

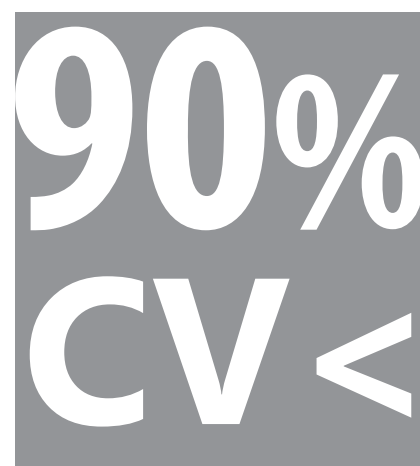
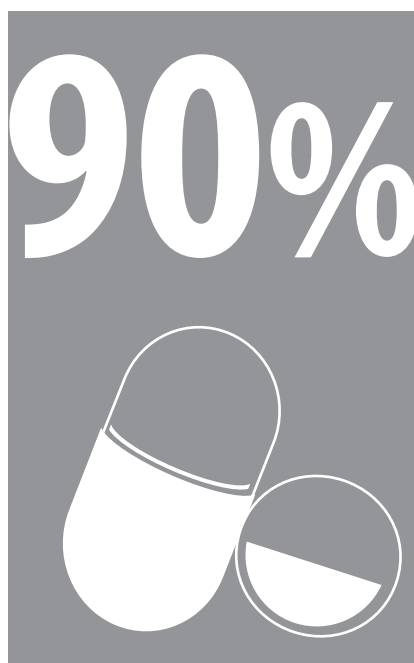
Ministerio de Salud
Programa Nacional de VIH/Sida
USAID | Proyecto Capacity Centroamérica

Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH,

en las Clínicas de Atención Integral de El Salvador y evaluación de la
adherencia al tratamiento antirretroviral a
diciembre de 2015



Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, en las Clínicas de Atención Integral de El Salvador y evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral a diciembre de 2015





EQUIPO TÉCNICO

AUTOR

Dra. Helen Larissa Centeno Monge

Consultora

ASESORES TÉCNICOS

Dra. Lucrecia Castillo

USAID Guatemala

Dr. Josué García

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

Ing. Bernardita Armas

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

Dr. Estuardo Díaz

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

Dra. Yadira Villaseñor

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

“Este Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, en las Clínicas de Atención Integral de El Salvador y evaluación de la adherencia al tratamiento antiretroviral a diciembre de 2015, es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, en las Clínicas de Atención Integral de El Salvador y evaluación de la adherencia al tratamiento antiretroviral a diciembre de 2015, es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

Nota de género:

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

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ARV	Antirretroviral
ALC	América Latina y el Caribe
CAI	Clínica de Atención Integral en VIH
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
CD4	Linfocitos T CD4
CV	Carga Viral
DVS	Dirección de Vigilancia Sanitaria
FVIH	Formulario de llenado de datos VIH (FVIH01, FVIH02, FVIH05 y otros)
HSH	Hombres que tiene Sexo con Hombres
HV	Hepatitis Virales
IDSA	Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas
INH	Isoniazida
IO	Infección Oportunista
ISS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LGTBI	Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales (Colectivos de Identidad de Género y Orientación Sexual)
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
ml	Mililitro
ND	No Dato
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCP	Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
PEMAR	Poblaciones en mayor riesgo
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH
PNS	Programa Nacional de ITS, VIH/Sida
PV	Persona que vive con VIH
PVV	Personas que viven con VIH
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMMOW	Sistema de Información de morbilidad y mortalidad vía Web
SUMEVE	Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH
Spectrum	Modelo de proyección de datos estadísticos de ONUSIDA
TAR	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMP/SMX	Trimetoprim/Sulfametoxazol
TS	Trabajadora Sexual
UDI	Usuario de Drogas Intravenosas
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

CONTENIDO

EQUIPO TÉCNICO	página 0
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	página 1
I. Introducción	página 2
II. Objetivos	página 5
III. Metodología	página 6
IV. Resultados	página 13
V. Discusión	página 23
VI. Conclusiones	página 26
VII. Limitaciones	página 27
VIII. Recomendaciones	página 28
IX. Oportunidades después del Informe	página 29
X. Aspectos Administrativos	página 23
XI. Aspectos éticos	página 29
XII. Reconocimientos	página 30
XIII. Referencias	página 31
ANEXOS	página 33

I. INTRODUCCIÓN

El Salvador presenta una prevalencia de VIH mayor del 5% en poblaciones clave (transgénero, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajo sexual) permitiendo clasificarla como concentrada. La implementación de la terapia antirretroviral (TAR) en Centroamérica ha tenido un desarrollo diferente en cada país. Sin embargo, en la última década, todos los países de la región han ampliado sus coberturas de manera importante, en algunos países y con el advenimiento del Fondo Mundial de Lucha contra Sida, Malaria y Tuberculosis, la extensión de los servicios y el acceso al tratamiento se han extendido de manera apreciable, aunque en algunos casos no ha sido uniforme, a nivel de las diversas regiones de cada uno de los países. (1)

En noviembre de 2012, durante la Consulta Regional de América Latina y el Caribe, realizada en Ciudad Panamá, Panamá, los representantes evaluaron la situación epidemiológica de la infección por VIH en la región en cuanto a calidad de respuesta a la epidemia.

A la vez, se presenta una propuesta del marco de monitoreo para los Programas de VIH basado en el concepto de **continuo de la atención**, como medida de apoyo a la implementación de la Iniciativa de Tratamiento 2.0 en la región de América Latina y Caribe.

El continuo de la atención en VIH se realiza en forma de pilares de una cascada a partir de: diagnóstico, vinculación a la red de atención, permanencia en atención, tratamiento y supresión de la carga viral.

La cascada del continuo de la atención en VIH representa una herramienta para el monitoreo programático y se basa en una reorganización de indicadores ya existentes, que permite identificar brechas en el continuo de atención en VIH.

El concepto de retención en el cuidado en una atención integral, llevado a la práctica en una etapa temprana, nos brinda la oportunidad de limitar el impacto clínico de la infección, evidenciando desde que se da el momento del diagnóstico y se retiene al PV en el servicio

90%

90%

90%

de salud: una disminución de la incidencia de infecciones oportunistas, ingresos hospitalarios, días estancia y en particular, a nivel de las comunidades, ya que la retención fomenta la adherencia, lo que permite evaluar el impacto de la TAR en la prevención de la transmisión sexual del VIH y por ende la incidencia anual de VIH.(4)

La cascada del continuo de la atención en VIH, recopila datos desde el momento del diagnóstico, en la entrada a la atención, retención en los servicios de atención integral e inicio del TAR; así como seguimiento al control de la carga viral. La construcción de la cascada permite contar con información prioritaria estratégica, para la toma de decisiones que favorezcan la mejora de la calidad y los 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 e inicio temprano de TAR.

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

En abril de 2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA), lanzaron la Estrategia Regional de Sostenibilidad, 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, orientadas a proveer una sustentación más estable a la financiación de la respuesta al VIH, un mejor control los costos, la calidad, acceso a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda a los países fortalecer los sistemas de información de seguimiento de las personas en tratamiento antirretroviral, para fines de monitoreo programático,

evaluación de resultados e impacto en las políticas nacionales de prevención, atención y tratamiento (2).

Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolló un Marco de Monitoreo Continuo de la Atención al VIH (3), que incluye la construcción de la herramienta que se denominó **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).

Es en el 2014, que se hace oficial dicho Marco de Monitoreo, que reza *América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo con una de las mayores respuestas al VIH, en términos de ampliación al tratamiento antirretroviral y prevención de transmisión materno-infantil del VIH.*

Actualmente se encuentran en una fase de transición en aspectos de la gestión de los programas de atención a la infección por VIH. Muchos esfuerzos se han hecho por ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR); sin embargo, no obstante los esfuerzos por documentar de manera fehaciente el impacto del tratamiento en la sobrevivencia de las personas que viven con VIH, existe la urgente necesidad de mayor integración y aprovechamiento de las diferentes fuentes de información del sector salud para un monitoreo sistemático de los programas de atención al VIH, su cobertura y efectividad.

Por ahora las estrategias, 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, el trabajo por alcanzar la meta de disminuir la carga viral por debajo de 50 copias y <1,000 copias/ml, la retención de los PV en el cuidado y atención integral, han mostrado una disminución de la transmisión del VIH por vía sexual en la comunidad, logrando hacer evidente una reducción de la incidencia de VIH en los países que cuentan con sistemas de información y registro confiables; su capacidad no solamente del control individual, sino también del control comunitario de la epidemia en los países y regiones donde se ha documentado.(3)

Este informe busca documentar los procesos del continuo de la atención, los avances y las brechas superadas -respecto a las encontradas en la línea base presentada en el 2014, con datos a al cierre de diciembre 2013-, tanto en el sistema de vigilancia de la adherencia a los antirretrovirales, como los análisis locales de la atención integral multidisciplinaria, que promueven la retención en el cuidado a largo plazo de las personas que viven con VIH. (6-7-8-9)

Los resultados de cascada del continuo de la atención en VIH, a diciembre del año 2015, contemplan un estimado de 19,848 personas viviendo con VIH (Pilar 1:100%). Dicha estimación se calculó con la herramienta específica del sistema de modelaje de políticas SPECTRUM, bajo los parámetros de información del país, ajustando la talla poblacional de HSH, MTS, mismas que impactan en la estimación total. La estimación denota una reducción de 3,152 personas con relación a la estimación del año 2013, impactando en el resultado porcentual de los demás pilares de la cascada al reducirse el denominador.

El total de personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico documentadas es de 17,673 (Pilar 2: 89%). En relación a vinculación se reporta un resultado de 13,465 PV (Pilar 3: 68%). Para Pilar 4, se documentó 9,060PV (Pilar 4: 46%) personas retenidas en cuidado, y 8,263 PV (Pilar 5: 42%) en TAR. Del total de PV en TAR 5,350 PV (Pilar 6: 27%) con carga viral <1000 copias/ml y 4030 PV (Pilar 7: 20%) con carga viral <20 copias/ml.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Actualizar el informe nacional de Cascada del Continuo de la Atención en VIH a diciembre 2015 para evidenciar el cumplimiento normativo, la adherencia al tratamiento y mejora en el cierre de brechas en la atención en El Salvador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1

Establecer el estado 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 año 2015.

2

Construir la cascada del continuo de la atención en VIH 2015, segregada por sexo, grupos de edad y grupos de riesgo.

3

Comparar los resultados de la cascada del continuo de la atención en VIH 2015, con los datos obtenidos en el año 2013.

4

Construir el indicador de sobrevida en el país para los 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral.

5

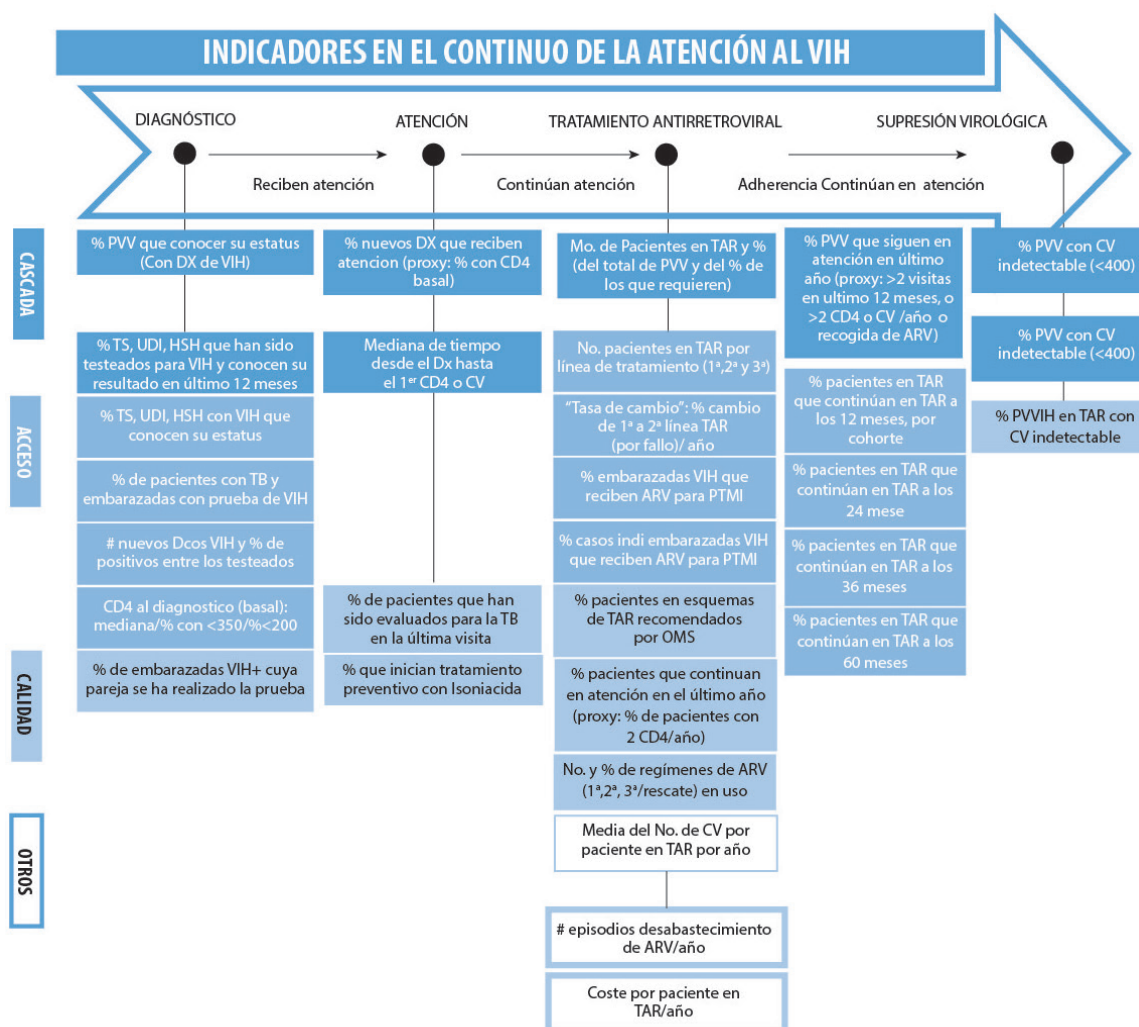
Analizar brechas de vinculación, retención y supresión viral en El Salvador al cierre del 2015, con relación a las identificadas al año 2013.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO

En el marco de monitoreo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) -basado en el consenso de las recomendaciones mundiales para la vigilancia de la atención y tratamiento del VIH- y siguiendo los acuerdos del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA); se utilizó de base

los indicadores internacionales propuestos en el año 2014, con énfasis en la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención, de manera coordinada con el Programa Nacional de VIH/Sida (PNS), y con el apoyo técnico de USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, OPS y ONUSIDA.

Imagen 1. Indicadores Internacionales propuestos en el año 2014, con énfasis en la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención



Fuente: Organización Mundial de la Salud –OMS- y la Organización Panamericana de la Salud –OPS: Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención, 2014.

En El Salvador, al igual que el resto de países de la región centroamericana, se realizó una nueva medición de los pilares de la Cascada del Continuo de la Atención al cierre del 2015 -a nivel local y nacional- con el fin de evaluar el alcance de los objetivos planteados por ONUSIDA, en su *estrategia 90-90-90* para controlar la epidemia del VIH, sus nuevas metas para el 2020.

Metas que fueron adoptadas durante el I Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención al VIH, celebrada en mayo de 2014, en la Ciudad de México, México.

Para el desarrollo del informe se realizaron los siguientes pasos:

PASO 1

Coordinado por el Programa Nacional de VIH/Sida (PNS), con expertos en VIH y VIH Avanzado, realizaron reuniones técnicas para la adecuación del protocolo existente bajo el cual se construyó el informe base de cascada del continuo de la atención en VIH, durante el 2013, obteniendo como producto el protocolo actualizado para elaboración del informe de la cascada del continuo de la atención en VIH con la validación de las contrapartes y del proyecto.

Las reuniones descritas también contemplaron la construcción de indicador de sobrevida durante el año de estudio y la recolección de datos actualizados a nivel nacional y por CAI. Se definió la ruta óptima para desarrollarlo y definieron las fuentes de información.

Acotaciones Metodológicas

- En El Salvador se extendió el servicio de laboratorio de toma de CV y CD4, a hospitales regionales. Siendo estos el Hospital San Juan de Dios de San Miguel y en San Juan de Dios Santa Ana, denominados como hospitales de referencia, además de contar con el Laboratorio Central Max Bloch.
- Se reportaran niveles de CV <20 y <1000 copias/ml.

PASO 2

Una vez realizada la actualización del protocolo, definición de fuentes de información de datos para la construcción del indicador de sobrevida y actualización de datos que sirven para la construcción de cascada del continuo, se desarrollaron dos reuniones con el equipo técnico de país (Programa Nacional de VIH, Dirección de Vigilancia Sanitaria y USAID| Proyecto Capacity

Centroamérica). En dichas reuniones se detalló la metodología y se planificó talleres por región de salud, para la recolección de información y análisis de la situación de atención integral a personas que viven con VIH, asimismo el cronograma de trabajo de campo.

PASO 3

Desarrollo de talleres regionales

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 y USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, se decidió que para la actualización de la Cascada del Continuo de la Atención a nivel nacional se tomaría el 100% de Hospitales Nacionales que cuentan con Clínicas de Atención de Integral en VIH.

Para optimizar el trabajo se realizaron tres talleres, previo se giró un memo oficial desde el Programa Nacional de VIH (Anexo 6 y 7) a todos los hospitales.

Para el logro de resultados, se definió como estrategia metodológica la realización de un taller por región de salud, considerado que sería el espacio idóneo de actualización y análisis de datos para la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención 2015.

Durante el desarrollo de los talleres, se promovió la participación de los equipos multidisciplinarios de las CAI (Coordinador, enfermera y/o digitador estadístico) por ser las personas que mejor conocen la realidad en atención. Los resultados fueron los aportes de cada equipo de trabajo.

Cada hospital hizo un análisis objetivo y a profundidad de los datos actualizados existentes al cierre del 2015, los aspectos positivos o negativos en la recolección efectiva de la información; al mismo tiempo aquellos aspectos -institucionales y de usuarios- de los servicios que afectan la adherencia al TAR.

Como parte del proceso, se comparó los datos que cada clínica reportó en los registros del SUMEVE, los cuales se presentaron en pleno.

Durante el proceso se procuró que el taller fuese:

I. Participativo

Considerando que la participación de las personas del grupo debería llevarlas a elaborar, desde su propia experiencia y realidad de análisis objetivo: plantear planes de acción para superar las brechas persistentes.

II. Reflexivo

Permitir el manejo adecuado de los datos, no solo para conocerlos sino tener una comprensión racional de todo el equipo multidisciplinario para plantear soluciones reales.

Tabla No. 1 Hospitales Nacionales que participaron en los talleres regionales con Clínica de Atención Integral de VIH. El Salvador 2015.

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 DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	REGIÓN OCCIDENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ DE CHALATENANGO	REGIÓN CENTRAL
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL DE LA MUJER 'DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ'	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÉNEZ, SOYAPANGO	REGIÓN METROPOLITANA
HOSPITAL NACIONAL DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	REGIÓN PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL 'NTRA. SEÑORA DE FÁTIMA' DE COJUTEPEQUE	REGIÓN PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	REGIÓN PARACENTRAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE USULUTÁN	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL 'DR. HÉCTOR HERNÁNDEZ FLORES', MORAZÁN	REGIÓN ORIENTE
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	REGIÓN ORIENTE

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH. SUMEVE 2015.

Importante: instituciones como ONG's, Instituto del Seguro Social (ISSS) no participaron, debido a que no alimentan directamente al Sistema Único de Información (SUMEVE) por lo que los datos que se presentan corresponden a referencias sin verificación.

PASO 4

Se elaboraron instrumentos para la recolección de información durante los talleres, estandarizados, como lista de datos para construcción de cascada 2015, lista de chequeo rápido de verificación de datos. (Anexos 4 y 5).

Tabla No. 2 Distribución de participantes por taller regional

REGION DE SALUD	FECHA	No. DE PARTICIPANTES
ORIENTE	23/08/2016	15
OCCIDENTE	24/08/2016	12
PARACENTRAL, CENTRAL Y METROPOLITANA	2/09/2016	33
TOTAL		60

PASO 5

Objetivo específico 1:

Establecer el estado 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 año 2015.

Muestra, indicador y variables: mediante medición de la supresión viral (menor de 1000 y 20¹ copias/ml) durante el 2015, se tomó el universo de los casos registrados en el SUMEVE y que reportan su CV cotejado con los datos del Laboratorio.

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 6 meses, con el último recuento de CV <1000 copias durante el año de estudio.

Denominador: Número de PV en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al menos durante 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.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes a quienes se les realizó cargas virales, en el 2015 (base de datos depurada).
2. Personas que han iniciado TAR antes del 1 de julio de 2015.

Criterios de Exclusión:

1. Cargas virales pre TAR y las de seguimiento pre-TAR realizadas en el 2015.
2. Personas con carga viral realizada durante los primeros 6 meses de TAR.

Fuentes de información utilizadas: (SUMEVE)

a) **Número de personas activas en tratamiento antirretroviral a diciembre del 2015:** 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 2015:** 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 2015:** Informe Centralizado: unificado en Programa Nacional que tiene acceso a información desglosada Clínicas de Atención Integral. Cotejado con Informes de Laboratorio.

Objetivo específico 2:

Construir la cascada del continuo de la atención en VIH 2015, segregada por sexo, grupos de edad y grupos de riesgo.

Objetivo específico 3:

Comparar los resultados de la cascada del continuo de la atención en VIH 2015, con los datos obtenidos por el año 2013.

¹ En El Salvador desde el año 2010 se compraron maquinas 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.

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

Para la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención en El Salvador para el año 2015, se detalla a continuación la obtención de cada uno de los pilares.

PILAR 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 2015, a través del sistema de estimaciones Spectrum. Este valor se utilizó como denominador en el resto de pilares de la cascada.

PILAR 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 2015.

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

En consenso con MINSAL/PNS, ya NO se contabilizaron casos bajo 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.

Casos captados específicamente en Hospital Militar, Instituto del Seguro Social y otras ONG, que no alimentan al SUMEVE, y que actualmente se han depurado de la base de datos, tomando en cuenta las consideraciones siguientes:

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+; de todas estas personas para poder entrar al sistema de seguimiento tiene 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.

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

e) Se inicia la captura de mortalidad a nivel nacional donde se incluyen todas las instituciones del sector salud (2013), lo cual contribuye a establecer con certeza los diagnosticados vivos.

f) La Dirección de Vigilancia Sanitaria, continúa haciendo triangulación en los programas del SIMMOW (muertes hospitalarias y mortalidad de alcaldías) por lo que ya es posible contar con una base de datos depurada.

PILAR 3

Número y porcentaje de PV que conocen su diagnóstico y están vinculados a servicios de atención

Definición de PV vinculados a los servicios de salud en el 2015.

Número total de personas seropositivas que tuvieron durante el 2015:

- 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, c o d. Se sumó el Número de PV en TAR, reportados activos al PNS más los pacientes sin tratamiento reportados por cada clínica, todos estos datos a diciembre de 2015.

PILAR 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 2015:

- 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).

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 6 meses en la CAI, por lo que ésta recolección de información no es sistemática y por ende el dato no se encuentra consolidado.

PILAR 5

Número y porcentaje de PV activos en TAR a diciembre del 2015.

Fuente: Número de PV en TAR reportados activos al Programa Nacional de ITS/VIH/Sida a diciembre del 2015.

PILAR 6

Número y porcentaje de PV con carga viral suprimida <20 y < 1000 copias/ml en el 2015.

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, a pesar que desde el 2015, se ha extendido el servicio de toma de pruebas CD4 y CV en dos regiones de salud, y aunque continua funcionando el laboratorio central, se contabilizaron aquellos <20 copias/ml y <1000 copias/ml.

PASO 7

Objetivo específico 4:

Construir el indicador de sobrevida en el país, para los 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral².

Indicador: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12, 24 y 36 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral.

Clasificación

Línea Estratégica del PEN Atención Integral El Salvador.

Justificación

Uno de los objetivos de todo programa de tratamiento antirretroviral es, aumentar la supervivencia de los individuos con VIH. A medida que la provisión de la terapia ARV se amplía en países de todo el mundo, también es importante saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen.

Estos datos pueden ayudar a demostrar la eficacia de tales programas y a poner de manifiesto los obstáculos a su ampliación y mejoramiento.

Objetivo del Indicador de Sobrevida

Evaluar los progresos en el incremento de la supervivencia en adultos y niños con VIH al mantenerlos en terapia antirretroviral.

Frecuencia de la recopilación de datos

A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes.

Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse. (Una cohorte por año).

Instrumento de medición

Registros médicos en la base de datos nacional y/o expedientes en las Clínicas de VIH

Método de medición

Revisión de Registros en SUMEVE y/o Expedientes Clínicos existentes en las CAI. En este caso se utilizaron los datos del SUMEVE.

Datos para construcción

Numerador: Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.

Denominador: Total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos (traslados) para el seguimiento en el duodécimo mes.

Corresponde para esta edición de informe presentar el indicador nacional y su evolución anual desde el año 2014.

PASO 8**Objetivo específico 5:**

Analizar brechas de vinculación, retención y supresión viral en El Salvador; al cierre del 2015, con relación a las identificadas al año 2013.

Identificación de brechas citadas en informe de cascada del continuo de la atención en VIH de 2013, a fin de evaluar si fueron superadas acorde a los resultados del informe 2015.

IV. RESULTADOS

ESTADO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

PERSONAS DIAGNOSTICADAS

La información recabada, corresponde a todos los establecimientos del Ministerio de Salud/ 20 Clínicas de Atención Integral en VIH más *otros establecimientos* que brindan algún tipo de atención a las personas que viven con VIH.

Se utilizó la información del SUMEVE, como fuente oficial de país. Los datos son el resultado de una base completamente depurada.

En total se obtuvieron 17,673 casos diagnosticados y vivos a diciembre 2015 y se utilizó este dato para establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, en El Salvador.

Tabla No. 3 Total de personas con VIH diagnosticadas y están vivas por Clínica de Atención Integral, a diciembre 2015, El Salvador

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TOTAL CASOS DX VIVOS A LA FECHA (SUMEVE)
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENÉNDEZ AHUACHAPAN	508
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	1248
HOSPITAL NACIONAL DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	1425
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA	1788
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ DE CHALATENANGO	260
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	1884
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNANDEZ, ZACAMIL	2712
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	944
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	808
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	1142
HOSPITAL NACIONAL ' NTRA. SEÑORA DE FÁTIMA' DE COJUTEPEQUE	331
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	141
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	457
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE	324
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE USULUTÁN	361
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	1240
HOSPITAL NACIONAL 'DR. HÉCTOR HERNÁNDEZ FLORES', MORAZÁN	119
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	203
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM	373
HOSPITAL DE DE LA MUJER 'DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ'	236
OTROS ESTABLECIMIENTOS *	1169
TOTAL	17,673

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE 2015

* Dato de *otros establecimientos* corresponde a los casos VIH del Seguro Social, Sanidad Militar, que captan personas con VIH a través de pruebas y por tanto en algún momento han estado vinculadas a los servicios.

ACOTACIONES SOBRE LA SUMATORIA DE CASOS

Los datos presentados contienen filtro discriminando a los fallecidos, para efectos de la construcción de la cascada y que los datos sean verificables. Filtro que ha sido parte de las innovaciones al SUMEVE.

Es importante tener en cuenta que la Región Centro (SIBASI) incluye Hospital Rosales, Zacamil, Maternidad y Hospital de Niños Benjamín Bloom, por lo que una persona diagnosticada en cualquiera de ellos puede ser vinculada no necesariamente donde fue diagnosticada, sino a otro de los que corresponden a la misma región.

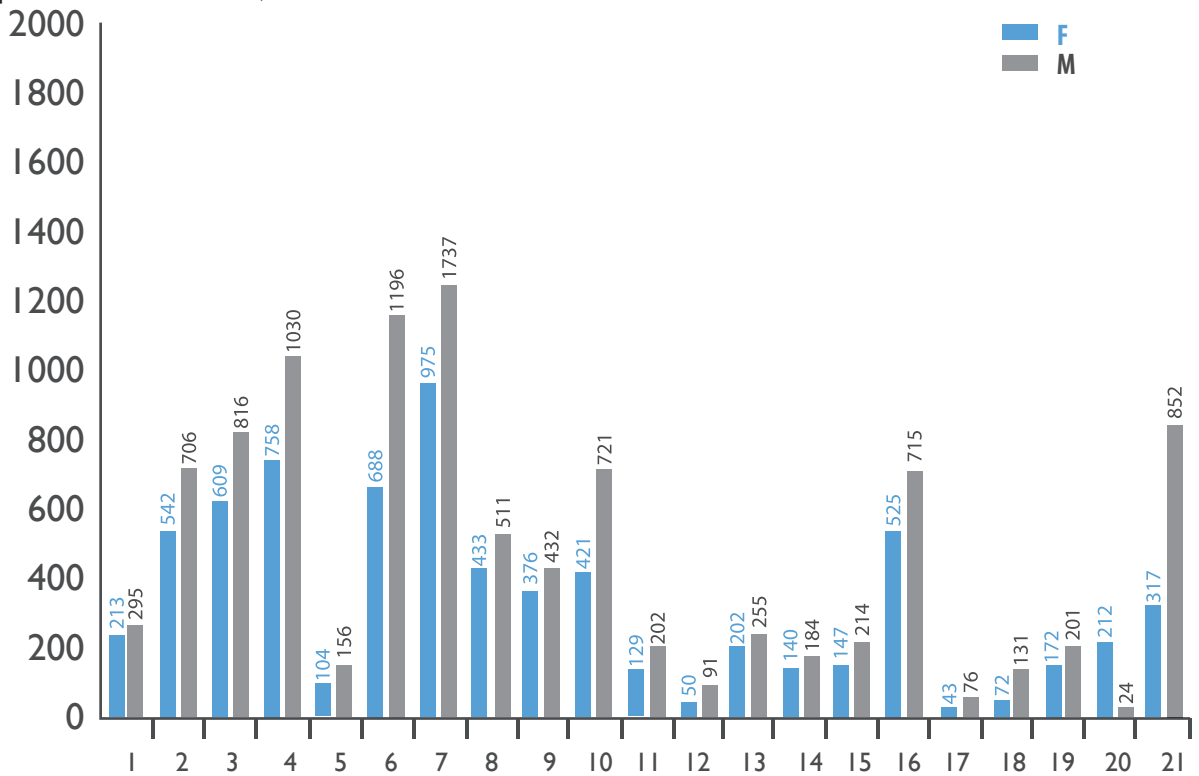
PERSONAS DIAGNOSTICADAS POR SEXO

Tabla No. 4 Total de personas con VIH diagnosticadas y están vivas desagregadas por Clínica de Atención Integral y por sexo a diciembre 2015, El Salvador

Nombre del CAI	PV diagnosticados	Hombre	Mujer
1. Hospital Francisco MeNéndez, Ahuachapán	508	295	213
2. Hospital San Juan de Dios, Santa Ana	1248	706	542
3. Hospital Dr. Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate	1425	816	609
4. Hospital San Rafael, Santa Tecla	1788	1030	758
5. Hospital Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango	260	156	104
6. Hospital Rosales, San Salvador	1884	1196	688
7. Hospital Dr. Juan José Fernández, Zacamil	2712	1737	975
8. Hospital Enfermera Angélica V. Najarro, San Bartolo	944	511	433
9. Hospital Dr. José Molina Martínez, Soyapango	808	432	376
10. Hospital Dr. José Antonio Saldaña	1142	721	421
11. Hospital 'Nuestra Señora de Fátima' de Cojutepeque	331	202	129
12. Hospital de Sensuntepeque	141	91	50
13. Hospital Santa Teresa, Zacatecoluca	457	255	202
14. Hospital Santa Gertrudis, San Vicente	324	184	140
15. Hospital San Pedro, Usulután	361	214	147
16. Hospital San Juan de Dios, San Miguel	1240	715	525
17. Hospital San Francisco, Morazán	119	76	43
18. Hospital de la Unión	203	131	72
19. Hospital de Niños Benjamín Bloom	373	201	172
20. Hospital de la Mujer 'Dra. María Isabel Rodríguez'	236	24	212
21. Otros establecimientos	1169	852	317
TOTAL	17673	10545	7128

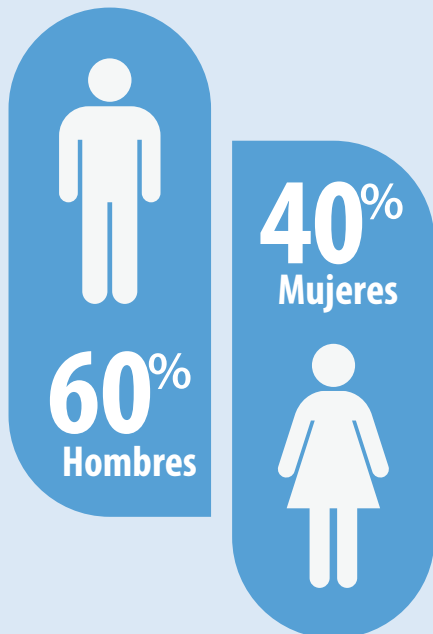
Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2015

Gráfica No. 1 Total de personas con VIH diagnosticadas y están vivas desagregadas por Clínica de Atención Integral y por sexo a diciembre 2015, El Salvador



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2015

Gráfica No. 2 Distribución porcentual de personas diagnosticadas con VIH por sexo a diciembre de 2015, El Salvador.



En cuanto a la distribución descrita en el gráfico anterior, por sexo PV, fue evidente el predominio del sexo masculino.

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2015

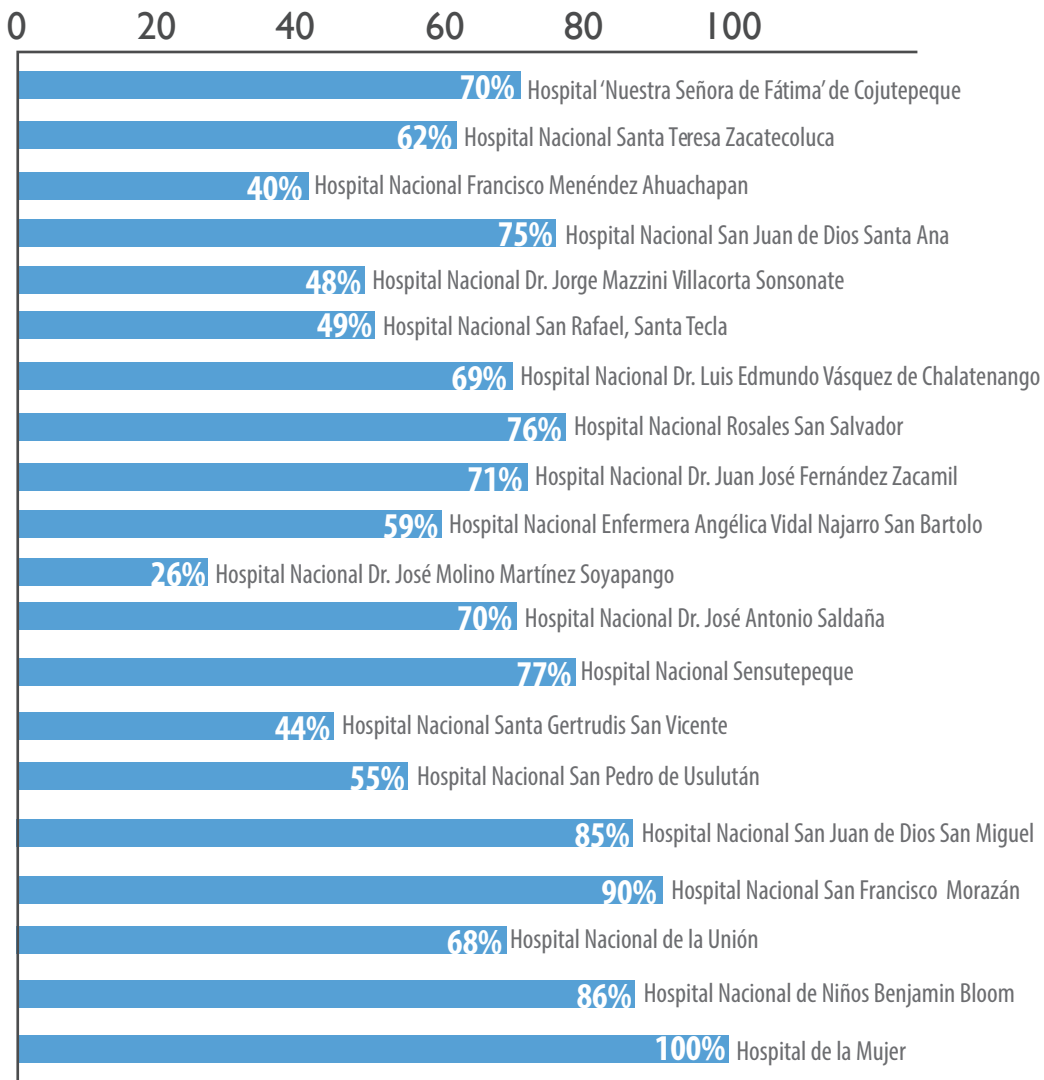
Tabla No. 5 Número y porcentaje de personas con VIH vinculadas, retenidas, en tratamiento antirretroviral y adherentes por Clínica de Atención Integral a diciembre, El Salvador 2015

Nombre del CAI	Personas vinculados a Cuidado	Personas Retenidos	Personas activas en TAR	% de personas con TAR	Personas CV menor 1000	Personas CV menor 20	% Personas CV menor 1000	% Personas CV menor 20
H. Francisco Menéndez, Ahuachapán	388	241	228	95%	92	77	40%	34%
H. San Juan de Dios, Santa Ana	1129	933	859	92%	648	481	75%	56%
H. Dr. Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate	1155	840	773	92%	369	256	48%	33%
H. San Rafael Santa Tecla	1545	1088	1011	93%	499	372	49%	37%
H. Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango	217	145	136	94%	94	74	69%	54%
H. Rosales, San Salvador	1689	1110	1046	94%	794	612	76%	59%
H. Dr. Juan José Fernández, Zacamil	2057	1281	1132	88%	806	677	71%	60%
H. Enfermera Angélica V. Najarro, San Bartolo	700	426	373	88%	221	170	59%	46%
H. Dr. José Molina Martínez, Soyapango	566	323	309	96%	79	76	26%	25%
H. Dr. José Antonio Saldaña	958	630	566	90%	394	287	70%	51%
H. 'Nuestra Señora de Fátima' de Cojutepeque	264	202	179	89%	126	91	70%	51%
H. de Sensuntepeque	118	100	90	90%	69	56	77%	62%
H. Santa Teresa, Zacatecoluca	318	203	166	82%	103	69	62%	42%
H. Santa Gertrudis, San Vicente	279	191	181	95%	80	75	44%	41%
H. San Pedro, Usulután	278	191	172	90%	95	78	55%	45%
H. San Juan de Dios, San Miguel	980	664	590	89%	500	250	85%	42%
H. San Francisco, Morazán	95	60	49	82%	44	35	90%	71%
H. de la Unión	126	93	88	95%	60	44	68%	50%
H. de Niños, Benjamín Bloom	343	280	273	98%	235	214	86%	78%
H. de la Mujer 'Dra. María Isabel Rodríguez'	217	59	42	71%	42	36	100%	86%
Otros establecimientos**	43	0	0	0%	0	0	0%	0%
Total	13465	9060	8263	91%	5350	4030	65%	49%

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH El Salvador. SUMEVE cohorte 2015

** "No existe registro en SUMEVE a partir de Pilar 4"

Gráfica No. 3 Porcentaje de persona con VIH en terapia antirretroviral con cargas virales menores a 1000 copias por ml, por Clínicas de Atención Integral en VIH, a diciembre 2015, El Salvador



Para verificar diferencias en el comportamiento de la adherencia por clínica de VIH, ver Anexo II. Comparativo de comportamiento de adherencia 2013-2015 por CAI.

Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2015

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN VIH

RESULTADOS COMPARATIVOS 2013-2015

Tabla No. 6 Resultado de pilares de la Cascada del Continuo de la Atención: estimación, ligados y retenidos a centros de atención integral, en TAR y con supresión viral menor a 1000 y a 20 por mL, El Salvador 2013.

INDICADOR	VALOR	% SOBRE EL ESTIMADO
Estimación de Personas con VIH. Spectrum	23,000	100%
Total de Personas que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH	15,792	69%
Total de PV que conocen su diagnostico y han estado ligadas a cuidado	11,180	49%
Total de PV y están retenidas a cuidado	7,873	34%
Total de PV en TAR	7,196	31%
Total PV en TAR con CV menor de 1000 copias/mL	5,080	22%
Total de PV en TAR con CV menor de 20 copias/mL	3,738	16%

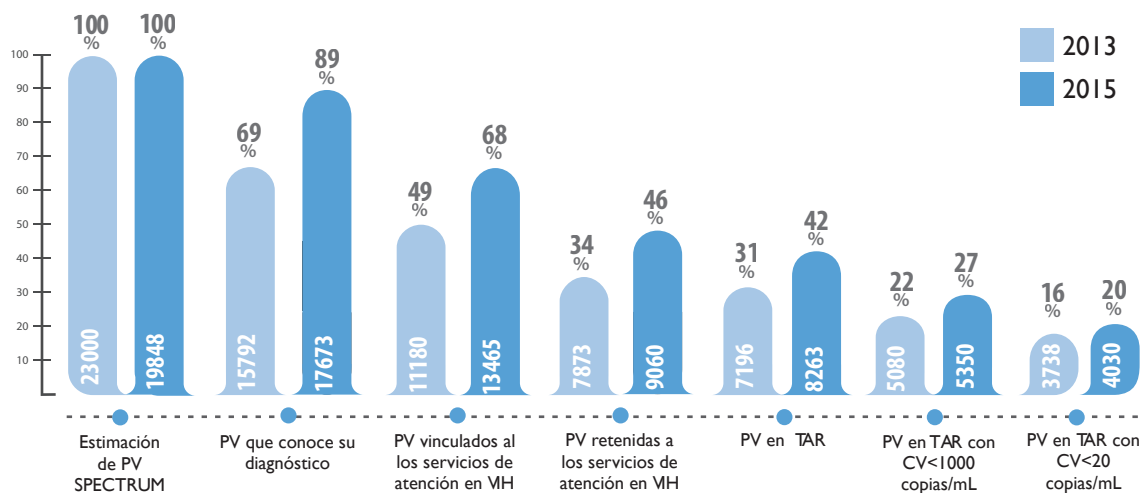
Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2013

Tabla No. 7 Resultado de pilares de la Cascada del Continuo de la Atención: estimación, ligados y retenidos a centros de atención integral, en TAR y con supresión viral menor a 1000 y a 20 por mL, El Salvador 2015.

INDICADOR	VALOR	% SOBRE EL ESTIMADO
Estimación de Personas con VIH. Spectrum	19,848	100%
Total de Personas que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH	17,673	89%
Total de PV que conocen su diagnostico y han estado ligadas a cuidado	13,465	68%
Total de PV retenidas a cuidado	9,060	46%
Total de PV en TAR	8,263	42%
PV con TAR en CV menor de 1000 copias/mL	5,350	27%
PV en TAR en CV menor de 20 copias/mL	4,030	20%

Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2015

Gráfico No. 4 Resultados de Cascada del continuo de atención en VIH, 2013 y 2015, El Salvador



Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2013 y 2015

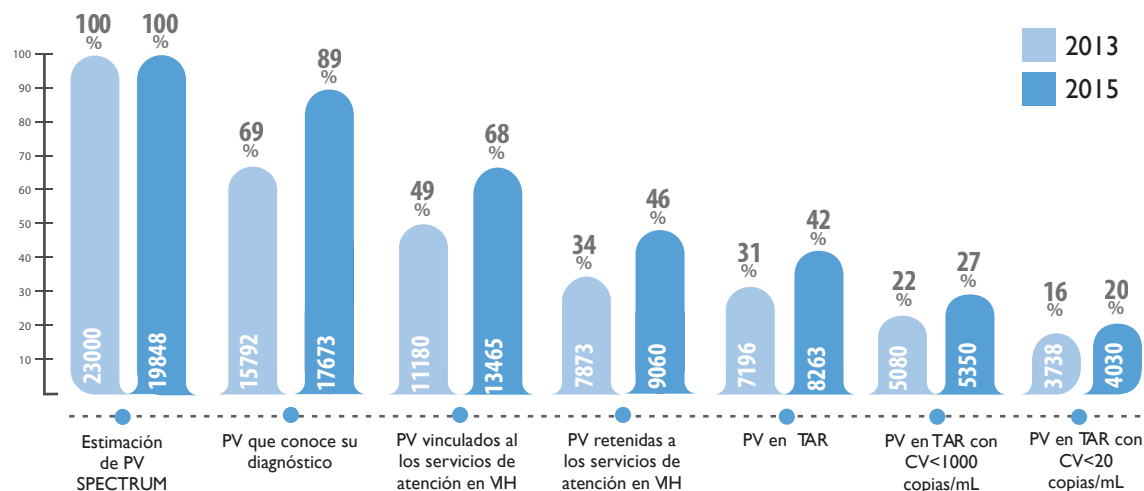
Tabla No. 8 Resultado de Cascada del continuo de atención en VIH por sexo y por grupo de edad, menores y mayores de 15 años, a diciembre de 2015, El Salvador

Pilares de la Cascada	Masculinos				Femeninos			
	0 a 15 años	15 a más años	Cascada para población masculina de 15 años a más	Total	0 a 15 años	15 a más años	Cascada para población Femenina de 15 años a más	Total
Estimación de PV	*	12,794	100%	12,794	*	7,054	100%	7,054
Población diagnosticada con VIH	143	10,509	79%	10,651	157	6,864	94%	7,022
PV ligadas al servicio de salud	143	7,552	69%	7,696	148	5,622	78%	5,769
PV Retenidas al servicio de salud	96	5,013	72%	5,109	100	3,851	74%	3,951
PV en TAR	92	4,571	91%	4,663	97	3,503	91%	3,600
PV en TAR con < 1000 copias de CV /ml	82	2,884	63%	2,966	82	2,302	66%	2,384

Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2015

* La estimación nacional de personas con VIH menor de 15 años al momento de elaborar el presente informe no existe en el país.

Gráfica No. 5 Resultado de Cascada del continuo de atención en VIH por sexo y por grupo de edad, menores y mayores de 15 años, a diciembre de 2015, El Salvador



Fuente: datos del SUMEVE, Dirección de Vigilancia de la Salud, diciembre 2015

Descripción de los Datos obtenidos en la construcción de la Cascada del Continuo de la 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 2015. Programa Spectrum.
 - o **Total: 19,848 personas.**
- Pilar No.2:** Número de PV que conocen su diagnóstico de VIH/Sida a diciembre del 2015. División de Vigilancia Sanitaria.
 - o **Total: 17,673 personas**
 - o Porcentaje: $17,673/19,848 = 89\%$
- Pilar No.3:** Número de PV que conocen su diagnóstico y están vinculados a servicios de atención, (PV con y sin tratamiento antirretroviral).
 - o Suma de PV con TAR + No TAR
 - o **Total = 13,465 personas**
 - o Porcentaje: $13,465/19,848 = 68\%$

- Pilar No.4:** Número de PV 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 = 9,060**
 - o Porcentaje: $9,060/19,848 = 46\%$
- Pilar No.5:** Número de PV activos en TAR reportados activos al Programa Nacional de VIH/Sida a diciembre del 2015.
 - o **Total=8,273 personas**
 - o Porcentaje: $8,263/19,848 = 42\%$
- Pilar No.6:** Número de PV con Carga viral suprimida <1000 copias/ml
 - o **Total : 5,353 con CV <1000 copias/ml**
 - o Porcentaje: $5,353 / 19,848 = 27\%$
- Pilar No.7:** Número de PV con Carga viral suprimida <20 copias/ml
 - o **Total : 4,030 con CV <20 copias/ml**
 - o Porcentaje: $4,030 / 19,848 = 20\%$

INDICADOR DE SOBREVIDA

CONSIDERACIONES

Periodo de información: Pacientes vivos entre 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, y que comenzaron TAR en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.

Numerador: No requirió que los pacientes estuviesen en terapia ARV de forma constante durante los 12 meses del periodo. Los pacientes pueden no haber acudido a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, o haber suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes e incluidos en el numerador. (Siguen activos según expedientes médicos y vuelven a llegar siempre dentro mismo rango de tiempo).

Por el contrario, los pacientes que han fallecido, dejado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del comienzo del tratamiento (Ya no vuelven al servicio) NO se incluyeron en el numerador.

Denominador: El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia ARV inicial, en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses. Esto comprende a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretrovírica como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

A nivel del establecimiento de salud, el número de adultos y niños en terapia a los 12 meses incluyó a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo

de 12 meses, más aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que reflejará la cohorte neta actual de cada establecimiento.

De la misma forma, los primeros se tuvieron en cuenta tanto para el numerador como para el denominador.

A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debía cuadrar con el número de pacientes excluidos.

Por lo tanto, la cohorte neta actual (el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados más los excluidos) a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.

Acotación necesaria: El uso de este denominador puede subestimar la “supervivencia” real, puesto que una proporción de los pacientes perdidos para el seguimiento están vivos. El número de personas con vida y en terapia ARV (es decir, mantenimiento de la terapia) en una cohorte de tratamiento queda reflejado aquí.

Para una interpretación global de la supervivencia, se debieron recopilar los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica en el grupo de terapia inicial por lo menos 12, 24 y 36 meses antes del final del periodo de información.
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica 12, 24 y 36 meses después de iniciar el tratamiento.

Tabla No. 9 Porcentaje de sobrevivencia de personas con VIH a 12 meses después de iniciar tratamiento antirretroviral, a diciembre 2015, El Salvador

INDICADOR DE SOBREVIVENCIA (% DE PV QUE CONTINUAN TAR 12 MESES DESPUES DE INICIO)

(Periodo correspondiente de la cohorte de inicio de TAR Enero a Diciembre 2014)

Numerador	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.	841	77.9%
Denominador	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaban en el plazo de notificación para el periodo de 12 meses desde el inicio de terapia.	1,079	

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)

Tabla No. 10 Porcentaje de sobrevivencia de personas con VIH a 24 meses después de iniciar tratamiento antirretroviral, a diciembre 2015, El Salvador

INDICADOR DE SOBREVIVENCIA (% DE PV QUE CONTINUAN TAR 24 MESES DESPUES DE INICIO)

(Periodo correspondiente de la cohorte de inicio de TAR Enero a Diciembre 2013).

Numerador	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 24 meses de iniciar el tratamiento.	852	70.3%
Denominador	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaban en el plazo de notificación para el periodo de 24 meses desde el inicio de terapia.	1,212	

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)

Tabla No. 11 Porcentaje de sobrevivencia de personas con VIH a 36 meses después de iniciar tratamiento antirretroviral, a diciembre 2015, El Salvador

INDICADOR DE SOBREVIVENCIA (% DE PV QUE CONTINUAN TAR 36 MESES DESPUES DE INICIO)

(Periodo correspondiente de la cohorte de inicio de TAR Enero a Diciembre 2012).

Numerador	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 36 meses de iniciar el tratamiento.	852	71.1%
Denominador	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaban en el plazo de notificación para el periodo de 36 meses desde el inicio de terapia.	1,199	

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)

V. DISCUSIÓN

Para el año 2015, el país optimizó su proceso de estimación de personas con VIH, a partir de la incorporación de variables propias del país, basadas en talla poblacional de HSH y MTS a la herramienta específica del sistema de modelaje de estimaciones SPECTRUM, tomando en cuenta los datos que tiene el PNS identificados.

La reducción de la estimación de personas viviendo con VIH, impacta significativamente los resultados de la cascada 2015, ya que se reduce el denominador de todos los pilares. El cumplimiento hacia la meta de país de tener el 90% de personas con VIH diagnosticadas es casi alcanzado. Además el ajuste a la estimación de personas con VIH, afecta el análisis de la optimización de los pilares subsiguientes para la identificación de brechas o buenas prácticas.

COMPORTAMIENTO DE LA ADHERENCIA

Tomando en cuenta que la adherencia se define como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, para mantener el cumplimiento riguroso del mismo, de acuerdo a los resultados obtenidos, el 27% de personas con VIH con TAR del total de estimados tienen supresión de CV <1000 copias/ml. Con relación al total de personas en TAR y supresión viral un 65% son adherentes, es decir, de cada cinco PV en TAR 3 de ellos realiza el tratamiento correctamente.

Comparativamente con el año 2013, se refleja una baja en la adherencia en general del 71% al 65% (Ver anexo 10). De acuerdo al análisis realizado con los prestadores de salud de cada una de las CAI, esta variación en los porcentajes de la adherencia puede ser debido a:

Factores sociales diversos: la violencia social, que hace inaccesible para el PV el acercamiento a los establecimientos de salud o riesgo de proveedores de salud para realizar visita domiciliaria para dar seguimiento efectivo al tratamiento. La migración interna como externa de los PV por motivos de estigma y discriminación e inaccesibilidad a los centros penales, entre otros.

Factores institucionales: estrategias educativas, de apoyo, de acercamiento y seguimiento a los PV diversas, que han variado de acuerdo a los contextos sociales de cada una de las regiones de salud. Personal de salud asignado a cada una de las CAI en algunas ocasiones insuficiente para llevar a cabo intervenciones de campo o seguimiento al tratamiento casa por casa.

Factores individuales: considerables índices de alcoholismo y drogodependencia con predominio del área urbana y en personas jóvenes. Es de tomar en cuenta que esta contextualización social, institucional e individual es más marcada en algunas regiones del país que en otras, lo cual podría marcar diferencias significativas en las PV y su adherencia al tratamiento.

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

Con los resultados del informe podemos confirmar los datos estadísticos nacionales y regionales, que reportan que el sexo masculino sigue siendo el de mayor prevalencia de infección de VIH. A nivel nacional se está reportando un 60% casos del sexo masculino contra un 40% del sexo femenino. La tendencia en cada una de las clínicas es similar.

Con respecto al número de pacientes diagnosticados a la fecha, un 89% conocen su diagnóstico con respecto a lo proyectado para El Salvador al año 2015, lo cual indica que el país está a un punto porcentual de la meta para el 2020. Comparativamente con la línea de base 2013 el país estaba a 21 puntos porcentuales distantes (69%).

Lo anterior responde a mejora en la captación de la población para la realización de la prueba de VIH y una mejor estimación de personas viviendo con VIH. Para la construcción de este pilar de la cascada el dato responde a una base de datos totalmente depurada de fallecidos, lo que contribuye a una mejor calidad de información.

Resultado de las modificaciones efectivas en la captación de datos del SUMEVE, que permite discriminar y limpiar la base datos, reportando adecuadamente la mortalidad y reflejando datos más fidedignos a través de las fichas

FVIH05 y FVIH01, han incrementado la calidad del dato y registro oportuno.

En la construcción de los pilares 3 y 4 se observa un ligero incremento porcentual en ambos con respecto a la línea de base, siendo para el pilar 3 (pacientes ligados/vinculados a los servicios) un 68% y para los retenidos un 46% en comparación al año 2013 que reflejó un 49% y 34% respectivamente.

Resultados fidedignos y confiables ya que obtener los datos del SUMEVE evita la posibilidad de duplicidad de datos a diferencia de registros manuales o individuales por hospital. Actualmente hemos logrado captar, vincular y retener más PV sin embargo estamos distantes a cumplir la meta del 90-90-90.

El pilar 5 arrojó que 8,263 PV (42%) están actualmente en TAR a nivel nacional, habiendo superado 11 puntos porcentuales (31%) que arrojó la base de datos 2013.

En cuanto a los PV con carga viral suprimida **<100 copias únicamente el 27% refleja efectividad del tratamiento antirretroviral**, a nivel nacional. Dato importante en cuanto a su interpretación, ya que solo se superó por 6 puntos porcentuales en relación a la línea de base que reportaba el 22%.

Por lo que es importante buscar las estrategias que mejoren este porcentaje. Estrategias tanto institucionales como comunitarias e individuales, tales como buscar la intersectorialidad, promover y educar sobre la importancia de adherencia al tratamiento, para evitar re infecciones, cepas resistentes y disminución de la efectividad del medicamento con el que cuenta el país. Educación en la población es vital así como el acercamiento a las poblaciones vulnerables y con VIH.

Relativo a los con carga viral indetectable <20 copias actualmente hemos alcanzado únicamente 4030 pacientes constituyéndose un 20% a nivel nacional (4 puntos porcentuales por arriba al dato reportado en la línea de base).

Durante la recopilación de datos en los talleres por región de salud se evidenciaron brechas en el tema de seguimiento en las clínicas de atención integral por la situación social (violencia, zonas restringidas por pandillas, entre otros factores), así como también

aspectos de adherencia y resistencia al tratamiento, tanto por aspectos del individuo como la familia, comunidad y sociedad. Siendo El Salvador, uno de los países con epidemia concentrada en población clave, se buscó información en la base de datos oficial de país, para poder construir cascada por población específica y con ello identificar brechas y determinar acciones.

Como resultado de dicho esfuerzo se concluyó que no existe registro en la base de datos de esta información, debido a que al período del informe no era un dato de captura obligatoria y no se tenía posibilidad de modificarlo posterior al registro de vinculación. Lo anterior brindó una oportunidad para fortalecer el sistema de información en tal sentido, pudiendo registrar a posteriori dicha información en el sistema y mejorar el análisis para los subsecuentes ejercicios en el país.

INDICADOR DE SOBREVIDA

Para el cálculo de indicador de supervivencia, la información prioritaria fue la supervivencia global, es decir, período desde la administración de tratamiento antirretroviral hasta el último control realizado o fallecimiento del paciente, dentro del período de análisis.

En el país se realizó el seguimiento del mantenimiento de la terapia antirretroviral a los 12, 24 y 36 meses y se pretende realizarlo anualmente en lo sucesivo para permitir la comparación a lo largo del tiempo de la supervivencia relacionada con la terapia ARV.

De esta forma, ha sido posible identificar si la supervivencia a los 12 meses aumenta ó disminuye en el curso del tiempo. Sin embargo, no es posible atribuir la causa específica de estos cambios.

El mantenimiento de la terapia antirretroviral a los 12 meses debe interpretarse en función de las características iniciales de la cohorte de pacientes al comienzo de la terapia. La mortalidad fue más elevada en centros donde los pacientes accedieron a la terapia en una etapa más tardía de la infección.

Por lo tanto, la recopilación de datos y la información sobre la supervivencia en relación con los resultados de tratamientos más prolongados pueden proporcionar una idea mejor de la eficacia a largo plazo de la terapia contra el VIH.

ANÁLISIS DE BRECHAS PARA DIAGNÓSTICO, VINCULACIÓN, RETENCIÓN Y SUPRESIÓN VIRAL DE PV 2013-2015

DIAGNOSTICADOS

Son múltiples las razones por las que se ha evidenciado un incremento de 20 puntos porcentuales en el diagnóstico de personas VIH, con respecto a la línea de base al año 2013 (del 69% al 89%) a nivel nacional. Dentro de ellas podríamos mencionar que actualmente hay dos laboratorios más para la confirmación de prueba de VIH a nivel nacional (uno para la región Occidente y otro para región Oriente), además de mayor accesibilidad en servicios del primer nivel de atención en salud, con un incremento en personas que están siendo diagnosticadas y asignadas a los hospitales de referencia.

Por otro lado, hay un porcentaje de pacientes que provienen de otros países como Guatemala, Honduras, Belice y también son diagnosticados en el Hospital de referencia, ya sea cuando son sometidos a procedimientos quirúrgicos, ingreso para tratamiento de infección oportunista o son donante de sangre. Este grupo sólo es diagnosticado en el país y no retenidos en los servicios de salud, o bien es diagnosticado en un establecimiento y vinculado a otro según preferencia de la persona.

VINCULACIÓN Y RETENCIÓN

Con respecto al porcentaje de personas vinculadas y retenidas podemos observar un incremento de 19 y 12 puntos porcentuales, respectivamente en relación a los datos del 2013, alcanzando únicamente un 68% y 46% actualmente. La dificultad para la vinculación de personas diagnosticadas, se puede evidenciar mucho más en los diagnósticos realizados en “otros establecimientos”, en los cuales para el año 2015 solo se logró vincular un 4% (43 de 1169).

La información documentada refleja la teoría que una vez han sido diagnosticados existen múltiples factores que influyen para no ser retenidos en los servicios, como por ejemplo: migrantes internos y externos, el seguimiento a los privados de libertad que han salido libres o trasladados a otro centro penitenciarios, algunos pocos falsos positivos de VIH; pacientes que son vendedores ambulantes, entre otros. Sin obviar que en los últimos dos años ha habido un incremento

de la violencia social y un aumento de pacientes que pertenecen a pandillas, fallecidos por este motivo y delincuencia. Lo último descrito, induce a medidas extraordinarias de seguridad, obligando a cambio de domicilio, abandono de controles a citas y por lo tanto abandono de TAR.

Una de las estrategias que se ha planteado para poder avanzar en estas brechas persistentes en relación a las metas 90-90-90, es que a nivel nacional se ha determinado que una vez diagnosticado un paciente en los servicios hospitalarios se le realice seguimiento cercano por personal de salud del CAI a fin de realizar carga Viral y CD4 basal y poder vincular a la atención y posterior seguimiento para su retención a la atención. Esta estrategia ha sido uno de los beneficios de la descentralización de las pruebas especiales de seguimiento desde mediados del 2015.

TRATAMIENTO Y SUPRESIÓN

En cuanto al tratamiento ha habido un incremento del 31% (2013) al 42% (2015) que puede deberse al análisis y manejo más individualizado de cada caso de persona con VIH que se está llevando a cabo en las CAI. Así, las personas que no están recibiendo TAR se les pueden iniciar de forma oportuna el mismo de acuerdo a estrategia 2.0, la última guía de la OMS y las guías internacionales actualizadas.

Relacionado al tema de la supresión de CV (adherencia al tratamiento) en comparación con la línea de base (2013), existen tres clínicas que presentan aumento en sus porcentajes de adherencia (según carga viral <1000 copias/ml) y/o han permanecido estables en ambas mediciones.

Dentro de estas clínicas podemos mencionar: Morazán de un 70% al 90%; San Miguel de un 72% al 85%; Santa Ana, Hospital de Sensuntepeque y Hospital de Maternidad que no varían de 75%, 77% y 100% respectivamente.

Estas clínicas han implementado algunas estrategias efectivas como por ejemplo: la caracterización de la población que asiste a las CAI (alcoholismo y drogas, factores económicos, negativa de permisos laborales para asistir a citas, personas viviendo en zonas de riesgo social, entre otras), con el fin de mejorar las actividades de intervención en cuanto a la distribución de TAR o entrega domiciliar.

Una mejora sustancial es la accesibilidad a la pruebas especiales debido a la descentralización de estas, cooperación de ONG's en acompañamiento a pacientes en sus primeros seis meses de TAR, grupos de apoyo, apoyo de promotores de salud y mejora en las pautas terapéuticas de inicio.

VI. CONCLUSIONES

1. Resultado del ajuste de la estimación (Spectrum) de personas con VIH para el año 2015, refleja un panorama más aproximado a la realidad del continuo de la atención en VIH en el país, siendo un aspecto a considerar en el análisis de los pilares de la cascada.
2. Los datos del informe demuestran que el país está a un punto porcentual de lograr la meta propuesta para el año 2020, que el 90% de las personas estimadas con VIH, hayan sido diagnosticados y estén vivos.
3. De manera general, se puede concluir que entre las cascadas nacionales 2013 -2015, existe una leve mejora en todos los pilares. Los resultados evidencia una diferencia de 20 puntos porcentuales para Pilar 2: diagnosticados con VIH, por encima de las reportadas durante la realización de la línea de base 2015; 4 y 5 puntos porcentuales para Pilares 6 y 7.
4. La adherencia según pilar 6 de cascada del continuo de la atención en VIH, para el año 2015 mejoró en 5 puntos porcentuales con relación a la línea basal. (22% a 27%).
5. La adherencia a nivel global con relación a personas en tratamiento se reduce 6 puntos porcentuales (71% -65%), no obstante, cinco clínicas presentan un aumento o estabilidad en sus porcentajes de adherencia.
6. Las clínicas de VIH que alcanzan más del 85% de adherencia están ubicadas en: Hospital de Maternidad (Hospital de transición) con el 100%, Hospital de Niños Benjamín Bloom con el 86% y Hospital Nacional San Francisco Gotera Morazán con un 90%.
7. Para el año 2015, el país reporta una sobrevida a 12 meses en TAR de 78%, a 24 meses de 70% y a 36 meses de 71%.
8. Los resultados evidencian un diferencia de 21 puntos porcentuales entre pilar 2 y 3, que es persistente en el proceso de vinculación.
9. El detalle por sexo en este informe puede concluir que existe un porcentaje mayor de hombres en control, con resultado de 60% contra un 40% de mujeres.
10. Las principales brechas identificadas por los prestadores de salud de las clínicas para lograr la adherencia, se identificaron principalmente los problemas sociales, dependencia al alcohol y drogas, movilización social (migración) y población en centros penales los cuales dificultan el seguimiento y retención de los PV.
11. El sistema de información oficial de país no dispone de información de registró de población clave para el período de reporte, que permitiera construir cascadas de continuo de la atención en VIH por poblaciones clave.

VII. LIMITACIONES

1. Algunos aspectos de la línea de base no podrán ser comparables, puesto que en la actual medición se tomaron SÓLO los datos que reporta el Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de Vigilancia Epidemiológica, sin hacer cotejos de campo: libros y bases de datos propias por hospital.
2. Uno de los cambios significativos durante la actual medición, es que la región central reporta la sumatoria de casos por área geográfica, estos datos podrían ser duplicados durante la vinculación (Pilar 3), caso contrario cuando se construye el pilar 4, que solo incluye los retenidos en los servicios.
3. Aún no existe asociación entre el personal de las CAI (COORDINADORES Y DIGITADORES) para una adecuada eficacia en el vaciado de información, que requieren los nuevos elementos que ofrece la plataforma del SUMEVE para la construcción de la cascada.
4. En el sistema de información, no se obtuvo información de población clave.
5. El proceso estandarizado para capturar la información aún está en la etapa de capacitación de personal responsable y persisten algunas dudas al respecto.
6. La falta de disposición de uso de internet estable para acceder al SUMEVE en algunas de las CAI, que permita consolidar y obtener la información necesaria y estandarizada para construir la Cascada del Continuo de la Atención con todos sus parámetros.
7. La cuantificación numérica que implica la construcción de la cascada, no permite la valoración de aspectos sociales que puedan afectar adherencia al tratamiento, por lo que el análisis favorable o no al respecto podría no ser integral.
8. No se cuenta con información de Instituciones como ONG's, Instituto del Seguro Social (ISSS) en el SUMEVE, por lo que los datos que se presentan corresponden a referencias sin verificación
9. No se cuenta en el sistema con registro de muertes sucedidas fuera de los servicios de salud.
10. La Cascada del continuo de atención en VIH 2015 para menores de 15 años no se pudo elaborar debido a que el país no contaba con la estimación para este rango de edad al momento del informe.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Seguir sistematizando los procesos de adherencia con flexibilidad a determinantes especiales (Guía estandarizada del Programa Nacional)
2. Capacitar y actualizar a los equipos multidisciplinarios, especialmente a sus digitadores en el uso y beneficios del SUMEVE y sus modificaciones
3. Socializar a nivel nacional las nuevas pestañas de la plataforma para captar información de la cascada, que servirá para la construcción y seguimiento de ésta en futuras oportunidades.
4. Homogenizar procesos de recolección de datos y mantenerlas lo más actualizado posible.
5. 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.
6. Fortalecer los equipos multidisciplinarios y sus capacidades para brindar atención de calidad, para que se retomen actividades de intervención que favorezcan el tratamiento y su adherencia.
7. 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 necesarias y cumplir las metas 90-90-90 proyectada para el 2020.
8. Evaluar el trabajo de las RIIS en su compromiso con el VIH y la promoción de Adherencia.
9. Investigar las causales de reducción en porcentaje de adherencia entre los resultados por clínica en informe 2013 y 2015 para proponer mecanismos o estrategias.
10. Identificar estrategias que favorezcan la adherencia, en aquellas personas que por condición económica (no tener dinero para asistir a retiro de medicamentos) o no contar con permiso en el trabajo o no querer pedir permiso para evitar divulgar diagnóstico abandonan la atención.
11. Normar y monitorear el registro de población clave por el equipo multidisciplinario, actualización en el sistema oficial y sensibilizar en el reporte de los datos.
12. Propiciar el registro de información de CD4 y carga viral basal y cuando se inicie tratamiento, a fin de aportar datos para el análisis de información y toma de decisiones encaminadas al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS 2015 para Test and Start.

IX. OPORTUNIDADES DESPUÉS DEL INFORME

1. Trabajo coordinado con MINSAL y otras agencias que intervienen en la respuesta al VIH.
2. Medición de efectividad en trabajo Intersectorial.
3. Apoyo Regional y Político (COMISCA)
4. Estandarización en medición de Adherencia a nivel regional.
5. Obtención de datos confiables, válidos y actualizados sobre la situación del VIH a nivel país.
6. Estimaciones específicas a nivel municipal de población clave (HSH, Trans, MTS) y población pediátrica.
7. Sistematizar y expandir experiencias de clínicas de VIH que han mejorado la adherencia.

X. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El protocolo actualizado y el informe final fueron discutidos con el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida de El Salvador y USAID| Proyecto Capacity Centroamérica.

XI. ASPECTOS ÉTICOS

Al no realizarse ningún tipo de intervención en pacientes o con trabajadores de la salud, el protocolo no fue sometido al comité de ética, sin embargo representa una forma sistematizada de obtener información estratégica de tipo epidemiológico y de salud pública a nivel nacional y regional.

XII. 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 la nueva medición de Adherencia a nivel nacional, a través del análisis de los pilares de la cascada 2015.

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 los talleres por región de salud, el cálculo del dato de proyección nacional y ha dado 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 actualizo la base de datos matriz -proveniente del SUMEVE-, con las variables a incluirse dentro del estudio de Adherencia.

Al personal de las clínicas de atención integral que asistieron a los talleres y que brindaron todo su apoyo para la obtención de los datos de la manera más fidedigna y manifestaron su compromiso de seguir trabajando para las personas que viven con VIH.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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



ANEXOS

ANEXO No. 1

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

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

I.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	La infección por el VIH se ha convertido en un importante problema de salud pública, siendo crucial el seguimiento de la evolución de la epidemia y del impacto de las intervenciones. Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Sesión de las Naciones Unidas de la Asamblea General sobre el VIH y el SIDA (UNGASS) se han fijado objetivos de reducción de la prevalencia del VIH.
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	El número estimado de personas con infección por el VIH que están vivos en un momento determinado, por ejemplo "en el 2012".
Denominador	No aplica
Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de proyección Spectrum¹ ; en este caso, se usaron 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).
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	La mayoría de los países no realizan estudios de prevalencia del VIH en la población general por su costo elevado y complejidad de implementación. Con procedimientos de modelaje es posible obtener datos del número de personas infectadas por sexo, edad y sub-grupos poblacionales. La calidad de estos cómputos está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos, así como la calidad y representatividad de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.
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 PVV corresponde a la primera barra de la cascada del continuo de la atención y es utilizado como denominador para la construcción de los indicadores de la cascada.

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 PVV: 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, notificadas y que siguen vivas en el período de referencia (por ejemplo a Diciembre 2012). Desagregación por subgrupos, por ejemplo HSH: Número de HSH que han sido diagnosticados y notificadas 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. 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 es mayor el número de personas con VIH que acceden a los servicios de atención y tratamiento. Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes diagnosticados a la atención.
Lo que mide	Este indicador mide, de forma transversal, la proporción de personas que reciben servicios de atención al VIH (por ejemplo que hayan tenido al menos un recuento de linfocitos CD4 y/o una carga viral y/o un retiro de medicamentos TAR y/o una consulta en servicios de atención al VIH) en el período de análisis.
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	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
Desglose	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Grupo de edad: 0-4, 5-14, ≥15
Puntos fuertes y débiles	<ul style="list-style-type: none"> • Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención a salud, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el período.

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

Fundamento	Lograr que las personas con VIH se mantengan en el proceso de atención es fundamental para obtener resultados óptimos en materia de salud. En el caso de las personas que no muestran signos que indiquen la necesidad inmediata de recibir TAR, las consultas médicas ofrecen la oportunidad de detectar, prevenir y tratar otras afecciones y condiciones comórbidas y la monitorización clínica y de laboratorio, con el fin de iniciar el TAR tan pronto como se presenten indicios de que es el momento oportuno para hacerlo.
Lo que mide	Número y porcentaje de personas con infección por el VIH en servicios de atención que: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 elVIH y porcentaje respecto del total de PV (cuarto pilar de la cascada).

Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<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"> • Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación y retención de las personas con diagnóstico de infección por elVIH 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 delVIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por elVIH. La terapia antirretroviral es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva en reducir la mortalidad y morbilidad entre las personas conVIH. 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 conVIH que lo necesitan.
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral al final del período de notificación.
Denominador	Número estimado de niños y adultos viviendo con elVIH en el mismo período de notificación.
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 delVIH, 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 delVIH aunque no tiene en consideración que, según los criterios nacionales, no todas las personasVIH+ 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 a 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.
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-I 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 por 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.

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

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 se obtiene al menos tres veces en el año, mientras que la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral una vez al año.

Personas en tratamiento antirretroviral

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

Desglose

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

Personas con carga viral suprimidas

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

ANEXO No. 2

SOLICITUD DE DATOS POR HOSPITAL NECESARIOS PARA CONSTRUCCIÓN DE CASCADA 2015.

NOTA DE INVITACIÓN

Actualmente USAID/Proyecto Capacity Centroamérica se encuentra realizando un Informe para evaluar el Continuo de la Atención, a través de la nueva medición de adherencia al TAR mediante la construcción de la CASCADA a diciembre 2015.

Por lo que de la manera más atenta se solicitará el apoyo de las diferentes Clínicas de Atención Integral en VIH en cuanto a:

1. Su participación en el Taller por región en la que asistirán los representantes de cada una de las Clínicas de Atención Integral.
2. A la vez se solicita tengan y lleven preparados los siguientes datos que se utilizaran para construir la Cascada del Continuo de la Atención 2015 que servirá para dar evaluar brechas superadas detectadas en las CASCADAS 2013 (línea base) con el fin de medir niveles de adherencia en El Salvador:

- **Primer Pilar:** Número estimado de personas con VIH que están vivas en un momento determinado (2015) a través del Modelo de proyección de Spectrum/ PNS (Colaboración del Programa Nacional).
- **Segundo Pilar:** Número de personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el periodo de referencia (a Diciembre del 2015). Si no se tiene el dato favor documentar el o los motivos por lo cual no se tiene el dato. (Cuál es o son la/s brecha/s).
- **Pilar tres:** PV que han asistido al menos una vez al servicio de atención, por algo relacionado al VIH. Al menos una consulta médica, un recuento viral o CD4, un retiro de medicamento.
- **Pilar cuatro:** PV con y sin Tratamiento que están activas, vigentes, en las clínicas de VIH. Se mantienen en proceso de atención. (atendidos en las CAI).
- **Pilar cinco:** Total de PV con Tratamiento (Actualmente en TAR).
- **Pilar seis y siete:** Número de PV que están indetectables.

Se requiere la cantidad de pacientes con carga viral menor a 1000 copias (Suprimidos) y Cantidad de pacientes con carga viral menor de 20 copias (Año 2015). (Indetectables).

ANEXO No. 3

LISTA DE CHEQUEO RÁPIDO DE DATOS PARA ANÁLISIS COMPARATIVO DE CASCADA DE CONTINUO DE LA ATENCIÓN

Hospital: _____

Fecha: _____

Revisión de base de datos

1. ¿La CAI cuenta con base de datos de los PV que están en seguimiento? SI ___ NO ___
2. Esta Actualizada ¿A qué fecha? _____
3. ¿En que 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 línea? _____
9. ¿Cuántos en 3 línea? _____
10. ¿Concuerdan la base de SUMEVE con a Base de la CAI? 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 de la nueva PESTAÑA en el SUMEVE (para construcción de CASCADA)?
SI ___ NO: _____

Datos del SUMEVE:

Total de casos: _____ en TAR _____ Sin TAR _____

Total de Fallecidos: _____

Total de activos (condición Vivo): _____

ANEXO No. 4

INSTRUMENTO PARA ANÁLISIS POR CAI DURANTE EL TALLER REGIONAL

Análisis del Continuo de la Atención: CASCADA 2013 y CASCADA 2015 en El Salvador

Hospital: _____ Fecha _____

Equipo participante: _____

Actualmente USAID/Proyecto Capacity Centroamérica se encuentra realizando un Informe que evaluará el Continuo de la Atención, a través de la nueva medición de adherencia al TAR mediante el análisis de datos de CASCADA a **diciembre 2015**.

Al mismo tiempo servirá para analizar las brechas superadas y que aún persisten de acuerdo a la CASCADA anterior (2013).

Por lo que de la manera más atenta le solicitamos realizar el **análisis comparativo** de ambas CASCADAS de acuerdo a la siguiente guía:

I **BRECHAS** ENCONTRADAS SUPERADAS Y/O PERSISTENTES.

(de persistir las brechas explicar las razones)

1.1 A nivel del DIAGNÓSTICO (analiza el % de los que tiene diagnosticados y los que logra retener en el servicio) Pilar 2 y 3.

1.2 A nivel del TRATAMIENTO (analiza el % de los que tiene retenidos y los que reciben tratamiento) Pilar 4 y 5.

1.3 A nivel de ADHERENCIA (analiza el % de los que reciben tratamiento y los que se encuentran con carga viral suprimida) Pilar 6 y 7.

2 Una vez encontradas las brechas y analizadas ambas cascadas **PROPONE estrategias y acciones** a seguir para mejorar los porcentajes encontrados, de acuerdo a:

2.1. A nivel de DIAGNÓSTICO

2.2. A nivel de TRATAMIENTO

2.3. A nivel de ADHERENCIA

ANEXO No. 5
MEMORIA FOTOGRÁFICA
TALLER REGIÓN ORIENTE

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIO DE CAI SAN MIGUEL,
LA UNIÓN, MORAZÁN Y USULUTÁN



TALLER REGIÓN OCCIDENTE

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIO DE CAI SANTA ANA, SONSONATE Y AHUACHAPÁN



TALLER REGIÓN METROPOLITANA, CENTRO Y PARACENTRAL

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIO DE CAI HOSPITALES: ROSALES, ZACAMIL, SALDAÑA, SAN BARTOLO, BLOOM, SAN RAFAEL, CHALATENANGO, COJUTEPEQUE, SAN VICENTE Y SENSUNTEPEQUE



ANEXO No. 7

MEMORANDUM AUTORIZACION VISITAS DE CAMPO



N°2016-6010-697

MEMORANDUM

PARA: Directores de Hospitales Nacionales con Clínicas de Atención Integral a personas con VIH

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

ATRAVES DE: Dr. Luis Enrique Fuentes Arce
Director Nacional de Hospitales

FECHA: 16 de Agosto de 2016.

ASUNTO: Taller de análisis de información para construcción de Cascada de Continuo de Atención en VIH

Como parte del proceso de mejora continua en la atención a los pacientes con infección por VIH, con el apoyo de USAID/CAPACITY durante el año 2015 se trabajó con los médicos responsables de las Clínicas de Atención Integral en VIH en el diseño de una base de datos en el SUMEVE que permitiera recolectar y consolidar los datos necesarios para la construcción de la Cascada del Continuo de la Atención en VIH, de manera que cada equipo multidisciplinario pueda realizar un análisis de su información, determinando así las oportunidades de mejora que cada una tiene y tomar las medidas pertinentes para la mejora de la atención.

Por lo anterior se han planificado la realización de talleres en los cuales se compartirá y trabajará la base de datos de cada Clínica de Atención Integral de cada Hospital, para que puedan analizarla y definir las estrategias a seguir, y con los insumos se realizará una publicación que permita conocer el estado actual de la atención a los pacientes con VIH en El Salvador.

Para la realización de los Talleres se espera contar con el Médico Coordinador de la Clínica de Atención Integral, la Enfermera Responsable de la Clínica de Atención Integral y el Estadístico del Hospital, de manera que puedan como equipo analizar la información y generar un reporte de la misma.

A continuación se presentan las fechas de realización de los Talleres, los cuales se realizarán por Regiones, el horario de trabajo será de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., posteriormente se les estará informando del lugar de realización.

ANEXO No. 8

Resumen de datos para elaboración de la Cascada del Continuo de la Atención, desagregada por sexo y Clínica de Atención Integral, a diciembre de 2015, El Salvador

ESTABLECIMIENTO	TOTAL CASOS DX VIVOS A LA FECHA	FEMENINO	%	MASCULINO	%	PILAR 2	PILAR 3	PILAR 4	PILAR 5	PILAR 6	% de PV en TAR con <1000 cp	Indetec	< 20 cp	TOTAL <20+ Indec	Total menos de 1000 cp
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MELENDEZ AHUACHAPANI	508	213	42%	295	58%	508	388	241	228	92	40%	48	29	77	92
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	1248	542	43%	706	57%	1248	1129	933	859	648	75%	303	178	481	648
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	1425	609	43%	816	57%	1425	1155	840	773	369	48%	161	95	256	369
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL NUEVA SAN SALVADOR	1788	758	42%	1030	58%	1788	1545	1088	1011	499	49%	236	136	372	499
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VASQUEZ DE CHALATENANGO	260	104	40%	156	60%	260	217	145	136	94	69%	45	29	74	94
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	1884	688	37%	1196	63%	1884	1689	1110	1046	794	76%	393	219	612	794
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSE FERNANDEZ, ZACAMIL	2712	975	36%	1737	64%	2712	2057	1281	1132	806	71%	457	220	677	806
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGELICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	944	433	46%	511	54%	944	700	426	373	221	59%	107	63	170	221
HOSPITAL NACIONAL DR JOSE MOLINA MARTINEZ, SOYAPANGO	808	376	47%	432	53%	808	566	323	309	79	26%	45	31	76	79
HOSPITAL NACIONAL DR JOSE ANTONIO SALDAÑA	1142	421	37%	721	63%	1142	958	630	566	394	70%	166	121	287	394
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	331	129	39%	202	61%	331	264	202	179	126	70%	45	46	91	126
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	141	50	35%	91	65%	141	118	100	90	69	77%	40	16	56	69
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	457	202	44%	255	56%	457	318	203	166	103	62%	46	23	69	103
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE	324	140	43%	184	57%	324	279	191	181	80	44%	46	29	75	80
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE USulután	361	147	41%	214	59%	361	278	191	172	95	55%	52	26	78	95
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS SAN MIGUEL	1240	525	42%	715	58%	1240	980	664	590	500	85%	101	149	250	500
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA MORAZÁN	119	43	36%	76	64%	119	95	60	49	44	90%	29	6	35	44
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	203	72	35%	131	65%	203	126	93	88	60	68%	25	19	44	60
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑO BENJAMIN BLOOM	373	172	46%	201	54%	373	343	280	273	235	86%	140	74	214	235
HOSPITAL DE MATERNIDAD	236	212	90%	24	10%	236	217	59	42	42	100%	31	5	35	42
OTROS ESTABLECIMIENTOS *	1169	317	27%	852	73%	1169	43	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	17673	7128	40%	10545	60%	17673	13465	9060	8263	5350	65%	2516	1514	4030	5353

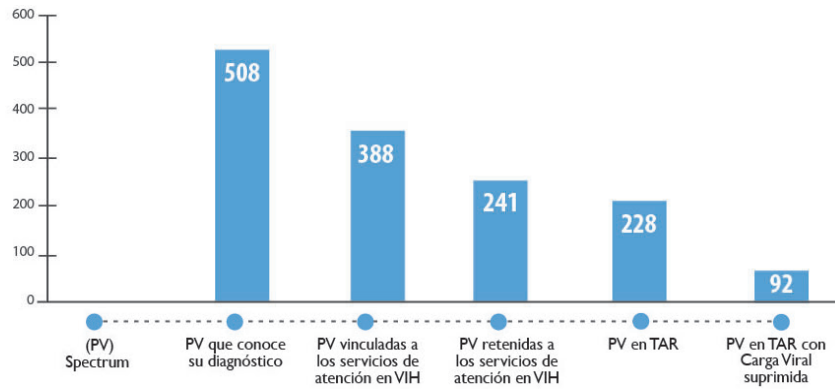
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE), Cuadro Final Validado el 24-11-2016

ANEXO No. 9

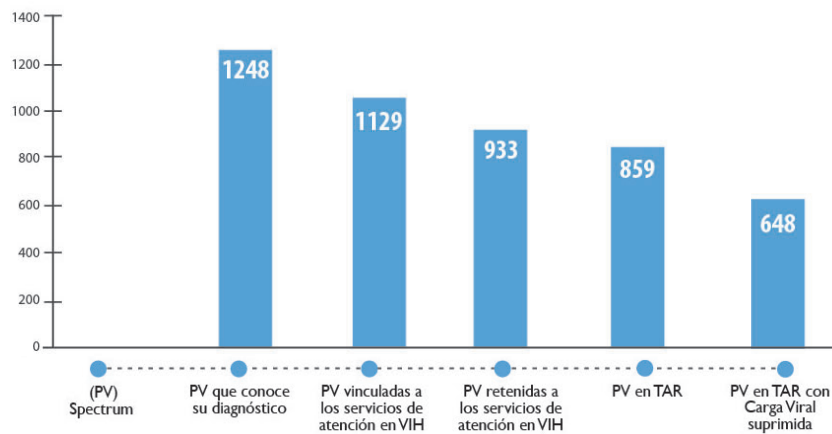
GRÁFICOS POR HOSPITAL QUE CUENTA CON CAI

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)

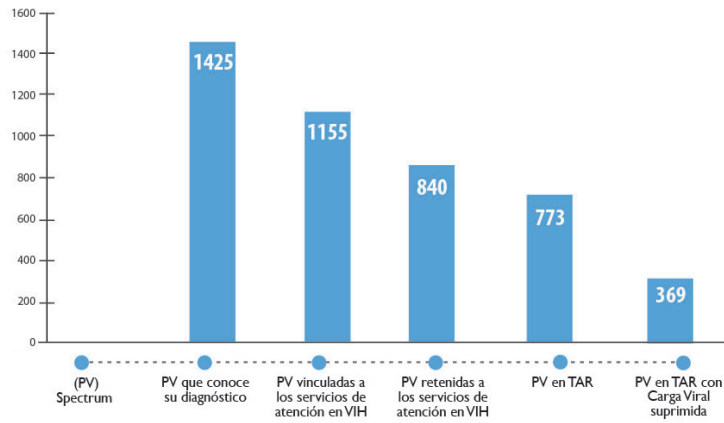
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'General Francisco Menéndez', Ahuachapán 2015



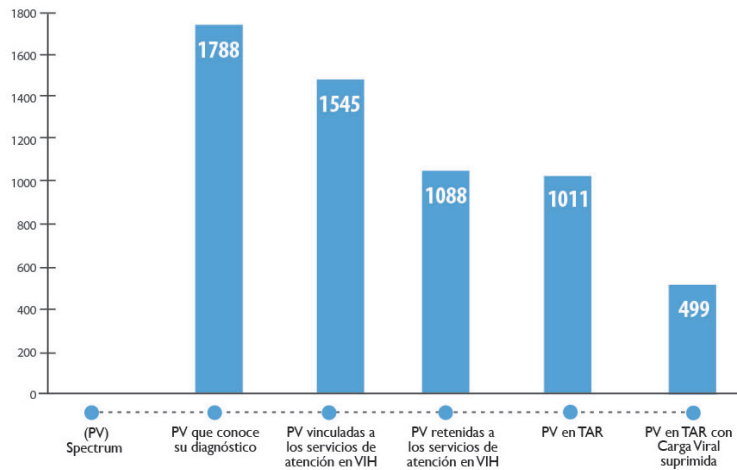
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'San Juan de Dios', Santa Ana 2015



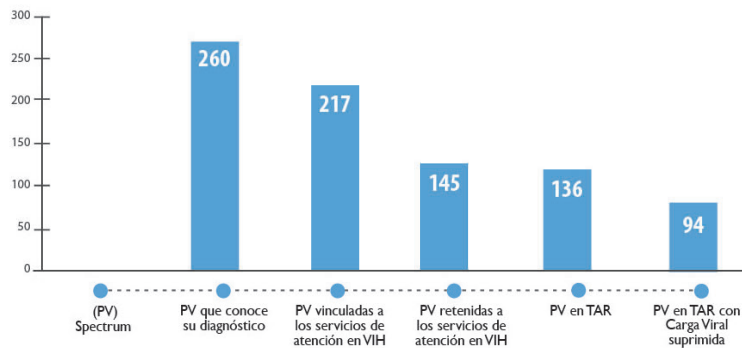
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. Jorge Mazzini Villacorta', Sonsonate 2015



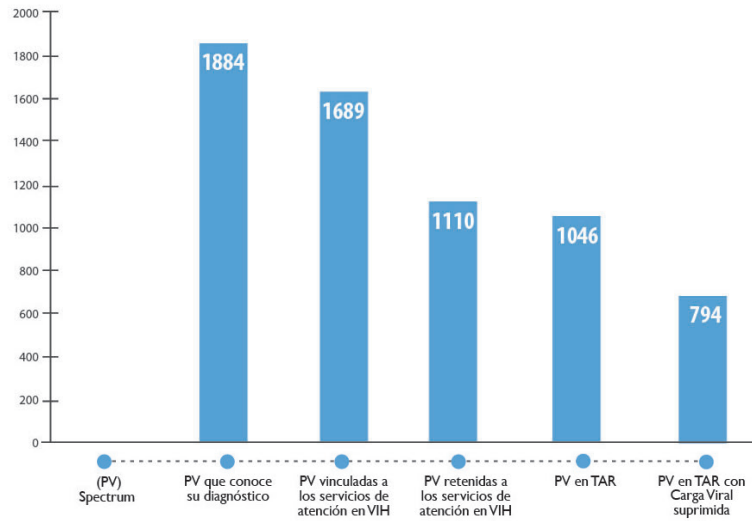
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'San Rafael', Santa Tecla 2015



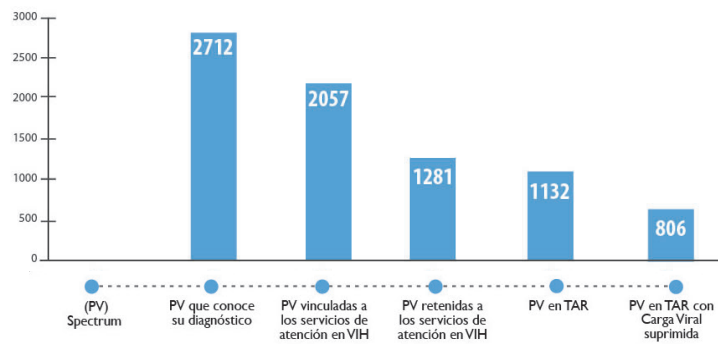
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. Luis Edmundo Vásquez', Chalatenango 2015



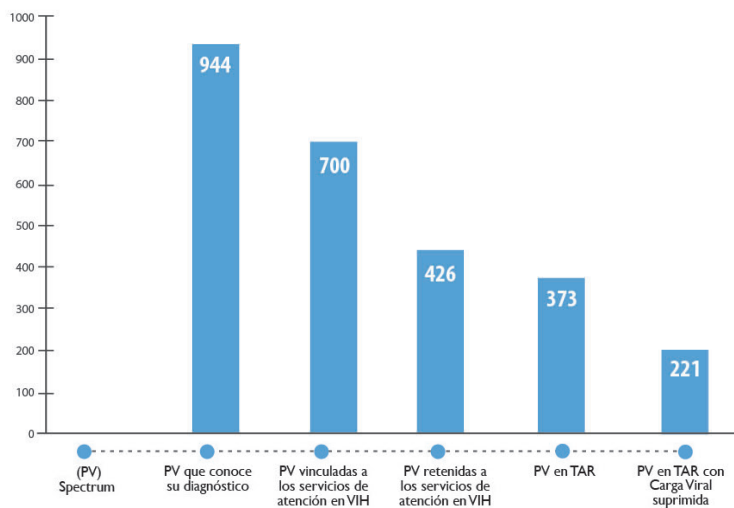
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional Especializado 'Rosales', San Salvador 2015



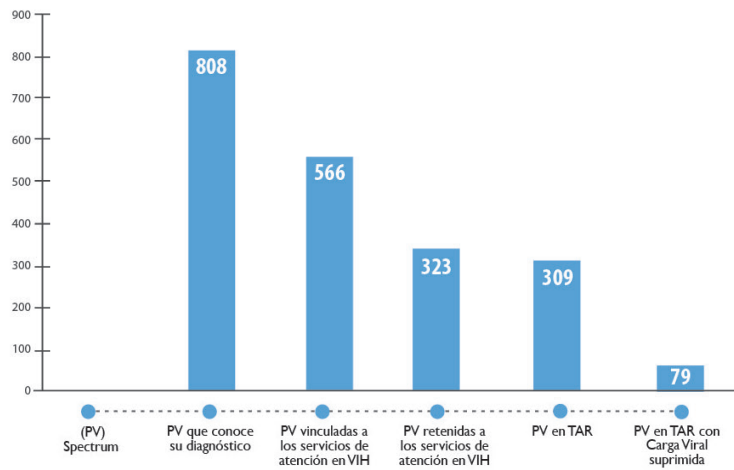
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. Juan José Fernández', Zacamil 2015



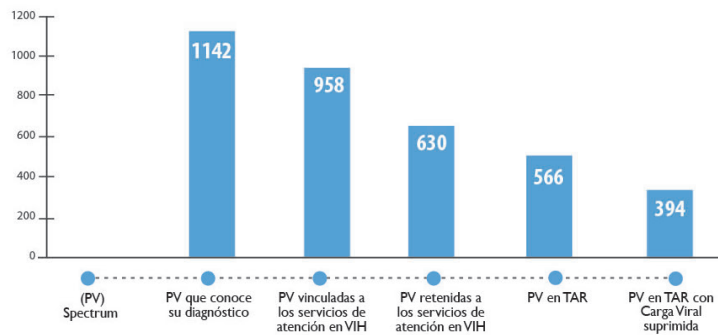
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Enf. Angélica Vidal de Najarro' San Bartolo, 2015



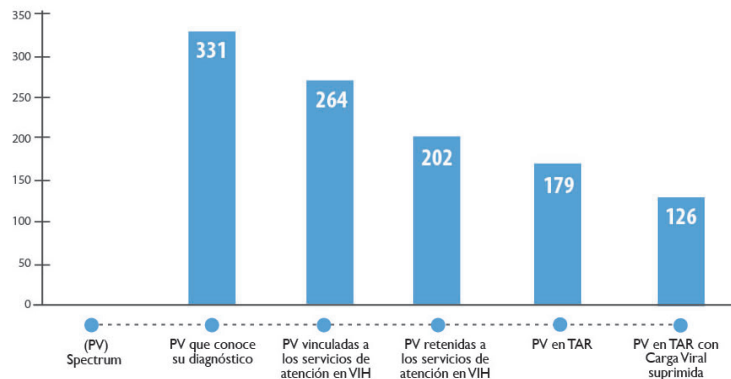
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. José Molina Martínez', Soyapango 2015



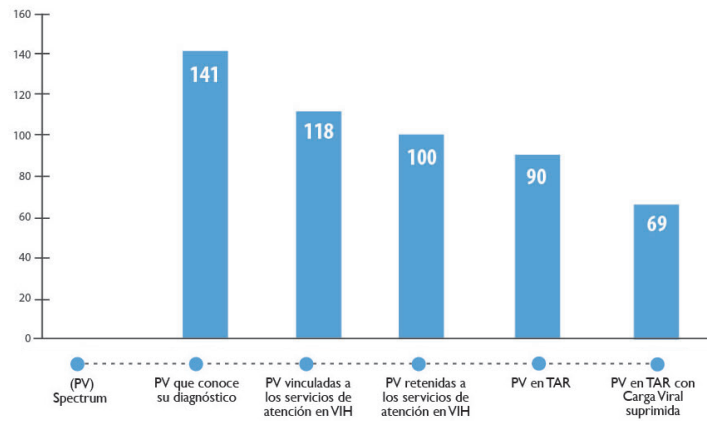
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. José Antonio Saldaña', San Salvador 2015



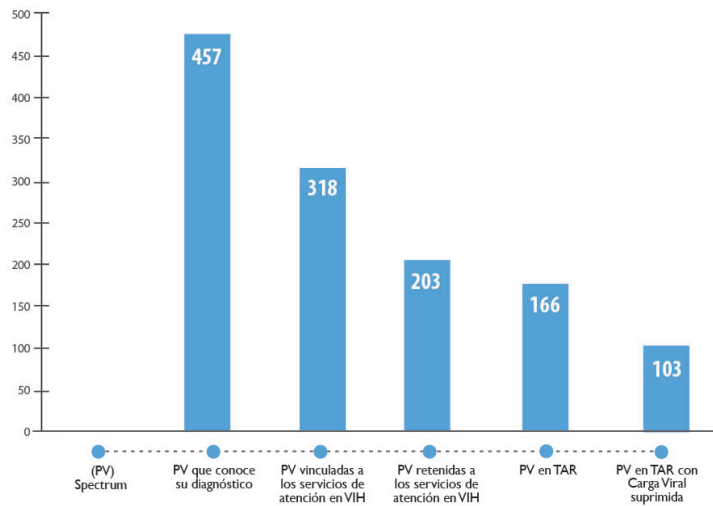
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Nuestra Señora de Fátima', Cojutepeque 2015



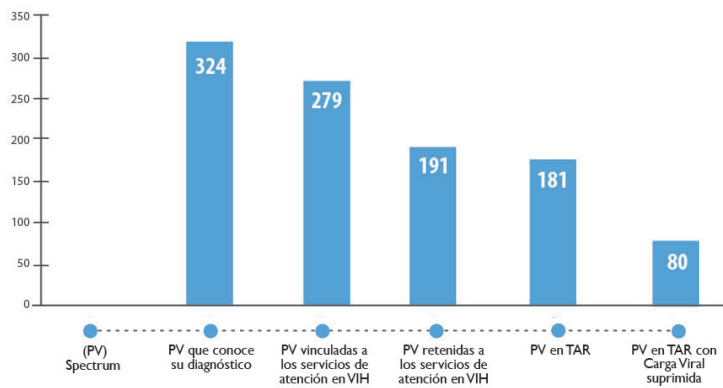
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional de Sensuntepeque, Cabañas 2015



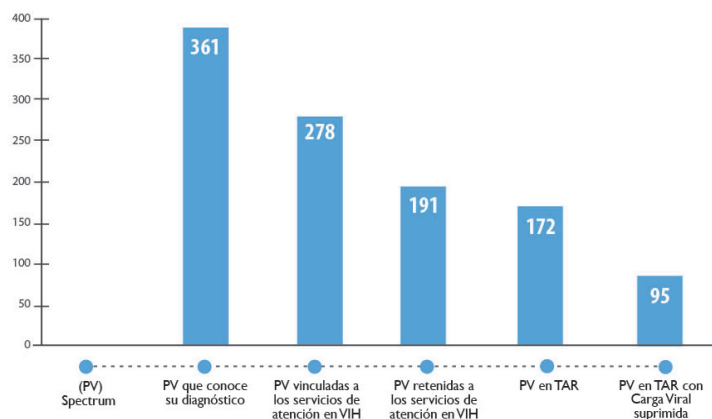
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Santa Teresa', Zacatecoluca 2015



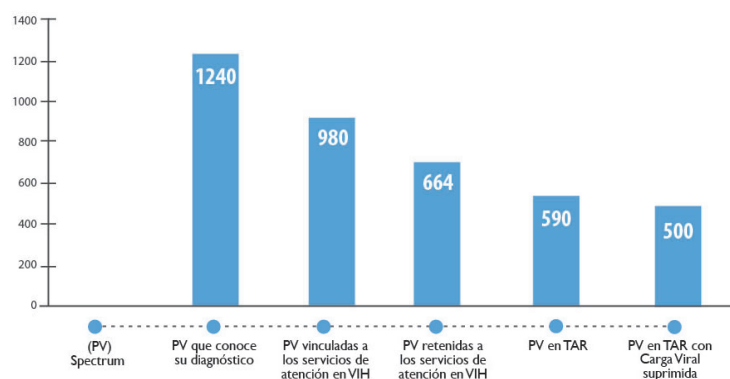
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Santa Gertrúdis', San Vicente 2015



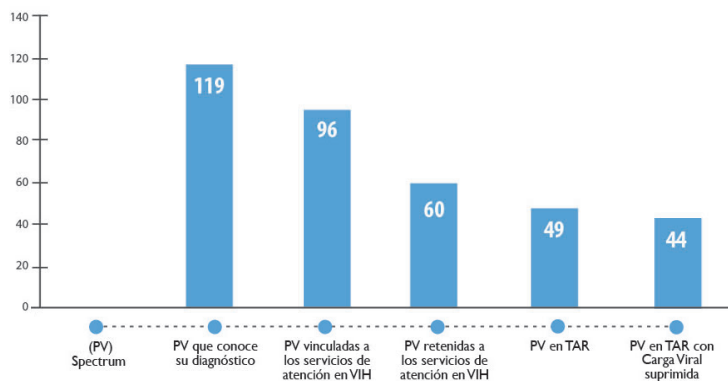
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'San Pedro', Usulután 2015



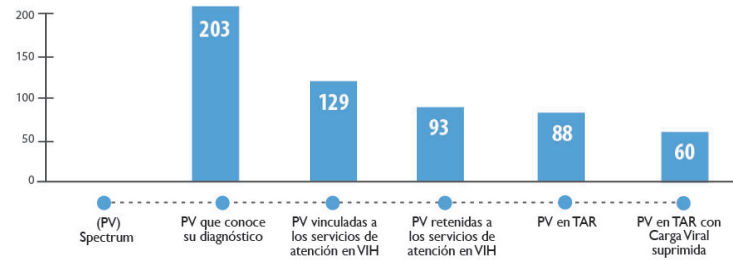
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'San Juan de Dios', San Miguel 2015



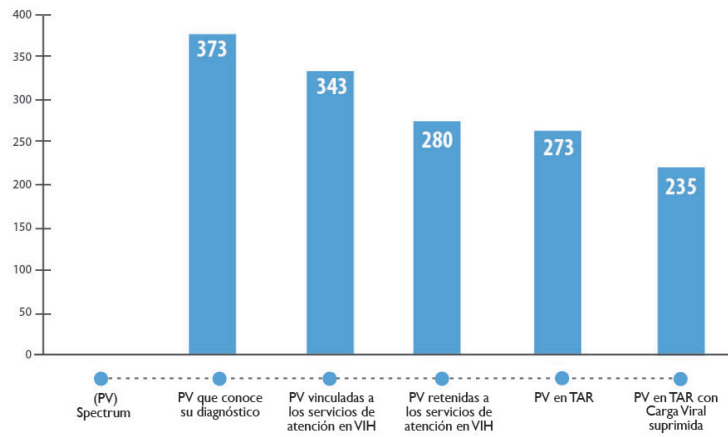
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dr. Héctor Hernández Flores', Morazán 2015



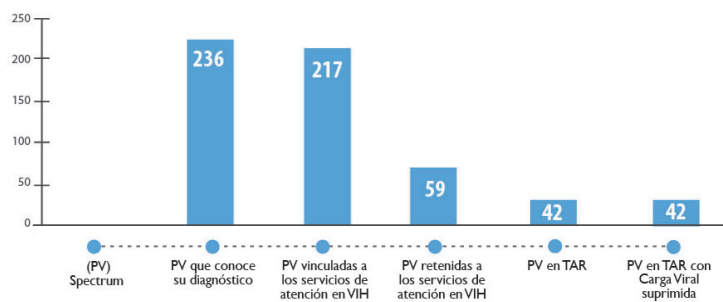
Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional General de La Unión, La Unión 2015



Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional de Niños 'Benjamín Bloom', 2015



Cascada del Continuo de Atención en VIH en Hospital Nacional 'Dra. María Isabel Rodríguez', Maternidad 2015



ANEXO No. 10

Comparativo de comportamiento de adherencia por Clínica de Atención Integral, Años 2013-2015, El Salvador

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)

CLINICA TARV	PV DX		PV ligados al servicio		PV retenidos al servicio		PV en ARV		PV supresión Viral		% de PV en Tx*		% de PV con supresión viral**	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENENDEZ AHUACHAPAN	ND	508	295	388	219	241	205	228	129	92		45%	63%	40%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	ND	1248	988	1129	831	933	788	859	594	648		69%	75%	75%
HOSPITAL NACIONAL DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	ND	1425	873	1155	688	840	633	773	415	369		54%	66%	48%
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL SANTA TECLA	ND	1788	1114	1545	838	1088	793	1011	397	499		57%	50%	49%
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VASQUEZ DE CHALATENANGO	ND	260	172	217	139	145	129	136	100	94		52%	78%	69%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	ND	1884	1304	1689	1013	1110	966	1046	802	794		56%	83%	76%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSE FERNANDEZ, ZACAMIL	ND	2712	1401	2057	1094	1281	955	1132	724	806		42%	76%	71%
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGELICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	ND	944	468	700	372	426	336	373	254	221		40%	76%	59%
HOSPITAL NACIONAL DR JOSE MOLINA MARTINEZ, SOYAPANDO	ND	808	382	566	284	323	264	309	106	79		38%	40%	26%
HOSPITAL NACIONAL DR JOSE ANTONIO SALDAÑA	ND	1142	754	958	562	630	524	566	386	394		50%	74%	70%
HOSPITAL 'NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA' DE COJUTEPEQUE	ND	331	189	264	161	202	137	179	92	126		54%	67%	70%
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	ND	141	104	118	92	100	79	90	61	69		64%	77%	77%
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	ND	457	213	318	170	203	140	166	90	103		36%	64%	62%
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE	ND	324	217	279	193	191	178	181	130	80		56%	73%	44%
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE USULUTAN	ND	361	200	278	173	191	152	172	94	95		48%	62%	55%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS SAN MIGUEL	ND	1240	722	980	571	664	485	590	349	500		48%	72%	85%
HOSPITAL 'DR. HÉCTOR HERNÁNDEZ FLORES', MORAZÁN	ND	119	61	95	45	60	43	49	30	44		41%	70%	90%
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	ND	203	100	126	84	93	79	88	58	60		43%	73%	68%
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM	ND	373	328	343	304	280	295	273	259	235		73%	88%	86%
HOSPITAL DE LA MUJER 'DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ'	ND	236	100	217	28	59	7	42	7	42		18%	100%	100%
Total		16504	9985	13422	7861	9060	7188	8263	5077	5350		50%	71%	65%
* Número de PV en TARV/Número de PV diagnosticados x 100														
* Número de PV con resultado de carga viral menor a 1000 copias /ml /Número de PV en TARV x 100														

