

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

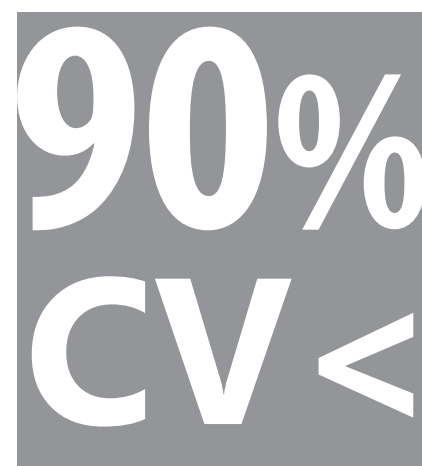
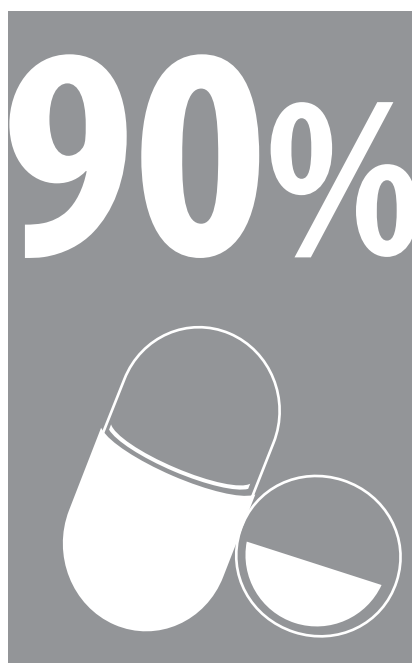
medición del indicador de sobrevida y condiciones institucionales
que puedan influir en el proceso
Panamá, 2015



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

medición del indicador de sobrevida y condiciones institucionales
que puedan influir en el proceso

Panamá, 2015



AUTORIDADES DE SALUD DE PANAMÁ

Dr. Miguel Mayo Di Bello

Ministro de Salud

Dr. Eric Ulloa

Viceministro de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca

Director General de Salud Pública

Dr. Aurelio Núñez Maitín

Jefe de Programa ITS/VIH/Sida y Hepatitis Virales

EQUIPO TÉCNICO

Autor

Gilberto A. Eskildsen Tuñón

Tecnólogo Médico

Colaboración:

Mgr. María Mastelari

MINSA| Departamento Nacional de Epidemiología.

Clínicas TARV: El apoyo especial del personal todas las clínicas de tratamiento antirretroviral del país, tanto del MINSA y Caja de Seguro Social. Brindaron información y acceso a datos de una manera loable y cuidando siempre la confidencialidad de la información.

Laboratorios de CV: De igual forma el Dr. Alexander Martínez y la Licda. Itzel Martínez, jefes de los laboratorios de carga viral del ICGES y CSS.

Este informe fue realizada bajo la supervisión y asistencia técnica del Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales del MINSA (PNIVSH) en coordinación las clínicas TARV del MINSA y Caja de Seguro Social. “Los hallazgos y conclusiones que contiene este informe pertenecen al autor (o autores) y no necesariamente reflejan la opinión de las instituciones u organismos cooperadores involucrados”.

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.

Asesores Técnicos

Dra. Ana Belén Araúz

Hospital Santo Tomás| Departamento de Infectología

Dra. Lucrecia Castillo

USAID Guatemala

Dr. Joel Méndez

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 la Atención en VIH, medición del indicador de sobrevida y condiciones institucionales que puedan influir en el proceso, es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de esta Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ARV	Antirretroviral
ALC	América Latina y el Caribe
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
CHDr.AAM	Complejo Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid
CSS	Caja de Seguro Social
CTARV	Clínicas de Terapia Antirretrovirales
CV	Carga Viral
HAT	Hospital Aquilino Tejeira
HAM	Hospital Anita Moreno
HIVMA –IDSA	HIV Medical Association de la Infectious Diseases Society of America
HLChF	Hospital Luis Chico Fábrega
HNAS	Hospital Nicolás A. Solano
HSH	Hombres que tiene Sexo con Hombres
HST	Hospital Santo Tomás
HV	Hepatitis Virales
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
IDSA	Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas
INH	Isoniazida
IO	Infección Oportunista
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LCRSP	Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública
MINSA	Ministerio de Salud
MoniTAR	Sistema de Monitoreo de la Terapia Antirretroviral
ml	Mililitro
OBC	Organización de Base Comunitaria
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
PNIVH	Programa Nacional de ITS,VIH y Hepatitis Virales
PV	Personas con VIH
PVV	Personas que viven con VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISVIG	Sistema de Vigilancia
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TMP/SMX	Trimetoprim/Sulfametoxazol
TS	Trabajadora Sexual
UDI	Usuario de Drogas Intravenosas
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos
VICITS	Vigilancia Centinela de las ITS
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

CONTENIDO

I. Antecedentes	pág. 2
II. Políticas Nacionales	pág. 4
III Situación Epidemiológica	pág. 5
IV. Objetivos	pág. 8
V. Metodología	pág. 9
VI. Consideraciones éticas	pág. 11
VII. Resultados	pág. 11
VIII. Discusión	pág. 20
IX. Conclusiones	pág. 22
X. Limitaciones	pág. 23
XI. Recomendaciones	pág. 23
XII. Referencias bibliográficas	pág. 24
XIII. Anexos	pág. 25

I. ANTECEDENTES

ONUSIDA estableció recientemente una meta denominada 90-90-90, con el objetivo de erradicar el VIH y las nuevas infecciones para 2020. Lográndose cuando el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado, el 90% de los diagnosticados reciba terapia antirretroviral (TARV) sostenida y el 90% de las personas en TARV alcance una carga viral indetectable [1]. A pesar de la mayor disponibilidad de antirretrovirales (ARV) en los últimos años, se mantiene el reto de poder alcanzar tales niveles de supresión viral en la población, especialmente en entornos con recursos limitados. [2]

La implementación de la TARV en Latinoamérica ha tenido un desarrollo heterogéneo en los países. Sin embargo, en la última década, los países de la región han ampliado sus coberturas de manera importante.

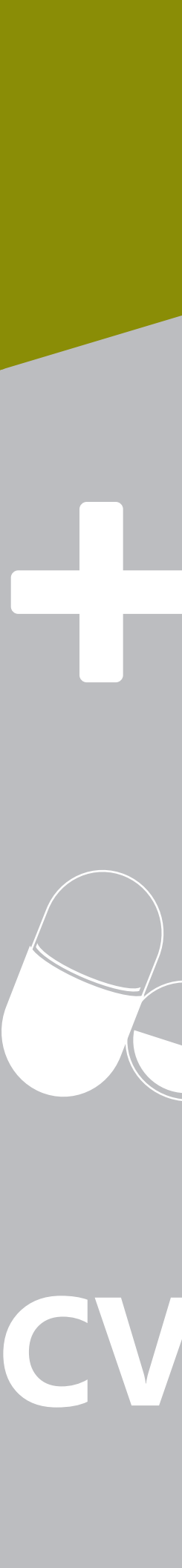
En otra línea, con el advenimiento del Fondo Mundial de Lucha contra Sida, Malaria y Tuberculosis, la extensión de los servicios y el acceso al tratamiento se han extendido de manera apreciable en algunos países. Aunque no ha sido uniforme, a nivel de las diversas regiones de cada uno de los países.

Con el objetivo de poder evaluar la atención integral del VIH y la eficacia de la adherencia se diseñó la cascada del continuo de la atención, la cual es una representación conceptual de la eficacia de una cascada desde los servicios de pruebas, la vinculación y retención en el cuidado de atención, en el inicio del TARV y el alcance de los pacientes de una supresión virológica sostenida [3,4]. También proporciona una oportunidad para evaluar el impacto del tratamiento TARV en la población que está en la cascada y la elegibilidad del tratamiento, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde septiembre 2015. [5]

90%

90%

90%



En abril de 2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA), lanzaron la Estrategia Regional de Sostenibilidad, en donde 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 sostenibilidad más estable a la financiación de la respuesta al VIH, y un mejor control en los costos, la calidad y el acceso a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo. [6,7]

Muchos esfuerzos se han hecho por ampliar la cobertura del TARV; sin embargo, los esfuerzos por documentar de manera fehaciente el impacto del tratamiento en la sobrevivencia de las personas que viven con VIH fue el primer objetivo de la terapéutica; pero ahora, las estrategias poblacionales como la provisión ininterrumpida del tratamiento antirretroviral, la calidad de atención hacia las personas que viven con VIH (PV) en el cuidado y tratamiento integral; alcanzar la meta de disminuir la carga viral (CV) por debajo de 50 copias y <1,000 copias/ml, y la retención de los PV en el cuidado y atención integral, han mostrado disminución de la transmisión del VIH por vía sexual en la comunidad (a pesar de que los PV han mostrado disminución en la adherencia al uso del condón en sus relaciones sexuales) [8], logrando la disminución de la incidencia de VIH en los países que cuentan con sistemas de información y registro confiables; y la capacidad no solamente del control individual, sino también del control comunitario de la epidemia en los países y regiones donde se ha documentado.

El concepto de retención en el cuidado y la Cascada del Continuo de la Atención Integral del VIH (cascada), llevados a la práctica, brinda la oportunidad de limitar inicialmente el impacto clínico en una etapa temprana de la infección, representado por el momento del diagnóstico, disminución de la incidencia de infecciones oportunistas, ingresos hospitalarios, días estancia, y en

particular a nivel de las comunidades, evaluar el impacto de TAR en la prevención de la transmisión sexual del VIH y por ende la incidencia anual de VIH. [4]

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que los países fortalezcan los sistemas de información de monitoreo de las personas en tratamiento antirretroviral, para fines de monitoreo programático y evaluación de resultados e impacto en las políticas nacionales de prevención, atención y tratamiento [2]. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha desarrollado un Marco de Monitoreo continuo de la Atención al VIH [3], que incluye la construcción de la cascada, con el objetivo de armonizar los indicadores de monitoreo programático en los países de la región y fortalecer las capacidades de análisis, identificación de brechas y acompañamiento de las metas programáticas del 2015. [4]

La cascada de servicios de atención del VIH recopila datos desde el momento del diagnóstico hasta el ingreso de la atención, retención en los servicios de atención integral y al TAR, así como su relación con el control de la carga viral comparado con el estimado de PV (Spectrum). La construcción de la cascada brinda información prioritaria estratégica que permita, a través del análisis de las brechas, tomar decisiones favorables que mejoren la calidad de la atención y mejores resultados en atención y tratamiento. Con la cascada se puede promover el diagnóstico temprano y el 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, comorbilidades, proponiendo estándares mínimos del componente de atención, que permitieran monitorear de manera armonizada los componentes mínimos del monitoreo y atención clínica, con parámetros de

calidad, que favorecieran la retención en el cuidado y la adherencia al tratamiento. [5,6]

Por esta razón, este documento se elaboró con el objetivo de documentar los procesos del continuo (cascada de atención integral), y realizar el diagnóstico de la situación en el 100% de Unidades de Atención Integral del VIH en Panamá; con el fin de reforzar y dar seguimiento a la línea de base realizada en el 2013 y

promover un sistema de vigilancia de la adherencia a los antirretrovirales, a los componentes de la atención integral multidisciplinaria, promoviendo la retención en el cuidado a largo plazo de las personas que viven con VIH. [6,7]

II. POLÍTICAS NACIONALES

El gobierno nacional creó su primera Clínica TARV (CTARV) en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (CHDrAAM), instalación de tercer nivel de atención administrada por la Caja de Seguro Social (CSS). Tres años más tarde, en el 2002, inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral del Ministerio de Salud (MINSa), ubicada en los predios del Hospital Santo Tomás (HST).

Panamá, cuenta con 16 clínicas especializadas de TARV, nueve de ellas funcionan en Hospitales del MINSa, dos en hospitales de la CSS, cuatro clínicas funcionan en espacios especialmente habilitados en las direcciones regionales de salud (Chiriquí, Ngäbe Buglé, Bocas del Toro y Colón) y una clínica en el Albergue María de Colón.

Aunque las clínicas ya establecidas poseen un grado muy variable de desempeño, el modelo de atención involucra siete servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, salud mental, nutrición y dietética, además de trabajo social.

El más reciente ejercicio de estimaciones con la herramienta Spectrum, desarrollado con información del 2014, estimo que para el 2015, habrían 17,101 PV en

Panamá con diagnóstico o sin él, de ellas 9,054 estarían teniendo acceso a medicamentos antirretrovíricos para ese periodo. [9]

En el renglón de apoyo y compromiso político, la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH), creada mediante Decreto Presidencial N° 7, del 22 de enero de 2008, actúa como la máxima autoridad responsable de la ejecución del Plan Estratégico Nacional Multisectorial (vigente 2009-2014) y por dicho Decreto, está constituida por una amplia representación de los sectores involucrados en la respuesta a la epidemia. [10]

Como parte del liderazgo del Programa Nacional de VIH y sida (PNVIH) del MINSa, los asociados y actores claves de la respuesta nacional al VIH y sida, recientemente desarrollaron el proceso de actualización de la planificación estratégica para el período 2014-2019, misma que ha fortalecido las líneas de trabajo en materia de prevención, atención y cuidado y respuesta multisectorial, con un enfoque transversal en el tema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional. [10]

III. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

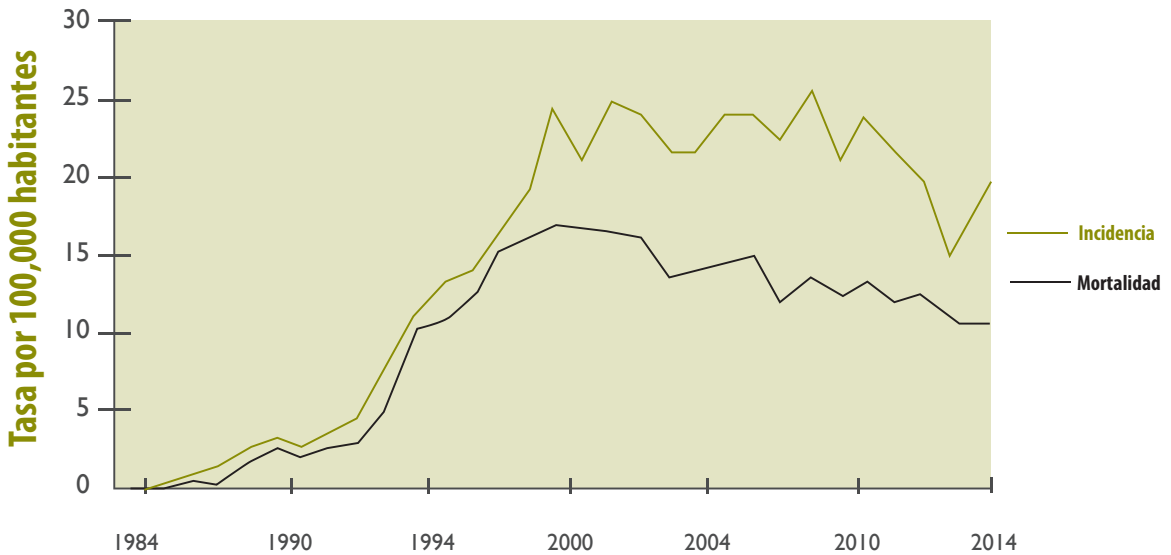
El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), recopila la información epidemiológica, a nivel nacional, confirmando que desde septiembre de 1984 (cuando se detectó el primer caso de sida en Panamá) hasta octubre de 2015, se han contabilizado 14,631 casos acumulados de sida, de los cuales 9,621 personas entre niños y adultos, han fallecido, registrándose una tasa de letalidad acumulada del 66%. El grupo etario más afectado y/o diagnosticado en fase sida, es de 25-44 años de edad, donde se ubica el segmento de la población que se encuentra en edad reproductiva y económicamente activa, cabe recalcar que en los últimos años se ha evidenciado un aumento de casos en el grupo de 44-49 años. Los datos de vigilancia de casos de sida en Panamá, señalan que el 70% adquirió el VIH a través de la vía sexual, dato que podría ser superior, ya que el 26,5% se reportó como “no especificado”, 2.5% perinatal y 1% sanguínea. Se conoce según registro de Epidemiología del MINSA, que del porcentaje de casos VIH/sida, cuya transmisión fue la vía sexual, el 77% se auto-identificó como heterosexual, el 17,4 % como homosexual y el 5,4 % como bisexual y 0.2% transexual.

Tabla I. VIH/Sida y defunciones según sexo. Panamá 1984 - 2015

Clasificación del caso	Hombres	Mujeres	Total
VIH	5,603	3,502	9,105
Sida	10,909	3,722	14,631
Defunción	7,277	2,344	9,621
Total PV	9,235	4,880	**14,115

Fuente: Sección de estadística. Vigilancia de las ITS, VIH/Sida, Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud.
** Dato a octubre de 2014.

Gráfica I. Sida, tasas de incidencia y mortalidad por año. Panamá 1984 - 2014



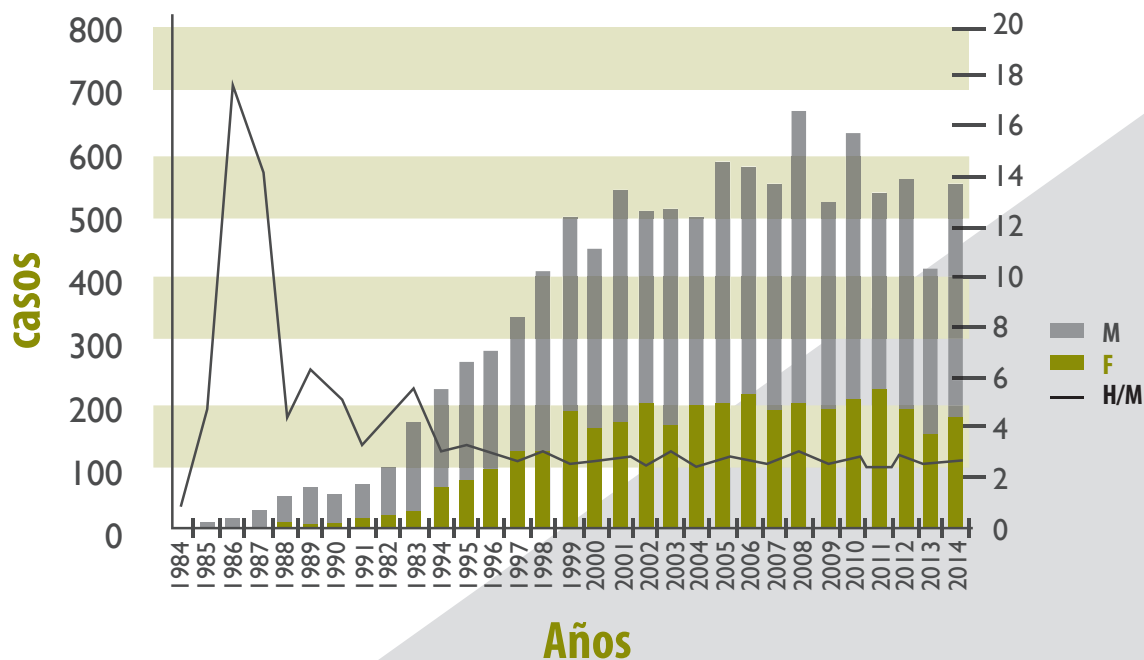
Fuente: Sección de estadística. Vigilancia de las ITS, VIH/Sida, Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud. ** Dato a octubre de 2014

En la relación hombre-mujer, se registran tres casos sida en hombres por cada mujer infectada. La transmisión perinatal, representa el 2.6% del total de casos reportados hasta el 2015.

En relación con los casos reportados en fase VIH, el Departamento de Epidemiología reporta que desde el año 2001, cuando comenzó la vigilancia, hasta octubre de 2015, se han reportado 9,105 personas en estado de infección asintomática por el virus. De estos casos 3,502 corresponden al sexo femenino, mientras que

5,603 son casos del sexo masculino, con una relación hombre mujer de 1.4/1. La distribución geográfica muestra que la región de Colón, tiene la mayor tasa de casos (451.3 por cada 100,000 hab.), en segundo lugar la región de Guna Yala (398.9 por cada 100,000 hab.) y en tercer lugar la región de Panamá Metro (336.7x100 000 hab.). Uno de los últimos ejercicios de estimaciones realizadas en Panamá (febrero 2014), utilizando el paquete Spectrum, estima la prevalencia en la población de 15 a 49 años en 0,65%.

Gráfica 2. Razón hombre: mujer de casos de sida. Panamá 1984-2014



Fuente: Sección de Estadística, Vigilancia de las ITS, VIH/Sida, Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud.

Panamá se caracteriza por tener una epidemia concentrada en grupos específicos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), población transgénero y trabajadores/as sexuales (TS). [10]

A pesar de que la infección por el VIH es considerada de notificación obligatoria (Decreto Ejecutivo 268), por diversas razones -distancia geográfica, confidencialidad, entre otras- todavía se dificulta el seguimiento de los nuevos casos y sus contactos. Muchos de ellos son captados cuando acuden a los establecimientos de salud solicitando servicios (controles clínicos de gabinete, hospitalizaciones, cirugías, partos, donación de sangre, etc.). No obstante, es importante señalar que a

través de la ejecución de proyectos como la Iniciativa de colaboración entre PEMAR y el sector público a través del Fortalecimiento Comunitario para Mejorar la Respuesta Nacional de Panamá al VIH (Proyecto PEMAR Panamá), con financiamiento de Fondo Global (FG) y el Proyecto de Prevención Combinada en VIH para PEMAR, financiado por PASMO-PSI-IPPF, mismos que han permitido un mejor acceso de las poblaciones claves a programas de prevención, atención, promoción de pruebas rápidas con consejería, referencias y navegación de casos, se ha logrado la captación de nuevos casos VIH entre poblaciones de HSH, población gay, personas transgénero y trabajadoras/es del sexo. [10]

Un estudio Multicéntrico 2004-2005, releva una prevalencia de 10,6% y 2%, en las subpoblaciones de HSH y TS, respectivamente. No se dispone de datos sobre trabajadores del sexo masculino. En este mismo orden, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud desarrolló el Estudio Multicéntrico de Vigilancia del VIH y otras ITS en población de

trabajadoras sexuales y HSH de la Ciudad de Panamá, Colón y Chiriquí: Una prevalencia global de 0.7% para el VIH entre TS [1.6% para TS no registradas (n=379) y 0.2% para TS registradas (n=620)]. Una prevalencia global de 22.88% para VIH entre HSH. [11]

Tabla 2. Estimaciones en VIH para el año 2015.

No.	Indicador	Estimación al 2015	Fuente
1	Adultos y niños con VIH	17,101	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
2	Adultos VIH mayores de 15 años	16,924	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
3	Mujeres VIH mayores de 15 años	5,151	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
4	Prevalencia de VIH en población de 15-49 años	0.69	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
5	Prevalencia de VIH en hombres de 15-24 años	0.36	Estimaciones de Spectrum
6	Prevalencia de VIH en mujeres de 15-24 años	0.24	Estimaciones de Spectrum
7	Nuevas infecciones VIH en adultos	973	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
8	Nuevas infecciones de VIH en niños	13	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR
9	Número de adultos mayores de 15 años que necesitan TARV	14,609	14609 es la necesidad de TARV en adultos 15+ en base a los criterios nacionales; 17,101 es la necesidad que ONUSIDA utiliza como denominador para determinar la cobertura de TARV en adultos en el país
10	Número de niños de 0-14 años que necesitan TARV	164	164 es la necesidad de TARV en niños 0-14 en base a los criterios nacionales - 100% de todos los niños diagnosticados; 177 es la necesidad de TARV que ONUSIDA utiliza para determinar la cobertura de TARV en niños
11	Número estimado de mujeres embarazadas positivas	232	GARPR y Spectrum para 2015
12	Población HSH con VIH	10,392	10,392 es la estimación de población HSH con VIH resultante del análisis actualizado del modelo Goals para 2015. El estimado de la población total de HSH por Goals es alrededor de 31,000 para 2015.
13	HSH infectados con VIH	482	En Goals tenemos 482 nuevas infecciones estimadas en HSH para 2015.
14	Población de TS con VIH	1464	1464 es la estimación de la población TS con VIH resultante del análisis actualizado del modelo de Goals para 2015 en base a mujeres heterosexuales con riesgo mediano (1452) y alto riesgo.

Fuente: Estimación a través de Spectrum y publicadas en la base de ONUSIDA - www.aidsinfoonline.org; Resultados en Spectrum de los modelos AIM y Goals.

IV. OBJETIVOS

1

Establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV, bajo tratamiento en Panamá, mediante medición de la supresión viral.

2

Construcción de la cascada del continuo de la atención y análisis de brechas de vinculación, retención y supresión viral.

3

Construir el indicador de sobrevida por clínica TAR para los 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral.

4

Comparar brechas entre cascada del continuo de la atención 2013 y 2015.

V. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Universo del estudio

Todos los pacientes en terapia antirretroviral (TARV) atendidos en el 2015.

Unidad de muestreo

Las unidades de muestreo fueron todas las CTARV del país (100%).

Diseño del estudio

El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Análisis de datos

El resumen de los datos se realizó con medidas resumen de estadística descriptiva y gráficas, utilizando el software Prism 6.

Logística de Trabajo:

Conformación del equipo técnico

Se conformó un equipo técnico asesor encargado de guiar según las necesidades y aspectos propios del país, el proceso de colección de información.

- Se utilizó como guía de trabajo, el documento denominado: Modelo de Guía Regional para Medir Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y condiciones Institucionales que puedan influir en el proceso.
- Se envió previamente al grupo técnico y coordinadores de las CTARV notas e instrumentos mediante las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para coordinar reuniones, puntos focales y otros agentes claves de información.

Tabla 3. Agentes claves vinculados al proceso.

Agente Clave	Objetivo	Institución
Dra. Ana Belén Arauz	Conocer las brechas y dificultades presentadas en el proceso de elaboración de la cascada del 2013.	Hospital Santo Tomas (HST)
Dr. Aurelio Núñez Lic. Rosa Lowe	Discutir sobre los posibles datos disponibles y canales pertinentes para coleccionar la información.	Unidad de Monitoreo y Evaluación del PNIIVSH.
Licda. María Mastelari	Solicitar las estimaciones para el 2015, basadas en el programa Spectrum y los nuevos casos detectados en el 2015.	Estimaciones en Spectrum y reportado en GARPR.
Médicos y Enfermeras	- Discutir la tabla de indicadores y aplicar los instrumentos de colección de datos. - Revisión de expedientes y base de datos.	Clínicas TARV del MINSA y CSS
Farmacia y Laboratorio	- Presentar la tabla de indicadores y aplicar los instrumentos de colección de datos. - Información necesaria para confirmar los que están en terapia y en supresión viral.	MINSA CSS
Dr. Alexander Martínez. ICGES Licda. Itzel Martínez. CSS	- Solicitar detalle de pacientes con cargas virales menores de 50 y 1000 copias/ml. - Presentar la tabla de indicadores y aplicar los instrumentos de colección de datos	ICGES CSS

Reuniones con la Fuente primaria de información

La logística de búsqueda de datos para la elaboración de los pilares de la cascada se organizó iniciando con reuniones con los agentes claves y otras fuentes de información.

Visitas y aplicación de instrumentos a las clínicas TARV

- Trabajo de campo: se programó de manera estandarizada para obtener información, y responder

a los indicadores propuestos y a los factores modulares institucionales, que serán obtenidos de la adaptación de los conceptos clínicos recomendados por la HIV Medical Association (HIVMA) de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) en 2011.

- Revisión de expedientes e historiales de retiro de ARV en Farmacia.

Tabla 4 . Clínicas de Terapia Antirretroviral. Panamá 2015 Entrada y Análisis de Datos.

Clínicas de Terapia Antirretroviral	Abreviatura	Región de Salud	Inicio
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid - Caja del Seguro Social	CHDr.AAM	Metropolitana	1999
Hospital Santo Tomás	HST	Metropolitana	2001
Clínica TARV de Colon (Sede de la Región)	COL	Colón	2002
Clínica TARV de Chiriquí en la Sede Región (David)	CHI	Chiriquí	2003
Clínica TARV de la Comarca Ngabe Bugle en la Sede Región (San Félix)	CNB	Ngäbe Buglé	2010
Clínica TARV del Hospital Nicolás Solano	HNS	Panamá Oeste	2005
Clínica TARV de Bocas del Toro (Changuinola)	BDT	Bocas del Toro	2009
Clínica TARV del Hospital Aquilino Tejeira	HAT	Coclé	2006
Clínica TARV del Hospital Luis Chicho Fabrega	HLChF	Veraguas	2005
Clínica TARV del Hospital Anita Moreno	HAM	Los Santos	2002
Clínica TARV del Hospital del Niño	HN	Metropolitana	1992
Clínica TARV del Hospital Cecilio Castellero	HCC	Herrera	2006
Clínica TARV de San Miguelito (Torrijos Carter)	SM	San Miguelito	2013
Clínica TARV de la Comarca de Guna Yala	CGY	Guna Yala	2008
Clínica TARV del Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera. CSS	HEPOTH	Metropolitana	2010
Clínica TARV del Albergue de María	ALM	Colón	2003

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSa y CSS.

Entrada y Análisis de Datos

Todos los datos numéricos fueron introducidos y analizados en el programa GraphPad Prism versión 6.00.

Otras actividades

- Revisión sistemática de la literatura gris y científica.
- Envío de notas a través de PNIVH para la solicitud y permiso de acceso a información.
- Uso de tecnología de la información y comunicación para el seguimiento y coordinación.

- Reuniones y entrevistas individuales con cada uno de los diferentes componentes: clínico, laboratorio, bancos de sangre, inmunización y epidemiología.
- Visitas de campo.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un proyecto de país, para la obtención de información y para la toma de decisiones en salud pública, con el visto bueno del Programa Nacional de ITS/VIH-Sida y Hepatitis Virales del Ministerio de Salud y autoridades correspondientes de la Caja de Seguro Social, tomando en cuenta que no se realizan entrevistas a PV, ni se pone en riesgo a ningún ser humano; dicho protocolo no fue sometido ante el comité de bioética.

VII. RESULTADOS

CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN ENVIH

La representatividad de los resultados y datos mostrados en este informe son a nivel nacional, lo que incluye el 100% de las CTARV y sus respectivos pacientes.

Tabla No. 5 Clínicas de Terapia Antirretroviral según número de pacientes atendidos, muestra calculada, número de expedientes revisados y pacientes incluidos. Panamá 2015.

CTARV	PV Vinculados	PV Retenidos	PV en TARV	PV con CV < 1000 copias/ml	PV con CV < 50 copias/ml	% de adherencia basado en supresión viral
CHDr.AAM	4317	4102	3830	3085	2803	80%
HST	2577	2265	2134	1537	1342	72%
COL	807	730	723	245	205	34%
CHI	628	586	577	236	191	40%
CNB	370	346	307	114	101	37%
HNS	330	302	284	164	155	58%
BDT	229	221	191	106	82	55%
HAT	214	211	210	76	68	36%
HLChF	208	208	187	46	39	24%
HAM	198	192	183	65	56	36%
HN	168	164	155	103	84	66%
HCC	115	109	98	60	52	61%
SM	68	68	58	14	12	15%
CGY	49	46	41	11	8	27%
HEPOTH	41	38	36	19	14	53%
AIM	43	42	40	27	17	68%
TOTAL	10362	9630	9054	5908	5229	65%

Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA Panamá.

Existen 16 CTARV en Panamá, el 87.5% (14 unidades) bajo la responsabilidad del MINSa. Dos de las unidades de atención con más de 1,000 PV vinculados (CHDrAAM., HST), lo que representa el 66% de toda la población usuaria de servicios, ocho unidades con PV vinculados entre 100 y 500 pacientes, dos unidades

con PV vinculados con más de 500 y menos de 1,000 pacientes (COL, CHI), cuatro unidades con menos de 100 pacientes (SM, CGY, HEPOTH y AIM) y dos unidades dedicada únicamente a la población infantil (HN y HEPOT).

Tabla No. 6 Número y porcentaje de PV según los diferentes pilares de la cascada del continuo de atención en VIH. Panamá 2015

Pilar	Indicador	N	%
1	Estimado de personas con infección por el VIH que están vivos (PV) en el 2015	17,101	100%
2	Personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el 2015	15,016	88%
3	Personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV	10,362	61%
4	PV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV	9,630	56%
5	Adultos y niños que se encuentran en TARV y % respecto al total	9,054	53%
6	Número y porcentaje del total de PV con carga viral suprimida (< 1000 copias/ml).	5,908	34%
	Número y porcentaje del total de PV con carga viral indetectable (< 50 copias/ml)	5,229	30%

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSa y CSS.

En la tabla 6 se presentan los valores absolutos y porcentuales de cada uno de los pilares de la cascada. Se observa que según estimaciones de Spectrum y ONUSIDA el número de personas que vivían con VIH correspondían a 17,101 personas (pilar 1) lo que corresponde al denominador del resto de los pilares.

El segundo pilar corresponde a las PV diagnosticadas y que conocen su estado serológico que corresponde a 15,106 según datos de Epidemiología del MINSa y representa el 88%. El pilar 3 son los vinculados a la atención que son 10,362 y corresponde al 61%. El cuarto pilar representan las personas retenidas en la atención que corresponde al 56%. Las personas en tratamiento que corresponden a 9,054 y un 53% respecto al total de PV estimadas.

Finalmente, los pilares 6 y 7, las personas con carga viral suprimida e indetectable cuyo porcentaje es de 34 y 30% respectivamente.



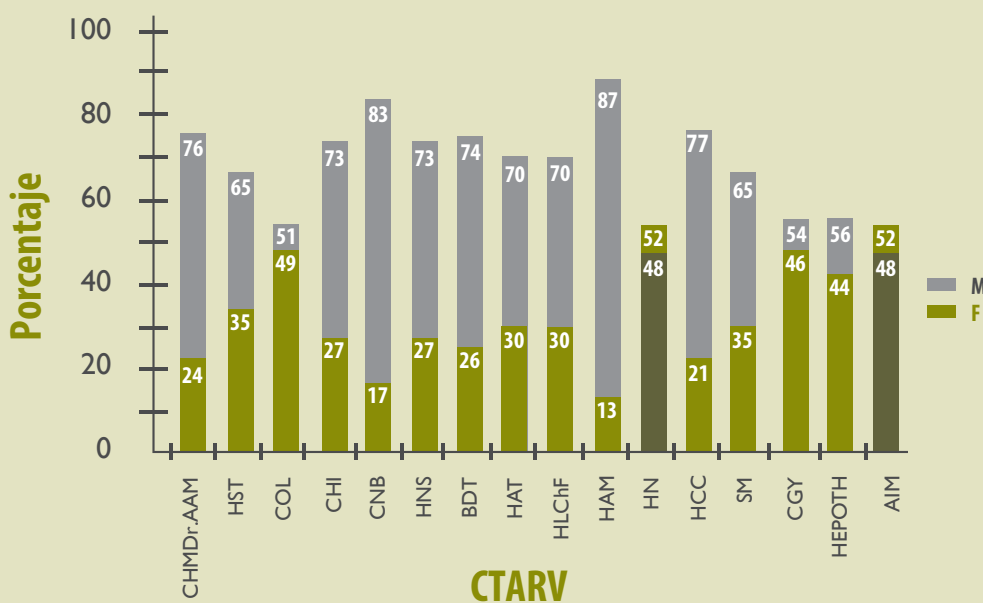
En la gráfica 3 se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes atendidos en las unidades de atención integral son del sexo masculino, con excepción de las unidades de atención infantil (48% y 54%) con una proporción de casi 1:1.

Tabla 7 . Pilares de la Cascada del continuo de atención según grupo etario y sexo.

Pilar 3	0 - 4 años	5 - 14 años	≥ 15 años	Total
F	26	88	3045	3159
M	12	84	7107	7203
Total	38	172	10152	10362
Pilar 4	0 - 4 años	5 - 14 años	≥ 15 años	Total
F	25	85	2711	2821
M	12	82	6715	6809
Total	37	167	9426	9630
Pilar 5	0 - 4 años	5 - 14 años	≥ 15 años	Total
F	22	81	2575	2678
M	11	80	6285	6376
Total	33	161	8860	9054
Pilar 6 CV<1000	0 - 4 años	5 - 14 años	≥ 15 años	Total
F	13	75	1722	1810
M	4	57	4037	4098
Total	17	132	5759	5908
Pilar 6 CV<50	0 - 4 años	5 - 14 años	≥ 15 años	Total
F	5	52	1523	5908
M	1	46	3602	3649
Total	6	98	5125	5229

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

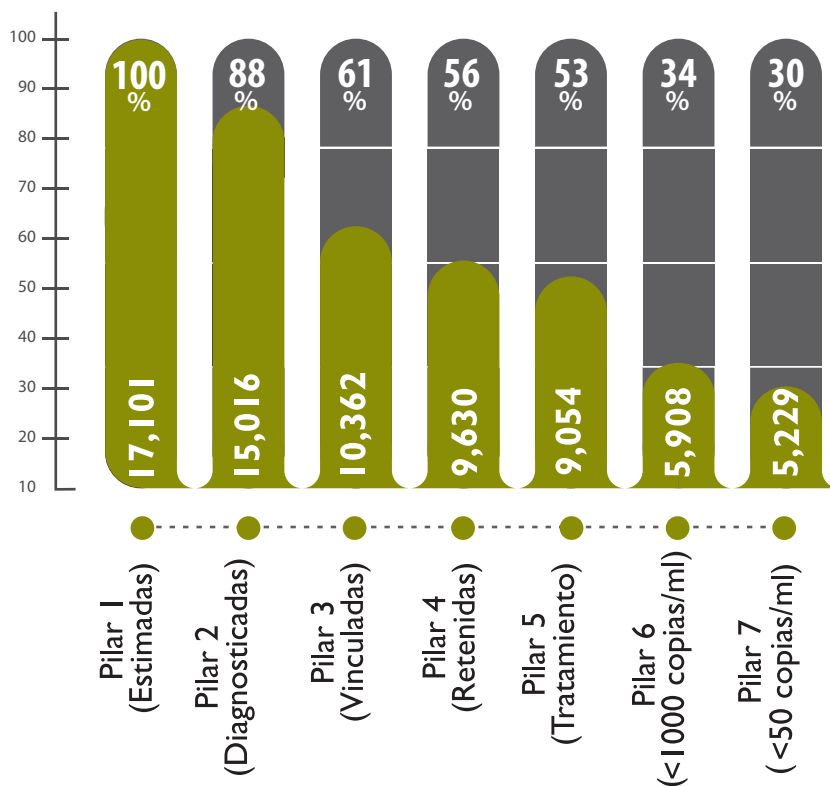
Gráfica 3. Proporción de pacientes en TARV según sexo en clínicas de atención. Panamá 2015



Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

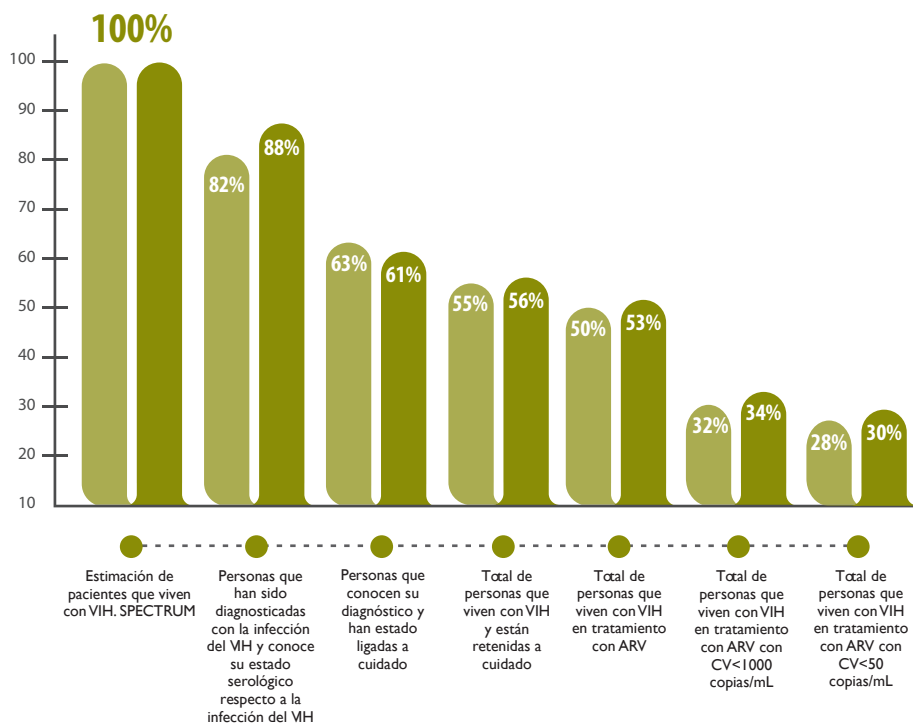
UAI	CHDr. AAM	HST	COL	CHI	CNB	HNS	BDT	HAT	HLChF	HAM	HN	HCC	SM	CGY	HEPOTH	AIM	Total
F	927	740	355	156	52	77	50	64	56	23	81	21	20	19	16	21	2678
M	2903	1394	368	421	255	207	141	146	131	160	74	77	38	22	20	19	6376
Total	3830	2134	723	577	307	284	191	210	187	183	155	98	58	41	36	40	9054

Gráfica 4. Cascada del continuo de atención del VIH. Panamá 2015



Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSAs-CSS y estimaciones de Spectrum.

Gráfica 5. Comparación de la Cascada del continuo de atención del VIH de Panamá 2013 vs 2015.



Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSAs y CSS.

INDICADOR DE SOBREVIDA

Tabla 8. PV Continúan en TARV luego de 12 meses de iniciado el tratamiento.

CTARV	0-4		5-14		≥ 15		12 meses TARV	Iniciaron TARV
	F	M	F	M	F	M	Total	Total
HN	4	2	2	2	1	0	11	13
HEPOTH	0	0	0	0	0	1	1	1
CNB	0	0	0	0	15	84	99	101
BDT	0	0	1	2	5	27	35	53
HNS	0	0	0	0	30	71	101	102
CGY	0	2	0	0	9	20	31	35
SM	0	0	0	0	6	9	15	37
HCC	0	0	0	0	1	10	11	13
HAM	0	0	0	0	5	27	32	33
HLChF	2	0	0	0	5	16	23	25
HAT	0	0	0	0	6	18	24	26
CHI	0	1	0	0	12	43	56	59
CHDrAAM	0	0	0	0	219	435	654	745
COL	0	0	0	0	65	115	180	203
AIM	1	1	0	0	0	1	3	4
HST	0	0	0	0	137	335	472	520
TOTAL	7	6	3	4	516	1212	1748	1970

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

**89% continúan en TARV
luego de 12 meses de
iniciado el tratamiento.**



Tabla 9. PV Continúan en TARV luego de 24 meses de iniciado el tratamiento

CTARV	0-4		5-14		≥ 15		24 meses TARV	Iniciaron TARV
	F	M	F	M	F	M	Total	Total
HN	1	1	3	2	1	0	8	8
HEPOTH	0	0	2	0	1	0	2	2
CNB	0	0	0	0	19	63	82	85
BDT	0	0	1	1	4	13	19	32
HNS	0	0	0	0	18	60	78	88
CGY	0	2	0	0	9	24	33	41
SM	0	0	0	0	0	0	0	0
HCC	0	0	0	0	1	13	15	17
HAM	0	0	0	0	6	15	21	24
HLChF	2	0	0	2	7	18	27	30
HAT	0	0	0	0	6	16	22	25
CHI	0	1	0	0	15	25	40	47
CHDrAAM	0	0	0	0	191	380	571	680
COL	0	0	0	0	61	84	145	166
AIM	2	1	0	1	0	0	3	5
HST	0	0	0	0	132	217	349	466
TOTAL	3	2	6	6	470	928	1415	1716

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSa y CSS.

83% continúan en TARV luego de 24 meses de iniciado el tratamiento.

Tabla 10. PV Continúan en TARV luego de 12 meses de iniciado el tratamiento.

CTARV	0-4		5-14		≥ 15		36 meses TARV	Iniciaron TARV
	F	M	F	M	F	M	Total	Total
HN	2	0	1	2	0	2	7	13
HEPOTH	0	0	4	0	0	0	4	4
CNB	0	0	0	0	13	36	49	51
BDT	0	0	2	0	5	12	19	40
HNS	0	0	0	0	17	44	61	68
CGY	0	2	0	0	12	31	45	59
SM	0	0	0	0	0	0	0	0
HCC	0	0	1	0	3	8	12	14
HAM	0	0	0	0	3	17	20	24
HLChF	2	0	0	0	9	17	26	28
HAT	0	0	0	0	5	12	17	20
CHI	0	1	0	2	12	29	43	54
CHDrAAM	0	0	0	0	150	347	497	650
COL	0	0	0	0	55	66	121	138
AIM	1	1	0	0	0	0	2	2
HST	0	0	0	0	117	204	321	436
TOTAL	3	3	8	4	401	825	1244	1601

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

78% continúan en TARV luego de 36 meses de iniciado el tratamiento.

FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA

Tabla 11. Lista de chequeo de la calidad de atención y servicios disponibles en las unidades de atención integral de los servicios de salud de Panamá, 2015

Medida	CHMD ^r - AAM	HST	HEP- TH	HN	SM	CHI	COL	HAM	HLGnF	HAT	HNS	HCC	BDT	CNB	CGY	AIM	TOTAL %
Proceso de Cuidado																	
Retención en el cuidado: Al menos 2 veces en el último año	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	94
Dos controles de CD4 x año	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	75
Tamizaje																	
Gonorrrea/Chlamydia (Basal)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	19
Sifilis (Anual)	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	75
Abuso de sustancias	NO	NO	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	28
Actividad sexual de riesgo	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	75
Búsqueda activa TB	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	81
Hepatitis B (basal)	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	38
Hepatitis C (basal)	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	38
Inmunizaciones																	
Hepatitis B	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	50
Influenza (anual)	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	69
Neumococo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	25
Profilaxis																	
TMP/ para PCP	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	50
Prescripción ARV inicial																	
Apropiada según Protocolo Nacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Control Viroológico																	
Carga viral 2 veces al año	SI	SI	SI	SI	SI	*NO	SI	SI	SI	SI	SI	*NO	SI	NO	NO	SI	75
Otros para Centroamérica																	
INH profilaxis	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	13
Detección Ca Cérvix (anual)	+N/A	NO	+N/A	+N/A	+N/A	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	75
Papanicolaou																	
Test Chagas (basal)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
PORCENTAJE (%)	71	22	44	31	47	61	67	50	72	61	56	55	33	78	55	69	55%

*Referen que los pacientes están vacunados, pero no se transcriben las vacunas colocadas al expediente clínico, sino que permanecen anotadas en las tarjetas de vacunación.

+No Aplica (N/A), ya que los expedientes revisados fueron de varones y en el caso del HEP y el HDN, las pacientes son niños/niñas

De acuerdo a la evaluación de criterios descritos en la tabla No. 11, para la mejora de la calidad de la atención de los servicios, se puede evidenciar cumplimiento igual o mayor al 75% en promedio, relacionado a:

- Al menos 2 citas en el último año y 2 controles de CD4 a personas con VIH.
- Identificación de sífilis, actividades sexuales de riesgo y búsqueda activa de TB
- Cumplimiento total de la prescripción de tratamiento antirretroviral inicial, de acuerdo a la normativa nacional vigente.
- Implementación de norma de abordaje integral de personas que viven con VIH, PA para de detección Ca Cérvix (anual) a través de la técnica de papanicolaou.

Tabla 12. Lista de verificación de la unidad de atención integral, proveedores de Salud Panamá. 2015

RECURSOS HUMANOS	CHMDr-AAAM	HST	HEP-OTH	HN	SM	CHI	COL	HAM	HILCHF	HAT	HNS	HCC	BDT	CNB	CGY	AIM	TOTAL
Año de Inicio de la clínica	1999	2001	2010	1992	2013	2003	2002	2002	2005	2006	2005	2006	2009	2010	2008	2003	%
Cantidad de PVV a su cargo																	
Médicos generales	SI	SI	N/A	N/A	SI	SI	SI	SI	SI	*SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Médicos especialistas	SI	SI	SI	SI	SI	NO	*SI	NO	SI	*SI	SI	SI	NO	*SI	NO	NO	69
Enfermera profesionales	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	*SI	SI	SI	SI	*SI	NO	SI	94
Farmacéuticos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	*SI	SI	SI	*SI	SI	*SI	SI	100
Tecnólogos Médicos o microbiólogos	SI	SI	*SI	SI	*SI	SI	SI	SI	SI	*SI	SI	SI	*SI	*SI	*SI	*SI	100
Trabajadora social	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	*SI	SI	NO	SI	81
Psicólogos	*SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	*SI	NO	NO	SI	69
Nutricionistas	SI	SI	SI	*SI	NO	NO	NO	NO	NO	*SI	SI	NO	*SI	SI	NO	NO	50
Personal técnico y auxiliar	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	75
PORCENTAJE (%)	100	100	100	89	67	78	78	78	89	67	100	89	89	89	33	67	82%

*Solo están asignados/prestados unas horas a la semana. N/A:No aplica

Dentro de los proveedores de salud la deficiencia más evidenciada es la falta de psicólogos y nutricionistas con un 69% y 50% respectivamente. Adicionalmente es común encontrar que los tecnólogos médicos y farmacéutas estén asignados solo unos días a la semana a pesar que tienen un 100% de presencia en todas la unidades de atención, esto dificulta ofertar las facilidades de medicamentos y toma de muestras para CV y CD4 de manera continua.

ACTIVIDADES Y GESTION:	CHMDr AAM	HST	HEP- OTH	HN	SM	CHI	COL	HAM	HLChF	HAT	HNS	HCC	BDT	CNB	CGY	AIM	TOTAL %
Provisión de ARV primera línea	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Provisión de ARV de segunda línea	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Provisión de ARV de tercera línea	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	88
Ruptura de Stock últimos 12 meses	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	88
Desabastecimiento controlado de ARV (Requiere más retiros de medicamentos de Farmacia que los regulares, por abastecimiento incompleto)	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	69
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	81
Realiza conteo de tabletas	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	75
Realiza encuesta estructurada como método de adherencia	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	44
Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	81
Evaluación Socio-económica basal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	88
Evaluación psicológica basal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	88
Evaluación nutricional basal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	75
Provisión de condones	SI	SI	N/A	N/A	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Disponibilidad de medicamentos para IO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Disponibilidad de medicamentos para ITS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Servicio de Apoyo comunitario	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	38
Servicio de visitas domiciliarias	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	13
Porcentaje de cumplimiento	77	82	75	94	88	88	82	82	77	53	82	82	77	77	53	82	78%

Según esta tabla, las actividades de gestión que se cumplieron en un 100% en las unidades de atención fueron la provisión de TAR primera y segunda línea, así como la provisión de condones y disponibilidad de tratamiento para infecciones oportunistas y de transmisión sexual.

Con los datos descritos se puede evidenciar para este año un 81% de cumplimiento en relación al abordaje multidisciplinario previo al inicio de TARV.

Las actividades de gestión de cumplimiento intermedio fueron la realización de la evaluación nutricional y conteo de tabletas con un 75%. Al momento de la

elaboración de la cascada la unidad de atención integral más grande del país ubicada en el CHDrAAM afrontaba un desabastecimiento de medicamentos con duración de aproximadamente un mes.

El Servicio de apoyo comunitario y de visitas domiciliarias fueron las dos actividades con menor porcentaje de 38% y 13% respectivamente. Adicionalmente se encontró que solo un 44% realiza encuesta estructurada como método de adherencia.

VIII. DISCUSIÓN

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

Pilar 1 y 2.

Según estimaciones del programa Spectrum, se estimó para el 2015, un total de 17,101 personas viviendo con VIH (PV) en Panamá. Basado en esta estimación los resultados de las cascada de 2015, muestran un incremento del 6% en el diagnóstico de VIH en Panamá (pilar 1: 88%) en comparación con la cascada del 2013 (82%). Esto debido a diversas estrategias implementadas por el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida y Hepatitis Virales, y la ejecución de diversos proyectos con el apoyo de las agencias de cooperación. Entre estas estrategias y proyectos podemos destacar:

- Desarrollo de un protocolo de evaluación nacional con diversas marcas de prueba rápida (PR), que demostró que la eficiencia de la PR es similar al ELISA, resultados que concluyeron en la recomendación de poder usar un algoritmo diagnóstico de VIH basado en el uso de pruebas rápidas de VIH para unidades de atención primaria, todos los individuos recibieron pre y post consejería. El resultado que se entregó al paciente fue el resultado del algoritmo vigente en el momento.
- Esto fue acompañado de capacitaciones y docencias a nivel de todo el país, con el objetivo de promover la confianza en el uso de pruebas rápidas, las pruebas solo fueron realizadas por tecnólogos médicos. Ya

que evaluaciones previas del algoritmo nacional del VIH en Panamá realizado por MINSA, CSS con el apoyo de CDC-CAR/Guatemala, evidenció el uso excesivo de pruebas confirmatorias retrasando así el diagnóstico de nuevos casos y en algunos casos causando la pérdida de la captación del paciente.

- La ejecución de Proyectos como la Iniciativa de Colaboración entre PEMAR y el Sector Público a través del Fortalecimiento Comunitario para Mejorar la Respuesta Nacional de Panamá al VIH (Proyecto PEMAR Panamá), con financiamiento de Fondo Global y el Proyecto de Prevención Combinada en VIH para PEMAR, financiado por PASMO-PSI-IPPF, han permitido un mejor acceso de las poblaciones claves a programas de prevención, atención, promoción de pruebas rápidas con consejería, referencias y navegación de casos, se ha logrado la captación de nuevos casos VIH entre poblaciones de trabajadoras/es del sexo, HSH, población gay y personas transgénero.

Este resultado posiciona a Panamá como un país de Latino América (Latam) cerca de lograr el primer 90% (PV que conocen su diagnóstico), en vías hacia la meta para el 2020.

Pilar 3:

En cuanto a la vinculación se muestra un porcentaje de 61% para el año 2015. Esto representa una disminución de dos puntos porcentuales. Los factores económicos,

culturales, y la necesidad de acompañar a una PV recién diagnosticada a la clínica de VIH y/o de referencia efectiva, son causas que pueden explicar los obstáculos en la vinculación de la PV a la clínica de VIH.

Pilar 4:

A nivel de retención de las PV, hay un aumento de un punto porcentual en comparación con 2013. Los retos en este pilar deben estar enfocados en los aspectos emocionales que enfrenta la PV para su seguimiento, las estrategias de cada clínica para identificar riesgos de abandono y para rescatar abandonos. Otro aspecto importante es, asegurar una calidad de atención en ambientes libres de estigma y discriminación y hacer un análisis de la percepción del usuario ante la atención en las clínicas.

Pilar 5.

Los resultados de las cascada de 2015, muestran un 53% de PV en TARV, lo que representa un aumento del 3% con respecto al 2013. Es importante destacar que el tratamiento del VIH en Panamá es gratuito para la población que acude a los patronatos e instalaciones de MINSAL, adicionalmente a partir del 2005, el número de CTARV en Panamá ha aumentado representativamente a lo largo del país. Otro punto importante, es la implementación, con el apoyo de USAID, de proyectos de logística de estimación de medicamentos, lo que ha permitido disminuir el desabastecimiento del TARV (aunque aún se registran pero con menor frecuencia), la fuga de personal capacitado en estos procesos es una posible debilidad a destacar.

Un aspecto importante es, que basado en la normativa nacional en Panamá, se entrega el tratamiento mensualmente, lo que en ocasiones dificulta la dinámica para el paciente que vive en áreas de difícil acceso como las antes mencionadas. Con esto podemos observar pacientes tanto en áreas de difícil acceso como en la metrópolis, que aunque no caen en la definición utilizada de abandono (sin retiro de TARV por 3 meses consecutivos o más) si muestran un patrón de adherencia inestable, es decir, pacientes que deben reportar 12 meses de retiros, presentan de 8 a 10 retiros de manera intermitente. Otros factores que pueden estar influyendo en esta situación:

- Falta de recursos económicos para la movilización.
- En el caso de la población indígena muchos de ellos,

trabajan en distintos puntos del país a lo largo del año, como mano de obra en diferentes actividades (colecta de café, caña de azúcar, arroz, entre otros).

- Continua migración a la capital del país en busca de mejores oportunidades de trabajo, aunado a una débil referencia entre las clínicas.
- El estigma y búsqueda de confidencialidad, que potencialmente puede darse en los lugares de trabajo, hace que muchos pacientes no soliciten los permisos mensuales para el retiro continuo de medicamentos, ya que las clínicas y más difícil aun el servicio de farmacia como en el caso de la CNB, solo se presta en horarios y días determinados por falta de recurso humano para cubrir otras áreas.
- La falta de entendimiento de los pacientes.

Pilar 6.

Los resultados muestran un 34% y 30% de PV en tratamiento con CV<50 y <1000 copias/ml respectivamente. Esto representa un incremento del 2% en supresión viral y un 2% en cargas virales indetectables, si lo comparamos con la cascada de 2013 (CV < 1000: 32% y <1000 copias/ml: 28%). Este aumento puede deberse entre múltiples causas al mejoramiento del stock de medicamentos, lo que ha resultado en una disminución del desabastecimiento, y consecuente mejora de la adherencia. De igual forma un aumento en la confirmación de casos positivos y de pacientes en TARV, puede estar influenciando. Otro punto a tomar en cuenta es que los cálculos basados en el 2013, no incluyen el universo total de las unidades de atención integral.

Indicador de sobrevida y adherencia al tratamiento

Los resultados muestran un 89% de PV a los 12 meses, 83% a los 24 meses y 78% a los 36 meses.

Cabe recalcar que desde septiembre de 1984, (cuando se detectó el primer caso de sida en Panamá) hasta octubre de 2015, unas 9,621 personas entre niños y adultos, ya han fallecido, registrándose una tasa de letalidad acumulada del 66%.

Este indicador mide la retención del tratamiento, de la supervivencia y adherencia al mismo. La retención

en tratamiento se relaciona principalmente con la supervivencia, pero también con la adherencia de los pacientes al tratamiento y con la calidad de la atención en los servicios de salud. Este indicador incluye las muertes y los abandonos al tratamiento. Es importante realizar análisis más detallados de estos datos, que incluyan los niveles de CD4 y CV, de los individuos al momento de iniciar el tratamiento. Ya que el recuento de linfocitos CD4 basal, se presenta como una de las variables de mayor trascendencia al momento de estimar la expectativa de vida a largo plazo de los pacientes en TARV.

Condiciones institucionales que influyen en el proceso de atención integral

La calidad de atención y servicios disponibles en las unidades de atención integral de los servicios de salud. Dentro de los criterios y medidas implementados de cumplimiento intermedio (69 - 80%) en las unidades de atención integral, la carga viral dos veces al año con un 75% de cumplimiento y los dos controles de CD4 por año, y Sífilis (anual), se ven afectados grandemente por la centralización de las pruebas en solo dos laboratorios para CV a nivel nacional y tres laboratorios en el caso de CD4.

En cuanto a las inmunizaciones, Panamá, posee uno de los programas más sólidos de la región en cuanto a cobertura de vacunación se refiere, sin embargo, la falta de evidencia dentro del expediente, disminuyó el porcentaje de éxito para este aspecto, ya que en todos los casos el personal de enfermería confirmaba que dicho registro se lleva en la tarjeta de vacunación, la cual no está en el expediente.

Dentro de los criterios y medidas implementados de bajo cumplimiento (< 50%) en las unidades de atención integral, se encuentran: el tamizaje de Hepatitis B y C (basal) con un 38%. La normativa nacional establece el tamizaje de hepatitis B y C, pero por la falta de reactivo o acceso económico para realizarse la prueba en servicios privado no se realiza la misma. En muchas ocasiones se pudo verificar que las pruebas son solicitadas al paciente pero el examen no se realiza.

El test de Chagas basal, solo se realiza ante la sospecha clínica en las áreas endémicas del país o por nexo epidemiológico.

IX. CONCLUSIONES

1. La cascada de 2015 muestra un incremento del 6% en el diagnóstico de VIH en Panamá (88%) en comparación con la cascada del 2013 (82%).
2. Panamá está cerca de lograr el primer 90% (PV que conocen su diagnóstico) con un 88% con relación al estimado de personas viviendo con VIH en el país, hacia la meta para el año 2020. Del total de personas diagnosticadas el 60% se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral y de estas un 65% tienen carga viral suprimida (<1000 copias).
3. Existe una brecha importante entre las PV diagnosticadas y que conocen su resultado con las vinculadas a las clínicas de VIH.
4. A pesar del aumento de más 1600 PV estimados entre los años 2013 y 2015 existe mejora de uno por ciento de retenidas en las clínicas de VIH.
5. Hay una mejora de dos por ciento de PV con carga viral suprimida e indetectable entre los resultados presentados entre las Cascadas del Continuo de Atención de VIH del 2013 y 2015.
6. El mayor porcentaje de pacientes atendidos en las clínicas son del sexo masculino, con excepción de las unidades de atención pediátrica (48% y 54%) con una proporción de casi 1:1.
7. Existen brechas de adherencia muy distintas entre cada clínica TARV del país.

X. LIMITACIONES

Es importante remarcar que la obtención de datos para la construcción de la cascada e indicadores de sobrevida, resulto ser un proceso complejo y difícil.

A continuación se describen algunas causas:

- Los sistemas de información no están estandarizados en cada clínica.
- Las bases de datos de farmacia, laboratorio y atención médica de algunas clínicas TARV, están fragmentadas y no sistematizadas. Dificultad en el registro de PV en TARV con 6 meses o más en tratamiento, con cargas virales indetectables y suprimidas.
- Existe un flujo de pacientes que rota de una clínica a otra y otros que usan los servicios de Laboratorio de la Caja de Seguro Social, pero se atienden y retiran medicamentos en las instalaciones del MINSA.

- Existen usuarios del sector de salud privado, que no se atienden en ninguna de las clínicas del país, pero si usan los servicios de laboratorio para la evaluación de las CV. Los cuales no están registrados en bases nacionales.

- No fue posible definir dentro de los diferentes pilares de la cascada la población clave, ya que dicha información no está consignada en la mayoría de los registros de los PV.

A pesar de las limitantes, los objetivos fueron alcanzados debido al trabajo en equipo, gracias al apoyo de grupo de profesionales de las unidades de atención integral, en especial los servicios de farmacia, enfermería y laboratorio; aunado a todas las facilidades brindadas por el PNVIH y el Departamento Nacional de Epidemiología del MINSA.

XI. RECOMENDACIONES

1. Mejorar la estrategia de adherencia del país, especialmente en la vinculación de las PV recién diagnosticadas con VIH a las clínicas TARV asegurando el acompañamiento por agentes pares y mejorando los sistemas de referencia y respuesta.
2. Fortalecer los sistemas de información, con el fin de contar con datos estadísticos confiables, pertinentes y oportunos para así monitorear objetivamente la situación del VIH en el país.
3. Los sistemas de información requieren una evaluación, fortalecimiento y monitoreo constante de las unidades responsables en el nivel central. Los esfuerzos de múltiples agencias por mejorar los sistemas de información deben ir acompañados por un plan de sostenibilidad con las autoridades de salud.
4. Fortalecer los sistemas de información para la captura de variables que identifiquen y/o

registren a población de TRANS, HSH, MTS y otras poblaciones clave, para poder elaborar la Cascada del Continuo de Atención en VIH en las poblaciones clave.

5. Asegurar el acceso a internet, computadoras o con el personal idóneo para el registro de la información en MoniTArv.
6. Propiciar las condiciones necesarias para adoptar la política Test and Star en el país, a fin que se inicie tratamiento antirretroviral inmediato en toda persona diagnosticada con VIH.
7. Fortalecer a personal de salud para la detección de PV en riesgo de abandono, para tomar acciones de prevención.
8. Promover dentro de las clínicas un abordaje integral con participación multidisciplinaria de todos los especialistas normados para cada usuario sobre todo para las PV en riesgo de abandono.

9. Promover un ambiente libre de estigma y discriminación acompañado de una atención basada en alto cumplimiento de estándares de calidad.
10. Establecer acciones concretas para la identificación y búsqueda de abandonos.
11. Fortalecer la búsqueda de PV identificadas en abandono para reincorporar a las clínicas TARV del país, por medio de promotores y enlaces comunitarios.
12. Difundir y discutir los resultados plasmados en este informe y elaborar estrategias puntuales para mejorar las brechas encontradas y mejorar a mediano y corto plazo.
13. Realizar reuniones semestrales entre los profesionales de salud de las clínicas TARV para compartir ideas, experiencias y buscar la estandarización del sistema.
14. Reforzar la búsqueda de los casos de abandonos de tratamientos y analizar las causas puntuales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. Amsterdam: Organización Mundial de la Salud; 2004.
2. Scheaffer R, Mendenhall W, Ott L. Elementos de muestreo. México, D.F.: Grupo Editorial Iberoamérica; 1987.
3. Lohr S. Muestreo: Diseño y Análisis. México, D.F.: Thompson Editores; 2000.
4. Pérez López C. Muestreo estadístico conceptos y problemas resueltos. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2005.
5. Bluman A. Elementary Statistics: A Step by Step Approach [Internet]. 7th ed. Technometrics. New York: McGraw Hill; 2009 [cited 2013 May 29]. Available from: <http://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00401706.1994.10485859>
6. Hernández P. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Universidad de Murcia; 1999.
7. Lonzano-Rivas W. Determinación del número mínimo de observaciones en investigación, obviando las estimaciones de la varianza de datos. Rev Didáctica Ambient. 2011;7(10):54-61.
8. Seth C, Kalichman et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and HIV Transmission Risks: Implications for Test-and-Treat Approaches to HIV Prevention. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 24, Number 5. 2010.
9. Estimación para el año 2015 a través de Spectrum y publicadas en la base de ONUSIDA -www.aidsinfoonline.org; Resultados en Spectrum de los modelos AIM y Goals. 2016.
10. Informe Nacional Sobre los Progresos realizados en el país. Ministerio de Salud de Panamá y ONUSIDA. Panamá 2014.
11. Shilpa Hakr et al. Prevalence of HIV, Syphilis, and Other Sexually Transmitted Infections among MSM from Three Cities in Panama. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 91, No. 4 doi:10.1007/s11524-014-9885-4. 2014.
12. 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.



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 cálculos 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.

I.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).

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.

I.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).

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 notificados con la infección del VIH y que siguen vivos. • TS: Número de TS que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos. • UDI: Número de UDI que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> • Población total: Número total estimado de personas viviendo con VIH • HSH: Número estimado de HSH viviendo con VIH • TS: Número estimado de TS viviendo con VIH • UDI: Número estimado de UDI viviendo con VIH.
Método y herramientas de medición	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: a partir del sistema de vigilancia de notificación de casos de infección por el VIH: Son los casos diagnosticados y reportados en el sistema de información de vigilancia de casos de infección por el VIH y que siguen vivos al momento de la evaluación. • Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como “fallecido” se excluyen del numerador. • La vinculación con la base de datos nacional de mortalidad puede permitir actualizar el estado vital de los casos y mejorar el sub registro. La vinculación con otros sistemas de información (ej. Laboratorio, TAR) también puede mejorar el sub registro de casos. • 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 I.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 elVIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por elVIH 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 alVIH, cada vez es mayor el número de personas conVIH 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 alVIH (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 alVIH) 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 elVIH 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 periodo 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 elVIH 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 elVIH y porcentaje respecto del total de PV (cuarto pilar de la cascada).

Fundamento	Lograr que las personas conVIH 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 elVIH 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 elVIH 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 con VIH. La terapia antirretroviral debe ofrecerse conjuntamente con otros servicios de atención y apoyo más amplios.
Lo que mide	El progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente 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 personas VIH+ reúnen los criterios de tratamiento ARV. • El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretroviral, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. • Este indicador referido al tratamiento ARV es el más comparable año a año ya que es independiente de las variaciones en criterios de inicio de tratamiento.

4.1 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12, 24, 36 y 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral

Fundamento	El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida. Medir tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los obstáculos para su ampliación y mejora.
Lo que mide	Este indicador mide la retención del tratamiento antirraumento de la supervivencia y adherencia al mismo. Este indicador completa la cobertura del programa midiendo la eficacia.
Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los a) 12 meses, b) 24 meses, c) 36 meses y d) 60 meses después de iniciar el tratamiento, entre los que inician el tratamiento a) hace 1 año; b) hace 2 años; c) hace 3 años; d) hace 5 años.
Denominador	<p>a) A los 12 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 12 meses dentro del período de análisis (o 12 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 12 meses.</p> <p>b) A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de análisis (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.</p> <p>c) A los 36 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 36 meses dentro del período de análisis (o 36 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 36 meses.</p> <p>d) A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2009 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de análisis (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador y denominador: herramientas de monitoreo de los programas, registro del tratamiento antirretroviral y de vigilancia de caso de VIH, formularios de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes según el período en que comenzaron el tratamiento y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 12 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 1 año; la evaluación de los resultados a los 24 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 2 años; la evaluación de los resultados a los 36 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 3 años; y la evaluación a los 60 meses a todos los que lo iniciaron hace 5 años.</p>
Desglose	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo, Grupo de edad: 0-14; =15, Mujer embarazada, o que lo haya estado 12 meses antes. • Entre las personas que comenzaron el tratamiento (denominador), además de conocer el número de personas con vida y en tratamiento (numerador), también es importante conocer el número de pérdidas de seguimiento, el número de personas que suspendieron el tratamiento y el número de las que fallecieron. Estos cuatro resultados deben sumar el número de personas que comenzaron el tratamiento antirretroviral. • Al generar información en los establecimientos, los pacientes trasladados al centro deben incluirse en las estadísticas y los pacientes transferidos a otro centro deben excluirse. En la recopilación de los informes de los centros, si el número de pacientes transferidos al centro y fuera de este se suman a nivel nacional, estas estadísticas deben notificarse para realizar el análisis de los 12 meses.
Puntos fuertes y débiles	La retención en tratamiento se relaciona principalmente con la supervivencia, pero también con la adherencia de los pacientes al tratamiento y con la calidad de la atención en los servicios de salud.

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

- 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

- 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.

ANEXO No. 2

DEFINICIONES

Tabla de definiciones

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

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

PV que conocen su diagnóstico

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

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

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

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

La retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH se define como la participación continua en la atención médica a la infección por el VIH. Asimismo, el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continuada.

Las personas retenidas en atención son los individuos incorporados a los servicios de atención al VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (proxy), y el tiempo considerado puede ser normalmente un período de un año. Por ejemplo, la recogida de medicamentos ARV se obtiene al menos tres veces en el año, mientras que la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral una vez al año.

Personas en tratamiento antirretroviral

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

Desglose

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

Personas con carga viral suprimidas

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

ANEXO No. 3

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

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

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

ANEXO No. 4

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL

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

Clínica: _____

Fecha de la visita: _____

Año de inicio de la UA: _____

Número de PV cuidado: _____

Profesión o cargo de persona entrevistadas	SI	NO	No. de profesionales	Tiempo laborado	Personal contratado para la UA	Personal prestado	¿Cuántas horas al día?	
							El mismo de las UA	Solamente unas horas
Recursos Humanos								
Médicos generales								
Médicos especialistas								
Enfermera profesionales								
Farmacéuticos								
Químicos biólogos o microbiólogos								
Trabajadora social								
Psicólogos								
Nutricionistas								
Personal técnico y auxiliar								
ACTIVIDADES Y GESTIÓN:							SI	NO
Provisión de ARV primera línea								
Provisión de ARV de segunda línea								
Gonorrea/Chlamydia (Basal)								
Provisión de ARV de tercera línea								
Ruptura de Stock últimos 12 meses								
Desabastecimiento controlado de ARV (Requiere más retiros de medicamentos de farmacia a los regulares, por abastecimiento incompleto inter-citas)								
Abordaje multidisciplinario antes de inicio de TAR								
¿Realiza conteo de tabletas?								
¿Realiza encuesta estructurada como método de adherencia?								
¿Realiza detección sistemática y notificación eventos adversos?								
Evaluación socio-económica basal								
Evaluación psicológica basal								
Evaluación nutricional basal								
Provisión de condones								
Disponibilidad de medicamentos para IO								
Disponibilidad de medicamentos para ITS								
Servicio de apoyo comunitario:								
Servicio de visitas domiciliarias								

ANEXO No. 5

PILAR 3. NÚMERO TOTAL DE PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE TUVIERON UN RECUENTO DE LINFOCITOS CD4 O UNA CV O UN RETIRO DE TARV O UNA CONSULTA DE ATENCIÓN A LA INFECCIÓN POR EL VIH EN EL AÑO 2015

Pilar 3	0-4 años		5-14 años		≥ 15 años		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
HN	11	6	51	47	27	26	168
HEPOTH	3	0	7	12	9	10	41
CNB	0	1	2	2	60	305	370
BDT	1	2	9	2	51	164	229
HNS	0	0	0	0	90	240	330
CGY	1	0	1	0	28	19	49
SM	0	0	0	0	21	47	68
HCC	1	0	2	1	33	78	115
HAM	0	0	0	0	27	171	198
HLChF	2	0	0	3	61	142	208
HAT	0	0	1	2	64	147	214
CHI	2	2	4	4	154	462	628
CHDrAAM	0	0	0	0	1038	3279	4317
COL	0	0	1	1	390	415	807
AIM	5	1	10	9	9	9	43
HST	0	0	0	1	983	1593	2577
TOTAL	26	12	88	84	3045	7107	10362

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

PILAR 4. 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

Pilar 4	0-4 AÑOS		5-14 AÑOS		≥ 15 AÑOS		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
HN	11	6	50	47	26	24	164
HEPOTH	3	0	6	12	8	9	38
CNB	0	1	2	2	55	286	346
BDT	1	2	9	2	50	157	221
HNS	0	0	0	0	82	220	302
CGY	0	0	1	0	18	27	46
SM	0	0	0	0	21	47	68
HCC	1	0	2	1	29	76	109
HAM	0	0	0	0	26	166	192
HLChF	2	0	0	3	61	142	208
HAT	0	0	1	2	63	145	211
CHI	2	2	4	4	154	420	586
CHDrAAM	0	0	0	0	988	3114	4102
COL	0	0	0	0	360	370	730
AIM	5	1	9	9	9	9	42
HST	0	0	1	0	761	1503	2265
TOTAL	25	12	85	82	2711	6715	9630

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

PILAR 5. NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y PORCENTAJE RESPECTO DEL TOTAL DE PV

Pilar 5	0-4 años		5-14 años		≥ 15 años		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
HN	8	5	49	45	24	24	155
HEPOTH	3	0	5	12	8	8	36
CNB	0	1	2	2	50	252	307
BDT	1	2	9	2	40	137	191
HNS	0	0	0	0	77	207	284
CGY	0	0	1	0	18	22	41
SM	0	0	0	0	20	38	58
HCC	1	0	2	1	18	76	98
HAM	0	0	0	0	23	160	183
HLChF	2	0	0	2	54	129	187
HAT	0	0	1	2	63	144	210
CHI	2	2	4	4	150	415	577
CHDrAAM	0	0	0	0	927	2903	3830
COL	0	0	0	0	355	368	723
AIM	5	1	8	9	8	9	40
HST	0	0	0	1	740	1393	2134
TOTAL	22	11	81	80	2575	6285	9054

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

PILAR 6. NÚMERO DE PACIENTES CON CARGA VIRAL DEBAJO DE 1,000 COPIAS EN LA ÚLTIMA DETERMINACIÓN DURANTE EL AÑO DE ESTUDIO (2015) EN TARV AL MENOS 6 MESES.

Pilar 6	0 a 4 años		5 a 14 años		> 15 años		Total
	M	F	M	F	M	F	
HN	4	3	33	34	13	16	103
HEPOTH	2	0	4	10	1	2	19
CNB	0	1	2	2	27	82	114
BDT	1	0	3	1	24	77	106
HNS	0	0	0	0	63	101	164
CGY	0	0	0	0	3	8	11
SM	0	0	0	0	4	10	14
HCC	0	0	0	1	12	47	60
HAM	0	0	0	0	11	54	65
HLChF	0	0	0	0	13	33	46
CHI	0	0	12	1	69	154	236
HAT	0	0	3	0	22	51	76
CHDrAAM	0	0	0	0	872	2213	3085
COL	3	0	9	4	100	129	245
AIM	3	0	9	4	6	5	27
HST	0	0	0	0	493	1044	1537
TOTAL	13	4	75	57	1733	4026	5908

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

PILAR 6. NÚMERO DE PACIENTES CON CARGA VIRAL DEBAJO DE 50 COPIAS EN LA ÚLTIMA DETERMINACIÓN DURANTE EL AÑO DE ESTUDIO (2015) EN TARV AL MENOS 6 MESES

Pilar 6	0 a 4 años		5 a 14 años		> 15 años		Total
	M	F	M	F	M	F	
HN	3	1	27	28	12	13	84
HEPOTH	2	0	3	7	0	2	14
CNB	0	0	2	1	26	72	101
BDT	0	0	3	1	19	59	82
HNS	0	0	0	0	60	95	155
CGY	0	0	0	0	2	6	8
SM	0	0	0	0	3	9	12
HCC	0	0	0	0	10	42	52
HAM	0	0	0	0	10	46	56
HLChF	0	0	0	0	12	27	39
CHI	0	0	3	1	58	129	191
HAT	0	0	2	0	20	46	68
CHDrAAM	0	0	0	0	800	2003	2803
COL	0	0	6	4	80	115	205
AIM	0	0	6	4	4	3	17
HST	0	0	0	0	425	917	1342
Total	5	1	52	46	1541	3584	5229

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

ANEXO No. 6

PV Continúan en TARV luego de 24 meses de iniciado el tratamiento

Pilar 6	0-4 años		5-14 años		≥ 15 años		24 meses TARV	Iniciaron TARV
	F	M	F	M	F	M		
HN	1	1	3	2	1	0	8	8
HEPOTH	0	0	2	0	0	0	2	2
CNB	0	0	0	0	19	63	82	85
BDT	0	0	1	1	4	13	19	32
HNS	0	0	0	0	18	60	78	88
CGY	0	0	0	0	9	24	33	41
SM	0	0	0	0	0	0	0	0
HCC	0	10	0	0	1	13	15	17
HAM	0	0	0	0	6	15	21	24
HLChF	0	0	0	2	7	18	27	30
CHI	0	0	0	0	6	16	22	25
HAT	0	0	0	0	15	25	40	47
CHDrAAM	0	0	0	0	191	380	571	680
COL	0	0	0	0	61	84	145	166
AIM	2	0	0	1	0	0	3	5
HST	0	0	0	0	132	217	349	466
TOTAL	3	2	6	6	470	928	1415	1716

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

83% continúan en TARV luego de 24 meses de iniciado el tratamiento.

PV CONTINÚAN EN TARV LUEGO DE 36 MESES DE INICIADO EL TRATAMIENTO

Pilar 6	0-4 años		5-14 años		≥ 15 años		24 meses TARV	Iniciaron TARV
	F	M	F	M	F	M		
HN	2	0	1	2	0	2	7	13
HEPOTH	0	0	4	0	0	0	4	4
CNB	0	0	0	0	13	36	49	51
BDT	0	0	2	0	5	12	19	40
HNS	0	0	0	0	17	44	61	68
CGY	0	2	0	0	12	31	45	59
SM	0	0	0	0	0	0	0	0
HCC	0	0	1	0	3	8	12	14
HAM	0	0	0	0	3	17	20	24
HLChF	0	0	0	0	9	17	26	28
CHI	0	0	0	2	5	12	17	20
HAT	0	0	0	0	12	29	43	54
CHDrAAM	0	0	0	0	150	347	497	650
COL	0	0	0	0	55	66	121	138
AIM	1	1	0	0	0	0	2	2
HST	0	0	0	0	117	204	321	436
TOTAL	3	3	8	4	401	825	1244	1601

Fuente: Clínicas de terapia antirretroviral del MINSA y CSS.

78% continúan en TARV luego de 36 meses de iniciado el tratamiento.

SOBREVIDA Y RETENCIÓN DE PV EN TARV SEGÚN MESES

