencia (18%) y la provisión de TAR de tercera línea, pero porque no ha habido necesidad de iniciar este esquema en la mayoría de ellas. Los servicios de visitas domiciliarias aparecen solo en 12 de las clínicas puesto que su implementación se ha visto afectada por los problemas sociales que atraviesa el país.

Tabla No. 8 Personal de salud que atiende las clínicas de atención de El Salvador, Año 2013 (n = 17)

Personal en la UA	Número de CAIs	Porcentaje	17# de CAIs con Personal 8 hrs contrato	% de CAIs con personal 8 hrs contrato	Mediana de horas de trabajo	Rango
Médicos otras especialidades (Ginecología, Pediatría, Cirugía, etc.)	17	100%	0	0%	2	1 a <4
Médicos internistas	17	100%	6	35.29%	5	4 a ≤8
Enfermeras profesionales	17	100%	6	35.29%	5	4 a ≤8
Psicólogos	17	100%	6	35.29%	5	4 a ≤8
Personal técnico/ Promotor de Salud	17	100%	17	100%	8	8
Trabajadores sociales	17	100%	0	0%	2	4 a ≤8
Nutricionistas	17	100%	0	0%	2	4 a ≤8
Farmacéuticos	17	100%	6	35.29%	5	4 a ≤8
Químicos Biólogos	17	100%	6	0%	1	4 a ≤8
Digitadores	17	100%	17	100%	8	8

Es importante mencionar que esta tabla muestra el personal de salud con su media y rango de horas contratadas. Asistiendo una hora por día hasta los que están contratados las ocho horas exclusivas para la CAI.

Sólo seis clínicas cuentan con equipo multidisciplinario completo, el resto comparten funciones del hospital general.

Tabla No. 9 Promedio de pacientes atendidos por médico en las clínicas de atención de El Salvador, Año 2013 (n = 17)

Promedio de pacientes por médico	Número de CAIs	Porcentaje en base a total de CAIs	Número de CAIs que presentan adherencia ≥ al 85% , carga viral < 1000cp
Entre 1 a 100	2	12%	1*
Entre 101 a 300	8	47%	0
Entre 301 a 500	3	18%	1**
Mayor a 500	7	41%	0

* Hospital de Maternidad y **Hospital de Niños Benjamin Bloom

Tabla No. 10 Hallazgos sobresalientes en el trabajo de campo y recomendaciones a las CAI

CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENÉNDEZ, AHUACHAPÁN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La clínica se encuentra junto con la consulta externa del hospital. Se comparten los cubículos de atención médica antes y después de las de VIH. • El espacio es adecuado para archivar los expedientes actuales. Se encuentran en un mismo archivero por orden alfabético. Los más antiguos se ven dañados. • La copia del resultado de la carga viral y CD4 se encuentra en el expediente. 	<p>Apoyar a la CAI con folder, fastener para el cambio de ellos en los expedientes más antiguos.</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La clínica se encuentra en un área específica del hospital, con sus propios cubículos de consulta. Equipado. Farmacia dentro del mismo espacio físico. • Los expedientes se encuentran con folder en buen estado, clasificados por orden alfabético. En varios archiveros rotulados. • Libros de control actualizados y ordenados, cada persona del equipo multidisciplinario lleva papelería de control, listas de consulta, faltistas, retiros de medicamentos, visitas domiciliarias e informes mensuales. • La copia del resultado de carga viral y CD4 se encuentran dentro del expediente. • En el expediente se evidencia las hojas de seguimiento de acuerdo a las diversas áreas por donde pasa el paciente. 	<p>Apoyar a la CAI a crear su propia base de datos electrónica, puesto que llevan los controles de casos en libros que han llenado manualmente.</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La clínica ubicada en un área específica, moderadamente espaciosa, cubículos para la consulta. Farmacia dentro de la clínica. • Los expedientes se encuentran en diferentes archiveros es decir activos, abandonos, fallecidos institucionales. • Algunos expedientes presentaban hojas sueltas con la documentación pero no en orden cronológico. • Algunos expedientes refieren que no se les realizó carga viral ni CD4 porque no había reactivo y aparece reprogramación de citas. • Se evidencia interconsultas con otras áreas, pero no basales. 	<p>Asegurarse de dejar colocadas todas las hojas dentro del expediente, sostenidas por fastener. Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta este año la CAI cuenta con un área específica dentro del hospital. Con cubículos y espacios específicos. Sin embargo sigue siendo reducido para la cantidad de personas que se mueven en ese espacio. • Los expedientes se encuentran en folder, muy pocos están en mal estado, si tienen fastener y la papelería aparece en orden cronológico. • El expediente no cuenta con un resumen de resultados de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita. Sin embargo, las copias de resultados de carga viral y CD4 si se encuentran pegados en orden cronológico. 	<p>Contribuir con la CAI para que cuente con nuevos folders para reemplazar los dañados. Depuración de expedientes presentes en los archiveros</p>

CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ, CHALATENANGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Área específica del hospital, amueblado, y con área para impartir charlas educativas. • Los expedientes se encuentran en archiveros en el área de enfermería. Cada expediente con folder en buen estado, con fastener y toda la papelería se encuentra en orden cronológico. • La copia del resultado de carga viral y CD4 se encuentra dentro del expediente. • Los expedientes de pacientes en abandono, traslado y faltistas se encuentran en el mismo lugar pero debidamente rotulados. 	<p>Dotar de un archivero para que guarden expedientes de los no activos.</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La CAI con mayor número de PVs a nivel nacional y la más antigua. Este año se reubica dentro del hospital. • Expedientes sumamente deteriorados, mientras más antiguo más maltratado. • Los archiveros son insuficientes para la cantidad de expedientes. • Los expedientes se encuentran en orden alfabético, pero no está depurado. • Hojas sueltas con información importante. Reportes de CV y CD4 no en todos los expedientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la CAI con folders, fastener y material para rotular. • Ordenar y depurar los expedientes • Rotular para identificar donde se encuentran los abandonos, traslados y fallecidos. • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita. • Asegurar que todas las hojas estén sujetas en el expediente.
<p>HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Área específica del hospital, equipado • Los expedientes se encuentran con folder en buen estado, con fastener y toda la papelería se encuentra en orden cronológico totalmente depurado y actualizado. • Cuentan con archiveros específicos para activos, faltistas, fallecidos o traslados. • La copia del resultado de carga viral, CD4 y esquema antirretroviral se encuentra dentro del expediente. 	<p>Realizar monitoreo trimestral para verificar que se siga manteniendo el archivo en buen estado.</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La clínica está ubicada dentro de la consulta externa del hospital. Áreas y cubículos compartidos con otras especialidades. Espacio reducido. • Algunos expedientes se encuentran con folder en mal estado, con fastener pero no depurados. • La copia del resultado de carga viral se encuentra dentro del expediente, pero no tan fácil de ubicar. • Los expedientes de pacientes en abandono, traslado y fallecidos no se encuentran aparte • Se observa el esquema de tratamiento pero no en forma de resumen, sino cuando hay cambio de medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda apoyar con folders, fastener y material de rotulación para cambio. • Clasificar aparte aquellos pacientes en abandono, fallecidos, traslados o faltistas. • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO

- CAI en la consulta externa del hospital. Sólo un cubículo asignado para la atención y por horas. Espacio reducido.
- Los expedientes de la CAI se encuentran en el archivo de la consulta externa del hospital.
- Los expedientes tienen folder, pero no todos en buen estado, algunas hojas engrapadas.
- Se revisaron los expedientes que estaban listos para pasar consulta ese día.
- Los resultados de carga viral y CD4 no siempre se encuentra en el expediente.
- No hay esquemas de tratamientos en cada cita.

- Se recomienda que la CAI tenga a la mano sus propios expedientes.
- Colocar toda la papelería en folder y con fastener en buen estado. Apoyar con el material necesario.
- Ordenar todo el expediente en orden cronológico.
- Asegurar colocar copia del resultado de carga viral en cada expediente.
- Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

HOSPITAL NACIONAL DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA

- Área específica del hospital, adecuadamente espaciosa. Con tecnología actual para videos educativos y audio.
- La mayoría de expedientes se encuentran con folder en buen estado, con fastener y toda la papelería se encuentra en orden alfabético pero falta depurarlos.
- La copia del resultado de carga viral se encuentra dentro del expediente.
- Los expedientes de pacientes en abandono, traslado y fallecidos se encuentran aparte y debidamente rotulados.

- Realizar depuración del archivero y expedientes.
- Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE

- Se evidencia que los expedientes cuentan con el esquema antirretroviral según año de inicio
- Los expedientes están en el archivo de la CAI y es fácil el acceso a ellos, pero solo tienen un archivero.
- En cada expediente se encuentra el informe de resultado de carga viral que envía el laboratorio.
- Los expedientes se encuentran en buen estado, la papelería en orden cronológico y alfabético y con fastener.

- Gestionar un archivero más acorde para archivar la cantidad actual de expedientes.
- Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE

- El archivo es propio de la CAI.
- Expedientes con folders en buen estado, clasificados y depurados a la fecha.
- En ellos se encuentra el reporte de resultados de CV y CD4 pegados en hojas papel bond, y correlativos.
- Libros con listados de faltistas, visitas domiciliarias reportadas.

- Realizar monitoreo trimestral para verificar que se siga manteniendo el archivo en buen estado.
- Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA

- CAI en la consulta externa del hospital. Para las consultas con otra área se tienen que desplazar a otro cubículo dentro de la consulta externa. Espacio reducido
- Archivo específico pero dentro de los archivos generales

- Ordenar, además realizar depuración y actualización de archivo de abandonos, fallecidos y traslados.
- Mejorar el espacio físico donde está ubicado el archivo. De ser posible que sea cerca de la consulta.

CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	<ul style="list-style-type: none"> • Los expedientes difíciles de obtener • Los expedientes están ordenados por año de inicio y alfabético. • No todos en buen estado y con hojas sueltas. Tienen una base de datos novedosa y actualizada con la información que se requiere para el seguimiento de un paciente. • El archivero no se encuentra actualizado la depuración de abandonos, fallecidos y traslados. • La mayoría tienen 2 resultados de CV y CD4 anual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE	<ul style="list-style-type: none"> • CAI ubicada dentro de la consulta externa, cubículos compartidos con espacios reducidos en la sala de espera. • Expedientes en archivero específico en el área de enfermería y promotor de la salud. • La mayoría en estado no adecuado, folders deteriorados. • Expedientes ordenados por alfabeto, pero no depurados. • No es fácil ubicar los últimos datos de CV y CD4 de los pacientes. • No hay esquemas de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar toda la papelería en folder y con fastener en buen estado. Apoyar con el material necesario. • Ordenar todo el expediente en orden cronológico. • Asegurar colocar copia del resultado de carga viral y CD4 en cada expediente visible • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO, USULUTÁN	<ul style="list-style-type: none"> • CAI en área específica del hospital, sin embargo espacios sumamente reducido, cubículos sin puertas. El área de enfermería y archivo fuera de la sala de atención. • Archivero ordenado y con su adecuada rotulación. • Expedientes en buen estado, ordenados por alfabeto y depurados. • Expedientes con resultados de CV y CD4 pegados en orden cronológico, fácil de ubicar en el historial. • No hay resumen de terapia antirretroviral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita. • Realizar monitoreo trimestral para verificar que se siga manteniendo el archivo en buen estado
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS, SAN MIGUEL	<ul style="list-style-type: none"> • CAI en área específica del hospital, equipada • Archivero específico de la CAI ubicado cercano al área de enfermería. Adecuado para cantidad de expedientes. • Expedientes ordenados cronológicamente • Hojas de interconsultas adecuadamente colocadas. • Reportes de CD4 y CV pegados en orden cronológico. • En algunos se observa esquema de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita. • Realizar monitoreo trimestral para verificar que se siga manteniendo el archivo en buen estado
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN	<ul style="list-style-type: none"> • CAI ubicada en un cubículo de la consulta externa, en el mismo que se encuentra la digitadora. No hay área específica de enfermería, ni otro apoyo multidisciplinario cerca de dicho cubículo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que la CAI tenga a la mano sus propios expedientes. • Colocar toda la papelería en folder y con fastener en buen estado. Apoyar con el material necesario.

HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN

- Expedientes no actualizados ni depurados.
- Expedientes con su folder en buen estado, pero viejos.
- No hay reportes de CV y CD4 en todos los expedientes, en algunos solo se encontró un reporte.
- No esquemas de tratamiento.

- Ordenar todo el expediente en orden cronológico.
- Asegurar colocar copia del resultado de carga viral y CD4 en cada expediente.
- Realizar CV y CD4 dos veces por año tal como lo indica el protocolo.
- Implementar una hoja de resumen de CD4, carga viral y esquema antirretroviral de cada cita.

DISCUSIÓN {Datos estadísticos}

1. De los resultados más sobresalientes podemos mencionar que tal y como lo indican los datos estadísticos nacionales y regionales, el sexo masculino sigue siendo el de mayor proporción con la infección de VIH. A nivel nacional se está reportando un 59% casos del sexo masculino y la tendencia de atención en cada una de las clínicas es similar.
2. Con respecto al número de pacientes diagnosticados a la fecha, un 68.6% conocen su diagnóstico con respecto a lo proyectado para El Salvador, lo cual indica que estarían a 21 puntos porcentuales para lograr la meta para el 2020 que es del 90%. Dato porcentual que fue registrado en el SUMEVE a través de las fichas FVIH05 y FVIH01.
3. El pilar dos, al que corresponde este porcentaje, fue uno de los que más dificultades presentó para su elaboración dado que en el país no existe una forma sistematizada de reportar la mortalidad por VIH, sobre todo si se habla de muerte NO institucional.
4. Para los pilares tres y cuatro se facilitó su construcción ya que la base de datos generó resultados incluyentes y sin posibilidad de duplicidad de datos. El 48.6% y 34.2% correspondiente a los PV vinculados y retenidos en los servicios de atención integral constituyen un dato fidedigno y confiable.
5. El pilar cinco arrojó que 7,196 PV (31.2%) están actualmente en TAR, dato que nos coloca muy por debajo de la meta para el 2020. Sin embargo, si lo analizamos clínica por clínica, la mayoría reporta que de sus pacientes retenidos en promedio el 80-90% está con tratamiento.
6. Sumados los indetectables con los que reportan una carga viral <20 copias/ml representan el 47%; y los de <1000 copias un 71% datos que reflejan efectividad del tratamiento antirretroviral. Sin embargo es importante buscar las estrategias que mejoren este porcentaje.
7. Así es como se determina que de los pilares dos y tres existen brechas en el tema de seguimiento y enlace a las clínicas de atención integral, por eso el cuadro realizado por cada clínica tiene el desglose completo con la intención de realizar el diálogo, no solo con ellos, si no con sus redes.

Entrevistas de calidad Clínicas de Atención Integral para VIH

*EN CUANTO A CALIDAD Y GESTIÓN

1. El 100% de las clínicas cuentan con provisión de ARV de primera y segunda línea.
2. El 35% (6 CAI) provee al momento ARV de tercera línea.
3. 100% cuentan con provisión de condones tanto masculinos como femeninos.
4. En el 88% de las CAI no refieren desabastecimiento controlado de ARV, ni ruptura de stock de ARV en los últimos 12 meses.
5. En el 12% (2) de las CAI refiere a desabastecimiento de algún ARV, lo que obligó a fraccionar la entrega por un período de 15 a 30 días.
6. En el 100% de CAI se realiza abordaje por inicio de TAR por las siguientes dependencias: medicina, enfermería, farmacia y promotor de salud.
7. En el 18% de las CAI se realiza abordaje con encuesta estructurada como método de adherencia. Únicamente las 3 clínicas que están realizando Pilotaje de Adherencia, con asistencia técnica de Chicatelli.
8. En el 82% de las CAI se realiza conteo de pastillas por parte del promotor de salud o el farmacéutico como vigilancia de adherencia. Sin embargo, no existe un proceso sistemático como evidencia.
9. La historia clínica sirve en el 100% de las clínicas para detectar eventos adversos, adicción a drogas o alcohol.

10. En El Salvador, las clínicas de TAR no cuentan con pruebas de tamizaje para Gonorrea/Chlamydia ni otras ITS. Si hacen el tamizaje basal para hepatitis B y C.

11. La vacunación en las PV no está adecuadamente consignada en los expedientes o no se realiza, en especial para Hepatitis B, Neumococo e Influenza, puesto que solo se realizan en campañas nacionales o locales.

*EN CUANTO A RECURSOS HUMANOS

1. De 17 clínicas de atención, únicamente cuatro (21%) cuentan con un equipo multidisciplinario básico exclusivo contratado para la clínica (médico, personal de enfermería, promotor, trabajo social y psicología).
2. El resto 15 (79%) el recurso de salud es compartido con otras dependencias de la atención tales como: medicina interna e infectología. Algunos de ellos solo están por horas entre un rango de mínimo de 2 horas a máximo 4 de horas).
3. Nutrición realiza interconsultas cuando el PV es referido por Médico de la clínica para evaluación. Esta consulta se realiza, por lo general para inicio de TAR, si el médico tratante lo considera necesario.
4. Cuando PV iniciará tratamiento antirretroviral sus evaluaciones las realiza: enfermería, medicina, promotor, psicología.
5. Personal de laboratorio (química sanguínea para CD4 y CV) toma muestras de exámenes para laboratorios una vez por semana y por un promedio de una hora. Cada hospital tiene día asignado.

6. Para Noviembre del 2014, una clínica empezará a procesar los exámenes de CD4 y CV (Hospital de San Miguel <hospital de referencia>).
7. Únicamente cinco médicos coordinadores de CAI han sido capacitados en protocolo de atención a personas viviendo con VIH. Esta capacitación ocurrió hace seis meses aproximadamente.
8. Se encontró que en el 82% de las clínicas (14) hubo disponibilidad de medicamentos para IO e ITS. En el resto (3), desde principios de año no hay en stock Fluconazole e Itraconazole.
9. En la mayoría de CAI la visita domiciliar depende de la accesibilidad a los municipios o zonas, puesto que el factor social «violencia» es determinante. De todas las clínicas visitadas al menos siete (38%) han disminuido las visitas o ya no las realizan.
10. De las 17 CAI visitadas, únicamente en tres (17%) han logrado gestión de transporte y telefonía para contactar a las personas con VIH en control que no asisten a sus citas programadas. Solo una CAI ha logrado viáticos para su promotor de salud mientras realiza la visita domiciliar.
11. Un total de 15 CAI sostienen las visitas domiciliarias, contactos telefónicos, gastos de grupos de apoyo con sus propios recursos económicos.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de adherencia global en El Salvador según carga viral <20 copias /ml es de un 47%, mientras que según carga viral <1000 copias/ml es de 71%, con variabilidad entre las clínicas de las diferentes regiones del país.
2. Entre las clínicas evaluadas, Soyapango presenta el menor porcentaje de adherencia entre las PV atendidas en la clínica con un 40% carga viral <1000 copias/ml. Hay dos hospitales que alcanzan más del 85% de adherencia: Hospital de Maternidad con el 100% de adherencia y Hospital de Niños Benjamín Bloom con el 87%.
3. Dificultad para vincular algún centro de salud a 5,397 casos VIH, que la base de datos del SUMEVE reporta como diagnosticados pero no se les dio seguimiento, por lo que se supone que son personas que han fallecido, que han migrado o simplemente no siguieron dentro del sistema de salud.
4. De las clínicas visitadas, únicamente el 41% (siete de 17) cuentan con su propio espacio dentro de los hospitales para archivo de expedientes. Además, los expedientes están en buenas condiciones y reflejan el seguimiento de los pacientes, resultados de exámenes e interconsultas ordenadas, archiveros rotulados, depurados y actualizados.
5. La detección de Ca de Cérnix no se realiza de manera constante en todas las clínicas.
6. En la mayoría de clínicas cumplen con la prescripción de ARV de primera y segunda línea. Solo seis CAI han iniciado la terapia de tercera línea; sin embargo, las 20 CAI lo pueden proveer.

7. En la mayoría de las clínicas se cumple con la evaluación de enfermería, médico, promotor de salud, psicología y farmacia; no así, la evaluación nutricional y socioeconómica.
8. En términos generales no se utiliza una encuesta estructura para medir adherencia.
9. La notificación de efectos adversos de TARV se realiza de manera rutinaria por parte del personal de las CAIs, pero su notificación al Programa Nacional de ITS/VIH/sida no es constante ni sistemática.

Una vez se hace el desglose de los datos para incluir el tema de género en este estudio, se puede concluir que existe un porcentaje mayor de hombres que está en control (56% contra un 28% de mujeres); recibiendo tratamiento antirretroviral (25% contra un 19% de mujeres) e incluso con cargas virales menores de 20 y menores de 1000. El sexo masculino tiene dos puntos porcentuales más que el femenino.

LIMITACIONES

1. Dificultad en obtener una base de datos depurada con información de mortalidad actualizada, puesto que durante años pasados no existía método estandarizado de sistematización de la mortalidad, además de falta de reporte de las muertes NO institucionales.
2. Para la construcción del pilar dos se depuró la base de datos tomando en cuenta las modalidades de registrar mortalidad por VIH.
3. No en todas las CAI existía un proceso estandarizado para cuantificar los pacientes sin terapia antirretroviral bajo su cuidado y atención en un momento determinado; por lo que, el dato se obtuvo del SUMEVE.
4. Ausencia de una base de datos electrónica en algunas de las CAI, que permita consolidar y obtener la información necesaria y estandarizada para construir la Cascada del Continuo de Atención no solo general, sino desagregada por sexo, edad y grupo de riesgo.
5. Se evidenciaron diversas metodologías para la recolección de información en las CAI. No hay una estandarización de los procesos de atención y medición de adherencia en el MINSAL e ISSS.
6. La depuración incompleta y no sistemática en las clínicas de aquellos pacientes que han fallecido.
7. Aún faltan procesos estandarizados para evidenciar los factores sociales determinantes para la adherencia al tratamiento en los PV.
8. No se han tomado en cuenta algunos eventos adversos como epidemias dentro de los factores externos que pudiesen afectar la adherencia al TAR.

RECOMENDACIONES

1. Estandarizar los procesos de atención bajo la mirada de la nueva Guía de Atención de VIH 2014.
2. Sistematizar procesos de adherencia con flexibilidad a determinantes especiales (Guía Estandarizada del Programa Nacional).
3. Capacitar y actualizar a los equipos multidisciplinarios en el uso y beneficios del SUMEVE.
4. Socializar en todas las CAI la base de datos que servirá para la construcción de la cascada y sus variables en futuras oportunidades.
5. Homogenizar procesos de recolección de datos y mantenerlas al día.
6. Fortalecer los equipos multidisciplinarios y las CAI con recursos humanos capacitados para brindar atención de calidad, ya que sólo cinco CAI cuentan con recurso contratado específicamente para esas clínicas.
7. Establecer que todas las personas con diagnósticos de VIH, aunque no requieran tratamiento, sean cuantificadas de manera eficiente en las clínicas de atención integral para su mejor control e identificar si hay brechas en el seguimiento y retención de los mismos y cuáles son sus causas.
8. Realizar revisiones periódicas con los coordinadores de las CAI para analizar datos y planificar intervenciones si no se están cumpliendo con los indicadores de adherencia. Garantizar desde el nivel central que la información de VIH sea reflejada oportunamente.
9. Debe mejorarse el acceso a una base de datos nacional con todas las PV, ya que en ocasiones los pacientes cambian de domicilio y es difícil obtener la información referente a la fecha de diagnóstico, sus tratamientos y comportamiento previo.
10. Implementar el uso de una entrevista estructurada 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 que no lo hacen.
11. Verificar que la inmunización a las PV tenga una adecuada cobertura, no solo durante campañas y consignarlo en el expediente.
12. Socializar los resultados de este estudio con todo el personal que labora en las clínicas y las autoridades del Ministerio de Salud, para elaborar las estrategias necesarios y cumplir las metas del 2020 de 90-90-90.
13. Incluir obligatoriamente a las RIIS en el trabajo en VIH y promoción de Adherencia.
14. Incluir dentro de los equipos multidisciplinarios a los digitadores de cada hospital, para que periódicamente reporte como está la alimentación de la base de datos en cuanto a las variables que constituyen la Cascada del Continuo de Atención.

OPORTUNIDADES DESPUÉS DEL ESTUDIO

1. Trabajo coordinado MINSAL/PNVIH con otras agencias que intervienen en la VIH y Adherencia, Fondo Mundial, Plan Internacional, GIZ y otras.
2. Apoyo efectivo y objetivo de ONGs de PV.
3. Efectividad en trabajo Intersectorial.
4. Apoyo Regional y Político (COMISCA).
5. Estandarización en medición de Adherencia.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

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

ASPECTOS ÉTICOS

Se considera que debido a 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.

RECONOCIMIENTOS

Al **Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de El Salvador**, en especial a la Dra. Ana Isabel Nieto, quien dio el aval y visto bueno para el desarrollo de este Estudio de Adherencia a nivel nacional.

Al **Dr. José Salvador Sorto**, técnico de M&E del Programa de ITS/VIH, quien colaboró de manera importante con todas las gestiones oficiales tanto dentro como fuera del MINSAL, para que se pudieran llevar a cabo todas las actividades de campo y dio seguimiento permanente al desarrollo de todo el Estudio de Adherencia.

Al **Ingeniero José Alejandro Hernández**, de la División de Vigilancia Sanitaria del MINSAL, técnico en Sistemas, quien manejo y elaboró la base de datos matriz -proveniente del SUMEVE-,

con las variables a incluirse dentro del estudio de Adherencia; así como, dio seguimiento y cotejo de las bases de datos de cada una de las CAI.

A la **Dra. Elizabeth Rodríguez**, Consultora Internacional de ITS/VIH de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), quien dio el apoyo técnico, logístico y seguimiento del levantamiento de información, sistematización y análisis de los datos durante todo el proceso del estudio.

Al **personal de las clínicas de atención integral** que fueron visitadas y que brindaron todo su apoyo para la obtención de los datos de la manera más fidedigna.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2011). Marco de acción del tratamiento 2.0: impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Programa VIH/SIDA. ONUSIDA. Ginebra, Suiza.
2. COMISCA. (2013). 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.
3. WHO. (2013). Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. London, Reino Unido.
4. OMS-OPS. (2014). Marco del Monitoreo del Continuo de la ATENCIÓN Integral al VIH. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.
5. Thompson, M.A., Mugavero, M.J., Amico, K.R., Cargill, V.A., Chang, L.W., Gross, R., et al. (2012). 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]. Jun 5 [cited 2014 Jun 8];156(11):817–33, W–284, W–285, W–286, W–287, W–288, W–289.
6. Michael A. Horberg, Judith A. Aberg, Laura W. Cheever, Philip Renner, Erin O'Brien Kaleba, and Steven M. Asch. (2010). Development of National and Multiagency HIV Care Quality Measures. *CID*: 51 (15 September), 732-738.
7. Aldana E, Mejía C, Chocó A. (2014). 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, Sacatepéquez, Guatemala.
8. Mejía C, Pinzon R, Romero M, Samayoa J, Boror E, González A, et al. (2014). Retention in care in patients receiving ART at Roosevelt Hospital (2001-2012). ECCMID, Barcelona.
9. Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social C. (2011). Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida. Guatemala.
11. Gardner, E.M., McLees, M.P., Steiner, J.F., del (2011). The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *CLIN INFECT DIS*. 52(6):793–800.

ANEXOS

ANEXO No. 1

LISTADO DE INDICACIONES PARA CONTRUIR LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DE VIH.

- 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)**.
- 1.2 Número de PV 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 PV: 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 PV **(tercer pilar de la cascada)**.
- 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)**.
- 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)**.
- 5.1 Número y porcentaje del total de PV con carga viral suprimida **(sexto pilar de la cascada)**.
- 5.2 Porcentaje de PV en TAR con carga viral suprimida **(sexto pilar de la cascada)**.

ANEXO No. 2

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA CONSTRUCCIÓN DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN EN 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).

Fundamento	<p>La infección por el VIH se ha convertido en un importante problema de salud pública y el seguimiento de la evolución de la epidemia y el impacto de las intervenciones es crucial. 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>
Lo que mide	<ul style="list-style-type: none">• Este indicador mide el valor estimado de personas con infección por el VIH que están vivas en un momento determinado.• 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.
Numerador	<p>El número estimado de personas con infección por el VIH que están vivos en un momento determinado, por ejemplo “en el 2012”.</p>
Denominador	<p>No aplica</p>
Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de proyección Spectrum1 ; en este caso, use los datos del programa localizados en:<ul style="list-style-type: none">. Para población total: Resultados> población total> población de VIH. Para población de 15 a 49 años: Resultados> Adultos (15 -49)> Población VIH (15-49). Para población de 15 a 49 años por sub-grupos (UDI, TS y HSH): Resultados> Adultos (15 -49)> Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).

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).

Desglose	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Grupo de edad: <15, ≥15• Sub-grupos poblacionales (UDI, HSH, TS)• Nivel de CD4
Puntos fuertes y débiles	<ul style="list-style-type: none">• 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 de número de personas infectadas por sexo, edad y sub-grupos poblacionales.• La calidad de estos cálculos está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos y la calidad y representatividad de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.
Utilización de los datos	<ul style="list-style-type: none">• 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.• El número estimado de PV 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.

1.2 Número de PV 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 PV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).

Fundamento	El conocimiento del estado serológico es un factor crítico en la decisión de buscar atención y tratamiento.
Lo que mide	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> • Población total: Número de personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el período de referencia (por ejemplo a diciembre de 2012). • Desagregación por subgrupos, por ejemplo HSH: Número de HSH que han sido diagnosticados y notificados con la infección del VIH y que siguen vivos. • TS: Número de TS que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos. • UDI: Número de UDI que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> • Población total: Número total estimado de personas viviendo con VIH • HSH: Número estimado de HSH viviendo con VIH • TS: Número estimado de TS viviendo con VIH • UDI: Número estimado de UDI viviendo con VIH.
Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como "fallecido" se excluyen del numerador. • 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.

1.2 Número de PV 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 PV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).

Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none">• 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> población total> población de VIH (para población total).• Para la población de 15 a 49 años: Resultados> Adultos (15 -49)> Población VIH (15-49)• Para la población de 15 a 49 años por sub-grupos (UDI, TS y HSH): Resultados> Adultos (15 -49)> Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).
Desglose	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Grupo de edad: <15, ≥15• Sub-grupos poblacionales (UDI, HSH, TS)• Embarazadas
Puntos fuertes y débiles	<ul style="list-style-type: none">• 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.• 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.• 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).
Utilización de los datos	<ul style="list-style-type: none">• Acompañar los progresos relacionados con la expansión de las actividades de testeo en la población general y en poblaciones clave.• Estimar la brecha de diagnóstico de personas con VIH en el país.• El numerador (personas diagnosticadas con VIH y que siguen vivas) corresponde a la segunda barra de la cascada del continuo de la atención.

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).

Fundamento

Con la expansión del diagnóstico y la ampliación de la red de atención al VIH, cada vez un mayor número de personas con VIH acceden a los servicios de atención y tratamiento. Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes diagnosticados para atención.

Lo que mide

Este indicador mide de forma transversal la proporción de personas que reciben servicios de atención al VIH (medida como si hubieran 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.

Numerador

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

Denominador

Número estimado de personas viviendo con VIH al año de análisis.

Método y herramientas de medición

- 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.
- Denominador: número de casos viviendo con VIH dentro de un período (cómputos de Spectrum).

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, ≥ 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 de salud, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención 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).

Fundamento	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.
Lo que mide	El progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente recibe tratamiento antirretroviral al final del período de notificación.
Denominador	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).

Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none">• Para el numerador: registros de tratamiento antirretroviral de centros sanitarios o sistemas de gestión de suministro de los fármacos.• Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.
Desglose	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Grupo de edad: 0-5, >5-14, ≥15
Puntos fuertes y débiles	<ul style="list-style-type: none">• 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.• El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretroviral, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado.• Este indicador referido al tratamiento ARV es el más comparable año con año ya que es independiente de las variaciones en criterios de inicio de tratamiento.

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).

Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none">• 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.• Denominador: modelos de estimación de PV, como Spectrum.
Desglose	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Grupo de edad: <15 años, ≥ 15 años
Puntos fuertes y débiles	Si el porcentaje de pacientes en atención a los que se les realiza medición de la CV es bajo (<70%), este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.
Otras consideraciones	<ul style="list-style-type: none">• Este es un indicador básico de la cascada del continuo de atención.• Hay varias pruebas de carga viral de VIH-1 disponibles en el mercado.• 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.

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

Fundamento	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
Lo que mide	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).
Numerador	Número de PPV en TAR al menos seis meses, con el último recuento de CV < 1000 copias durante el año de estudio.
Denominador	Número de PPV en TAR al menos durante 6 meses, con una CV realizada en el año de estudio.
Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Grupo de edad: <15 años, ≥ 15 años
Puntos fuertes y débiles	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 al menos tres veces en el año, la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral en el 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
Proceso de Cuidado			
Retención en el cuidado: Al menos 2 veces en el último año			
Dos controles de CD4 x año			
Tamizaje			
Gonorrea/Chlamydia (Basal)			
Sífilis (Anual)			
Abuso de sustancias			
Actividad sexual de riesgo			
Búsqueda activa TB			
Hepatitis B (basal)			
Hepatitis C (basal)			
Inmunizaciones			
Hepatitis B			
Influenza (anual)			
Neumococo			
Profilaxis			
TMP/ para PCP			
Prescripción ARV inicial			
Apropiada según Protocolo Nacional			
Control Viroológico			
Carga viral 2 veces al año			
Otros para Centroamérica			
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)

Año de inicio de la UA:

Número de PV cuidado:

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

ACTIVIDADES Y GESTION:	SI	NO
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

INFORME DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE DESARROLLO ESTUDIO ADHERENCIA. Seguimiento de las actividades del estudio de adherencia para la construcción de la Cascada del Continuo de Atención de VIH en El Salvador.

Lugar: OPS/OMS

Hora: 12:30 md a 5 pm

Participantes:

Dr. Salvador Sorto
Programa Nacional de VIH de El Salvador
Ing. Alejandro Hernández
Ministerio de Salud/ Dirección de Vigilancia de la Salud.
Dra. Larisa Centeno
Consultora USAID □ Proyecto Capacity Centroamérica
Dra. Elizabeth Rodríguez OPS/OMS- ELS

Objetivo: Seguimiento de las actividades del estudio de adherencia e indicación de nuevos recursos para la recolección de datos a partir del Sistema Único de Vigilancia y Monitoreo y Evaluación del VIH- Sida (SUMEVE). Revisión de los pilares con la base de datos del SUMEVE:

PILARES:

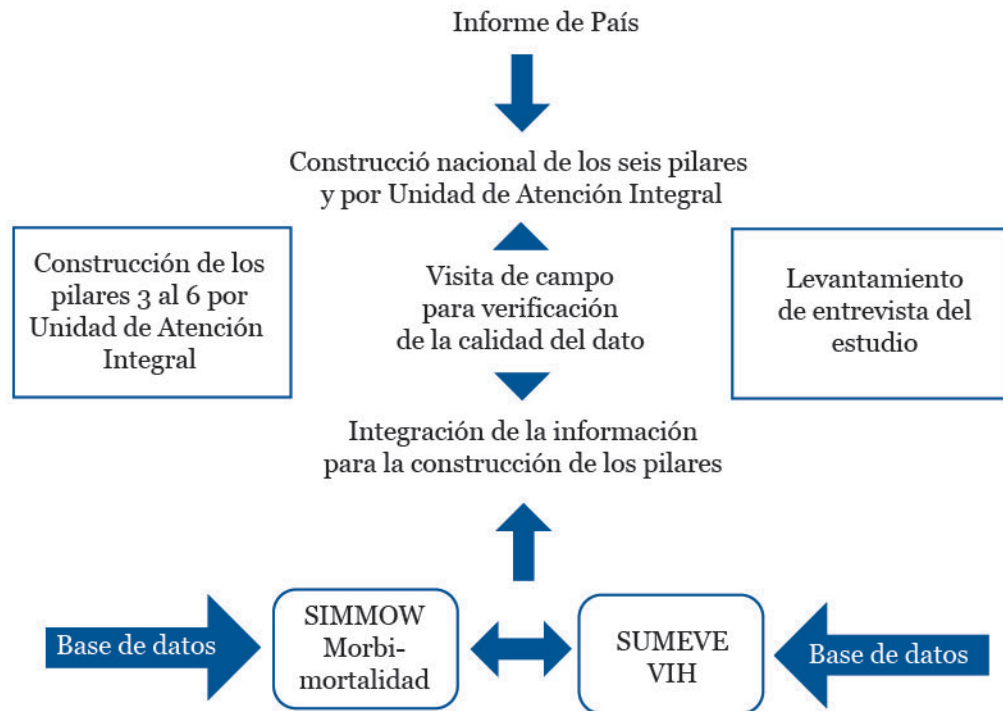
No.	Concepto	Variables
1	Personas vivas y con VIH (PV) (100%)	Spectrum (23,000 aproximado)
2	PV que conocen su diagnóstico	Mortalidad institucionales del 2005 al 2013. Alcaldías reportan desde el 2011 en el sistema de SIMMOW. Datos SUMEVE - Diagnóstico con VIH - Sexo - Embarazada - Edad - Fecha de inicio TAR - Establecimiento - Embarazadas/ISSS y profilaxis(quitar) Datos SIMMOW - Mortalidad institucional - Mortalidad de alcaldías correlacionado con los datos del SUMEVE. Será necesario realizar análisis de regresión para proyectar las mortalidades en los otros años y ajustar el pilar 2.

No.	Concepto	Variables
3	Personas vinculadas a los servicios de atención a la infección por el VIH	SUMEVE: - Diagnóstico de VIH - Edad - Sexo - Fecha de inicio TAR - Establecimiento - CV por lo menos uno - CD4 por lo menos uno - Retiro de TAR por lo menos un retiro - Embarazadas/ISSS/ profilaxis (quitar)
4	Personas retenidas en los servicios de atención a la infección por el VIH	SUMEVE: - Diagnóstico de VIH - Edad - Sexo - Fecha de inicio TAR - Establecimiento - CV por lo menos dos - CD4 por lo menos dos - Retiro de TAR por lo menos tres retiro - Embarazadas/ISSS/ profilaxis (quitar)
5	Personas en tratamiento antirretroviral	SUMEVE - Diagnóstico de VIH - Edad - Sexo - Establecimiento. - Personas en TAR - CV lectura - Embarazadas/ISSS / profilaxis(quitar)
6	Personas con carga viral suprimida	Para el pilar seis se obtendrá la cohorte por la FVH05 (2012 y 2013) y para los años 2009 al 2011 se verificara las bases que se tienen.

Coordinar con el ISSS la posibilidad de levantar estos datos con el equipo del ISSS y tener de base los que estén en la plataforma de SUMEVE.

El equipo ha planificado las acciones de seguimiento para el cierre del informe de país con el objetivo de contar con la mayor cantidad y calidad del dato del país.

1. Planificación de las actividades finales.
2. Todas la unidades de atención integral han actualizado los datos al SUMEVE excepto La Unión, que no cuenta con médico disponible al momento. Ésta última se realizara con los datos que están en el SUMEVE y no se visitará. Las otras unidades que servirán solo de referencia son Hospital de Maternidad (PTMI) y Hospital Bloom (Niños), ya que estos están integrados al SUMEVE y se visitaran solo que se requiera comprobar datos.
3. Se gestionará los apoyos logístico para la verificación de la información en campo con el Programa Nacional de ITS-VIH, Dirección de Vigilancia de la salud (DVS), USAID Proyecto Capacity Centroamérica y OPS/OMS-ELS.
4. El Programa Nacional ITS-VIH solicitará a la DVS el acompañamiento a las visitas de terreno para la verificación del dato del SUMEVE en las clínicas de atención integral.
5. El Programa Nacional ITS-VIH, a través de las autoridades del Ministerio de Salud solicitará a la Dirección del Instituto Nacional del Seguro Social la coordinación con el equipo técnico para la integración de los datos en la construcción de la cascada para una cobertura de país.
6. Flujo de trabajo para la construcción de los seis pilares de la cascada:



ANEXO No. 6

ACTIVIDADES REALIZADAS

(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.

No.	ACCIONES	FECHA
1	Nota al ISSS para integrar y hacer una revisión de los datos de VIH+ e integrar a la cascada.	Urgente
2	Cotejar información de SUMEVE	Del 4 al 8 de septiembre
3	Reunión con equipo de seguimiento	Martes 9 de septiembre: 12:30md a 5 pm (OPS)
4	Visitas a los hospitales Santa Ana y Ahuachapán	10 de septiembre
5	Sonsonate	11 de septiembre
6	Visitas a los hospitales San Vicente y Cojutepeque	12 de septiembre
7	Visitas a los hospitales La Paz y Usulután	16 de septiembre
8	Visitas a los hospitales San Rafael y Saldaña	17 de septiembre
9	Morazán pernotar en San Miguel	18 de septiembre
10	Visita a hospital San Miguel	19 de septiembre
11	S Visita a hospital an Bartolo	22 de septiembre
12	Visita a hospital Psiquiátrico	22 de septiembre
13	Reunión de seguimiento para coordinación de equipos	Lunes 22 sept 2pm en OPS
14	Visita a hospital Rosales 23	23 de septiembre
15	Visita a hospital Zacamil 24	24 de septiembre
16	Reunión de seguimiento con equipo vía web 2pm Monica, Giovanni, PN VIH, Capacity	24 de septiembre
17	Visita a hospital Chalatenango 25	25 de septiembre
18	Reunión de seguimiento para coordinación de equipos	Martes 30 de septiembre a las 2pm OPS
19	Análisis de información	29 de sept al 3 de octubre
20	Revisión del informe borrador	Miércoles 8 de octubre de 8am a 5 pm OPS / logística USAID Proyecto Capacity Centroamérica
21	Reunión final con equipo regional para mejoras finales del informe	pendiente

ANEXO No. 7

MEMORANDUM AUTORIZACIÓN VISITAS DE CAMPO



MEMORANDUM

2014-6010-715

PARA: Dr. Luis Enrique Fuentes Arce
Director Nacional de Hospitales

DE: Dra. Ana Isabel Nieto
Jefa de Programa Nacional de VIH/Sida



FECHA: 4 de Septiembre de 2014.

ASUNTO: Solicitud de Autorización visitas para elaboración de Cascadas de Atención en VIH

Me permito solicitar su colaboración en el sentido de autorizar la realización de visitas a los Hospitales de MINSAL que cuentan con Clínica de Atención a personas con VIH, para cotejar información del Sistema de Información de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia del VIH-Sida (SUMEVE) con el médico responsable de la Clínica y pasar unas encuestas de atención, dentro del marco de la realización de una esfuerzo de la Región Centroamericana, con el fin de construir las Cascadas de Atención de VIH Nacional y Locales, lo cual se está realizando con el apoyo de USAID/CAPACITY y OPS/OMS.

Nº	HOSPITALES A VISITAR	Fecha	Responsable
1	Hospital Nacional Santa Ana Hospital Nacional Ahuachapán	10 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL
2	Hospital Nacional Sonsonate	11 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dr. Salvador Sorto –PVIH/MINSAL
3	Hospital Nacional San Vicente Hospital Nacional Cojutapeque	12 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dr. Salvador Sorto –PVIH/MINSAL
4	Hospital Nacional La Paz Hospital Nacional Usulután	16 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dr. Salvador Sorto –PVIH/MINSAL
5	Hospital Nacional San Rafael Hospital Nacional Saldaña	17 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL
6	Hospital Nacional Morazán	18 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dr. Salvador Sorto –PVIH/MINSAL
7	Hospital Nacional San Miguel	19 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora

1/2



			USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dr. Salvador Soto –PVIH/MINSAL
8	Hospital Nacional San Bartolo	22 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora
9	Hospital Nacional Psiquiátrico	22 Septiembre	USAID/CAPACITY Dra. Elizabeth Rodríguez – OPS/OMS Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL
10	Hospital Nacional Rosales	23 Septiembre	Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY
11	Hospital Nacional Zacamil	24 Septiembre	Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY
12	Hospital Nacional Chalstenango 2	25 Septiembre	Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL Dra. Larrisa Centeno-Consultora USAID/CAPACITY Ing. Alejandro Hernández – DVS/MINSAL

Agradeciendo su apoyo, me despido.

Atentamente.

V.B.



ANEXO No. 8

INSTRUMENTO DE COTEJO

Hospital: _____

Fecha: _____

Revisión de base de datos

1. ¿La UAI cuenta con base de datos de los PV que están en seguimiento?:

SI NO

2. Esta actualizada. ¿A qué fecha?

3. ¿En qué programa tiene la base?

4. ¿Cuántos PV están en la base de datos?

5. ¿Cuántos están activos?

6. ¿Cuántos han fallecido?

7. ¿Cuántos en 1 línea?

8. ¿Cuántos en 2 líneas?

9. ¿Cuántos en 3 líneas?

10. ¿Concuerda la base de SUMEVE con a base de la UAI?

SI NO

11. ¿Mencione la diferencia? _____

12. ¿Cómo se da seguimiento a los PV para la adherencia? _____

13. ¿Cómo da seguimiento a las personas con VIH que fallecen? _____

14. ¿Utiliza el equipo la información disponible en SUMEVE?

SI NO

¿Cuándo? _____

15. ¿Le han capacitado en el uso del SUMEVE?

SI NO

Datos del SUMEVE:

Total de casos: _____

En TAR Sin TAR

Total de Fallecidos: _____

Total de activos (condición vivo): _____

ANEXO No. 9

RESUMEN DE DATOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN. EL SALVADOR 2013.

No.	REGIÓN	ESTABLECIMIENTO	TOTAL DE CASOS DX VIVOS A LA FECHA	FEMENINO	% Mujeres	MASCULINO	%	PILAR 2	PILAR 3	PILAR 4	PILAR 5	PILAR 6	% DE PV EN TAR CON <1000cp	INDETEC	<20cp	CV<1000	TOTAL MENOS DE 1000CP	SIN TARV CD4 350 a 499	SIN TARV CD4 > 500	TOTAL	PV INGRESO EN NOV Y DIC 2013 CON TARV	CV>2000	TOTAL DE CV REALIZADAS	% DE PV EN TARV CON CV
1	Occidental	Hospital Nacional Francisco Menéndez, Ahuachapán	304	134	44%	170	56%	304	295	219	205	129	63%	62	28	39	129	5	8	11	0	50	179	87%
2		Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana	1006	442	44%	561	56%	1003	968	831	788	594	75%	283	143	168	594	8	20	28	5	171	765	97%
3		Hospital Nacional Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate	923	421	46%	302	54%	923	873	688	633	415	66%	186	113	116	415	15	31	46	12	168	583	92%
4	Central	Hospital Nacional San Rafael, Nueva San Salvador	1184	533	45%	651	55%	1184	1114	838	793	397	50%	187	98	112	397	9	25	34	5	156	563	70%
5		Hospital Nacional Dr Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango	178	70	39%	108	62%	178	172	139	129	100	78%	54	28	21	100	0	5	5	3	24	124	96%
6	Metropolitana	Hospital Nacional Rosales, San Salvador	1344	510	38%	834	62%	1344	1304	1013	966	802	83%	404	203	195	802	8	16	24	6	101	903	93%
7		Hospital Nacional Dr Juan José Fernández, Zacamil	1453	550	38%	903	62%	1453	1401	1094	955	724	76%	355	195	174	724	33	39	72	7	263	587	108
8		Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal Najarro, San Bartolo	489	247	51%	242	49%	489	468	372	336	254	76%	139	50	65	254	10	9	19	10	49	303	90%
9		Hospital Nacional Dr José Molina Martínez, Soyapango	400	206	52%	194	49%	400	382	284	264	106	40%	46	28	32	106	4	13	17	4	41	147	56%
10		Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña	796	302	38%	494	62%	796	754	562	524	386	74%	150	96	130	386	9	9	18	12	97	483	92%
11	Paracentral	Hospital Nacional de Cojutepeque	196	82	42%	114	58%	196	189	161	137	92	67%	44	27	21	92	5	11	16	0	39	131	96%
12		Hospital Nacional de Sensuntepeque	107	33	31%	74	69%	107	104	92	79	61	77%	31	16	14	61	2	9	11	3	14	75	96%
13		Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca	224	106	47%	118	53%	224	213	170	140	90	64%	39	20	31	90	5	6	11	2	44	134	95%
14		Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente	225	111	49%	114	52%	225	217	193	178	130	73%	75	29	28	130	3	8	11	2	19	149	84%
15	Oriente	Hospital Nacional San Pedro, Usulután	204	91	45%	113	55%	204	200	173	152	94	62%	52	19	23	94	6	11	17	5	39	133	88%
16		Hospital Nacional San Jua de Dios, San Miguel	754	340	45%	414	55%	754	722	571	485	349	72%	172	87	90	349	19	25	44	7	67	416	86%
17		Hospital Nacional San Francisco Gotera, Morazán	67	20	30%	47	70%	57	61	45	43	30	70%	11	8	11	30	1	0	1	1	10	40	93%
18		Hospital Nacional de La Unión	102	45	44%	57	56%	102	100	84	79	58	73%	30	9	19	58	1	4	5	0	10	68	86%
19	Especial de Niños	Hospital Nacional de Niño Benjamin Bloom	333	164	49%	169	51%	333	328	304	295	259	88%	150	65	44	259	3	2	5	0	21	280	95%
20		Hospital de Maternidad	109	109	100%		0%	109	100	28	7	7				7	7						7	100%
21		Otros Establecimientos	5397	1902	35%	3495	65%	5397	1195	12	8	3		1	0	2	3	1	1	3	0		3	38%
		TOTAL	15792	6418	41%	9374	59%	15792	11180	7873	7196	5080	71%	2476	1262	1342	5080	146	252	398	84	1383	6463	90%

ANEXO No.10

LISTA DE CHEQUEO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DISPONIBLES EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE EL SALVADOR 2013.

ACTIVIDADES Y GESTIÓN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL	
Proceso de cuidado																			
Retención en el cuidado: Al menos dos veces último año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	94%	
Dos controles de CD4 x año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 VEZ	94%	
Tamizaje																			
Gonorrea/Chlamydia (Basal)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0%	
Sífilis (anual)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%	
Abuso de sustancias	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	100%	
Actividad sexual de riesgo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	100%	
Búsqueda activa TB	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%	
Hepatitis B (basal)	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%	
Hepatitis C (basal)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%	
Inmunizaciones																			
Hepatitis B	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	18%*
Influenza (anual)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	100%
Neumococo	NO	SI	SI	SI	NO	NO SABE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	29%	
Profilaxis																			
TMP/ para PCP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Prescripción ARV inicial																			
Apropiada según Protocolo Nacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	94%	
Control Viroológico																			
Carga viral dos veces al año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 VEZ	94%**
Otros para Centroamérica																			
INH profilaxis	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Detección Ca Cérvix (anual) Papanicolau	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	59%***	
Test Chagas (basal)	NO	SI	NO SIEMPRE	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO SIEMPRE	NO	SI	NO	53%	
*La inmunización para Hepatitis B e influenza se realiza en la mayoría de hospitales únicamente si hay campaña de vacunación, ** Los exámenes de CV y CD4 se realizan de acuerdo al protocolo. Sin embargo, en algunas de las clínicas se reprograman dependiendo de la existencia de reactivo o la funcionalidad de la máquina. *** La detección de CA cervical no es un proceso estandarizado en las clínicas. Sin embargo, a criterio del médico, se refiere a la consulta de la mujer en ginecología para el Papanicolaou																			

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Año de inicio de la clínica	2004	2008	2004	2004	2001	2002	2005	2005	2004	2004	2011	2011	2010	2004	2010	2033	2002
Cantidad de PV a su cargo	207	880	880	920	145	1000	1300	384	430	708	160	100	184	274	160	662	70
Médicos generales	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Médicos especialistas	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI
Enfermeras profesionales	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI
Farmacéuticos	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI*	SI	SI	SI*	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI
Químicos biólogos o microbiólogos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Trabajadora social	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Psicólogos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Nutricionistas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Personal técnico y auxiliar (PROMOTOR DE SALUD)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Los SI* significan que estas clínicas son las únicas que cuentan con equipo multidisciplinario permanente ó sea que labora 8 horas para la CAI.																	

ACTIVIDADES Y GESTIÓN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL
Provisión de ARV primera línea	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Provisión de ARV de segunda línea	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Provisión de ARV de tercera línea	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	35%
Desabastecimiento controlado de ARV	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	12%
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	N	NO	SI	NO	47%
Realiza conteo de tabletas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	75%
Realiza encuesta estructurada como método de adherencia	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	18%
Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	100%
Evaluación socio-económica basal	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	12%
Evaluación psicológica basal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	94%
Evaluación nutricional basal.	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	A VECES	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	29%
Provisión de condones	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Disponibilidad de medicamentos para IO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Disponibilidad de medicamentos para ITS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Servicio de Apoyo comunitario:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Servicio de visitas domiciliarias	SI	SI	POCO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	50%
En los establecimientos que no se realizan visitas domiciliarias o se han disminuido es porque el aspecto social "violencia" impide al personal de salud el ingreso a determinadas áreas. Se ha mejorado la coordinación con el primer nivel de atención para contactar a los faltistas o ubicar los abandonos.																		
El resto de recurso humano es compartido con el Hospital General. Laboran un promedio de dos a cuatro horas en las CAI. Todas las clínicas cuentan con un promotor de salud contratado por ocho horas. Algunas clínicas están recibiendo recurso humano complementario pero hasta este año 2014: Médicos internistas, farmacéuticos y psicólogos. El personal de laboratorio trabaja un promedio de dos horas diarias, toma CD4 y CV un día en específico para cada CAI.																		

