

AIDSTAR-One

AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES



**Consulta Técnica
Regional sobre
Tratamiento
Antirretroviral del
3 al 5 de mayo del
2010 en
Santo Domingo
Republica Dominicana
Hotel Meliá**

Relatoría

**Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral
Del 3 al 5 de mayo del 2010
Santo Domingo, República Dominicana
Hotel Meliá Santo Domingo**

RELATORIA

Objetivos de la actividad:

- Proporcionar información actualizada en la prestación de servicios del TAR basados en evidencia para niños, adolescentes y adultos.
- Examinar las implicaciones de la actualización de las guías de tratamientos del VIH de la OMS/OPS para los programas nacionales con respecto al acceso, calidad y sostenibilidad.
- Discutir sobre las barreras de acceso al tratamiento desde la perspectiva del cliente y del profesional de salud.
- Analizar los modelos de integración de servicio y examinar la implementación práctica de la integración de servicios de VIH/SIDA en la región.
- Examinar los planes estratégicos de monitoreo y evaluación de la región, incluyendo la armonización de indicadores.
- Proporcionar un esquema de adaptación y armonización de guías y la logística de la cadena de suministro para promover colaboración regional y mejorar la efectividad de costo.

Día 1: Acceso a la Atención y Tratamiento. (3 de mayo del 2010).-

Bienvenida:

La actividad inició con las palabras a cargo del Dr. Cesar Castellanos quien dio la bienvenida a los/as participantes al país, expreso que estaría sirviendo de moderador durante los dos días y medio de la actividad, procedió a presentar mesa representada por el Dr. Luís Báez, Director Programa Nacional de Sida Digecitts, Dr. Melvin Fernández Representante de la OPS, la Dra. Elizabeth Rodríguez representante Banco mundial en Republica Dominicana, el Sr. Christopher Lambert, Representante Embajada de los Estados Unidos en la Republica Dominicana, con estas representaciones daremos inicio formal a nuestra actividad.

Asimismo hizo salvedad de los micrófonos disponibles en la mesas, luego se explicará la metodología de la actividad, da la mas cordial bienvenida a Santo Domingo a los/as extranjeros/as presentes. Agradeció a PEPFAR en la organización de este evento, sin más da la palabra al Dr. Luís Báez del Ministerio de Salud. (Aplausos).

Palabras a cargo del Dr. Luís Báez/Representante Ministerio de Salud de República Dominicana/Director de DIGECITSS.

Buenos días a la mesa principal, a todos y todas, de parte del Ministerio de la Digecitss, extendemos cordial bienvenida a nuestro país, a las representaciones presentes del El Salvador Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, México Estados Unidos y República Dominicana, para nosotros es de mucha satisfacción encontrarnos con muchas caras conocidas en la problemática de VIH/SIDA, agradecemos a OPS, Programa Presidencial de Asistencia para el Sida, PEPFAR, a la Secretaría de Integración Social de Centroamérica, SISCA, al Proyecto del Banco Mundial, a la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo, USAID, AIDSTAR-ONE, por programar esta consulta técnica regional para mantener y aumentar el acceso a la TARV de calidad en América Latina y El Caribe. Es un taller que se enfocará en asegurar el acceso a la atención, en mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y la coordinación de programas regionales de tratamiento.

Consideramos como país que esta consulta es de mucha importancia para la región sobre todo en lo que concierne aumentar el acceso a la TARV. En tal sentido es bueno señalar que según los datos que manejamos de ONUSIDA/OMS, aunque hemos tenido una mejoría de acceso al tratamiento, no menos cierto es que el mundo tiene un gran reto todavía a lo que es el Acceso Universal, de ahí que queremos compartir algunos datos importantes con ustedes, por ejemplo:

- El porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibían tratamiento para prevenir la transmisión materno-infantil se incrementó de 35% en el 2007 a 45% en el 2008.
- Más de 4 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos tenían acceso al tratamiento a fines del 2008, lo que constituye un aumento respecto de los 3 millones aproximadamente de personas que tenían acceso en el 2007 (aumento del 36% en un año).
- Una cifra estimada de 700,000 personas recibían tratamiento en países de ingresos altos en el 2008, y esto llevó a un total mundial de 4.7 millones de personas en tratamiento. **AHORA**
- Pese a este progreso considerable como se puede apreciar la cobertura mundial sigue siendo baja, pues en el 2008 solo el 42% de las personas que necesitaban tratamiento tenían acceso a él. Con relación al componente pediátrico en el 2008 solo el 38% de los niños que necesitaban tratamiento en países de ingresos bajo y mediano lo recibían.

De ahí la importancia de este taller para mantener y aumentar el acceso a la TARV pues el número de nuevas infecciones por el VIH sigue aventajando a los números de personas que reciben tratamiento, pues por cada 2 personas que comienzan el tratamiento otras 5 se infectan con el virus.

Esperamos que al final de estos 3 días de consulta técnica regional los objetivos programados puedan dar los resultados que nosotros esperamos como región.

Muy buenos días.

Palabras a cargo del Dr. Melvin Fernández/Representante de OPS

Buenos días, realmente República Dominicana tiene cosas muy lindas que mostrar y conocer, estimados amigos de Latinoamérica y EL Caribe, es un placer participar en este tipo de eventos para todos nuestros países, creo que este tipo de reuniones que combinan experiencias, conocimientos y deseos, pueden permitir caminar coordinadamente hacia lo que la sociedad reclama. Agradece al gobierno de la República Dominicana, al Ministerio de Salud (MISPAS), en la persona del Dr. Báez, por la apertura que a ha dado para que Republica Dominicana pueda ser la sede de este evento, destaca la importancia de las alianzas, y hace la presentación de la ex representante de OPS, ahora representante en Guyana, la cual tendrá bajo su responsabilidad el componente VIH, agradece a PEPFAR, Banco Mundial y todos los países involucrados en esta iniciativa. Agradece de modo particular a la representante de Honduras Dra. Elsa Palau.

El Dr. Castellanos moderador, agradece las palabras del Dr. Báez, e introduce a la Dra. Elizabeth Rodríguez, Representante del Banco Mundial.

Palabras a cargo de la Dra. Elizabeth Rodríguez/Representante Banco Mundial:

La Dra. Rodríguez da los buenos días a nombre de SISCA y el Banco Mundial, expresó que la mesa presidencial es muy representativa, ya que consta del Ministerio de Salud (MISPAS), representante de los Estados Unidos, representante de USAID y representantes de proyectos emergentes, OPS. Saluda a todos los representantes de la mesa de honor y dice que estamos sentados en esta mesa porque hay voluntad y se están tratando de hacer estas voluntades efectivas. Como proyecto emergente dice estar satisfecha con lo que se ha hecho en estos dos últimos años, pero reconoce que existen grandes brechas, dice que sigamos esforzándonos, trabajando duro, podremos esperar que las voluntades se llenen, y que los representantes vayan a sus países llenos de estas voluntades llenas, dijo además que los retos nos unen o nos desunen y pregunta a los/as participantes que quieren ver ustedes?.

Muchas gracias.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 5
2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Palabras a cargo del señor Christopher Lambert/Representante Embajada de Estados Unidos (USAID).

Muy Buenos días, para mi es un placer estar aquí con ustedes para darles la mas cordial bienvenida a Santo Domingo y a esta reunión de consulta sobre los tratamientos antirretrovirales. Ustedes representan:

- Los Ministerios de Salud
- Los Institutos de Seguridad Social
- Los Programas Nacionales de VIH/SIDA
- Al Banco Mundial
- A la Fondo Mundial
- A la Organización Panamericana de la Salud
- A las Naciones Unidas
- Al Plan de Emergencia Presidencial para el Alivio del SIDA
- A la Iniciativa Clinton
- A las Organizaciones de PVVS de ocho países de América Central y El Caribe.

Son un grupo diverso y de mucho talento; los conocimientos y experiencia que traen a la mesa para discutir el reto de brindar tratamientos Antirretrovirales efectivos y eficientes es muy impresionante.

Ustedes seguramente saben que este evento tiene implicaciones amplias para el mundo entero, especialmente para los países de recursos limitados. Los resultados de sus deliberaciones harán contribuciones importantes al conocimiento mundial. He leído sus programas y veo que están considerando áreas claves, tales como protocolos actuales y las evidencias de efectividad, tratamiento pediátrico, superando las barreras al tratamiento, la integración de servicios y garantías de calidad, monitoreo y evaluación, como hacer mas eficientes las compras y logística y costeo y recursos. Van a estar muy ocupados durante estos tres días.

El gobierno de los Estados Unidos esta comprometido a continuar su apoyo a la lucha contra este terrible virus en todos los rincones del mundo. Nuestro congreso ha comprometido hasta treinta y nueve mil millones de dólares en un periodo de cinco años bajo el plan de emergencia presidencial para el alivio del SIDA, en apoyo a programas nacionales

contra el virus, y una contribución adicional de dos mil millones por año al fondo mundial. Pero estos fondos por si solo no logran nada; solo en colaboración con expertos como ustedes y los programas nacionales podemos juntos desarrollar las técnicas y protocolos que nos permitan controlar y eventualmente reducir el impacto de esta epidemia. Como ya les mencione anteriormente, su trabajo aquí es de suma importancia para la región latinoamericana y del Caribe, y para el mundo entero.

Y hablando de la cooperación, tengo que reconocer el empeño y dedicación de las instituciones y organizaciones involucradas en la Respuesta nacional dominicana.

El ministerio de Salud Pública y el Consejo Presidencial del SIDA han manifestado un liderazgo sobresaliente para la sociedad civil y las instancias de cooperación de la cual el gobierno de los estados unidos es una en la lucha contra esta epidemia. Nosotros esperamos continuar siendo un buen socio en esta causa

Les deseo mucho éxito en sus deliberaciones, la sabiduría para diseñar los tratamientos más eficientes y efectivos, y el valor de implementarlos en sus propios países.

Muchas gracias, y buen día.

Ponencia 1: Avances en el Tratamiento Antirretroviral Pediátrico y para Adultos (Dr. Carlos Mejía y Dr. Luís Castañeda).

Objetivo: Revisión de estrategias de tratamiento basadas en evidencia para adultos y niños y de las pautas actualizadas de la OMS/OPS. (Presentación anexa).

Dr. Carlos Mejía/Guatemala:

Recibido de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos (Guatemala), Médico en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, en la Ciudad de Guatemala, actualmente es Asociado de Enfermedades Infecciosas en la Universidad de Enfermedades Infecciosas y Jefe de Clínica de Enfermedades Infecciosas (Ambulatoria), del Departamento de Medicina Interna, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, del 2010 hasta 2012.

(Ver presentación anexa)

Dr. Luís Castañedas/El Salvador:

Recibió su doctorado en Medicina de la Universidad Autónoma de Ciencias Médicas afiliada a la Universidad de Centro América en San José de Costa Rica en 1992, su post grado en Pediatría, Director del Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID) clínica de VIH/SIDA Hospital Nacional de Niños, Benjamín Bloom.

(Ver presentación anexa)

Se abre panel de preguntas y respuestas para las dos presentaciones:

Richard Stern/Costa Rica:

Felicitar a los doctores por las presentaciones excelentes, impactantes, aunque un tanto complicadas para los que no somos médicos, quiero tocar un punto complicado, hace tres meses se hizo una actividad en Costa Rica, Centro América y República Dominicana, en esta actividad se dijo que la mortalidad de personas viviendo con VIH ronda el 40%. Las personas que viven con VIH están falleciendo, lo que pasa no se como es el desenlace de

este evento, pero he trabajado en esto por 15 años, podemos escuchar los problemas concretos que son las causas de la mortalidad de los paises que estamos hablando, si te acercas a OPS dicen si tenemos mortalidad de 40% pero no dan información tan concreta acerca de la mortalidad, son consejeros en los países, si te acerca al director de sida dice no podemos dar información, simplemente dicen no me toca a mi hablar de esto, ustedes de Sociedad Civil tienen que ir a la zonas Rurales o ir a hospitales a ver quien están muriendo, pero SC desea información, como SC va a recibir la respuesta en este sentido, porque los medicamentos no están, dos años de no poder decidir si van a tomar NEVIRAPINE, en falta de medicamentos de segunda línea que son muy caros, SC tenemos que avocarnos, República Dominicana, ni Nicaragua va a poder costear, seguro vamos a mejorar el 40% de las personas que están muriendo por sida, mas bien es un comentario que tengo., para el Dr. Castañedas.

Jorge Saavedra/México:

Felicitar al Dr. Mejía y al Dr. Castañedas, pregunta que si la carga viral haciéndose cada tres meses, seis meses o un año tiene el mismo resultado, dice que en algunos países hacen exceso de carga viral y que estudio de laboratorio revelan que da igual cada tres meses o cada un año. Pregunta que si existe un protocolo de tratamiento Antirretroviral en niños y adolescentes que sea diferente.

Osmar Sued/Asesor Regional de Tratamiento de OMS:

Felicitaciones a los expositores, a la vez que cuestiona la validez o no validez de las guías de OMS para tratamiento antirretroviral, dichas guías señalan el tratamiento de las mujeres solo cuando van a alumbrar, pero este es el criterio mínimo que se debe cumplir, tomando en cuenta los costos y en general la salud pública, por eso la guía debe verse en el contexto. Sus conclusiones finales en este sentido nada mas mencionar que tener esta validación es un paso muy importante para que el resto de otros países puedan lograrlo.

Elliot Raizes/CDC de Atlanta, PEPFAR:

Quiero felicitar a ustedes dos por unas revisiones científicas extraordinarias de temas muy complejos, para seguir a Omar sobre las guías de la OMS, a diferencia de las del CDC, la OMS, la formulación de las guías de OMS se ve obligada a enfatizar elementos de costo y factibilidad, que no nos vemos obligados a hacer en US, el enfoque a Salud Pública debe ser tomado en cuenta, la carga viral es importante, pero el costo de la misma es elevado, los países deben evaluar esto. No conozco estudio cuándo la NEVIRAPINA causa inhibición en mujeres embarazadas.

Reynaldo Aguilar/OPS Nicaragua:

La recomendación de OMS para la región, se canaliza para las guías regionales, usamos recomendación específica para la lactancia, cuando no es posible la sustitución, la primera indicación debe ser NEVIRAPINA, la mujer embarazada su salud es primordial, la primera línea debe ser NEVIRAPINA, teniendo en cuenta costo y toxicidad. Además no todo el mundo tiene plata para esto. Creo que somos optimistas al decir que estamos tratando a un 69% de niños, los números reales no se acercan a ese 69%, hay muy pocos niños tratados.

No se debe usar 4T es totalmente tóxico, se deben abandonar las tabudinas, al menos que sea totalmente necesario su uso, según indicaciones actuales. En niños es toda una vida de tratamiento, debemos tener en cuenta el efecto secundario. En cuanto a dosis fijas favorecen adherencia, abaratando costos, el elemento de fraccionar pastillas en dosis fijas no debe hacerse, hay que tener en cuenta la toxicidad, porque en niños y adolescentes las complicaciones cardiovasculares son mayores y tiene mayor toxicidad. Hay que tener en cuenta el tipo de alimentación, calidad de vida, tenemos que ser cautos al poner terapias, y prever esquemas de vida.

Armando Medina/Consultor para CDC Honduras:

Felicitaciones, quiero nombrar algo sobre la importancia de incluir a los clínicos en este tipo de reuniones, se ha hablado mucho de cargas virales, además de criterios clínicos, de uso de tratamiento, debemos usar estrategia que nos ofrece la Salud Pública, OMS nos da luces de cuáles serían los pacientes candidatos de resistencia a ARV para no tener que hacer carga viral al universo de las personas.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 10 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Respuestas/Dr. Carlos Mejía:

Tres comentarios, los relacionados con adultos, Richard Stern sobre mortalidad, si medimos la mortalidad de pacientes que llegaron a la terapia superan el 10%, pero una persona diagnosticada con una oportunistas nos referimos a un 25%, se medirá teniendo en cuenta el estadio y tipo de enfermedad oportunista y el contexto. La mortalidad solo se puede ver usando modelos matemáticos por aproximación.

No sabemos la mortalidad del país, la mayoría de certificados de defunción no dejan escrito la causa del fallecimiento de las personas, esto se puede hacer como hicieron en Sao Paulo.

Con respecto a carga viral la hacemos cada 6 meses, esta se retrasa, hicimos un proceso de licitación pública el costo de carga viral es de 30 dólares, comparando la carga viral es como se negocia, en fin como clínico la carga viral debe ser realizada cada seis meses para nuestros pacientes, lo mismo de CD4, me alegro que el Dr., Omar Sued mencione lo de SSYR y derechos humanos de la mujer y el hombre que viven con VIH para la procreación.

Soy un poco crítico con la manera de enfocar las guías de OMS, creo hay dos cosas que valdría la pena dejar claro, qué va a pasar con los pacientes con tuberculosis por ejemplo, con los cuales no podemos usar NEVIRAPINE, o bien creo sería más fácil tener acceso a la RIFABUTINA, sería una opción con lo que si no estoy de acuerdo es insistir en NEVIRAPINA, lo que pagamos ahora barato, lo pagaremos caro más adelante en el futuro, para madres y para niños,

Por último con respecto a las 4T, dice esa fue una lucha desde el año 2005 y en Guatemala se ha prácticamente eliminado su uso, la Dra., Nancy está aquí y sabe la lucha que nos tocó, tenemos muchos retos por delante.

Respuestas/Dr. Luis Castañeda:

Como decía al principio de alta mortalidad del Dr., Stern, vemos el diagnóstico tardío y la edad avanzada. Los chicos llegan con enfermedades y mueren, las condiciones de salud, neumonías, que vienen e aumentar el número de mortalidad, no les pude traer la tabla del hospital blue que ha Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 11 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

reducido al 33%. Referente a preparar a los adolescentes, requiere una mañana completa, el ente de salud es un tema obligado, en mi país el niño se convierte en adulto en salud a las 12 años y debe ir a consulta de adultos, el adolescente es inexistente para el sistema de salud, estos niños han sobrevivido la edad pediátrica, tienen condición de enfermedades clínicas que hacen sentirlo diferentes, muchos de los pacientes que le damos esta actividad nos regresaban nuestra papeleta en blanco, muchos pacientes que se sentían sin expectativas de futuro ahora la tienen luego de los ARV, el reto está en hacerlos autosuficientes, concientizándolos sobre su condición, esto involucra apertura, pacientes que se han sentido pacientes especiales, autosuficientes, que puedan tener la capacidad de desempeñarse solos, concientizarlos de cual es su condición en cuanto a que muchos de estos pacientes maneja el sentido de culpa, se ha tratado de extraer esta conciencia, se deben orientar hacia expectativas de tratamiento, muchos son pacientes multitratados y han sido resistentes a diferentes líneas de tratamiento, son mimados, malcriados, vienen de ambientes sobreprotegidos, por nosotros los médicos, así que preparar al paciente adolescente a edad adulta es una tarea bastante difícil, y debemos cambiar el abordaje, debemos ver como médicos, y como lo expresamos en el futuro, no hay programas establecidos, debemos buscar algo estructurado, algo que fomente esto, muchas de las cosas en VIH la hemos aprendido en el camino.

Critico el uso de NEVIRAPINE en disminución de transmisión materno infantil, por su alta resistencia.

La subnotificación debe ser concebida a nivel programático. Estamos enfocados en el uso de AZT, el 4T, debe salir de nuestro esquema terapéutico, toda la comunidad científica se ha volcado en la edad pediátrica, muchos de nuestras mamás se dan cuenta que están embarazadas y tienen VIH al mismo tiempo, es una montaña rusa emocional y es una doble carga al ser madre solteras saber que tienen VIH, y preparar a esta persona para dar el tratamiento a los niños y lo que implica dar tratamiento a un niño para el resto de la vida, y asegurarnos del binomio madre e hijo y esto es algo que se hace y consume los recursos disponibles, como bien lo decía un profesor mío, mantener un niño con tratamiento antirretroviral incluye a todo el equipo.

Gracias a los panelistas, gracias a ustedes, estamos en el momento de receso.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Mesa redonda:

Superando barreras de Acceso al Tratamiento y Atención: Mesa redonda, Abogacía para Personas que Viven con el VIH/Sr. Carlos Batzin y Sr. Sergio Montealegre.

Moderadora: Karla Zepeda

Objetivo: Discutir sobre las barreras que impiden que los clientes acudan a servicios de atención tempranamente y destacar las experiencias de clientes en adquirir atención y tratamiento en la región.

Ponencia Carlos (Ver presentación anexa).

Karla Zepeda:

Para la presentación en la cual esboza las barreras para el acceso para tratamiento antirretroviral y las líneas estratégicas de acción en este sentido.

Ponencia Sr. Sergio Montealegre:

Dice que no existen cumplimiento de protocolos, existen esquemas diferentes entre los países, no existe claridad entre lo que es primera línea en algunos países y en otros, lo que en uno es primera línea, en otros es rescate y el esquema varía también según el médico tratante.

Hace duras críticas acerca a la cuota de recuperación o co-pago que se realizan en algunos países de Centro América como Honduras y El Salvador, esto limita el acceso a la atención.

(Ver presentación anexa).

Carlos Batzin/Guatemala/Consejo Indígena de Guatemala/Consejo Indígena de Centro América

Saluda y reconoce al CICA y a la Dra. E Rodríguez, por involucrar a la población indígena en estos procesos, habla de que muchos indígenas no hablan español y migran en tiempos de cosecha de caña y café, migración que se da en malas condiciones y contribuyen a una fuente de contagio de VIH, existentes muchos mitos con respecto al VIH en la población indígena y atribuyen la enfermedad a gente mala, maleficios, etc., además creen curarlas con yerbas y pociones por ejemplo una llamada poción verde, existen tabúes en lo que tienen que ver como homosexualidad y lesbianismo, teniendo a veces que irse de las comunidades y huir a otros lados, aunque algunos indígenas infectados se atienden con medicina tradicional son los menos, dice hay que fortalecer los marcos jurídicos, considera que los programas de VIH deben tener pertinencia cultural, comenta que es un reto reconocer a los pueblos indígenas, para ayudar a quienes son VIH positivos y además prevenir la enfermedad en quienes están en peligro de contagio e infección.

Habla de que los sistemas de salud son débiles mas aun para quienes viven en lugares marginales.

(Presentación anexa).

Preguntas y Respuestas:

Héctor Galindo/Honduras

Dice que en Honduras se hace una evaluación socio-económica del paciente, y al que puede pagar se le cobra una cuota solidaria.

Carlos Batzin:

Se refirió a la necesidad de mejorar el acceso de pruebas en el caso de Honduras, se llega a muchas poblaciones rurales, pregunta qué tanto a avanzado el acceso a tratamiento en poblaciones de vulnerabilidad y riesgo, por UNGASS dice que en Honduras es menos del 25%.

Osmar Sued/Asesor Regional de Tratamiento de OMS:

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 14 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Agradece la presentación y pregunta, cómo los pueblos indígenas pueden beneficiarse de los programas de prevención, cómo hacer que los indígenas VIH/Positivos puedan ser aceptados nueva vez en sus comunidades y cual es el rol de la mujer en estas comunidades.

Respuesta de Carlos Batzin:

Cuando hay buenas preguntas, no necesariamente hay buenas respuestas, hay situaciones dentro de estas que ustedes están cuestionando que es de discutirla, en el caso de seguir generando pruebas para conocer el índice de la población contagiada, es conocer el foco de la contaminación, esto puede generar una magnitud de las infecciones, realizarse las pruebas no es fácil, sabemos del esfuerzo que organizaciones no gubernamentales están haciendo, sin embargo muchas personas no se acercan a estas organizaciones por el temor de estar positivas, para nosotros VIH es aun sinónimo de muerte, con relación a la discriminación y el rol de la mujer. Se han generado distintos programas a nivel de capacitaciones de VIH y de otros temas, que han perneado el rol de la mujer y es necesario trabajar también con el hombre, el rol de la mujer es activo, sin embargo esto solo se refleja en el hogar y a nivel comunitario. Yo soy maya y en mi comunidad el hombre es que tiene la palabra, si esta negociando una vaca, (habló en quechua) lo que dijo quiere decir que le voy a preguntar primero a la dueña de la casa, esto quiere decir que la mujer es la que tiene la ultima palabra, nuestra tarea en este campo es distribuir educación e información a estas comunidades y dependerá de esto el éxito para que las poblaciones puedan acceder a los tratamientos, Muchas gracias;

Señor Montealegre/Coordinador Regional SG-SICA/SISCA/REDCA+:

Dice reconocer las cuotas de recuperación, sin embargo comenta que son obligatorias y que muchas personas no tienen ni para pagar el bus, ni los 10 centavos de la consulta, como se lleva la consejería y pre-consejería es incorrecto, es una deuda pendiente que se limita al personal médico, en este se debe involucrar a las personas que viven con VIH, que siendo o no profesionales pueden adquirir las habilidades y destrezas para realizar estas tareas.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 15 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Hace énfasis o pone dedo en la llaga en torno a lo que planteaba, en ningún momento se ha conocido que Honduras se hable de una cuota voluntaria, hablaba en mi presentación de esas cuotas voluntarias, se vuelven obligatorias, obligan a las personas a pagar para los tratamientos, en donde las organizaciones de la SC han tenido que buscar para ayudar a las personas a pagar estas deudas que ya tienen, aquí es donde gobierno y SC deben hacer acuerdos para ver que está pasando, donde se sigue obligando que se pague la cuota o no se les dan medicamento, o no van porque no tiene los diez centavos de dólares para pagar.

Preguntas:

Raúl, González

Pregunta si puede entrar en conflictos la medicina basada en evidencias con la medicina indígena.

Elsa Palou/Honduras

Como medico que con experiencia trabajando con VIH en mi país puedo dar mis consideraciones de lo que se esta tratando, del pago o no pago, como pago en honduras existe cuota de recuperación de todas las personas que llegaron a la secretaria de salud, niños, diabéticos, deben pagar previa evaluación socio-económica, nuestra constitución establece salud para todos, sin limitar los recursos a nadie, por constitución no se debe dar prioridad a una enfermedad sobre otra En el caso de VIH si la persona no puede pagar no paga, si la persona no puede pagar igualmente se lleva sus medicamentos, tenemos población con problemas económicos serios, tenemos profesionales que pueden pagar la cuota de recuperación que el país necesita, estamos en países donde tenemos limitaciones, para comprar medicamentos, aquí es el reto es como podemos dar la mejor calidad de atención con los recursos que disponemos, no limitar el acceso a nadie, sin olvidar que no somos Europa o Canadá somos países con recursos limitados y no podemos dar privilegios a una enfermedad, nuestro problema no esta en los que llegan, si no como llegar a las personas que necesitan salud.

La población indígena cual es el concepto que tiene sobre el uso de preservativo?

Respuesta de Carlos Batzín:

Con respecto al uso preservativo, dificultades no hay disponibilidad siempre, tenemos que ver muchas veces es el hombre que pone resistencia al uso del preservativo por el machismo, la mujer está sensibilizada, pero no se sensibiliza al hombre, la mujer esta sensibilizada mas que el hombre.

Sumaya Moreira

Se puede generar un conflicto entre la medicina tradicional y la indígena,

Respuesta Carlos Batzin

Como la medicina o métodos de atención se llevan, la medicina tradicional tiene cierta fortaleza de que pueda llegar a los infectados, debemos asumir como estrategia plantear una buena comunicación, tenemos una reciente experiencia del CICA que apoyo la realización del primer foro centro americano VIH y salud de los pueblos indígenas, y la resolución que salio de esa actividad ha sido muy significativa para apertura a la discusión del tema, pero si esta información no esta respaldada por las autoridades o sistema de comadronas no se le da atención.

Conclusiones Montealegre:

Concluye que cambiar el planteamiento de los servicios de salud es vital, en la actualidad no estamos viendo como acercar servicios de salud de calidad a las personas que lo necesitan, además el eje de adherencia debemos trabajar con esto para mejorar la calidad de vida de las personas.

Ponencia: Resumen de Retos y Barreras que Enfrentan Países en cuanto a la Cobertura a Gran Escala de Servicios de Tratamiento

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 17 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Moderador: Dr. Rolando Cedillos.

Objetivo: Discutir sobre las guías de tratamiento en la región y explorar las barreras hacia la cobertura a gran escala en los países de América Latina y el Caribe.

Panelistas: Pedro Escobar/El Salvador, Sumaya Moreira/, Arelis Batista/República Dominicana, María Paz León/México, Carlos Mejía/Guatemala, .

Dr. Rolando Cedillos/El Salvador.

Contextualiza que en la primera reunión en El Salvador en el 2008, se destacaba por la diversidad de costos de los tratamientos en los diferentes países, también se observa que son diferentes esquemas de tratamiento, lo que tiene un impacto teniendo en cuenta la accesibilidad y sostenibilidad de los mismos.

Dr. Carlos Mejía/Guatemala:

Habla de que existen diferencias en Guatemala, Depende si es el centro de referencia donde se da el diagnóstico, Mientras más gente preparada y segura se tiene, más corto es el tiempo que transcurre, todavía hay controversia sobre la TB, y , los CD4 se ofertan de forma irregular en el país.

Elsa Palou/Honduras:

En los centros de atención del primer nivel el tiempo es corto, pero hay lugares alejados donde el tiempo es mayor, el problema en nuestros países es que las personas tengan acceso a hacerse las pruebas, necesitamos lugares y que estos lugares no presenten escollos, el personal de laboratorios es insuficiente en nuestro país, sobre todo entrenar al personal en la prueba rápida, que la enfermera que está en un centro de salud rural sean capaces de pensar en VIH ante determinado cuadro, allí necesitamos reforzar el trabajo, tener personal de laboratorio para prueba rápidas, y teniendo esas dos cosas mejoradas podemos mejorar la detección y podremos brindar una mejor atención.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 18 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Dra. María Paz León/Costa Rica:

El 100% de las terapias son financiadas por el país no hay apoyo internacional el tiempo que transcurre entre los casos diagnosticados y referidos varia pero una vez evidenciada la necesidad del uso de ARV transcurre aproximadamente una semana antes de iniciar el tratamiento si así el paciente lo requiere, el problema es que la gente acude poco a los centros asistenciales, y hay problemas con las pruebas rápidas por dificultades con los microbiólogos.

Dra. Arelis Batista/Republica Dominicana:

Tres puntos clave, no tenemos un tiempo específico, esto va a depender del referimiento como tal, no todos los centros están capacitados, la competencia del equipo es algo muy importante y la complejidad del centro, debemos reforzar la atención primaria, y reforzar los centros que realizan las pruebas rápidas.

Nicaragua, en cuanto a la periferia los médicos no manejan mucho el sistema de referencia y contrarreferencia, por otro lado la educación de las PVVS tienen miedo a ser discriminados por su condición,. Tenemos poco personal capacitados en la habilitación de los exámenes, a veces disponibles las pruebas y no lo pueden realizar, tenemos poca propaganda, difusión,. De donde se pueden hacer la prueba rápida, para el nicaragüense hacerse una prueba rápida es un calvario.

Dr. Pedro Escobar/El Salvador:

Tenemos los mismos problemas en el primer nivel, y el médico a veces piensa que por el paciente estar asintomático está bien, por otra parte esta el impacto psicológico, la negación y luego la aceptación, a veces hay pacientes que nos llegan dos años después en la etapa sida, y este paciente tenía un diagnóstico hace 5 años, esos son los pacientes que aumentan la mortalidad.

Considero que tenemos que trabajar con el personal de salud, capacitarlos más y acompañar a los pacientes que se han diagnosticado, hay poco personal de salud y el poco que tenemos no quiere trabajar con VIH. Hice un estudio

en mi hospital e identificamos que los que están muriendo no son los que no están en ARV, fueron diagnosticados años atrás y no volvieron (se perdieron)

Dra. Arelis Batista/Republica Dominicana:

Dice que aunque existe promoción en cuanto a prueba se deben intensificar estos esfuerzos.

Elsa Palou/Honduras:

Dice básicamente que mejorar el sistema de referimiento y contrareferimientos, Incrementar la visita domiciliaria y el trabajo conjunto con los grupos comunitarios organizados, mejoraría significativamente, el otro aspecto es reforzar la atención integral con grupos multidisciplinarios siempre es importante la presencia del psicólogo, para que nos ayuden a trabajar con el paciente en crisis.

Carlos Mejía/Guatemala:

Comenta, es diferente cuando se trata a una persona sintomática, además cuando el equipo de salud no se adapta a la atención integral es problemático, es decir el flujograma de atención al PVVS debe ser amigable o sea el mismo día que se toma la muestra debe poderse consultar, etc., por otra parte tener vínculos comunitarios que permitan la búsqueda del PVVS que se pierde es importante, pues de lo contrario si lo hacemos un mes después puede ser muy tarde, buscar inmediatamente al PVVS es vital.

Dra. María Paz León/Costa Rica:

Se usa el teléfono como sistema para contacto con los pacientes de la periferia para que el referimiento y contrareferimiento no se vuelva en contra del paciente.

Cuentan sus países con TENOFOVIR?

Dra. María Paz León/Costa Rica:

En Costa Rica lo tenemos como segunda línea TENOFOVIR, pues es muy costoso, por tal el avance en este camino es lento, tenemos muchos pacientes con NEVIRAPINE, es una acción centralizada, con organismos internacionales.

Dr. Pedro Escobar/El Salvador:

El Salvador, no hay TENOFOVIR solo se reserva para casos muy específicos, por ejemplo los que vienen de otros países con TENOFOVIR, les damos otra cosa, es una gran disyuntiva en la que nos encontramos, todavía no hemos podido cambiar el 4T, los inmigrantes que vienen de estados unidos es un gran problema, ahora jugamos con el noni, le damos noni, (risas), también los inmigrantes de países centroamericanos (países vecinos) nos llegan con TENOFOVIR, eso puede contribuir a que haga resistencia, el único fusilito que tenemos es alubia, es lo único que tenemos de segunda línea, ahí nos estamos dando cuenta de nuestra realidad.

Elsa Palou/Honduras:

Honduras, mas de 7 mil pacientes en ARV, el 80% en primera línea, hemos confirmado por genotipo

El país ha afrontado estos casos fundamentales con AID for AIDS mesa de antirretrovirales, primera línea de tratamiento,. Cuando se sospecha cuando un paciente tiene resistencia se manda a la mesa de antirretrovirales, sin embargo como país tenemos que estar preparados con medicamentos, como para poder afrontar en un futuro los casos de multiresistencia, así como es muy importante prevenir que alguien se infecte de VIH, es importante prevenir la resistencia de los medicamentos., es simplemente imposible para nuestros presupuestos de salud trabajar con la resistencia de medicamentos. Es imposible pagar pacientes en multiresistencia en nuestros países.

Sumaya Moreira/Nicaragua:

Nicaragua 1,2000 ARV, 2% TENOFOVIR, también tenemos tasa alta de abandono, estamos comenzando a hacerlo pero todavía no tenemos resultados.

Dra. Arelis Batista/Republica Dominicana:

Tenemos limitados, tenemos 20 pacientes de 14 mil que están en tratamiento si vemos el porcentaje es muy poco y han hecho resistencia y lo han podido usar otros fármacos, estamos realizando estudio de resistencia, tenemos un porcentaje importante de resistencia secundaria.

Carlos Mejía/Guatemala:

Yo creo que si ustedes recuerdan cuando tuvimos la oportunidad de negociar precio de medicamentos de primera línea, donde la salud publica era que importaba mas y no los precios creo que por ahí es donde debemos ir, pensar que debemos negociar como se hizo antes, si algo logramos alguna vez, es pensar que podemos lograr de nuevo, no pelear con las farmacéuticas sino aprender a negociar.

A continuación discusión en grupos y tendremos la oportunidad de hacer discusión necesarias (aplausos)

TRABAJOS DE GRUPO:

Primer día

Guía de preguntas:

Enliste las 5 retos/desafíos para acceder a las pruebas de VIH:

Desafíos para que cualquier paciente accese a cuidado de una manera oportuna:

Pueden los pacientes acceder a todos los medicamentos enlistados en las normas nacionales.

Los 5 Desafíos / Retos más significativos para proveer de servicios a las personas adultas y las 5 para niños:

Que iniciativa se han tomado para tratar de sobreponer estos retos:

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 22 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Que pueden hacer los gobiernos, grupos de abogacía, personal de la salud, pacientes, para tratar los retos que se han identificado:

Que cambios mejorarían el acceso a tratamiento en la región:

Grupo I

Participantes:

Moderadora: María Castillo, USAID - RD

Kathleen Israel, OPS

Lucrecia Castillo, USAID

Jorge Días, CDC Global AIDS, Guatemala

Armando Medina, Tephinet CDC Honduras

María Paz, Seguro Social Costa Rica

Sumanya Moreira Nicaragua

Reynaldo Aguilar, OPS Nicaragua

Karla Zepeda, OPS Honduras

Bob Ferris, USAID - USA

Luis Alberto Rodríguez, COPRESIDA RD

Enliste las 5 retos/desafíos para acceder a las pruebas de VIH:

1. Disponibilidad de pruebas para población general.
2. Financiamiento - Inclusión en el presupuesto nacional - sostenibilidad vía los gobiernos. Evitar desabastecimiento.
 - a. Asignación en el presupuesto nacional para la compra y el acceso universal de las pruebas.
3. Capacitación pruebas rápidas a personal de primer nivel.
 - a. Promoción y educación en consejería y realización universal de las pruebas.
 - b. Capacitación para una sencilla y ágil realización de las pruebas en cualquier nivel de atención.
4. Barreras para realizar las Pruebas voluntarias, Facilitar los procesos de consejería.
5. Promoción de las pruebas, campañas de educación.

6. Reducción del estigma en torno a la prueba y la condición de salud VIH y/o SIDA.
7. Involucramiento de la sociedad, como un aspecto común en los individuos desde la niñez realizarse la prueba.
8. Integración de los servicios dentro del primer nivel de atención (geográficamente, mecanismo más ágil).
9. Caracterización epidemiológica del problema para la asignación efectiva de los recursos.
 - a. Diagnóstico situacional confiable y basada en evidencia de la epidemia en los países.

Desafíos para que cualquier paciente accese a cuidado de una manera oportuna.

1. Diagnóstico temprano el acceso.
2. Estigma y discriminación.
3. Calidad de los servicios:
 - a. Malos sistemas de referencia y contrarreferencia, pérdida de oportunidades.
 - b. Subnotificación, no llega por el sistema de vigilancia.
 - c. No hay Búsqueda activa de los casos VIH positivos.
 - d. Debilidades en el sistema de información.
 - e. Alta rotación del personal.
 - f. Cambio de actitud de parte del personal.
 - g. Personal de salud competente en todo lo relacionado a la atención de personas con VIH, enfoque por competencias.
4. Sistema de Vigilancia y notificación
5. Malos sistemas de referencia y contrarreferencia, pérdida de oportunidades.
6. Integración de los servicios, reconocimiento de los flujos.
7. Debilidades en el sistema de información.
8. Subnotificación, no llega por el sistema de vigilancia.
9. No hay Búsqueda activa de los casos VIH positivos.
10. Trabajo vertical debe ser interprogramática.
11. Temor por parte de los usuarios de revelar el estado serológico.

12. Problema de interculturalidad.
13. Personal de salud competente en todo lo relacionado a la atención de personas con VIH, enfoque por competencias.
14. Alta rotación del personal.
15. Cambio de actitud de parte del personal.

Pueden los pacientes acceder a todos los medicamentos enlistados en las normas nacionales.

1. ***Todos los países tuvieron desabastecimiento de al menos uno de los medicamentos ARV's.***
 - a. Mala programación.
 - b. Dependencia de fondos internacionales.
 - c. Deficiencias en la cadena de suministros.
 - d. Condicionamiento de las transnacionales para la compra de los medicamentos.
 - e. Identificación de otras prioridades de salud.

Hay grupos pacientes que tienen peor o menor acceso:

1. En cada país hay poblaciones que tienen más difícil acceso.
 - a. La pobreza como un elemento común en estos países para el acceso y demanda de los servicios.
 - b. Casos particulares en cada país (indígenas, poblaciones móviles).
 - c. Poblaciones priorizadas (HSH, TRSX, UD, migrantes).
 - d. Poblaciones especiales (discapacidad, alcoholismo, inmigrantes No documentados).
 - e. Servicios de salud NO diseñados para hombres, niños de la calle, adolescentes.

Los 5 Desafíos / Retos más significativos para proveer de servicios a las personas adultas y las 5 para niños:

1. Políticas nacionales.
2. Protocolos actualizados y difundidos.

3. Educación desde el pregrado en sensibilización al personal de salud:
Estigma de los proveedores y falta de sensibilidad del personal de salud.
4. Falta de mecanismos de evaluación del desempeño.
5. Horizontalización programada y coordinada los servicios de atención de salud - *mejorar los sistemas de información.*

Niños y niñas:

1. No Acceso a las pruebas de DNA PCR.
2. Falta de seguimiento desde el servicio materno al infantil.
3. Falta de seguimiento de niños afectados (huérfanos).

Que iniciativa se han tomado para tratar de sobreponer estos retos:

1. Iniciativas para modificar la legislación, porque se han convertido en barreras.
2. Actualización de las normas y guías de tratamiento.
3. Fortalecimiento de los laboratorios.
4. Empezar a generar espacios para el manejo de las poblaciones especiales/priorizadas.
5. Estudios de caracterización de poblaciones priorizadas.

Que pueden hacer los gobiernos, grupos de abogacía, personal de la salud, pacientes, para tratar los retos que se han identificado:

Necesidad de Mejorar la planificación regional para la adquisición de los medicamentos.

1. Grupos de abogacía
 - a. Retomar los espacios de abogacía con un discurso renovado, el cual ha sido dejado de lado por ejecutar proyectos.
 - b. Asuman su rol de abogacía.
2. Profesionales de la salud
 - a. Capacitación y mecanismos para aseguramiento de permanencia y escalamiento.
 - b. Transferencia de conocimientos.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

3. Gobierno

- a. Priorizar el tema de VIH y posicionar en el presupuesto.
- b. Planificación basada en evidencia.
- c. Nombrar a técnicos para manejar el programa.

Que cambios mejorarían el acceso a tratamiento en la región:

1. Los gobiernos deben declarar el VIH como una emergencia nacional:
 - a. Definir políticas concretas que impliquen que los países definan la problemática de VIH como una prioridad nacional.
 - b. Eliminación de las patentes, etc.
2. Apoyar los gobiernos de manera individual a manera de asistencia técnica.
3. Las decisiones deben provenir desde los países.
 - a. Definir sus planes sin injerencia de los cooperantes.
4. Mejorar los sistemas de capacitación, especialmente para el personal de salud.
5. Lograr la integración de los servicios comunitarios y los servicios clínicos.

Grupo II

Participantes:

Facilitador: Rolando Cedillos

Mario García Solórzano

Nuria Canizalez

Nelson Rodríguez Monegro

Merlín Fernández

Omar Sued

Celina Miranda

Sarah Coleman

Richard Goughnour

Erick Rousellin

Francisco Job

Virginia Salcedo

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Monica Thorman
Bautista Rojas
Rigoberto Samaniego
Elliot Raizes

Desafíos: acceso a la prueba

- Resultados no retirados (demoras o no resultado inmediato, link inadecuado-estigma)
- Rotación de personal de salud, falta de unidades móviles
- La consejería pre, los algoritmos diagnósticos
- Solo personal autorizado de laboratorio tiene potestad para hacer pruebas biológicas (DOR, Panamá, etc.)
- Falta de regulación de laboratorio privados
- Cuestiones legales que condicionan la oferta
- Involucramiento de la Sociedad Civil

Sistema de atención

- Cuanta integración se necesita?
- Incumplimiento de las actividades asignadas en cada nivel de atención y en circuito de R y CF
- Falta de gobernanza de los PN y falta de recursos del sistema publico
- Servicios napropiados

Necesidad de mejorar calidad



Consulta Técnica Regional del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Santo Domingo

Medicamentos

- Tratamientos no uniformes
- Falta de información para mejorar la calidad de estimaciones
- Falta de seguimiento en tratamiento
- Infrautilización de procesos regionales de negociación
- Fallas de cadena de abastecimiento
- Deportados con TARV de segunda y tercera línea
- Costo tercera línea 100/1 → sostenibilidad!!

Tratamiento pediátrico

- Debilidad del sistema para asegurar PTMI
- Falla en crear demanda de la comunidad
- Diagnostico virológico de niños
- Falta de formulaciones pediátricas
- Seguimiento
- Niños en el sistema de educación
- Huérfanos y adolescentes

Propuestas

- Expandir testeo, en particular rápido con resultados en el día
 - Evaluar y capacitar en modelos de consejerías
 - Fortalecer infraestructuras, recursos y formar RRHH desde el pregrado
 - Mejoramiento de calidad de atención
 - Fortalecimiento de logística
- Procesos regionales de armonización

GRUPO III

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 29 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Facilitador: Rolando Pinel

Sergio Montealegre

Gustavo Rojas Lara

Lucia Merino

Víctor Mejías

María Castillo

Román Aniño

Rafael Baltron Orellana

Tom Minior

Richard Stern

Rita Rodríguez

Antonio Solano

Mercedes Menjivar

Nancy González

Carlos Solorzano

Rosa González

RETOS PARA EL ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

- Barreras impuestas por los gobiernos, perfiles de personal de salud que puede realizar las pruebas. - Leyes; Requerimientos especiales para realizar pruebas rápidas.
- Logística: Planificación, falta de promoción, focalizado a ciertos grupos vulnerables (PTMI) no en población general o en otros grupos - priorización política.
- Pruebas rápidas no son accesibles a población general.
- Falta de definición de algoritmos.
- No hay suficientes pruebas (cuotas); procesos históricos - cuotas por producción de los servicios y grupos vulnerables.
- Los sistemas de información no son los más adecuados.
- El algoritmo Dx. No es homogéneo - no se aplica.
- No hay garantía de confidencialidad.
- Capacidad instalada de los laboratorios, Laboratorio de hospitales, hace

Retos para Acceso a Tratamientos.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 30 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Disponibilidad inmediata de tto. que están en la guías.
 - o Desabastecimiento.
 - o Logística en la distribución interna del país.
 - o Proveedores de ARV - Entrega oportuna del proveedor.
- Planificación de la compra basada en el histórico, no está mapeado los esquemas y PVS que están en Tto.
- Sistemas de inventario en tiempo real.
- Medicamentos que están en la guías pero no están disponibles los medicamentos.
- Ttos. de acuerdo a criterios individuales del médico tratante y no de acuerdo a las guías establecidas.
- Más de una norma establecida en los países.
- Compra de ARV con fondos que no son de gobierno, (FM) que no está disponible.
- Países con una sola norma, pero no existe supervisión directa para ver si aplica.
- Costo de los medicamentos, "TENOFVIR" que hay diferentes criterios para establecer en qué línea está.

Poblaciones con acceso limitado:

- Diferencia de acceso entre red pública y seguridad social
- Poblaciones móviles
- Población Trans (Estigma).
- Privados de libertad.
- HSH (Rechazo), no asumidos públicamente.
- Población Indígena
- Personas con Discapacidad.

Retos:

Niños:

- No hay presentaciones pediátricas.
- Esquemas limitados.
- Dx. Para proveer efectos secundarios.
- Poco manejo de efectos secundarios.
- Adherencia (cuidador y del niño).
- Paso de niño - adolescente
- Falta de guía protocolo de traslape de niño - adolescente.

Adultos:

- Manejo de efectos adversos.
- Capacitación a la persona.
- Formación RRHH
- Adherencia.
- Redes de PVS deben trabajar más en educación, adherencia.
- Manejo de patologías sobre agregadas a largo plazo como efecto adverso.
- Cambio de comportamientos sexual.

INICIATIVAS:

- Estandarización de metodologías de cambios de comportamiento.
- Fármaco vigilancia / fármaco resistencia comunitaria
- Alerta temprana predictores resistencia.
- Monitoreo y Evaluación
- Costos de medicamentos / procesos para bajar precios de medicamentos de 2ª y 3ª Línea.
- Apoyo a sistemas de información.
- Formación / Sensibilización.
- Estándares de calidad de servicios.
- Definición de modelos de atención / capacidad resolutiva.

- Trabajo en redes / Fortalecimiento por parte de REDCA+ a las redes-estructuras nacionales de PVS.

Grupo IV

Guillermo Galván (Facilitador)

Maria Amador, RD
Carlos Mejía, GUAT
Helen Chun, USA
Jenifer Campbell, USA
Dr. Ricardo Peñate, ELS
SCarlos Batzin, GUAT
Talya Karr, USA
Patricia Mira, ELS

Desafíos para el acceso a pruebas de VIH

- Disponibilidad financiera y técnica para la realización de la Prueba
- Capacitación y sensibilización del personal
- Superar el estigma y discriminación
- Acceso a los servicios
- Capacidad de Monitoreo y Evaluación
- Considerar la Pertinencia Cultural

Desafíos para que el acceso de los pacientes a la atención oportunamente

- Referencia y contrareferencia Tardía
- Diagnóstico rápido= Tratamiento rápido
- Acceso lo más pronto posible
- Educación de Pacientes
- Participación de la Comunidad (ONG, OBF, SC)
- Capacitación del personal
- Organización de los servicios de salud

Todos los pacientes tienen acceso a todos los medicamentos del cuadro básico de los servicios de salud

- No siempre, por la cadena de provisión irregular
- Están disponibles en los centros de atención, pero la atención no es universal en el país
- Desafíos para proveer tratamiento a adultos
- Disponibilidad de personal capacitado y calificado
- Cadena de provisión de servicio
- Enfoque multidisciplinario
- Participación de la sociedad civil y PVS
- Estigma y discriminación
- Falta de confidencialidad en los servicios
- Mantener la confianza en los servicios de salud
- Violencia de género
- Necesidades de asistencia técnica de parte de los Estados Unidos
- Capacitación adecuadas a la realidad de los países
- Intercambio de experiencias exitosas
- Elaborar programas de capacitación en conjunto con la comunidad
- Cadenas de suministros
- Apoyo económico
- Manejo de fondos en base a cumplimiento de objetivos (resultados) con calidad
- Contrapartida de recursos locales

GRUPO V

Facilitadora: Sonia Brito

Alma Quezada

Heidi Mihm

Daneydi Rodríguez

Elizabeth Rodríguez

Manuel Córdoba

Héctor Galindo Castellanos

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Pedro Escobar
Carlos Rodríguez
Víctor R. Sánchez
Nancy González
Pilar Lagos
Arelis Batista Concepción
Luis Morales
Eddy Pérez Then
Esteba Vega
Blanca Samayoa

Desafíos en el diagnóstico

- Disponibilidad de pruebas en los servicios,
- Promoción de las pruebas.
- Estigma y discriminación.
- Temor al diagnóstico.
- Falta de confidencialidad.
- Calidad de las pruebas diagnóstico.
- Costo de las pruebas.
- Capacitación de los RR HH.
- Modelos de pre y post consejería (romper las 4 paredes)
- Tiempo en la entrega de resultados.

Acceso a los ARV en la guía OMS.

- No disponibilidad de todos los insumos.
- Falta de información sistematizada.
- Falta de logística que garantice la disponibilidad.

Acceso los ARV en las guías nacionales

- Proyecciones no confiables.
- Capacidad técnica para la actualización de guías nacionales.
- Disponibilidad de información, para la toma de decisiones.
- Disponibilidad de presupuesto

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Porque no hay acceso

- Ubicación geográfica.
- Poder adquisitivo.
- Estigma y discriminación.
- Modelos de atención restrictivos,
- Escolaridad.
- No reconocimiento de las prácticas de riesgo.

Desafíos en la atención pediátrica.

- Descentralización de la atención.
- Falta de sensibilidad y compromiso.
- Orfandad.
- Centralización de las capacitaciones.
- Nivel socioeconómico.
- Auto cuidado de los profesionales.
- Ubicación geográfica.
- Falta de capacidad técnica.

QUE HACER

- Cumplir con los indicadores.
- Cumplir con los compromisos.
- Empoderar a los gobernantes.
- Asistencia técnica.
- Mejorar los sistemas de información.
- Desarrollo de RRHH.
- Integración de los RRHH, donantes, SC.
- Consensuar las estrategias con agencias y donantes.

Grupo VI

Facilitador Ryan Phelps

Elsa Palou

Mirna Pérez

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Luis Castaneda
Aurelina Castro Jerez
Sonia Díaz
Dalia Castillo
José Román

Desafíos mas significativos para tratar este grupo de edad

- Invisibilidad de los adolescentes en los servicios de salud
- Transferencia desde servicios de pediatría/adolescente deficiente,
- Falta de clínicas especializadas de atención integral del adolescentes.
- Barrera de acceso a prueba en los jóvenes:
- Falta de inclusión en los planes de salud,
- Exigencia de identidad o autorización padres para la toma de la prueba.
- Baja cobertura de atención a mujeres embarazadas.
- En el sector privado no siempre se exigen resultados de VIH
- Baja cobertura de atención
- Dificultades en la adherencia a niños < 10 años
- Baja disponibilidad de formas farmacéuticas adecuadas.
- Deficiencias en el sistema de gestión de suministros a nivel de los países.
- Falta de formulas farmacéuticas novedosas en pediatría 2ª y 3ª línea.
- Falta de programas estructurados para la revelación diagnóstica en los niños.

Propuestas

- Formulación de normas, guías, protocolos regionales de atención.
- Creación de clínicas especializadas de adolescentes para la atención integral
- Reforzar las consejerías y apoyo de pares para llevar pacientes pediátricos a diagnóstico y tratamiento oportuno.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Trabajo integrado educación/salud sobre sexualidad y prevención en VIH.

- Incrementar la oferta de PTMI y asegurar los insumos para el tratamiento de mujeres embarazadas.
- Fortalecer los sistemas de gestión de suministros a nivel de los países y promover el desarrollo formulas farmacéuticas novedosas para pediatría.
- Compra regional consolidada para reducir costos.

Día 2: Promover la Integración y Asegurar Calidad. (4 de mayo del 2010).

Dr. César Castellanos:

Objetivo: Recordar a los/as participantes las discusiones del día anterior y dar una reseña del segundo día.

Inició el día con una retroalimentación del día anterior y dio una reseña del segundo día. De inmediato procedió a dar lectura a la agenda de trabajo del día.

Ponencia: Temas críticos de la Integración de Servicios del VIH/Dr. Elliot Raizes.

Graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Northwestern en 1981, Medicina Interna de la Universidad de Emory en 1984, Fellowship en Enfermedades Infecciosas en la Universidad de Medicina de Carolina del Sur 1987, en el 2007 se integró a la División de Tratamiento y Atención en el Programa Global de SIDA del CDC, como Asesor Técnico de la OMS para el Desarrollo de Guías de Tratamiento Antirretroviral para Adultos y Adolescencia en 2009.

Objetivo: Repasar los temas críticos sobre la integración de servicios de pruebas del HIV, tratamiento y de atención primaria.

Para fines de nuestro debate como lo ha dicho Cesar, no hago mas que lanzar la discusión de hoy, quiero darles el contexto, mas que entrar en muchos detalles, no hay muchos detalles, muchos datos, sobre la integración, primero que es la integración?, se trata de una definición de la OMS dentro del marco de los servicios, manejo de múltiples servicios, obviamente son muchas palabras que significan integración, al hablar de integración tenemos que decir cuales son nuestras metas, he reflexionado que los países de América latina son diferentes que los países africanos, donde he trabajado mucho los últimos dos años.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 39 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

La integración por cierto no es una lista completa, decidan cuales son sus metas dentro del país, tiene que decir cuales son sus metas, como aumentar cobertura, acceso, mejorar la calidad de servicios, asegurar la sostenibilidad y reducir el estigma, son algunas cosas que forman parte de la integración.

No voy a hablar de los efectos de las guías de ayer, si no hablaré de nuestras guías, de las cascadas del tratamiento, como se hacen los países de África y en América latina, integración, transmisión de madres a hijos y finalmente como recapitulación y para colocar todo esto dentro del contexto de esta consulta de tres días y luego el Dr. Saavedra hablará de algunos modelos gráficos de integración para integrar estos servicios integrados, detalles para las guías de las OMS y las nuevas recomendaciones claves es la recomendación para TB activa, en algunos países hay porcentajes altos de TB activa y de infección por VIH, una de las cosas que se decidió en Ginebra el año pasado de guía OMS es que los pacientes afectados, tendrían inicios de terapia de ARV antes se basaba en conteo de CD4, cualquier paciente que llega y resulta ser positivo debe ser positivo, deben pensar en que tipo de tratamiento van a aplicar, las guías de la OMS pueden ver que estas guías tratan a todas las mujeres embarazadas en conteo menos de 350, hay que considerar pues esto ya se hace en la mayoría de sus países, estas mujeres con 350 son elegibles y no hay pruebas disponibles, con respecto a las guías pediátricas que nos mencionó ayer se expande la elegibilidad automática para niños por debajo de 24 meses y además muchos de estos niños tendrán inhibidores de proteasas, en ves de NEVIRAPINE.

Con respecto a la cascada de prueba y tratamiento, la persona debe estar disponible para la cascada, lo ideal es que el 100% de las personas que viven con VIH reciban. Se hizo estudio en Mozambique hablamos de un contexto diferente de América latina, cascada de prueba, el 2005 crean con hospitales de días, comienza con la prueba, iniciación de la terapia Antirretroviral, las cifras no eran buena, si solo la mitad de los elegibles comenzaban con la terapia, en estos hospitales no tenían efectos positivos crearon modelo nuevo en Mozambique, esto fue un socio de tratamiento servicios antirretroviral formaron a los trabajadores, los laboratorios los reforzaron, integraron servicio VIH con los prenatales mejorando los servicios, aquí ven dos regiones diferentes Mozambique y pueden ver que las primeras barras son pacientes considerados elegibles que comenzaron dentro de los 90 días, la integración en el marco típico, mejorando la cascada de

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

prueba y tratamiento, hubo beneficios, mejor infraestructura en salud pública, y llenaron las brechas que permanecían, decidí examinar modelos de servicios de VIH y describirlos previamente, salud primaria, TB, centros de tercer nivel, enfermedades de transmisión sexual, qué pasa con los servicios de salud primaria, manual de operaciones para prevención en cuidados en centros de salud primaria, es un trabajo de PEPFAR y las OMS, si mejora el cuidado de los pacientes también infectados con VIH si mejoran en esto podrían crear estructura e integrarles el VIH/SIDA, y luego otra cosa que pasa con situaciones donde tienen baja prevalencia, el estudio de Mozambique y el manual de operaciones fueron hechos en alta prevalencia, notaron que no hay efectos positivos sobre el sistema nacional de salud y crearon un sistema nuevo. Existe baja prevalencia en Estados Unidos, la iniciación de la terapia antirretroviral, en situaciones donde no se inicia la terapia los pacientes no reciben cuidados.

Con los servicios de atención primaria existe una guía hecha por OMS y PEPFAR, aquí habla sobre la integralidad, liderazgo y gerencia. Estos centros de atención primaria, son sin tener que ver con VIH/SIDA, solo atención primaria, pero como resultado mejora la atención al paciente, otra cosa que pasa con situaciones donde hay baja prevalencia se piensa en la iniciación de la TARV, el mejor desempeño se han medido entre médicos generales, si miran una clínica de bajo volumen de VIH hay diferentes capacitaciones, centro primario si tienen un experto en enfermedades infecciosas y además tienen expertos en VIH, luego nos preguntamos hablamos de integración, pero la integración es mejor, o es mejor no tener integración?, y tener centros especializados, esto está por discutirse.

En relación a la TB, las guías han cambiado, debemos dar ARV en centros de TB o solo en centros de VIH, ustedes deben decidir hay que tomar una decisión porque no se puede tener dos sistemas verticales, un paciente con TB y VIH podría no recibir el tratamiento necesario para TB, no soy experto en administración, experiencias de trabajos con usuarios de drogas endovenosas, se debe integrar los servicios de VIH dentro de enfoque holístico, quieren sugerir este enfoque en sus países?, porque los usuarios de drogas tienen problemas particular, ahí el modelo de integración, sería integrar cuidados de VIH y usuarios de drogas, que pasa con los hospitales del tercer nivel?, con centros que en sus país son excelentes para tratamiento VIH, que pasa con otras actividades que se llevan a cabo en

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 41 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

centros de referencia, se hará ITC en todas las partes o se creará un grupo separado en una esquina del hospital, universidad?,. Es algo que tienen que pensar en nuestro grupo, ayer discutimos de los centros de referencia que podrían convertirse en centros tercera línea, donde la primera y la segunda línea fracasan, quisiéramos integrarlos y poderlos convertir en experiencia, en la materia, la incorporación de servicios VIH en los servicios ITS, en África del sur lo que paso allá tiene que ver las pruebas, personas que tienen ITS, la intervención según el estudio o sea que cada paciente que entraba para ITS eran pacientes que decían ellos mismos querían prueba de VIH o según lo decidiera el clínico, usted ha tenido sífilis 3 veces debe someterse a prueba de VIH. No solo oferta de prueba, si no la efectividad de prueba, al ofrecer el 75% se le refirió la prueba solo era 50% la variación fue tomada en cuenta de una clínica a otra, la pregunta es saber si los recursos humanos van a permitirlo y tenemos que hablar de la salud materno infantil. Fue revisión sistemática sobre vinculo y cuidados y servicios VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, 58 estudios, 44 servicios VIH, 14 integración de servicios y 10 integración de ambos servicios de manera simultanea, servicios VIH, clínica VIH, clínica salud familiar y finalmente clínica de salud primaria que tienen servicios de VIH, reportarán aumento en acceso a servicios, incluyendo mas prueba de VIH y mayor entrada de cascada, mejores comportamientos mejor uso del condón mejor calidad de servicios, esto es cualitativo, se enfocaron en el vinculo incluyendo hombre, niños, varones, fue considerado estigma y discriminación y finalmente creo que tenemos que pasar al contexto de América latina, para servicios de salud primaria cual es la información apropiada y donde hay epidemias concentrada en regiones, centros de TB que dirección funciona mejor, servicios de TB integrado de VIH y de otro medio y los casos de tratamiento, políticas, leyes, qué leyes se pueden cambiar, escritos de tratamiento, con UED, 3rer, nivel hay problemas con recursos humanos? Cuando es mejor modelo, agregar servicios VIH, algún modelo de integración?, espero haberlos hecho reflexionar,. Para terminar vuelvo a mis metas, metas de integración, piensen primero que hay que integrar?, cuales metas perciben en su país en su contexto particular, que no es necesariamente el mismo que en otros países y por que van a integrar la integración. Gracias a todos ustedes.

Ponencia: Jorge Saavedra/Modelos prácticos de la implementación de VIH

Medico residido de la Universidad Autónoma de México, Maestría en Salud Publica, Maestría en Gerencia y políticas en salud en la Universidad de Harvard (1991-1992).

Jefe de asuntos Globales de la Fundación para el tratamiento del SIDA, presidente de la AHF México, Director fundador de la primera clínica ambulatoria del VIH en México,

Objetivo: Discutir sobre modelos prácticos de la implementación de programas de servicios integrados en la región.

Saluda, hace su ponencia apoyada en la necesidad surgida en México a raíz de la concepción de los servicios de atención los cuales no tienen la concepción en su estructura de labores de tipo comunitaria. Habla de las CAPACTIS. Los cuales son centros de atención especializada en VIH de tipo ambulatoria. (Ver presentación)

Preguntas a Jorge Saavedra

Rolando Pinel: Cual es la capacitación que tienen los CAPACTIS, como esto se vincula con los otros centros de atención primaria del país.

Karla Zepeda pregunta a Elliot Raizes:

Tiene experiencia de servicios en que se prevenga embarazos en adolescentes y VIH?

Osmar Sued/OPS:

Cual es su experiencia en el modelo de integración de servicios de salud sexual y reproductiva, ITS, atención prenatal en el contexto de atención primaria, en la integración de estos 4 programas y oferta de un paquete completo?

Pedir reflexión, afirmar, en otros países lo de servicios verticales, ha traído problemas porque cobraban salarios mas altos, problemas con pacientes de internamiento, dificultad para hacer compras, mayor costo de implementación, quiero saber en la experiencia mexicana como han luchado con estos problemas, si los hospitales funcionan, si hay estrategias para enfermedades crónicas, como se esta dando?.

Respuestas de Dr. Raizes:

En cuanto a la pregunta sobre los vínculos entre prevención de embarazo en adolescentes y VIH, no soy experto en el tema, pero creo que es una cuestión sumamente valida que hay que tomar en cuenta, cuando discuten de la integración, la planificación familiar es el eslabón faltante en nuestros programas, esto merece toda nuestra atención, si el modelo con el que trabaja le permite esconder la planificación familiar entonces no es un modelo ideal para seguir adelante, en cuanto a los CAPACITS en México creo este programa suena realmente como algo bien enfocado en la calidad si esto logra resolver otros problemas como la prevención, porque así es en cierta unidades, en mi clínica en Estados Unidos es el equivalente de un CAPACIT, trabajamos con la SC en transmisión de VIH, con el tiempo el modelo CAPACIT hay que pensar si puede trabajar en prevención, preguntarse si se podían expandir a un modelo mas integrado para medir lo que se hace ahora, si se esta haciendo integración o no con este modelo.

Respuesta de Jorge Saavedra:

Respuesta a Rolando, todos los CAPACITS en México para la población no asegurada depende del gobierno. No solo son para VIH/SIDA, se crearon unos separados para adicciones, diálisis, cáncer y quimioterapia, son crónicos, pero no requieren de infraestructura ni de camas hospitalarias, el servicio hospitalario puede ser excelente, pero son costosos y no se necesitan en este caso en su mayoría, los CAPACITS dan atención ambulatoria y son referidos allá, hubo problemas con hospitales y se le exigió al estado que se encargaran de los antirretrovirales para los casos que sí se requieren hospitalización, se les exigió convenio escrito en un hospital de referencia.

Caso de OPS los CAPACITS no tienen capacidad para la respuesta a la demanda de transmisión vertical, para mujeres embarazadas existen centros

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 44 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

de salud donde los pacientes son mujeres y la mayoría van por servicios de atención fomentados en el embarazo, los CAPACITS muchas de las capacitación vienen de ellos, no son suficientes para atender la atención de transmisión vertical, comentaba en cuatro ciudades los médicos no pueden soltar a sus pacientes, no voy a mencionar los hospitales, el mayor costo cuando el volumen de pacientes es bajito estaba subutilizado, si no teníamos 300 pacientes no abríamos uno mas, el número mínimo de PVVS para abrir uno es arriba de los 300, pues es muy costoso atender en los centros hospitalarios tradicionales, que en CAPACITS.

En México es tradicional que la comisión nación de derechos humanos vaya contabilizando las quejas con mala atención a personas con VIH, las quejas presentadas por usuarios han caído a 0 después de los CAPACITS, los de seguridad social se presentan 100 quejas al año, en el caso de CAPACITS el numero de quejas era de 0, entonces es una medida que en impacto ha sido positivo en cuanto a la parte de la calidad percibida por el usuario.

Preguntas a Jorge Saavedra:

Elsa Palou

Como se ha podido integrar el sistema de TB y las enfermedades oportunistas en los CAPACITS, en honduras hemos tenidos experiencias similares que están dentro de hospitales, se ha logrado integrar eso en los CAPACITS?

Sumaya Moreira:

Se ha logrado igual por ciento de detección, de enfermedades oportunistas, disminución de la resistencia y la adherencia?

Luís Castañedas:

Los CAPACITS han tenido experiencia con los pacientes pediátricos, o tienen sistema individualizado para estos pacientes?

Respuestas de Jorge Saavedra:

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 45 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Respuesta a Sumaya:

En el caso de TB no en todos, en la clínica CONDESA sí, otros se refieren a hospitales, centros especializados, el año pasado se inicio un proceso, pero mentiría si dijera que se logró hacer eso, todavía, creo es posible, pero aun no se logra, como comentaba no se ha hecho una evaluación formal de esto.

Respuesta a Luís Castañeda:

En algunos de los CAPACITS se tiene pediatra, pero en la mayoría son referidos a los centros hospitales para niños, donde hay algún medico que se encarga de niños con n VIH, en los CAPACITS no, excepto algunas casos.

Respuesta a Palou:

No todos los CAPACITS logran integrar TB, los usuarios son referidos.

Ponencia: Gestión de Datos Clínicos y Monitoreo y Evaluación en El Salvador/Dr. Rafael Baltrons

Actualmente es Médico Epidemiólogo en el Hospital Amatepec, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), San Salvador, El Salvador, desde el 9 de febrero del 2004 hasta la fecha, Médico Epidemiólogo en el Hospital Nacional de San Bartola, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), desde 1 de mayo del 1999 hasta 8 febrero d 2004, Médico Pediatra en el Hospital Enfermera Angélica Vidal de Najarro, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en San Salvador desde mayo del 1989 abril 1999

Objetivo: Agregar a los resultados de la reunión regional de integración del TAR organizado por el Banco Mundial y discutir el estado actual del monitoreo y evaluación del TAR al igual que de los métodos de armonización de indicadores en todos los países.

Saluda y agradece contextualiza su presentación en el hecho de que en el Salvador tienen 6 millones de habitantes distribuidos en diferentes áreas de

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 46 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

la geografía nacional, comenta que el sistema único de Monitoreo y Evaluación de VIH ha sido realizado con la colaboración Técnica y financiera de OPS y a este se puede entrar a través de un perfil que se le crea a cada usuario el cual tiene restricciones o no dependiendo del tipo de usuario digitadores, investigadores, infectólogos, etc.

Inmediatamente pasa a presentar la plataforma ONLINE explicando como usarla y sus características.

(Ver presentación anexa)

Ponencia: Monitoreo y Evaluación: El Programa de Guatemala/Blanca Samayoa/Guatemala

Directora de Investigación y Desarrollo de la Asociación de Salud Integral en Guatemala, durante los previos 10 años, actualmente investigadora y profesora en epidemiología de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos en la Ciudad de Guatemala, Maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad Tulane en New Orleans, con enfoque de bioestadísticas, candidata para su doctorado en Salud Pública de Tulane con enfoque de Epidemiología.

Objetivo: Presentar los esfuerzos nacionales de monitoreo y evaluación en Guatemala, con énfasis en los indicadores a nivel nacional.

Agradece y explica el sistema MANGUA de recolección de datos de Guatemala, el mismo significa manejo de ARV en Guatemala.

(Ver presentación anexa).

Ponencia: Monitoreo y Evaluación a Nivel Regional/Dr. Héctor Galindo/Honduras,

Médico con Maestría en Salud Pública, con Especialidad en Gerencia Hospitalaria.

Objetivo: Presentación del Plan Estratégico Regional de Monitoreo y Evaluación e Indicadores Armonizados del MCR.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 47 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Saluda, agradece su presencia aquí, y pasa a explicar en que consiste el plan regional, sus indicadores tanto de proceso, resultado e impacto de forma detallada.

(Ver presentación adjunta).

Ponencia: Reseña de Investigación Operativa/Dra. Jennifer Campell

Oficial de programas en el Centro para Investigaciones Estratégicas Operativas para la Iniciativa Clinton del Acceso a la Salud en Boston, Maestría en Economía.

Objetivo: Detallar las metas básicas de la investigación operativa y evaluación e indicadores armonizados del MCR.

(Ver presentación anexa).

Ponencia: Introducción a Desarrollo de Habilidades para el Mejoramiento de Calidad/Sr. Andrew Fullem/Director de Hohn Snow, Inc./centro Mundial de Educación para VIH/SIDA.

Director de JSI/Centro Mundial de Educación del VIH, actualmente director del proyecto AIDSTAR, sector I financiado por USAID como también de los contratos IQC del programa Mundial de SIDA financiado por el CDC, líder técnico del Equipo Técnico de Atención y Apoyo del Proyecto AIDSTART-One de USAID, miembro de la Delegación de Apoyo del Fondo Mundial para Comunidades que Viven con SIDA, Tuberculosis y Malaria, del Comité de Acción SIDA de Massachussets, de la Mesa directiva de Monitoreo de Información Segura y del Programa de Nutrición, Metabolismo y VIH en el Hospital General de Massachussets.

Aquí quiero hablar de calidad en todas sus expresiones, tiene una importancia crucial como receptor de servicios de VIH, eso afecta el resultado personal, el deseo de volver al centro hospitalario, etc, quiero tener diferentes enfoques de mejoramiento de la calidad, para implementar las guías de la OPS hay varios enfoques, aquí hablaremos de lo que queremos hacer, como lo logramos y lo mantenemos, lo mas importante es que esto no solo se aplica a

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 48 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

los servicios clínicos, si no mas bien de laboratorios y servicios en general, la calidad no solo se refiere a la insatisfacción está en el continuo de los cuidados, Dennin dice que calidad es hacer lo correcto de manera correcta en el momento correcto, cada vez mas calidad se ve como un concepto integral, el VIH ha sido un líder potencial pues logro establecer lo que debe ser la calidad de una clínica. Vemos programas que se basan en el desempeño en esta región, en Estados Unidos sabemos que cada vez más se basan en calidad en todos los sectores, hay cuatro conceptos básicos:

1. Satisfacer las necesidades y expectativas del paciente en la comunidad.
2. La calidad es responsabilidad de todos, desde el recepcionista, secretaria, médico, enfermera, etc., hay que involucrar todo el equipo.
3. La gente mezcla el aseguramiento y mejoramiento de la calidad, yo pienso que el aseguramiento forma parte del mejoramiento, el aseguramiento suele ser una inspección puntual, pero el mejoramiento exige un equipo que vele por todo el sistema, que lo monitoree en todo momento.
4. mientras mejor la calidad, mejor efectividad y se reducen los costos, esto aumenta el interés entre los donantes.

Cuando vemos un problema y tratamos de resolverlo después no funciona, pero el mejoramiento se produce identificando primero el problema y luego entender que para el proceso de identificar las lagunas y como resolverlas para hacer mejoramiento hay que entender la cascada de atención (flujograma), esto puede constituirse en el éxito o fracaso.

Hay que pensar en diferentes etapas y pasos para mejorar la calidad de los servicios, esto no se detiene nunca, hay que valorar las normas, medir, valorar y volver a medir.

Identificar las brechas es importante, a veces un ajuste pequeño tiene gran impacto sin ningún costo o a muy bajo costo, aquí en mi presentación pongo ejemplo de sistemas que van desde la recolección de datos, aquí les dejaré esta transparencia, hay que hacer evaluaciones para medir el impacto de los procesos sobre los resultados, la voz de los clientes hay que oírlas para poder mejorar la calidad, hay una relación íntima entre monitoreo y mejoramiento de la calidad, a veces hay problemas de subregistros que afectan el resultado

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 49 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

de estudios de calidad, hay muchas formas de escuchar las voces de los usuarios, encuestas, buzón de sugerencias, abogados de las comunidades, hay que evaluar el cumplimiento.

Otra tendencia en el mejoramiento de la calidad es la de la desviación positiva, se puede ver también el método opuesto, aprender de los éxitos y no solo de los fracasos.

Debe haber un marco nacional para el mejoramiento de la calidad, cada vez mas se sabe que todos tienen un papel en la calidad, siempre hay gente que no quiere cooperar, hay un principio para calidad y para medirlas en función de las normas.

Gracias por su atención.

(Ver presentación anexa).

Ponencia: Esfuerzos Locales para el Mejoramiento de Calidad/Sergio Montealegre

Objetivo: Presentar el estudio del Sr. Montealegre relacionado a los esfuerzos de mejoramiento de calidad en Latino América.

REDCA Positivo nace en Guatemala en 2001, en procura de garantizar los derechos de los PVVS, luego nace SISCA que buscaba el fortalecimiento y mejoramiento de la atención a PPVS. (Ver presentación anexa).

Preguntas:

Richard Stern:

Mi pregunta va dirigida a Sergio, felicita por su presentación completa y detallada, pregunta fundamental, no escuché nada sobre análisis de personas en varios hospitales que pudo haber fallecido en transcurso del estudio, por ejemplo si llego tarde con enfermedad oportunista, o medicamentos para infección oportunista, o no había medicamentos de segunda y tercera líneas, o infección en el hospital, o no quisieron operar por discriminación, análisis de **Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo**

calidad de servicios, cuando hablamos con personas de alta incidencia de mortalidad, por que no incluye el análisis de los fallecimientos y posibles causas?

Buenos días, Sonia Díaz Núñez/Honduras:

Agradece a OPS su participación,, pregunta a Jennifer, menciona una de las estrategias en Ruanda personal enfermería se prescribe ARV, quiero saber en que nivel uno o dos y si utilizan nuevos protocolos de atención y si han medido el impacto.

Karla Zepeda:

Desviación positiva, si se entiende como eventualidades que surgen, el contexto, aclaración sobre desviaciones positiva, existen exp. En evaluación del desempeño en servicios de salud y que demuestren que los servicios han mejorado.

Jorge Saavedra:

Para Andrew, su pregunta es sobre US, allá se permite que un grupo especializado de pacientes pueda revisar los expedientes clínicos, mi pregunta es porque en México me lo solicitaron y estuve de acuerdo, pero los médicos, las leyes y normas, personal de salud se opusieron a que alguien externo al sistema de salud revise expediente, dijeron no podemos exponer a nuestros pacientes que conozcan quien es VIH positivo, no te encontraste este tipo de restricción y como la abordaste?

Participante de Guatemala comenta:

Evaluación que hizo hace 8 meses oficina de país, sobre calida de empezamos otra evaluaron en 15 días, para personas prestan servicios VIH, debería ser completaría la información que plantean, la contribución que puedan hacer complemente las otras cosas que no se pudieron ver, están esos tres investigaciones disponibles, para que el esfuerzo complemente.

Karla Zepeda:

Dirigida a Sergio Montealegre, darle incentivos al prestador, llega un momento que tiene un síndrome de desgaste de prestadores de servicios, vemos que se ve las necesidades del prestador, cuando menciona los incentivos si tiene un plan de incentivos para el prestador?

CDC:

Pregunta para Jennifer, podrías insistir de nuevo en la cuestión de uso de modelos, cuando usan un régimen que es menos costoso como pueden utilizar los modelos para saber que es el mejor de salud pública?

Dr. Mejía:

Control de calidad den prestadores de servicios, quieren plantear quien evalúa la acidad del trabajo de la SC y quiero plantearlo a revés, los servicios de salud son el blanco de las cosas, la Dra. de Honduras menciona el desgaste que no se toma en cuenta, se van agotando, balance en evaluación en ambas direcciones.

Respuestas:

Sergio Montealegre:

Considero una de la primeas cosas que hay que realizar los protocolos son limitados, analizamos primera fase de la evaluación y no entrar en temas terapéuticos, algunos programas están trabajando en ele tema, revisar desde la perspectiva de los usuarios, para poder negociar con los programas nacionales de sida, como llaman ahora síndrome de desgaste. No están sistematizadas, es importante mirar que pasa con ellos y que desde la SC podemos aportar a los prestadores de servicios, y cargar energías.

Respuesta al Dr. Saavedra:

El caso del El Salvador nos se presentó ningún inconveniente en el estudio, no contempla registrar número de historia clínica, ni nombre de persona, la línea de chequeo de algunos datos específico, no se registraban datos de la Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 52 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

persona, así minimizamos el hecho de que nos prohibieran acceder a las historias clínicas.

Respuesta a Dr. Pinel Honduras:

Acciones REDCA ampliar el protocolo y cada país diga que elemento van a tomar y que cosa de su país es importante que se integren en el protocolo, cuando negociemos con equipo de Honduras tomar en cuenta, no sería necesario nueva evaluación no se haría.

Con respecto al Plan de incentivos, si hay plan están contemplados placa de reconocimiento y en un segundo monto dinero para el equipo multidisciplinario, sale con acta avalado por el director del hospital y pasa al programa nacional, entonces el equipo decide en que va invertir el incentivo, Se entregaran placas de reconocimiento a los tres mejores hospitales como forma de incentivar que mas hospitales hagan este proceso en el interno de sus equipos.

Voy a tratar de contestar 3 preguntas, con calidad, Sociedad Civil, socios internacionales, desviación positiva, en mi experiencia han funcionado en programas de consejería y transmisión de madre a hijo, 50% de las mujeres se hacen pruebas con su parejas, pero esto ha sido con el apoyo de la sociedad civil y los lideres pares, esos programas tienen éxitos en conseguir ya que hay mas hombres que vienen sin sus parejas, se logra con participación de lideres religiosos, hemos estudiado a que se debe La diferencia de un programa y otro sin embargo queremos ver como ampliar la experiencia a otros grupos como son los usuarios de drogas. En cuanto a la evaluación basada en evidencia funciona a través del apoyo del modelo de tutores, donde un farmacéutico hace consejería sobre efectos secundarios de medicamentos, es una capacitación en el lugar de trabajo en ves de sacar a la gente de su trabajo, es modelo exitoso.

En cuanto al mejoramiento de la calidad tenemos un programa federal en US que da financiamiento para cuidados clínicos de VIH, por ley el 10% del presupuesto de cada estado debe ser destinado al mejoramiento de la calidad. Una tercera parte externa examina los expedientes, son personas diversas como enfermeras, personas de la comunidad, PVVS que han sido entrenados previamente y firman un acuerdo de confidencialidad para hacer

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 53 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

este trabajo solo puedo hablar de la experiencia de GSI, hacemos trabajos de mejoramiento de calidad, incluyendo ONG, hospitales públicos, individuo donante, unos de los principales problemas es hacer participar los suplidores no gubernamentales, para que participen en el enfoque de mejoramiento tratamos de involucrar al sector privado.

Socios internacionales evalúan nuestra calidad y equipo de evaluadores externos es un proceso constante de retroalimentación para USAID se obtiene retroalimentación de la sociedad civil, hemos sido evaluados.

Respuestas de Jennifer:

Primera pregunta yo solo hable brevemente del proyecto es piloto en Ruanda solo se hace clínica VIH, en diferentes niveles del sistema hospitales. Se despliegan muchos modelos, para clínicas individuales de VIH porque la epidemia es diferente en África.

Con respecto a la segunda pregunta no se de cual medicamento hablan de eficacia en costo, pero queremos también separar la rentabilidad de otros aspectos de los costos, en cuanto al costo de los diferentes medicamentos hablando de uno mas económicos, son factores que hay que examinar en cuanto a eficacia, hemos trabajado con instrumentos para trabajar el punto de equilibrio, con respecto a TENOFOVIR y 4T el cambio solo se hace por seguridad creo es importante conocer las apreciaciones clínicas para la toma de decisiones por eso si tienen alguna información en ese sentido díganla no solo costos, razones de seguridad, meneaos efectos secundarios, Mayor transición a segunda línea mas gastos y cada año hay mas pacientes, es un factor difícil de calcular espero haber contestado,

Respuesta a Andrew:

En Malawi muchos y otros países se están involucrando a la prescripción de ARV por parte de las enfermeras debido a la falta de médicos, en algunos lugares como África del sur las enfermeras prescriben inicialmente sin embargo es una lucha pendiente porque los médicos no quieren que ellas hagan la prescripción inicial.

En Ruanda las enfermeras hacen tantas cosas para las que no están capacitadas como limpiar ventanas pisos etc. Entonces no queremos dales mas tareas más bien queremos liberarlas de algunas.

TRABAJOS DE GRUPO:

Segundo día

Grupo I

Participantes:

Herman Willems and Andrew Fullem (Facilitadores)

Oliver Morgan

Sergio Montealegre

Luís Rodríguez

Karla Zepeda

Alfredo Cantón

Roñan Aniño

Nelson Arboleda

Lucrecia Castillo

Sumaya Moreira

Maria Paz León Bratti

Patricia Mira

Alberto Ñecco

Dalia Castillo

Nancy Urbizo

José Román

Rolando Aguilar

Kathleen Israel

Jorge Díaz

Roberto Peguero

Nelson Rodríguez Monegro

Merlin Fernández

Omar Sued

Celina Miranda

Sarah Coleman

Richard Goughnour
Erick Rousellin
Francisco Job
Bautista Rojas
Rigoberto Samaniego
Elliot Raizes
Talya Karr
Raúl González

Se realizó un juego de roles sobre una metodología para detectar problemas de calidad en un sistema de salud los participantes se dividieron en dos grupos e hicieron el ejercicio que les permitió identificar las fallas principales en el flujograma y también pudieron cuantificar los daños. A partir de las discusiones los participantes fueron capaces de realizar una serie de preguntas claves que dieron paso a una lista de problemas que fueron identificando en el flujograma.

Preguntas Claves:

1. Presentación al Director y solicitar anuencia para entrevistar áreas técnicas, explicar objetivo de la visita.
2. Entrevista con médico/a
 - 2.1 Cuantos pacientes tienen.
 - 2.2 Tipo de Prueba
 - 2.3 Cada tiempo
 - 2.4 Donde lo refiere (lugar)
 - 2.5 Cuanto (tiempo, como) tiene resultado
3. Entrevista laboratorista
 - 3.1 Tipo de prueba
 - 3.2 Quien autoriza o repone la prueba
 - 3.3 Tiempo de procesamiento
 - 3.4 Disponibilidad de reactivos
 - 3.5 Personal disponible/entrenado
 - 3.6 A quien entrega resultado y tiempo
 - 3.7 Existe discusión y seguimiento de resultado

4. Entrevista de Archivo

4.1 Proceso de clasificación

4.2 Proceso de archivado

4.3 Carga de trabajo (Número de archivos diarios)

5. Entrevista Digitador

5.1. Tiempo en (introducir, procesar) la información

5.2. A quien entrega la información

5.3. Participa en algún análisis de la información

Lista de Problemas:

1. No existen manuales o normas de procedimiento
2. No hay comunicación entre el equipo, ni integración.
3. Problemas actividades.
4. Base de datos inadecuados.
Probablemente sub-utilizado

Grupo II

Participantes:

Abe Miranda Jen Campbell y Alberto Ñecco (Facilitadores)

Gustavo Rojas Lara

Rolando Cedillos

Lucia Merino

Bob Ferris

Víctor Mejías

Maria Castillo

Rafael Baltrons Orellana

Tom Minior

Mario García Solozano

Richard Stern

Rita Rodríguez

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Antonio Solano
Mercedes Menjivar
Nancy González
Carlos Solórzano
Rosa González
Leonardo Martínez
Virginia Salcedo
Carlos Batzin
Gustavo Rojas Lara
Rolando Aguilar
Helen Hung
Pilar Lagos
Patricia Mira
Ricardo Peñate
Maria Nurys Amador
Sonia Brito

Integración I

- Organización coordinada de múltiples actividades y recursos para hacer la entrega de servicios más eficientes y coherentes en relación al costo, resultados, impacto y uso.
 - OMS

Integración de VIH

- Integración de servicios de VIH que implica la reorganización y reorientación del sistema de salud para mejorar la provisión de un paquete de intervenciones esenciales para prevención de VIH, tratamiento y atención como un continuo de atención para los pacientes. El continuo de atención se proporciona en el mismo lugar o por referencia entre centros y comunidad
 - OMS

Recordar

- Si hablamos de integración asumimos que esta desintegrado
- Nos habíamos enfocamos en solo una enfermedad lugar o servicio aislado
- Al final los servicios centralizados se han ido diversificado pero no es suficiente

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Entonces que es?

- Situación en la cual la comunidad, el personal sanitario y las instituciones de una red de atención tiene definidas en forma clara, asume y resuelve las responsabilidades asignadas por el sistema de salud a su nivel de atención y es capaz de referir adecuadamente aquellas para las cuales no tiene capacidad. **COMPLEMENTACION**

Dos tipos

- Interno al servicio
 - Con flujos claros para evitar demoras
- Externo y según nivel de atención
 - Fortaleciendo atención primaria
 - Integrando a otros servicios existentes
 - En tercer nivel debería proveer la mayor cantidad de intervenciones en el mismo lugar

En VIH

- El abordaje tradicional ha dejado un modelo y capacidad instalada que podría adaptarse y replicarse para otras enfermedades crónicas
- La integración es necesaria para garantizar la sostenibilidad

Errores cometidos

- Asumir que "integración" no es lo mismo que "atención integral"
- Varios modelos de "atención integral" no basados en costo beneficio
- Desconcentración toda la atención en lugares de baja prevalencia o falta de capacitación antes de descentralizar (México)
- Concentración sin mecanismos de referencia y contrarreferencia
- Sobrecarga de RRHH de atención primaria

Necesidad de definir los paquetes de atención por nivel

Primer nivel

- Centros sin medico (aldeas, etc)
 - Trabajo comunitario
 - Promoción y prevención
 - Sospecha diagnostica
 - Pruebas rápidas
 - Consejería

- Confidencialidad
- Hacer seguimiento de paciente en tratamiento
- Debería haber territorialidad
- Captación y testeo de embarazo
- Tratamiento TB
 - Centro con medico
 - Supervisar seguimiento
 - Descongestionar, entrega de medicación?, etc.

Segundo nivel

- Laboratorio y CD4 local, referencia de CV
- Primera línea
- Atención ambulatoria infecciones oportunistas
- Entrega de medicación
- Manejo EA leves-moderados
- Referir otras situaciones
- PTMI, cesárea, diagnostico de niños VIH
- Supervisión de TB-VIH

Tercer nivel

- Resistencia
- Internaciones
- Complicaciones
- Pruebas especiales o costosas
- Situaciones complejas
- Supervisión de diagnostico y seguimiento de niño

Cuarto Nivel

- Compras centralizadas
- Monitoreo de actividades
- Mejoramiento de la calidad
- Evitar superposición y duplicación
- Integrar la compra y distribución de suministros en toda la red de atención

TB Y VIH

- Tradicional primer nivel
- Problemas de fármacos incompatibles

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Cuando esta ubicado en el mismo centro se integra
- Si no esta ubicado el paciente seguirá en VIH y se controlara en el de TB

PTMI

- Asegurar que llegue a diagnosticarse, referirse para VIH y tratarse para sífilis en forma inmediata
- Asegurar la llegada de las referidas
- Seguimiento
- Seguimiento del niño

Problemas

- Establecer los roles de los niveles
 - Mas de 3 niveles
 - Dificultad del flujo del segundo nivel
 - Atención ambulatoria especializada
 - Otros sistemas (privados, unidades móviles, clínicas empresariales)
- Los sistemas están fragmentados (privados, Seg Social) y no siempre siguen las normas
- No se evalua que la norma se cumpla y no hay sancion para los que no aplican

Problemas II

- Los circuitos de comunicación e información no son claros
- Capacidad o recursos no siempre adecuados para buena atención
- Uso del tercer nivel para patologías leves
- Falta de capacitación de RRHH
- Actitud discriminatoria del personal y usuarios
- Imposibilidad de mantener la logística
- Impacto de reformas de salud
- Falta de comunicación en segundo nivel
- La referencia no absorbida
- Los pacientes evitan el primer nivel

Problemas III

- Persiste la cultura de sectorizar atención o la necesidad debido a falta de recursos
- A veces las normas establecen que debe haber recursos que no favorecen la integración.
- Excepcionalidad del VIH en la atención, reconocimiento de derechos sin tener claro los deberes

Otras características para asegurar la integración

- Equidad e inclusión
- Asegurar acceso de poblaciones vulnerables a servicios regulares evitando segregación
- Involucrar otro personal sanitario formal e informar
- Involucramiento de la comunidad y PVVS
- Mirada multisectorial no limitada a salud
- Enfoque de salud en ciclos de vida.

Grupo III

Participantes:

Osmar Sued y Maria Dolores Pérez (Facilitadores)

Jorge Saavedra

Ryan Phelps

Guillermo Galván

Rolando Pinel

Carlos Mejía

Alma Yanira Quezada

Heidi Mihm

Daneydi Rodríguez

Elizabeth Rodríguez

Manuel Córdoba

Héctor Galindo Castellanos

Mónica Thorman

Rosa González

Pedro Escobar

Carlos Rodríguez

Víctor R. Sánchez Q.

Pilar Lagos

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Arelis Batista Concepción
Luís Morales
Nuria Canizalez
Eddy Pérez Then
Esteba Vega
Blanca Samayoa
Luís Castañeda
Aurelina Castro Jerez
Elsa Palau
Sarah Menéndez
Felipa García
Ana Navarro
Mirna Pérez
Sonia Díaz

Día 3: Armonización y Eficiencia. (5 de mayo del 2010).-

Dr. César Castellanos:

Objetivo: Recordar a los/as participantes las discusiones del día anterior y dar una reseña del tercer día.

Inició el día con una retroalimentación del día anterior y dio una reseña del tercer día. De inmediato procedió a dar lectura a la agenda de trabajo del día.

Ponencia: Adquisición y Logística de la Cadena de Suministro/Alberto Ñecco/Gerente Regional-Latino América, Iniciativa Clinton para el Acceso a la Salud.

Economista, titulado de la Universidad de Lima, Perú y cuenta con un postgrado MBA de la Escuela Internacional de Negocios INSEAD (Francia-Singapur), asociado en la sede principal en Londres 2008-2009, Gerente Regional para Latinoamérica de la Iniciativa para Acceso a la Salud de la Fundación Clinton.

Objetivo: Proporcionar orientación sobre pronósticos, cuantificación entrega, ordenes/pedidos, y almacén y logística de distribución. Discutir estrategias para utilizar el Fondo Estratégico, mecanismos, retos, eficiencias potenciales y reducción de costo relacionados a la armonización regional de la logística de suministro y adquisición.

La prestación se relaciona con un informe que hemos ido desarrollando para el CHAI de la cadena de suministro de ARV, la presentación la dividiré en tres partes: la primera trabajo de CHAI en la región (aspectos básicos), la segunda cuales cosas hemos hecho y la tercera cuales cuellos de botella hemos encontrado en la cadena de suministro.

(Ver presentación anexa).

Ponencia: Adquisición y Logística de la Cadena de Suministro/Srta. Heidi Mihn/Coordinadora Regional de Centro América para el Plan de Emergencia Presidencial para Aliviar el SIDA (PEPFAR)

Desde las universidades de Stanford y Harvard, recibió su bachillerato en Biología Humana de la Universidad de Stanford y su Maestría en Ciencias en Estudios del Desarrollo de la Escuela de Economía de Londres, con el enfoque en política de salud y género. Coordinadora Regional de Centro América para el Plan de Emergencia Presidencial para Aliviar el SIDA (PEPFAR), trabajando con los Centros de Control de las Enfermedades (CDC) de los EE.UU., la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (USAID), el departamento de Defensa y el Cuerpo de Paz en esfuerzo coordinado con el gobierno de EE.UU. a combatir el VIH/SIDA en siete países.

Objetivo: Proporcionar orientación sobre pronósticos, cuantificación entrega, ordenes/pedidos, y almacén y logística de distribución. Discutir estrategias para utilizar el Fondo Estratégico, mecanismos, retos, eficiencias potenciales y reducción de costo relacionados a la armonización regional de la logística de suministro y adquisición.

Quiero inicialmente explicar lo que es PEPFAR, el cual es una iniciativa del gobierno de los EE.UU., el cual se denomina programa presidencial de emergencia de asistencia para el SIDA, me emociona mucho este tema de experiencias con cadenas de suministros, las que presentare con experiencias aprendidas específicamente en Guyana/África. La cadena de suministro es un ciclo de cadena circular en el que el ámbito político y la voluntad política para hacer cambios es clave.

(Ver presentación anexa).

Ponencia: Adquisición y Logística de la Cadena de Suministro/Dra. Dalia Castillo/República Dominicana

Consultora, Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Organización Panamericana de la Salud, República Dominicana.

Objetivo: Proporcionar orientación sobre pronósticos, cuantificación entrega, ordenes/pedidos, y almacén y logística de distribución. Discutir

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 65 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

estrategias para utilizar el Fondo Estratégico, mecanismos, retos, eficiencias potenciales y reducción de costo relacionados a la armonización regional de la logística de suministro y adquisición.

Vengo a presentar el fondo Estratégico de OPS, el cual concibe operación para gestión de medicamentos y reactivos para VIH/SIDA. El Fondo Estratégico es un mecanismo de suministro estratégicos en Salud Pública para los países, brindamos asistencia técnica en gestión y abastecimiento, también realizamos servicios de compras puntuales, dentro de estos dos grandes marcos generales tenemos cuatro objetivos: 1. mejorar acceso y disponibilidad, 2. mejorar la calidad nacional, 3. promover principios y conceptos de calidad, fortaleciendo los sistemas de monitoreo y evaluación y promover los programas de salud prioritarios.

(Ver presentación anexa).

Preguntas:

Mónica Thorman:

Felicito la presentación de todos, dos de las combinaciones que se utilizan en los esquemas de primera línea, en el país, tienen buen almacenamiento, en mi hospital en la mañana tiene una unidad, de mi hospital tuvimos que llevar a las unidades que trabajamos en la tarde son mas de 3,500 quinientos pacientes, faltaron por un mes dos de los esquemas de primera línea, abrimos frascos y repartimos las pastillas de los frascos para diez días de tratamiento.

Tenemos la cuenta de capitalización en nuestro país y que paso en este momento con esta cuenta, con el terremoto de Haití el 40% se fue, pregunté si ha llegado algún nacional haitiano a atenderse a nuestro país, me respondieron que no, entonces pregunto donde se fue esa reserva nacional?

Sonia Díaz Núñez/Honduras

Dos preguntas para Alberto; cuando habla de medidas paliativas para bregar con entrega a destiempo, que medidas paliativas utilizan. Otra pregunta es con herramienta Clinton esta va ligada con pacientes en nuestro países es un problema, como hacen para bregar con información a destiempo?

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 66 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Carlos Mejía Guatemala:

Misma línea de Mónica, pasamos problemas iguales, cuales en la capacidad de medicamentos, el sistema de almacenamiento es limitado, el problema de la distribución nos ponemos en problemas para entregar medicamento por una semana es un costo alto, que plan emergente debe tener cada país cuando la cadena de compra internacional falla?, tenemos que promover los medicamentos a nivel local, no podemos depender de la cadena internacional siempre tiene problema, OPS hace largos los procesos, una compra de noviembre entra en el segundo semestre del año siguiente, hay problema de comunicación entre ministerios y OPS,, no es lo mismo tener necesidades en el campo y cuando en oficina se van dando largas, tenemos que enfocarnos en burocracia y medicamentos.

Carlos Rodríguez:

Felicita a expositores, pero no veo la pérdida, fuga y desvío de medicamentos, donde están los mayores escape pérdida de medicamentos, donde están?

Omar/OPS:

Remarcar importancia en cadena de suministro, la gente que trata y maneja protocolo de atención. Es muy frecuente no poder disponer de cuantos pacientes están inscritos en los diferentes regimenes o esquemas, sin embargo las farmacias si llevan un control de cuantos AZT se usó, no disponen a fin de mes que pacientes no retiraran sus medicamentos a tiempo, pregunta, si hay experiencia exitosa en desconcentración de farmacias?

Raizes/CDC

Gracias por las presentaciones, comenta creo una de las cosas que se podría considerar para recoger información es crear indicadores y veo si las guías son seguidas o no, porque algo que podría ocurrir es que las guías no sean seguidas, una manera de medir es medir los datos de consumo para asegurar que las guías sean seguidas.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 67 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Respuesta Alberto Ñecco/ Iniciativa Clinton para el Acceso a la Salud

En término de medidas paliativas desarrollamos relaciones con vendedores genéricos y estas relaciones nos permiten indagar o presionar para que los tiempos se puedan acortar para optimizar los planes de ruta y evitar retrasos.

Las estimaciones se hacen en el campo, para determinar los números de pacientes con los diferentes esquemas de tratamiento, usamos médicos farmacéuticos, etc., esta ha sido la experiencia de la herramienta Clinton, la metodología que desarrolla es un sistema que obliga a este tipo de información, el mismo es adaptable según las necesidades del país, si un país necesita información que no tenemos se puede agregar.

En términos de fuga de medicamentos, en realidad uno de los grandes objetivos es de implementar seguimiento de almacenes a nivel central, es precisamente la disposición de inventario viene a nivel de las clínicas, a veces falta de diligencia en hacer las cuantificaciones de inventario en cada una de las clínicas, hacer monitoreo para evitar las fugas.

Comentar al CDC, es importante hacer seguimiento al consumo para ver el cumplimiento de las guías, nuestros proyectos en cambio las que van dirigidas por toxicidad se hacen en base a las guías.

Respuestas Heidi Mihn/PEPFAR

El problema capacidad de almacenamiento en común en casi todos los países, cuando hablaba de centros regionales de distribución, no siempre se tenía espacios para eso, la idea es vez de ampliar almacenes, coger puntos estratégicos, desde el punto de vista logística. La idea es tratar de buscar una solución que sea punto estratégico, se puede ir pulsando poco a poco, la distribución es una estrategia y problema de capacidad.

Acercas de la elaboración local, por un lado buena idea, con PEPFA en 15 países, cada país que visité tenía un plan elaborado, solo Uganda hicieron enlace con SIPA, este plan no ha producido ningún ARV. La elaboración local se esta haciendo en algunas compañías locales.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 68 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

En Guyana con el manejo de almacenes electrónicos se logró detectar quien estaba robando, desde el almacén central con este sistema, se sabía donde entraban y despidieron un montón de gente, tenemos experiencia en otros almacenes, cuando es transparente es difícil de engañar y se pueden identificar al menos este tipo de fuga..

Para la unificación de almacenes, la información es un desafío desde el punto de vista logístico, se necesita un consumo, en algunos lugares se logra tenerlo junto es importante tenerlo a parte en otros lugares, esto es un equilibrio, se puede ir viendo el consumo, eso es importante, cada país debe ver sus necesidades, hay ejemplo en África con antirretrovirales a nivel primaria, no es algo espacial.

Dalia Castillo/OPS República Dominicana

El problema ha sido de gestión de medicamentos para reponer los inventarios que se han hecho, los países deben tener una respuesta nacional para compra que no dependan solo de mecanismos internacionales, en OPS damos asistencia a los países que así lo requieren en este sentido, sin embargo es una decisión de país. No es un tema de financiamiento es de gestión.

Estoy de acuerdo con Carlos lo que se hace es correr, los países deben tener una respuesta nacional para el tema de abastecimiento, desde OPS es un mecanismo de compra que utiliza oferta internacional, pero no deja de apoyar a los países, todavía tenemos productos protegidos por patente.

Los otros problemas es un problema de gestión, para comentar hay experiencias exitosas de distribución o entrega, solo habría que ser muy enfático en la especialización de los recursos humanos, para el caso de antirretrovirales es diferente y tenemos un desafío mayor, debemos hacer un poco de abogacía para que los medicamentos se especialicen. Tenemos una maraña y es mucha la complejidad del proceso de gestión, son pocos los especialistas en gestión de medicamentos, tenemos gente con nombramientos de tarjetista, que apenas saben leer y escribir, gente que son contables y compran medicamentos, creo debemos profesionalizar los servicios farmacéuticos.

Ponencia: Costo y Planificación de Recursos para Programas de TAR/Srta. Lucía Merino

Maestría en Salud Pública y Epidemiología Demográfica, Ingeniera Industrial, Gerencia y Política de Salud, Estadísticas y Ciencias, Jefe de Partido para el Programa de USAID para el Fortalecimiento de la Respuesta al VIH en Centro América (USAID-PASCA).

Objetivo: Brindar una visión general de los esfuerzos para mejorar la efectividad de costo y eficiencias en la región.

Buenos días a todos y todas, agradezco a los organizadores por la oportunidad que brindan al proyecto PASCA de USAID de estar aquí presente, el marco de trabajo de nuestro proyecto se inscribe en las siguientes líneas: políticas públicas, políticas operativas en VIH, políticas regulatorias, monitoreo y evaluación, en este sentido se apoya a la región y países para que usen la información y la colecten cada vez de forma mas eficiente, adicionalmente agenciamos diálogos políticos y participación multisectorial en las respuestas (gobiernos, ONG, PVVS, redes de derechos humanos y otros).

(Ver presentación anexa)

Preguntas:

Osmar:

Mi pregunta es como un país define en base a su prevalencia, cual es el porcentaje de gente que tiene que testear a su población no identificada todavía, cuantos tengo que testear, tengo que tener impacto, antirretrovirales, seguimiento?

Otra pregunta: por que en esta proyección los gastos en prevención es más alto que los de atención, cuales son las actividades que generan tantos gastos?

Rolando Pinel/Honduras:

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Felicitaciones por las excelentes presentaciones, de mucha utilidad, cuando se hacen estas estimaciones los países trabajan el modelo ideal y realmente lo que pueden hacer, tales como proyección real, me queda duda, que sería lo ideal, las poblaciones prioritarias y de mayor vulnerabilidad, por que aparece tanto costo de prevención en esta grafica?

Respuesta:

Bueno creo dos aspectos son importantes de destacar, lo real nos puede llevar siempre a la barrera de los recursos disponibles que nos mueven, porque en la tradición de planificación en nuestros países, de techo presupuestario y asignaciones, los recortes históricos, continuar con este escenario no nos ayuda a lograr los objetivos con que se comprometen los países y regiones, veo ese instrumento como abogacía para mostrar cuantos recursos se necesitan para aumentar la respuesta para lograr el acceso universal, el modelo parte de la situación real que el modelo del año base, se toman estudios de proyección de gastos en SIDA, se proyectan a un objetivo de llegar acceso universal.

Cuando se podría testear o cobertura este modelo es resultado del esfuerzo de muchas entidades y de científicos que empezaron a cuestionarse de manera apropiada en países donde la epidemia esta generalizadas como en África, intervención USAID, ONUSIDA, Universidades de Sudáfrica, se han tenido intervenciones de diferentes grupos de especialistas para el desarrollo del modelo epidemiológico, en el modelo demográfico contiene una serie de supuestos, tengo el modelo que me gustaría mostrarles, se incorporan en algunos casos recomendaciones específicas que porcentajes se deben alcanzar en cuanto a cobertura, que son recomendables para tener respuesta apropiada, se basa en estándares internacionales,.

(Volvió a su presentación para mostrar y explicar el modelo que se presenta allí).

TRABAJOS DE GRUPO:

Tercer día: Grupos por Países

GUATEMALA

Dr. Carlos Mejía

Dra. Blanca Samayoa

MSPAS Lic. Luis Morales

MSPAS Licda. Nancy Urbizo

OPS Licda. Karelía Ramos

Como podemos vencer las barreras para el acceso a pruebas de VIH y tratamiento:

- Asignación presupuestaria acorde al presupuesto real presentado por Programa Nacional de Control de ITS, VIH-Sida.
- Validar modelos para ofertar la prueba
- Modificar la ley para que el consentimiento informado sea oral y no escrito
- Validar las pruebas de VIH disponibles en Guatemala y registrar
- Mejorar y capacitar la gestión y logística

TRATAMIENTO

- No influyan mecanismo político en la compra de los medicamentos
- Se eliminen barreras burocráticas del Ministerio con Instituciones Internacionales
- Se realicen las compras a nivel Internacional para bajar costos
- Actualización de los protocolos para asegurar la compra de los medicamentos que se necesitan
- Mejorar la cadena de suministro

Integración de los servicios de VIH

- Aunque Guatemala ya tiene sistemas es necesario validarlos y sistematizarlos.
- Los modelos han funcionado de manera celular por lo que es necesario integrarlo

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- La integración de la atención integral en coordinación con el sistema de salud.
- Tener un mecanismo centralizado de compra para tener acceso a precios mas competitivos.
- El recurso humano debe de ser parte del Ministerio de Salud para evitar la rotación

Como se haría para mejorar su cadena de distribución y como haría para superarla

- Tener una buena comunicación entre proveedor y usuario
- No se tiene la disponibilidad de medicamentos de acuerdo a sus consumos por lo que estrategia verificar que los formatos establecidos sean enviados al Programa para que sea analizado el consumo real y así realizar una buena programación de compra
- Capacitación al personal de farmacias para el llenado correcto de los informes de consumos
- Monitoreo y evaluación
- Realizar la compra en base a consumos
- Realizar la compra cada 6 meses
- Se cumpla el protocolo establecido

Monitoreo y Evaluación

- Unificar información para determinar a los indicadores
- Realizar instrumentos para reportar los indicadores que necesitamos
- Realizar metas a nivel de país
- Estrategias establecidas para llegar a las metas
- Retroalimentación de informes entregados

Necesidades en asistencia técnica

- Establecer el impacto de la alta rotación del personal
- Cuantificar y caracterizar las muertes y sobrevivencia
- Referencia y contrareferencia

Una lista de necesidades técnicas y entrenamiento

- Estimaciones y sistema de logística
- Capacitaciones de preparaciones de planes estratégicos
- Preparación de propuestas de país
- Fortalecimiento del sistema de salud con los 6 componentes

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 73 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- fortalecimiento de laboratorio
- sistema de información
- sistema de logística
- formación y capacitación de recurso humano
- calidad de servicio
- monitoreo y evaluación
- La calidad de costo/beneficio en salud

NICARAGUA

PUNTOS CLAVES Y LOS PLANES DE ACCIÓN PARA DESARROLLAR EN NICARAGUA

Integrantes:

Dr. Reynaldo Aguilar
 Dra. Nancy Gonzalez
 Dr. Mario García
 Dr. Manuel Córdoba
 Dra. Sumaya Moreira

¿Cuales son las alternativas de solución a las principales barreras para el muestreo y tratamiento de las PVS en Nicaragua?

Muestreo:

- 1._Continuar el proceso de reforma de la ley 238: Promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas ante el VIH.**
- 2.- Ampliar la disponibilidad de las pruebas a otros grupos de población de mayor riesgo (PTMI y otros).**
- 3.-Aumentar la capacitación técnica y de consejería a recursos humanos en la realización de la prueba.**
- 4.-Promoción y divulgación de la disponibilidad de los servicios de muestreo para VIH.**

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 74 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

¿Cuales son las alternativas de solución a las principales barreras para el muestreo y tratamiento de las PVS en Nicaragua?

ARV:

1._Mejorar el financiamiento para la adquisición de ARV con diferentes fuentes.

2.- Fortalecimiento de la cadena de suministro.

3.- Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención a PVS.

4.-Fortalecer el proceso de desconcentración de la atención y de grupos integrales efectivos.

Puede Nicaragua utilizar alguno de los modelos discutidos sobre integración de la atención en VIH?

- Son componentes del modelo de salud familiar y comunitaria existente en el país. (En los servicios de atención primaria y centros de referencia están inmersos la atención al programa de TB, ITS, salud sexual y reproductiva)**
- Nicaragua no tiene centros de UDE. (Debilidad en nuestro sistema).**

¿Cuales son los retos y las alternativas de solución en la cadena de suministro?

Fortalecer:

- 1.- los procesos de programación**
- 2.- los sistemas de información**
- 3.- almacenamiento**
- 4.- monitoreo y evaluación**

¿Cuales son las necesidades para mejorar el monitoreo y evaluación de la calidad?

- Personal capacitado en monitoreo y evaluación de la calidad.**
- Desarrollar capacidades de sistematización de la información. (tecnología).**

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 75 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Fuentes de financiamiento.

¿Cuales son las interrogantes más importantes en la investigación operativa para Nicaragua?

- No hay experiencia en el país en investigación operativa.

Lista de necesidades para la asistencia técnica y capacitación a los programas de atención de PVS de Nicaragua

- Asistencia técnica y financiamiento en la cadena de suministro.
- Fortalecer las competencias de los recursos humanos.
- Asistencia para fortalecer el sistema de información en general.



Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 76 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Participantes:

Moderadora: Aracelis Barrios, DICECESS

Ana Gloria Blas, DICECESS

María Amador, COPRESIDA

Aurora Castro, FAD

Virginia Salsedo, DoD

Jezebel Escobar, UNICOR

Oliver Morgan, CDC

Carlos Rodríguez, ARI

Mónica Thomas, ARI

José Román, AID

Fabís Alberto Rodríguez, COPRESIDA

Sobrepasar las barreras:

- *Campañas para la Reducción del estigma en torno a la prueba y la condición de salud VIH y/o SIDA.*
- *Asignación en el presupuesto nacional para la compra y el acceso universal de las pruebas y TARV.*

Pruebas:

Diagnóstico situacional confiable y basada en evidencia de la epidemia en país.

Aumentar los puestos de pruebas voluntarias.

Ofertar las pruebas a partir del 1er nivel de atención, delimitando las funciones en este nivel para la provisión y realización de las pruebas. (*revisar normativa nacional*).

Promoción y educación en consejería y realización universal de las pruebas

Fortalecimiento de los Mecanismos de Aseguramiento Calidad de las pruebas.

Evaluar situación con el Colegio de Bioanalistas.

Tratamiento:

- Diagnóstico temprano y acceso.
- Promoción de los servicios.
- Garantizar la disponibilidad y NO desabastecimiento en los Servicios de Atención Integral.
- Finalización de la revisión del protocolo nacional de tratamiento (controversia sobre inicio del tratamiento).

- Vigilancia Calidad de los servicios:

Débiles sistemas de referencia y contrarreferencia, perdida de oportunidades.

Subnotificación, no llega por el sistema de vigilancia.

No hay Búsqueda activa de los casos VIH positivos.

Debilidades en el sistema de información.

Alta rotación del personal.

Cambio de actitud de parte del personal.

Personal de salud competente en todo lo relacionado a la atención de personas con VIH, enfoque por competencias.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 78 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Integración de la sociedad civil para discusión de nuevas propuestas de Tratamiento
- - Sistema de Vigilancia y notificación

Integración de los Servicios

- Enlace entre los bancos de sangre y los SAI's para la captación de los pacientes a través de estos.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.
- Levantamiento de la capacidad resolutive del personal de las unidades de atención primaria, para la dispensación del TARV y profilaxis para IO's a través de estas.
- ***Integración con los programas: transmisión vertical, tuberculosis, ITS, planificación familiar, materno-infantil y servicios pediátricos.***
 - Integración de los servicios comunitarios y los servicios de salud.
 - Sensibilización del personal de salud.

Desafíos y como superarlos en la cadena de Suministros y Medicamentos

- Creación de un Equipo interinstitucional para la elaboración de las proyecciones y estimaciones de los recursos e insumos necesarios en cada país.
- Desarrollo de las competencias locales para seguimiento y vigilancia de la cadena de suministros.
- ***Fortalecimiento del sistema logístico para el aseguramiento de disponibilidad de los suministros e insumos.***

Monitoreo & Evaluación

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 79 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Armonización de los indicadores.
- Aseguramiento de la calidad de los datos.
- Análisis de los datos para la toma de decisiones.
- Sistema único de M & E de VIH.
- Desarrollo de capacidades a todos los niveles de los RRHH para el reporte de los datos y levantamiento de las variables.
- Unificación de los sistemas y mecanismos de información en los diferentes establecimientos de salud (SAI´s)

Investigaciones Operativas Importantes para el País

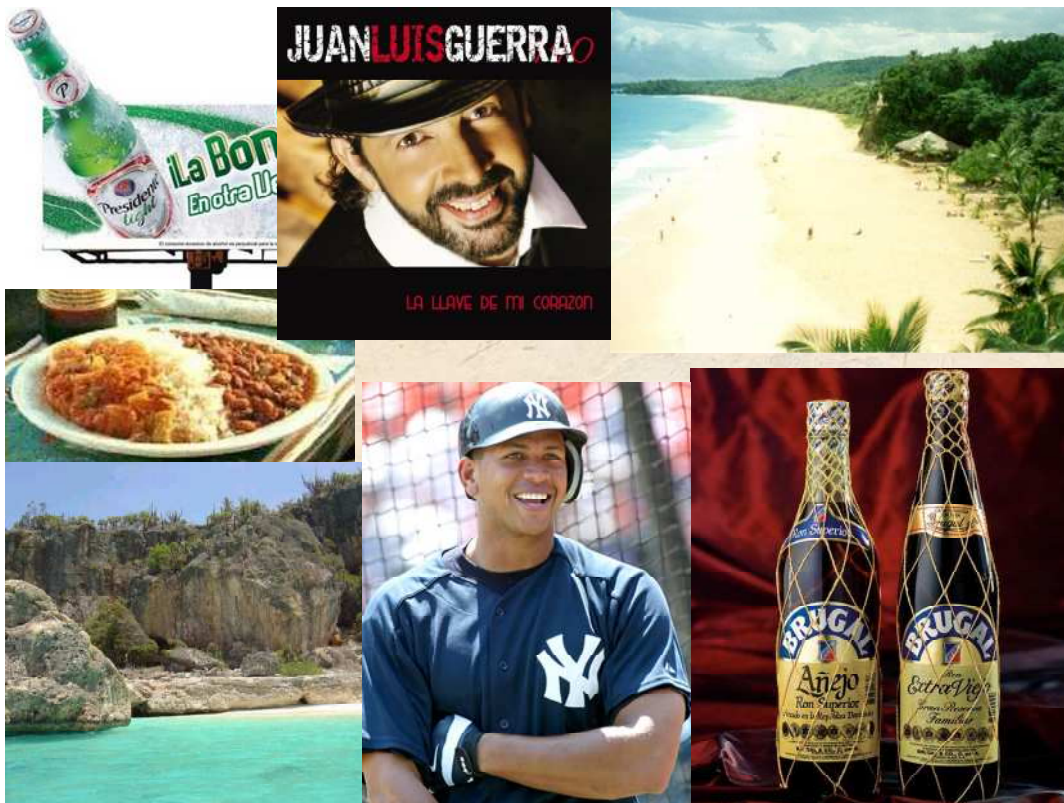
- ***Inventario de los Servicios recibidos por los PVVIH a través del PNAI:***
 - Cuantificación de los servicios que reciben las PVVIH
 - Población total alcanzada vs servicios ofertados.
 - Vinculación con otros proyectos:
 - Alimentación.
 - Apoyo para transporte.
- ***Evaluación de calidad de los Servicios.***
- ***Prestación de servicios a pacientes que están en el Régimen de SS y NO pagados a través del seguro, sino a través del programa.***

Lista de necesidades de entrenamiento y asistencia técnica para el programa.

- M & E.
- Vigilancia Epidemiológica.
- Desarrollo de estudios de investigación.
- Gestión y Cadena de Suministros.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

- Capacitación en manejo de ARV.
- Desarrollo de capacidades en Laboratorio.
- AT para el Fortalecimiento institucional: fortalecimiento del Sistema de Salud - Proceso de Reforma.



Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo



Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 82 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo



**Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 83
2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo**

COSTA RICA

Cómo podemos vencer las barreras para el acceso a pruebas de VIH y tratamiento?

- Introducción e implementación de las pruebas rápidas.
- Énfasis en regiones alejadas, embarazadas, accidentes ocupacionales.
- Hacer campañas abiertas de pruebas a nivel periférico como una política comandada por el MS.
- Solucionar obstáculo para pruebas en cuanto aseguramiento
- Que los establecimientos de salud hagan la prueba aún a personas no aseguradas, inmigrantes y otros.
- . Promover en los Trabajadores de la Salud el ofrecimiento de la prueba independientemente del motivo de consulta.
- 5. Adoptar el esquema diagnóstico promovido por la OPS: dos pruebas rápidas.

Tratamiento

- Establecer un mecanismo para cubrir en cuanto a TAR a la población no asegurada.
- Mejorar mecanismos para garantizar la continuidad en el aseguramiento.
- Crear mecanismos adecuados de comunicación entre los diferentes niveles de atención: disminuir trámite administrativo, tiempo de respuesta.
- Diseñar proyectos adecuados para garantizar abastecimiento continuo, preparación y sensibilización de personal.
- . La Sociedad Civil debe integrarse a la lucha por bajar los precios de los medicamentos de 3ra línea.
- La Sociedad Civil debe comprometerse con educar en la necesidad de adherencia estricta y promover la prevención secundaria.

Integración de los servicios de VIH

1. Organizar el programa nacional, integrando las diferentes instancias y estableciendo responsabilidades concretas.
2. Promover la integración del primer y segundo nivel de atención en:
 - a. Prevención primaria
 - b. Prevención secundaria
 - c. Manejo de adherencia
 - d. Mejor integración redes farmacia
 - e. Mejor integración redes de laboratorio

Los desafíos en cadena abastecimiento y proveduría

1. Falta coordinación en el manejo de información en cuanto a existencias reales, necesidades, despacho de ARV, etc.
2. Reforzar toda la cadena de abastecimiento, sensibilizar a todo el personal encargado, organizar el sistema.
3. Sistematizar las acciones en caso de déficits y tener alternativas de respuesta urgente.
4. Ser integrados regionalmente a costos y sistemas operantes en los otros países.

Necesidades en MyE y mejoras de calidad

1. Hacer un diagnóstico de la situación actual del "programa" de VIH, establecer metas concretas.
2. Iniciar los procesos adecuados de monitoreo y evaluación.
3. Establecer evaluaciones de calidad y procesos de mejora del desempeño.

PANAMA

Participantes:

Dr. Alfredo Cantón (CSS)

Mgter. Carlos Solórzano (PNIVS)

Mgter. Román Añino (MINSAs)

Cómo podemos superar las barreras y en los pacientes

Pruebas HIV

- Falta de presupuesto (MINSAs).
- Escaso monitoreo en la necesidad del insumo en las instalaciones (MINSAs).
- No hay cobertura a toda la población de las P. rápida.
- Falta de educación a la población.

Tratamiento

- Actualización y Cumplimiento de las Guías.
- Cambio de los esquemas de tratamiento no comunicado oportunamente al Programa (MINSAs).
- Falta de calificación a los proveedores en el cumplimiento de entrega de los medicamentos en la CSS-MINSAs.

Falta de adherencia.

La integración hacia los servicios

INTERNA:

- Activar o Fortalecer al Equipo multidisciplinario.
- Existen obstáculos administrativos-profesionales para brindar los servicios en permitir que los pacientes HIV que reciban atención no segregada del resto de los pacientes.

EXTERNA (CSS-MINSA):

- Debe normarse la unificación de los criterios en el manejo de los pacientes.
- Realizar esfuerzos de la Compra Conjunta de Medicamentos e Insumos entre ambas instituciones.

Cuáles son los retos en la cadena de suministro, adquisición?

- Comunicación de las necesidades
- Mejorar el proceso de gestión del medicamento e insumos.

Cómo podemos superarlo?

- Agilización de los procesos de compras
- Sistema Informático nacional, regional y local de las existencias de los medicamentos e insumos.
- Sistema de trazabilidad o Código de barra.
- Capacitación del personal involucrado.

Cuáles son sus necesidades:

MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Computadoras
- Acceso a internet
- Recurso humano que alimente la información

MEJORAMIENTO DE CALIDAD

- Falta de personal técnico
- Auditoria

Cuáles son las preguntas operativas que son más importantes para responder a las necesidades?

- Se basa el seguimiento en la condición clínica del paciente y no en los resultados de los laboratorios (MINSA).

- No hay descentralización de la CSS hasta que se garantice al interior por falta de la logística para el envío de muestras.

NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

- Actualización en la aplicación de las normas de atención integral.
- Retroalimentarnos de las experiencias de Centroamérica y República Dominicana.
- Se fomente el apoyo para la realización de investigaciones de campo.

ASISTENCIA TÉCNICA

- Apoyo en sistema de monitoreo y evaluación
- Formación de personal de captación de información

EL SALVADOR

BARRERA PARA EL DIAGNOSTICO

POBLACION	BARRERA
MUJER EMBARAZADA	<p>NO EXISTE ESTRATEGIA PARA MUJERES EMBARAZADAS REALICE INSCRIPCION PRENATAL EN FORMA OPORTUNA (38% de la población)</p> <p>NO ESTRATEGIA QUE MEJORE EL ACCESO A MUJER EMBAZADA (42% de centros con prueba rápida)</p> <p>NO MECANISMO DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS EN CUANTO TOMA DE LA PRUEBA</p>
ADOLESCENTES	<p>MARCO LEGAL LIMITA LA TOMA VOLUNTARIA DE LA PRUEBA</p> <p>NO HAY ESTRATEGIA ESTÁNDAR PARA LA POBLACION NO</p>

	ESCOLARIZADA (población 40%)
HSH, POBLACION TRANS Y MOVIL	NO HAY ESTRATEGIA PARA EL ACCESO CONTINUO Y EFICAZ A LA POBLACION CARECE DE DEFINICION SOCIOLOGICA Y COMPARTEMENTAL EN POBLACION HSH
FORMULARIO FVIH1	INSTRUMENTO CON INFORMACION NO DISPONIBLE DIFICULTANDO EL LLENADO SOBRECARGO DE FUNCIONES LO QUE DIFICULTA EL LLENADO DEL FORMULARIO POR EL RECURSO
TODAS LAS POBLACION	FALTA DE PERSONAL ENTRENADO PARA BRINDAR CONSEJERIA PRE Y POST EN ALGUNOS ESTABLECIMIENTOS NO HAY ESTRATEGIA PARA DIMINUIR LA PERDIDA DE OPORTUNIDADES PARA LA TOMA DE LA PRUEBA EN LOS CENTROS DE ATENCION

• **BARRERA ACCESO AL TRATAMIENTO**

POBLACION	BARRERA
TODA POBLACION (ENFASIS EN POBALCION TRANS Y HOMBRES GAYO	CONTINUAN ESTIGMA Y DISCRIMINACION DIAGNOSTICO TARDIO CARENCIA DE INVENTARIOS EN TIEMPO REAL FALTA DE HOMOLOGACION REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS

Los servicios de integración VIH

No se identifico en esta actividad un modelo específico a implantar, pero se han analizado algunas propuestas futuras implantadas como modelo de integración a fin de hacerlo sostenible

Adquisición de medicamentos

Carencia de inventarios en tiempo real a nivel local, debido a no hay información confiable y oportuna en relación al número de pacientes, esquemas, etc., también se continúan estimaciones en base a proyección de estimaciones,

Monitoreo e evaluación

A nivel existe debilidad en este punto, aunque existe la información aplicada en un modelo incipiente, que no está sociabilizado, para su integración con los actores involucrados y logre ser sistemático, oportuno y confiable para la toma de decisiones en todos los componentes y los diferentes niveles involucrados en el proceso

Investigaciones operacionales

Pobre desarrollo en este rubro a nivel país, el cual debe ser establecido en el proceso país

Necesidad de capacitación

1. En Monitoreo y Evaluación, diferenciándolo de sistemas informáticos
2. Fortalecer la consejería para toma de la prueba
3. Gestión de suministros e insumos
4. Estrategia para el desarrollo del recurso humano, así como motivación para seguimiento de los recursos humanos ya existente
5. Difundir guía "AIPSA" para el país

HONDURAS

Elsa Palou

Sonia Díaz

Rolando Pinel

Rosa González

Karla Zepeda

Héctor Galindo

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

¿Cómo podemos superar las barreras para realización de pruebas y TARV?

Estimaciones oportunas

Descentralización de las pruebas (con compra centralizadas)

Necesidad de insumos y capacitación del personal

Estrategia para disminuir el estigma y discriminación

Estrategia de realización de prueba en grupos en mayor riesgo

Capacitación de RRHH en ARV

Identificación de casos de VIH en nivel primario de atención

¿Puede o debe mobilizarse nuestro país a la utilización de algunos de los modelos discutidos (Integración de servicios)?

Si, ya estamos trabajando en la estrategia de atención considerando de la reforma del sector salud.

¿Cuáles son nuestros retos en GAS?

- RRHH capacitado
- Sistema información electrónico de la red en cuanto abastecimiento y desabastecimiento de medicamentos e insumos y
- Supervisión

¿Cuáles son las necesidades M&E y calidad?

- Asistencia Técnica
- Equipo (software)
- Supervisión
- Fortalecimiento del rol rector de la SS en M&E y control de calidad
- Monitoreo constante en las Unidades de Salud

¿Cuáles son las preguntas de investigación operacional en los programas nacionales?

- Asistencia técnica en proyección de pacientes que requieren TARV en 1, 2 y 3 línea

- Proyección de necesidad de pruebas diagnósticas en poblaciones en mayor riesgo
- Cantidad y tipo de recurso humano necesario para la epidemia a nivel local y nacional.

Necesidades en asistencia técnica en los programas

- Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica
- Herramientas para el costeo y financiación
- Modelaje matemático de GAS
- Asistencia técnica en modelos de atención de prestación de servicios
- Modelos de mejoramiento continuo de la calidad

MUCHAS GRACIAS

Cierre del Evento:

Osmar Sued/OPS:

Inicia el cierre del evento inicia u proceso de revisión de los objetivos del taller como forma de pasar revisita entre lo planteado y lo cumplido, entiende que hemos cumplido los objetivos en su totalidad hemos explorado todos y cada uno de los mismos, hemos hecho revisiones en sentido general, hemos revisado los retos que tenemos de cara al futuro. Discutimos las barreras de acceso y los sistemas de información, hicimos un lindo trabajo de los integración en VIH, también revisamos y armonizamos indicadores monitoreo y evaluación, revisamos lo que es negociación y adquisición.

Los próximos pasos serian, hemos escuchado las situación especifica de capas y hemos identificado algunas formas de analizarlas, estamos comprometidos a darle seguimiento a estas conclusiones.

Gracias a todos los participantes, a nuestras familias que están esperando que llegemos

Elizabeth Rodríguez/Banco Mundial:

Inicia con una dinámica en que divide los participantes en Ángeles y diablos, estos van diciendo lo bueno y lo malo ocurrido durante la actividad (risas).

Depende de nosotros y de nuestros países el cambio, hay que buscarla sostenibilidad es un reto enorme vámonos con los retos

Tom Minior/PEPFAR:

Perdonen mi español, muchas gracias a todos y todas por los últimos tres días a nuestras contraparte presentadora y facilitadoras durante los últimos tres días, en PEPFAR colaboramos mas juntos con los países y sabemos que ustedes hacen un buen trabajos yo creo que fue un éxito y queremos colaborar mas en el futuro, que tengan un viaje seguro y vamos a vernos mas en el futuro.

Consulta Técnica Regional sobre Tratamiento Antirretroviral, del 3 al 5 de mayo del 93 2010, Santo Domingo, República Dominicana, Hotel Meliá Santo Domingo

Luís Feliz Báez/Ministerio de Salud República Dominicana:

Buena tardes nos sentimos horrados con la visita y la presencia de ustedes en la consulta técnica regional, se ha cumplido con lo cometido, son ustedes muy calificados, se produjeron mesas con gran calidad y hoy en las pequeñas mesas hemos observado que Centroamérica y República Dominicana van de la mano en los retos que nos quedan por delante no podemos seguir viendo a República Dominicana fuera de Centro América, somos una isla y no podemos estar separados el globo terráqueo es una gran isla y el VIH viaja por mar, aire y tierra, por eso no podemos estar separados, estas consultas se les darán seguimiento, espero que disfrutaran su estadía a nombre de SESPAS y República Dominicana gracias a ustedes, son los protagonistas de esta película para dar respuesta a este mal que nos agobia a todos el VIH/SIDA hacer mas énfasis en educación, promoción y prevención.

Gracias

Cesar Castellanos:

Agradece a los participantes por el respeto de los tiempos, y su entusiasta participación.

Y agradece al personal que trabajó tras las cortinas, como fueron:

Las traductoras

A las personas del audio

Las relatoras

Al personal del Hotel

A las instituciones que han colaborado para que esto se lleve a cabo

PEPFAR, AIDS STAR, VICTORIA ROSSI, GUSTAVO SANCHEZ, BISOLA OJIKUTU

Gracias por habernos elegidos como anfitriones, esperamos haber estado a la altura de sus expectativas.