

**Estudio de Costo-Efectividad de la Estrategia:
"Visita Domiciliar a Personas con VIH", implementado en los
países de la región centroamericana durante el año 2012.**

Programa Regional REDCA+

Diciembre 2012

ASISTENCIA TECNICA Y FINANCIERA:

PROGRAMA REGIONAL REDCA+

Licdo. Sergio Montealegre.
Director ejecutivo Programa Regional REDCA+

Dra. Evelyn Cardoza.
Especialista Monitoreo y Evaluación
Programa Regional REDCA+

Dra. Julissa Mena Santamaría.
Especialista Monitoreo y Evaluación
Programa Regional REDCA+

Dr. Azael Jovel
Consultor

Diciembre 2012





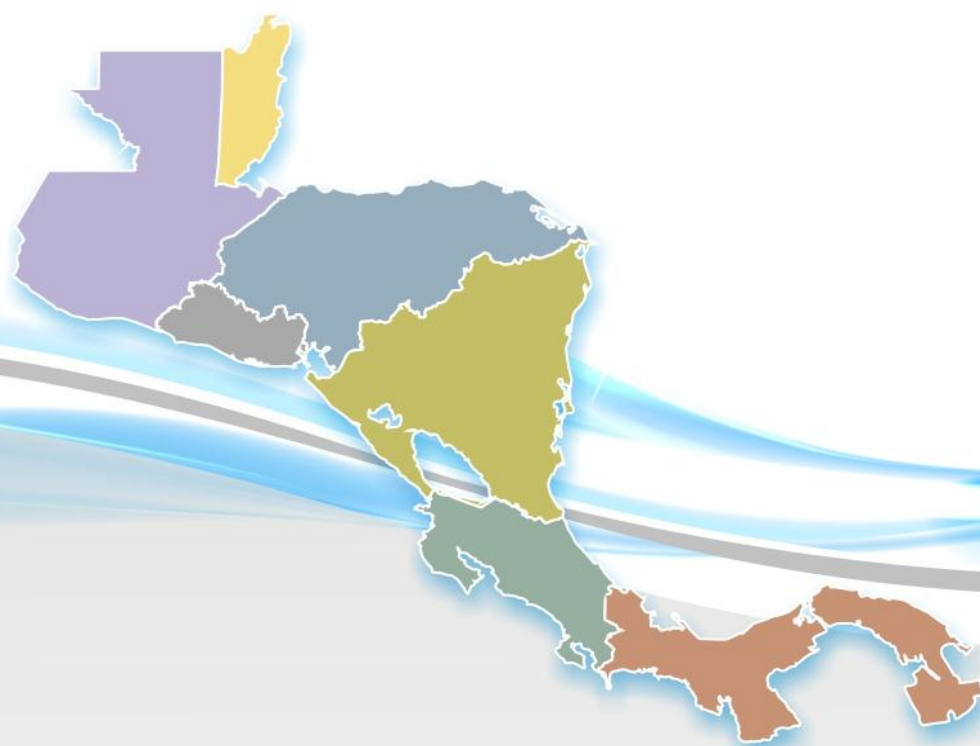
INDICE

SISTEMATIZACION	1
LISTA DE ACRONIMOS.....	3
I) INTRODUCCION.....	5
II) ESTRATEGIA VISITA DOMICILIAR.....	7
• Antecedentes	7
• Ejecución y desarrollo	8
• Estructura Operativa	9
• Belice	11
• Costa Rica	15
• El Salvador.....	19
• Honduras	23
• Guatemala	27
• Nicaragua.....	33
• Panamá.....	37
III) LECCIONES APRENDIDAS.....	43
IV) ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD.....	44
• Resumen Ejecutivo	45
V) PREFACIO.....	46
VI) OBJETIVOS.....	47
VII) MARCO TEORICO	48
• Antecedentes de la Estrategía Visita Domiciliar	48
• Economía en Salud	49



VIII) METODOLOGIA	51
• Análisis de Efectividad	51
• Análisis de Costos	53
• Análisis de Costo-Efectividad.....	56
IX) RESULTADOS.....	57
X) DISCUSION	65
XI) CONCLUSIONES	68
XII) RECOMENDACIONES	69
XIII) LIMITACIONES.....	73
XIV) ANEXOS.....	74





SISTEMATIZACION

LISTA DE ACRONIMOS

- AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad
- APS: Atención Primaria en Salud
- ARV: Antirretroviral
- CAI: Centros para la Atención Integral
- CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social
- CD4: Cluster de Diferenciación 4
- CIS: Consejo de Integración Social
- C-NET: Collaborative Network For Persons Living With HIV
- COMISCA: Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica
- DDHH: Derechos Humanos
- EVD: Estrategia de Visita Domiciliar
- ENSSR: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- FM: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
- HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres
- ICV: Índice de Calidad de Vida
- IDH: Índice de Desarrollo Humano
- IEC: Información, Educación y Comunicación
- IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- IO: Infección Oportunista
- ITS: Infección de Transmisión Sexual
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONG: Organización No Gubernamental
- ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PFN: Punto Focal Nacional
- PIB: Producto Interno Bruto
- PTMI: Prevención de la Transmisión Materno Infantil
- RAAS: Región Autónoma Atlántico Sur
- REDCA+: Red Centroamericana de Personas con VIH
- SICA: Sistema de Integración Centroamericana
- Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SISCA: Secretaría de Integración Social Centroamericana
- TAR: Tratamiento Antirretroviral
- TS: Trabajo Sexual o Trabajador Sexual
- UDI: Usuarios de Drogas Inyectables o Uso de Drogas Inyectables
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. INTRODUCCION

En las últimas, ya casi, tres décadas, factores socio-culturales, estructurales y económicos de cada país, han contribuido en marcar la ruta del desarrollo desmedido de la epidemia del VIH en la Región Centroamericana con una repercusión enorme y directa en las poblaciones más vulnerables y en ámbitos socio-económicos menos favorecidos.

Las repercusiones económicas de la epidemia son realmente desproporcionadas, tan solo el componente de Atención representa un gran reto para los países de la Región. Se calcula que el costo en la atención médica y otros cuidados para una sola Persona con VIH es de \$379,668.00 durante toda su vida¹.

El componente de Atención en salud para las Personas con VIH, requiere esencialmente Terapia Antirretroviral (TAR) para reducir la morbi-mortalidad vinculada con la infección. Y aunque los medicamentos antirretrovirales (ARV) son un componente crucial, los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) deberían de considerarlos, como una tan sola parte de un modelo de Atención Integral, pero en la realidad esto no sucede.

Modelos que incluyan una amplia gama de actividades eficaces de prevención, programas comunicacionales, acceso adecuado a pruebas, proyectos de mejora de la calidad de la atención en salud que se brinda a las Personas con VIH, son algunos ejemplos de lo que, en la mayoría de los SNS de los países de la Región, se trata de impulsar. A pesar de todo este esfuerzo, el enfoque eminentemente clínico en el abordaje de la epidemia, aun es muy marcado. El equilibrio entre la atención médica hospitalaria y el abordaje con acompañamiento en el ámbito comunitario aun no se logra.

Aun esta pendiente interpretar que esta epidemia, implica también, un capital social incalculable, lo cual no se puede ni debe ser tasado únicamente en unidades monetarias. Lo que la sociedad pierde, como producto intangible, a raíz de la epidemia, no se puede recuperar: muertes de familiares y/o amigos, soledad, orfandad, pobreza, desintegración familiar, exclusión social, deterioro de la salud en general, incapacidad, falta de productividad, entre otros factores. El grado de discriminación e incomprensión que experimentan las Personas que viven con VIH día a día, es un fenómeno con altos costos, que se ve, aun más marcado, cuando este diagnóstico es combinado con otras condiciones como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas transgénero, los trabajadores sexuales (TS), las personas usuarias de drogas (UDI) entre otros.

No existe o no se realizan, en forma institucional, un programa de acompañamiento a través de intervenciones en el ámbito domiciliario con actividades de prevención secundaria, y los esfuerzos aislados que han existido en la Región, finalizan como un proyecto piloto sin ningún seguimiento ni sostenibilidad institucional en el tiempo y lo peor aún, concluyen como modelos no aceptados por la población.

¹ Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, Weinstein MC, Seage GR 3rd, Moore RD, Freedberg KA. The life time cost off current human immunodeficiency virus care in the United States. Med Care 2006

El Programa Regional REDCA+ está ejecutando desde el año 2011 para El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá, dentro de la ejecución de Ronda 7, la Estrategia Visita Domiciliar (EVD) cuyo propósito es la reinserción de Personas con VIH que han abandonado la asistencia a sus controles médicos a fin de lograr reinsertarlos al SNS de su país y en consecuencia procurar una mejor calidad de vida.

En Ronda 10 se incorporaron tres nuevos países de la Región (Costa Rica, Guatemala y Belice), para desarrollar la estrategia. Por lo que este estudio parte de Febrero de 2012 con los 7 países que son beneficiarios del Programa Regional.

El presente documento, describe narrativamente, los hallazgos que se obtuvieron en un periodo ocho semanas de observación directa en las comunidades y lugares de residencia de las Personas con VIH beneficiadas con la EVD a lo largo y ancho de la Región. Contiene a la vez, la descripción de las bondades cualificadas que la EVD brinda a la población con VIH, que se han descubierto gradualmente, durante el proceso de visita de campo; lo cual dentro de la burocracia medicalizada institucional de los SNS de los países, tanto los determinantes emocionales y condicionantes humanitarias en el abordaje a la epidemia, no son visibilizados.

II. ESTRATEGIA VISITA DOMICILIAR

■ ANTECEDENTES

La Red Centroamericana de Personas con VIH (REDCA+) es una estructura Regional conformada por Personas con VIH y respaldada por Organizaciones de Personas con VIH de la Región Centroamericana, la cual fue instaurada en Junio de 2001.

La REDCA+ nació como una instancia coordinadora Regional, tratando de generar más interés y liderazgo en las Personas con VIH en cada uno de los países de la Región. Esta iniciativa incluye a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. El objetivo principal fue la promoción y la defensa de los Derechos Humanos (DDHH) de las Personas con VIH en búsqueda de la reducción del estigma y la discriminación, establecer los requerimientos de Centroamérica, tanto en acceso a la atención integral así como al acceso universal a tratamiento.

La estructura organizacional de la REDCA+, la encabeza una Secretaría Regional, elegida para un período de cuatro años y cuenta con tres Puntos Focales Nacionales (PFN) en cada uno de los países, quienes son elegidos democráticamente. Asimismo cuenta con un grupo Asesor, conformado por ex PFN o ex Secretarios Regionales de la REDCA+.

Para el año 2007, la REDCA+ se posiciona como una instancia con aval político otorgado por la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y por el Consejo de Integración Social (CIS).

El Programa Regional REDCA+ como tal, emerge a raíz de la aprobación de una propuesta Regional aprobada en Séptima Ronda por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (FM), para cuatro países de la Región, en aquella ocasión se incluyó únicamente a El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Esta propuesta fue denominada *“Desarrollando y fortaleciendo capacidades técnicas y profesionales en las Personas con VIH, para la incidencia efectiva en VIH-Sida, en la calidad de vida y en la mitigación de la pobreza en Personas con VIH en la Región Centroamericana”*, y fue aprobada en el 2008 y culminó el 31 de diciembre de 2011.

Como una consolidación de esta propuesta, se presentó en el 2010, una nueva, la que se conoce como *“Ampliando y consolidando el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades técnico-profesionales de las Personas con VIH de la Región Centroamericana, para su participación efectiva en los procesos de incidencia política, contraloría social, veeduría ciudadana en VIH-Sida e influir el desarrollo humano y la calidad de vida en sus pares de la Región”* correspondiente a Decima Ronda. Esta fue presentada para todos los países de la Región Centroamericana integrantes de REDCA+.

Su Receptor Principal y administrador financiero actualmente es la Secretaría de Integración Social Centro Americana (SISCA).

▪ EJECUCION Y DESARROLLO

La ejecución de la EVD se inicio a partir del mes de febrero de 2012 en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. Para el caso de Belice, Costa Rica y Guatemala la iniciaron en el mes de Junio de 2012 de acuerdo al presupuesto de Decima Ronda ante el FM.

La EVD se fundamenta en un fuerte componente de abordaje cara a cara, utilizando la Estrategia de Pares mediante la movilización comunitaria para el seguimiento de Personas con VIH. Esta se desglosa de uno de los objetivos específicos del Programa Regional REDCA+ el cual es *“Incrementar la participación de las Personas con VIH, en las acciones claves que generen cambios de comportamiento en sus pares, movilización social, divulgación y aplicación de los derechos humanos establecidos en los marcos legales de los países de la Región y con ello dar continuidad a la disminución del estigma y discriminación”*.

El concepto de la EVD, ha sido concebido para realizar la búsqueda activa, directa y permanente de las Personas con VIH que hayan abandonado sus controles médicos y/o su TAR, por diversas razones. El propósito de esta búsqueda es lograr reinsertarles al SNS de su país, para mejorar la adherencia de las personas con VIH con un enfoque holístico y un abordaje Cara a Cara.

Adicionalmente, la EVD apoya a Personas con VIH que, recién inician su TAR, para dar acompañamiento en aquellos momentos críticos que se experimentan por los efectos secundarios propios de las primeras etapas de la TAR, garantizando así la Adherencia.

A través de la EVD se pretende lograr un espacio de confianza entre pares, donde los visitantes capacitados, desde su experiencia de vida como persona con VIH pueden abordar temas de Prevención y Adherencia a fin de reducir el apareamiento de Infecciones Oportunistas (IO) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y apoyo emocional, procurando la adquisición de cambios de comportamiento, implementado medidas de prevención secundaria y en consecuencia motivar la mejora de estilos de vida saludables y fomentar una mejor calidad de vida.

La visita domiciliar es realizada por promotores comunitarios con VIH, que han desarrollado y fortalecido sus destrezas en visita domiciliar a pares a través del Diplomado de Prevención Primaria, Secundaria y Abordaje Domiciliar a personas con VIH, quienes en su mayoría también han sido formados como facilitadores de las Estrategias de Cambios de Comportamiento, impartido por el Programa Regional REDCA+.

La visita se realiza de manera directa y periódica en el lugar de residencia de la Persona con VIH, las cuales deben ser visitadas al menos una vez al mes en un periodo de seis meses.

Como primer acercamiento, se realiza un indagación que incluye: datos generales, datos de salud y aspectos socio-económico; subsecuentemente, cada mes se visita a la persona para desarrollar una entrevista utilizando una ficha individual la cual consta de una formulario con un listado de 14 preguntas (Anexo 1) como guía de la entrevista, constituido por un *“check list”*, cuyas columnas representan un periodo mensual, que poseen las opciones de respuesta cerradas: “SI” y “NO”.

Esta ficha debe ser llenada por el visitador con base a las respuestas de la Persona con VIH. Al finalizar el visitado certifica la realización de la entrevista a través de la firma de su propio puño o en su defecto su huella dactilar, lo cual queda estampada en la ficha. La ficha es duplicada mes con mes, cuya copia es enviada a la UCP REDCA+ en su informe mensual, donde se archiva para un inmediato análisis y monitoreo.

▪ ESTRUCTURA OPERATIVA

Para el desarrollo operativo de la EVD, se diseñó una estructura organizacional pertinente y acorde tanto a la estructura de la REDCA+ y a las circunstancias de la realidad de cada país, en la búsqueda del logro de los objetivos, así como para dar el seguimiento efectivo y oportuno a las actividades propias de la misma.

La Conducción Ejecutiva y Administrativa de la EVD es la Unidad Coordinadora del Programa Regional REDCA+ (UCP REDCA+) encabeza por su Director:

- Lic. Sergio Montealegre Bueno

El apoyo de Monitoreo y Evaluación (M&E) del Programa está a cargo de:

- Dra. Julissa Mena Santamaría responsables de Belice, El Salvador, Honduras y Nicaragua.
- Dra. Evelyn Cardoza Hernández, responsable de Costa Rica, Guatemala y Panamá.

En la mayoría de países, se cuenta con una la organización responsable de la implementación de la EVD que realiza los procesos de selección para contratar a cinco visitadores y un Coordinador Nacional de visita. En el caso de Guatemala y Costa Rica, esta estructura se mantiene con la diferencia que no se cuenta con una ONG como conductora administrativa ni representación legal ante la UCP REDCA+, por esa razón se optó por contratar directamente a Personas con VIH, cuyo perfil laboral, liderazgo y experiencia comunitaria, permitió identificarlos, evaluarlos y llegar a establecer un acuerdo laboral para tal fin.

Los visitadores, por su lado, reportan las actividades a sus coordinadores de país y este a su vez a su respectiva Monitora de la UCP REDCA+ según la distribución de los países.

Las ONG's que iniciaron la EVD en el mes de febrero 2012 son:

- Asociación Atlacatl en El Salvador,
- Fundación LLAVES en Honduras,
- Grupo de Apoyo de Occidente (GAO) en Nicaragua
- Grupo Génesis Panamá Positivo (GGP+) en Panamá.

Para el resto de países (Costa Rica, Guatemala y Belice) la ejecución inició en el mes de junio de 2012. En el caso de Belice es *Colaborative Network For Persons Living With HIV* con sus acrónimos en inglés C-NET+.

Dentro de las ONG's contratadas, su Dirección es quien funge como representación legal ante la UCP REDCA+.

El techo presupuestario de la EVD fue de \$218,164.00, distribuido por países como lo ilustra el cuadro # 1.

CUADRO#1
Inversión por país para la ejecución de la Estrategia Visita Domiciliar

País	Monto de proyecto	Periodo
El Salvador	\$38,230.00	Febrero-Diciembre
Honduras	\$36,770.00	Febrero-Diciembre
Nicaragua	\$31,075.00	Febrero-Diciembre
Panamá	\$39,341.00	Febrero-Diciembre
Belice	\$24,447.85	Junio-Diciembre
Guatemala	\$24,150.00	Junio-Diciembre
Costa Rica	\$24,150.00	Junio-Diciembre

Fuente: Unidad Ejecutora Programa Regional REDCA+

Belice



GENERALIDADES

Belice es un país de América ubicado en el extremo noreste de América Central. Limita al norte con el estado mexicano de Quintana Roo, al oeste con el departamento guatemalteco de Petén, al este con el mar Caribe y al sur con el departamento guatemalteco de Izabal. La extensión territorial es de 22.960 km².

Su capital es Belmopán y la ciudad de Belice, antigua capital del país, es la principal aglomeración urbana y además el principal puerto del país.

Aunque los idiomas predominantes son el español y el criollo beliceño, Belice es el único país de América Central en donde el idioma oficial es el inglés, lengua materna del 3% de la población. Esto se debe al pasado colonial de Belice, al ser el único país centroamericano que fue colonia Británica.

En general, Belice es considerado una nación centroamericana con débiles lazos tanto con América Central como con América Latina. Forma parte del CARICOM y del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

Para el año 2011, se produjo una nueva disminución que refleja el número de nuevas infecciones por VIH, con un total de 226 nuevas infecciones por año, lo que representa una disminución de más del 7,4% si se compara con los datos de 2010. Este es el tercer año consecutivo en el que documentó una disminución en casos confirmados de VIH que han aparecido. Esto representa cerca de una reducción del 100% en los casos del número máximo en 2004².

Esta tendencia a la baja refleja también una mejor recopilación de datos y procesamiento, lo que eliminaría la duplicación. Las nuevas infecciones por el VIH continúan afectando a todos los grupos

² <http://health.gov.bz>



de edad, aunque la mayoría de los nuevos casos, son en los grupos de edad más jóvenes, en particular los de entre 20 y 34 años.

La proporción hombre-mujer ha experimentado cambios en los últimos años por lo la “feminización” de la epidemia ya no es aplicable en Belice ya que hay una gradual transición hacia una proporción mayor para los hombres.

En referencia a la distribución geográfica de la epidemia, la mayoría de los casos siguen concentrándose en el distrito de Belice, lo que representa casi el 65%. El Cayo y Stann Creek han sido los distritos que tienen el segundo y tercer lugar de casos en el país.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

En Belice, las EVD es ejecutada desde junio de 2012 a través de C-NET+, que es la primera y única Organización No Gubernamental conformada por y para Personas que Viven con VIH, habiendo sido instituida para ser la voz de esta población en el país, con el propósito de mejorar la calidad de vida de sus pares a través de actividades de información, educación y comunicación para mejorar el desarrollo de sus capacidades individuales así como lograr la promoción de la defensa de los derechos humanos de las Personas que viven con VIH.

La EVD en Belice es ejecutada en diferentes áreas del país, en la mayoría se logra observar zonas rurales y urbanas-marginales sin embargo algunas visitas se realizan en zonas urbanas netamente. Los Distritos incluidos en la EVD son: Corozal, Orange Walk, Belize City, Cayo, Stann Creek y Toledo.

Las visitas se desarrolla en un contexto bastante diferente que al resto de países de la Región, no solo por la trama cultural que supone la elevada influencia que la población afro descendiente o



población Garífuna ejerce, sino que también por aspectos socio-económicos de esta población, lo cual se puede observar en la precariedad de vida de las Personas con VIH.

Adicionalmente, en Belice existe un alto grado de estigma que las comunidades otorgan a esta población en forma condenatoria. En este país el rechazo y la discriminación es un fenómeno muy marcado, evidente y perverso. La homofobia es un fenómeno socio-cultural mucho más sensible que en el resto de países de la Región, que posee algún grado de aval de carácter legítimo.

A pesar de todos los obstáculos antes mencionados y otro tipo de inaccesibilidades, la EVD se realiza en perfecta armonía entre la Persona con VIH y el Visitador dentro de las viviendas. La previa coordinación vía telefonía móvil es indispensable.



La metodología de la EVD, inicia indagando acerca del estado emocional y de salud de la Persona con VIH. Se revisa

aspectos sobre las formas de transmisión del VIH, expone ventajas y necesidad de la prevención secundaria y algunos conceptos básicos como son las ITS y la IO. Posteriormente se explora aspectos de la TAR y se verifican los frascos de los medicamentos. Inmediatamente después se inicia con la entrevista, utilizando la guía para tal fin.

La visita concluye con sugerencias acerca de cómo implementar algunas rutinas de vida para mejorar la Adherencia y el estado de salud. En varias ocasiones, las Personas con VIH, se enfocan, aún más, en aspectos de su condición de vida tanto en el ámbito económico-productivo como en el aspecto socio-familiar y emocional, exponiendo la soledad y abandono en que se encuentran, como consecuencia del VIH. Esto en varias ocasiones genera una crisis emocional.

En las afueras de la Ciudad de Belice, en áreas rurales, el desarrollo de la EVD no difiere mucho con relación a la que se realiza en zonas urbano-marginales, a excepción de la dificultad geográfica mayoritariamente. Los accesos no son físicamente difíciles, sin embargo las distancias si son bastante largas y a pesar que, se cuenta con medios de transporte para desplazarse, la frecuencia de éstos no es regular, lo cual hace invertir y consumir una cantidad grande de tiempo para culminar una visita.

En la mayoría de los casos, en los lugares de residencia de estas zonas, es mucho más marcada la pobreza y en consecuencia las necesidades se incrementan. Este fenómeno, hace despertar en algunas Personas con VIH, el desinterés en la visita ya que su principal problema es de tipo financiero lo cual, ciertamente, no es resuelto con la EVD en forma directa. Esto, aunque no es la generalidad, si es una realidad especialmente en casos donde las necesidades económicas y de alimentación son extremas.

A pesar de ello, en Belice ya se contabilizan algunos frutos importantes, por ejemplo, un caso en el cual, una persona con VIH que había sido visitada anteriormente, ahora ha sido capacitada y funge como una visitadora en su localidad, siendo muy bien reconocida por sus pares a quienes visita.



“.....aquí todos estamos para ayudarnos....yo te ayudo a ti y tu me ayudas a mi porque yo también estoy aprendiendo de ti.....”

Costa Rica



GENERALIDADES

Oficialmente conocida como República de Costa Rica, cuenta con 4,301,712 habitantes³ y un área territorial total de 51.100 km². Sus límites son al norte con la República de Nicaragua y al sureste con la República de Panamá. Su territorio es bañado al este por el mar Caribe y al oeste por el océano Pacífico. Su capital San José constituye el centro político y económico. Su idioma oficial es el español.

La división político administrativa de Costa Rica comprende 7 Provincias divididas en 81 Cantones o Municipios y estos a su vez, subdivididos en 470 Distritos Colegiados.

De acuerdo al Índice de la Paz Global 2012 Costa Rica está en el tercer lugar entre los países más seguros de América Latina. Actualmente su IDH se ubica en la categoría de “Medio” y constituye el séptimo mejor de Latinoamérica y el segundo en América Central. Para 2010, según el Índice de Desigualdad de Género, Costa Rica es el país más igualitario de América Latina. En promedio la esperanza de vida al nacer es de 78 años⁴. El PIB per cápita alcanzó para el 2001 los \$8,885.00, el segundo más alto en la Región Centroamericana.

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

El número de Personas viviendo con VIH periodo 2002-2010 fue de 2,620 (el 74.9% son hombres y 25.1% mujeres). Las personas con infección avanzada por VIH registradas en el mismo periodo fueron 1,937 (83.4% hombres, 16.6% mujeres) con una incidencia 44.5 x 100,000 habitantes⁵.

La distribución de los casos de VIH mostró que las Provincias con mayor número de casos nuevos para el período 2002-2010 fueron: San José, Heredia y Puntarenas; juntas, estas tres provincias aportan el 66.1% de los casos.

³ Censo realizado en 2012

⁴ ONUSIDA América Latina, Informe Costa Rica 2012.

⁵ Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) 2010.



El número de casos de infección por VIH notificados en la provincia de San José fue superior al resto de las provincias, posiblemente porque las Personas con VIH buscan atención integral en los servicios de salud especializados y, por otra parte, porque se ven obligadas a desplazarse a la capital para evitar el estigma y la discriminación en sus provincias de residencia.

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

El SNS de Costa Rica fue catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, como el tercer mejor sistema de América Latina, superado solo por Colombia y Argentina. La institución rectora de este sector es el Ministerio de Salud Pública el cual desempeña una función de prevención de enfermedades. La atención médica y hospitalaria es responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la cual es una institución estatal autónoma. Igualmente existe sector privado.

El país brinda TAR de manera auto sostenible asegurando la calidad de vida de la Persona con VIH. La Seguridad Social cubre todos los costos de la atención clínica y la TAR, sin financiación externa, pero las áreas de prevención, pruebas y servicios de apoyo todavía tiene una enorme brecha financiera que no se está cubriendo. Los servicios de apoyo complementarios que requieren las Personas con VIH, como por ejemplo el apoyo en el empleo y acompañamiento para sus familias aun son muy incipientes.

El estigma y la discriminación hacia las Personas con VIH, persisten en algunas instancias de apoyo social. La consejería post diagnóstico ha estado a cargo del programa de pares y las clínicas de VIH y en los laboratorios.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

En Costa Rica la EVD se realiza desde el mes de junio de 2012, en las Provincias de San José, Limón, Puntarenas, Alajuela y Cartago.



La estructura es conformada por una Coordinación Nacional de Visita y los visitantes, quien da el seguimiento operativo y apoya administrativamente los procesos de la EVD.

En la zona urbana de la ciudad capital, San José, el acceso no es ningún inconveniente y el desplazamiento es bastante ágil. Se dispone de un buen sistema de transporte público y las visitas

se realizan justamente en las viviendas de las Personas con VIH salvo algunas excepciones. A pesar de estar ubicados en una zona urbana, se puede notar rastros tenues de carencia de recursos, lo cual varía según cada visita.

Las Personas con VIH aceptan bastante bien la visita domiciliar. Existe una estrecha relación entre el Visitador y el Visitado, quienes tienen una interacción tal, que permite un ambiente de confianza y de respeto mutuo. Durante la visita, se exploran aspectos más allá de la entrevista cerrada que obliga el cuestionario, brindando el soporte emocional que se requiere o información requerida por el visitado.

Por otro lado en áreas fuera de la capital, la realidad es bastante distinta. Si bien es cierto, el desarrollo local de estas zonas permite que el acceso geográfico no sea un obstáculo porque se cuenta con diferentes medios para transportarse, pero las distancias si son considerables. Sin embargo el obstáculo mayor es a nivel social. Las visitas, al contrario que en el área urbana, en su mayoría, no se llevan a cabo en los lugares de residencia de las Personas con VIH, ya que existe la posibilidad de ser estigmatizados y rechazados por parte de la familia y por la comunidad. Como alternativa de solución, en algunos casos se ha optado por realizar las visitas en lugares distintos a la vivienda de la Persona con VIH, por ejemplo, parques cercanos a la vivienda, cafetería, casa de amigos o familiares que les apoyan o lugares donde éste sugiera, siempre y cuando sea fuera de los servicios de salud.

A pesar de estas limitantes socio-culturales, las Personas con VIH están conscientes de la importancia de la visita.



“El sistema de visita es muy importante porque la importancia de la visita no es la entrevista sino que la compañía, el apoyo, la plática y todo eso porque a veces uno está solo, ni la familia a veces quiere hablar con uno...”

El Salvador



GENERALIDADES

El Salvador, oficialmente República de El Salvador, cuenta con una población estimada de 6.216.143 habitantes para el año 2012. Debido a su extensión territorial que es de 21.041 km², El Salvador posee la densidad poblacional más alta de América continental. El Salvador cuenta con un IDH catalogado como “Medio” y su PIB per cápita para el 2011 fue de \$3,662.00.

El Salvador, limita al Norte y al Este con la República de Honduras, al sur con el Océano Pacífico, y al Oeste con Guatemala. La ciudad capital del país es San Salvador constituyéndose como la ciudad más grande de la nación. Santa Ana y San Miguel son también ciudades importantes y representan centros culturales y comerciales en el occidente y oriente del país respectivamente.

Su división política es de 14 departamentos. Cada departamento está fraccionado en municipios, que hacen un total de 262 en todo el país. En el territorio de cada municipio existe una cabecera que es nominada como ciudad. Asimismo, dentro de la circunscripción hay cantones, los cuales están conformados por caseríos.

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

En El Salvador, la epidemia del VIH inició en octubre de 1984. Desde entonces hasta diciembre de 2011, 27,697 personas conocen su diagnóstico. De éstas, 8,833 son casos VIH representando un 68% y 8,864 corresponden a casos de infección avanzada por VIH representando un 32%. De ellos, el 62.5% son hombres y el 37.5% son mujeres. Se cuenta con una epidemia concentrada, con una prevalencia general de 0.45%.

La relación hombre-mujer de 1.66:1. La prevalencia VIH en los grupos de más alto riesgo es de 10.8% en HSH, 5.7% en TS y 21.5% en personas transgénero, transexual y travesti , por lo que



hablamos que en El Salvador es una epidemia concentrada en estas poblaciones, pues su prevalencia es 25 veces mayor que en la población general. Aunque el mayor número de personas con la infección se encuentran fuera de estos grupos poblacionales⁶.

El número de casos nuevos de VIH en 2011 fue 1,703 con una detección aproximada de 4.6 casos al día. El 95.4% corresponden a infección por VIH y 4.6% a infección avanzada por VIH. Los departamentos más afectados del país por frecuencia de casos son San Salvador, Santa Ana, La Libertad, Sonsonate.

Desde 2008 las defunciones hospitalarias han sido 1,005 con un promedio anual de 335 muertes de las cuales el 66.7% son hombres⁷. Las defunciones de 2010 fueron 337 de los cuales 67% son hombres.

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

En los últimos seis años el país ha intensificado el trabajo en prevención del VIH con intervenciones informativas y educativas, provisión de servicios, conocimientos, capacitación del recurso humano e inversión financiera. Sin embargo, aún se mantienen brechas en el acceso a la prevención de la transmisión por vía sexual, especialmente de las poblaciones en mayor riesgo y las poblaciones vulnerables.

Entre las estrategias preventivas en aplicación se implementa IEC y las medidas de prevención promocionadas son la abstinencia sexual, la fidelidad mutua de la pareja y el uso correcto, consistente del condón.

Se ha fortalecido el componente de Atención, hasta el 2009 se contaba con 16 Hospitales que brindaban Atención Integral, en 2010 se incrementó en 4 Hospitales más con lo que se tiene servicio a nivel nacional lo que significa un 25 % de crecimiento en lugares que dispensan la TAR.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

El responsable de la EVD en el país es la Asociación Atlacatl “Vivo Positivo”, la cual es una ONG de carácter privado, no política, no religiosa y sin fines de lucro, con personería jurídica propia que orienta sus acciones hacia la movilización social, contribuyendo al mejoramiento de calidad de vida de las Personas con VIH en El Salvador.

La Asociación fue conformada en 1998. Al inicio de sus actividades se creó como un grupo de Personas con VIH y desde su fundación, Asociación Atlacatl ha promovido la defensa y respeto de

⁶ Encuesta Centroamericana de Vigilancia de comportamiento Sexual y Prevalencia VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables El Salvador. Ministerio de Salud, Universidad del Valle de Guatemala, CDC, CDC-GAP/CAP, USAID, Office of the United States Global AIDS Coordination. 2008. (ECVC).

⁷ Sistema único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE). Incluye Datos de Casos VIH/sida Enero – Diciembre 2010. Preliminares. Programa Nacional de VIH/sida/ITS/. SUMEVE FEB 2011, MINSAL.

los DDHH de las Personas con VIH, convirtiéndose en la primera organización que impulso acciones de incidencia orientada a colocar el tema de DDHH y VIH en agenda política.

La EVD se realiza mayormente en áreas rurales, dando cobertura a una población de 192 beneficiados a septiembre de 2012. Incluye los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate en la zona occidental del país; La Libertad en la zona Central; y San Miguel, La Unión y Morazán en la zona oriente del territorio. La mayoría de las visitas se realizan en zonas donde los accidentes geográficos son una constante, lo cual dificulta mucho el acceso.



En las viviendas se puede observar rasgos de pobreza y la falta de una adecuada calidad de vida. En algunos casos el acceso geográfico no es un determinante para realizar la visita. Una ventaja de El Salvador es su pequeña extensión territorial, ya que las distancias de un lugar a otro no representan largas jornadas como en otros países.

Un aspecto determinante es la inaccesibilidad social, dado que algunas personas no les es posible aceptar la visita por riesgo de estigma, discriminación y rechazo tanto dentro de la comunidad y/o de la familia. Asimismo la falta de colaboración y disposición de algunas Personas con VIH a ser visitadas se constituye en una limitante en un buen número de casos.

Si bien es cierto la anuencia y la actitud amable es evidente en la mayoría de los casos, también se registran aisladamente, actitudes de antipatía y desinterés. Este fenómeno es más evidente en Personas con VIH que están viviendo estados de depresión y/o porque la EVD genera ciertas expectativas de tipo económico, lo cual desinteresa al conocer el objetivo real de la Estrategia.



“La importancia de que lo visiten es tener a alguien de confianza con quien hablar, consultar y compartir...”

Honduras



GENERALIDADES

Es un país de América, ubicado en el extremo norte de América Central. Está limitado al Norte por el océano Atlántico, al Este por el mismo mar y la República de Nicaragua, al sur por Nicaragua, el golfo de Fonseca y la República de El Salvador y al Oeste por Guatemala.

Su nombre oficial es República de Honduras y su capital es el Distrito Central constituido conjuntamente por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela. Está dividido políticamente en 18 departamentos. La población de Honduras alcanza 8,215,000 habitantes, y cuenta con una esperanza de vida de 70 años. Se registra un PIB per cápita de \$2,120.00⁸.

Honduras, se encuentra ubicada en la parte más ancha del istmo centroamericano. Su extensión superficial, comprendiendo todas sus islas, se calcula en 112.492 km². Sus costas tienen un desarrollo de 400 millas en el Atlántico, y de 60 en el Océano Pacífico.

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

El número de casos de VIH notificados desde 1985 hasta abril del 2012 es de 30,334 de los cuales 21,738 fueron clasificados como infecciones avanzadas por VIH y 8,596 como infecciones por VIH⁹. El 52.6% son hombres y 47.4% son mujeres. Honduras registra una tasa de prevalencia general de VIH de 369 casos x 100,000 habitantes.

⁸ www.semca.org

⁹ Secretaria de Salud de Honduras, Informe Estadístico de la Epidemia del VIH en Honduras, abril 2012.



De los casos de infección avanzada por VIH notificados a la Secretaría de Salud, más del 91.6% son transmitidas por contacto sexual, siendo esta la principal vía de transmisión de acuerdo a los reportes. El 85.1% de los casos se atribuyen a la transmisión heterosexual, 6.5% a transmisiones homosexuales y bisexuales. En otros grupos específicos de población, tales como: TS y HSH, la prevalencia de VIH oscila entre el 5% a 10%. También se ha demostrado que los Garífunas son un grupo étnico fuertemente impactado por la epidemia, observándose prevalencias de VIH alrededor de 5%.

La población joven, en edad reproductiva y económicamente activa es la que principalmente está afectada por la epidemia. Los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 39 años representan el 72.0% de los casos notificados a lo largo de las dos y media décadas.

En relación a la distribución geográfica de la epidemia, el 100% de los departamentos y municipios del país han reportado casos de infección por VIH. Los departamentos con mayor tasa de prevalencia de VIH son Islas de la Bahía, Atlántida, Cortés, Colón, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Yoro, Valle y Choluteca ubicados en la zona del litoral atlántico, centro y sur de país. Es de hacer notar que varios municipios postergados se encuentran con tasas muy elevadas de incidencia acumulada¹⁰.

Las cinco ciudades con mayores casos de VIH son San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba, El Progreso, Tela y Choloma entre otros.

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

En Honduras se ha incrementado de 47 unidades de salud en 2009 a 85 unidades de salud en el 2011 la implementación y realización de pruebas rápidas de sífilis en embarazadas en diez regiones departamentales de salud. Además se ha ampliado el acceso a prueba rápida de VIH de 286 unidades a 460 unidades de salud a nivel nacional a diciembre 2011.

La TAR en Honduras, inicio en el año 2002 con cuatro centros pilotos para la atención integral a las Personas que Viven con VIH (tres en Tegucigalpa y uno en San Pedro Sula) y desde entonces 11,536 personas han tenido acceso a la terapia: 10,680 adultos y 856 niños.

A diciembre de 2011 se encuentran una cohorte activa en TAR de 8,355 personas, 736 niños menores de 15 años y 7,619 mayores de 14 años, el 60.5% son mujeres y según esquema de tratamiento el 90.5% se encuentran en primera línea, 9.3% en segunda línea de TAR y el 0.2% en TAR de rescate.

Los Centros para la Atención Integral (CAI) en funcionamiento, se aumentaron de 33 en 2009 a 39 en 2011, con un sistema de suministro y distribución de ARV actualizado. Paralelamente la formación y capacitación de personal multidisciplinario de los CAI a través de entrenamiento, ha

¹⁰ Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en el País Honduras, Centroamérica; Periodo de cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011.

aumentado. Se han realizado más de 12,035 visitas domiciliarias a Personas con VIH en el año 2010 y 7,425 en el año 2011, para reforzar las actividades de atención integral.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

La EVD es ejecutada por la Fundación LLAVES, que es una organización sin fines de lucro que nace el año 1999, como respuesta a las necesidades particulares de las Personas con VIH, específicamente en la defensa de los derechos humanos de esta población.

LLAVES, ha desarrollado experiencia en el área de comunicación y la utiliza como vehículo para realizar trabajos de prevención primaria y secundaria del VIH y otras ITS, defensa de los derechos humanos, incidencia política, así como el involucramiento de otros actores claves en la respuesta a la epidemia.

La EVD en Honduras, interviene a las regiones más afectadas por el VIH siendo éstos la región Norte, y Centro del país. De la región Norte se abordan los municipios de San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, Cofradía y la Lima, situados en el departamento de Cortes. En el Departamento de Atlántida se abordara Tela, La Ceiba, Corozal, Jutiapa y Sambo Creek. Y en el Departamento de Colon, se aborda Trujillo, Limón y Tocoa. Haciendo un total de 3 departamentos y 13 municipios y se abordaran 206 personas, según registros hasta septiembre de 2012.

En la ciudad de San Pedro Sula, a pesar de ser una ciudad importante y altamente urbanizada, las visitas se realizan en áreas urbano-marginales y de escasos recursos económicos. Existe pobreza en las viviendas y la carencia de servicios básicos que esto implica. El acceso geográfico no es un problema, a pesar de que los beneficiarios de la EVD están dispersos en diferentes áreas, las visitas son



realizadas en una forma regular utilizando el transporte público interno de la ciudad y el transporte público con destinos fuera de la zona urbana. Si bien es cierto las distancias no son considerablemente largas, pero los tiempos de desplazamiento de un lugar a otro implica al menos 50 minutos solo de traslado en el transporte sin tomar en cuenta el desplazamiento a pie hasta la vivienda.

En otros lugares, siempre en el área urbana, la accesibilidad está condicionada por la situación delincuencial de la zona, la cual es altamente vulnerable a las pandillas o maras. Estos grupos sociales son los que ejercen el control ampliamente en los territorios, en los cuales, el visitador no puede acceder sino es con el previo aval de la jefatura de estos grupos. En algunas ocasiones el visitador debe recorrer un buen tramo a pie con ojos vendados y custodiado por pandilleros por su

propia seguridad y por la confidencialidad de la Persona con VIH a quien se visita, que coincidentemente es el líder de la pandilla de esa zona.

No obstante, todas las limitantes, las visitas se realizan con toda normalidad. Se puede observar un seguimiento efectivo que se realiza mes con mes.

Al igual que en la mayoría de los países restantes, la visita no se limita a cumplir con las preguntas de rigor de la encuesta sino que el Visitador indaga en su estado emocional de la Persona con VIH,



verifica los frascos de los medicamentos haciendo un conteo de las tabletas en búsqueda de dar seguimiento a su Adherencia aconsejando sobre cómo

puede apegarse aun mas a su TAR, ofreciendo consejos prácticos y sencillos.

En la zona rural, las visitas difieren un poco en comparación a las realizadas en zonas urbanas. La delincuencia siempre es un común denominador que condiciona la accesibilidad y el buen desarrollo de la EVD. En áreas rurales, el sicariato es una faceta delictual al que los visitadores están expuestos.



Adicionalmente a esto, el siguiente obstáculo son las distancias las cuales son extensas y el transporte público no es ágil, eficiente ni mucho menos

adecuado. Existen zonas geográficas, que se debe de invertir al menos un día o dos para poder llegar, ya que el transporte público solo está disponible en dos únicos horarios estrictos del día, matutino y vespertino.



Guatemala



GENERALIDADES

La República de Guatemala está situada en el extremo noroccidental de América Central. Limita al oeste y al norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sureste con Honduras y El Salvador y al sur con el océano Pacífico. Posee una superficie de 108,889 km². Su capital es la Ciudad de Guatemala, llamada oficialmente *Nueva Guatemala de la Asunción*. Su población indígena compone un 51% de la población del país. El idioma oficial es el español pero cuenta con 23 idiomas mayas, los idiomas xinca y garífuna. El IDH de Guatemala tiene la categoría de “Medio” sin embargo cuenta con el más alto en el nivel de analfabetismo. El producto interno bruto per cápita en el 2011 se estimó en \$3,187.00. El 50.9% de la población vive en la pobreza y el 15.2 % en la extrema pobreza.



CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

En Guatemala se han notificado 27,474 casos de infección por VIH desde que la epidemia apareció en 1984 hasta diciembre de 2011. Para ese mismo año, se notificaron 2,700 casos VIH. La transmisión es sexual es la causa del 93.84% de los casos; la vía madre a hijo representa el 5.08%; el resto representa el 0.99%. La epidemia tiene ya 27 años en Guatemala, pero el 73% de los casos fueron notificados a partir del año 2004, dada la ampliación rápida de la notificación, resultado de la extensión geográfica de cobertura y la concentración de servicios en regiones y poblaciones de más alto riesgo, todo ello gracias a la subvención otorgada por el FM para la segunda mitad de la década recién pasada.

La epidemia está concentrada en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mientras que la prevalencia en adultos (de 15 a 49 años) en 2009 fue de 0.79%, entre HSH llegó a 18.3%, en personas con tuberculosis, 12.9% entre privados de libertad, 3.4%, entre jóvenes en riesgo social 3.3%, entre TS, 1.09% y entre mujeres embarazadas 0.33%¹¹.

Las tasas de notificación han crecido en todos los departamentos, y más en los municipios donde están los centros urbanos más populosos, ubicados en puntos de ingreso al país y a lo largo de las principales rutas que los conectan entre sí. A impulsos de tal expansión, y en la medida que la notificación mejora en el interior del país, los grupos indígenas han llegado a representar el 22% de las personas con VIH o VIH avanzado notificadas entre 2004 y 2009.

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

El SNS de Guatemala, está conformado por el subsector público, integrado por la red de servicios del Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), servicios de salud del Ministerio de la Defensa, del Ministerio de Gobernación y de la Universidad de San Carlos de Guatemala; por su parte el subsector privado los integran los gobiernos locales, las ONG's y quienes prestan servicios de medicina comunitaria tradicional o alternativa¹².

Las políticas descentralizadas de Prevención del VIH y las ITS se encuentran plasmadas actualmente en los Planes Operativos Locales, que se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector salud y otros sectores que desarrollan temáticas interrelacionadas, como son la sexualidad, el desarrollo personal, el vinculados con la salud sexual y, específicamente, con el VIH y las ITS.

La respuesta al acceso a la TAR y Atención Integral y de acuerdo a la OPS, Guatemala tiene un porcentaje superior al 90% de pacientes bajo la primera línea, garantiza la biodisponibilidad del medicamento favoreciendo la Adherencia en búsqueda de la reducción de las posibilidades de resistencia al mismo.

¹¹ Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín epidemiológico de VIH, marzo 2012.

¹² MSPAS, CNE, PNS, CES/UVG, Perfil Epidemiológico del VIH. Guatemala 2011.

Por otra parte en la actualidad el SNS de Guatemala cuenta con 17 Unidades de Atención Integral UAI para la atención de Personas con VIH (adultos y niños), 13 de ellas en el sector público. En cada una de las Unidades existe un equipo multidisciplinario encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención continua de las Personas con VIH. Son de referencia nacional la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt y Clínica Luis Ángel García asociada al Hospital General San Juan de Dios, además la Unidad de Infectología del Seguro Social, en donde son referidos todos las Personas con VIH para la atención correspondiente.

El seguimiento de la TAR a través de mediciones de CD4 y Cargas Virales 2 veces al año se hace de manera centralizada en donde las Unidades de Atención Regionales envían las muestras a los Centros de Referencia Nacional los cuales tienen el equipo especializado para tal fin.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

La EVD se realiza tanto en áreas urbanas, urbanas marginales y rurales, las cuales están distribuidos geográficamente en los departamentos de Guatemala, Retalhuleu, Escuintla, Izabal y Peten.

En la ciudad capital, las visitas son realizadas con muy poca dificultad geográfica. La limitante real es la inaccesibilidad social, por un lado, un conflicto común es la confidencialidad con los familiares quienes ignoran el diagnóstico de la persona con VIH, esto, en algunos casos, no permite que la visita se realice en el lugar de residencia o si acaso se realiza allí, ésta debe ser en horarios que los miembros de la familia no se encuentren presentes, que la Persona con VIH esté disponible y que el visitador pueda llegar. Concretar esta coordinación tripartita en ocasiones es bastante difícil, sin embargo el esfuerzo por coincidir se innova cada vez, y en la mayoría de los casos la visita es realizada.

En áreas geográficas fuera de la ciudad capital, las viviendas son en su mayoría rurales, con evidentes y variadas carencias de servicios básicos. Las distancias son altamente extensas lo que hace que el tiempo de desplazamiento sea mayor además de la irregularidad de los medios de transporte pero se disponen con una extensa gama de opciones.



Cada uno de los departamentos de Guatemala, ofrece abundancia en rasgos culturales y numerosos matices geográficos. La EVD no escapan de la influencia que esto genera, lo cual condiciona las diversas formas de inaccesibilidad, que varía desde la geografía, la cultura y lo social. En el departamento Retalhuleu, por ejemplo y sus alrededores, las costumbres nacionales y rasgos mayas son influenciados por las tradiciones mexicanas dado la cercanía con una de sus fronteras con el país del norte. Su geografía brinda dificultad en el acceso por las distancias y la dispersión de las Personas con VIH, a pesar de la inmediatez de los medios de transporte típicos. El medio de transporte más utilizado, es el conocido “Triciclo” que es una bicicleta adaptada para brindar el servicio de transporte de personas.



Por otro lado el departamento del Peten, exhibe una inmensa cultura predominante y profundamente de origen Maya. En este caso, una de las inaccesibilidades es, por un lado las distancias amplias que, para acceder al lugar de destino, se utiliza muy comúnmente el conocido “Rotativo” que es una motocicleta con una cabina para transportar personas. Asimismo, la barrera lingüística representa un problema que superar, que aunque existe un alto grado de comunicación, algunos términos técnicos referentes al tema de VIH, aun carece de comprensión total por parte de las Personas con VIH. Una oportunidad y ventaja en el área del Peten, es que, previamente, existen otros proyectos de prevención del VIH a nivel comunitario ejecutado por otras ONG’s, lo cual facilita el mapeo de la zona mediante una coordinación bilateral.



En Izabal, específicamente en la ciudad de Livingston, resaltan en su población, un contexto lleno de mezclas de costumbres, raíces culturales y lenguajes, creando un ambiente social intensamente cosmopolita. La primera barrera para acceder al lugar es el transporte. La única opción es la vía marítima procedente de Puerto Cortez o del área conocida como Rio Dulce. El transporte es una lancha que se le conoce como “Canoga” o “Colectivo” que realizan viajes ida y vuelta en forma limitada.



En Guatemala la EVD, ha permitido establecer un Sistema innovador entre el SNS y el Programa Regional REDCA+. Al inicio de la ejecución de la Estrategia, se identificó cierta resistencia de parte del SNS, ya que en su momento, no se vislumbró ningún beneficio inmediato de apoyo hacia el país.

El SNS percibía que la EVD del Programa Regional REDCA+ podría ser una oportunidad para implementar algún tipo de logística, fue así que surgió lo que se conoce como la “Ficha de Contrarreferencia” (Anexo 2) la cual es un instrumento que ofrece diversos usos y ventajas.

Esta ficha, permite registrar datos relevantes de las Personas con VIH que son visitadas, con el propósito de que el SNS este informado de las actividades de los Visitadores y también conocer el estado de salud, social y comunitario del Visitado.

Por otro lado, esta ficha constituye una forma, en la cual la Persona con VIH, puede expresar algún tipo de queja o denunciar algún maltrato de parte del personal de salud, como ya se han dado algunos casos. Además, esta misma ficha representa un certificado o constancia para que las Personas con VIH puedan aplicar para otros servicios complementarios, como el acceso a servicios odontológicos que ofrece una ONG que opera en diversas zonas de Guatemala.

Nicaragua



GENERALIDADES

Nicaragua es un país ubicado en el istmo centroamericano que limita con Honduras, al norte, y con Costa Rica, al sur. Posee costas en el océano Pacífico y el mar Caribe. Su extensión territorial es de 112,492 km² con una población de 5,888,945 habitantes. El pueblo nicaragüense es de naturaleza multiétnica y principalmente de habla español idioma que también es la lengua oficial del país. Según el IDH catalogado como Medio, Nicaragua a partir del año 2007 ha venido mejorando su nivel de vida alcanzando cálculos de Niveles de Esperanza de Vida de 74 años. Para el 2011, se estimó el PIB per cápita de \$1,239.00.

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

En Nicaragua, se reportó el primer caso de VIH en el año 1987, hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico de la epidemia en el país se mantiene como una epidemia concentrada, manteniendo un comportamiento de bajos niveles, ubicándose entre los países con menor número de casos en Centroamérica, explicado por el inicio tardío de la epidemia y las restricciones de movilidad de los años ochentas¹³.

Hasta el 2011 se registraron un total de 6,864 casos VIH acumulados de los cuales 5,177 son casos de infección por VIH, 695 casos de infección avanzada de VIH y 941 fallecidos. Para el 2011 la tasa de prevalencia nacional es de 100 por 100,000 habitantes, un total de tres departamentos se

¹³ Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Nicaragua, Enero 2008 a Diciembre 2010. CIES - UNAN



encuentran por encima de la tasa nacional siendo estos, Chinandega, Managua y León. La prevalencia más baja del país se concentra en los departamentos de Río San Juan, Nueva Segovia y Matagalpa.

Según sexo el 34.5% (2,305 mujeres) y 65.5% (4,379) hombres, manteniéndose la relación hombre mujer de 1.89 a 1. La prevalencia en HSH del 7.5%, TS 3.2% y la prevalencia en embarazada es de 0.05%¹⁴.

Para el 2011, según área geográfica, el 68 % de las Personas con VIH proceden del área urbana y el 8 % del área rural. Se registra que los departamentos mayormente afectados son Managua, seguido de Chinandega, León y la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS).

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

El componente de prevención y atención del VIH ha sido promovido por el Ministerio de Salud en alianza con las organizaciones sociales y privados enfocado en las diferentes poblaciones con énfasis en los grupos de mayor exposición al riesgo de VIH y vulnerabilidad.

Con la participación organizaciones sociales implementan acciones para la prevención del VIH con adolescentes indígenas, afro descendientes y en condiciones de mayor vulnerabilidad, incluyendo los no-escolarizados.

Las promotoras y promotores adolescentes cuentan con capacidades para la educación de pares en la prevención del VIH y promoción de la participación comunitaria de adolescentes. Las iglesias y organizaciones basadas en la fe desarrollan acciones de prevención del VIH con el objetivo de reducir el estigma y discriminación a las Personas con VIH.

El País cuenta con 1,236 establecimientos prestadores de servicios de salud a la población, donde el MINSA dispone de 1,140 unidades de las cuales el 98% (1,137) Unidades del primer y segundo nivel de atención Brindan Consejería y realizan pruebas de VIH.

En sector privado y organizaciones sociales el 73.96% (65 unidades) realizan consejería y pruebas de VIH. Con una cobertura de unidades que realizan pruebas a nivel de País de 97.73% (1,208).

Se ha ampliado la cobertura de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH en el área urbana y rural. Existiendo en 2011 mayor disponibilidad de pruebas rápidas y pruebas de seguimiento CD4 y Carga Viral. Se dotó a las regiones de la Costa Caribe de medios de transporte acuático y terrestre equipados para la atención en Brigadas móviles en las comunidades de difícil acceso.

En 2003 se inicia la TAR con la atención de 22 personas y 3 unidades que brindaban ARV con un incremento del 300% con respecto al 2011. Actualmente se ha descentralizado la TAR en 33 unidades en 16 departamentos y 13 municipios del País con atención¹, 686 personas en TAR de las cual 1,5958 son adultos y 91 Niños.

¹⁴ Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012, Nicaragua.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

En Nicaragua la EVD está siendo ejecutada por el Grupo de Auto Ayuda de Occidente de Personas que conviven con VIH, es una asociación de naturaleza civil, no gubernamental, no partidaria, sin fines de lucro y autónomos que promueven la solidaridad y los derechos humanos de los Personas con VIH ante el estigma y la discriminación.

Esta asociación nace en el año 2006 y está compuesta por Personas que viven con VIH, familiares y amigos. Uno de los ejes fundamentales de su labor es la incidencia política, prevención, ayuda mutua dentro de lo cual se brinda apoyo emocional, promoción y prevención para la reducción del VIH. Se destacan los valores de responsabilidad, honestidad, transparencia, privacidad y confidencialidad, respeto y ayuda mutua.

Las regiones intervenidas por la EVD son Managua, León, Chinandega, Masaya y Granada. Cada uno de los departamentos con características urbano-marginales y rurales mayoritariamente.

El acceso es siempre una limitante, no tanto por el transporte sino por la gran cantidad de kilómetros cuadrados con que se cuenta y lo disperso que se encuentran las Personas con VIH (salvo algunas excepciones que están concentrados en ciertos sectores puntuales) como resultado, las distancias se hacen mucho más amplias y los tiempos de desplazamiento se alargan mucho mas. Sin embargo el acceso a las vías de comunicación y transporte son mucho más ágiles y pueden variar desde caminar, abordar una “Capotera” como se le conoce en Managua que es un transporte motorizado o un “Triciclo” en afueras de la capital que es un transporte no motorizada así como buses y taxis.



En las áreas rurales de los departamentos diferentes a Managua, las condiciones de pobreza son mucho más marcadas. Estas condiciones socio-económicas afectan directamente la nutrición balanceada que se requiere para una mejor adherencia.



“...antes de hacerse un juicio sobre si uno es adherente o no, hay que conocer la realidad de cómo vive uno...cuando hay algo que echarle, como, cuando no hay...no hay...y los médicos dicen tomáte aunque sea una avena pero ellos no saben que a veces no hay nada, solo uno sabe...pero bueno allí veo como le hacemos para seguir....”

En algunas viviendas se cuenta con el apoyo y la participación activa y permanente de la familia quienes se han involucrado directa y permanentemente con la Persona con VIH. Sin embargo en la mayoría de los casos una de las limitantes observadas, es el anonimato en que la mayoría de las Personas con VIH tienen que permanecer dentro de su comunidad y eso obstaculiza la regularidad de las visitas. A pesar de todo ello, durante las visitas se puede observar gran apertura de parte de las Personas con VIH y amplia confianza con el visitador.



“...a veces uno no puede hablar con la familia y cuando viene él, puedo hablar abiertamente, el tiene lo mismo que yo...como estamos en lo mismo...es mi mismo par....”

Panamá



GENERALIDADES

Panamá es un país que está ubicado en el extremo sureste de América Central. Su nombre oficial es República de Panamá y su capital es la ciudad de Panamá. Este país está conformado por 9 Provincias y por 5 Comarcas indígenas. Limita al Norte con el mar Caribe, al Sur con el océano Pacífico, al Este con Colombia y al Oeste con Costa Rica. Tiene una extensión de 75,517 km².

Localizado en el istmo que une a Sudamérica con América Central, su territorio montañoso solamente es interrumpido por el Canal de Panamá. Su población es de 3.405.813 habitantes.

Su condición de país de tránsito lo convirtió tempranamente en un punto de encuentro de culturas provenientes de todo el mundo. El país es el escenario geográfico del Canal de Panamá, obra que facilita la comunicación entre las costas de los océanos Atlántico y Pacífico y que influye significativamente en el comercio mundial. Por su posición geográfica actualmente ofrece al mundo una amplia plataforma de servicios marítimos, comerciales, inmobiliarios y financieros, entre ellos la Zona Libre de Colón, la zona franca más grande del continente y la segunda del mundo.

Con una población ligeramente superior a los tres millones de habitantes, tiene una posición privilegiada en varias clasificaciones de crecimiento y desarrollo de América Latina, como el IDH 2011, (primer puesto en América Central y sexto en América Latina. El país cuenta con el PIB per cápita más alto de la Región alcanzando para el 2011 \$9,621.00 y una esperanza de vida al nacer de 76 años.

CONTEXTO DE LA EPIDEMIA

Desde septiembre de 1984 (cuando se detectó el primer caso por infección por VIH en Panamá) hasta diciembre de 2010, se han contabilizado 11,585 casos acumulados de infección avanzada por



VIH, de los cuales 7,828 personas, entre niños y adultos, ya han fallecido, registrándose una tasa de letalidad acumulada del 67.6%¹⁵.

En la República de Panamá los casos de infección avanzada por VIH y los casos de infección por VIH son analizados separadamente.

El grupo etáreo más afectado y/o diagnosticado como infección avanzada por VIH es el de 25-44 años de edad (60% de los casos reportados), donde se ubica el segmento de la población que se encuentra en edad reproductiva y que es económicamente activa. Los datos señalan que el 67,0% adquirió el VIH a través de la vía sexual, si bien este dato podría ser superior, ya que el 28,7% se reportó como “no especificado”. En la relación hombre-mujer se registra 3:1. La transmisión materno-infantil representa el 3.0% del total de casos reportados.

Los casos de VIH que no han desarrollado enfermedad oportunista en 6,261 personas, siendo 3,691 en hombres y 2,670 en mujeres. Con relación al grupo de edad de personas más afectadas cuyo diagnóstico fue en fase VIH, es el de 25-44 años de edad (51.9% de los casos reportados), donde se ubica el segmento de la población que se encuentra en edad reproductiva y económicamente activa.

Panamá se caracteriza por tener una epidemia concentrada en los grandes conglomerados urbanos, pero se le observa una dinámica expansiva hacia las áreas rurales. Así mismo, los datos apuntan hacia una concentración de la epidemia en grupos específicos de TS, HSH y población transgénero.

La epidemia se perfiló en rápido crecimiento geográfico desde 1994 y, actualmente, se concentra en Panamá Centro, Colón, San Miguelito, Panamá Oeste, además de las Comarcas de Guna Yala y Ngabe Buglé. Para el año 2011, según el último ejercicio de estimaciones del país, se estimó la prevalencia en 0,77% en la población de 15 a 49 años.

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

Como producto de la abogacía ejercida por la sociedad civil, el gobierno nacional creó su primera clínica de TAR en el año 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano “*Arnulfo Arias Madrid*”, instalación de tercer nivel de atención que es administrada por la Caja de Seguro Social.

Tres años más tarde, en el 2002, inició operaciones la primera clínica de TAR del Ministerio de Salud, la cual se ubicó en los predios del Hospital Santo Tomás. Hoy día, ambos hospitales representan los sitios de tratamiento con mayor número de usuarios: la primera con 2,343 y la segunda con 1,316 personas¹⁶.

En la actualidad, se cuenta con 15 clínicas especializadas a lo largo y ancho del territorio nacional, 12 de ellas son administradas por el Ministerio de Salud y 2 por la Caja de Seguro Social.

¹⁵ Ministerio de Salud República de Panamá, Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, 2011

¹⁶ Informe Nacional sobre los Progresos realizados en el País, PANAMÁ, Enero de 2010 y Diciembre de 2011.

Aunque las clínicas ya establecidas poseen un grado muy variable de desempeño, el modelo de atención involucra 7 servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, salud mental, nutrición y dietética, y trabajo social.

De acuerdo con el reciente ejercicio de estimaciones, para el 2011, unas 8,210 personas son elegibles para ser incluidas en la administración de la TAR. De éstas unas 5,156 están teniendo acceso ya los ARV (asegurados y no asegurados) que fueron captados por el sistema. El Departamento de Epidemiología indica que con base en los registros de personas vivas (en fase VIH o VIH avanzada elegibles para ser incluidos en la TAR) y el estimado de personas que están teniendo acceso actualmente a la TAR, hay una cobertura de 62.8%.

Sin descuidar el arduo trabajo y los esfuerzos por lograr el Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) para las mujeres y los niños y la prevención de la transmisión materno-infantil, a partir del 2011 se concreta la Iniciativa de colaboración entre las poblaciones expuestas a mayor riesgo (PEMAR) y el sector público, a través del fortalecimiento comunitario, para ampliar la Respuesta Nacional al VIH de Panamá, con el apoyo técnico y financiero del FM.

ESTRATEGIA “VISITA DOMICILIAR” EN EL PAIS

En Panamá, la EVD es ejecutada por la organización Grupo Génesis Panamá Positivo (GGP+), que es una Asociación sin fines de lucro fundada el 19 de julio de 2003 cuya primera actividad fue la creación de un grupo de auto-apoyo el cual está funcionando desde esa fecha, brindando orientación y guía así como desarrollando capacitaciones, promoviendo educación y apoyo para personas con VIH, en diversos temas principalmente en auto aceptación, superación y adherencia al tratamiento, derechos humanos, abogacía, entre otros.

Las regiones a nivel nacional en que GGP+ está ejecutando la EVD son:

- Región Panamá Metro, Panamá Oeste, Panamá Este, San Miguelito
- Región Colón
- Región Chiriquí y Comarca Ngöbe Buglé
- Región de Herrera y Los Santos
- Región de Coclé y Veraguas
- Región de Kuna Yala

En Panamá tanto en el área urbana como en las áreas rurales, el acceso geográfico no representa un obstáculo para lograr realizar las visitas. En la Región de Panamá por ejemplo se cuenta con infinidad de rutas y medios de transporte. Aun cuando algunas distancias se hacen relativamente largas, las vías de comunicación son muy buenas y eso hace aminorar el tiempo de traslado.

A pesar del desarrollo urbanístico de la ciudad capital y de la evidente y permanente inversión en infraestructuras, el contraste inmediato es palpable cuando se conoce las condiciones de vida de la mayoría de las personas con VIH. Si bien es cierto, la EVD no pretende solventar directamente esta problemática, ésta es bien vista y aceptada en todos los casos.



Como en el resto de los países, en algunos casos los visitadores domiciliarios realizan esfuerzos para llegar a lugar de alta peligrosidad, con fin de apoyar a sus pares.



El común denominador de las Personas con VIH en cuanto a su necesidad de llenar vacíos emocionales es lo que mas ellos esperan obtener con las visitas.



“...desde que tuve la condición yo no tenía nada, estaba en el acabose...en la indominia.ahora ella me ayuda porque yo me siento aislada...eso de la visita me ayuda porque nadie sabe, ni mis hijos, ni mi mamá...ellos creen que tengo un cáncer...”

La visitas en Panamá, se realizan con regularidad y apegado a las preguntas de la guía de entrevistas. Adicionalmente se indagan otros aspectos según el caso y según lo que el momento que lo amerita y requiere.





“...aquí nadie es conmigo solo Dios... solo Diosito lindo....a veces me siento triste pero cuando ella viene nos ponemos a platicar de todo un buen rato y cuando ya se va hasta me hace falta....me ayuda mucho sus consejos y compañía...”



III. LECCIONES APRENDIDAS

1. A las Organizaciones contratadas para la implementación de la EVD les fue más factible el manejo logístico de la ejecución de la estrategia en comparación a aquellos países en que se opta por la alternativa de contratar personas naturales.
2. La visita es una oportunidad para realizar sesiones educativas personalizadas sobre Prevención secundaria, Adherencia, Distribución y uso de condones, adopción de estilos de vida saludable, TAR, aspectos correspondientes a la nutrición, apoyo emocional, entre otros, lo cual contribuye a reforzar y motivar a los cambios de comportamiento
3. El involucramiento de los SNS de cada país en la EVD, es vital para el óptimo funcionamiento de la misma. Así se puede potenciar la complementariedad de las acciones comunitarias tanto del SNS y del Proyecto Regional REDCA.
4. La EVD no se limita, solo a entrevistar sino que permite ofrecer un acompañamiento en diferentes aspectos a lo largo del mes. La EVD ha sido el principio de nuevas coordinaciones y actividades interinstitucionales complementarias a la Respuesta Nacional de los países de la Región. Los logros paralelos más ejemplificantes de la EVD en la Región pueden ser: a) El reconocimiento de la REDCA+ a través de sus Puntos Focales ante instancias judiciales como potenciales tutores de niños hijos de Personas con VIH; b) En Costa Rica, mediante el acompañamiento permanente de los Visitadores y con el apoyo de los Puntos Focales, se logró culminar el trámite ante el Estado, de inscripción a la Seguridad Social a una Persona con VIH; c) En Honduras, la estrecha coordinación entre los visitadores y el SNS, ha permitido que a través de la EVD, se coadyuve la agilización en la asignación de nuevas citas así como en la obtención de los medicamentos y/o la entrega de los mismos en la vivienda de la Persona con VIH. Asimismo los visitadores, brindan acompañamiento en los trámites de ingresos hospitalarios.
5. El éxito de la EVD impulsada por el Programa Regional REDCA+ radica en que es ejecutada mediante la estrategia de Pares, lo cual permite mayor aceptación de parte de las Personas con VIH en comparación de las que realizan el personal de salud. La razón específica es la apreciación de que los visitadores comparten objetivamente cada uno de los sentimientos y vivencias. La presencia del personal de salud en las viviendas es signo de alerta y estigma dentro de la comunidad.



ANALISIS COSTO-EFECTIVIDAD

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación consiste en un análisis de Costo-Efectividad, de la Estrategia Visita Domiciliar (EVD) para personas con VIH implementada en los países integrantes de la REDCA+ en el periodo del 1 de febrero al 31 de octubre de 2012. Esta investigación se desarrolló en un periodo de 2 meses. El universo de la investigación es de 1,405 individuos con evidencia serológica para VIH residentes de los países de la Región centroamericana. Con base a los criterios de selección muestral para población finita y con un nivel de confianza del 95%, se realizó el muestreo a través del método probabilístico aleatorio sistemático. Sin embargo, por dificultades logísticas, finalmente se utilizó el método de selección por conveniencia, obteniendo, según la disponibilidad de los datos solicitados a cada país, una población muestral de 185 individuos, de los cuales el 46.5% representa la población femenina y el 53.5% la población masculina. Según la nacionalidad, el mayor porcentaje fue para las Personas Costarricenses (19.5%) seguido de Hondureños (17.3%), Nicaragüenses (16.2%), Salvadoreños (15.1%), Panameños (13.5%), Beliceños (11.4%) y Guatemaltecos (7.0%).

Los hallazgos más relevantes fueron: el porcentaje de casos con Aumento de CD4 fué mayor en el grupo de pacientes “ADHERENTES” (79.1%) en comparación con el grupo de “NO ADHERENTES” (10.7%). Además, las personas con “ADHERENCIA”, presentaron menos riesgo de Infecciones Oportunistas que las personas “NO ADHERENTES”. El cálculo que las Infecciones Oportunistas evitadas a través de la implementación de la EVD en el grupo de 185 Personas con VIH ascendieron a 72 casos. También en el estudio, se encontró que, el porcentaje de casos con Aumento de CD4 fué mayor en el grupo de pacientes “ADHERENTES” (79.1%) en comparación con el grupo de “NO ADHERENTES” (10.7%). Analizando las variables Terapia Antirretroviral contra Definición de Caso PRE EVD contra Definición de Caso POST EVD, se observa cómo el grupo “A1/B1” aumentó en un 11.3% después de la EVD, es decir, 21 casos que estaban clasificados en otros grupos, pasaron a formar parte del grupo “A1/B1”.

En cuanto a las variables Uso de Condón contra Infecciones de Transmisión Sexual, se determinó que el riesgo de ITS resulta 2.7 veces mayor que en la población que “NO USA CONDON”. El Uso del Condón es una práctica del 72.4% de la población, además las Infecciones de Transmisión Sexual evitadas, en esta población, alcanzaron los 38 casos.

Finalmente, se obtuvieron 362.16 AVAC's ganados en total con un costo unitario de \$1,082.50. Además, la obtención de los 362.16 AVAC's ganados, representa un valor agregado de 160.08 años para las personas intervenidas por la EVD.

V. PREFACIO

La prevención sigue siendo la mejor esperanza en la lucha contra la epidemia del VIH. Las repercusiones económicas de la epidemia son desproporcionadas, tan solo el componente de Atención en general para las Personas con VIH, representa un gran reto para los países de la Región. Se calcula que el costo en la atención médica y otros cuidados para una sola Persona con VIH es de \$379,668.00 durante toda su vida¹⁷.

La epidemia implica también, un capital social incalculable, lo cual no debe ser tasado en unidades monetarias. Lo que la sociedad pierde, como producto intangible a raíz de la epidemia, no se puede recuperar.

Modelos de atención comunitaria con enfoque de prevención secundaria, representan hoy en día, una alternativa para volver más eficaces las respuestas nacionales del VIH, estrategias e intervenciones que muestran innumerables bondades pero que, no se debe perder de vista, que éstos también consumen una cantidad de recursos los cuales cada vez mas son escasos y que, es prioridad optimizarlos. Los análisis de Costo-Efectividad pueden ayudar a determinar cómo salvar el máximo número de vidas con fondos limitados. De no tomarse en cuenta la información sobre estos análisis, se puede subutilizar y por lo tanto perder la oportunidad de salvar vidas.

El presente documento, muestra los resultados de la primera evaluación de Costo-Efectividad de la Estrategia Visita Domiciliar (EVD) a Personas con VIH implementada en los países miembros de la REDCA+.

Asimismo, destaca algunos hallazgos de eficacia de la EVD en cuanto a la restauración del sistema inmunológico de esta población gracias al mejoramiento de la Adherencia al tratamiento, lo cual implica múltiples comportamientos como la toma de los medicamentos según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a la citas médicas periódicas; realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras ITS entre otros.

Finalmente, describe las limitantes del estudio así como la manera idónea de solventarlas en futuras ediciones de evaluaciones económicas de este tipo y así para poder hacer comparaciones transversales en el tiempo en la búsqueda continua del uso eficiente de los recursos.

¹⁷ Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, Weinstein MC, Seage GR 3rd, Moore RD, Freedberg KA. The life time cost off current human immunodeficiency virus care in the United States. Med Care 2006

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el grado de Costo-Efectividad de la Estrategia “Visita Domiciliar a Personas con VIH, implementada en los países miembros del REDCA+ en el 2012, por el Programa Regional REDCA+” en el periodo de 1 febrero al 31 octubre de 2012.

ESPECIFICOS

- Calcular los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) ganados mediante la implementación de la Estrategia “Visita Domiciliar a Personas con VIH”, en el periodo de 1 febrero al 31 octubre de 2012.
- Determinar el número de Infecciones de Transmisión Sexual evitadas mediante la implementación de la Estrategia “Visita Domiciliar a personas con VIH”, en el periodo de 1 febrero al 31 octubre de 2012.
- Determinar el número de Infecciones Oportunistas evitadas mediante la implementación de la Estrategia “Visita Domiciliar a personas con VIH”, en el periodo de 1 febrero al 31 octubre de 2012.

VII. MARCO TEORICO

• ESTRATEGIA VISITA DOMICILIAR

La Red Centroamericana de Personas con VIH (REDCA+) es una estructura Regional conformada por Personas con VIH, la cual nació como una instancia coordinadora Regional, cuyo objetivo principal fue la promoción y la defensa de los Derechos Humanos (DDHH) de las Personas con VIH en búsqueda de la reducción del estigma y la discriminación, establecer los requerimientos de Centroamérica, tanto en acceso a la Atención Integral así como al acceso universal a tratamiento.

Para el año 2007, la REDCA+ se posiciona como una instancia con aval político otorgado por la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y por el Consejo de Integración Social (CIS).

El Programa Regional REDCA+ como tal, emerge a raíz de la aprobación de una propuesta Regional aprobada en Séptima Ronda por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (FM), para cuatro países de la Región, en aquella ocasión se incluyó únicamente a El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Como una consolidación de esta propuesta, se presentó en el 2010, una nueva, correspondiente a Decima Ronda. Esta fue presentada para todos los países de la Región Centroamericana integrantes de REDCA+. Su Receptor Principal y administrador financiero actualmente es la Secretaría de Integración Social Centro Americana (SISCA).

Una de las Estrategias Regionales de mayor énfasis en la Visita Domiciliar la cual posee un fuerte componente de abordaje cara a cara, mediante el uso de Pares y la movilización comunitaria para el seguimiento de Personas con VIH.

Esta se desglosa de uno de los objetivos específicos del Programa Regional REDCA+ el cual es *“Incrementar la participación de las Personas con VIH, en las acciones claves que generen cambios de comportamiento en sus pares, movilización social, divulgación y aplicación de los derechos humanos establecidos en los marcos legales de los países de la Región y con ello dar continuidad a la disminución del estigma y discriminación”*.

El concepto de la EVD, ha sido concebido para realizar la búsqueda activa, directa y permanente de las Personas con VIH que hayan abandonado sus controles médicos y/o su TAR, por diversas razones. El propósito de esta búsqueda es lograr reinsertarles al SNS de su país.

Adicionalmente, la EVD está dirigida a Personas con VIH que, recién inicien su TAR, para dar acompañamiento en aquellos momentos críticos que se experimentan por los efectos secundarios propios de las primeras etapas de la TAR, garantizando la Adherencia a la misma. Inclusive puede estar dirigida para aquellas Personas con VIH que reiniciarán la TAR.

El propósito de la EVD es brindar apoyo emocional a la Persona con VIH, para que mejore y optimice la Adherencia a fin de reducir el apareamiento de Infecciones Oportunistas (IO) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) procurando la adquisición de cambios de comportamiento, implementado medidas de prevención secundaria y en consecuencia, fomentar una mejor calidad de vida rompiendo el característico ciclo interminable del impacto social del VIH.

La metodología utilizada es la visita directa y periódica al lugar de residencia de la Persona con VIH, cuya meta es alcanzar a 200 Personas con VIH visitadas por país al menos una vez al mes en un periodo de seis meses. La visita es realizada por un visitador que cumpla con el criterio de enfoque de abordaje de Pares: que sea Persona con VIH.

Como primer acercamiento, se realiza un diagnostico socio-económico y posteriormente, mes con mes se visita para desarrollar una entrevista utilizando una ficha individual. Esta ficha debe ser llenada por el visitador en base a las réplicas de la Persona con VIH. Al finalizar el visitado certifica la realización de la entrevista a través de la firma de su propio puño y letra o en su defecto su huella dactilar, lo cual queda estampada en la ficha. La ficha es duplicada mes con mes, cuya copia es enviada a la UCP REDCA+ en su informe mensual, donde se analiza la información y se archiva para un inmediato análisis y monitoreo.

● ECONOMIA EN SALUD

Es la rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o en el de un grupo de población. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseados) aplicadas a la producción en el campo de la salud. Abarca la prevención, curación y el pronóstico, con sus metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos.

La administración de los recursos asignados debe basarse en las consideraciones de los factores involucrados en los análisis económicos que son los instrumentos empleados para de manera sistemática identificar, medir, evaluar y comparar los costos y los resultados de por lo menos dos alternativas relevantes.

Son útiles para tomar decisiones sobre administración de instituciones, hospitales, estrategias o intervenciones de salud; para establecer prioridades en las necesidades de servicios y las demandas con la consecuente distribución de recursos, y para la planeación de programas y políticas de salud.

Los análisis se basan en estimaciones, pero aun los cálculos más completos y precisos generan incertidumbres que se incrementan cuando interviene un bien eminentemente humano como es la salud, de tal forma que a pesar de que un análisis se realice de manera meticulosa y estricta hay variables tan frágiles, tan subjetivas, y tan difíciles de cuantificar, que pueden quedar fuera de toda posible estimación o el mínimo cambio u omisión parcial de alguna de ellas puede echar abajo todas las predicciones.

Los mejores análisis económicos son aquellos que miden los costos y los resultados como los de Costo-Efectividad. Aunque su elaboración es complicada y cara, son prácticamente indispensables cuando se trata de decidir programas sociales¹⁸.

En términos de Economía en Salud, el término “Costo”, se refiere al valor que resulta de convertir todos los insumos y recursos, en servicios y/o unidades de producción. En el caso de la EVD, se refiere a tasar cualquier tipo de actividad (tiempo, recurso humano, capacitaciones, monitoreo entre otros) a escalas monetarias.

Una de las definiciones comunes sobre la “Efectividad” sugiere que se trata de la medida en que un programa alcanza los resultados previstos (productos, efectos directos y metas). La EVD considera como objetivo final reducir la morbilidad ajustada por otras variables que puedan resultar coadyuvantes a la mejora del sistema inmune de las Personas con VIH.

El análisis de Costo-Efectividad compara la eficacia de la EVD en función de sus costos y los resultados obtenidos, medidos en unidades físicas. La eficacia en función de los costos se calcula dividiendo el costo total de la EVD por las unidades de resultados alcanzadas y se expresa, por ejemplo:

- Costo por Infecciones de Transmisión Sexual evitadas.
- Costo por Infección Oportunista evitadas.
- Costo por Años de Vida Ajustados por Calidad ganados.

Estos últimos son medidas naturales de salud que crean una combinación de calidad y cantidad de vida. Así cada año de vida de una Persona con VIH, se pondera o ajusta según Índice de Calidad de Vida (ICV) que es determinado por la Categoría inmunológica en que se encuentra antes y después de la implementación de la EVD¹⁹.

Se considera que la intervención que cuesta menos por unidad de resultado, es la más eficiente en función de los costos, sin embargo en el caso de la EVD, no se le ha asignado un parámetro de comparación más que la misma estrategia, es así que, el análisis de Costo-Efectividad se realizara comparando el estándar actual (o no intervención), que igualmente supone ciertos costos y cierta efectividad.

¹⁸ María de los Ángeles, Rodríguez-Ledesma, Camilo Vidal-Rodríguez, Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general, 2006.

¹⁹ HIV Cost-Effectiveness, <http://www.cdc.gov/hiv/topics/preventionprograms/ce/index.htm>

VIII. METODOLOGIA

El análisis de Costo-Efectividad, de la EVD, se desarrolló en un periodo de 2 meses a partir del 8 de octubre de 2012. Este incluyó el periodo de investigación comprendido del 1 de febrero al 31 de octubre de 2012. Las líneas de análisis utilizadas para su realización fueron:

a) ANALISIS DE EFECTIVIDAD

Para el desarrollo del análisis de Costo-Efectividad, la revisión de la documentación referente a la EVD fue fundamental. Esto permitió el análisis del sistema de información de la Estrategia y conocer los indicadores con que se contaba y establecer aquellos parámetros de medición para obtener el objetivo general.

Se constituyó como término de medida de Efectividad, los niveles de CD4 previo y posterior a la implementación de la EVD para su eventual cotejo al momento de hacer el análisis. Asimismo, se identificó la necesidad de categorizar a la población según los niveles de CD4, por lo que se utilizaron los grupos establecidos en la Clasificación de Caso por infección por VIH, OPS-Caracas 1993, como lo muestra el Cuadro #1.

CUADRO #2
Definición de Caso de Infección por VIH OPS-Caracas 1993

		CATEGORIAS		
		A	B	C
		INFECCION AGUDA	INFECCION SINTOMATICA	CONDICIONES
		INFECCION ASINTOMATICA	NO A NO C	INDICADORES DE SIDA
CATEGORIAS				
LINFOCITOS				
CD4+				
1	≥ 500 cel./mm ³	A1	B1	C1
2	200-499 cel./mm ³	A2	B2	C2
3	<200 / μ	A3	B3	C3

Para determinar los Resultados de la EVD, se incluyó como Universo a 1,405 Personas con VIH que están siendo intervenidas en toda la Región. En base a los criterios de selección muestral para población finita y con un nivel de confianza del 95%, se realizó el muestreo a través del método probabilístico aleatorio sistemático. Sin embargo, por dificultades logísticas, finalmente se utilizó el método de selección por conveniencia según la disponibilidad de los datos solicitados a cada país por parte de la UCP REDCA+.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas con VIH que están siendo beneficiadas con la Estrategia Visita Domiciliar.
- Personas con VIH residentes de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
- Personas con VIH que tengan registro de 4 meses o más dentro de la Estrategia Visita Domiciliar.
- Personas con VIH que posean un registro del conteo de CD4 del año 2011.
- Personas con VIH que posean un registro del conteo de CD4 del año 2012.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personas con VIH que hayan sido incluidas tan recientemente como un mes en la Estrategia Visita Domiciliar.
- Personas con VIH que hayan abandonado al menos 2 meses la Estrategia Visita Domiciliar.
- Personas con VIH residentes de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá que NO posean registro del conteo de CD4 posterior al 30 de mayo de 2012²⁰.
- Personas con VIH residentes en Belice y Costa Rica, Guatemala que NO posean registro del conteo de CD4 posterior al 30 de septiembre de 2012²¹.
- Menores de edad con diagnóstico de infección por VIH aun estando incluidos en la Estrategia Visita Domiciliar.

Lo que se buscó determinar fue si mediante la implementación de la EVD, se contribuía a:

- Uso del Condón y mantener una nutrición balanceada.
- Mejorar su Adherencia.
- Aumentar los niveles de CD4.
- Escalar a un nivel más favorable su estado de la infección por VIH según la Clasificación de OPS-Caracas 1993.
- Determinar el porcentaje de Infecciones Oportunistas evitadas.
- Determinar el porcentaje de Infecciones de Transmisión Sexual evitadas.
- Cantidad de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) ganados posterior a la Estrategia.

La muestra final posterior a la aplicación de los Criterios de Selección, fue un grupo de 185 personas con evidencia serológica de infección por VIH residentes de la Región Centroamericana.

²⁰ La EVD en este grupo de países inicio el 1 de febrero de 2012.

²¹ La EVD en este grupo de países inicio el 1 de junio de 2012.

VARIABLES

Una vez obtenida la base de datos y determinando la población muestral, se procedió a la digitalización de la información utilizando el programa *Epi Info* versión 3.5.3. Para ello, se establecieron las siguientes variables:

- A. País (Bz, Cr, Es, Gt, Hn, Nc, Pn)
- B. Edad (número de años de edad biológica)
- C. Sexo Biológico (Hombre/Mujer)
- D. Trabaja actualmente (Si/No/Ocasionalmente)
- E. Nutrición Balanceada (Si/No) *
- F. Asiste al control médico (Si/No) *
- G. Terapia Antirretroviral (Adherente/No Adherente) *
- H. Uso de Condón (Si/No) *
- I. Infecciones Oportunistas (Si/No) *
- J. Infecciones de Transmisión Sexual (Si/No) *
- K. Conteo de CD4 2011/2012(Disminución, Ningún cambio, Aumento)**
- L. Clasificación de Caso Pre EDV (A1,B1)-(A2,B2)-(A3,B3,C1,C2,C3)***
- M. Clasificación de Caso Post EDV (A1,B1)-(A2,B2)-(A3,B3,C1,C2,C3)***

*Se tomaron como caso afirmativo cuando las respuestas que registraron un porcentaje igual o mayor al 40% durante el periodo de la Estrategia Visita Domiciliar.

** La comparación de los conteos de CD4 2011 y CD4 2012 logró categorizar en 3 grupos según los siguientes criterios:

- i. Disminución: Personas con VIH que su conteo de CD4 decayó en un rango de igual o mayor de 25 células después de la EVD.
- ii. Aumentó: Personas con VIH que su conteo de CD4 se acrecentó en un rango de igual o mayor de 25 células después de la EVD.
- iii. Ningún Cambio: Personas con VIH que su conteo de CD4 se mantuvo en un rango de +/- 24 células después de la EVD.

***Según la clasificación de caso de infección por VIH, OPS Caracas 1993.

b) ANALISIS DE COSTOS

Con el apoyo del área financiera a través del apoyo del equipo de Monitoreo&Evaluación de la UCP REDCA+, se verificó la inversión global y específica para cada uno de los países para la implementación de la EVD:

- Costos Directos: Se incluye el monto asignado contractualmente para el desarrollo de la EVD en cada uno de los países.
- Costos Indirectos: Son todos aquellos que se utilizaron para aspectos de Implementación o inicio de la Estrategia, lo cual incluye rubros como capacitaciones, calibración-homologación, Monitoreo&Evaluación, operativización y desplazamiento, el costo unitario promedio en la región de una visita domiciliar en combinación con la cantidad de visitas que se realizan mensualmente extrapolando este dato para 8 meses entre otros.

Se determino que los Costos Directos, representan los fondos asignados para la ejecución de la EVD a cada uno de los países de la Región, cuyo techo presupuestario asciende a **\$218,164.00**.

En cada país de la Región, la estructura sub-ejecutora de la EVD es una ONG contratada, a diferencia de Guatemala y Costa Rica, que por la ausencia de una ONG como sub-ejecutora, se optó por contratar directamente a Personas con VIH (Cuadro #2).

En resumen se ha determinado que el Costo neto de la EVD en el periodo del 1 de febrero al 30 de octubre de 2012 asciende a **\$392,039.15**, tal como lo muestra el Cuadro #3.

CUADRO #3
Inversión por país para la ejecución de la Estrategia Visita Domiciliar

PAIS	MONTO ASIGNADO	PERIODO DE EJECUCION
El Salvador	\$38,230.00	Febrero-Diciembre
Honduras	\$36,770.00	Febrero-Diciembre
Nicaragua	\$31,075.00	Febrero-Diciembre
Panamá	\$39,341.00	Febrero-Diciembre
Belice	\$24,447.85	Junio-Diciembre
Guatemala	\$24,150.00	Junio-Diciembre
Costa Rica	\$24,150.00	Junio-Diciembre

Fuente: Unidad Ejecutora Programa Regional REDCA+

CUADRO #4
Inversión por país para la ejecución de la Estrategia Visita Domiciliar

Belice, Costa Rica y Guatemala		El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá	
COSTOS DIRECTOS	\$ 72,747.85	COSTOS DIRECTOS	\$ 145,416.00
COSTOS INDIRECTOS	\$ 84,273.30	COSTOS INDIRECTOS	\$ 43,846.00
Monitoreo	\$ 2,100.00	Monitoreo	\$ 2,400.00
Implementación	\$ 82,173.30	Implementación	\$ 41,446.00
Logística	\$ 4,108.67	Logística	\$ 4,144.60
Calibración/homologación	\$ 8,217.33	Calibración/ homologación	\$ 10,361.50
Capacitaciones	\$ 49,303.98	Capacitaciones	\$ 20,204.91
Análisis de resultados	\$ 20,543.32	Análisis de resultados	\$ 6,734.98
Movilización operativa	\$ 14,900.00	Movilización operativa	\$ 30,856.00
SUB TOTAL 1	\$ 171,921.15	SUB TOTAL 2	\$ 220,118.00
TOTAL	\$	\$ 392,039.15	

Fuente: Unidad Ejecutora Programa Regional REDCA+

Al revisar los montos asignados a cada uno de los países en base al contrato con el Programa Regional REDCA+ y según el número de visitas realizadas en el periodo del 1 de febrero al 31 de octubre de 2012, se ha calculado el Costo Unitario que una visita representa en cada país, siendo Nicaragua donde se ha tasado menor unitariamente la visita y Guatemala la más onerosa como lo muestra el Cuadro #4.

CUADRO #5
Inversión por país para la ejecución de la Estrategia Visita Domiciliar

PAIS	MONTO ASIGNADO	PERIODO MESES	VISITA POR MES	TOTAL VISITAS ACUMULADAS	COSTO UNTARIO
EL SALVADOR	\$ 38,230.00	8	230	1840	\$ 20.78
HONDURAS	\$ 36,770.00	8	230	1840	\$ 19.98
NICARAGUA	\$ 31,075.00	8	217	1736	\$ 17.90
PANAMA	\$ 39,341.00	8	212	1696	\$ 23.20
BELICE	\$ 24,447.85	5	197	985	\$ 24.82
GUATEMALA	\$ 24,150.00	5	143	715	\$ 33.78
COSTA RICA	\$ 24,150.00	5	176	880	\$ 27.44
TOTAL	\$218,164.00		1,405 BENEFICIADOS A OCTUBRE 2012	9,692 VISITAS EN 9 MESES	\$23.98 COSTO UNITARIO PROMEDIO

Fuente: Unidad Ejecutora Programa Regional REDCA+

c) ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD

Para el cálculo de los AVAC's y su posterior comparación, se utilizaron estimaciones de calidad de vida para las personas con VIH²², específicamente los Índices de Calidad de Vida (ICV) ponderados según su estadio de la infección por VIH:

- 0.94 para las personas con infección con VIH (A1, B1).
- 0.82 para personas con infección por VIH sintomáticos (A2, B2).
- 0.70 para las personas en etapa SIDA (A3, B3, C1, C2 y C3).

De esta forma, los AVAC's se obtuvieron mediante la combinación y el cálculo de:

- a. La Esperanza de Vida al Nacer según cada país.
- b. La edad más reciente de la Persona con VIH al momento de la implementación de la EVD.
- c. Los Años Potenciales de Vida (APV)
- d. APV ajustados PREVIO a la implementación de la EVD.
- e. APV ajustados POSTERIOR a la implementación de la EVD.

El análisis de la Costo-Efectividad resultó de obtener el valor unitario de AVAC mediante el cociente entre el Costo Total de la EVD y los AVAC's ganados que las Personas con VIH obtuvieron al ser intervenidas por la Estrategia y finalmente comparar este valor con estándares de otros estudios de Economía en Salud.

El AVAC se multiplicó por el Producto Interno Bruto (PIB) anual *per cápita* de cada país, para obtener el valor monetario que representan los AVAC's en las Personas con VIH a través de la implementación de la EVD.

Posteriormente se combinó con el Costo Neto de la Intervención lo cual brindó el resultado investigado:

La Costo-Efectividad.

IX. RESULTADOS

²² Tengs TO, Lin TH. A meta-analysis of utility estimates for HIV/AIDS. *Med Decis Making* 2002

La base de datos se analizó en EpiInfo3.4.5, estimamos frecuencias y proporciones para el análisis descriptivo. Los resultados se presentan a continuación:

**CUADRO #6
DISTRIBUCION SEGÚN NACIONALIDAD**

PAIS	Frecuencia	Porcentaje
Belice	21	11.40%
Costa Rica	36	19.50%
El Salvador	28	15.10%
Guatemala	13	7.00%
Honduras	32	17.30%
Nicaragua	30	16.20%
Panamá	25	13.50%
Total	185	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

**CUADRO #7
DISTRIBUCION SEGÚN SEXO**

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	86	46.50%
MASCULINO	99	53.50%
Total	185	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #8
DISTRIBUCION SEGÚN TRABAJA ACTUALMENTE

TRABAJA ACTUALMENTE	Frecuencia	Porcentaje
NO	109	58.90%
OCASIONALMENTE	15	8.10%
SI	61	33.00%
Total	185	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #9
**DISTRIBUCION SEGÚN CLASIFICACION DE CASO
POR INFECCION POR VIH PREVIO A LA EVD**

CLASIFICACIÓN DE CASO Pre EVD	Frecuencia	Porcentaje
A1/B1	56	30.30%
A2/B2	92	49.70%
A3/B3/C1/C2/C3	37	20.00%
Total	185	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #10
DISTRIBUCION SEGÚN CLASIFICACION DE CASO
POR INFECCION POR VIH POSTERIOR A LA EVD

CLASIFICACIÓN DE CASO Post EVD	Frecuencia	Porcentaje
A1/B1	77	41.60%
A2/B2	87	47.00%
A3/B3/C1/C2/C3	21	11.40%
Total	185	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #11
DISTRIBUCION SEGÚN TRABAJA ACTUALMENTE
Y NUTRICION BALANCEADA

TRABAJA ACTUALMENTE	NUTRICIÓN BALANCEADA		TOTAL
	Yes	No	
NO	72	37	109
%	66.1	33.9	100.0
OCASIONALMENTE	10	5	15
%	66.7	33.3	100.0
SI	50	11	61
%	82.0	18.0	100.0
TOTAL	132	53	185
%	71.4	28.6	100.0

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #12 DISTRIBUCION SEGÚN ASISTE AL CONTROL MEDICO Y NUTRICION BALANCEADA

ASISTE A CONTROL MÉDICO	NUTRICIÓN BALANCEADA		TOTAL
	Yes	No	
Yes	116	37	153
No	16	16	32
TOTAL	132	53	185

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #13 DISTRIBUCION SEGÚN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E INFECCIONES OPORTUNISTAS

INFECCIONES OPORTUNISTAS

TERAPIA ANTIRETROVIRAL	Yes	No	TOTAL
Adherente	16	113	129
No adherente	19	37	56
TOTAL	35	150	185

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

**CUADRO #14
DISTRIBUCION SEGÚN USO DE CONDON
E INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
USO DE CONDÓN	Yes	No	TOTAL
No	2	12	14
Yes	10	161	171
TOTAL	12	173	185

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAREN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

**CUADRO #15
DISTRIBUCION SEGÚN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
Y CONTEO DE CD4 2011/2012**

CONTEO CD4 2011/2012				
TERAPIA ANTIRETROVIRAL	Aumentó	Disminuyó	Ningún cambio	TOTAL
Adherente	102	14	13	129
%	79.1	10.9	10.1	100
No adherente	6	47	3	56
%	10.7	83.9	5.4	100
TOTAL	108	61	16	185
%	58.4	33	8.6	100

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

**CUADRO #16
DISTRIBUCION SEGÚN CLASIFICACION DE CASO INFECCION POR VIH
Y CONTEO DE CD4 2011 Y CONTEO DE CD4 2012**

2011 (Pre EVD)

2012 (Post EVD)

CLASIFICACIÓN DE CASO			Diferencia			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
A1/B1	56	30.30%	77	41.60%	21	11.30%
A2/B2	92	49.70%	87	47.00%	-5	-2.70%
A3/B3/C1/C2/C3	37	20.00%	21	11.40%	-16	-8.60%
Total	185	100.00%	185	100.00%		

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #17 INFECCIONES OPORTUNISTAS E INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EVITADAS

	Prevalencia Observada	Casos Observados	Prevalencia Esperada	Casos Esperados	Casos Evitados (Casos Esperados-Casos Observados)
INFECCIONES OPORTUNISTAS	18.90%	35	58% ²³	107	72
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	6.50%	12	27% ²⁴	50	38

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

²³ Bertha Haydeé Carbajal-Martel, Efraín Bu-Figueroa y Manuel Sierra-Santos, Prevalencia de Infecciones Oportunistas en pacientes VIH Positivo asociados al conteo disminuido de células linfocitos CD4+. Hospital Escuela Mayo-Septiembre, 2001.

²⁴ Martí Vall Mayans, Benicio Sanz Colomo, Eva Loureiro Varela y Pere Armengol Egea. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. Med Clin (Barc) 2004;122(1):18-20

CUADRO #18
AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD GANADOS

RANGO AVAC's	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0.00-2.99	11	13.75%
3.00-5.99	58	72.50%
6.00-8.99	8	10.00%
9.00-11.99	2	2.50%
12.00-14.99	1	1.25%
	80	100.00%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

CUADRO #19
AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD PERDIDOS

PAIS	NUMERO DE VISITAS	NUMEROS DE CASOS NO AVAC	PORCENTAJE FRACASOS EVD
	COSTA RICA	176	14
BELICE	197	15	7.61%
GUATEMALA	143	4	2.80%
HONDURAS	230	4	1.74%
PANAMA	212	3	1.42%
NICARAGUA	217	5	2.30%
EL SALVADOR	230	3	1.30%
TOTAL	1405	48	25.95%

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR
EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

**CUADRO #20
COSTO-EFECTIVIDAD**

A	B	C	D	E
INVERSION TOTAL	NUMERO PERSONAS	AVAC GANADOS	A/B	A/C
			COSTO DE LA EVD POR PERSONA	COSTO POR AVAC GANADO
\$ 392,039.15	1,405	362.16	\$ 279.03	\$ 1,082.50

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE VISITA DOMICILIAR EN PERSONAS CON VIH IMPLEMENTADA EN LOS PAISES
MIEMBROS DE LA REDCA+ EN EL 2012

X. DISCUSION

La presente investigación es un análisis de Costo-Efectividad de la Estrategia Visita Domiciliar cuyo universo fue de 1,405 Personas con VIH residentes de la Región centroamericana. Se utilizó una muestra de 185 individuos, de los cuales el 46.5% representa la población femenina y el 53.5% la población masculina. Según la orientación sexual, la mayor cantidad de población fue Heterosexual (72.4%).

Según la nacionalidad, el mayor porcentaje fue para las Personas con VIH Costarricenses (19.5%) seguido de Hondureños (17.3%), Nicaragüenses (16.2%), Salvadoreños (15.1%), Panameños (13.5%), Beliceños (11.4%) y Guatemaltecos (7.0%).

El 58.9% de la población incluida en el estudio, responde que “NO TRABAJA”, seguido del 33% que lo hace en forma “OCASIONAL” y tan solo el 8.1% refiere “SI TRABAJAR”, lo cual impacta negativamente en el aspecto socio-económico de las Personas con VIH, al carecer de recursos económicos. Este hallazgo, al contrastarlo con la variable Nutrición Balanceada, demuestra que “SI TIENE NUTRICION BALANCEADA” en el grupo de los que “TRABAJAN ACTUALMENTE” (82.0%) en comparación con los que “TRABAJAN OCASIONALMENTE” (66.7%) y los que “NO TRABAJAN ACTUALMENTE” (66.1%), lo que podría estar relacionado con mayor poder adquisitivo para su alimentación. Sin embargo, se determina que esta diferencia no es estadísticamente significativa, mediante la prueba estadística de Chi cuadrado.

En cambio cuando, se analiza en conjunto las variables Asistencia Control Médico y Nutrición Balanceada, se observa un factor protector: Los pacientes que “SI ASISTEN A CONTROL MEDICO”, tienen 3.1 más probabilidad de tener una nutrición balanceada que los pacientes que NO ASISTEN AL CONTROL MEDICO.

Las Infecciones Oportunistas, en el caso de las Personas con VIH, se producen cuando el nivel de linfocitos CD4 es menor de 200 cfs/ μ L. Al analizar las variables Terapia Antirretroviral contra Infecciones Oportunistas, se obtiene el hallazgo de que las personas con “ADHERENCIA”, tienen menos riesgo de Infecciones Oportunistas que las personas “NO ADHERENTES”. Tomando en cuenta las definiciones de Haynes²⁵ y Rand²⁶ acerca de Adherencia, los hallazgos en el estudio son acordes a lo esperado, ya que el objetivo de que una Persona con VIH sea Adherente es precisamente restaurar su sistema inmunológico para minimizar la posibilidad del apareamiento de Infecciones Oportunistas. En el presente estudio se calculó que las Infecciones Oportunistas evitadas a través de la implementación de la EVD en el grupo de 185 Personas con VIH ascendió a 72 casos.

²⁵ Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.

²⁶ Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.

También en el estudio, se encontró que, el porcentaje de casos con Aumento de CD4 es mayor en el grupo de pacientes “ADHERENTES” (79.1%) en comparación con el grupo de “NO ADHERENTES” (10.7%), con un valor estadísticamente significativo, tal como describen Berg et al., 2005; Gordillo et al., 1999; Sternhell y Corr, 2002, que un pobre estado inmunológico se relaciona con una baja Adherencia a la TAR.

Analizando las variables Terapia Antirretroviral contra Definición de Caso PRE EVD contra Definición de Caso POST EVD, se observa cómo el grupo “A1/B1” aumentó en un 11.3% después de la EVD, es decir, 21 casos que estaban clasificados en otros grupos, pasaron a formar parte del grupo “A1/B1”. De estos 21 casos que mejoraron su condición clínica después de la intervención, 5 eran del grupo “A2/B2” y 16 del grupo “A3/B3/C1/C2/C3”. Es decir, los que mejoraron en mayor medida fueron los del grupo clínico más comprometido. En la etapa de observación *in situ*, se pudo observar diversos obstáculos de todo tipo para que la Persona con VIH fuera Adherente, uno de mayor frecuencia fue estados de depresión, stress y soledad, G. Cente comprobó en un estudio realizado en El Salvador durante el 2008, que la Ansiedad es una “Comorbilidad” que afecta directamente la capacidad del Individuo para Adherirse efectivamente a la TAR, lo cual es solventado en gran medida mediante el acompañamiento emocional que las visitas domiciliarias periódicas que esta Estrategia ofrece a los beneficiados, cuyos diagnósticos, en la mayoría de los casos, son ocultados inclusive a los familiares con quienes conviven en la misma vivienda. Si bien es cierto que la cinética de la restauración inmunológica es un proceso complejo en el cual intervienen diversos factores (clínicos, farmacológicos, psico-sociales, personales-emocionales y estructurales de los sistemas de salud), también se confirma que el acompañamiento permanente a las Personas con VIH por parte de su par, ha sido de gran apoyo para mostrar los grados de mejora inmunológica registrada como resultado de la presente investigación.

En cuanto a las variables Uso de Condón contra Infecciones de Transmisión Sexual, se determino que, aunque el riesgo de ITS resulta 2.7 veces mayor que en la población que “NO USA CONDON”, esta estimación, al menos en el estudio, no es estadísticamente significativa, sin embargo si es importante rescatar que el Uso del Condón es una práctica del 72.4% de la población, dato que demuestra la adopción de estilos de vida saludables por parte de la población que esta siendo intervenida en la EVD, además las Infecciones de Transmisión Sexual evitadas, en esta población, alcanzaron los 38 casos.

La EVD, en el periodo del 1 de febrero al 31 de octubre de 2012, alcanza \$392,039.15 como inversión neta, registrando el costo *per cápita* de \$279.03.

Al analizar la COSTO-EFECTIVIDAD, se desagregó la muestra de 185 en dos grandes grupos:

- GRUPO A: 48 individuos que perdieron AVAC’s (25.95%)
- GRUPO B: 57 individuos que no ganaron ni perdieron AVAC’s (30.81%)
- GRUPO C: 80 individuos que ganaron AVAC’s (43.24%)

Inicialmente el Grupo A constituido por 48 individuos que perdieron AVAC’s, representan el 25.95% de la población total incluida en el Estudio. La razón por la cual éstos no obtuvieron AVAC’s ganados, es porque, el conteo de CD4 disminuyo de tal manera que, su categoría de caso por

infección por VIH, se ubico en el nivel inmediato inferior y por lo tanto, su ICV perdió ponderación sensiblemente. Este grupo representa, a grandes rasgos el porcentaje de fracaso esperado en cualquier tipo de estrategia, proyecto o intervención comunitaria en salud. El cuadro x muestra la distribución por país de esta población.

Seguidamente se analizo el Grupo B, con 57 individuos, el cual representa el 30.8%, que corresponde a aquellas personas que no obtuvieron ni perdieron AVAC's ganados. Sin embargo, es imprescindible mencionar que, dentro de este grupo, se identificó tres sub-grupos:

a) 13 individuos registraron ningún cambio en sus niveles de CD4; b) 14 individuos registraron disminución en sus niveles de CD4; c) 30 individuos, el sub- grupo más importante de destacar, aunque no obtuvieron AVAC's ganados, sí registraron aumento sustancial en los niveles de CD4.

La razones por la cual no se registra ningún AVAC ganado estos 30 individuos es porque: i) Un grupo de 11 de ellos previamente ya estaban en la categoría "A1/B1" y no podían, por lo tanto, mejorar su ICV mas allá de lo estipulado; ii) El aumento del nivel de CD4 de los 18 individuos restantes (15 en la Categoría "A2/B2" y 3 en la Categoría "A3/B3/C1/C2/C3") no fue lo suficiente para poder incrementar su ICV y posicionarse en la siguiente categoría.

Sin embargo, es de hacer notar que, en este pequeño grupo, a pesar de no haber obtenido AVAC's ganados, si se comprueba que la EVD es efectiva en cuanto a la restauración inmunológica que las personas intervenidas han logrado.

Finalmente, se revisó el Grupo C, que asciende al 43% del total de la muestra, quienes obtuvieron 362.16 AVAC's ganados en total con un costo unitario de \$1,082.50, que comparado con el valor de un AVAC sugerido en el 2005 por *Byrne et al* (\$1,200.00-\$5,700.00) o con el sugerido por *Gyrd-Hansen* en el 2003 (\$10,000.00) o con el sugerido por *King et al* en el 2005 (\$12,500.00-32,000.00), este hallazgo sugiere que la EVD es una intervención Costo-Efectiva.

Además, la obtención de los 362.16 AVAC's ganados, representa un valor agregado de 160.08 años para las personas intervenidas por la Estrategia Visita Domiciliar.

XI. CONCLUSIONES

- La Estrategia Visita Domiciliar posee costo unitario de \$1,082.50 por AVAC ganado.
- La Estrategia Visita Domiciliar muestra altos niveles de Costo-Efectividad, al comparara el monto que representa la obtención de AVAC's ganados mediante su implementación que asciende a un valor de \$1, 831,168.20 con la inversión neta de la EVD \$395,092.15, se asegurar el 29.2% de eficacia. En otras palabras la inversión monetaria inicial triplicó los resultados expresados en unidades naturales de salud/monetarias.
- La obtención de los 362.16 AVAC's ganados, representa un valor agregado de un promedio de 2.001 años ganados por persona posterior a 9 meses de intervención con la EVD.

XII. RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos, mediante entrevistas a profundidad dirigidas a ciertos actores claves involucrados directamente con la EVD, así como mediante la observación directa en cada una de las visitas de verificación en las viviendas de las Personas con VIH en las diferentes zonas geográficas de los países de la Región, se sugiere una revisión de la Estrategia con el fin de optimizar las bondades que ella brinda *per sé*.

La revisión de la EVD debería ser enfocada en replantear en dos componentes: Operativo y Monitoreo & Evaluación.

COMPONENTE OPERATIVO

La EVD es, sin duda alguna, una valiosa intervención comunitaria dirigida, conducida y ejecutada por y para Personas con VIH, utilizando la metodología de pares. Su valía radica, en resumen, en el acompañamiento permanente, del estado emocional y de salud de los beneficiados por parte de su par, lo cual genera el intercambio de experiencias y obstáculos similares con el propósito de lograr sobrellevar y superarlos mediante el ejemplo vivencial de éstos.

Para perfeccionar este acompañamiento, se deben enfocar los esfuerzos en los siguientes nudos críticos:

- **Fortalecimiento Técnico de los Visitadores:** Desde la UCP REDCA+ y con el apoyo directo de la ONG a cargo de la ejecución de la EVD, se debe implementar un Programa permanente de capacitación e intercambio de experiencias entre los visitadores de la Región. Este Programa debe de incluir retroalimentación sobre conceptos básicos, intervención en crisis, consejería, ITS, IO, inteligencia emocional entre otros. Además se deberá incluir evaluaciones teóricas y prácticas en forma periódica para conocer la capacidad de cada uno de los visitadores, fortalecer aquellos que no logren los estándares mínimos y hacer los ajustes respectivos, en el caso que sea necesario, para incluir a nuevos recursos como visitadores. Esto podrá garantizar la calidad de la EVD en la Región.
- **Apoyo Emocional:** En diversas ocasiones, durante la observación de las visitas, se pudo registrar estados de ánimo depresivos de parte de los visitadores por las innumerables, insolventables y emergentes necesidades de las Personas con VIH. Este desánimo podría afectar el estado de salud y el rendimiento laboral del visitador y en consecuencia la calidad de la EVD. Para superar estos estadios depresivos, se debe de crear espacios de apoyo psicológico con un enfoque de descargo emocional dirigido al equipo de visitadores lo cual puede realizarse durante la evaluación de medio término del periodo de ejecución.

COMPONENTE MONITOREO

En el caso del M&E se debe de enfocar esfuerzos en fortalecer dos nudos críticos:

- Indicadores y recolección de la información: Con el propósito de forjar una herramienta fiable, y útil para la toma de decisiones tanto para la UCP REDCA+ como para las conducciones de cada uno de las ONG's ejecutoras de cada país, es necesario ajustar el instrumento de recolección de datos. Específicamente la inclusión en la ficha de entrevistas, algunas variables que puedan sugerir resultados de impacto, sean éstos, negativos como positivos al final de un periodo determinado.

Por ejemplo, la inclusión del Conteo de CD4 y Niveles de Carga Viral, son detalles que no pueden quedar excluidos en el instrumento de recolección de datos. Estos deberán registrarse justo antes del inicio, durante, así como al final del periodo de la EVD. Registrando siempre datos absolutos de cada uno y la fecha en que fueron procesados las pruebas en el laboratorio.

Al realizar un análisis evaluativo, servirán como marcadores fiables para deducir, información valiosa, a cerca de: a) Idoneidad del esquema de TAR que el SNS ofrece; y b) Grado de Adherencia de la Persona con VIH a ese esquema a lo largo de un periodo.

Esto será un indicador complementario a los ya incluidos en la ficha de entrevista que indagan sobre la Adherencia tal es el caso del apareamiento de IO. Adicionalmente y en forma indirecta, se podrá conocer si el SNS de cada país, está realizando regularmente y con la frecuencia que se requiere, las pruebas de seguimiento. A la vez se estará educando a las Personas con VIH sobre la importancia de sus niveles de CD4 y CV así como de su registro personal para saber el curso de la infección y de fracasos o progresos de su estilos de vida. Por último y no por eso menos importante, las Personas con VIH, lograrán obtener el empoderamiento suficiente sobre sus derechos como pacientes a fin de hacer las exigencias y denuncias que sean pertinentes en su momento utilizando fundamentos adecuadamente.

- Supervisión y Control: Para que la EVD cuente con mayor éxito, las visitas deberán de ser acompañadas de un fuerte componente de Supervisión y Control utilizando la Verificación Ocular o presencial del desarrollo de las mismas como parte del seguimiento de los procesos operativos y como control de calidad.

Esto se refiere a implementar una Supervisión en cascada paralela a la Estructura Operativa de la EVD cuyo propósito es garantizar tanto la calidad de las visitas como también la

veracidad de la realización de la visita y algo muy importante evaluar operativamente al Visitador.

En términos prácticos esto funcionaría de la siguiente manera: La Coordinación de EVD de cada país, debe acompañar eventual y periódicamente a todos los visitadores en forma programada. Este proceso de Seguimiento debe de ir acompañado de puntos de Control que deben ser asumidos por el representante de la ONG ante la UCP REDCA+ y/o por los Puntos Focales de cada país.

En un nivel de mayor escala, pero sin perder el horizonte de la base de la EVD y de los beneficiados de la misma, la Coordinación de M&E de la UCP REDCA+ debe de acompañar al menos trimestralmente a cada uno de los países en la realización de las visitas, en cuyo proceso de Supervisión sea la UCP REDCA+ quien, aleatoriamente, elija donde, cuando y a quien visitar, tomando en cuenta parámetros y criterios en base a la previa revisión de las fichas reportadas por cada país.

- Metas: Con un óptimo Sistema de Seguimiento y Control así como teniendo en cuenta la Costo-Efectividad demostrada y los resultados, más allá de los alcances en números absolutos, que la EVD ha demostrado generar, las metas de la misma deberán replantearse con el propósito de cualificar más que cuantificar la Estrategia. De esta manera se evitaría la búsqueda desmedida de alcanzar altos grados de ejecución operativa en detrimento de la calidad de las visitas.

El reacomodo de las metas no necesariamente es la disminución de ellas sino más bien es, identificar, alternativas para incluir nuevos parámetros medibles que pueden ser logros significativos, cuyos niveles se obtendrían a través de una evaluación de medio término.

Estas nuevas metas serían de mucha utilidad como una retroalimentación, tanto para la ONG ejecutora así como para la UCP REDCA+, cuyo fin sería el ajuste permanente en la ejecución de la EDV, en búsqueda permanente del mejor desempeño operativo.

Un ejemplo de ello, puede ser lo previamente planteado, la disposición de asignar un porcentaje mínimo de Personas con VIH visitadas con una categoría de "Individuos de egreso" de la EVD. Otro ejemplo de nuevas mediciones, podría ser, la cantidad de personas que mejoran sus niveles de CD4 en forma significativa, niveles que, deberá ser determinado mediante parámetros clínicos certificados por la UCP REDCA+.

COMPONENTE EVALUACION

- La Costo-Efectividad de la Estrategia Visita Domiciliar debe ser evaluada habitualmente al finalizar un periodo cuyos resultados deberán ser expresados y medidos mediante los

Años de Vida Ajustados por la Calidad, para poder hacer proyecciones presupuestarias y reorientaciones monetarias a fin de optimizar los fondos disponibles.

- El indicador ideal para realizar los análisis de Costo-Efectividad de la Estrategia Visita Domiciliar son los niveles de CD4 de cada persona tanto previo del inicio como después de la intervención, por lo que la inclusión de éstos en la ficha individual es indispensable.

XIII. LIMITACIONES

- El limitado tiempo de la investigación, representó la principal limitante para realizar este Estudio.
- La carencia de indicadores mesurables para calcular el impacto de la EVD, fue un obstáculo real para determinar su efectividad.
- La obtención de los niveles de CD4 como medida de efectividad, dilató aun mas el tiempo de análisis y la poca información al respecto disminuyó la muestra ideal para el estudio.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE VISITA DOMICILIAR A PERSONAS CON VIH (ANVERSO)



GUIA DE VISITA DOMICILIAR A PERSONAS CON VIH

I. Datos Generales:
 Código de Persona: APU 127CR N° Identidad: 301340359
 Edad: 75 Sexo: H ___ M X Orientación Sexual: Heterosexual X Homosexual: ___ Otros: ___
 Estado Civil*: Soltera Teléfono: 22722809 Trabaja actualmente: Sí ___ No X ocasionalmente ___
 Ocupación: Amadulera Ingresos promedio familiar mensuales: \$ 70,000 \$ 139
 Número de personas que dependen económicamente de Ud.: Cero X uno ___ dos ___ tres ___ más de tres ___
 Religión: Católica X Evangélico ___ Testigo de Jehová ___ Adventista ___ Ninguna ___ Otros ___
 Escolaridad: ninguna ___ Básica X Bachillerato ___ Técnico ___ Universitario ___
 Quienes conocen su condición de salud: Familia ___ Amigos ___ Vecinos ___ Otros ___
 Con quien vive: con hija y nieta.
 Nombre y teléfono de Persona contacto que conozca su diagnóstico: Blanca Perez - Karen Perez - 8324358

II. Datos de Salud:
 Tiempo de conocer su diagnóstico VIH+: menor de 1 año X 1-5 años ___ 6-10 años ___ más de 10 años ___
 Padecimiento de otra enfermedad crónica: HTA ___ Diabetes ___ Artritis ___ Migraña ___ Corazón ___
 Asma ___ Bronquitis ___ Cáncer ___ Renal ___ Epilepsia ___ Otros: ___
 Medicamentos que toma actualmente: TAR X Antibióticos X Vitaminas X Otros Si
 Cuales? Coughitis, lavas, TMX.
 Enfermedades más frecuentes en los últimos seis meses: Si, plaquetas bajas.

III. Información de condiciones de vida:
 Servicios básicos: Sí X No ___ Definir cual le hace falta ___
 Estado de vivienda: Block, cerámico, sala-comedor, 3 Wab, 1 baño.
 Disposición y disponibilidad de alimentos 3 tiempos, moricudos.

IV. Dificultades identificadas en la visita
para el VIH

V. Alguna otra información que considere necesaria o/y observaciones

Yo Angelita Cecilia Perez Comaña Consentimiento informado
 con documento de identidad 301340359, estoy de acuerdo y autorizo se me visite al menos una vez al mes en mi domicilio, por parte de la organización designada por el Programa Regional REDCA+, dentro del programa de visitas domiciliarias que promueve, pueden hacer las preguntas según el formato, siempre y cuando sean con respeto y confidencialidad.

Firma o huella (de la persona con VIH visitada)

GUIA DE VISITA DOMICILIAR A PERSONAS CON VIH (REVERSO)

Tabla de verificación de visita

ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA VISITA	Fecha de visita (DD-MM-AA)		Fecha de visita (DD-MM-AA)		Fecha de visita (DD-MM-AA)		Fecha de visita (DD-MM-AA)		Fecha de visita (DD-MM-AA)		Fecha de visita (DD-MM-AA)	
	12/10/12											
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Ha estado postrado en cama en el último mes?		X										
¿Cuando se siente mal, deja de tomar el medicamento?		X										
¿Cuando se siente bien deja alguna vez de tomar la medicación?		X										
¿Se olvidó alguna vez tomar el medicamento?	X											
¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas de la TAR?		X										
¿Se toma el medicamento a la hora indicada?	X											
¿Ha padecido de infecciones oportunistas en el último mes?		X										
¿Ha padecido una ITS en el último mes?		X										
¿Ha tenido relaciones sexo-coitales en el último mes?		X										
¿Ha usado condón en las últimas relaciones sexo-coitales?		X										
¿Asistió a su control médico en el último mes?	X											
¿Le han realizado exámenes de laboratorio en el último mes?	X											
¿Alguien le acompaña o visita cuando se siente decaído/a de salud o anímicamente?	X											
¿Tiene una nutrición balanceada?	X											
¿Hace algún tipo de ejercicio físico?	X											

Fecha de visita (DD-MM-AA)	ASPECTOS ADICIONALES IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA	FIRMA DEL VISITADOR
12/10/12	Se entrevista a señora quien está acompañada por una sobrina, se repasa la historia de sus antecedentes.	<i>[Firma]</i> Angelita Pérez M.

ADICIONADO

ANEXO 2

FICHA DE CONTRARREFERENCIA

BOLETA DE CONTRA REFERENCIA DE VISITA DOMICILIAR A PERSONAS CON VIH

Persona a quien va dirigida: Doctor Santa Marina De León

Copia a: REDCA Clínica: 12 Coatepeque Grupo: 79

Numero del expediente del usuario 4117 PV 0245-2012 Número correlativo del usuario REDCA+ 1079UA

Lugar de la visita: San Nicolas Potalhulev Fecha: 30-10-12 Hora: 10:00

Motivo de la referencia

Ella no toma medicamento pero ella tiene poco tiempo que va a la clínica pero ya fallecieron 2 niños a causa de la o el diagnóstico y tenía que ir este mes pero dice que estaba enferma por eso no quiso ir yo le dije que fuera porque era para el vicende ch

Opiniones del usuario con respecto de la visita

me dijo que cada mes que va balla a llegar que le llame porque haba
¿Razón por la cual abandono o fallo en la adherencia?

no esta tomando las pastillas porque no se las dan todavía
¿Sabe de la importancia del seguimiento médico?

ya me explicaron en la clínica
¿Como fue la atención brindada en la clínica?

nos
¿Se le brindo la orientación necesaria sobre las consecuencias del abandono?

nos atienden bien

Comentarios de la persona que realizo la visita:

La usuaria tenia que ir a la clínica a finales de octubre pero dice que estaba enferma y por eso no fue pero yo le dije que fuera lunes 12 de 11-12 para que atendieran porque tiene anemia
¿Acuerdos?

en que ella iba a ir a la clínica a que la examinara otra vez el doctor porque si no puede ponerse mas mal

Recomendación del visitador para la Clínica de Atención Integral con respecto a este usuario

que la pasen a psicología porque ella esta mal porque puede resultar embarazada y sin medicamento

Nombre de la visitador/a _____ Nombre de la persona que recibe la boleta. _____

Firma de el visitador _____ Firma y sello de la trabajadora social de la clínica Integral. _____

1