



Prueba de VIH: Retos y Oportunidades en Latinoamérica y el Caribe

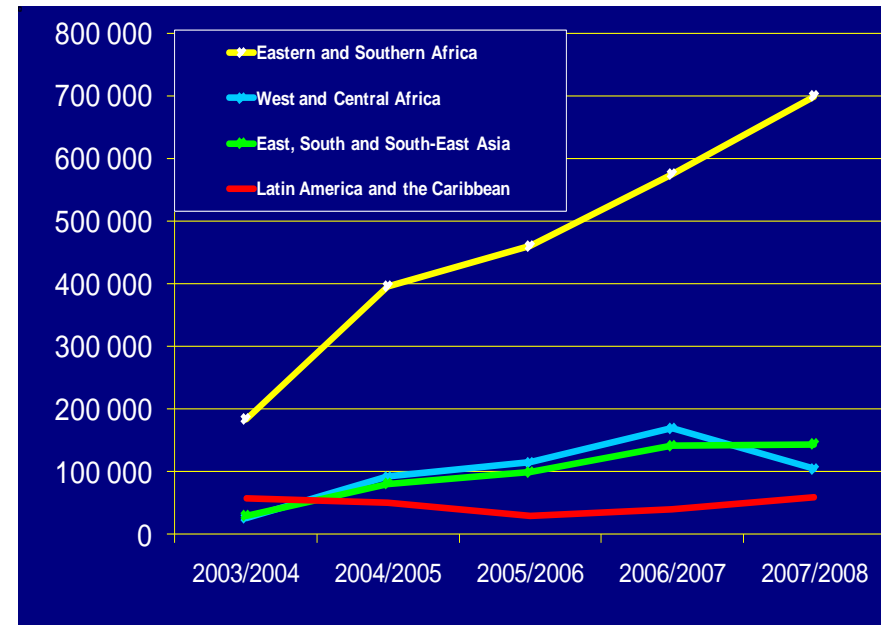
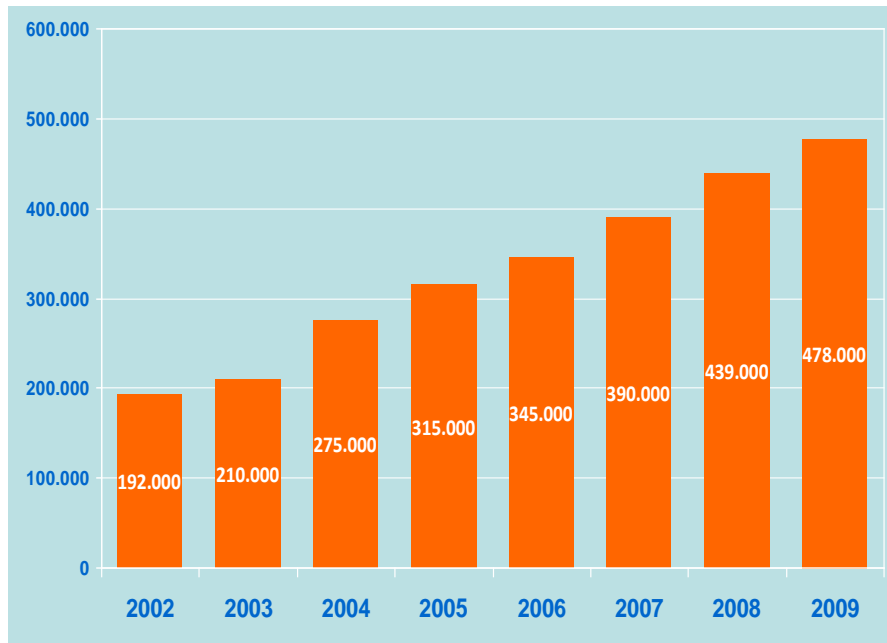
Dr. Rolando A. Cedillos

Expandiendo la Implementación de las
Actividades de Colaboración TB/VIH
en la Región de las Américas
Ciudad de Panamá, 7 y 8 de julio del 2011



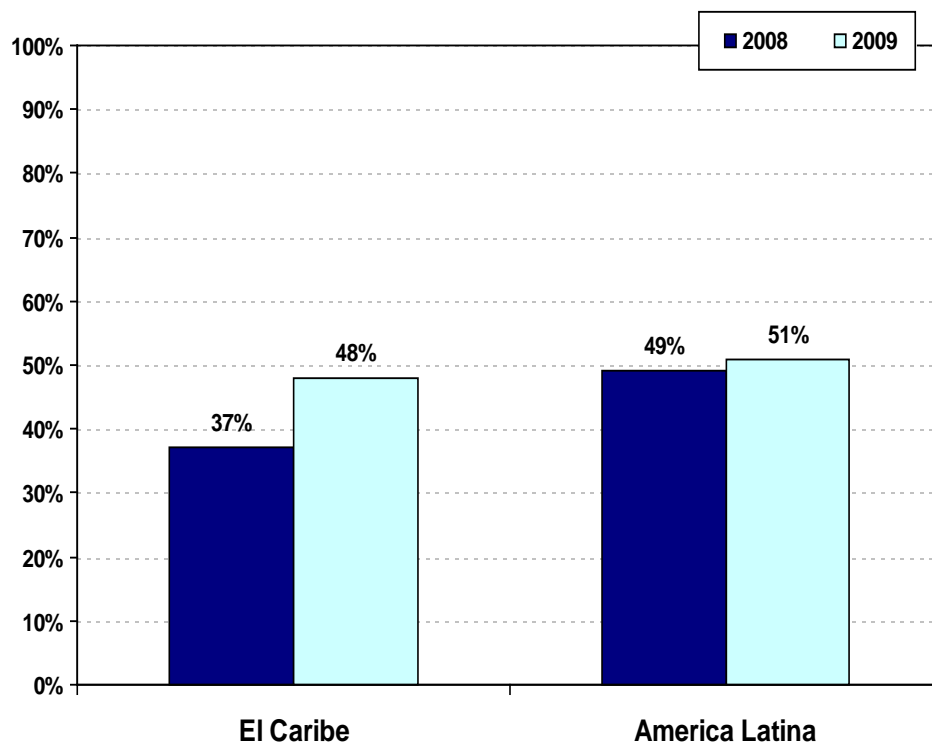
TARV: la región avanza, pero a un ritmo más lento que otras regiones

Número de personas en TARV



En 2009 iniciaron tratamiento 39.000 personas

Cobertura ARVs en LAC 2009



>80%

Guyana y Cuba

50-79%

Argentina

Brazil

Chile

Costa Rica

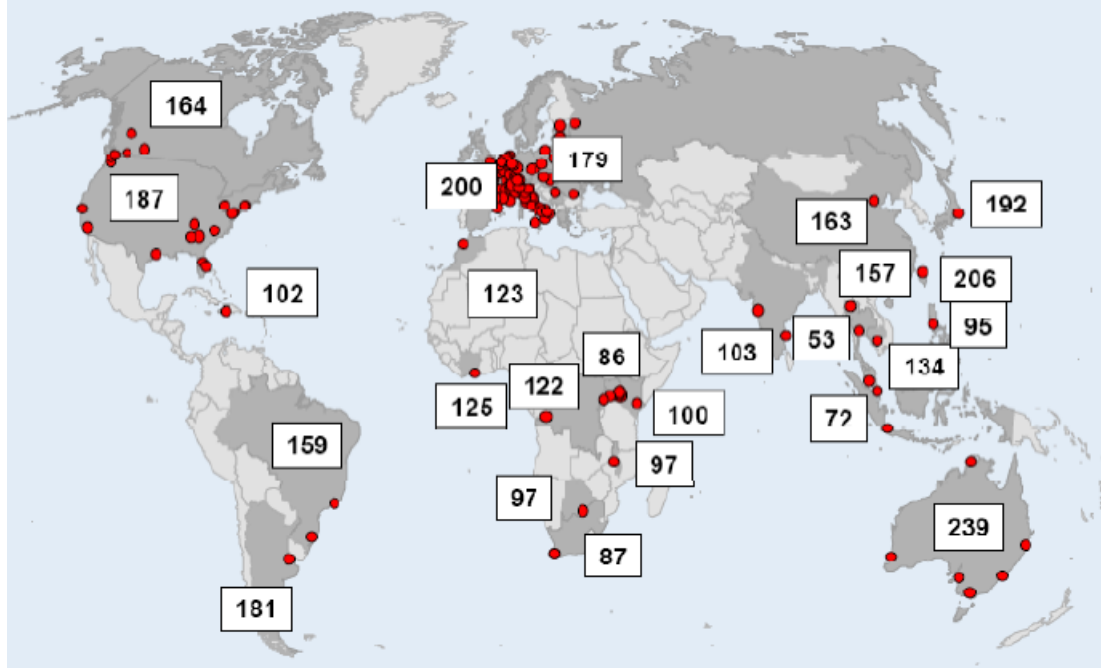
El Salvador

Mexico

- **LA MITAD** de la gente que se estima necesita tratamiento no lo recibe.
- **La mayoría** no conoce el diagnóstico

Un diagnóstico tardío (CD4<200) se asocia a una mayor mortalidad temprana, y puede ser la explicación de por qué la mortalidad no mejora en algunos países a pesar de la disponibilidad de tratamiento

CD4 count at start of ART, 2003-2005 42 countries, 176 sites, 33,008 patients

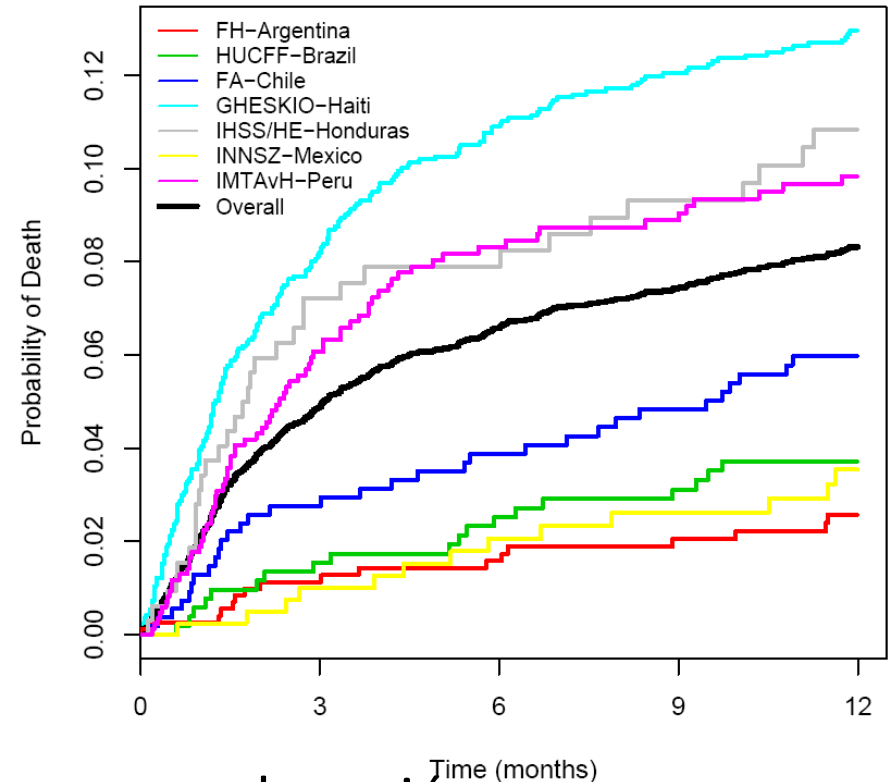


Diagnostico tardío y mortalidad temprana: (Bastos Int J Epid 2008, Tuboi JAIDS 2009, Cesar, Plos 2010, Aldridge, BMC 2009, Protto Rev Pan Sal Pub 2008, Zala JIAS 2008, Rodrigues Junior Rev Pan Salud Pub, 2009, Cortes, Rev Med Chil 2009).

La falta de diagnóstico mantiene alta la mortalidad por VIH

La probabilidad de morir durante el primer año de tratamiento es mayor durante los primeros 3 meses y difiere por país

International epidemiological Databases to Evaluate AIDS (IeDEA)-CCASANET



Diagnóstico tardío y mortalidad temprana en la región

(Bastos Int J Epid 2008, Tuboi JAIDs 2009, Cesar, Plos 2010, Aldridge, BMC 2009, Protto Rev Pan Sal Pub 2008, Zala JIAS 2008, Rodrigues Junior Rev Pan Salud Pub, 2009, Cortes, Rev Med Chil 2009).

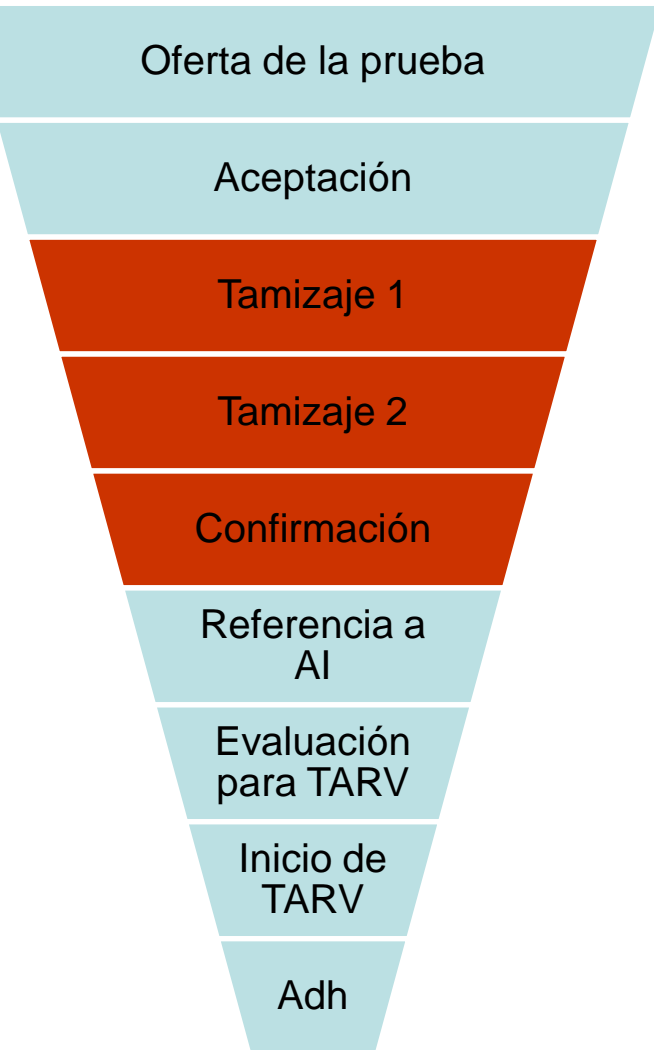
Brechas para aumentar el acceso a tratamiento

- Falta de diagnóstico
- Falta de acceso:
 - Centralización de la atención de VIH, incluso el diagnóstico y prevención
- Falta de retención
 - Modelo de atención a veces segmentado o fragmentado con poco contacto con la comunidad

Barreras para el incremento de la prueba de VIH en LAC

- **Política y marco legal**
 - Enfoque de la prueba
 - Tipo de consentimiento
- **Logística**
 - Costo
 - Tiempo y Horario
 - Transporte
- **Educacionales**
 - Percepción del riesgo
 - Estigma y discriminación
 - Confidencialidad

Estrategias para la expansión de la Prueba de VIH



Estrategias:

- Pruebas rápidas
- Simplificación de algoritmos
- Aprovechar oportunidades perdidas
- Definición de roles y referencias adecuadas
- Campañas comunitarias integradas

Situación de la realización de la prueba de VIH en LAC

País	Pruebas	x/1000	PTMI %	TB %
Argentina	-	-	-	8
Bolivia	210.021	43	28	5
Brazil	2.5M RT		79	57
Chile	560.147	62	57	63
Colombia	-	-	39	40
Costa Rica	-	-	-	98
Ecuador	403.263	57	>95?	20
El Salvador	362.682	117	53	96
Guatemala	243.644	37	23	58
Honduras	199.006	53	51	56
Mexico	-	-	37	37
Nicaragua	205.233	68	58	45
Panamá	-	-	85	81
Paraguay	159.607	49	47	5
Perú	-	-	>95?	33
Rep Dom	259.110	49	51	42

Situación de la realización de la prueba de VIH en LAC

País	x/1000	PTMI %	TB %
Belice	76	85	95
Cuba	168	100	96
Dominica	65	ND	80
Grenada	NA	60	100
Guyana	131	100	70
Haití	66	57	ND
Jamaica	NA	55	64
St. Lucia	9	ND	92
St Vincent	58	100	100
Surinam	37	91	82



CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH VOLUNTARIA (VCT/CITC)

- Por iniciativa del cliente
- Implica dos sesiones extensas de consejería pre y post prueba
- Frecuentemente ofrecida en sitios específicos para VCT (unidades móviles, ONG´s, etc.) a veces en instituciones o servicios de salud

LIMITACIONES DEL VCT/CITC

- El modelo VCT tradicional emergió al margen del sistema de salud (liderado por las ONG's)
- Inicialmente el centro del modelo de VCT no era el tratamiento sino el cambio de conducta
- Revisiones sistemáticas indican que el cambio de conducta basado en una sola sesión de consejería no tiene un impacto muy importante
- Un gran porcentaje (hasta más del 50%) de los clientes de VCT no regresan por sus resultados

CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH VOLUNTARIA (VCT/CITC)



Limitaciones:

- Auto- seleccionados
- Actividad sexual de bajo riesgo
- No siempre vinculados a atención y cuidado

Inicio de TARV en Latinoamérica y el Caribe: Late Testers vrs Late Presenters

CCASAnet:

FH-Argentina

FA-Chile

Gheskio-Haití

IHSS-HE-Honduras

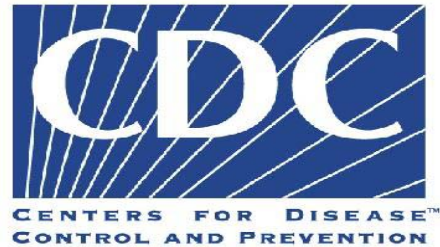
INNSZ-México

IMTAvH-Perú

- 2003-2008
- 9817 pacientes
- CD4: 129 cél/mm³
- Dx a Tx: 5.1 meses
- LT (55%) vrs LP (45%)
- > Hombres
- Pobre vínculo test-atención?

Crabtree-Ramírez et al.2011 PlosOne
6(5):e20272 doi 10:1371 journal.pone.
0020272

CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH INICIADA POR EL PROVEEDOR (PITC)



- 2006
- Todos los servicios de salud
- 13-64 años
- 2007
- Standard de atención médica
- Epidemias generalizadas



CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH INICIADA POR EL PROVEEDOR (PITC)

- Oferta rutinaria de pruebas de VIH en servicios de salud a todos los elegibles según normas
- Posibilidad de negarse a la prueba (enfoque "opt-out")
- Posibilidad de referir a individuos que solicitan información adicional a una consejería

RAZONAMIENTO PARA LA INTRODUCCIÓN DE PITC

- El VCT ha tenido un alcance limitado en el Sistema de Salud (>50% de los infectados no saben de su diagnóstico)
- Es necesario expandir el acceso a la prueba en el Sistema de Salud
- Con la mayor oferta de tratamiento efectivo, es esencial que un mayor número de personas conozcan su estado de VIH que permita un inicio temprano de tratamiento

COMPARACIÓN VCT/PITC

VCT/ CITC

- Tiempo: 1 hora
- Consejería Pre Prueba
- Consejero entrega resultado de la prueba
- Consejería Post-prueba
- Referencia

PITC

- Tiempo: 20-30 minutos
- Breve consejería
- Proveedor entrega resultado de la prueba
- Consejería
- Vínculado a atención y cuidado y/o referencia para más consejería

LOS PRINCIPIOS DE LA PRUEBA DE VIH PERMANECEN EN EL CONTEXTO DE PITC

- **Prueba voluntaria** – respeto a la autonomía del cliente
- **Consentimiento Informado** – provisión de información para facilitar el proceso de toma de decisiones
- **Confidencialidad** divulgación de la información solo con el consentimiento del cliente
- **Referencia Apropiada** hacia servicios adicionales, incluyendo soporte psico-social

CONDICIONES ESENCIALES PARA UNA INTRODUCCIÓN DE PITC EFECTIVA Y ÉTICA

- Capacitación inicial y continuada del proveedor de salud
- Garantizar acceso a tratamiento
- Preparar la comunidad – diseminar información referente a la prueba de VIH, beneficios, disponibilidad, etc.
- Identificación de estrategias apropiadas de costo y tiempo para compartir información relevante a la prueba de VIH
- Hacer frente al estigma y la discriminación



BENEFICIOS DE PITC

- **Tiempo** - Exige menos tiempo a los profesionales de salud, las expectativas previas y posteriores a la intervención se simplifican en hacer una recomendación y referencia, garantizar la confidencialidad y el consentimiento.
- **Recursos Humanos** – Se propone que todo el personal sanitario, incluidos los consejeros legos, pueda ofrecer la prueba, ya que esto optimiza el tiempo de los profesionales de la salud



BENEFICIOS DE PITC

- **Estigma** - Al transformarse la indicación de la prueba del VIH en una rutina, el procedimiento se normaliza entre el personal de la clínica y los pacientes.
- **Enfoque de PITC**– Al enfocarse en la detección oportuna del VIH la tarea de los proveedores de la salud en la consejería se simplifica. No se intenta evaluar y abordar los riesgos, sino que se refieren.

CONSIDERACIONES PARA PITC EN EPIDEMIAS CONCENTRADAS

- Determinar la población blanco para la promoción de la oferta rutinaria de prueba de VIH, i.e. clientes con ETS, embarazadas, clientes TB, personas en sub-grupos con alta prevalencia (TS, HSH, UDI, cárceles, etc)
- Evitar la estigmatización de personas durante la implementación de la estrategia
- Capacitar a los trabajadores de salud e informar a la comunidad acerca de la estrategia

CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH INICIADA POR EL PROVEEDOR (PITC)

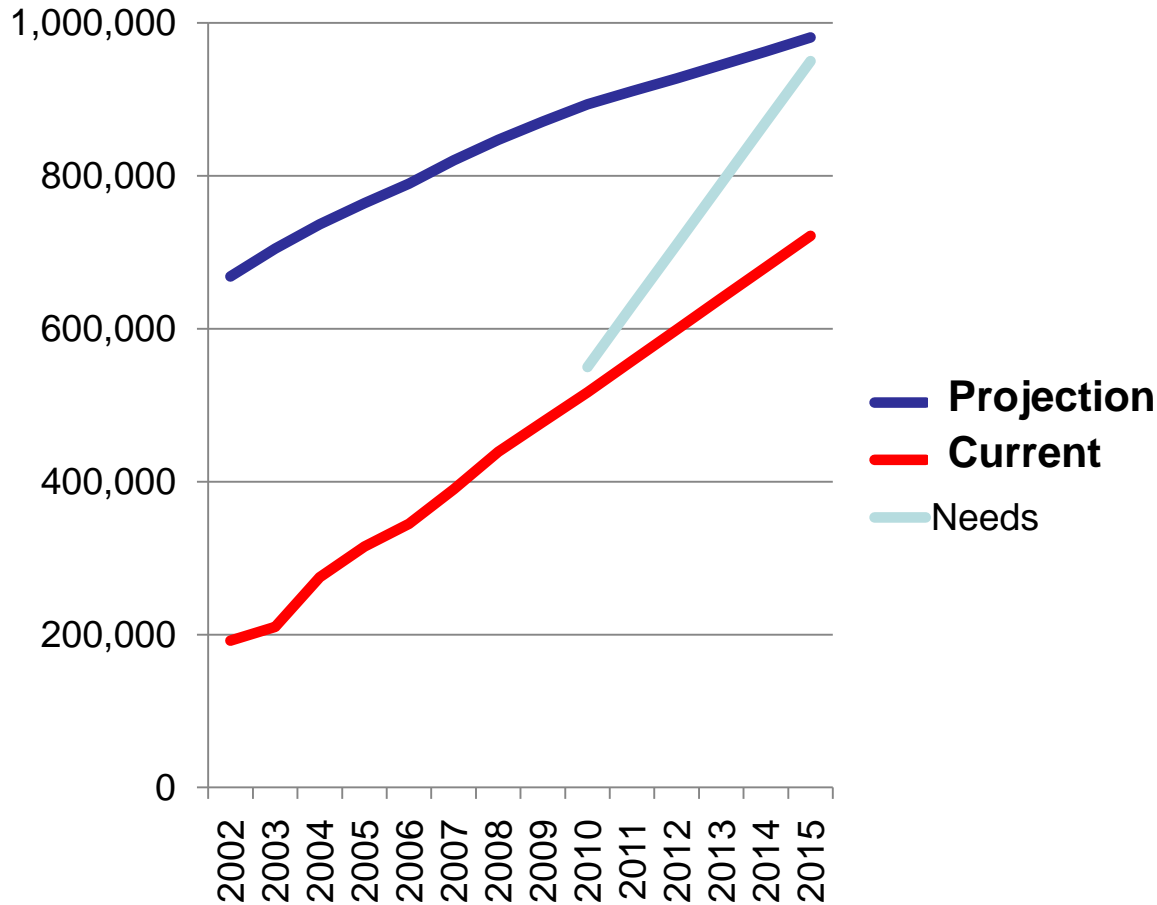


Desafíos:

- Tiempo insuficiente
- Engorroso proceso de consentimiento
- Requisitos de consejería pre-prueba
- Falta de conocimientos y capacitación

Burke KC et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature
AIDS 2007 Jul 31;21(12):1617-24.

Aumentar Tratamiento



Si queremos llegar a la cobertura universal (>80%) en 2015 es necesario duplicar el número de personas que ingresan anualmente en tratamiento en la región, de 40.000 a 80.000



CONCLUSIONES



El Sistema de Salud debería tener un rol primordial en la promoción de la prueba de VIH

El enfoque PITC encaja mucho mejor en los Sistemas de Salud que el VCT para lograr este objetivo.

Todos los proveedores de atención deberían tener la posibilidad de iniciar e informar el resultado de la prueba de VIH

Una expansión del programa de TARV solo será posible si se acompaña de una expansión en el diagnóstico de las personas con VIH, ya que la falta de diagnóstico es la limitación mas frecuente para aumentar la cobertura.



Agradecimientos a:

Dra. María Dolores Pérez Rosales OPS

Dr.Omar Sued OPS