

Avanzando hacia el control de la epidemia de vih y sida en Guatemala



Establecimiento de
metas nacionales de acceso
a diagnóstico y tratamiento

AVANZANDO HACIA EL CONTROL DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA EN GUATEMALA

Establecimiento de Metas Nacionales de Acceso a Diagnóstico y Tratamiento.



ONUSIDA



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

**Avanzando hacia el control de la epidemia
de vih y sida en Guatemala**

Establecimiento de Metas Nacionales de Acceso a
Diagnóstico y Tratamiento.

Portada: Carlos Marroquín

Diseño e impresión:



3a. avenida 14-62, zona 1
PBX: (502) 2245-8888
www.serviprensa.com

Diagramación: Nancy Sánchez
Revisión textos: Iris Rueda

Este libro fue impreso en agosto de 2015.
La edición consta de 1,000 ejemplares en papel couche mate 100 gramos.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida
Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y Sida –ONUSIDA–
Organización Panamericana de la Salud / Organización
Mundial de la Salud –OPS/OMS–

Lic. Luis Enrique Monterroso
Ministro de Salud

Dr. Pablo Werner Ramírez
Viceministro Técnico

Dr. Elmer Marcelo Núñez Pérez
Jefe del Departamento de Regulación de los
Programas de Atención a las Personas

Dr. Efraín López Juárez
Coordinador Programa Nacional de Prevención y Control de
ITS/VIH/SIDAMSPAS/PNS

Edición:

Ricardo García Bernal
Efraín López Juárez
Mary Ann Seday
Pedro Avedillo

Guatemala, julio de 2015



Integrantes Grupo de Trabajo Metas Nacionales

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA

Dr. Efraín López Juárez
Lic. Josué Calderón
Licda. Claudia Villatoro
Dr. Fredy Román
Lic. Jorge Arriola

Centro Nacional de Epidemiología –CNE–

Dra. Judith García

Secretaría Ejecutiva CONASIDA

Licda. Iris López
Sra. Indira Franco Chen

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida –ONUSIDA–

Dr. Ricardo García Bernal
Dra. Mary Ann Seday

Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS–

Dr. Pedro Avedillo

Hospital Roosevelt

Dr. Carlos Mejía Villatoro

Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo –HIVOS–

Dra. Patricia Rivera
Licda. Saira Ortega

Aids Health Foundation – AHF–

Lic. Saúl Paau
Licda. Marleny Negreros

Asociación de Salud Integral –ASI–

Dra. Blanca Samayoa
Licda. María Schumann

ITPC/LATCA

Licda. Alma de León

USAID

Dra. Lucrecia Castillo
Lic Giovanni Meléndez

USAID/ INTRAHEALTH CAPACITY

Dr. Roberto León
Dra. Berta Taracena
Dr. Estuardo Díaz

USAID/ PASCA

Dra. Amelia Flores
Licda. Eugenia de León

Organización Panamericana de Mercadeo Social –PASMO–

Lic. Edgar Orantes

Universidad del Valle de Guatemala –UVG–

Dra. Sonia Morales
Lic. César Galindo

Center for Disease Control and Prevention –CDC–

Dra. Rosa Elena Morales
Lic. José Rodas.

| | |
|---|----|
| Declaración de Compromiso | 9 |
| 1. Antecedentes | 11 |
| 2. Objetivos | 15 |
| 2.1. Objetivo General..... | 15 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 15 |
| 3. Metodología | 16 |
| 4. Resultados | 17 |
| 4.1. Acceso a pruebas diagnósticas. Intervenciones enfocadas en acceso a la prueba | 17 |
| 4.2. Estimaciones. Cascada del continuo de atención | 30 |
| 4.3. Adherencia al tratamiento antirretroviral. Situación actual..... | 34 |
| 5. Consenso de metas bianuales a 2016, 2018 y 2020 | 37 |
| 6. Estrategias e intervenciones recomendadas para alcanzar las metas acordadas | 39 |
| 6.1. Recomendaciones para incrementar el acceso a la prueba | 39 |
| 6.2. Recomendaciones para mejorar la información estratégica | 41 |
| 6.3. Recomendaciones para aumentar la adherencia al tratamiento .. | 42 |
| 6.4. Recomendaciones para aumentar la supresión viral..... | 43 |
| 7. Próximos pasos | 47 |
| Abreviaturas | 48 |
| Referencias Bibliográficas | 49 |



Guatemala Avanza Hacia el Control de la Epidemia de vih y sida

Declaración de compromiso

El consenso mundial sobre la respuesta a la epidemia de vih y sida en los próximos años es esperanzador: podemos acabar con la epidemia para el 2030. Mediante un proceso de diálogo global, se diseñó la estrategia de Respuesta Acelerada para alcanzar este propósito y se acordaron unas metas intermedias para el año 2020: que el 90% de las personas que viven con vih conozcan su diagnóstico; que el 90% de las personas que conocen su diagnóstico reciban tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento tengan supresión viral (carga viral indetectable), con lo cual su sistema inmunológico seguirá siendo fuerte y no transmitirán la infección.

Guatemala se ha sumado a este consenso global, desarrollando un proceso de diálogo y análisis ampliamente participativo, durante el cual se definieron los factores que pueden incidir en la viabilidad de alcanzar las metas propuestas y las acciones que las diferentes organizaciones estatales, de la sociedad civil y de la cooperación internacional han ejecutado en años recientes, identificando los principales desafíos existentes y acordando mecanismos de coordinación de esfuerzos y optimización de recursos. En este proceso se concluyó que contamos con las herramientas necesarias para lograr estas metas, como son los programas preventivos enfocados en grupos específicos y el tratamiento temprano e ininterrumpido. Asimismo, se acordaron unas metas intermedias bianuales para avanzar hacia el logro de las metas 90 - 90 - 90 y se identificaron y priorizaron las estrategias y acciones requeridas para avanzar hacia el logro de estas metas.



Es evidente la necesidad de innovación y de coordinación efectiva para lograr las metas propuestas.

Las entidades gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de cooperación internacional que firman esta declaración, se comprometen a trabajar particularmente en el marco de un nuevo Plan Estratégico Nacional enfocado en el incremento progresivo del acceso a las intervenciones preventivas, al diagnóstico y a la atención integral de calidad, y enmarcado en la promoción, respeto y ejercicio pleno de los derechos humanos.

Ciudad de Guatemala, julio 1 de 2015

Dr. Fabio Werner
Viceministro Técnico
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Sra. Valente Julliland
Coordinadora Residentes del SNU

Dr. Ricardo García Bernal
Representante de ONUSIDA

Dra. Guadalupe Verdejo
Representante OMS-OPS

Marco Vinicio Loarca
Director Ejecutivo
Asociación SOMOS

Lidia Alma de León
Representante ITPC. LATCA

Lic. José Ambrosio
Representante de PVV

Patricia Santis
Representante Hospicio San José

Dra. Sonia Morales
Representante UVG

Lic. Giovanni Meléndez
Representante USAID

Lic. Marco Polo Yancor
Representante
CAS (Colectivo Amigos Contra el SIDA)

Lic. Rodrigo Vega
HIVOS

Dra. Sissana Lungo
Representante de PASMO

Hna. Delia Marie Smith
Proyecto Vida

Guadalupe Deras
Mujeres en Superación OMES

Galilea Bracho
Representante REDMUTRANS

Marlene Negret
Gerente y abogada
Prevención AHF

Lic. Victor Hugo Fernández
Fundación Fernando Iturbide

1 Antecedentes

Después de más de tres décadas de esfuerzos para dar una respuesta global, coherente y coordinada a la epidemia del vih y sida, por primera vez existe un consenso global sobre la posibilidad de que esta epidemia deje de ser una amenaza para la salud pública mundial.

Los recursos movilizados para la respuesta global han aumentado en los últimos años. En el 2013, US \$ 19.1 billones de dólares se invirtieron en la respuesta al sida en países de bajos y medianos ingresos. A medida que aumentan las inversiones nacionales contra el sida, más países están adoptando un enfoque de inversión concentrando los recursos en los programas más efectivos y en las poblaciones y entornos geográficos donde la necesidad es mayor.

Las inversiones en la respuesta al sida siguen generando resultados concretos y alimentando el optimismo sobre el fin de la epidemia. Las nuevas infecciones por vih en 2013 se estimaron en 2.1 millones, un 38% menos que en 2001. El número de muertes relacionadas con el sida también sigue disminuyendo: 1.5 millones de personas murieron por causas relacionadas con el sida en 2013, un 35% menos que en el 2005.

A comienzos de 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre vih y sida –ONUSIDA– conformó un grupo de trabajo para proponer y consensuar metas globales que evidencien el control de la epidemia hacia el año 2030. Se llevó a cabo un proceso de diálogo global en el cual se analizaron los factores que pueden incidir en la viabilidad de alcanzar dichas metas y las acciones más adecuadas para avanzar hacia el cumplimiento de las mismas, las cuales se agrupan en una estrategia global de **Respuesta Acelerada (FAST TRACK)**, conocida también como la **Vía Rápida**.¹

1 Acción acelerada: Pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre vih y sida (ONUSIDA). 2014



Como resultado del proceso de análisis y consenso global, se concluyó que para acercarse al fin de la epidemia es necesario que por lo menos el **90% de las personas que viven con vih conozcan su estado serológico; que el 90% de las personas que conocen su estado serológico reciban tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento tengan supresión viral (carga viral indetectable), por lo cual su sistema inmunológico seguirá siendo fuerte y no transmitirán la infección.**

En diciembre de 2014, con ocasión de la conmemoración del día mundial de la lucha contra el sida, las nuevas metas globales fueron presentadas formalmente en varios países. ONUSIDA y sus aliados en la respuesta global han promovido diálogos regionales nacionales que conduzcan a la adopción de estas metas por parte de los Gobiernos Nacionales.

En febrero de 2015 se realizó una consulta comunitaria global, coordinada por ONUSIDA y el CDC, durante la cual se llevó a cabo un diálogo amplio sobre cuatro temas:

- Acceso y disponibilidad de pruebas diagnósticas
- Acceso a servicios
- Medición de la carga, el impacto y el progreso
- Consideraciones sobre los contextos políticos nacionales

Los principales factores que impiden el acceso a tratamiento en poblaciones clave fueron identificados: la falta de compromiso político en los niveles nacionales; el estigma, la discriminación y las leyes punitivas aún vigentes en varios países; insuficiente acceso a servicios adaptados a las necesidades locales; la falta de apoyo a los enfoques impulsados por la comunidad; la falta de datos a nivel local.

Las recomendaciones de esta consulta comunitaria incluyeron el propiciar y lograr la participación de los líderes políticos y del gobierno para participar en la definición de políticas públicas y estrategias orientadas a un mayor acceso a TAR, incluyendo la adquisición conjunta de medicamentos a bajo costo; aumentar la movilización política para la comprensión de las metas 90 - 90 - 90; e implementar planes nacionales integrales, financiados y aplicados prioritariamente a poblaciones clave.



En mayo de 2014, se llevó a cabo en Ciudad de México el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención, con la participación de representantes de los gobiernos y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) de veintiséis países de América Latina y El Caribe, de la academia y de las agencias de cooperación internacional². En este evento se redactó un documento de consenso regional con una serie de recomendaciones, entre los cuales se destacan las siguientes:

- Que los países definan y se comprometan con unas metas nacionales basadas en las metas regionales 90-90-90, y que utilicen las metas como herramientas de incidencia política.
- Que los países elaboren y actualicen sus cascadas del continuo de atención, utilizando los datos de la cascada como herramienta programática y de apoyo político y para monitorear los progresos.
- Que los gobiernos aseguren la asignación suficiente y eficiente de los recursos para alcanzar estas metas y elaboren planes de sostenibilidad, realizando análisis de costo de los diferentes escenarios de acción.
- Que los gobiernos involucren desde el inicio y activamente a la sociedad civil, las poblaciones clave y las personas con VIH, como socios indispensables para la elaboración de los planes estratégicos nacionales y para definir los mecanismos que faciliten la sostenibilidad de las acciones.
- Que los programas nacionales, en colaboración con la sociedad civil y socios del sector privado, expandan el acceso a la prueba de detección del VIH mediante la aplicación de estrategias diversificadas en diferentes escenarios, universalizando la oferta en los servicios de salud, expandiéndola al ámbito comunitario, y garantizando en los casos positivos su vinculación a los servicios de salud y apoyo social.
- Que los programas mejoren los procesos de atención y seguimiento para que sean más amigables, accesibles y flexibles, y para mejorar la retención, la adherencia y la supresión viral.

Las metas regionales acordadas durante el Foro para el 2020, y la línea de base en el 2013 respecto a las mismas fueron las siguientes:

2 Llamado a la Acción. Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención al VIH, Ciudad de México. 26 a 28 de mayo del 2014. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26083&Itemid=270&lang=es



Cuadro 1 Metas regionales a 2020

| Metas para el 2020 | Objetivos regionales para el 2020 | Línea de base 2013 |
|---|---|--|
| Cerrar la brecha entre las personas con vih que no conocen su diagnóstico | Porcentaje de personas con infección por el vih que saben su diagnóstico $\geq 90\%$ | 71% (a) |
| Aumentar la cobertura de las personas con infección por el vih en tratamiento antirretroviral | Porcentaje de personas con vih que satisfacen las condiciones para el tratamiento que reciben terapia antirretroviral $\geq 90\%$ | 56% (b) |
| Aumentar el número de personas en tratamiento con supresión de la carga viral | Porcentaje de personas en tratamiento con una carga viral suprimida $\geq 90\%$ | 77% (c) (variación entre países, 43% - 88%) |
| Diagnóstico de la infección por el vih y acceso a la atención más tempranos: reducción del porcentaje de personas con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm ³ | Porcentaje < 10% de personas con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm ³ | 35% (d) |

- (a) ONUSIDA Estimaciones de Spectrum y datos reportados por 13 países a OPS/OMS, representando el 73% de las personas viviendo con VIH en Latinoamérica y El Caribe
- (b) ONUSIDA/OMS. Reporte Global de la Respuesta a Sida (GARPR) 2014
- (c) ONUSIDA/OMS. Reporte Global de la Respuesta a Sida (GARPR) 2014. Promedio regional basado en los datos de 21 países, representando el 76% de las personas en tratamiento
- (d) Diagnóstico tardío. ONUSIDA/OMS. Reporte Global de la Respuesta a Sida (GARPR) Promedio regional basado en los datos de 21 países, representando el 76% de las personas en tratamiento

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, 2014. Washington, DC:OPS; 2014.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Definir las metas nacionales de acceso a diagnóstico y tratamiento para los próximos cinco años y las estrategias y acciones más convenientes para alcanzarlas en Guatemala.

2.2 Objetivos específicos

Revisar y analizar las acciones desarrolladas en el país en los últimos diez años, relacionadas con acceso a la prueba diagnóstica, vinculación a la atención integral y adherencia al tratamiento antirretroviral.

Determinar las localidades urbanas y regiones geográficas donde se concentra el mayor número de casos diagnosticados.

Compilar y analizar la información disponible sobre el número de pruebas efectuadas y el porcentaje de seropositividad resultante de las acciones realizadas por todas las entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional que trabajan en la respuesta nacional a la epidemia.

Definir y consensuar metas bianuales a 2016 y 2018 buscando alcanzar las metas 90 - 90 - 90 en el año 2020.

Determinar las estrategias e intervenciones más adecuadas para aumentar el acceso a la prueba entre las poblaciones clave, aumentar el número de casos diagnosticados, la vinculación a los servicios y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

3 Metodología

En octubre de 2014 se llevó a cabo el Taller Nacional de Socialización de las Metas Globales 90 - 90 - 90. Posteriormente, se conformó un grupo de trabajo técnico integrado por las entidades que laboran en la respuesta nacional a la epidemia, particularmente en la oferta de pruebas, atención en salud, adherencia a TAR, y registro y análisis de la información epidemiológica. Se llevaron a cabo cuatro reuniones de este grupo de trabajo, durante las cuales se presentaron las experiencias de las diferentes organizaciones y se analizó la información existente.

Se conformaron también dos subgrupos de trabajo que se enfocaron en la revisión y validación de los datos utilizados para las estimaciones y proyecciones epidemiológicas sobre las cuales se construye la cascada del continuo de atención -iniciando por los dos primeros pilares, correspondientes al número estimado de personas con vih y al número de personas con diagnóstico- y en la evaluación de métodos y estrategias alternativas para el tamizaje.

Se llevaron a cabo dos ejercicios de construcción de la cascada del continuo de atención y se presentaron dos propuestas sucesivas de metas bianuales. Con base en los comentarios y aportes de las sesiones plenarias, se efectuaron algunas modificaciones y se presentó una tercera propuesta, la cual fue aprobada por el grupo técnico y presentada para su aprobación al Despacho del Viceministro Técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

4.1 Acceso a pruebas diagnósticas. Intervenciones enfocadas en acceso a la prueba

La experiencia del Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo (HIVOS) y del MSPAS, Receptores Principales Subvención del Fondo Mundial.

Las intervenciones propuestas por HIVOS están dirigidas a poblaciones clave y se basan en el enfoque de prevención combinada. Su implementación incluye estrategias biomédicas (diagnóstico temprano, diagnóstico de ITS, TAR como prevención); de cambio de comportamiento (intervenciones individuales, grupales, comunitarias); y estrategias orientadas al logro de cambios estructurales (legislación, políticas para poblaciones clave, desarrollo comunitario/empoderamiento poblaciones clave)

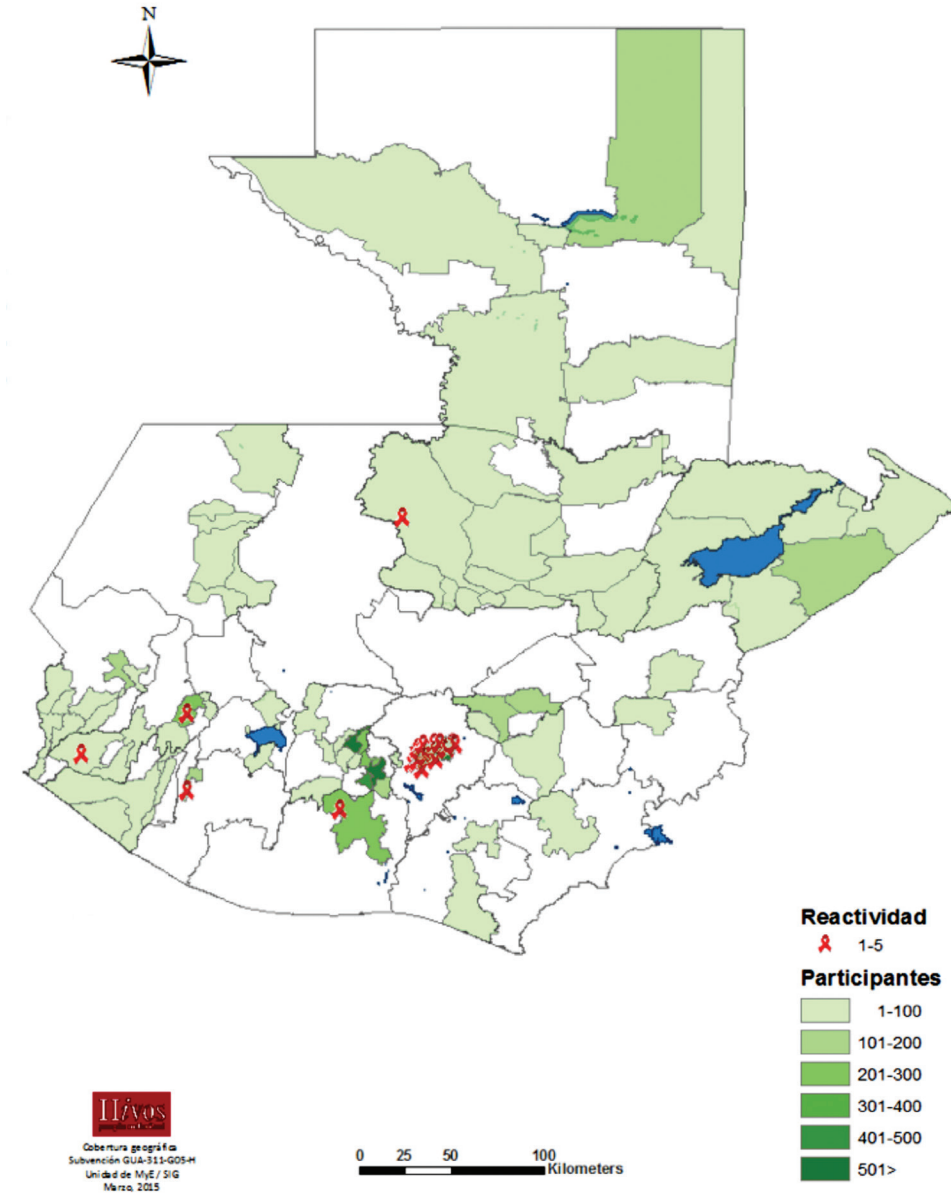
A diciembre de 2014 HIVOS reportó un 81% de ejecución programática. Sin embargo, la cobertura reportada correspondiente al “paquete básico” es mucho mayor que la cobertura de acceso a la prueba. Una de las razones puede ser que la prueba no se ofrece en los horarios más convenientes para las poblaciones clave, lo cual dificulta su vinculación a los servicios de salud.

Es necesario revisar los criterios para definir las metas acordadas para la subvención y ampliar el “paquete básico” que se ofrece actualmente, incluyendo la prueba rápida en las acciones de los subreceptores, buscando aumentar el número de personas que se practican la prueba.



Gráfica 1

Tamizaje voluntario con consejería en hombres que tienen sexo con hombres, según región geográfica 2014 (RP HIVOS)



En el cuadro 2 se presenta el mapeo realizado por el Programa Nacional de Prevención y Control para ITS/VIH/Sida, comparando las coberturas geográficas (por departamento y municipio) reportadas por los dos Receptores Principales de la Subvención del Fondo Mundial.

Cuadro 2
Cobertura Geográfica de los Receptores Principales Subvención Fondo Mundial

| Cobertura geográfica Receptores Principales (RP) RP HIVOS / RP MSPAS | | | | |
|---|--|--|---------------------|--|
| Departamento | Institución Receptor principal y entidades subreceptoras | Municipios | Población (es) | Total de población atendida a diciembre 2014 |
| GUATEMALA | MSPAS Centros de Salud | Guatemala Mixco Amatitlán Villa Nueva Villa Canales Chinautla Fraijanes San José Pínula | HSH, MTS y Trans | MTS = 1049 HSH = 448 TRANS = 244 |
| | RP-HIVOS OTRANS: cubre HSH y Trans COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA: cubre HSH y Trans FUNDAMACO: cubre MTS | Todos los municipios | HSH, MTS y Trans | HSH = 2,617 MTS = 1,588 TRANS = 469 |
| BAJA VERAPAZ | MSPAS Centros de Salud | Salamá | HSH, MTS y Trans | MTS = 25 HSH = 0 TRANS = 1 |
| ALTA VERAPAZ | MSPAS Centros de Salud | Cobán San Cristóbal Santa Catalina, La Tinta | HSH, MTS y Trans | MTS = 8 HSH = 1 TRANS = 0 |
| | RP-HIVOS Asociación Gente Nueva | Todos los municipios | HSH, TRANS | HSH = 329 TRANS = 60 |
| CHIQUIMULA | MSPAS Centros de Salud | Chiquimula Esquipulas Ipala | HSH, MTS y Trans | MTS = 59 HSH = 0 TRANS = 0 |
| EL PROGRESO | MSPAS Centros de Salud | Guastatoya Sanarate San Agustín Acasaguastlán | HSH, MTS y Trans | MTS = 37 HSH = 0 TRANS = 0 |
| IZABAL | MSPAS | Puerto Barrios El Estor Morales Los Amates Livingston | HSH, MTS y Trans | MTS = 122 HSH = 12 TRANS = 0 |
| | RP-HIVOS Asociación Gente Nueva: cubre HSH, MTS y Trans | Todos los municipios | HSH, MTS y Trans | HSH = 340 MTS = 205 TRANS = 97 |
| ZACAPA | MSPAS Centros de Salud | Zacapa Teculután Gualán | HSH, MTS y Trans | MTS = 69 HSH = 5 TRANS = 1 |

Continúa...



| | | | | |
|-----------------------|---|--|---------------------|------------------------------------|
| JUTIAPA | MSPAS Centros de Salud | Jutiapa Asunción Mita El Progreso Ciudad Pedro de Alvarado Jalpatagua Atescatempa | HSH, MTS y Trans | MTS= 84 HSH= 1 TRANS = 0 |
| JALAPA | MSPAS Centros de Salud | Jalapa | HSH, MTS y Trans | MTS=30 HSH=0 TRANS=0 |
| SANTA ROSA | MSPAS Centros de Salud | Barberena Cuilapa Nueva Santa Rosa Taxisco Chiquimulilla | HSH, MTS y Trans | MTS= 89 HSH= 0 TRANS= 1 |
| CHIMALTENANGO | MSPAS Centros de Salud | Chimaltenango Yepocapa | | MTS=113 HSH=0 TRANS=0 |
| | RP-HIVOS CONEVHI: cubre HSH | Todos los municipios | HSH | HSH=2,286 |
| SACATEPÉQUEZ | MSPAS Centros de Salud | Antigua Guatemala Alotenango | HSH, MTS y Trans | MTS=8 HSH=1 TRANS=0 |
| | RP-HIVOS GENTE POSITIVA: cubre HSH | Todos los municipios | HSH | HSH= 4,096 |
| ESCUINTLA | MSPAS Centros de Salud | Escuintla Nueva Concepción Santa Lucía Cotzumalguapa Pto. San José | HSH, MTS y Trans | MTS= 173 HSH= 10 TRANS= 1 |
| | RP-HIVOS FUNDACIÓN MARCO ANTONIO: HSH y Trans FERNANDO ITURBIDE: cubre MTS | Todos los municipios | HSH, MTS Y Trans | MTS= 647 HSH= 344 TRANS= 127 |
| QUETZALTENANGO | MSPAS Centros de Salud | Quetzaltenango Coatepeque | | MTS=399 HSH=46 TRANS=46 |
| | RP-HIVOS IDEI: cubre HSH FERNANDO ITURBIDE: cubre MTS | Todos los municipios | HSH, MTS | HSH= 412 MTS= 206 |
| RETALHULEU | MSPAS Centros de Salud | Retalhuleu La Máquina I Champerico | HSH, MTS y Trans | MTS=30 HSH=0 TRANS= 1 |
| | RP-HIVOS IDEI: cubre HSH | Todos los municipios | HSH | HSH= 132 |

Continúa...

| | | | | |
|---------------|--|--|---------------------|----------------------------------|
| SAN MARCOS | MSPAS Centros de Salud | San Marcos San Pedro Tecún Umán Malacatán Pajapita | HSH, MTS y Trans | MTS= 128 HSH= 8 TRANS= 8 |
| | RP-HIVOS IDEI Proyecto Vida | Todos los municipios | HSH | HSH=379 |
| SUCHITEPÉQUEZ | MSPAS Centros de Salud | Mazatenango Cuyotenango Patulul La Máquina II San Antonio Suchi- tepéquez | HSH, MTS y Trans | MTS= 263 HSH= 0 TRANS= 1 |
| | RP-HIVOS FUNDACIÓN MARCO ANTONIO: HSH y Trans FERNANDO ITURBIDE: cubre MTS | Todos los municipios | HSH y Trans | HSH= 276 TRANS=97 |
| SOLOLÁ | MSPAS Centros de Salud | Panajachel | HSH, MTS y Trans | MTS=8 HSH=0 TRANS=0 |
| | RP-HIVOS | Panajachel San Pablo La Laguna Santiago Atitlán Sololá | HSH | HSH= 113 |
| TOTONICAPÁN | MSPAS Centros de Salud | | | |
| HUEHUETENANGO | MSPAS Centros de Salud | Huehuetenango | HSH, MTS y Trans | MTS= 38 HSH=0 TRANS=0 |
| | RP-HIVOS IDEI: cubre HSH | Todos los municipios | HSH | HSH= 164 |
| QUICHÉ | MSPAS Centros de Salud | Santa Cruz del Quiché | HSH, MTS y Trans | |
| PETÉN | MSPAS Centros de Salud | Flores Melchor de Men- cos Sayaxché Tierra Blanca La Libertad Las Cruces El Naranjo Poptún San Luís | HSH, MTS y Trans | |
| | HIVOS Asociación Gente Nueva: cubre las tres poblaciones | Todos los municipios | HSH, MTS y Trans | MTS= 316 HSH=510 TRANS= 56 |



La experiencia de la unidad de vih de la Universidad del Valle de Guatemala

La Universidad del Valle de Guatemala (UVG) implementa las llamadas “intervenciones multinivel” dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), utilizando el modelo *Mpowerment*³ y realizando pruebas en ámbitos comunitarios. Los nuevos casos diagnosticados son vinculados a un centro VICITS (clínicas de vigilancia y control de vih/sida e infecciones de transmisión sexual) para confirmar su diagnóstico, y posteriormente son referidos a una Unidad de Atención Integral (UAI). Los centros VICITS funcionando en la actualidad son los siguientes: Zona 1 en ciudad de Guatemala, Fundación Marco Antonio, Puerto Barrios, Quetzaltenango, Coatepeque, Tecún Umán, Santa Lucía Cotz, Flores, y Escuintla.

De acuerdo con la revisión efectuada por la unidad de vih de la UVG sobre los factores que actúan como barreras del acceso a la prueba, las experiencias discriminatorias por parte de los proveedores de servicios, la falta de confidencialidad, la homofobia internalizada, se constituyen como importantes barreras para hacerse la prueba. Asimismo, el no haberse practicado nunca la prueba del vih se asoció con una mayor probabilidad de tener sexo anal desprotegido entre los HSH.⁴

Entre las lecciones aprendidas de la experiencia de las VICITS, se destaca la promoción de servicios y actividades para HSH a través de redes sociales y aplicaciones específicas para HSH, así como los horarios de atención *ad hoc* para HSH, que mejoran notoriamente la cobertura en servicios de prevención y diagnóstico, e incrementan la vinculación de las personas diagnosticadas a las clínicas de atención.

3 Modelo “*Mpowerment*”. Universidad de California-San Francisco. 2009. <http://mpowerment.org/>

4 Morales-Miranda, Sonia et al. *Factors associated with HIV testing among men who have sex with men in Guatemala City* (In preparation from unpublished doctoral dissertation).

**Cuadro 3. VICITS. Datos totales 2007-2014**

| Grupo Poblacional | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|
| | N | %* (6) | N | %* (12) | N | %* (19) | N | %* (26) | N | %* (43) | N | %* (27) | N | %* (28) | N | %* (16) |
| Mujeres trabajadoras del sexo (MTS) que acudieron al sitio VICITS | 558 | 1.07% (6) | 1126 | 1.06% (12) | 1756 | 1.08% (19) | 1984 | 1.31% (26) | 2629 | 1.63% (43) | 2507 | 1.07% (27) | 2285 | 1.22% (28) | 2019 | 0.79% (16) |
| Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. (HSH) que acudieron al sitio VICITS | 39 | 15.38% (6) | 59 | 3.39% (3) | 108 | 3.70% (4) | 366 | 5.19% (19) | 523 | 6.50% (34) | 388 | 5.67% (22) | 531 | 4.14% (22) | 1063 | 8.37% (89) |
| Mujeres transgénero que acudieron a un sitio VICITS. | ND | ND | ND | ND | 12 | 8.33% (1) | 41 | 14.63% (6) | 64 | 12.5% (8) | 41 | 12.19% (5) | 33 | 12.12% (4) | 52 | 9.61% (5) |

*: **Porcentaje de seropositividad** (Diagnostico reciente o reporte de status positivo)

Fuente: adaptado de la presentación de UVG. Grupo de trabajo Metas Nacionales. Abril de 2015



Cuadro 4.
VICITS. Nuevos diagnósticos 2010-2014

| Grupo poblacional | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|
| | N | % de seropositividad (dx. positivo) | N | % de seropositividad (dx. positivo) | N | % de seropositividad (dx. positivo) | N | % de seropositividad (dx. positivo) | N | % de seropositividad (dx. positivo) |
| Mujeres trabajadoras del sexo (MTS) | 2 | 0% (0) | 400 | 0.25% (1) | 582 | 0.34% (2) | 473 | 1.06% (5) | 486 | 1.03% (5) |
| Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) | ND | ND | 28 | 3.57% (1) | 16 | 0% (0) | 23 | 4.35% (1) | 37 | 13.51% (5) |
| Mujeres transgénero | ND | ND | 3 | 0% (0) | 1 | 0% (0) | 1 | 0% (0) | ND | ND |

Fuente: adaptado de la presentación de UVG. Grupo de trabajo Metas Nacionales. Abril de 2015

La experiencia de AIDS Health Foundation (AHF)

El principal objetivo del modelo de AHF es incrementar el acceso a las pruebas rápidas en espacios abiertos y nivel comunitario, ofreciendo las pruebas en forma gratuita, conveniente y fácil para el usuario, facilitando el diagnóstico temprano y comienzo oportuno del TAR. Incluye un proceso de formación para desarrollo de habilidades para la consejería pre y postprueba.

Entre enero de 2014 y febrero de 2015 se han realizado en Guatemala 32.200 pruebas y se diagnosticaron a 203 personas (0.62%). El 93% de las personas diagnosticadas han sido vinculadas a servicios de atención. El 41% de las pruebas han sido realizadas en el departamento de Petén, en desarrollo de un proyecto ejecutado por la ONG Acción para una Vida Saludable, en coordinación con funcionarios de la UAI.



Consejería y oferta de pruebas rápidas en el parque central de Cobán. AHF, Octubre 2014



Realización de pruebas rápidas en San Benito, Petén. Noviembre 2013



La experiencia de la Asociación Panamericana de Mercadeo Social (PASMO)

Los servicios ofrecidos por PASMO se enfocan en poblaciones clave y personas viviendo con vih. Estos servicios incluyen:

Intervenciones educativas, desarrolladas a través de actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC), y promoción del uso de condones y lubricantes.

Intervenciones biomédicas: prueba de vih con consejería y entrega de resultado, diagnóstico y tratamiento de ITS, referencia para acceder a atención integral.

Actividades complementarias: servicios de planificación familiar, referencias a grupos de apoyo, reducción de estigma y discriminación, apoyo legal, asistencia nutricional, referencia para tratamiento de adicciones.

Los departamentos y localidades priorizados para el desarrollo de estas actividades son los siguientes

- Suchitepéquez: Mazatenango, Río Bravo, Patulul, Samayac, 4a Brigada Infantería
- Retalhuleu: Retalhuleu, Champerico, El Asintal, San Sebastián, Nuevo San Carlos, Comando Aéreo del Sur
- San Marcos: Ayutla, Pajapita, Malacatán, Catarina, Nuevo Progreso, Brigada Alta Montaña
- Quetzaltenango: Quetzaltenango, Colomba Costa Cuca, Flores Costa Cuca, Génova, Coatepeque
- Escuintla: Escuintla, Puerto San José, Santa Lucía Cotzumalguapa, Tiquisate, CONAPAC, Brigada Paracaidistas
- Izabal : Puerto Barrios, Livingston, Morales, Los Amates, BIM, CONACAR
- Guatemala: Ciudad de Guatemala (zonas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12 y comandos militares), Villa Nueva, Amatitlán, Mixco.

También se desarrollan actividades en los departamentos de Chimaltenango, Petén, Jutiapa, Zacapa y Alta Verapaz.

Identificación de localidades prioritarias, PEPFAR/CDC

Se identifican ocho departamentos que deben ser considerados prioritarios, con base en la concentración de casos y el porcentaje de reactividad en grupos específicos. Estos departamentos son: Guatemala, San Marcos, Escuintla, Retalhuleu, Suchitepéquez, Petén, Quetzaltenango, e Izabal.

Cuadro 5.
Número de pruebas y % de seropositividad por área geográfica y geográfica y grupo poblacional. Pruebas realizadas por FM y PEPFAR (CDC/ 2015)

| Región | N° PVV | N° de casos notificados (CNE) | Estimación tamaño población | | | % de seropositividad FM | | % de seropositividad PEPFAR | |
|-----------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------|-------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| | | | MSM (4%) | FSW (0,93%) | TOTAL | TCV | % | TCV | % |
| | (2011-2014) | | | | | | | | |
| Alta Verapaz | 1405 | 232 | 7827 | 1906 | 9733 | 497 | 1,2% | 189 | 0,5% |
| Baja Verapaz | 477 | 65 | 1653 | 403 | 2056 | | | | |
| Chimaltenango | 638 | 76 | 5224 | 1273 | 6497 | 1781 | 0,1% | 221 | 1,4% |
| Chiquimula | 871 | 230 | 2662 | 648 | 3310 | 64 | 1,6% | 77 | 0,0% |
| El Progreso | 602 | 125 | 770 | 187 | 957 | 293 | 0,0% | 60 | 0,0% |
| Quiché | 712 | 176 | 5171 | 1260 | 6431 | | | 1 | 0,0% |
| Escuintla | 5691 | 866 | 4930 | 1201 | 6131 | 1212 | 1,7% | 764 | 2,5% |
| Guatemala | 16338 | 2131 | 30893 | 7525 | 38418 | 5405 | 2,2% | 4386 | 1,5% |
| Huehuetenango | 441 | 121 | 5476 | 1334 | 6810 | 129 | 0,8% | 70 | 1,4% |
| Izabal | 3198 | 466 | 3907 | 952 | 4859 | 674 | 1,0% | 1134 | 0,5% |
| Jalapa | 489 | 117 | 1730 | 421 | 2151 | 41 | 2,4% | 26 | 0,0% |
| Jutiapa | 1115 | 219 | 1790 | 436 | 2226 | 118 | 1,7% | 171 | 0,6% |
| Petén | 2232 | 358 | 4298 | 1047 | 5345 | 742 | 1,3% | | |
| Quetzaltenango | 3560 | 472 | 6618 | 1612 | 8230 | 577 | 1,0% | 1891 | 0,7% |
| Retalhuleu | 3127 | 534 | 1966 | 479 | 2445 | 133 | 0,8% | 360 | 0,3% |
| Sacatepéquez | 861 | 61 | 2414 | 588 | 3002 | 3397 | 0,0% | | |
| San Marcos | 5528 | 1226 | 5379 | 1310 | 6689 | 252 | 0,8% | 419 | 1,2% |
| Santa Rosa | 958 | 240 | 1630 | 397 | 2027 | 255 | 0,8% | 156 | 0,0% |
| Sololá | 382 | 80 | 3021 | 736 | 3757 | 113 | 0,0% | 13 | 0,0% |
| Suchitepéquez | 3011 | 384 | 2673 | 651 | 3324 | 270 | 2,2% | 360 | 1,9% |
| Totonicapán | 485 | 152 | 3350 | 1116 | 4466 | | | | |
| Zacapa | 879 | 131 | 1493 | 364 | 1857 | 359 | 0,0% | 84 | 0,0% |
| No. Determinado | | 83 | | | | | | | |
| TOTALES | 53000 | 8545 | 104875 | 25846 | 130721 | 16312 | 1,2% | 10382 | 1,2% |



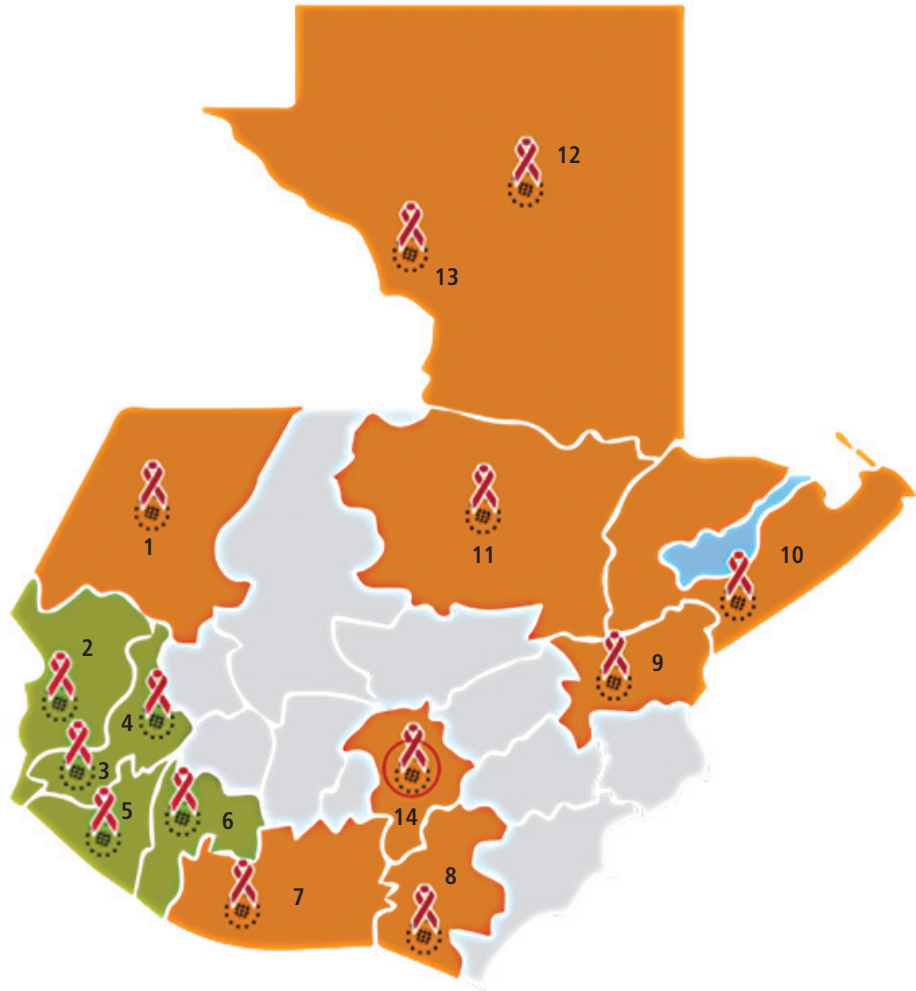
La experiencia de USAID Proyecto Capacity. Las redes comunitarias

Las redes multisectoriales comunitarias vienen funcionando durante la última década, con el propósito fundamental de establecer vínculos de cooperación entre las instituciones locales que trabajan en la respuesta al vih, desarrollando acciones sinérgicas para mejorar el acceso de la atención a población clave, mejorar la adherencia de las personas en tratamiento y propiciar entornos sociales favorables. Las actividades desarrolladas por las redes incluyen reuniones de análisis de información y coordinación de acciones; talleres de capacitación en temas como estigma y discriminación, DDHH y vih, consejería pre y postprueba, perspectiva de género y diversidad sexual, adherencia al TAR, desarrollo de la estrategia de telefonía móvil para mejorar de la adherencia (plan piloto en coordinación con ONUSIDA)

Actualmente están funcionando las siguientes redes intersectoriales (gráfico 2):

Comisión Intersectorial de vih de Huehuetenango (CIVihH); Red de San Marcos; Red de vih de Quetzaltenango (REDVihQ); Red Suroccidente (REDSO); Coordinadora multisectorial de vih y sida de Retalhuleu; Red de Suchitepéquez; Red de Escuintla (CODESIDA); Consejo de Prevención del SIDA Santa Rosa (COPRESISA); Red de Zacapa; Red de Izabal; Red de Cobán, Alta Verapaz; Red Departamental de Petén; Red de Sayaxché; Red Metropolitana.

Gráfica 2.
Localización de las redes comunitarias intersectoriales.



- | | |
|--|--|
| 1. Comisión Intersectorial de vih de Huehuetenango (CIVIH) | 8. Consejo de Prevención del sida Santa Rosa (COPRESISA) |
| 2. Red de San Marcos | 9. Red de Zacapa |
| 3. Red de vih de Quetzaltenango (REDVIHQ) | 10. Red de Izabal |
| 4. Red Suroccidente (REDSO) | 11. Red de Cobán, Alta Verapaz |
| 5. Coordinadora multisectorial de vih y sida de Retalhuleu | 12. Red departamental Petén |
| 6. Red de Suchitepéquez | 13. Red de Sayaxché |
| 7. Red de Escuintla (CODESIDA) | 14. Red Metropolitana* |



4.2 Estimaciones. Cascada del continuo de atención

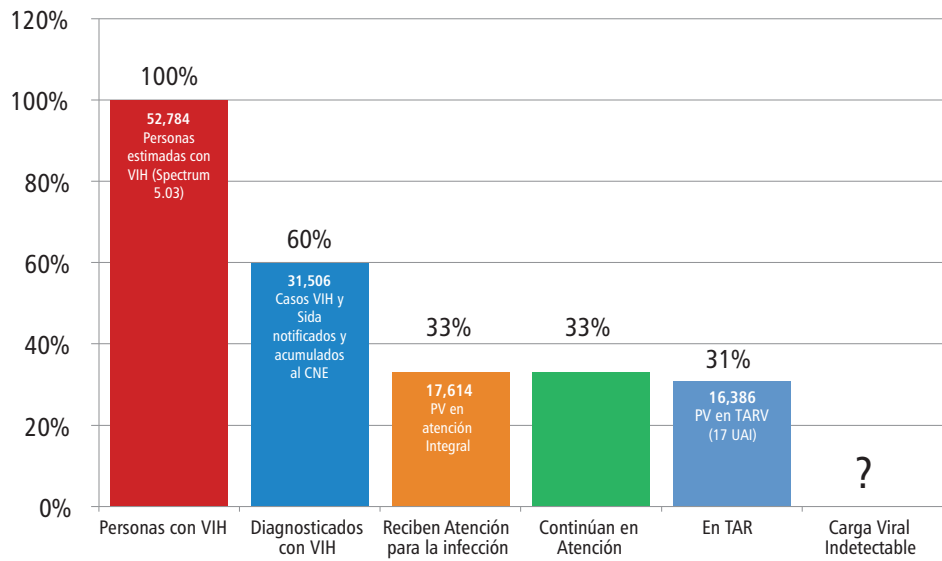
Se llevó a cabo la revisión de los datos nacionales. Los algoritmos en SPECTRUM han sido mejorados para aplicar a epidemias concentradas, con nuevos datos demográficos y patrones epidemiológicos. La prevalencia estimada en población general para Guatemala en el ejercicio realizado en 2013 fue 0.58%. Recientemente se culminó un nuevo ejercicio con la versión más actualizada de SPECTRUM⁵, cuyos resultados indican un número estimado de 49,935 personas con vih y una prevalencia en población general de 0.53% para el año 2015.

La cascada del continuo de atención presentada inicialmente por el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida (PNS) presenta en el segundo pilar (número de casos diagnosticados de vih) el número total de casos registrados en el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) hasta diciembre de 2013, incluyendo los casos de mortalidad, por cuanto no se cuenta con información confiable sobre mortalidad por sida (gráfica 3).

Posteriormente, el PNS realizó también el ejercicio de construir la cascada con los datos registrados en el sistema de información de seguimiento clínico y epidemiológico de la infección por vih y monitoreo del tratamiento antirretroviral en Guatemala (MANGUA), evidenciando que con la información disponible en el MANGUA, disminuyen notoriamente las cifras en casi todos los pilares (gráfica 4). Obviamente, aún no se cuenta con la vinculación requerida entre la información oficial registrada en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA 1.2) y la registrada en el MANGUA.

5 SPECTRUM EPP versión 5.3 2015. Avenir Health, Washington D.C.

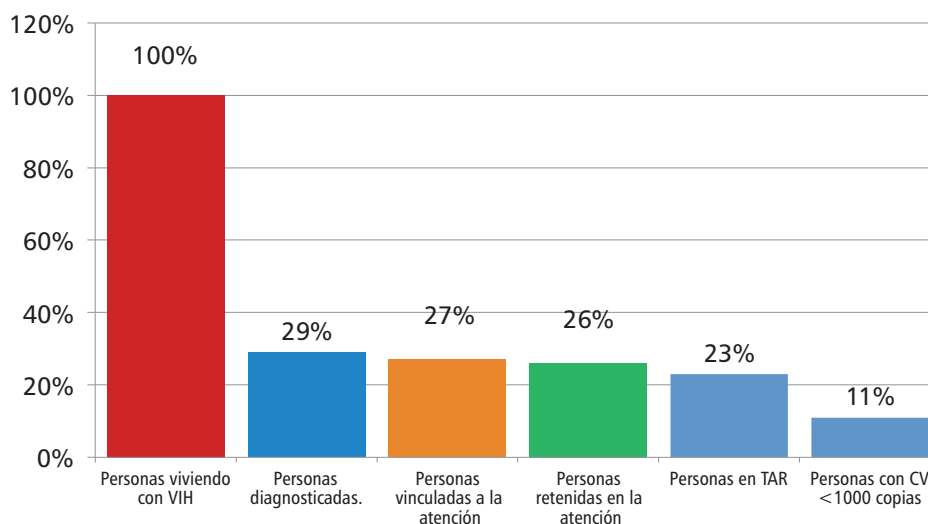
Gráfica 3.
 Cascada del continuo de atención de la infección por vih. PNS, diciembre 2014.





Gráfica 4.

Cascada de atención con datos de MANGUA. PNS, marzo de 2015



La cascada del continuo de atención elaborada por el PNS fue modificada ajustando la estimación de la mortalidad y utilizando datos del ejercicio llevado a cabo para analizar la adherencia al tratamiento en las UAIs⁶. En esta cascada (gráfica 5) se modifican los pilares 1 y 2, utilizando las estimaciones más recientes del número de personas con vih, los datos de mortalidad estimada de SPECTRUM y una fórmula básica para el cálculo de la mortalidad: * $DV = N - (N \cdot (ME / VE + ME))$.

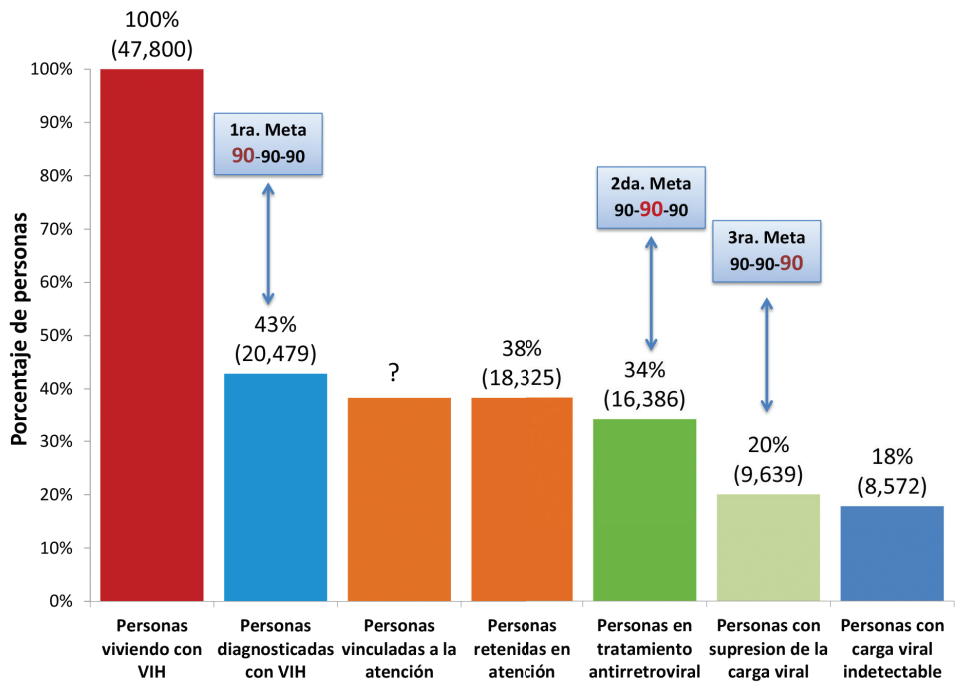
- * DV = diagnosticado vivos
- ME = Número de muertes estimados
- VE = Número estimado de personas vivas
- N = Notificados

Al utilizar esta fórmula, se estimó que el número de personas diagnosticadas que seguían vivos en 2013 era aproximadamente 21 mil personas.

La ausencia de dato en el pilar correspondiente a personas vinculadas a la atención se debió a la débil vinculación entre el subsistema de información sobre pruebas realizadas y el MANGUA, el cual está más enfocado en el monitoreo y seguimiento de pacientes recibiendo TAR; el proceso de registro de los casos vinculados a atención no es homogéneo paratodas las UAIs, en algunas de ellas los nuevos casos son registrados en el MANGUA solamente cuando las personas diagnosticadas reciben atención médica y no cuando reciben el resultado la prueba confirmatoria.

6 Informe Final Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antiretroviral y Condiciones Institucionales que pueden influir en el proceso. MSPAS / USAID Proyecto Capacity. 2014

Gráfica 5
Cascada de atención, con ajuste de mortalidad.



Fuente: Adaptación de las cascadas presentadas por el PNS en 2013 y en el informe de evaluación de la adherencia al TAR en 2015, utilizando Estimaciones y Proyecciones, 2015 (SPECTRUM versión 5.3).



4.3 Adherencia al tratamiento antirretroviral Situación actual

Resultados del estudio sobre adherencia financiado por *USAID Intrahealth Capacity* y ejecutado por el equipo del Hospital Roosevelt, con el apoyo técnico de OPS/OMS. Los datos fueron recopilados directamente de las UAIs. Se evidenció la variabilidad existente en las diferentes UAIs en su capacidad de utilizar MANGUA. p. ej., en Coatepeque están casi dos años atrasados en ingreso de datos. La adherencia al TAR es muy variable en las diferentes UAIs. Algunas registran <30% y otras >80%.

Cuadro 6

Porcentaje de pacientes con ARV en relación a pacientes retenidos por UAI, 2013

| Nombre de la UAI | Pacientes recibiendo atención | Pacientes activos recibiendo TAR 2013 MSPAS | Porcentaje de PVVs recibiendo TAR |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Hospital San Benito Petén | 460 | 377 | 82% |
| Hospital de Escuintla | 563 | 503 | 89% |
| Hospital Rodolfo Robles | 631 | 621 | 98% |
| Hospital de Zacapa | 382 | 330 | 86% |
| Hospital Regional de Occidente | 584 | 546 | 93% |
| Hospital de la Amistad Japón, Puerto Barrios | 693 | 643 | 93% |
| Hospital Regional de Coatepeque | 2514 | 1832 | 73% |
| Hospital Elisa Martínez, Puerto Barrios | 64 | 64 | 100% |
| Hospital de Cuilapa, Santa Rosa | 222 | 215 | 97% |
| Hospital de Huehuetenango | 169 | 111 | 66% |
| Hospital de Antigua Guatemala | 229 | 229 | 100% |
| Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt | 3897 | 3725 | 96% |
| Clínica Luis Ángel García HGSJD | 2569 | 2420 | 94% |
| Hospital de Malacatán | 306 | 242 | 79% |
| Sanidad Militar | 59 | 59 | 100% |
| Hospital San José | 420 | 359 | 85% |
| Instituto Guatemalteco de Seguridad Social | 4563 | 4110 | 90% |
| Total | 18325 | 16386 | 89% |

Fuente: Evaluación de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, Cascada de servicios de atención de vih. Informe Final. MSPAS / USAID Proyecto Capacity. 2014



Cuadro 7

Porcentaje de pacientes con ARV con carga viral menor de 1000 y 50/ml por UAI.

| Nombre de la UAI | Pacientes activos recibiendo TAR 2013 MSPAS | Pacientes con CV menor 1000 | Pacientes con CV menor 50 | % Pacientes con CV menor 1000 | % Pacientes con CV menor 50 |
|---|---|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Hospital San Benito Petén | 377 | 282 | 230 | 74.80% | 61.00% |
| Hospital de Escuintla | 503 | 43 | 7 | 8.50% | 1.4% |
| Hospital Rodolfo Robles | 621 | 568 | 493 | 91.50% | 79.40% |
| Hospital de Zacapa | 330 | 224 | 166 | 67.90% | 50.30% |
| Hospital Regional de Occidente | 546 | 126 | 87 | 23.10% | 15.90% |
| Hospital de la Amistad Japón, Puerto Barrios | 643 | 391 | 326 | 60.80% | 50.70% |
| Hospital Regional de Coatepeque | 1832 | 940 | 866 | 51.30% | 47.30% |
| Hospital Elisa Martínez, Puerto Barrios | 64 | 38 | 28 | 59.40% | 43.80% |
| Hospital de Cuilapa, Santa Rosa | 215 | 194 | 128 | 90.20% | 59.50% |
| Hospital de Huehuetenango | 111 | 65 | 50 | 58.60% | 45.00% |
| Hospital de Antigua Guatemala | 229 | 65 | 42 | 28.40% | 18.30% |
| Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt | 3725 | 3345 | 3195 | 89.80% | 85.80% |
| Clínica Luis Ángel García HGSJD | 2420 | 1960 | 1624 | 81.00% | 67.10% |
| Hospital de Malacatán | 242 | 48 | 35 | 19.80% | 14.50% |
| Sanidad Militar | 59 | 55 | 54 | 93.20% | 91.50% |
| Hospital San José | 359 | 351 | 344 | 97.80% | 95.80% |
| Instituto Guatemalteco de Seguridad Social | 4110 | 944 | 897 | 23.00% | 21.80% |
| Total | 16386 | 9639 | 8572 | 55.80% | 52.30% |

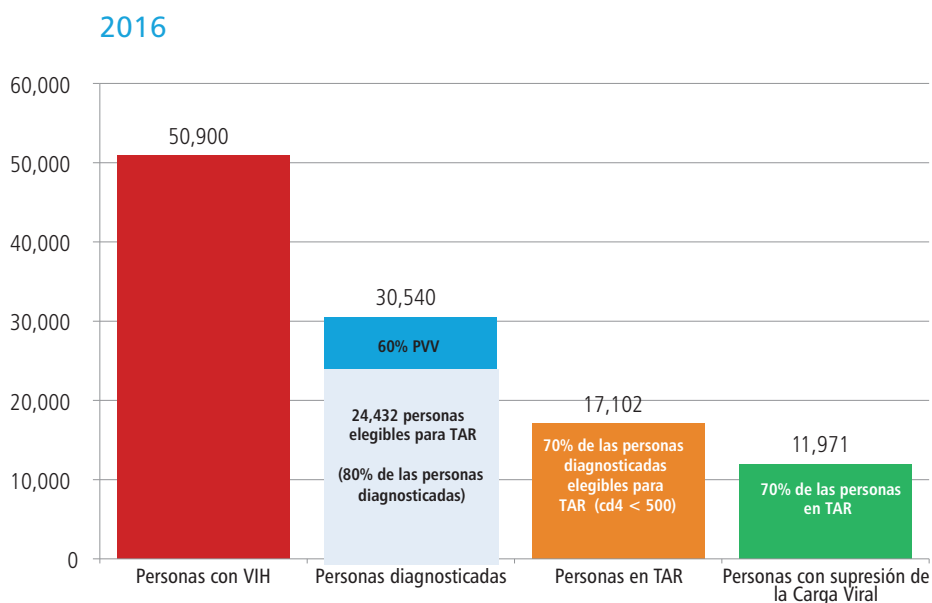
Fuente: Evaluación de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, Cascada de servicios de atención de vih. Informe Final. MSPAS / USAID Proyecto Capacity. 2014

5 Consenso de metas bianuales a 2016, 2018 y 2020

Con base en la cascada de atención elaborada por el Programa Nacional de ITS, vih, sida –PNS– en octubre de 2014 se elaboraron y analizaron dos propuestas de metas intermedias a cumplir en periodos bianuales. Con relación al número esperado de personas en tratamiento, estas metas bianuales se acordaron asumiendo que el 80% de las personas diagnosticadas serían elegibles para iniciar TAR, según los lineamientos de las guías nacionales de atención (conteo de células CD4<500)⁷.

Las metas bianuales consensuadas por el grupo de trabajo son la siguientes:

Gráfica 6
Metas a 2016. 60% de personas viviendo con vih son diagnosticadas

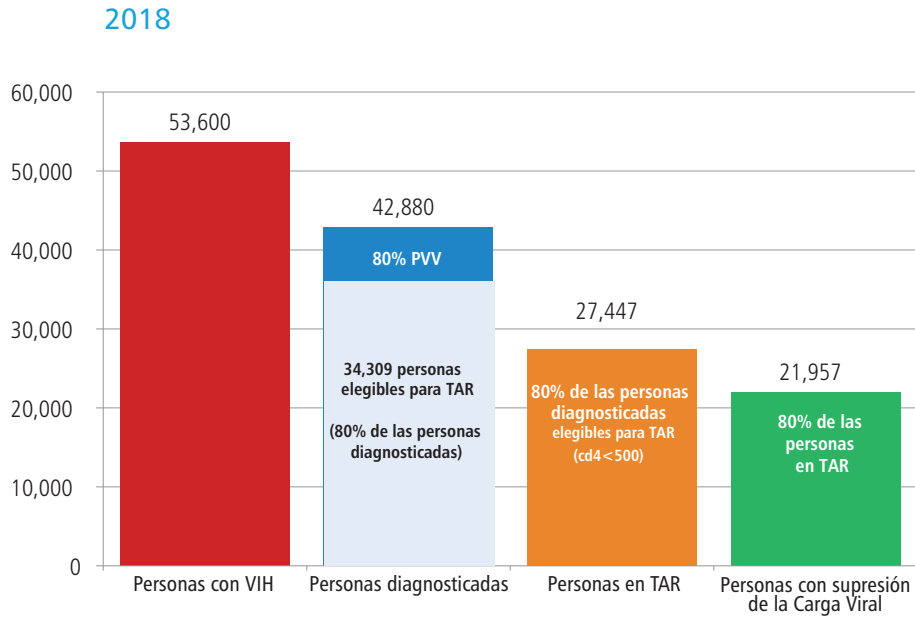


7 Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala. MSPAS/PNS.2013.



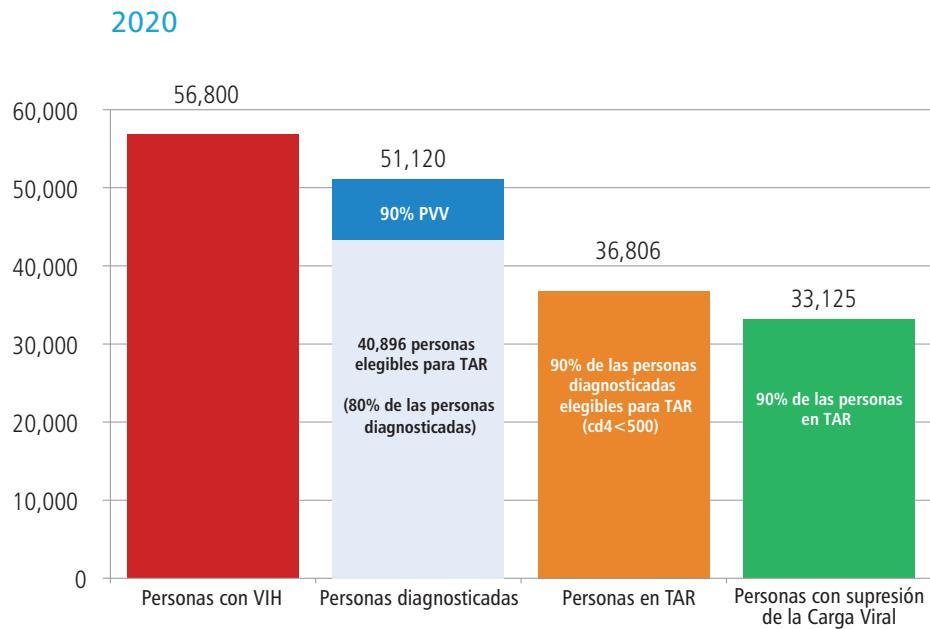
Gráfica 7

Metas a 2018. 80% de personas viviendo con vih son diagnosticadas



Gráfica 8

Metas a 2020. Llegar a 90 - 90 - 90



6 Estrategias e intervenciones recomendadas para alcanzar las metas acordadas

6.1 Recomendaciones para incrementar el acceso a la prueba

Entre los lineamientos de OMS/OPS para la expansión del acceso a la prueba⁸, se priorizan los siguientes:

- Elegir una combinación estratégica de modelos de prestación de servicios.
- Ampliar las opciones comunitarias e innovar a fin de ir más allá de los establecimientos de salud.
- Establecer nexos fuertes que aseguren la prestación de servicios después de la prueba de detección (uso de pruebas rápidas con resultado en el mismo día).
- Pruebas de detección del VIH y orientación iniciadas por el proveedor en los servicios existentes de prevención y de tratamiento (TB, ITS, PTMI).

Teniendo en cuenta las experiencias exitosas presentadas por las distintas organizaciones, se recomiendan las siguientes acciones:

- Mapear los lugares de prestación de servicios donde se ofrece la prueba diagnóstica por parte de los diferentes proveedores.
- Intensificar la oferta sistemática de pruebas en localidades específicas identificadas como “hot spots”, principalmente en áreas urbanas.
- Incrementar el uso de las redes sociales para la promoción de la prueba.

8 Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A strategic policy framework. Organización Mundial de la Salud. 2012



- Ampliar la oferta de pruebas iniciadas por el proveedor (PICT por sus siglas en inglés). A nivel mundial se han reportado coberturas mayores al 85% al utilizar esta estrategia⁹.
- Ampliación de los horarios de atención en centros de salud seleccionados.
- Implementar la oferta de la prueba en los servicios de emergencias.
- Ampliar las zonas geográficas cubiertas por las unidades móviles administradas por las ONG subreceptoras y por el MSPAS
- Priorizar el trabajo enfocado en ámbitos comunitarios.
- Vincular a las redes multisectoriales de sociedad civil en las acciones de promoción de la prueba y seguimiento de personas diagnosticadas.
- Fortalecer acciones orientadas a la reducción del estigma y discriminación, propiciando entornos favorables para que las personas soliciten la prueba.
- Fortalecer otras acciones colaborativas entre el MSPAS y las OSCs, promoviendo y apoyando el trabajo coordinado entre las OSC, las DAS y las UAIs.
- Enfocar las acciones de promoción y oferta de la prueba en las poblaciones clave.
- Promover y apoyar acciones de abogacía enfocadas en el establecimiento de marcos legislativos y normativos que favorezcan y faciliten el acceso y realización de la prueba a adolescentes y jóvenes menores de edad.
- Continuar la implementación de la estrategia nacional de eliminación de la transmisión materno-infantil de vih y sífilis congénita, con base en las recomendaciones de la evaluación de medio término de esta estrategia.

9 Kennedy et al. Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. AIDS and Behavior June 2013



6.2 Recomendaciones para mejorar la información estratégica

- Vinculación del sistema de información con el RENAP para facilitar el acceso a datos de mortalidad.
- Apoyar a las Direcciones de Área de Salud y a los equipos de las UAIs para la elaboración y monitoreo de sus propias cascadas del continuo de atención.
- Definir la periodicidad para estudios comparativos de adherencia en las zonas geográficas priorizadas.
- Continuar con las comparaciones periódicas entre los datos del MANGUA y los recolectados directamente en las UAIs para control de calidad y evaluar validez de datos.
- Desarrollar, conocimientos, experiencias y herramientas de recolección de información dentro de las redes comunitarias.
- Asignar acceso al sistema de información de salud a los subreceptores y sociedad civil para fortalecer el registro nacional de información.
- Recibir sistemáticamente en el PNS y el CNE, toda la información relacionada con pruebas practicadas en el país por las diferentes organizaciones y entidades nacionales e internacionales.
- La información reportada al MSPAS debe incluir los porcentajes de seropositividad encontrados y ser desglosada por grupo poblacional, grupos de edades y localidades geográficas.



6.3 Recomendaciones para aumentar la adherencia al tratamiento

- Fortalecer la implementación de la Estrategia 2.0 en todos los departamentos del país con énfasis en los departamentos donde se registran los mayores porcentajes de casos reportados y de seropositividad.
- Continuar y fortalecer las acciones de sensibilización y capacitación enfocados en la reducción de estigma y discriminación y dirigidos al personal de salud.
- Priorizar los procesos comunitarios de acompañamiento de los pacientes. De acuerdo con el informe presentado por ITPC/LATCA, capítulo Guatemala, entre enero de 2013 a marzo 2015 se realizaron cerca de 4300 visitas domiciliarias a personas con vih que en su mayoría habían discontinuado su tratamiento o su asistencia a las citas médicas, logrando aproximadamente un 95% de reinserción a los servicios de salud.
- Expandir a nivel nacional las estrategias de seguimiento orientadas a la adherencia, tales como la iniciativa de telefonía móvil actualmente en curso en Izabal.
- Continuar con los procesos orientados a la reducción de precios de medicamentos antiretrovirales.
- Integrar el sistema de compras de ARV a fin de obtener los mejores precios y el suministro oportuno de los medicamentos antirretrovirales.
- Evaluar la importación de medicamentos a precios más favorables bajo la figura de medicamentos de Alto Interés Terapéutico (MIT).



6.4 Recomendaciones para aumentar la supresión viral

- Facilitar el acceso a las pruebas de carga viral en varias ciudades del país.
- Analizar e incorporar nuevas tecnologías móviles para la descentralización de las pruebas de carga viral.
- Continuar con los procesos orientados a la reducción de precios de reactivos para el monitoreo de la carga viral.



Reuniones Grupo de Trabajo Metas Nacionales. Marzo, Abril 2015



Taller Nacional. Establecimiento de Metas. Julio 1, 2015



7 Próximos pasos

Con base en estas recomendaciones, la labor de la Mesa de Trabajo sobre Metas Nacionales se enfocará en los próximos meses en la formulación e implementación de planes de acción para la aceleración de la respuesta en los siguientes departamentos priorizados: Guatemala, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu, San Marcos, Escuintla, Izabal, Ata Verapaz y Petén.

Se conformarán grupos de trabajo enfocados en las principales áreas que comprenden todos los pilares de la cascada del continuo de atención: expansión de la prueba; vinculación a atención y adherencia y tratamiento; monitoreo e información estratégica.

Se llevarán a cabo una serie de talleres regionales con los equipos de salud y las redes multisectoriales para establecer las alianzas y mecanismos requeridos para avanzar hacia el cumplimiento de las metas acordadas.

A partir de la declaración de compromiso suscrita por el gobierno nacional, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación involucradas en la respuesta a la epidemia, se formulará una política pública orientada a la implementación de la estrategia de respuesta acelerada.

Abreviaturas

- **AHF** *AIDS Health Foundation*
- **CNE** Centro Nacional de Epidemiología
- **DAS** Dirección de Área de Salud
- **HIVOS** Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
- **HSH** Hombres que tienen sexo con hombres
- **ITPC** *International Treatment Preparedness Coalition*
- **ITS** Infección de Transmisión Sexual
- **MANGUA** Proyecto del Sistema Nacional de Información ITS/VIH/SIDA
- **MSPAS** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- **ONG'S** Organizaciones No Gubernamentales
- **ONUSIDA** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida
- **OSC** Organización de la Sociedad Civil
- **PASMO** Asociación Panamericana de Mercadeo Social
- **PEPFAR** *Presidential's Emergency Plan for AIDS Relief*
- **PNS** Programa Nacional de Prevención y Control para ITS, VIH y SIDA
- **PVV** Personas que viven con VIH
- **RENAP** Registro Nacional de las Personas
- **PVVS** Personas que viven con VIH/SIDA
- **SIDA** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- **SIGSA** Sistema de Información Gerencial de Salud
- **TAR** Tratamiento antirretroviral
- **UAI** Unidad de Atención Integral
- **USAID** *United States Agency for International Development*
- **UVG** Universidad del Valle de Guatemala
- **VICITS** Clínica de Vigilancia y Control de VIH/SIDA e infecciones de Transmisión Sexual
- **VIH** Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. Acción acelerada: Pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA) 2014.
2. Llamado a la Acción. Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención al VIH, ciudad de México. 26 a 28 de mayo del 2014.
3. Modelo “*Mpowerment*”. Universidad de California-San Francisco. 2009. <http://mpowerment.org/>
4. Morales-Miranda, Sonia *et al.* *Factors associated with HIV testing among men who have sex with men in Guatemala City (In preparation from unpublished doctoral dissertation).*
5. SPECTRUM EPP versión 5.3. 2015 *Avenir Health (formerly Futures Group.)* Washington DC. USA.
6. Informe Final Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antiretroviral y Condiciones Institucionales que pueden influir en el proceso. MSPAS / USAID Proyecto Capacity. 2014
7. Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala. MSPAS/ PNS 2013.
8. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A strategic policy framework.* Organización Mundial de la Salud. 2012
9. Kennedy *et al.* *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. AIDS and Behavior* June 2013, 17, 5.

