

La Cascada de la adherencia a la atención integral al tratamiento antirretroviral en Guatemala y factores institucionales que influyen en su evaluación.

Carlos Mejía-Villatoro¹, Ericka Boror¹, Aura González¹, Andre Choco¹, Carlos Flores², Roberto León³, Lucrecia Castillo³

¹Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala city.

²Programa Nacional de Sida. Guatemala.

³USAID Capacity.

Resumen:

Introducción: La implementación de la terapia antirretroviral (TAR) en Centroamérica ha tenido un desarrollo diferente en cada país. En Guatemala en la última década, se ha ampliado sus coberturas de manera importante y por el apoyo inicial de Médicos sin Fronteras y luego con los Recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Malaria y Tuberculosis, y el progresivo aumento de la inversión por parte del Ministerio de Salud y el Seguro social, el acceso al TAR es una realidad. Sin embargo, con los conceptos de acceso universal al diagnóstico y tratamiento, y buscando llegar a los estándares propuestos por la Cascada o Continuum de Adherencia a la Atención integral y el TAR, una evaluación de su estado actual, se hizo necesaria.

Objetivos: Desarrollar un diagnóstico de situación del estado de la adherencia al tratamiento ARV y establecer los componentes de la cascada de atención, relacionados con la adherencia en Guatemala.

Métodos: Como parte Proyecto CAMPLUS y con la coordinación de Proyecto Capacity-USAID Guatemala, con expertos locales, se desarrolló una guía para establecer el cumplimiento de TAR, utilizando la carga viral y para documentar la cascada de adherencia al tratamiento del VIH, en Guatemala. El Total de personas que viven con el VIH en diciembre de 2013, mediante un modelo matemático, basado en el software Spectrum, el diagnóstico de VIH, la vinculación con / retención en la atención, retención en TAR y la supresión viral) en todas las clínicas de atención integral del VIH en Guatemala. Se organizó una reunión local de estandarización de conceptos, antes del inicio de la colecta de información y finalmente, se realizaron 2 reuniones para discusión general de los datos con las autoridades y actores clave locales. Un cuestionario virtual enviado a las Clínicas para evaluar sus capacidades de atención, basado en las recomendaciones HIVMA con algunas modificaciones fue completado por todas las clínicas.

Resultados: A diciembre del 2013, se estimaban 52,784 (100%) vivían con VIH, No se conoce con certeza el dato de personas que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH (pilar dos de la cascada).

La información de Personas con VIH, que conocen su diagnóstico y han estado ligadas a cuidado, no se recolecta en las UAIs (Tercer pilar de la cascada). Estaban en retenidas en seguimiento 18,325 (34.7%), pilar 4 de la cascada y 16,386 en TAR (31.04%), pilar 5 de la cascada, 9369 (18.3%) con carga viral (cv) < 1000 copias/ml y 8,941 (16%) con cv < 50 copias/ml, pilar 6 de la cascada. 59% (10 de 17) de las UAIs realizan una cv/año.

El 59% (8.5 - 91.5%) de los pacientes en TAR presentan cv < 1000 copias por ml, y el 52% de ellos presentan cv < 50 copias por ml. Conclusiones: Se encontró niveles de adherencia, desde 8.5 a 91% (59% promedio), similar a otros países de la región, con un nivel de control de carga viral similar a países desarrollados, pero con limitantes importantes en el tratamiento clínico standard.

Los sistemas de información son en algunos casos muy limitados heterogéneos y requieren un fortalecimiento importante para un monitoreo confiable y verificable los niveles de adherencia que las personas tienen al tratamiento.

Palabras Clave: Adherencia TAR Guatemala Cascada de Atención

Abstract:

Introduction: The implementation of antiretroviral therapy (ART) in Central America has had a different development in each country. In Guatemala in the last decade, has expanded its coverage significantly and the initial support of MSF and then with Resources Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis, access to ART is a reality. However an assessment of its current state, the concepts of universal access to diagnosis and treatment, and seeking to reach those proposed by the Cascade or Continuum of Adherence to comprehensive care and ART, standards became necessary. Objectives: To develop a situation analysis of adherence to ARV treatment and establish the components of the Cascade of care related to adherence in Guatemala.

Methods: The CAMPLUS Project, with the coordination of the Capacity-USAID project in Guatemala and with local experts, developed a guide to track ART adherence using viral load and to document the HIV treatment cascade or continuum of care, in Guatemala. (Total people living with HIV at December 2013, by a mathematical model, based in Spectrum software, HIV diagnosis, linkage to/retention in care, ART retention and viral suppression) in all HIV clinics in Guatemala. A local meeting for standardization was organized before the beginning and 2 general discussion meetings of the obtained data with local authorities were done. A virtual questionnaire of Clinics capacities based on the HIVMA recommendations with some modifications was completed by all clinics. Results: In December 2013, were estimated 52.784 people (100%) living with HIV (First component), is not known with certainty the data of people who have been diagnosed with HIV infection and know their serostatus (2o. component of the cascade). Information for People with HIV who know their diagnosis and have been linked to care, is not collected in UAIS (third component of the cascade). They were held in care 18.325 (34.7%) (4o. component) and 16,386 in TAR (31.04%) (fifth component), 9369 (18.3%) with viral load (cv) < 1000 copies / ml and 8,941 (16%) with cv <50 copies / ml, (sixth component). 59% (10 of 17) of performing a UAIS cv / year. 59% (8.5 - 91.5%) of patients on ART are cv <1000 copies per ml, and 52% of them have cv <50 copies per ml.

Conclusions: Viral load levels below 1000 copies/ml were found, from 8.5 to 91% (average 59%), similar to other countries in the region, with a level of control similar to developed countries viral load, but with significant limitations in standard clinical treatment. Information systems are heterogeneous in some very limited cases and require a significant strengthening for reliable and verifiable data from people in Care and ART.

Keywords: Adhesion Cascade Care TAR Guatemala.

Antecedentes

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 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 el marco de monitoreo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, basada en el consenso de las recomendaciones mundiales para la vigilancia de la atención y el tratamiento del VIH, según los acuerdos del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, dentro del Marco de indicadores de OMS-ONUSIDA del 2014. Se hizo énfasis en la construcción de la cascada de Atención Integral, con sus componentes, de manera coordinada con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud y Seguridad Social, Sanidad Militar y ONGs de Atención integral, con el apoyo técnico del USAID I Proyecto Capacity Centroamérica, OPS y ONUSIDA

En abril de 2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana, 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. Además de desarrollar una estrategia de mediano y largo plazo, orientadas a proveer una sustentación más estable a la financiación de la respuesta al VIH, y un mejor control de los costos, la calidad y el acceso a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo a las poblaciones afectadas y en particular a las Personas que viven con VIH (2).

Muchos esfuerzos se han hecho por ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR); sin embargo los esfuerzos por documentar de

manera fehaciente, el impacto del tratamiento en la sobrevida de las personas que viven con VIH fue el primer objetivo de la terapéutica. Ahora, las estrategias poblacionales como la provisión ininterrumpida del tratamiento antirretroviral, la calidad de atención integral hacia los pacientes que viven con VIH (PVV), disminuir la carga viral por debajo de 50 copias y <1,000 copias/ml, y la retención de los PVV en el cuidado y atención integral, han mostrado disminución de la transmisión del VIH por vía sexual en la comunidad, ha logrado 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(3).

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

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

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

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), 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, 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).

Por ello, el presente informe documentó de manera detallada los procesos del continuo (cascada de atención integral) a nivel de país, y realizó el diagnóstico de la situación de las Unidades de Atención integral del VIH en Guatemala; con el fin de establecer la línea de base para promover un sistema de vigilancia de la adherencia a los antirretrovirales, a los componentes de la atención integral multidisciplinaria, basado en la retención en el cuidado a largo plazo de las personas que viven con VIH(6-9).

Métodos:

En el marco de monitoreo propuesto por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que está basada en el consenso de las recomendaciones mundiales para la vigilancia de la atención y el tratamiento del VIH y siguiendo los acuerdos del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, se utiliza-

ron de base los indicadores internacionales propuestos en el año 2014. Haciendo énfasis en la construcción de la cascada de Atención Integral, con sus componentes, de manera coordinada con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud y Seguridad Social, Sanidad Militar y ONGs de Atención integral, con el apoyo técnico del USAID I Proyecto Capacity Centroamérica, OPS y ONUSIDA.

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

1. El equipo de trabajo de Guatemala, apoyado por USAID I Proyecto Capacity Centroamérica, OPS y ONUSIDA, coordinado con el Programa Nacional de VIH, reviso y aprobó la Guía de trabajo para la evaluación. Se realizó una reunión de consenso y definición de ruta crítica, con el compromiso de completar los informes para el 15 de octubre de 2014, para que puedan ser sometidos a análisis y consultas, previo a la generación del Informe Regional a ser presentado en la reunión del COMISCA en diciembre del 2014.

Retrasos en algunos procesos administrativos del Ministerio de Salud, nos han llevado a presentar los datos obtenidos a final de octubre y el primer borrador del informe en la primera semana de noviembre del 2014.

La reunión nacional de consenso buscó la ruta óptima y fuentes de información para la construcción de la cascada de atención integral y continua, así como los componentes que reflejan la línea de base regional de la adherencia al tratamiento, incluyendo solamente las cargas virales del año 2013. Además identifica los factores moduladores institucionales que afectan la adherencia a nivel regional, por medio de una entrevista estructurada dirigida a personal de atención de las Unidades de Atención (UA). La determinación de la carga viral <50 copias, sirvió para conocer el nivel de control clínico deseado en los pacientes en tratamiento. Mientras que el nivel de carga viral < 1,000 copias, se relaciona con la población total de personas que se estima viven en el país con VIH, nos refleja más la brecha necesaria para disminuir la transmisión sexual del VIH, para lograr disminuir la incidencia de la infección a largo plazo, la cual deberá medirse bajo los mismos criterios unificados internacionales de OMS 2014.

Existió la posibilidad de que algunos componentes de la cascada no pudieran ser medidos como lo indica el Marco del Monitoreo continuo de Atención al VIH de la OPS/OMS del 2014, lo cual se confirmó, al no tener datos suficientes para la construcción de los pilares segundo y tercero de la misma que miden, respectivamente la cantidad de personas que conocen su diagnóstico y están vivas al final de 2013 y la cantidad de personas que conocen su diagnóstico y han estado ligadas a cuidado. En estos casos los dos pilares no fueron incluidos.

La fuente de información de cada unidad de atención integral, fue diversa y varias de ellas requirieron confirmación. El uso del programa informático MANGUA, no fue posible utilizarlo, por razones diversas, tales como: Base de datos no está actualizada, algunas unidades no tenían encargados de la digitación, los expedientes no estaban disponibles directamente en las clínicas, o bien, utilizaban bases alternas de registro de información desarrolladas por las propias UAI para responder a sus necesidades operativas. En particular en lo que se refiere al registro de personas en TAR con los registros de Farmacia, o bien registros de laboratorio propios de cada una de ellas. No fue posible visitar unidades que no pertenecieran al Ministerio de Salud Pública, por lo que su información fue proporcionada para el estudio por vía electrónica y entrevistas telefónicas para resolver dudas o completar información que no fue enviada en las primeras comunicaciones, aunque es importante acotar que hubo una buena disposición a proporcionar la información solicitada a cada una de ellas.

2. Aspectos Administrativos: El proceso de aprobación de la Guía Modelo que se propuso inicialmente, se sostuvieron reuniones de trabajo, coordinación y consenso de la operativización de la Guía de trabajo aprobada por consenso, con las instancias que generan o consolidan y analizan la información, se recomienda realizarla en coordinación con los Programas Nacionales de Sida de cada país, ONUSIDA, USAID, OPS y USAID/Capacity.

3. Aspectos Éticos: Se considera que dado que no se realizó ningún tipo de intervención en pacientes o con trabajadores de la salud, no fue necesario el sometimiento de aprobación de la Guía Modelo, pues se trató de una forma sistematizada de obtener información estratégica de tipo epidemiológico y de salud pública a nivel nacional y regional.

4. Muestreo para control de calidad: Se realizó un muestreo por lotes para evaluar discrepancias entre los indicadores proporcionados por las UAI y lo calculado según un muestreo aleatorio realizado en 11 UAI con respecto a los indicadores de carga viral y pacientes en TAR.

Resultados:

A continuación se incluyen los resultados de la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral y condiciones Institucionales que puedan influir en el proceso en las 17 Unidades de Atención Integral (UAI) que funcionan en el país y que proveen tratamiento antirretroviral. La UAI de Retalhuleu se incluye en la lista, sin embargo, dado que en el año 2013 ésta aún no había iniciado tratamiento antirretroviral (TAR), no fue considerada para el análisis a diciembre del 2013. Las Unidades de Atención integral que funcionan en el país son:

Clínicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social activas a diciembre del 2013:

1. Clínica de Enfermedades Infecciosas de Hospital Roosevelt. Guatemala.
2. Clínica Familiar Luis Ángel García. Hospital General San Juan de Dios. Guatemala.
3. Clínica de Atención Integral, Hospital Regional de Coatepeque.
4. Clínica de Atención Integral, Isaac Cohen Alcahé, Hospital Rodolfo Robles, Quetzaltenango.
5. Clínica de Atención Integral, Hospital Regional de Occidente. Quetzaltenango.
6. Clínica de Atención Integral, Hospital Regional de Zacapa.
7. Clínica de Atención Integral, Hospital Regional de Escuintla.
8. Clínica de Atención Integral, Hospital de San Benito, Peten.

9. Clínica de Atención Integral, Hospital La Amistad, Japón. Puerto Barrios.

10. Clínica de Atención Integral, Hospital Elisa Molina, Pediatría. Puerto Barrios.

11. Clínica de Atención Integral, Hospital Nacional de Cuilapa.

12. Clínica de Atención Integral, Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

13. Clínica de Atención Integral, Hospital Nacional de Malacatán.

14. Clínica de Atención integral, Hospital Nacional de Huehuetenango.

Clínicas de otras Instituciones, activas a diciembre del 2013:

15. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

16. Sanidad Militar.

17. Hospicio San José.

Pacientes con TAR, cobertura de cargas virales y componentes de la cascada del continuo de la atención integral

Tabla 2. Pacientes con TAR y cobertura de cargas virales en las UAI (n = 17)

Nombre de la UA	Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	Cargas virales realizadas en 2013	Cargas virales por paciente	% Cobertura de CV
Hospital de Huehuetenango	111	255	2.30	82.4%
Clínica de Enfermedades Infecciosas, HSR.	3725	6415	1.72	
Hospital de Zacapa	330	526	1.59	
Hospital Elisa Martínez, Puerto Barrios	64	80	1.25	
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	4110	4881	1.19	
Hospital Regional de Coatepeque	1832	2075	1.13	
Clínica Familiar Luis Ángel García/HS General San Juan de Dios	2420	2707	1.12	
Sanidad Militar	59	59	1.00	
Hospicio San José	359	359	1.00	
Hospital de Escuintla	503	500	0.99	
Hospital Rodolfo Robles	621	568	0.91	
Hospital de Cuilapa, Santa Rosa	215	194	0.90	
Hospital de la Amistad Japón, Puerto Barrios	643	538	0.84	
Hospital San Benito Petén	377	297	0.79	
Hospital Regional de Occidente	546	194	0.36	17.6%
Unidad Integral de Antigua	229	77	0.34	
Hospital de Malacatán	242	80	0.33	
Totales	16386	19805		

En esta tabla se puede notar que únicamente tres UAI (el 18% de ellas) tuvieron una cobertura de carga viral menor al 70%.

Tabla 3. Porcentaje de Pacientes con TAR en base a pacientes ligados a cuidado por UAI. (n=17)

Correlativo	Nombre de la UA	Pacientes ligados a cuidado	Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	Porcentaje de PVVs en tratamiento con ARV
1	Hospital San Benito Petén	460	377	82%
2	Hospital de Escuintla	563	503	89%
3	Hospital Rodolfo Robles	631	621	98%
4	Hospital de Zacapa	382	330	86%
5	Hospital Regional de Occidente	584	546	93%
6	Hospital de la Amistad Japón, Puerto Barrios	693	643	93%
7	Hospital Regional de Coatepeque	2514	1832	73%
8	Hospital Elisa Martínez, Puerto Barrios	64	64	100%
9	Hospital de Cuilapa, Santa Rosa	222	215	97%
10	Hospital de Huehuetenango	169	111	66%
11	Hospital de Antigua Guatemala	229	229	100%
12	Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt	3897	3725	96%
13	Clínica Luis Ángel García HGSJD	2569	2420	94%
14	Hospital de Malacatán	306	242	79%
15	Sanidad Militar	59	59	100%
16	Hospicio San José	420	359	85%
17	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	4563	4110	90%
	Total	18325	16386	89%

Tabla 4. Porcentaje de Pacientes con TAR y cobertura de cargas virales menor de 1000/ml y menor de 50/ml en las UAI (n = 17)

Correlativo	Nombre de la UA	Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	Pacientes CV menor 1000	Pacientes CV menor 50	% Pacientes CV menor 1000	% Pacientes CV menor 50
1	Hospital San Benito Petén	377	282	230	74.80%	61.00%
2	Hospital de Escuintla	503	43	7	8.50%	1.4%
3	Hospital Rodolfo Robles	621	568	493	91.50%	79.40%
4	Hospital de Zacapa	330	224	166	67.90%	50.30%
5	Hospital Regional de Occidente	546	126	87	23.10%	15.90%
6	Hospital de la Amistad Japón, Puerto Barrios	643	391	326	60.80%	50.70%
7	Hospital Regional de Coatepeque	1832	940	866	51.30%	47.30%
8	Hospital Elisa Martínez, Puerto Barrios	64	38	28	59.40%	43.80%
9	Hospital de Cuilapa, Santa Rosa	215	194	128	90.20%	59.50%
10	Hospital de Huehuetenango	111	65	50	58.60%	45.00%
11	Hospital de Antigua Guatemala	229	65	42	28.40%	18.30%
12	Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt	3725	3345	3195	89.80%	85.80%
13	Clínica Luis Ángel García HGSJD	2420	1960	1624	81.00%	67.10%
14	Hospital de Malacatán	242	48	35	19.80%	14.50%
15	Sanidad Militar	59	55	54	93.20%	91.50%
16	Hospicio San José	359	351	344	97.80%	95.80%
17	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	4110	944	897	23.00%	21.8%
	Total	16386	9639	8572	58.80%	52.30%

Tabla 5. Componentes de la cascada de la atención en las Unidades de Atención Integral de Guatemala (n = 17)

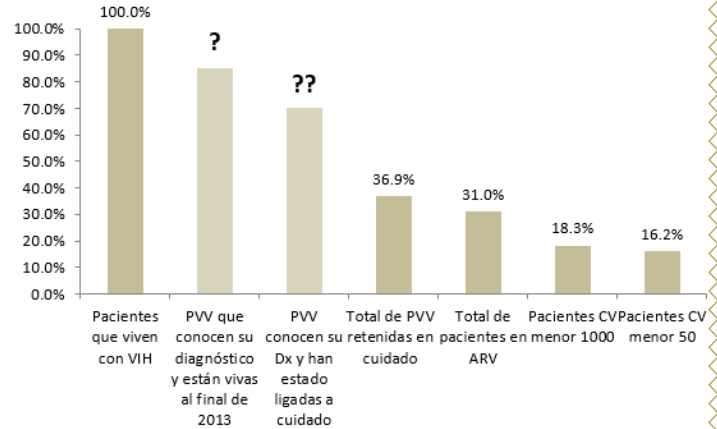
Indicador	Valor	%
Pacientes que viven con VIH	52784	100.0%
Personas que conocen su diagnóstico y están vivas al final de 2013	?	?
Personas que conocen su diagnóstico y han estado ligadas a cuidado	??	??
Total de personas que viven con VIH y están ligadas a cuidado	18325	34.7%
Total de pacientes en ARV	16386	31.0%
Pacientes CV menor 1000	9639	18.3%
Pacientes CV menor 50	8572	16.2%

En esta tabla se muestran los pilares de la cascada de atención, correspondiendo el 100% a la estimación de 52,784 pacientes que viven con VIH para el año 2013 según Spectrum. No fue posible conocer o estimar los valores de los pilares 2 y 3.

El pilar 2 se construiría con una mejora en las capacidades de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH a nivel nacional, y el pilar 3 a través de la mejora de los sistemas de información de las UAI.

En esta tabla se observa también que un 35% de los pacientes que viven con VIH están ligados a cuidado, y un 31% corresponde a pacientes que reciben terapia ARV. Sólo un 19 % de los pacientes tenían cargas virales menores a 1,000 copias y un 17% cargas virales menores a 50 copias.

Gráfica 1. Cascada del continuo de la atención en las Unidades de Atención Integral de Guatemala (n=17)



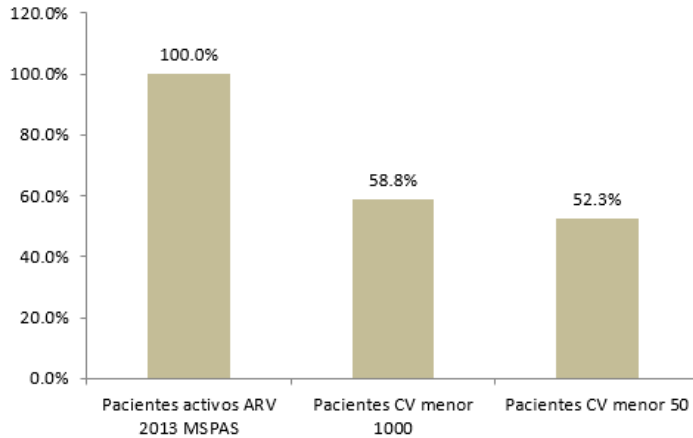
En esta gráfica se representan los pilares de la cascada del continuo de la atención, correspondiendo el sexto pilar a los pacientes con CV menores a 1000 copias / mL y pacientes con CV menores a 50 copias / mL.

Tabla 6. Efectividad de TAR en las Unidades de Atención Integral de Guatemala con base a valores de carga viral (n=17)

Indicador	Valor
Pacientes activos ARV 2013 MSPAS	100.0%
Pacientes CV menor 1000	58.8%
Pacientes CV menor 50	52.3%

En esta tabla se utilizó como universo el total de pacientes activos con terapia antirretroviral según datos reportados hasta el año 2013 al MSPAS por las UAI. Luego se hizo un cálculo del porcentaje al que correspondían los pacientes con CV menor a 1000 y 50 copias, correspondientemente.

Gráfica 2. Efectividad de TAR en las Unidades de Atención Integral de Guatemala con base a valores de carga viral (n=17)



Discusión:

El diagnóstico temprano de la infección por VIH, la referencia oportuna a los servicios de atención integral del país, la retención de las personas en el seguimiento y monitoreo clínico y de prevención secundaria, el inicio temprano de la terapia antirretroviral (TAR), apegados a los protocolos de tratamiento vigentes en el país; así como la adherencia a largo plazo de los pacientes en TAR, busca alcanzar la máxima eficacia clínica de llevar los niveles de carga viral por debajo de 50 copias/ml en más del 70% de los pacientes en tratamiento; son parte de las metas deseadas, para lograr impactar en la disminución de la transmisión del VIH a nivel de la comunidad o comunidades afectadas, y de forma importante en la contención de la epidemia de VIH, particularmente en la segunda década del siglo XXI, cuando ya tenemos evidencia suficiente, del papel preventivo de la TAR en donde el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano, ha logrado avances importantes al disminuir la incidencia de casos nuevos de VIH.

Por ello, los resultados de evaluación de la línea basal del continuum de atención, mediante la construcción de la cascada de atención del VIH, que se ha iniciado en Guatemala y los países del área centroamericana, permite además de identificar las brechas de información, las debilidades de la atención de calidad en el país, que pueden limitar el éxito de plantear las metas acordadas por COMISCA y el Mecanismo de Coordi-

nación Regional en diciembre del 2013, basados en la estrategia de OMS: Tratamiento 2.0 y las metas propuestas por ONUSIDA y el Grupo de Cooperación Técnica horizontal (GCTH); lograr que para la década del 2020-2030, los países consigan que el 90% de las personas que se estiman que viven con VIH en un país, conozcan su diagnóstico, que al menos 90% de ellas se encuentren ligadas a cuidado y retenidas en atención, tomando TAR, y que 90% de este grupo se encuentren con niveles de carga viral indetectables. Por tanto estos esfuerzos, permitirán evaluar la magnitud del reto para Guatemala, particularmente en tiempos de limitación económica, crisis política y de gobernabilidad del país, que nos provoca debilidad administrativa de las instancias gubernamentales.

La cascada de Guatemala, nos ha mostrado que tenemos vacíos de información importantes, que no nos permiten, conocer el 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 (segundo pilar de la cascada) y el número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV (tercer pilar de la cascada de atención).

La del segundo pilar manifiesta no poder conocer, cuántos de los pacientes que han sido reportados en el país al programa de reporte de caso del MSPAS y CNE, no han fallecido. En relación al tercer pilar, no contamos con el dato adecuadamente registrado de personas que han estado ligadas a cuidado, pero que no han sido retenidas en cuidado en las Unidades de Atención Integral, tendremos que trabajar de manera estratégica en llenar estas brechas, ya sea haciendo una correlación con las bases de datos del RENAP para identificar a las personas con VIH fallecidas. Fortalecer los registros de las Unidades de Atención Integral para identificar a toda persona con VIH que ligadas a cuidado y que no se encuentran duplicadas en otras UAI, que hayan migrado a otro país, cifras que en el momento actual no es factible obtener.

Con respecto a los pilares 4,5 y 6, aunque se obtuvo la información para poder establecer el número de personas activas en seguimiento en todas las UAI, el número de personas activas en TAR y el número y proporción de personas en TAR con niveles de carga viral menor de 1000 y menor de 500, las fuentes de información son diversas. El sistema MANGUA, disponible en todas las Unidades, no fue la fuente de la cual se pudo obtener la información actualizada fidedigna, por diversas razones, enumeradas en la descripción de los problemas encontrados. Requerirá intervenciones de fortalecimiento programático, que puedan llevarnos a la estandarización y automatización de la obtención de la información, para poder responder de una manera rápida y en tiempo real de todos los componentes de la cascada, información básica para monitorear los progresos de las intervenciones que planteen en las instancias clínicas, de monitoreo y de regulación de los servicios de salud del Ministerio de Salud, Sanidad Militar, Seguridad Social y Sector privado y de ONGs que brindan atención integral en el país.

Agradecimientos: A USAID-Capacity por su contribución técnica y financiera. A los profesionales de la salud que contribuyeron con sus aportes técnicos: Dr. Carlos Flores (PNS), Licenciada Mónica González (PNS), Dra. Mary Ann Seday (ONUSIDA), Dra. Blanca Samayoa (ASI), Dra. Claudia Mazariegos (UAI Zacapa), Dr. Pedro Avedillo (OPS), Dra. Lucrecia Castillo (USAID), Dr. Efraín López (RP-Ministerio de Salud, Programa del Fondo Mundial), A los coordinadores y personal profesional y técnico de las Unidades de Atención Integral de Guatemala.

Referencias:

1. Programa VIH/SIDA, ONUSIDA, editors. Marco de acción del tratamiento 2.0: impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011.
2. COMISCA-MCR : Estrategia de sostenibilidad 2013, de los avances de Centroamerica y Republica Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevencion, Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH. Abril 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 y Asistencia Social C. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida, Guatemala 2011-2015. Guatemala; 2011.