



INFORME DE LA REUNION

Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH

Información epidemiológica de calidad en la respuesta al VIH y las ITS

Ciudad de Panamá, Panamá, 7-9 de noviembre del 2012



INFORME DE LA REUNION

Tabla de Contenidos

Informe ejecutivo.....	3
Contexto.....	5
Objetivos de la consulta.....	6
Productos y resultados	6
Sesión de Vigilancia de caso de VIH y repaso de la situación en la región	7
Información estratégica dirigida a programas de atención y tratamiento.....	7
Vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH.....	7
Manejo y control de las ITS.....	8
Vínculos entre los sistemas de información	8
Vigilancia y monitoreo entre poblaciones clave y exposición de póster	9
Información estratégica para la sostenibilidad de la inversión.	9
Recomendaciones y propuestas que derivan de la reunión.....	10
Agenda	15
Resultados de Grupos de trabajo.....	20
Anexo 1. Grupo de trabajo sobre vigilancia de caso de VIH	20
Anexo 2. Grupo de trabajo sobre tratamiento y cuidado de la infección por el VIH en el continuo de atención	25
Anexo 3. Grupo de trabajo sobre vigilancia de infecciones de transmisión sexual.....	32
Anexo 4. Grupo de trabajo sobre vigilancia en poblaciones clave	34
Lista de participantes	37

Nota conceptual

Informe ejecutivo

Durante 3 días se reunieron expertos de América Latina y el Caribe y Estados Unidos y Canadá para discutir y avanzar en consenso hacia recomendaciones clave en materia de vigilancia y monitoreo de la infección por el VIH. El objetivo final es mejorar la respuesta de la región a la epidemia del VIH.

Participaron expertos de 27 países de la Región así como organismos internacionales activos en la región. Entre los participantes en la Consulta Regional para América Latina y el Caribe estuvieron funcionarios de salud a cargo de la vigilancia epidemiológica del VIH en los países que integran la OPS, así como también representantes de las agencias de Naciones Unidas involucradas en la lucha contra el VIH/sida (OPS/OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), Foco-GIZ de Salud, la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), COMISCA, ORAS y organizaciones no gubernamentales.

Durante este encuentro, los participantes debatieron sobre áreas prioritarias de información epidemiológica en VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), e identificaron las acciones necesarias para cerrar las brechas de información en las mismas. Entre sus recomendaciones figuran:

- La vigilancia de VIH debe estar basada en casos de infección por el VIH (en lugar de casos de sida) y se debe seguir la evolución de cada caso con el transcurso del tiempo (enfoque longitudinal).
- La definición estándar de un caso debe ser "todo diagnóstico nuevo de VIH independientemente de la etapa clínica e inmunológica del mismo".
- Los identificadores de casos únicos deben utilizarse para facilitar seguimiento y la integración longitudinal de la información de diferentes fuentes (servicios de salud, laboratorios, farmacias, estadísticas vitales).
- Deben establecerse medidas específicas para proteger la confidencialidad de los pacientes y la seguridad de los datos en los sistemas que usan registros basados en nombres.
- Los datos deben recopilarse para un conjunto mínimo de variables estandarizadas, incluidos los comportamientos de riesgo y los factores (como comportamiento sexual, consumo de drogas inyectables y exposición a transfusión) y las variables inmunológicas y de tratamiento (como carga viral, recuento de células CD4 e iniciación del tratamiento antirretroviral).



- Las organizaciones de cooperación deben armonizar los indicadores que utilizan con el objetivo

Nota conceptual

de reducir la carga de informar, facilitar la investigación y el análisis, y promover que se comparta la información y las experiencias en la vigilancia, la prevención y la atención del VIH.

- La vigilancia debe incluir una evaluación del acceso y la calidad de la atención a través del proceso continuo de la atención, que va desde el diagnóstico hasta la entrada en la atención y el tratamiento, la retención en recibir atención y tratamiento, y el control de carga viral.
- Se debe prestar especial atención a poblaciones claves como los hombres que tienen relaciones con hombres, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas inyectables.
- La vigilancia de los niños expuestos debe fortalecerse mediante un mejor seguimiento de madre y lactantes en coordinación con los servicios de salud maternoinfantiles.

Los participantes también llamaron a una capacitación ampliada y al desarrollo de recursos humanos en áreas como las referidas a cómo recolectar los datos sobre compartimientos de riesgo de una manera culturalmente apropiada y respetuosa, y el análisis estadístico y epidemiológico de los datos de vigilancia longitudinales sobre el VIH, entre otros.

Nota conceptual

Contexto

La región de América Latina y el Caribe (ALC) ha sido una de las regiones del mundo, entre los países de medio y bajos ingresos, con una de las mayores repuestas al VIH en términos de tratamiento antirretroviral y de prevención de la transmisión materno infantil del VIH.¹ Desde el comienzo de la epidemia, los países rápidamente incluyeron la notificación de caso de sida en su sistema de enfermedades notificables y muchos han avanzado hacia la notificación de caso de infección por el VIH. También, tempranamente ALC ha tenido avances en vigilancia de 2ª generación progresando en estudios especiales a las poblaciones en mayor riesgo de infección por el VIH.²⁻⁴

Tras tres décadas de epidemia, las recomendaciones internacionales sobre vigilancia, monitoreo y evaluación han avanzado sustancialmente, en línea con avances en el conocimiento científico y la respuesta al VIH.⁵⁻⁸ El avance en la respuesta y recolección de información de forma sistemática de los servicios de salud también ha supuesto cambios en las necesidades de la vigilancia y la demanda de avanzar hacia la integración de los sistemas de información.²⁰⁻²³

En el 2003, en la Habana, Cuba, se llevó a cabo una reunión regional de vigilancia de la infección por el VIH, donde se trabajaron los conceptos de vigilancia de 2ª generación y se acordó su expansión en los países de la Región, así como la integración de la información de diferentes sub-sistemas de información. Esta se continuó con una reunión en Río de Janeiro en el 2005, donde se trabajó un análisis en profundidad de la situación epidemiológica de la infección por el VIH a nivel regional, subregional y nacional y se pudieron constatar los avances en información disponible en ALC.

Actualmente nos encontramos en una fase de transición en aspectos de la gestión de los programas de atención con aplicación de principios de salud pública, la consolidación de la infección del VIH como una enfermedad crónica, y una necesidad de mayor integración y aprovechamiento de las diferentes fuentes de información sobre el VIH. La OMS ha desarrollado nuevas recomendaciones en materia de la puesta al día de los sistemas de vigilancia de segunda generación y su evaluación, la vigilancia de caso HIV, las pautas para la vigilancia en las poblaciones más vulnerables, el uso de pruebas y algoritmos para estimar la incidencia de la infección por el VIH a nivel poblacional, y la vigilancia de la fármaco resistencia del VIH²⁴⁻³². También se desea aprovechar los procesos de avance en materia programática (tratamiento, prevención de la transmisión materno infantil, y realización de prueba y diagnóstico de la infección por el VIH) y los procesos de revisión e informe de datos a nivel internacional para que se fortalezcan los sistemas de información y su integración a nivel nacional.

Con el ánimo de hacer seguimiento a las recomendaciones consensuadas en anteriores reuniones regionales y propiciar un mayor avance en áreas prioritarias de información para ALC, abordar los retos y proponer medidas que aceleren el cierre de las brechas de información, se desarrolla esta consulta regional. Por ello, se plantea el objetivo referido a continuación.

En la región, la vigilancia de infecciones de transmisión sexual (ITS) tiene varias fortalezas (existen sistemas rutinarios de vigilancia a nivel nacional en muchos países que recaban información sobre algunas de las ITS más relevantes (p.ej. sífilis y gonorrea), se realiza el monitoreo de sífilis en gestantes y existen algunos programas de vigilancia centinela en clínicas de ITS. Sin embargo, nunca se había hecho una consulta regional sobre vigilancia de ITS, que permita revisar las brechas actuales y promover una respuesta de vigilancia mas armonizada a las ITS en la región.

Nota conceptual

Objetivos de la consulta

Los objetivos generales son:

- a) Revisar la situación actual de la información epidemiológica disponible sobre la infección por el VIH e ITS
- b) Identificar áreas prioritarias para ALC con el fin de reforzar la información estratégica en el sector de la salud sobre la infección por el VIH y las ITS.
- c) Lograr un consenso en cuanto a recomendaciones para mejorar en las áreas identificadas como prioritarias.

Se tratarán durante la reunión aspectos relacionados con la disponibilidad, calidad, análisis y uso de información epidemiológica.

Productos y resultados

- Declaración de consenso en áreas estratégicas prioritarias para reforzar la vigilancia y sistemas de información relacionados a la respuesta a la epidemia de VIH/ITS
- Incremento del conocimiento de los participantes sobre las recomendaciones internacionales en el campo de la información estratégica de la infección por el VIH principalmente enfocada a la vigilancia.
- Compromiso de los participantes de caminar hacia metas prioritarias comunes que se discutirán durante la reunión.

Detalle del transcurso de la reunión

Sesión de Vigilancia de caso de VIH y repaso de la situación en la región

Se presentaron los conceptos principales sobre vigilancia del VIH basada en la notificación de casos. Se debatió sobre la pertinencia del enfoque planteado y se acordó que un sistema de información integrado con un identificador único de caso permitiría maximizar en análisis y uso de la información existente para vigilancia de la infección por el VIH. El día culminó con una mesa redonda que trató temas más actuales sobre metodologías disponibles para medir la incidencia de casos de infección por el VIH y unas experiencias prácticas en estados Unidos y Canadá para el cálculo de la tasa de incidencia del VIH a nivel nacional. Dichas experiencias combinaron el uso de pruebas de laboratorio específicas con la información disponible a través de sistemas de notificación de caso de VIH.

Información estratégica dirigida a programas de atención y tratamiento

El Dr. Massimo Ghidinelli presentó la propuesta de OPS sobre la vigilancia y monitoreo del Tratamiento 2.0. El marco de monitoreo de los servicios de atención y cuidado basa en el concepto de la atención continuada que se plasma en el diagrama de la “cascada de la atención al VIH”. Las personas con VIH pueden lograr los máximos beneficios de la terapia antirretroviral (TAR) si son conscientes de que están infectadas, tienen acceso a la atención del VIH y al tratamiento antirretroviral y son adherentes a la misma. El tratamiento antirretroviral lleva a suprimir la carga viral lo cual presenta beneficios en el individuo y para el control de la epidemia. La evidencia científica ha demostrado que la terapia antirretroviral se ha vuelto más potente, mejor tolerada y menos compleja y por lo tanto, las personas con VIH en tratamiento pueden tener niveles indetectables de ARN del VIH en plasma. Sin embargo, los déficits en la atención continua que va incluso desde antes del diagnóstico del VIH, la falta de vinculación con los servicios de atención y la retención en el cuidado, un acceso tardío a la terapia antirretroviral o problemas de adherencia o ruptura en la provisión continua de medicamentos antirretrovirales son obstáculos para lograr resultados máximos, la implementación exitosa del programa y la reducción de la transmisión del VIH.

En un esfuerzo por reducir los déficits posibles en el continuo de la atención, se presentaron indicadores prioritarios relacionados con la realización de la prueba de VIH, la vinculación a la atención, el tratamiento, la adherencia y retención y la supresión de la carga viral como parte de un proceso de atención continuada. Dicho marco fue aceptado y los indicadores presentados fueron discutidos en grupos de trabajo. La mayoría de los indicadores se clasificaron como alta prioridad. En algunos casos se destacaron problemas operacionales para obtener dicha información y también se formularon algunas sugerencias de mejora.

Vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH

En 2012, la Organización Mundial de la Salud publicó el primer informe sobre la situación de la fármaco-resistencia del VIH a los antirretrovirales a nivel global, reafirmando la necesidad de integrar la vigilancia de la resistencia en los planes nacionales de vigilancia del VIH.¹

En esta sesión de actualización se presentaron las nuevas recomendaciones de la OMS para la vigilancia de la FRVIH a nivel global con enfoque específico en su aplicación en países con epidemias concentradas. Se presentaron los lineamientos esenciales y objetivos específicos de salud pública de 4 diferentes protocolos de vigilancia: estudios de vigilancia de resistencia transmitida en personas con infección reciente; estudios transversales de vigilancia de la resistencia en personas que inician tratamiento antirretroviral; estudios transversales de vigilancia de la resistencia adquirida en personas en

¹ El informe global de la OMS está disponible en la página:
<http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/report2012/en/index.html>

Detalle del transcurso de la reunión

tratamiento antirretroviral; y estudios de resistencia inicial en niños recién diagnosticados y con menos de 18 meses de edad.²

Asimismo se presentó la última revisión de los Indicadores de Alerta Temprana (IAT)³ recomendados por la OMS para la prevención de la FRVIH. Los IAT de 2012 evalúan las prácticas de prescripción de antirretrovirales, en particular de mono y bi-terapia, la permanencia en tratamiento, la puntualidad de retiro de medicamentos, los eventos de desabastecimiento y la supresión de la carga viral. Se destacó la importancia del uso de estos indicadores como herramienta de gestión para la mejora de la calidad de la atención a nivel local en las clínicas que proporcionan terapia antirretroviral.

Manejo y control de las ITS

El Dr. Richard Steen presentó una revisión de la situación de la vigilancia de las ITS en Latino América y el Caribe así como un resumen de la propuesta de la OMS sobre vigilancia de las ITS. Esta propuesta se encuentra detallada en la nueva guía de vigilancia de ITS de la OMS⁴. Explicó que dos de los componentes clave de la vigilancia de la ITS son: notificación de casos (y/o síndromes), y datos programáticos sobre la prevalencia de ITS en mujeres embarazadas y poblaciones clave.

Los participantes discutieron en grupos de trabajo cuán factible es contar con estos elementos básicos de vigilancia en sus países. Identificaron brechas clave en los sistemas actuales de vigilancia de ITS y propusieron soluciones y mejoras. Los participantes revisaron los indicadores de vigilancia epidemiológica para las ITS propuestos por OMS, en términos de su importancia y factibilidad.

Se observó que aunque la mayoría de los países de la región notifica ITS, existe gran diversidad en términos de capacidad de laboratorio y de métodos de notificación, y poca estandarización. Los expertos de los países acordaron que se puede mejorar la notificación rutinaria con abogacía, lineamientos claros y desarrollo de capacidades.

Todos los grupos estuvieron de acuerdo en que la notificación de casos de gonorrea, sífilis y sífilis congénita (como diagnóstico etiológico de ITS) y de descarga uretral y enfermedad genital ulcerativa (como síndromes) es factible. Los participantes también acordaron que el monitoreo rutinario de la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es importante. Además, la mayoría consideró importante hacerlo en trabajadoras/es sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, aunque muchos países manifestaron una falta de dichos servicios para estas poblaciones, lo cual dificulta la vigilancia. Se recomendó fortalecer el área de laboratorio, recurso humano y análisis de información. Los expertos de los países solicitaron apoyo a OPS en abogacía y lineamientos claros para fortalecer los sistemas de vigilancia de las ITS.

Vínculos entre los sistemas de información

La Dra. Priscilla Idele, de Unicef, presentó el marco de vigilancia global para la Iniciativa de Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH seguido de un repaso de la epidemiología y la respuesta

² Más información sobre los protocolos genéricos de la estrategia de vigilancia de la FRVIH está disponible en: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/protocols/en/index.html>

³ La nueva guía con las fichas técnicas de los IAT se encuentra en la página de OMS: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi_meeting_report/en/index.html

⁴ Disponible en inglés en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en/index.html>

Detalle del transcurso de la reunión

frente a la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita en Brasil y las estrategias y perspectivas que se han establecido nacionalmente, presentado por el Dr. Gerson Fernando.

Con respecto a la vinculación de actividades y sistemas de información entre VIH y TB el Dr. Lopez Olarte presentó la situación del avance en las actividades de colaboración e indicadores sobre coinfección TB-VIH. Como ejemplo de dichas actividades el Dr. Sorto presentó la experiencia de El Salvador en fortalecer los vínculos entre los sistemas de información sobre el monitoreo de las actividades colaborativas TB/VIH.

Vigilancia y monitoreo entre poblaciones clave y exposición de póster

Los resultados del análisis de la vigilancia del VIH realizado en poblaciones clave de doce países fueron compartidos por medio de posters. Dichos posters habían sido elaborados tratando temas sobre cómo se obtiene información de poblaciones clave en sus países, cuales fueron los resultados obtenidos, y como usaron y diseminaron dicha información. En conclusión se observa de forma común entre los países que todos cuentan con estudios en poblaciones clave -como HSH-. También se observó que existen varias fuentes de información que permitirían un análisis más integrado y posibilidad de triangular información. Se constató de forma común para los países, la dificultad para generar tendencias en variables de comportamiento y prevalencia de VIH en poblaciones clave.

Información estratégica para la sostenibilidad de la inversión.

Lograr la meta de cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas al SIDA es ahora una prioridad mundial y requiere de un pensamiento y de inversiones estratégicas para asegurar una respuesta sostenible ante el VIH. Ello implica desarrollar una perspectiva integral de la información estratégica como elemento clave para una respuesta eficiente y sostenible, estableciendo los vínculos entre la vigilancia epidemiológica, el rastreo de recursos y el marco de inversión (MI). El MI, incluyendo los modelos y las herramientas para el rastreo y la movilización de recursos, son componentes clave de la información estratégica. Se compartieron experiencias en la aplicación del MI en América Latina y el Caribe para ampliar el concepto de lo que es la "Información Estratégica" y su utilidad en tiempos de crecientes restricciones financieras. Se buscó responder a las siguientes preguntas: ¿Qué información estratégica se necesita para desarrollar planes de inversión e intervenciones sostenibles? ¿Cómo se puede establecer un mapa de ruta para asegurar la sostenibilidad en tiempos de restricciones financieras? La situación de América Latina y el Caribe se analizó en términos de las tendencias en el financiamiento externo, el Producto Interno Bruto, la apropiación nacional de la respuesta, la inversión pública en la respuesta ante el VIH y la dependencia en fuentes externas para la compra de antirretrovirales. En el caso de Jamaica, la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), el ejercicio de Modos de Transmisión (MoT), y el Estudio de Sostenibilidad se desarrollaron y vincularon al Plan Estratégico Nacional, para identificar prioridades, costos y brechas. Con estos insumos se está elaborando una estrategia de sostenibilidad orientada hacia la integración y descentralización de servicios, la reducción en los costos de transacción e inversiones estratégicas, informadas en evidencia en poblaciones e intervenciones clave. El Mecanismo de Coordinación Regional en Centro América, Belice y República Dominicana ha desarrollado una estrategia de sostenibilidad y un mapa de ruta con el fin de reducir la vulnerabilidad financiera enfocado en la optimización de los recursos disponibles (incluyendo la negociación conjunta y compra de ARV, pruebas, condones, y otros insumos clave para el tratamiento y la prevención) así como en la definición de alternativas innovadores para financiamiento adicional.

Recomendaciones y propuestas que derivan de la reunión

Recomendaciones para vigilancia de caso de infección por VIH

- a. Los expertos de los países participantes acordaron la importancia de desarrollar y mantener un sistema de vigilancia de casos de VIH con perspectiva longitudinal, que recolecte información de las persona con VIH y que abarque los diferentes eventos de la cascada de la historia natural o modificada de la infección por el VIH. La vigilancia de caso de VIH presupone una notificación inicial con actualizaciones posteriores. Para ello se recomendó el uso de identificadores únicos de caso, lo cual incorpora variables adicionales a la notificación nominal.
Mantener un identificador único de caso facilita la posibilidad de integrar la información de los diferentes sistemas de información (vigilancia, laboratorio, farmacia, estadísticas vitales) y el seguimiento longitudinal de los casos de VIH. Esto permite asimismo la mejora de la calidad e integralidad de la información a través de la cascada de eventos centinela.
- b. Adicionalmente, se acordó una única definición regional de caso de VIH: *“todo nuevo diagnóstico de VIH independientemente del estadio clínico o inmunológico del caso”*. El diagnóstico de infección por el VIH será determinado según las normas y los estándares de cada país.
- c. Se recomienda la incorporación del componente de vigilancia de carga viral y CD4 como parte del sistema de vigilancia de caso de VIH.
- d. Los expertos de los países participantes de la región recomiendan estandarizar unas variables mínimas que serán esenciales y comunes entre países. Dichas variables se presentan en la tabla 1.

Conclusiones emanadas de la reunión

Tabla 1. Variables mínimas esenciales

Variables socio demográficas Código único (nombre, cedula, etc..)* Fecha de nacimiento Sexo biológico Lugar de residencia
Variables sobre la notificación y diagnóstico Fecha de notificación Unidad notificante Fecha de diagnóstico
Variables de comportamiento de riesgo y factores de riesgo** , referidas a comportamiento sexual (no orientación sexual), uso de drogas inyectables, exposición a transfusiones, transmisión perinatal. Intercambio de sexo por dinero u otros bienes (sexo transaccional). Etc... A partir de algunas de estas variables de comportamientos de riesgo y a través de algoritmos estandarizados puede obtenerse las categorías de mecanismos de transmisión.
Variables inmunológica y virológica y de tratamiento** CD4 Carga viral Fecha de inicio de ARV
Variables sobre estado vital** Fecha de muerte

* Los países deben considerar el desarrollo de un código único adaptado al contexto nacional.

**La recolección de dichas variables podrá realizarse posteriormente a la notificación del caso de VIH.

- e. Se recomienda considerar otras variables como la identidad de género (masculino, femenino, transgénero); grupo étnico; nivel educativo como variable marcadora de nivel socioeconómico, nacionalidad, estatus migratorio, uso de drogas no inyectables, TB y embarazo.
- f. La vigilancia de casos de sida se consideró un evento notificable dentro del sistema de vigilancia longitudinal de caso de VIH. Esto permitirá evaluar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos.

Para garantizar la calidad y funcionalidad de sistemas de vigilancia de caso de VIH es necesaria una mayor vinculación entre sistemas de información de vigilancia, atención médica, farmacia, laboratorio, y estadísticas vitales (mortalidad). Los participantes consideraron esencial asegurar el apoyo político oportuno, el desarrollo de protocolos de integración de información que propicien rutinas de trabajo interdisciplinarias y la integración de miembros de la sociedad civil en la abogacía y planificación de dichos sistemas.

- g. El fortalecimiento y capacitación de recursos humanos en diferentes niveles y funciones se recomendó como un elemento clave para el funcionamiento del sistema y para asegurar la calidad del dato. Por ejemplo, es importante asegurar la capacitación de proveedores de salud en la obtención de información válida sobre comportamientos de riesgo de una manera culturalmente apropiada y respetuosa.

Conclusiones emanadas de la reunión

- h. Los participantes también recomendaron promover la vinculación con proveedores de servicios de base comunitaria que trabajan con grupos clave vulnerables. Igualmente, es necesario asegurar la capacitación en análisis de aspectos específicos de la vigilancia de casos de la infección por el VIH (análisis longitudinal) de epidemiólogos y estadísticos, incluyendo la capacidad de integración de la información de los diferentes sistemas de información, el trabajo con bases de datos relacionadas, y el desarrollo de los análisis apropiados y difusión de la información.
- i. Se recomienda que el sistema incluya componentes de monitoreo sistemático y mejora de la calidad de datos.
- j. Todos los países recogen datos de diagnóstico de infección por VIH en niños, pero identifican retos en la vigilancia de los niños expuestos. Por ello, se recomienda fortalecer el seguimiento del binomio madre-hijo mediante una mayor colaboración con los servicios de atención materno-infantil, así como promover la investigación de caso de niños con VIH.
- k. Según se van mejorando los sistemas de información, deben también desarrollarse procesos para garantizar la seguridad (física y electrónica) y confidencialidad de estos datos sensibles. Medidas efectivas de protección de datos deben existir a todos los niveles, desde la provisión de servicios hasta el nivel nacional.

Información estratégica para la gestión de programas de atención y tratamiento

En la reunión se presentó una propuesta de marco de monitoreo para los Programas de VIH basado en el concepto de “continuo de la atención” que se realiza en forma de cascada a partir del diagnóstico, vinculación a la red de atención, tratamiento, permanencia en atención y tratamiento, y supresión de la carga viral. Este marco es una medida de apoyo a la implementación de la Iniciativa de Tratamiento 2.0 en la región de América Latina y Caribe. Esta propuesta representa una herramienta para el monitoreo programático y se basa en una reorganización de indicadores ya existentes. El monitoreo con los indicadores de la cascada del continuo de atención permite analizar las brechas en los servicios de atención a nivel individual así como el impacto a nivel poblacional (reducción de morbilidad e incidencia de nuevas infecciones).

- a. Los participantes de los países acordaron la utilidad de este marco para identificar brechas en los sistemas de información y en las diferentes etapas de la cascada con relación a acceso, cobertura, permanencia y calidad de los servicios. Asimismo se presentó una propuesta de indicadores para el monitoreo de la “cascada” de la atención continuada que los países analizaron con relación a relevancia y factibilidad.
- b. Los participantes de los países aceptaron y reconocieron el valor de los indicadores clave de la “cascada” del continuo de la atención, destacando la necesidad de desarrollar definiciones específicas de los numeradores y denominadores.
- c. Asimismo se destacó la necesidad de fortalecer las capacidades de vinculación de datos entre diferentes sistemas de información.
- d. Finalmente se resaltó la necesidad de asegurar el desglose de estas mediciones de la cascada (acceso, cobertura y calidad de atención) para poblaciones clave, incluyendo HSH, TS, UDI.

Conclusiones emanadas de la reunión

- e. Los participantes destacaron la necesidad de armonizar para minimizar la cantidad de indicadores solicitados con relación a AU, GARP, encuestas de antirretrovirales, IAT, VIH-TB, Iniciativa de Eliminación.

Vigilancia de las ITS

Aunque la mayoría de los países de la región notifica ITS, existe gran diversidad en términos de capacidad de laboratorio y de métodos de notificación, y poca estandarización. Sin embargo, los expertos de los países acordaron que se puede mejorar la notificación rutinaria con abogacía, lineamientos claros y desarrollo de capacidades.

Los participantes revisaron los indicadores de vigilancia epidemiológica para las ITS propuestos por OMS, en términos de su importancia y factibilidad.

- a. Todos los grupos estuvieron de acuerdo en que la notificación de casos de gonorrea, sífilis y sífilis congénita (como diagnóstico etiológico de ITS) y de descarga uretral y enfermedad genital ulcerativa (como síndromes) es factible. Los participantes también acordaron que el monitoreo rutinario de la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es importante. Además, la mayoría consideró importante hacerlo en trabajadoras/es sexuales y hombres que practican sexo con otros hombres, aunque muchos países manifestaron una falta de dichos servicios para estas poblaciones, lo cual dificulta la vigilancia.
- b. Se recomendó fortalecer el área de laboratorio, recurso humano y análisis de información. Los expertos de los países solicitaron apoyo a OPS en abogacía y lineamientos claros para fortalecer los sistemas de vigilancia de las ITS.

Integración de información materno-infantil y TB-VIH

La sesión reiteró la importancia de la vinculación de sistemas de información abordando ejemplos en el ámbito de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis congénita y Tuberculosis y VIH.

- a. Se considera importante fortalecer la coordinación, intercambio y análisis conjunto de información entre programas de salud materna, infantil y VIH así como de TB y VIH. Asimismo monitorear el avance de la implementación de las actividades de colaboración de TB-VIH.

Vigilancia y monitoreo en poblaciones clave

Los expertos de los países recomiendan la vigilancia en poblaciones clave para conocer las epidemias nacionales, orientar políticas de prevención y atención y tratamiento, así como la asignación de recursos.

Los sistemas de notificación de casos de VIH presentes en los países, permiten obtener información del número de casos, características sociodemográficas y distribución geográfica de casos en poblaciones clave (HSH, TS, UDI, etc.) sin embargo la calidad de los datos varía entre países.

- a. Las variables de comportamiento de riesgo necesitan ser mejoradas, más estandarizadas y armonizadas, y su recolección estandarizada a través de mayor capacitación en su obtención. Como se mencionó anteriormente, los países pueden considerar recolectar datos sobre transgénero.

Conclusiones emanadas de la reunión

- b. Para reducir las brechas de información se recomienda realizar estudios especiales sobre prevalencia de infección por el VIH, comportamiento de riesgo, conocimiento, actitudes y practicas, determinantes sociales de salud, comorbilidades en estas poblaciones. Estos datos permiten triangular la información de los sistemas de rutina con datos más fidedignos con relación a las poblaciones clave para tener una imagen mas completa de la epidemia en estas poblaciones. Los países con poblaciones más pequeñas (menos de 500,000 habitantes) pueden desear priorizar la recolección de datos sobre poblaciones clave usando los sistemas de vigilancia de casos de VIH.

Los países se enfrentan con retos por la necesidad de repetir periódicamente estos estudios para evaluar tendencias en el tiempo ya que existen problemas de sostenibilidad, por los altos costos de realización, la frecuente dependencia de fondos internacionales, y falta de planificación de un presupuesto nacional para planes continuos de implementación. Además los participantes de los países destacan problemas operacionales por dificultad de acceso a estas poblaciones, falta de recursos humanos capacitados para apoyar la implementación a nivel comunitario y de recursos humanos técnicos a nivel de los programas, y dificultad por limitaciones de representatividad, calidad y por mantener metodologías homogéneas en el tiempo.

- c. Se recomienda mejorar el uso estratégico de esta información, y se resaltó la importancia de la misma para orientar políticas públicas de prevención, atención y tratamiento por parte de los programas nacionales, y en algunos países también para la reorganización de servicios de salud. Asimismo como para la elaboración de propuestas de financiación por parte de donantes nacionales, internacionales, bi- y multilaterales.
- d. Se destaca el reto de mejorar la diseminación de la información y en particular que llegue a los destinatarios clave para su uso, incluidas las poblaciones clave y responsables de planificación.
- e. Se recomienda la participación y la información proporcionada por las organizaciones de base comunitaria y ONGs ya que agrega datos adicionales importantes a la vigilancia rutinaria y estudios especiales sobre la realidad de acceso de estas poblaciones a la red de servicios.

Agenda de la reunión

Agenda

1er Día . Miércoles 7 de noviembre, 2012

Relator: Marcelo Vila, Nasim Farach, Clarisa Brezzo

Facilitadores: Eliseo Orellana (mañana) Claudia Vázquez (tarde)

Hora	Tema	Formato/Descripción	Responsable
7:30-8:00	Inscripción/Recogida de documentación		
8:00-8:45	Introducción, bienvenida Objetivos		Ministerio de Salud, PWR M. Ghidinelli –objetivos
8:45-9:15	Resumen de las recomendaciones para la vigilancia de 2ª generación y repaso de la situación de la información epidemiológica y sistemas de vigilancia. 20'	Presentación/Resumen de las nuevas recomendaciones y revisión de los acuerdos logrados en la última reunión regional considerando también las reuniones subregionales. Revisión del estado de los sistemas de vigilancia.	Txema García Calleja. OMS
9:15-10:15	Recomendaciones para la Vigilancia de caso de VIH (VC-VIH) Revisión del concepto. ¿Qué elementos de información son clave para la vigilancia de caso? Incluye temas como: a) Vigilancia de caso de VIH en la transmisión madre – hijo en el contexto de la Iniciativa de Eliminación y como manejarla. b) Vigilancia de Carga Viral (CV) y CD4: usos y aplicaciones.	Recomendaciones internacionales 20' Ejemplo: caso de Haití 15' Ejemplo de integración de los datos de laboratorio y vigilancia de caso (laboratorio y CD4, CV): caso de Brasil 15' Preguntas y respuestas 10''	I. Zaidi (CDC-GAP Atlanta) Ministerio de salud de Haití Ministerio de Salud de Brasil
10:15-10:30	Organización de grupo de trabajo: resolviendo las preguntas	Grupo de trabajo. Discusión sobre los logros y barreras (y posibles soluciones) en cada grupo. Preparación de 2 diapositivas por cada pregunta.	Facilitador Explicación del grupo de trabajo 10'

Agenda de la reunión

Hora	Tema	Formato/Descripción	Responsable
10:30-10:45	Café		
10:45-13:00	<p>Manejando la vigilancia de caso de VIH desde una perspectiva longitudinal: ¿Qué modificaciones se requieren para tener un sistema de vigilancia de caso de VIH funcional? ¿Cuáles son las barreras que encuentra en su país para tener este sistema? ¿Cuáles son las barreras que hay en el país para determinar de forma adecuada las tasas de transmisión de madre a hijo? ¿Es factible la vigilancia de CV y CD4 en su país? si no es así, ¿qué soluciones se podrían dar?</p>	<p>Formación de grupos</p> <p>Facilitador resume consensos y desacuerdos.</p> <p><i>Primer ejercicio de grupo de trabajo.</i></p>	Grupo de trabajo
13:00-14:00	Comida		
14:00-15:00	Grupos presentan su trabajo a la plenaria	Cada grupo tiene 10' Discusión plenaria 20'	
15:00-15:30	Café		
15:30-16:30	Mesa redonda: Medida de la incidencia de infección por el VIH y aplicaciones para la vigilancia.	<p>Notificación de casos de VIH y estimación de la incidencia. Caso de EEUU. 20'</p> <p>Caso de Canadá. 20'</p> <p>Informe del grupo de trabajo de incidencia de VIH de la OMS: T. García Calleja 15'</p>	<p>Presidente: T. García Calleja. OMS</p> <p>A. Hernández (CDC, Atlanta)</p> <p>Chris Archibald (PHAC, Ottawa)</p> <p>Txema García Calleja (OMS, Ginebra)</p>

2º Día. Jueves 8 de noviembre, 2012

Relator: Maxia Dong, Eldonna Boisson, Paul Edwards

Facilitadores: Patricia Bracamonte (mañana) Irum Zaidi (tarde)

Hora	Tema	Formato/Descripción	Responsable
8:30-12:30	Información estratégica dirigida a programas de atención y tratamiento		
8:30- 9:00	Vigilancia y monitoreo del Tratamiento 2.0 15'	Duración de la presentación: 15'	M. Ghidinelli (OPS)
9:00-9:30	Vigilancia de la farmacorresistencia del VIH (FRVIH)	Duración de la presentación: 20' Nuevas recomendaciones	G. Ravasi (OPS)

Agenda de la reunión

		de la OMS para FRVIH (transmitida, pre-TAR, adquirida e inicial) y su aplicación en la Región. Preguntas y discusión 10'	
9:30-12:30	Preguntas: ¿Qué áreas/indicadores son esenciales para manejar un programa de TAR para la Región. Café disponible a las 10:00	Grupos. <i>Segundo ejercicio de grupo de trabajo.</i>	Facilitador
12:30-13:30	Comida		
13:30-14:30	Información a la plenaria. Discusión y consenso	Presentación de los grupos de trabajo: 10' por grupo	Facilitador
14:30-15:00	Manejo y control de las ITS: ¿Qué información se necesita para la vigilancia y cómo podemos obtenerla?	Estrategia Global de control de las ITS y Recomendaciones de la OMS para vigilancia de las ITS. 20' Preguntas y discusión.	Richard Steen (Consultor experto ITS, OMS)
15:00-16:00	Priorización de ITS esenciales. Identificación de brechas en los actuales sistemas de vigilancia y propuestas de planes para mejorar. Café disponible a las 15:00	Formación de grupos <i>Tercer ejercicio de grupo de trabajo.</i>	Facilitador
16:15-17:15	Informe a la plenaria y conclusiones principales	10 minutos cada grupo	Facilitador
17:15-18:15	Exposición de póster sobre poblaciones clave.	Los países presentan póster sobre: Cómo obtienen y usan la información sobre Poblaciones de mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones clave. 1 hora de exposición. Estrategia de mercadeo.	Facilitador

Agenda de la reunión

3er Día. Viernes 9 de noviembre, 2012

Relator (solo de mañana): Giovanni Ravasi, Karen Hymbaugh, Marjolein Jacobs

Facilitadores: Marc Connolly (mañana) Mónica Alonso González (tarde)

Hora	Tema	Formato/Descripción	Responsable
8:15	Bienvenida día 3.	Presentación de 1ª sesión de la mañana	Facilitador
8:30-10:00	Vínculos entre los sistemas de información: <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos de coordinación entre sistemas de información: Transmisión Madre a Hijo. Ejemplo de coordinación entre sistemas de información: tuberculosis. 	Marco de Vigilancia Global para la Iniciativa de Eliminación. UNICEF Datos sobre VIH y sífilis materno- infantil. Brasil TB-VIH: Marco conceptual (OPS) Experiencia de El Salvador.	Preside: Priscilla Idele (UNICEF) Marco de Vigilancia Global para la Iniciativa de Eliminación del VIH (Priscilla Idele, UNICEF) 15' Gerson Fernando (MSP Brasil) 15' Rafael Lopez Olarte (OPS) 6' Dr. Salvador Sorto (El Salvador) 15" Discusión plenaria y temas principales 10'
10:00-10:15	Café		
10:15-11:15	Información estratégica para la sostenibilidad de la inversión.	Visión general del marco de inversión Requerimientos estratégicos de información para el análisis de inversiones (instrumentos de la MEGAS, ITV y RNM) 15". Ejemplo de aplicación en ALC.15' Discusión 20'	ONUSIDA RST-LA ONUSIDA RST-Caribe
11:15-13:45	Vigilancia y monitoreo entre poblaciones clave Preguntas a resolver: ¿Qué datos son necesarios y qué poblaciones son importantes? ¿Cómo obtener esa información desde los sistemas de información existentes? ¿Cuáles son las ventajas	Situación regional sobre los métodos para vigilancia en poblaciones claves. 15' Mesa de Grupos de trabajo con preguntas. <i>Cuarto ejercicio de grupos de trabajo</i>	Txema García Calleja (OMS) Facilitador Discusión plenaria y cierre

Agenda de la reunión

	y desventajas de estudios especiales? ¿Cómo promover la traslación de la información para la toma de decisiones?		
13:45-14:45	Comida		
14:45-16:30	Recomendaciones y propuestas que derivan de la reunión. Presentación de los proyectos de recomendaciones. Café disponible a 15:00	Plenaria con facilitador. Proyectos a discutir se muestran en pantalla.	Facilitador
16:30-17:00	Conclusiones y cierre		

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Resultados de Grupos de trabajo

La Consulta regional contó con varias sesiones de trabajo en grupo. La organización de los participantes en grupos de trabajo para las sesiones de trabajo fue la siguiente:

Grupo 1: Guatemala, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Ecuador, OPS, USAID, ONUSIDA.

Grupo 2: Cuba, Uruguay, Perú, Panamá, Colombia, México, OPS, CDC, UNFPA.

Grupo 3: Honduras, El Salvador, República Dominicana, Venezuela, Paraguay, Brasil, CDC, COMISCA, ONUSIDA, Health Focus, OPS, Organismo Andino de Salud

Grupo 4: Haití, Trinidad & Tobago, Jamaica, Bahamas, Surinam, Dominica, Guyana, Belice, CDC, Public Health Agency of Canada.

Anexo 1. Grupo de trabajo sobre vigilancia de caso de VIH

Primer ítem: ¿Está de acuerdo con tener una única definición regional de caso de infección por el VIH para la notificación y el análisis? ¿Cuáles son las variables fundamentales mínimas que deben proponerse como parte de un sistema de notificación de caso de VIH?

Grupo 1

Todos los países tienen notificación de VIH. Caso VIH es caso confirmado como VIH positivo con técnica específica de cada país. Debe haber una definición regional, a fin de poder comparar. Se hace el análisis en base a las personas notificadas.

Las Variables fundamentales mínimas son:

- Nombre de la Institución
- La identificación: Se debe asegurar la no duplicidad
- Sexo biológico
- Género
- Lugar de residencia
- Edad
- Fecha de Nacimiento
- Fecha de diagnóstico

Vía de exposición: transmisión vertical, relaciones sexuales con mujer, relaciones sexuales con hombre, relaciones sexuales con TRANS, uso compartido de equipos para inyectarse drogas, transfusión sanguínea y accidente laboral

- Nivel de educación

Ocupación

- Etnia (cómo se considera usted?)
- CD4
- Estadio clínico
- Estado Civil (opcional)

Grupo 2

Se está de acuerdo en tener una única definición regional de caso de VIH para la notificación y análisis.

Las variables mínimas de notificación de caso de VIH son:

Identificador único,

Nombre,

Fecha de nacimiento,

Sexo,

Edad,

Localidad, Municipio, estado, etnia,

Escolaridad,

Unidad médica notificante,

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

<p>Mecanismo de transmisión (Sexual: homosexual, heterosexual, bisexual; Perinatal y Sanguíneo: UDIs, ocupacional, postransfusional), En mujeres si está embarazada, Fecha de notificación, Fecha de confirmación diagnóstica. Enfermedades oportunistas.</p>
<p>Grupo 3 Todos los participantes están de acuerdo en tener una definición de caso única regional para el VIH. Las metodologías para caso confirmado de VIH se determinarán según algoritmo de cada país. Variables mínimas: Demográficas: edad, sexo, embarazo, fecha de nacimiento, nombre y/o código de identificación, procedencia (residencia y notificación), fecha de diagnóstico, fecha de notificación, etnia. Categoría de exposición: sexo comercial, no uso de condón, UDI, abuso sexual, exposición laboral. Identidad sexual: trans, gay, HSH. Laboratorio: CD4 y Carga Viral. Fecha de inicio de ARV. Fecha de muerte.</p>
<p>Grupo 4 Yes</p> <ul style="list-style-type: none">• Unique identifier - First 2 initials of first and last name• Socio demographic data<ul style="list-style-type: none">- Nationality- Age- Gender- Ethnicity• Behavioural risk factors<ul style="list-style-type: none">- sexual orientation??• CD4 count at diagnosis and all CD4• Viral load at diagnosis and all viral load• ART• Date of death• Cause of death <p>Barriers</p> <ul style="list-style-type: none">• Migration• Non nationals will not have birth registration #• AIDS/AIDS related complication is frequently absent from death certificate• Absence of SOPs <p>Notes</p> <ul style="list-style-type: none">• Active surveillance is necessary• Case definition needs to be built into the system• Importance of SOPs <p>Suriname has a UI (1st 2 initials from first and last name, DOB). No evaluation done re duplication. Challenges – instructions not followed by provider. Is this a UI or is it a coding system to replace a name? Response- It serves both purposes. The physician usually asks for an ID card at testing. What socio demographic variables would be pertinent? Bahamas: nationality. The UI used is only in the STI clinic. Everyone at birth gets a birth registration number. Providers link each patient to this. For persons not born in the Bahamas this is challenging. A lot of outreach in hot spots free HIV testing is done along with free credit. An anonymous questionnaire is</p>

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

completed which include sexual orientation and DOB.
Sexual orientation – this information was removed from the HIV testing form in Suriname
Barbados: Include risk factor on the VCT form. Once a relationship is built with the patient (during care and treatment) then the behavioural questions are included.
Jamaica includes questions that capture behavioural data on the VCT form.
Trinidad: Data captured for positive and negative clients alike through HIV testing intake form. Risk factors identified by CAREC is factored on the form.

Segundo ítem: ¿Qué modificaciones tendría que hacer en su sistema de información para tener un sistema de notificación de caso de VIH funcional mejorado en su país?

Grupo 1

El sistema de información existe en los países, pero hay notificación tardía de caso VIH, falta de notificación y actitud proactiva al reporte.
Debería haber bases de información integradas y mejorar el flujo y la calidad de la información. Se deben institucionalizar procesos y procedimientos. Debería estar insertado en el sistema de información de cada uno de los países.

Grupo 2

Integración de sistemas de información de vigilancia, atención médica y laboratorio.
Identificadores únicos de casos.
Flujos de información funcionales.
Capacitación continua.

Grupo 3

Varias fuentes de información se puedan interconectar variables para construir la información en VIH.
Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo de la calidad de datos
Construir estándares evaluar mínimos del sistema.
Fortalecer las estrategias de difusión y análisis de la información retroalimentación.
Establecer variables mínimas obligatorias para la notificación del caso VIH.
Capacitación del personal de epidemiología para el análisis de la información de VIH.

Grupo 4

- Implementation of a system that is linked/wholesome
- Include questions that capture behavioural data: working with NGOs to collect behavioural risk data – more likely to capture data from at risk groups
- Multi purpose health facilities in order to link services provided to the same client for CBS
- Public – private sector partnership
- Legislation
- Availability of data in the public domain eg on MOH websites

Barriers

- UI assigned based on services
- In Haiti no death certificate is required for burial
- Lack of the relevant legislations

Tercer ítem: ¿Es factible en su país recopilar los datos de casos de infección por el VIH en niños? ¿y evaluar los programas de PTMI usando un sistema de notificación de caso de VIH? ¿Cuáles serían las barreras?

Grupo 1

Si es factible pero hay muchas limitantes especialmente en el seguimiento, la debilidad de la APS, los servicios fragmentados, el diagnóstico oportuno, el llenado de fichas por varios actores.

Grupo 2

Sí es factible recopilar datos de infección por VIH en niños.

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

<p>Es difícil evaluar los programas de PTMI.</p> <p>Barreras: Falta de información en sistemas de vigilancia. Falta de seguimiento de embarazadas para la identificación de eslabones críticos. Detección oportuna de VIH y embarazo, Tratamiento oportuno, apego al tratamiento. Vía de terminación del embarazo (parto o cesárea) Profilaxis y manejo del RN Seguimiento del RN para la confirmación o descarte del padecimiento.</p>
<p>Grupo 3 Es factible recopilar la información de infección VIH en niños.</p> <p>Barreras: Pérdida de niños expuestos. Sub notificación de los casos de los niños expuestos.</p> <p>Recomendaciones: Sensibilización del personal que atiende en materno-infantil. Relacionar bases de datos. Asegurar la disponibilidad y mejores costos.</p>
<p>Grupo 4 Yes with challenges</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unique identifier needed • Definition of children/youth • Mother and baby each get registration number and both are linked – Bahamas • Data need to be common to both mother and child <p>Barriers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Countries are not prepared for the transition from child to young adult • Gaps in data • Loss to follow-up • Paper-based systems – difficult to link • Name change with babies • Adherence

Cuarto ítem: ¿Qué opina sobre la incorporación de datos de carga viral y CD4 como mejoras clave para la notificación de casos de infección por el VIH en los países y por consiguiente para la región? ¿Es la vigilancia de carga viral y CD4 factible en sus país? y si no, ¿que soluciones puede contemplar?

<p>Grupo 1 Si es importante, pero en la medida que no retrase la información. Es factible, pero el problema es la oportunidad del dato, por lo que es importante la integración de la información. Hay una limitante que es el desabastecimiento de reactivos para CD4 y CV.</p>
<p>Grupo 2 Es necesario contar con los resultados de CD4 y CV; sin embargo al incorporarlo en la notificación se tendría un retraso en la notificación de los casos.</p> <p>Se propone que estas variables se consideren para el seguimiento de los casos y se registre en los sistemas la fecha de su primer determinación.</p>
<p>Grupo 3 De acuerdo con la incorporación de los valores de CD4 y Carga viral. Buscar nuevas tecnologías que sean más accesibles a las personas. Es factible?</p>

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

<p>Sí. Debe mantenerse para monitorear la calidad de acceso al sistema de salud. Debe ser discutido a mayor profundidad para que pueda ser flexible para poder ser modificado dependiendo la evolución.</p>
<p>Grupo 4 Yes. <ul style="list-style-type: none">• Individual and programmatic perspective• Helps with the direction of the programme• Informs testing programmeIs it feasible? Yes Added value: <ul style="list-style-type: none">• Adherence• Indicator for late or early presenters• Indicator for proportion of the population with AIDS• Informs programming• Compare countries and regionsBarriers <ul style="list-style-type: none">• Testing, reporting and follow-up done outside of country in many cases• Migration• Cultural including use of traditional medicine• Referral and counter referral system</p>

Quinto ítem: ¿Piensa que es importante o pertinente mantener la notificación de casos del sida también?

<p>Grupo 1 Es importante que se notifique infección avanzada de VIH</p>
<p>Grupo 2 Sí es necesario continuar con las estadísticas de SIDA. Te permite seguir conociendo la tendencia del SIDA, Permite evaluar la efectividad del tratamiento con ARV, al estar retrasando la etapa de SIDA.</p>
<p>Grupo 3</p>
<p>Grupo 4 AIDS reporting as a continuum to HIV reporting. There is the need for an AIDS registry Added value: <ul style="list-style-type: none">• Effective way of tracking treatment programme• Indicator for late presenting• Gives an idea of stage in relation to exposure and/or diagnosisBarriers <ul style="list-style-type: none">• Duplication• CD4 change (backwards) – is the person still classified as having AIDS• AIDS cases not captured as HIV in some instances (Diagnosis vs staging). The two are sometimes added• Newly diagnosed case sometimes confused with a new infection</p>

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Anexo 2. Grupo de trabajo sobre tratamiento y cuidado de la infección por el VIH en el continuo de atención

Respuestas generales de los grupos:

<p>Grupo 1: Se acuerda con el marco pero son muchos indicadores aún. Es importante que los países realicen un análisis de factibilidad y de costo del reporte estos indicadores.</p> <p>Las barreras están muy vinculadas a la efectividad de los flujos de información, a la posibilidad real de realizar estudios periódicamente (por ejemplo, infraestructura, personal, financiamiento) y a la disponibilidad de insumos y reactivos en el sistema de salud. Para ayudar a resolver esto, sería importante:</p> <ol style="list-style-type: none">Lograr el involucramiento y compromiso de las más altas autoridades;Asegurar el uso de la información;Institucionalizar procesos y procedimientos de los sistemas de información en VIH, y estandarizarlos;Que los indicadores poblacionales se ajusten a los tiempos en que se realizan las encuestas nacionales en los países (bianual – quinquenalmente)
<p>Grupo 2: Expresamos el acuerdo con este marco conceptual sin que esto implique una imposición para los países, pero si ponerlo como oportunidad para la discusión sobre cómo implementarlo y quien lo lideraría dentro de los ministerios de salud pública. En USA, permitió que la vigilancia, que trabajaba aisladamente, se pusiera en contacto con otras instancias de dialogo y trabajo conjunto y al mismo tiempo que la confidencialidad fuera una un eje transversal para todos los actores más allá del propio programa de sida, alineamiento de la distribución de los fondos con la geografía de la epidemia. En la región, se alinea con las dinámicas que vive la vigilancia en nuestros países de buscar más fuentes y mayor calidad de la información producida.</p>
<p>Grupo 3: De acuerdo con el marco y muchos son indicadores que ya se reportan. Se debe considerar las dificultades de los países para reportar los indicadores de la cascada. Debe armonizarse las fichas de los indicadores.</p>
<p>Grupo 4: De acuerdo con el marco de la cascada y se sugiere un indicador adicional al final debe referir a mortalidad por VIH (después de supresión de CV). número de muertes por VIH.</p> <p>Capitalizar de los indicadores ya utilizados para los informes en vez de aumentar el número.</p> <p>Armonización de indicadores y priorización por países sobre su reporte.</p>

El resumen de los resultados de la revisión de indicadores por los países aparece en el recuadro 1. Del total de 35 indicadores hubo un acuerdo total sobre 22 indicadores de alta prioridad para la gestión de programas de atención y tratamiento. La necesidad de difundir más ampliamente el marco de estos indicadores (con las fichas técnicas de los mismos que expongan claramente el objetivo de cada uno) se propone con el fin de armonizar y apoyar la gestión del programa de atención y tratamiento.

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Recuadro 1. Resumen de análisis de indicadores de la cascada de atención y tratamiento del VIH

Áreas temáticas	Prueba de VIH	Referencia con atención	Cuidado TAR	Adherencia y retención	Supresión de carga viral
Indicadores clave cascada	# y % PVV que conocen su estado serológico, i.e. con Dx infección por el VIH. (Denominador: # PVV estimado) (TasP Metrics Framework.) y por HSH, TS, IDU.	# y % de nuevos Dx VIH en atención (TasP Metrics Framework.) (se propone como numerador proxy el tener un primer CD4 realizado o por visitas)	# de PVV que se encuentran actualmente en tratamiento: % respecto del total de PVV estimadas, y % respecto del total de PVV elegibles para tratamiento (GARP, TasP framework)	# y % de PVV que actualmente reciben cuidados (proxy: con 2 ó + visitas en los últ. 12 meses, alternativa de variables proxy con ≥ 2 CD4/año o 2 CV/año o recogida de ARV) (Marco de medición del Tratamiento como prevención)	% of total estimated PLHIV who are virologically suppressed (Denominator: Tot estimated # PLHIV) (TasP Framework)
Acceso/coertura	# nuevos Dco VIH en un período	Mediana tiempo desde Dco VIH a 1er CD4 o CV.	# y % de personas en tratamiento ARV por línea de tratamiento (primera, segunda y tercera) (encuesta ARV de OMS)	% de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantienen en tratamiento después de 12 meses (GARP)	% of PLHIV on ART who are virologically suppressed (VL<400 copies), (Denominator: tot # on ART) (TasP metrics Framework)
	% embarazadas con prueba de VIH y sus resultados (3.4 Universal Access)		Tasa de cambio anual: % de PVV que cuyo tratamiento es cambiado de 1a a 2a línea debido a falla por año (encuesta ARV OMS)	% de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantienen en tratamiento después de 24 meses (Acceso Universal)	
	% pacientes con TB con una prueba de VIH apuntada en su Historia (HIV-TB C1.1)		% de embarazadas que recibe antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión madre-hijo (GARP 3.1)	% de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantienen en tratamiento después de 36 meses (Marco de medición del Tratamiento como prevención)	
	% HSH, TS, UDI con prueba de VIH y conocen resultado en ult 12 meses (GARP 1.9, 1.13, 2.4)		% estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH (HIV-TB B1.2.2 GARP)	% de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantienen en tratamiento después de 60 meses (Acceso Universal)	
	CD4 al Dco (CD4 basal): % <350 / % <200			% pacientes que se mantienen en TAR de 1a línea a los 12 meses (IAT, 2010)	
	% personas con VIH entre los testados por subgrupos (total, TB, embarazadas)				
	% of women & men 15-49 who received an HIV test in past 12 months and know their results (GARP 1.5)				
Calidad	% of HIV positive pregnant women whose regular partner has been tested (modified TasP Metric Framework)	% nuevas personas inscritas en atención al VIH que comienzan terapia preventiva con isoniacida (IPT) (HIV-TB B2.1)	# de esquemas de tratamiento ARV de 1a y 2a línea vigentes # y % de pacientes por esquema; % de pacientes que toman medicamentos obsoletos (d4t, IDV, nfv, ddi)		% patients receiving ART at the site after the first 12 months of ART whose viral load is <400 copies/ml (EWI 2011)
		% of adults and children enrolled in HIV care who had TB status assessed and recorded during their last visit (HIV-TB B1.1)	Nro promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año. O % de personas en tratamiento con 2 exámenes de carga viral por año		
		% PLWH enrolled in HIV care and eligible for co-trimoxazole (CTX) prophylaxis (according to national guidelines) currently receiving CTX prophylaxis (Universal Access 4.6) age	Costo medio por paciente en tratamiento ARV		
Otros		% fármaco resistencia detectada entre pacientes naïve al tto. (HIVDR) (estudios centinela)	% de establecimientos de salud que entregan ARV y que han experimentado un quiebre de stock de por lo menos un medicamento ARV en los últimos 12 meses (AU, IAT)		
			Número de quiebres de stocks en un período dado según la definición operacional (reunión DOR)		
			# de trabajadores de salud de centros que proveen Atención para PVV que desarrollan TB durante el periodo del informe. (OMS VIH-TB B3.2)		

Notas: Códigos de color: Verde = alta prioridad; amarillo = prioridad intermedia, rojo = baja prioridad, Celdas con llamadas de color reflejan indicadores con diferentes opiniones sobre su prioridad. El color de la llamada refleja la prioridad asignada por el otro grupo.

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Análisis específico de cada indicador

Tema: Prueba del VIH (grupos que aportaron: grupo 1 y grupo 2)		
	Número y porcentaje de PVV que conocen su estado serológico, i.e. han sido diagnosticados con la infección del VIH (Denominador: número total estimado de PVV) por grupo: HSH, TS y UDI.	
	Comentarios	Prioridad
Grupo 1	El indicador es relevante, pero la población UDI debe ser opcional Clarificar si la recolección de información por grupos de riesgo será desde un estudio especial o si se basa en registros del sistema de monitoreo y evaluación. Países deben tener flexibilidad para añadir otros grupos a criterio del país en el desglose.	Alta
Grupo 2	La mayoría de los países estiman por Spectrum el denominador, las limitantes del sistema de V para registrar las notificaciones, las limitaciones para el acceso a la prueba.	Alta
	Número de casos nuevos de VIH en el período.	
Grupo 1	Este indicador es la base de otros indicadores.	Alta
Grupo 2	Todos los países tienen este dato.	Alta
	Porcentaje de embarazadas que fueron tamizadas para VIH y recibieron sus resultados.	
Grupo 1	Definir si el denominador es proyección nacional de embarazadas o las embarazadas programadas por el sistema de salud. (además añade un cambio a este indicador: "fueron tamizadas" por "han recibido prueba")	Alta
Grupo 2	Depende del acceso a la prueba y disponibilidad de información desde las áreas de salud materna sobre los controles pre natales.	Alta
	Porcentaje de pacientes de TB que recibieron una prueba de VIH y sus resultados fueron registrados.	
Grupo 1		Alta
Grupo 2	Depende de coordinación con programa de TB para que sea registrado y comunicado, que se siga el algoritmo de cada país.	Alta
	Diagnóstico en CD4 (conteo basal de CD4): mediana/% <350 / % <200	
Grupo 1	Resultados de CD4 pueden demorar en estar disponibles. De utilizarse, tendría que ser indicador anual y ser útil para la abogacía y campañas de acceso a la prueba. (Además hace un cambio al indicador: "Diagnóstico en CD4" por "Valor del CD4 al momento del diagnóstico")	Alta
Grupo 2	Si es indicador de acceso al diagnóstico precoz/tardío, oportuno, debería especificarse dentro de los 3 meses del diagnóstico inicial, el tener e CD4 al momento del diagnóstico es un indicador de acceso a la atención en salud.	Alta
	Porcentaje de personas con resultados VIH positivos entre aquéllos que fueron tamizados, por sub grupos (total, TB, embarazadas)	
Grupo 1	Se clarifica que es indicador de positividad, no puede reemplazar a la prevalencia.	Alta
Grupo 2	Sin comentarios adicionales	Alta
	Porcentaje de mujeres y varones de 15-49 que recibieron una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.	
Grupo 1	En epidemias concentradas no es de tanta utilidad.	Baja
Grupo 2	La fuente de información son encuestas poblacionales en personas de 15 a 49 años.	Baja
	Porcentaje de TS, UDI, HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	
Grupo 1	Existe dificultad en algunos países para levantar este indicador El grupo no alcanzó consenso entre colocar verde o colocar amarillo	Alta/intermedia

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Grupo 2	No se puede evaluar con estudios rutinarios y se precisa estudios o encuestas específicos de población, para los cuales hay en general pocos recursos y además no todos los grupos tienen la misma prioridad según el país.	Intermedia
Porcentaje de embarazadas HIV positivas cuya pareja estable ha sido tamizada.		
Grupo 1	Sin comentarios adicionales	Alta
Grupo 2	La iniciativa programática de eliminación busca la oferta activa del testeo a las parejas, mas allá de su estatus, haciendo diagnóstico precoz, aprovechando que se capturan las mujeres durante el embarazo. Puede ser indicador de acceso como de calidad de la atención. En la prioridad pesa mucho la factibilidad de la recogida. La captura de la información y la calidad también es complicada.	Intermedia

Tema: Vínculo con cuidados (Grupos que aportaron: 1 y 2)		
	Número y porcentaje de casos nuevos de VIH que fueron enrolados en servicios de tratamiento y cuidado de VIH (se propone como numerador proxy tener el primer conteo de CD4)	
	Comentarios	Prioridad
Grupo 1	Sin comentarios	Alta
Grupo 2	Numerador: persona diagnosticada con CD4, denominador: personas diagnosticadas en un tiempo determinado. Cuántos acuden y cuándo acuden son indicadores de vínculo con la atención.	Alta
Porcentaje de adultos y niños enrolados en cuidados para VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida		
Grupo 1	Añade un cambio en el indicador: “enrolados en cuidados para” por “incorporados en atención para”	Alta
Grupo 2	A favor de este indicador, es que la coinfección y la letalidad es alta en nuestra región considerando los sistemas de salud. Pero es un indicador en general mal notificado y con baja cobertura, en general no se hace la separación entre casos con VIH y casos TB en los registros. Se debería establecer que se recoja el dato.	Intermedia
Porcentaje de adultos y niños enrolados en cuidados para VIH que tuvieron una evaluación para TB registrada en su última visita.		
Grupo 1	Captación temprana de pacientes con TB entre las PVV. (Añade un cambio en el indicador: “enrolados en cuidados” por “incorporados en atención”)	Alta
Grupo 2	Indicador que solo puede obtenerse de la historia clínica, difícil de recoger y pocos países reportan.	Baja
Mediana de tiempo entre el diagnóstico de VIH hasta el primer conteo de CD4 o Carga Viral.		
Grupo 1	Interesaría más saber la mediana entre el tiempo en que se confirma que el paciente necesita tratamiento y lo recibe en boca	Baja
Grupo 2	Ya que es un indicador de calidad	Alta
Porcentaje de PVV enrolados en cuidados de VIH y que son elegibles para recibir profilaxis con cotrimoxazol (CTX) (de acuerdo con las normas técnicas nacionales) y que actualmente reciben profilaxis con CTX (desglose por edad: menos de 2 años)		
Grupo 1	(Añade un cambio en el indicador: “enrolados en cuidados” por “incorporados en el programa de atención”)	Intermedia
Grupo 2	El denominador es difícil de calcular ya que no son todos elegibles y luego quienes reciben el tratamiento.	Baja
Porcentaje de resistencia al tratamiento detectada en pacientes naïve.		
Grupo 1	Sin comentarios adicionales	Intermedia
Grupo 2	Se basa en la Vigilancia centinela, desarrollar una vigilancia especial para evaluar en los nuevos diagnosticados (y naïve al tratamiento) cuántos presentan resistencia transmitida,	Alta/Intermedia

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

	basado en sub muestras en un cierto periodo (todos aquellos diagnosticados en los próximos 3 meses). Ofrece pistas para poder evaluar los esquemas disponibles para primera línea. En nuestros países, se recomienda el test de resistencia al primer fallo biológico. Tener en cuenta los beneficios para la gestión de un programa de tratamiento, que es el valor primero de este tipo de medición, antes que reportar a nivel global.	
--	---	--

Tema: Tratamiento ARV (Grupos que aportaron: 3 y 4)		
	Número de PVV que se encuentran actualmente en tratamiento: Porcentaje respecto del total de PVV estimadas, y Porcentaje respecto del total de PVV elegibles para tratamiento.	
	Comentarios	Prioridad
Grupo 3	Armonizar las fichas de los indicadores	Alta
Grupo 4	Wording: replace estimated with eligible Disaggregate by MARPS eg MSM/SW/DU on ART Barrier: How do we collect it? % out of PHIV eligible for treatment: Yellow	Alta
	Número y porcentaje de personas en tratamiento ARV por línea de tratamiento (primera, segunda y tercera)	
Grupo 3	Sin comentarios adicionales	Alta
Grupo 4	Green: country specific. Yellow : region Barriers: No standardized regimens No follow-up on adherence to treatment guidelines Practitioners using 2nd line as 1st line Solutions: Define, standardize, simplify 1st and 2nd line regimens Involvement of the pharmacist and patient in oversight of adherence to Rx protocol. Economic implications	Alta
	Porcentaje de embarazadas que recibe antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión madre-hijo.	
Grupo 3	Aclarar la ficha del indicador, y definir cual será el denominador armonizado	Alta
Grupo 4	Barriers: Only public sector data (65-90%)- incomplete national data Solutions: Compromise in regards to the level of reporting required, provide supplies and involve in treatment	Alta
	Porcentaje de establecimientos de salud que entregan ARV y que han experimentado un quiebre de stock de por lo menos un medicamento ARV en los últimos 12 meses.	
Grupo 3	Difundir la definición de DESABASTECIMIENTO trabajada en República Dominicana Cumplir la ficha técnica de acceso universal	Alta
Grupo 4	Sin comentarios adicionales	Alta
	# de esquemas de tratamiento ARV de primera y segunda línea vigentes # y % de pacientes por esquema % de pacientes que toman medicamentos obsoletos (d4t, IDV, nfv, ddi)	
Grupo 3	Sin comentarios adicionales	Alta
Grupo 4	No está claro: ¿Cómo se comparan los países basándose en el número de regímenes utilizados por los distintos países? ¿Cómo diferenciar la sustitución de un medicamento frente a cambio esquema? La adquisición de medicamentos por organismos farmacéuticos pueden controlar el consumo de drogas obsoletas	Alta
	Número de trabajadores sanitarios que atienden a personas que viven con VIH y que desarrollaron TB durante el period reportado.	
Grupo 3	Porque es un indicador de vigilancia nosocomial	Baja
Grupo 4		Baja
	Ratio de cambio anual: Porcentaje de PVV que cuyo tratamiento es cambiado de	

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

	primera a segunda línea debido a falla por año.	
Grupo 3	Es un porcentaje, no es una razón; se propone expresarlo como proporción.	Alta
Grupo 4	Barriers: Lack of standardized, adherence to protocol Define 1st & 2nd line regimens Is DR an issue for countries at this point in time??	Alta/Intermedia
	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH.	
Grupo 3	Los países están en niveles diferentes de avance para el reporte de los datos. Se recomienda una evaluación del plan conjunto TB/VIH Es un indicador prioritario, con dificultad para su recolección. Denominador brindado por OMS.	Alta
Grupo 4	Indicador complicado La mayoría de los países no pueden informar sobre este indicador tal como se plantea porque los programas de VIH y de tuberculosis no se integran tanto, recomendamos la integración Porcentaje de casos de tuberculosis la prueba del VIH Porcentaje de TB / VIH, tanto para los pacientes tratados La relevancia de este indicador se basa en la carga de TB en el país	Sin respuesta
	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH.	
Grupo 3	Los países están en niveles diferentes de avance para el reporte de los datos. Se recomienda una evaluación del plan conjunto TB/VIH Es un indicador prioritario, con dificultad para su recolección. Denominador brindado por OMS.	Alta
Grupo 4	Complicated indicator Most countries cannot report on this indicator as is because HIV and TB programs are not integrated therefore recommend integration Percentage of incident TB cases tested for HIV Percentage of TB/HIV patients treated for both The relevance of this indicator is based on the burden of TB in the country	Sin respuesta
	Número promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año. O porcentaje de personas en tratamiento con 2 exámenes de carga viral por año.	
Grupo 3	Por falta de cumplimiento de protocolo y/o por desabastecimiento Trabajar la ficha técnica que determine el objetivo	Intermedia
Grupo 4	Average # of VL tests per patient on ART per year. % of persons on ART with 2 VL per year Do we include VL tracking for those in care vs those on ART.....preferably CD4 to minimize cost	Alta
	Coste medio por paciente en tratamiento ARV.	
Grupo 3	Para que lo quiero?, sugerencia:debe construirse la ficha del indicador Implica tratamiento o atención	Baja
Grupo 4	Do we include cost of managing a patient (tedious)vs cost of ART for patients 1st line ART Operational definition as to purpose of indicator	Sin respuesta
	Número de quiebres de stocks en un período dado según la definición operacional (reunión DOR)	
Grupo 3	Difundir la definición de desabastecimiento trabajada en Republica Dominicana Revisar la ficha técnica del indicador	Alta
Grupo 4		Sin respuesta

Tema: Adherencia y retención (Grupos que aportaron: 3 y 4)		
	Porcentaje de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantiene en tratamiento	

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

	después de 12 meses.	
	Comentarios	Prioridad
Grupo 3	Sin comentario adicional	Alta
Grupo 4	Sin comentario adicional	Alta
	Porcentaje de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantiene en tratamiento después de 24 meses.	
Grupo 3	Sin comentario adicional	Alta
Grupo 4	Sin comentario adicional	Alta
	Porcentaje de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantiene en tratamiento después de 36 meses.	
Grupo 3	Sin comentario adicional	Alta
Grupo 4	Sin comentario adicional	Alta
	Porcentaje de personas que iniciaron tratamiento ARV y se mantiene en tratamiento después de 60 meses.	
Grupo 3	Sin comentario adicional	Alta
Grupo 4	Sin comentario adicional	Alta
	Número y porcentaje de PVV que actualmente reciben cuidados (proxy: con 2 ó más visitas en los últimos 12 meses, alternativa de variables proxy con ≥ 2 exámenes CD4/ año o 2 exámenes de CV / año o recojo de medicamentos)	
Grupo 3	Denominador es el número estimado de personas; CD4 es una buena posibilidad como proxy; definir que es cuidado mínimo construir la ficha.	Intermedia
Grupo 4	Incluye el seguimiento de VL para los de la atención (o frente a los de ART?) Preferiblemente usar CD4 para minimizar el costo	Alta
	Porcentaje de pacientes que son retenidos en tratamiento de primera línea por 12 meses.	
Grupo 3	Sin comentario adicional	Alta
Grupo 4	Adherence indicator- difficult to define eg. % of patients that pick up ARVs at least once a month-based on appt/pharm system.	Sin respuesta

Tema: Supresión de la carga viral (Grupos que aportaron: 2, 3 y 4)		
	Porcentaje de PVV en tratamiento que están virológicamente suprimidos (CV<400 copias)	
	Comentarios	Prioridad
Grupo 2	Ambos permiten tener una visión más completa del escenario poblacional que vive el país.	Alta
Grupo 3	Definir BIEN la ficha.	Alta
	Número y porcentaje del total de PVV estimados que están virológicamente suprimidos.	
Grupo 2	Indicador que ofrece la información de todos aquellos que están con carga viral detectable, no lo saben y con posibilidades de transmisión, por lo tanto da una proporción del virus circulante en el país, el riesgo de trasmisión, cerrando la cascada con el efecto sobre la población. Puede hacerse también obviamente con los que están en tratamiento en tal periodo de tiempo, que da la calidad y efectividad de la atención. Si lo hago por grupos más expuestos, puedo estimar el riesgo de trasmisión. No es evaluar efectividad de tratamiento sino que pasa con la población, lo que puede estar pasando si se comportan como el grupo sobre el cual tengo información.	Intermedia/ baja
Grupo 3	Definir BIEN la ficha del indicador.	Alta
Grupo 4	Indicator seems too complicated	Baja

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Anexo 3. Grupo de trabajo sobre vigilancia de infecciones de transmisión sexual

Por favor indique los elementos esenciales para la vigilancia de ITS y ¿cuán factible ve usted contar con estos elementos de forma funcional en su país?

<p>Grupo 1 Elementos esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sífilis congénita• Seguimiento del caso hasta la curación (en todos los sub grupos poblacionales)• Se aprecia heterogeneidad en lo que los países registran: algunos etiológico, otros sindrómico, otros ambos.
<p>Grupo 2 Existe diversidad en el grupo en cuanto a los sistemas de vigilancia de ITS lo que dificulta la desagregación del tipo de sífilis. No hay dificultades para la notificación de sífilis y sífilis congénita excepto en un país. La mitad de los países cuentan con información y mecanismos para la vigilancia de gonorrea.</p>
<p>Grupo 3</p> <ul style="list-style-type: none">• Es factible, necesario y útil• Necesitamos conocer el porque la notificación en primaria, secundaria y latente; ya que la respuesta programática es la misma.• Incluir datos de PEMAR para la vigilancia de prevalencia
<p>Grupo 4</p> <ul style="list-style-type: none">• Urethral discharge• Genital ulcers• Syphilis (Including Congenital)• Gonorrhoea• Gender, age, stages• Feasible to implement in the countries (being reported to CAREC) <p>Recommendation: Chlamydia – more cases than GC but less feasible due to in-country diagnostic capacity and cost (country specific eg. Barbados, Bahamas – combined Chlamydia and GC)</p> <p>Incident case reporting</p> <ul style="list-style-type: none">• Syndromic STI diagnosis (by age and syndrome) already being done in the Caribbean in collaboration with reporting to CAREC• Aetiologic STI diagnosis (Syphilis and Gonorrhoea and age) - as above• Congenital Syphilis – challenges with reporting- lack of registries- lack of case definitions for congenital syphilis- Lack of linkages of treatment for syphilis positive pregnant woman and follow up with new born. <p>Routine prevalence monitoring</p> <ol style="list-style-type: none">1. Antenatal syphilis screening – reporting is being done but there are challenges<ul style="list-style-type: none">• Challenge- No specific reporting systems2. Sex worker syphilis screening – very challenging as there are no specific programmes nor treatment facilities for SW (SW illegal in the Caribbean)<ul style="list-style-type: none">• Haiti and DR have special facilities for SW making it easier for reporting

Por favor, identifique 3 brechas clave en el sistema de vigilancia de ITS actual en su país

<p>Grupo 1 Laboratorios no cuentan con insumos para diagnóstico etiológico Sub registro, debido a:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Sobre todo por personas que van directamente a farmacias particulares (especialmente los varones) o al primer nivel de atención (PEMAR)○ Personal de salud no registra oportunamente

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

<ul style="list-style-type: none"> ○ Se ha perdido la práctica de contactar parejas sexuales para descartar y tratamiento de ITS
<p>Grupo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad del diagnóstico 2. No todas las entidades están incluidas en los sistemas de vigilancia 3. Ausencia de protocolos y criterios para la vigilancia
<p>Grupo 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poca disponibilidad de insumos de laboratorio para reportar diagnósticos etiológico • Poca disponibilidad de pruebas rápidas treponémicas • Brechas en capacitación del personal para diagnóstico etiológico, tratamiento y notificación
<p>Grupo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Challenges with private sector reporting in some countries</i> • <i>Limited collaboration (public/private)</i> <p><i>Haiti: reporting is driven by external funding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Over the counter medication given by pharmacists – not reported</i> <p><i>If this is consistent then the incomplete data can be analysed</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Absence of surveillance systems for STIs</i>

Basado en las brechas clave anteriormente identificadas, por favor proponga 3 elementos clave que supondrían mejoras para el sistema de vigilancia de ITS

<p>Grupo 1</p> <p>Elementos esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano capacitado y sensibilizado • Insumos disponibles • Atención de trabajadores / as sexuales • Todos los laboratorios del país deben hacer diagnóstico etiológico de ITS
<p>Grupo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una guía base para la implementación de la vigilancia de ITS en la región • Mejorar la capacidad de diagnóstico en los países • Identificar información útil disponible en otros servicios.
<p>Grupo 3</p> <p>No les dio tiempo.</p>
<p>Grupo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provide incentives for private sector reporting (Jamaica: MOU signed between Govt and a few private practitioners) • Forge public/private partnerships eg with other diseases (immunization programme) • Enforcing legislation for reporting (last resort – not a big stick policy) • Legislation for dispensation of medication by pharmacists • Implement surveillance systems for STIs

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Anexo 4. Grupo de trabajo sobre vigilancia en poblaciones clave

¿Qué información sobre poblaciones clave /PEMAR puede obtener a partir de los sistemas de información rutinarios? ¿Cuáles son estos sistemas? ¿Cómo se identifican las poblaciones clave a través de estos sistemas?

Grupo 1 Sistemas de información rutinarios: En algunos países a través de la ficha de notificación de casos.
Grupo 2 En los países para realizar vigilancia rutinaria: utilizan los mismos formatos, algunos preguntan identidades o grupos poblacionales y otros comportamientos, algunos ambas variables. Sin embargo, hay dudas de la calidad de la información recogida, es parcial, heterogénea y escasa, dependiendo de quien es la persona que releva la información. Por este motivo se considera que la información sobre PEMAR es muy limitada como para ser utilizada en políticas publicas.
Grupo 3 Que información sobre poblaciones a partir de sistemas rutinarios: Número de casos, distribución por sexo, Categoría de transmisión, edad, residencia, ¿Cuales son estos sistemas?: ficha de notificación de caso. ¿Como se identifican las poblaciones clave a través de estos sistemas?: variables de identidad de género y comportamiento de riesgo.
Grupo 4 <ul style="list-style-type: none">• Routine information systems: Case based surveillance/Routine surveys every 2-3 yrs-Haiti, Guyana, Suriname, DR• Data generated by these systems : ---<ol style="list-style-type: none">1. HIV/STI seroprevalence-varies with countries,2. Risk behaviour factors and KAP information3. Sociodemographic information, size estimates (same as above),4. Spending data (NASA/MEGAS) How are these populations identified in these systems? Formal/Routine Informal/adhoc Case based surveillance variables for risk behavior- are they reliable? (this question is pertinent because they come self-reporting), referral from MARPS service sites, community based formal referral and counter referral system (exists in Antigua, DR, Trinidad, Dominica), involvement and support from the Gender Affairs Ministry (Antigua), Sex workers Association (Jamaica)

¿Qué otra información alternativa puede obtenerse a través de estudios especiales o vigilancia centinela? ¿Qué problemas presentan estos estudios? O ¿qué problemas presentó la vigilancia centinela?

Grupo 1 Estudios especiales o por vigilancia centinela: <ul style="list-style-type: none">• Estudios de comportamiento• Prevalencia• Co-infecciones• Resistencia• Acceso a los servicios y recursos de salud Problemas: <ul style="list-style-type: none">• Financiamiento• Planificación• Recursos técnicos para desarrollar estudios• Representatividad poblacional• Integración de agendas de investigación• Acceso a poblaciones claves
Grupo 2

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

Se puede obtener Información relacionada con formas de la prevención, comportamientos, (uso de condón), pero también prevalencia VIH e ITS. Conocimiento, conductas, nivel de instrucción, elementos económicos y acceso y uso de los sistemas de salud.

Problemas que presentan este tipo de estudios: El desafío de la disponibilidad de recursos para su realización. La realización con recursos externos al país hace que sea muy difícil generar planes a largo plazo, con objetivos de valorar tendencias.

Es difícil asumir la alternativa de orientar recursos hacia la investigación cuando hay necesidades en atención y tratamiento para las personas con VIH. En general, los proyectos del Fondo Mundial no dejan instalada una capacidad local, propia, en los ministerios. En México, sin embargo quedo instalada la rutina del acceso a la prueba al 100% de las embarazadas.

Los estudios de segunda generación no van a solucionar per se el problema de información, son necesarios pero hay que fortalecer los sistemas de vigilancia rutinarios. Con la perspectiva del Tratamiento 2.0, en la medida que se diagnostique mas tempranamente a través de mayor oferta de diagnostico, para facilitar el acceso a los tratamientos, nos acercaremos a la incidencia. Seria útil que pudiéramos tener un plan de vigilancia ajustado a las necesidades y no actuar simplemente cuando se tienen fondos.

Grupo 3

¿Que otra información alternativa puede obtenerse a través de estudios especiales o vigilancia centinela?: prevalencia y comportamientos, profundizar en los determinantes sociales; ITS; infecciones oportunistas y comorbilidades; incidencia y resistencia, poblaciones privadas de libertad.

- ¿Que problemas presento la vigilancia centinela?
- Tendencia a sobrecargar los estudios
- Altos costos (principalmente proveniente de la cooperación internacional).
- Necesidad de contar con personal local capacitado para el diseño y análisis de la información, necesidad de desarrollar a los profesionales desde la academia.
- Funciones adicionales de investigación al personal de salud sobre las programáticas que ya desarrolla.
- Migración hacia otros tipos de metodologías.
- Poca difusión de los resultados dirigida a población general.

Grupo 4

What other alternative information is made available from survey or sentinel studies?

- Mode of transmission
- Data to validate routine data collected: application of qualitative research techniques
- Quality
- Specificity of other key population
- Needs assessment/rapid assessment (quality:programmatic/expenditure)
- Effectiveness of social protection programs
- Level of/perception of S&D
- Access to services
- Channeling M&E info on key population derived from NGOs into international surveillance systems

Issues of studies

- Validity,
- scientific rigourousity- methodology
- Representativity- access to networks ?
- lack of dissemination plan
- Lack of plans for triangulation
- Biases in Sample selection-
- HR selection to capture data-studies (gatekeepers in key pop)
- Costly, lack of and capacity of HR, time consuming

¿Cómo se usa la información sobre las poblaciones clave? Y ¿qué puede hacerse para mejorarlo? (¿por ejemplo se usa a nivel subnacional?...)

Grupo 1

Anexo de Resultados de los grupos de trabajo

<ul style="list-style-type: none">• Orientar las políticas en distintas áreas• Captación de recursos• Incidencia política• Nutrir modelajes, estimaciones, medicación de metas, compromisos de países• Retroalimentación a nivel sub-regional <p>Acciones para mejorar el uso de la información</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejorar la socialización de la información• Pensar estratégicamente la difusión• Mejorar la capacidad de definir agendas y canalización de recursos• Trabajar con organismos que motorizan agendas y financiamiento de investigación a nivel país.• Garantizar recursos humanos
<p>Grupo 2</p> <p>Esta información permitió elaborar y sustentar la propuesta al Fondo Mundial en la 10ª ronda, permitió orientar los recursos del Plan estratégico nacional hacia los grupos mas expuestos; utilizar la información epidemiológica para sensibilizar a organismos e instituciones sobre estigma y discriminación mostrando una geo-referenciación, con datos de mortalidad y prevalencia de estos grupos. También para planes estratégicos nacionales y distribución de recursos.</p> <p>La propuesta de mejora es que las autoridades reconozcan la necesidad de realizar estudios y destinar fondos para los mismos.</p>
<p>Grupo 3</p> <p><i>Como se usa la información sobre las poblaciones claves?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Para gestión de apoyo político, gestión de fondos y reorganización de los servicios a partir de los Estudios de comportamiento.• Visibilizarían de las poblaciones en riesgo, campañas de prevención dirigidas. <p><i>Que puede hacerse para mejorarlo?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Difundir la riqueza de información para aumentar los servicios de prevención gubernamentales dirigidos a PEMAR.
<p>Grupo 4</p> <ul style="list-style-type: none">• answer indicators- national/international• Appropriation of funds• Should be used for national response and strategic planning• Advocacy-program interventions• Educate the populations at risk• Evidence-based programming• Resource mobilization-targeted interventions <p><i>How can we improve data use?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Providing funding for advocacy independent of service provision• Advocacy for policy change

Lista de participantes

Lista de participantes

Nombre	Organismo	E mail	País
Adaszko, Ariel	Ministerio de la salud, Argentina	ariel_adaszko@yahoo.com.ar	Argentina
Aguilar, Gloria	Ministerio de la salud, Paraguay	dra.gloria.aguilar@gmail.com	Paraguay
Alonso González, Mónica	OPS, HQ	alonsomon@paho.org	Estados Unidos
Archibald, Chris	PHAC, Public Health Agency of Canada	Chris.Archibald@phac-aspc.gc.ca	Canadá
Arrasco Alegre, Juan Carlos	Ministerio de salud, MINSAs Perú	jarrasco@dge.gob.pe juancarlosa_16@yahoo.es	Perú
Bernal Coronado, Lilia	Ministerio de salud, MINSAs Panamá	bernalilialia@hotmail.com	Panamá
Bonilla, Luis	CDC, República Dominicana	lbonilla@cdc.gov	Rep. Dominicana
Bracamonte, Patricia	ONUSIDA	BracamonteP@unids.org	Perú
Brezzo, Clarissa	ONUSIDA	Brezzoc@unids.org	Argentina
Cadet, Jean Ronald	Ministerio de la salud, Haití	janwonal@yahoo.fr	Haití
Cano, Fernando	ONUSIDA	canof@unids.org	Guatemala
Castillo, Lucrecia	USAID - Guatemala	lcastillo@usaid.gov	Guatemala
Castro, Mónica	Ministerio de la salud, Uruguay	monicacastro@mss.gub.uy	Uruguay
Connolly, Mark	UNICEF	mconnolly@unicef.org	Panamá
Cruz de Alemán, Rosibel Maritza	Health Focus-GIZ	cruz@health-focus.de	El Salvador
Cuéllar, Constanza	Instituto Nacional de salud, Colombia	nccuellare@gmail.com	Colombia
Dong, Maxia	CDC	mfd7@cdc.gov	Guyana
Edwards, Paul	OPS-PHCO	edwardsp@trt.paho.org	Trinidad & Tobago
Farach, Nasim	CDC	nfarach@gt.cdc.gov	Honduras
Galindo Castellanos, Héctor Emilio	Secretaría de salud, Honduras	hectorgalindo@gmail.com	Honduras
García Sandoval, Edelfi Judith	Ministerio de salud pública, Guatemala	ejudygarcia@gmail.com	Guatemala
García-Calleja, Txema	OMS, HQ	callejai@who.int	Suiza
Ghidinelli, Massimo	OPS, HQ	ghidinellim@paho.org	Estados Unidos
Hernández, Ángela	CDC	awh4@cdc.gov	Estados Unidos
Hymbaugh, Karen	CDC	kxh5@cdc.gov	Barbados
Idele, Priscilla	UNICEF	pidele@unicef.org	USA
Jacobs, Marjoleen	ONUSIDA	JacobsM@unids.org	Panamá
Jervis, Marva	Ministerio de salud, Bahamas	hivaidb.bahamas@gmail.com	Bahamas
Kusunoki, Lourdes	CONHU-ORAS	lkusunoki@conhu.org.pe	Perú
Lantero Abreu, María Isela	Ministerio de salud pública, Cuba-MINSAs	lantero@infomed.sld.cu	Cuba
Leal, Hilda	OPS, Panamá	hildam@pan.ops-oms.org	Panamá
López Olarte, Rafael	OPS, HQ	lopezraf@paho.org	USA
Lowe, Rosa	Ministerio de salud, MINSAs Panamá	patri1812@hotmail.com	Panamá
Luna Guzmán, Norma Irene	Secretaría de salud, México	nluna@dgepi.salud.gob.mx	México
Masis López, Rolando	Ministerio de la salud, El Salvador	rolando_masis@hotmail.com	El Salvador
Mastelari, María	Ministerio de la salud, Panamá	mariamastelari@hotmail.com	Panamá
Matos, Deisy	Ministerio del poder popular para la salud, Venezuela	deisymatos@gmail.com programasidait@mpps.gob.ve	Venezuela
Mejía, Víctor	OPS, Panamá	mejiv@pan.ops-oms.org	Panamá
Menjivar, Mercedes	COMISCA	mmejivar@sica.int	El Salvador

Lista de participantes

Mere Rouco, Juan José	UNFPA-Uruguay	mere@unfpa.org	Uruguay
Montoya, Roberto	OPS, Ecuador	montoyar@paho.org	Ecuador
Morton Williams-Bynoe, Roanna	Ministerio de salud, Trinidad & Tobago	Roanna.M-W-Bynoe@health.gov.tt	Trinidad & Tobago
Núñez, Aurelio	Ministerio de salud, MINSAs Panamá	draurelio1@yahoo.com	Panamá
Orellana, Eliseo José	Asesor Regional Health focus/GIZ	orellana@health-focus.de	El Salvador
Pereira, Gerson F.	Ministerio de salud, Brasil	gerson.pereira@ aids.gov.br	Brasil
Pérez, Lorna	Ministerio de salud, Belice	lperez@health.gov.bz	Belice
Ramcharan, Ryan	Ministerio de salud, Trinidad & Tobago	Ryan.Ramcharan@health.gov.tt	Trinidad & Tobago
Ramírez Hernández, Catalina	Caja Costarricense del Seguro Social	catalina529@gmail.com	Costa Rica
Ravasi, Giovanni	OPS, Brasil	giovanni.ravasi@ aids.gov.br	Brasil
Ricketts, Paul	Ministerio de salud, Dominica	rickettsp@ dominica.gov.dm	Dominica
Rivera, Edgar	Ministerio del poder popular para la salud, Venezuela	ergpzm@gmail.com	Venezuela
Rivera, Patricia	ONUSIDA CARIBE	riverascott@ unaid.org	Trinidad & Tobago
Rodríguez, Martha Alisandra	Ministerio salud pública, República Dominicana	dra.martharodriguez@gmail.com	Rep. Dominicana
Seday, Mary Anne	ONUSIDA	SedayMa@ unaid.org	Honduras
Sorto, José Salvador	Ministerio de salud, MINSAL, El Salvador	jssorto@ salud.gob.sv jssortomsp@gmail.com	El Salvador
Spring, Kate	ONUSIDA CARIBE	springk@ unaid.org	Haití
Steen, Richard	Consultor ITS, OMS	steenr7@gmail.com	Italia
Stevens, Jean Erva	ONUSIDA CARIBE	StevensE@ unaid.org	Jamaica
Stijnberg, Deborah	Ministerio de salud, Suriname	debbystijn@yahoo.com	Surinam
Tobar, Rodrigo	Ministerio de salud, Ecuador	rodrigo.tobar@ msp.gob.ec	Ecuador
Valencia, Carola	Ministerio de salud, Bolivia	cilyva@hotmail.com	Bolivia
Velásquez, Claudia	ONUSIDA	VelasquezCl@ unaid.org	Panamá
Vila, Marcelo	OPS, Argentina	vilamarc@ arg.ops-oms.org	Argentina
Waters García, John	Caribbean Vulnerable Populations Communities	drjohnwaters@gmail.com	Rep. Dominicana/Jamaica
Zaidi, Irum	CDC	ifz0@ cdc.gov	Estados Unidos