



Documentación del

“Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana”



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud





“Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana”





® Ministerio de Salud Pública

Título original:

Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana

Revisión Técnica:

Dra. Ana Gloria Bidó
Dr. Elías Pérez

Coordinación y Revisión Editorial:

Dr. Jose A. Ledesma
Dra. Marisol Alcántara
Dra. Katia Romero

Ministerio de Salud Pública

Santo Domingo, República Dominicana, 2017

ISBN:

Diagramación:

Shema TM Digital

Impresión:

Primera edición:

500 ejemplares

Impreso en República Dominicana





**“Modelo Integrado de Atención para Optimizar
el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH
en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional
de Salud Norcentral de República Dominicana”**





AUTORIDADES

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

Dra. Mercedes Rodríguez Silver
Viceministro de Salud Colectiva

Dr. José Manuel Puello
Director de Gestión de la Salud de la Población

Dr. Luis Ernesto Feliz Báez
Director de la Dirección de Control de las Infecciones
de Transmisión Sexual y Sida

Dra. Belkys Marcelino
Directora Programa Nacional de Control de la Tuberculosis



“Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana”

Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida

EQUIPO DE TRABAJO

Documentación (redacción, revisión documental y realización de entrevistas)

Dra. Francini Placencia, Consultora externa

Transcripción de entrevistas

Ian Ortiz

Coordinación técnica

Belkys Marcelino, Encargada de la División Tuberculosis, PNCT

Dr. Luis Ernesto Felix Baez, Encargado División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dr. Elías Pérez, Encargado de Coinfección TB/VIH y de Poblaciones Vulnerables de la División Tuberculosis, PNCT

Dra. Ana Gloria Bido, Monitora de Coinfección TB/VIH, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dr. José A. Ledesma Báez, Responsable Estrategias de intervención, Producción Normativa, Asesor Técnico, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dra. Tessie Caballero Vaillant de García, Supervisora Monitoreo y Evaluación, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dra. Marisol Jiménez Montas, Supervisora de Intervenciones en Población VIH Adultos y Pediátricos, ITS/VIH/Sida, Hepatitis Virales, Transmisión Materno Infantil, Coinfección TB/VIH, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dra. Katia Romero Mercado, Responsable de producción normativa y formación del recurso humano, de la División Tuberculosis, PNCT

Licda. Rachel Adames, Coordinadora de proyectos, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Dra. Nurys Vargas, Analista de Monitoreo, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Licda. Xiomara Aquino, Monitora de Consejería, División ITS/VIH/Sida, DIGECITSS

Consejo Nacional de VIH/Sida

Licda. Kenia Mejía

Choferes

Roberto Gómez y Nicolás Almarante

Este documento ha sido preparado con el apoyo financiero del Fondo Mundial

Santo Domingo, República Dominicana
Marzo, 2017



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	0
PARTE A: CONTEXTO Y EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH EN REPÚBLICA DOMINICANA	1
I. Antecedentes	3
II. Modelos de servicios integrados de atención de la TB y el VIH	7
III. Contextualización del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH	13
IV. Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH que se implementa en la provincia Puerto Plata	17
V. Resultados de la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH en Puerto Plata: aspectos cualitativos y cuantitativos	25
PARTE B: GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH	31
VI. Guía para la Implementación de un Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH	33
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	45



INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) y el Programa Nacional de Control de la TB (PNCT) han establecido la estrategia de fortalecimiento y desarrollo de las actividades colaborativas para prevenir y controlar la coinfección TB/VIH, a fin de mejorar la respuesta que el Sistema Nacional de Salud ofrece a las personas afectadas por ambas enfermedades.

Esta iniciativa, desarrollada en el marco de la cooperación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS /OPS) con República Dominicana, plantea la ejecución de una propuesta demostrativa de integración de la atención de TB y VIH para optimizar el manejo del paciente coinfectado TB/VIH en el país, con énfasis en la oferta de servicios de atención adaptados, accesibles y que integren el manejo de las dos enfermedades. Se plantea, además, la descentralización y la desconcentración de los servicios de VIH como estrategias para acercar los servicios de salud a la comunidad.

Aunado a lo anterior, en la última reunión de la Región de Las Américas para el abordaje de la coinfección, realizada en julio del 2011, se emitió el “Llamado de Acción de Panamá para Ampliar las Actividades de Colaboración TB/VIH” por iniciativa de los jefes de programas nacionales de TB y VIH, socios y expertos participantes y de representantes de la sociedad civil. En el 2014, se realizó en República Dominicana un diagnóstico de la situación actual del manejo de los pacientes coinfectados con TB/VIH en los establecimientos de salud de los Servicios Regionales de Salud Norcentral y de Cibao Occidental. En Junio del 2015, se acordó con las autoridades nacionales y del SRS Norcentral, implementar el proyecto demostrativo en dos sub redes, Puerto Plata y Santiago.

Para la documentación de la referida propuesta demostrativa se contrató, con el financiado del Fondo Mundial, a través del CONAVIHSIDA, a una consultora externa que sistematizó los elementos más relevantes del Modelo Integrado de Atención para optimizar el manejo del paciente coinfectado TB/VIH que se implementa en el Servicio Regional de Salud Norcentral (SRS II) de República Dominicana con el propósito ulterior de que sirva de referencia a los demás Servicios Regionales de Salud que en el futuro desarrollen iniciativas de colaboración entre los programas de control de TB y VIH.

Las acciones mediante las cuales se desarrolló la referida asistencia técnica fueron las siguientes:

- Revisión exhaustiva de los reglamentos técnicos, normas, guías de práctica clínica y protocolos de atención vigentes en República Dominicana que aborden la coinfección TB/VIH, así como de la documentación pertinente provista por la DIGECITSS y por el PNCT.
- Estudio de documentos de la OMS/OPS sobre modelos de atención integrada, con énfasis en los que se refieren a la coinfección TB/VIH.



- Visitas para establecimiento de contacto con actores clave involucrados con la confección TB/VIH en los niveles rectores (central y desconcentrado), de gestión de la provisión (a nivel regional y de área) y de los servicios.
- Redacción de un documento borrador contentivo del modelo integrado de Atención a la Confección TB/VIH y de sus especificaciones técnicas.
- Reuniones y mesas técnicas con autoridades y técnicos involucrados para la revisión y la validación del documento borrador.

El presente documento constituye el producto final de la referida asistencia técnica. En su parte A se presenta el contexto y la experiencia en el desarrollo del Modelo Integrado de Atención a la TB y el VIH en República Dominicana y en su parte B, una guía que permitirá a los servicios de salud implementar, de manera integrada, la atención al paciente coinfectado.





PARTE A:

Contexto y Experiencia de la Implementación del
Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH
en República Dominicana





I. ANTECEDENTES

1.1 Actividades colaborativas entre los programas nacionales de TB y VIH recomendadas por la OMS

Desde 2004, y con el propósito de reducir la doble carga de TB y VIH en las poblaciones en riesgo o afectadas por ambas enfermedades, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Departamento Alto a la TB y del Departamento de VIH/SIDA, puso a disposición de los programas nacionales de TB y VIH de los estados miembros la Política interina sobre actividades de colaboración TB/VIH, contentiva de una serie de orientaciones para abordar la carga de TB relacionada con el VIH.

En 2012, la OMS actualizó las Políticas, para lo cual un comité de expertos examinó de manera integral y sistemática las pruebas científicas acumuladas en los años anteriores, a fin de formular recomendaciones sobre las actividades de colaboración TB/VIH basadas en la mejor evidencia disponible.

Los objetivos de las actividades de colaboración TB/VIH son:

- Establecer y fortalecer mecanismos de colaboración y gestión conjunta entre los programas de control de TB y VIH a fin de ofrecer servicios integrados de TB y VIH al mismo tiempo y en el mismo lugar.
- Reducir la carga de TB en personas con VIH, sus familiares y su comunidad, garantizando la implementación de las tres íes para TB/VIH: intensificación de la búsqueda de casos de TB seguida de un buen tratamiento antituberculosis, terapia preventiva con isoniacida y control de infecciones, además del inicio temprano del tratamiento antirretroviral de conformidad con las guías de la OMS.
- Reducir la carga de infección por el VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado.

El cuadro # 1 presenta las actividades de colaboración recomendadas por La OMS contenidas en las Políticas formuladas en el 2012, las cuales se clasifican en tres grupos. El primero corresponde al establecimiento y fortalecimiento de mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH a los pacientes coinfectados. Llevar a cabo estos mecanismos requiere que los programas nacionales de TB y VIH planifiquen de manera conjunta la integración los servicios de atención de la TB y el VIH.

Dentro de esa planificación se destaca que “los programas de control contra la TB y el VIH deben describir modelos para la prestación de servicios integrados para ambas enfermedades, centrados en los pacientes y en la familia, a nivel de los establecimientos de salud y de la comunidad, que sean compatibles con el contexto nacional y local”.



Cuadro # 1

Actividades colaborativas TB/VIH recomendadas por la OMS

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH:

- Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.
- Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH.
- **Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH.**
- Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH.

B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las tres Ies para VIH/TB):

- Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad.
- Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con isoniácida y el tratamiento antirretroviral temprano.
- Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación.

C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB:

- Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
- Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
- Proporcionar terapia preventiva con trimetoprim / sulfametoxazol (cotrimoxazol) a pacientes coinfectados TB/VIH.
- Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a pacientes coinfectados TB/VIH.
- Proporcionar tratamiento antirretroviral a pacientes coinfectados TB/VIH.

Tomado de: Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: guías para programas nacionales y otros interesados directos. 2012.

1.2 Actividades colaborativas de los programas nacionales de TB y VIH en la Región de Las Américas

La situación epidemiológica existente sobre la coinfección TB/VIH en la Región de Las Américas, aunada al contexto de los servicios de TB y VIH y a los resultados de estudios que dan cuenta del estado de las actividades de colaboración TB/VIH evidencian que en los países de América había necesidad de acelerar la implementación de la colaboración de los programas de TB y VIH para mejorar el diagnóstico oportuno y el tratamiento temprano de ambas infecciones, reducir la pérdida de pacientes a través de un seguimiento más cercano y mejorar así los resultados de los servicios de salud.

En la Región de Las Américas, y con el apoyo de los programas regionales de TB y VIH/ SIDA de la OPS, las actividades de colaboración TB/VIH comenzaron a implementarse en el 2005. Desde entonces, se han llevado a cabo cursos de capacitación en el manejo



de la coinfección TB/VIH; se han elaborado guías de manejo clínico y se ha brindado asesoría técnica a los países en los que la coinfección TB/VIH es un problema de salud pública.

Una serie de reuniones regionales de jefes de programa de TB y VIH han permitido monitorear el avance de la implementación y que los países intercambien experiencias y lecciones aprendidas.

En la VII Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB/VIH, realizada en julio del 2011 conjuntamente con la Reunión del Grupo Mundial de Trabajo TB/VIH, se emitió el “Llamado de Acción de Panamá para Ampliar las Actividades de Colaboración TB/VIH” en la que se reconocía la necesidad de acelerar la implementación de las actividades de colaboración y fortalecer el sistema de salud para garantizar la integración de los servicios TB/VIH.

La VIII Reunión tuvo lugar en México, en el 2014, con la participación de representantes de programas nacionales de TB y/o VIH de 26 países, de agencias de cooperación y de la sociedad civil, entre otros. En ella se discutieron los avances y desafíos que han tenido los países en la implementación de las actividades de colaboración y se plantearon alternativas para fortalecer y acelerar su ejecución, propiciando una mayor integración en la atención al paciente. República Dominicana presentó los avances del proyecto demostrativo de integración, que en ese momento se encontraba en fase de diseño y planificación.

Las conclusiones a las que arribaron los participantes en la VIII Reunión se muestran en el cuadro # 2.

Cuadro # 2

Conclusiones de los participantes a la VIII Reunión Regional TB/VIH

- La integración de la atención es un factor de potenciamiento tanto para TB como para VIH.
- OPS debe brindar directrices para la integración de los servicios y facilitar la incorporación de las pruebas rápidas diagnósticas de ambas enfermedades.
- La capacitación de los recursos humanos es fundamental para el trabajo interprogramático.
- Se debe propender por sistemas de información armonizados y compatibles entre los dos programas.
- Es de gran importancia fortalecer la gestión de insumos y medicamentos para TB y VIH.
- Se hace necesario contar con sistemas de referencia y contrarreferencia claros.
- Se debe estimular la participación de la sociedad civil en la sensibilización de pacientes coinfectados.
- El desarrollo e implementación de planes de control de infecciones de TB a todos los niveles es una necesidad.
- La planificación conjunta entre los programas de TB y VIH es un requisito para el trabajo conjunto.
- La adherencia al tratamiento de los pacientes coinfectados se logra cuando los servicios están más cerca a sus domicilios.

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud. Informe de la VIII Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB/VIH. Ciudad de México, México. Mayo 29 2014.

1.3 Actividades colaborativas de los programas nacionales de TB y VIH en República Dominicana

En República Dominicana, las actividades colaborativas entre los programas nacionales de TB y VIH iniciaron, en 2013-2014, con la ejecución de un proyecto demostrativo apoyado por OPS y por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis. Hasta ese momento, si bien en octubre de 2007 se creó, mediante la Resolución Ministerial 0000016, el Comité Nacional de Coinfección (CONACO), no se ponían en práctica mecanismos formales de coordinación entre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, condición que se expresaba en una entrega fragmentada de los servicios de salud al paciente coinfectado.

A pesar de carecer de integración estratégica y operativa, se reconoce que ambos programas han acumulado fortalezas a lo largo de los años, entre las que se destacan una sólida base normativa y procedimental, cobertura nacional, accesibilidad de la atención, capacitación continua del personal y la implementación de actividades de monitoreo y evaluación de las respectivas intervenciones. A esto se añade el compromiso político y gerencial para que el suministro de los medicamentos e insumos que se entregan a la población como parte de la oferta de servicios de una y otra intervención se mantenga constante, sin periodos de desabastecimiento.

Estos criterios, junto a la alta incidencia de la coinfección TB/VIH primaron en la selección del país para la implementación del piloto, en el marco de las iniciativas impulsadas por la OPS para fortalecer la respuesta dada por los países de la Región de Las Américas a la coinfección TB/VIH.

Cuadro # 3 **Criterios empleados en la selección del país** **para la implementación del proyecto demostrativo**

- Carga de enfermedad de TB, infección de VIH y de coinfección TB/VIH.
- Evaluación preliminar de interés y voluntad política en el país.
- Liderazgo de los programas nacionales de VIH y TB.
- Existencia de puntos focales en la oficina de país de la OPS para apoyar el proceso nacional
- Red de servicios de TB y VIH, recursos humanos y garantías para medicamentos y suministros de parte de los programas de TB y VIH.

Tomado de: Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de TB. Integración de la Atención de TB y VIH para optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado TB/VIH. Propuesta de Proyecto Demostrativo.2014.



II. MODELOS DE SERVICIOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN DE LA TB Y EL VIH

2.1 Concepto de modelo y de servicios integrales de atención de la TB y el VIH

Un modelo de atención es un conjunto de normas y procedimientos que permite entregar servicios de salud integrando las necesidades de salud de la población, el uso de las tecnologías disponibles, el conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados y las formas de participación social y de gobierno. Los modelos basados en atención integral enfocan la atención a las personas como un proceso continuo, interrelacionando la promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación, bajo una perspectiva preventiva amplia y con acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. .

En cuanto al concepto de servicios integrales, la OMS ha propuesto la siguiente definición: “La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban de manera continua servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”. Un elemento clave de este enfoque es el aseguramiento de la continuidad (coherencia y conectividad) de los servicios desde el punto de vista del paciente, y la congruencia con sus necesidades y preferencias.

En el contexto del proyecto demostrativo, integración se define como “prestación de servicios de TB y VIH en la que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema de salud llamadas a operar como un todo funcional”. El grado de coordinación del cuidado depende fundamentalmente del contexto del país y del sistema de salud .

El abordaje de la coinfección TB/VIH, desde una perspectiva centrada en el usuario que considere que se trata de dos enfermedades en un solo paciente, debe posibilitar que las personas con TB e infectadas por el VIH reciban atención de ambas enfermedades simultáneamente, sin pérdida de tiempo y lo más cerca posible su lugar de residencia. En consecuencia, las estrategias impulsadas por la OMS/OPS y ONUSIDA persiguen que los programas de TB y VIH/SIDA establezcan mecanismos de colaboración a fin de reducir la carga de TB en personas con VIH y disminuir la carga de VIH en los pacientes con TB.

Estas estrategias tienen como puntos de partida la descentralización de la Terapia Anti-retroviral (TARV) y la integración de los servicios de TB y VIH. En cuanto a la TARV, y de acuerdo a la realidad de cada país en que se aplique, se plantean tres escenarios:



- Inicio en hospitales y continuación en centros de salud periféricos.
- Inicio y continuación en establecimientos periféricos.
- Inicio en establecimientos periféricos y continuación a nivel comunitario.

La integración de los servicios de TB y VIH en países con alta carga de las dos enfermedades implica dos posibilidades:

- Iniciar TARV a una persona con VIH en establecimientos con servicios de atención a la TB.
- Proporcionar diagnóstico y tratamiento para la TB a personas con VIH en establecimientos con servicios de atención al VIH.

Investigaciones realizadas han evidenciado que la integración de los servicios de TB y VIH genera mayor eficiencia; mejora el acceso de la población a los servicios públicos de salud; contribuye con la igualdad en el acceso a los servicios de salud; produce mayor satisfacción de los usuarios y mejora la salud, en general, de las personas atendidas.

2.2 Modelos de servicios integrales de atención de la TB y el VIH

Para la integración de los servicios TB y el VIH se han definido cinco modelos, en los que se ha sistematizado la experiencia de países de medianos y bajos ingresos en la atención del paciente coinfectado de TB y VIH. Si bien estos modelos no son exhaustivos ni prescriptivos, permiten orientar al resto de los países en la selección del esquema de atención que mejor se adapte a sus necesidades particulares y sus contextos locales, incluyendo la conformación de sus sistemas de salud.

Los modelos, mencionados en orden de menor a mayor nivel de integración de ambos servicios, son:

1. Puerta de entrada por el servicio de TB y remisión para la prueba del VIH y su atención.
2. Puerta de entrada por medio del servicio de TB y remisión para la atención después de la prueba del VIH.
3. Puerta de entrada por medio del servicio de VIH y remisión para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la TB.
4. Puerta de entrada por medio del servicio de VIH y remisión para el diagnóstico y el tratamiento de la TB después de su detección.
5. Servicios de TB y VIH se proporcionan en un solo establecimiento (en el mismo lugar y al mismo tiempo).

Las características generales de cada uno de los modelos se presentan en el cuadro # 4.



Cuadro # 4

Modelos para la integración de los servicios de TB y VIH

Modelo 1:

Puerta de entrada por el servicio de TB y remisión para la prueba del VIH y su atención

Descripción: Los servicios de TB remiten a los pacientes a servicios que proporcionan la prueba del VIH, con o sin atención subsiguiente para la infección por el virus.

Necesidades:

- Aporte logístico y financiero adicional mínimo.
- Capacitación conjunta del personal de ambos programas.
- Modificación de los sistemas de contabilidad y los formularios de remisión de pacientes.
- Reuniones regulares del personal de ambos servicios a fin de reforzar los nexos.

Ventajas:

- Simplicidad de la introducción de las medidas necesarias.
- Bajo costo

Desventajas:

- Pérdida de los pacientes si la remisión falla (por ejemplo, debido a la falta de medios de transporte o a su costo elevado).

Comentarios: Posiblemente no sea la mejor opción en lugares con una prevalencia elevada de la infección del VIH, donde ambos servicios deberían proporcionarse con la mayor proximidad y de la forma más integrada posible.

Modelo 2:

Puerta de entrada por medio del servicio de TB y remisión para la atención después de la prueba del VIH

Descripción: Los servicios de TB ofrecen la prueba del VIH in situ y remiten a las personas con resultado positivo para que reciban atención.

Desventajas:

- Podría requerir espacio adicional para la prueba del VIH y para la consejería de los pacientes.
- Más personal, según la carga de trabajo en el servicio.
- Si la remisión de pacientes a los servicios de atención del VIH falla, algunas de las consecuencias podrían ser la transmisión del VIH a la pareja y los hijos y la demora del inicio de la atención y el tratamiento que podrían salvarles la vida.

Comentarios: Independientemente de los resultados de la prueba del VIH, se deberá proporcionar a la gente información sobre la prevención de la infección.





Modelo 3:

Puerta de entrada por medio del servicio de VIH y remisión para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la TB

Descripción: Los servicios de VIH remiten a las personas infectadas a un servicio de detección, diagnóstico y tratamiento de la TB. Las razones para referir pueden ir desde la presencia de síntomas, hasta la sola condición de tener la infección por el VIH.

Necesidades: A fin de que este modelo funcione eficazmente, es indispensable que haya criterios y sistemas apropiados para la remisión de pacientes.

Comentarios:

La falla del proceso de remisión puede llevar a la transmisión continua de la TB y al avance de la enfermedad.

Modelo 4:

Puerta de entrada por medio del servicio de VIH y remisión para el diagnóstico y el tratamiento de la TB después de su detección

Descripción: Personas con VIH son sometidas a un examen de detección de la TB y remitidas para su diagnóstico y tratamiento según el resultado del examen.

Necesidades:

- La infraestructura necesaria para este modelo varía considerablemente, según las intervenciones adicionales que ofrezca el servicio de VIH, como terapia preventiva con isoniácida u obtención de muestras de esputo in situ, que requiere mayores medidas de control de infecciones.
- Se debe usar el algoritmo para la detección recomendado por la OMS, basado en síntomas, y se debe proporcionar terapia preventiva con isoniácida a personas con VIH con pocas probabilidades de padecer TB activa.

Modelo 5:

Servicios de TB y VIH se proporcionan en un solo establecimiento (en el mismo lugar y al mismo tiempo)

Descripción: Incluye una gama de actividades y el mismo proveedor de servicios de salud, debidamente capacitado, proporciona atención centrada en el paciente en la misma consulta. Es un servicio de «ventanilla única»:

- El servicio de TB proporciona tratamiento para el VIH.
- El servicio para el VIH proporciona tratamiento antituberculoso.
- El centro de atención primaria ofrece servicios integrados de diagnóstico y tratamiento de la TB y el VIH en el mismo servicio o en servicios separados.
- El hospital ofrece servicios integrados de diagnóstico y tratamiento de la TB y el VIH en el mismo servicio o en servicios separados.





Modelo 5:

Servicios de TB y VIH se proporcionan en un solo establecimiento (en el mismo lugar y al mismo tiempo)

Ventajas:

- Este modelo podría ser especialmente eficiente en lugares donde la prevalencia del VIH es alta y afecta a la mayoría de los pacientes con TB, así como en los lugares donde no hay suficientes recursos humanos, ya que evita la necesidad de remitir a los pacientes y les ofrece una atención más coordinada.
- En algunos países se ha observado un aumento de la notificación de casos de TB pulmonar y extrapulmonar con baciloscopía negativa, así como de las tasas de éxito del tratamiento, en los servicios integrados.
- Este modelo también facilita el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral en los pacientes TB/ VIH sin necesidad de remitirlos.

Desventajas: Si bien se señala que un problema que plantea este modelo es el riesgo de propagación nosocomial de la TB, es necesario tomar en cuenta que la atención integrada facilita la detección temprana y el tratamiento de la TB infecciosa no diagnosticada y podría presentar un riesgo menor de TB que los servicios separados.

Comentarios: El riesgo de transmisión de la TB no es privativo de este modelo, ya que existe en las salas de espera de todos los establecimientos de salud en lugares donde la carga de morbilidad es elevada (dondequiera que acudan regularmente pacientes con tos y TB pulmonar no diagnosticada). Por lo tanto, la adopción de medidas apropiadas de control de infecciones es crucial en todos los establecimientos de salud de los lugares con una carga de morbilidad elevada a fin de reducir el riesgo de propagación nosocomial de la TB a personas inmunodeprimidas infectadas por el VIH.

Fuentes: elaborado a partir de:

1. Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: guías para programas nacionales y otros interesados directos. 2012.
2. Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe de la VIII Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB/VIH. Ciudad de México, México. Mayo 29 2014.

2.3 Componentes de los Modelos de servicios integrales de atención de la TB y el VIH

La sistematización de las experiencias de integración de servicios de TB y VIH ha evidenciado que existen aspectos claves que deben estar presentes en los esfuerzos de colaboración, con independencia del modelo que se seleccione. Estos son:

1. Compromiso político y mecanismos para movilizar recursos que permitan implementar un paquete de servicios de manera coherente en el sistema de salud
2. Pruebas diagnósticas de calidad para diagnosticar a los pacientes
3. Servicios de consejería adaptados a las necesidades de los pacientes
4. Suministro ininterrumpido de medicamentos de calidad
5. Uso de regímenes estandarizados de tratamiento para ambas enfermedades
6. Buen sistema de registro y notificación que permita un análisis de la cohorte de pacientes
7. Evaluación de la sobrevida de los pacientes
8. Adecuada ejecución de los programas





III. CONTEXTUALIZACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH

3.1 Situación epidemiológica de TB, VIH y de la Coinfección TB/VIH en el mundo y en la Región de las Américas

La tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Después del VIH, es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso. La mayor carga de enfermedad por TB se encuentra en Asia y África. Para el 2015 hubo 10.4 millones de casos nuevos de TB y 1.4 millones de muertes en el mundo ocasionados por la enfermedad. De éstas, 400.000 defunciones estuvieron asociadas al VIH. La tuberculosis ha ido disminuyendo lentamente cada año y se estima que, a través de un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo, 39 millones de personas sin VIH y 9.6 millones de personas con VIH fueron salvadas entre los años 2000 y 2015 .

En las Américas se reportaron, en el 2015, 268.000 nuevos casos y aproximadamente 19.000 muertes por TB (excluyendo TB/VIH) y 6.000 muertes en personas coinfectadas con TB y VIH. Para ese mismo año, la incidencia notificada de TB en la Región (incluyendo TB/VIH) fue de 27 casos por 100,000 habitantes. Los países más afectados por TB son, en orden descendente, Brasil, Perú, México y Haití, que en conjunto aportan el 60% de los casos estimados de TB del continente.

En cuanto a la situación del VIH, ONUSIDA estima que 1,4 millones de personas vivían con el VIH en América Latina en el 2011 y que aproximadamente 83.000 se infectaron en ese año. El número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA se redujo un 10% en Latinoamérica entre el 2001 y el 2011: de 60.000 a 54.000 .

El Caribe sigue siendo una de las regiones más afectadas por la epidemia del VIH, con una prevalencia en adultos de 1% desde 2001. En esta subregión se estimó para el 2001 que el número de personas que vivían con el VIH era de 230.000. Por su parte, el número de nuevas infecciones había disminuido de 22.000 a 13.000 desde el 2001, lo que representa un 42%. Las muertes relacionadas con SIDA se redujeron de un estimado de 20.000 a 10.000 entre el 2001 y el 2011.

Los países con más alta prevalencia estimada de VIH en adultos en el Caribe son Bahamas (3,1%), Belice (2,3%), Haití (1,9%), Jamaica (1,7%) y Trinidad Y Tobago (1,5%). En general, la prevalencia promedio en adultos en América Central y del Sur se estima en 0,5%. Sin embargo, en la mayoría de los países la epidemia del VIH no es generalizada, sino que está concentrada en poblaciones de alto riesgo.



La situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH en las Américas se conoce parcialmente. El 53% de los pacientes con TB se habían realizado la prueba del VIH y tenían el resultado en el 2011 comparado con el 35% en el 2005. Entre los pacientes con TB y resultado de prueba VIH el 17% (20,828) estaban coinfectados, estando casi la mitad de ellos en el Caribe, Brasil y el cono sur del continente .

El 43% de pacientes TB/VIH registrados recibía terapia preventiva con cotrimoxazol y el 64% estaba en terapia antirretroviral. El análisis de la cohorte de pacientes con TB pulmonar baciloscopia positiva coinfectados con VIH del 2010 mostró que el 18% fallecieron, el 13% abandonaron el tratamiento de TB y el 12% no fueron evaluados, con solo un 57% de éxito de tratamiento. Existía información de tan solo 2,650 personas con VIH con tamizaje para TB y 1,700 en terapia preventiva con isoniacida para ese mismo año .

3. 2 Situación epidemiológica de la TB, del VIH y de la Coinfección TB/VIH en República Dominicana

En el año 2015, se registraron 4,664 casos de tuberculosis que fueron diagnosticados e incorporados a programas de tratamiento. En los últimos diez años se han tratado más de 40 mil casos, lo que sitúa a la República Dominicana entre los países de la Región de Las Américas con las más altas tasas. En cuanto a la tasa de mortalidad, para el 2014 era de 2.8/100,000, cifra que revela que el país cumplió la meta de Desarrollo del Milenio relativa a la disminución de la mortalidad por tuberculosis, resultado vinculado al aumento de la cobertura del tratamiento normalizado y al suministro ininterrumpido de medicamentos antituberculosis.

De acuerdo a las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) para el 2015, en República Dominicana viven con el VIH unas 68,000 personas. La prevalencia de la infección en adultos entre 15 y 49 años es de 1.0% [0.8% - 1.4%]. Con niveles de prevalencia en población general por debajo del 1% y prevalencia por encima del 5% en población GTL (gays, transexuales y lesbianas). República Dominicana experimenta una epidemia concentrada de VIH en población clave. La información disponible establece la existencia de escenarios de epidemia concentrada en 25 provincias (<1% en población general), las cuales representan el 88% de la población a nivel nacional. Persisten escenarios de epidemia generalizada en la población de seis provincias (Valverde, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez, Elías Piña y La Vega) .

La incidencia de coinfección TB/VIH en el país ha sido estimada por la OMS en 15 por cada 100,000 habitantes para el año 2015. Los casos de coinfección TB/VIH representan el 24% de los casos nuevos de tuberculosis, lo cual se considera una muy alta carga de coinfección.

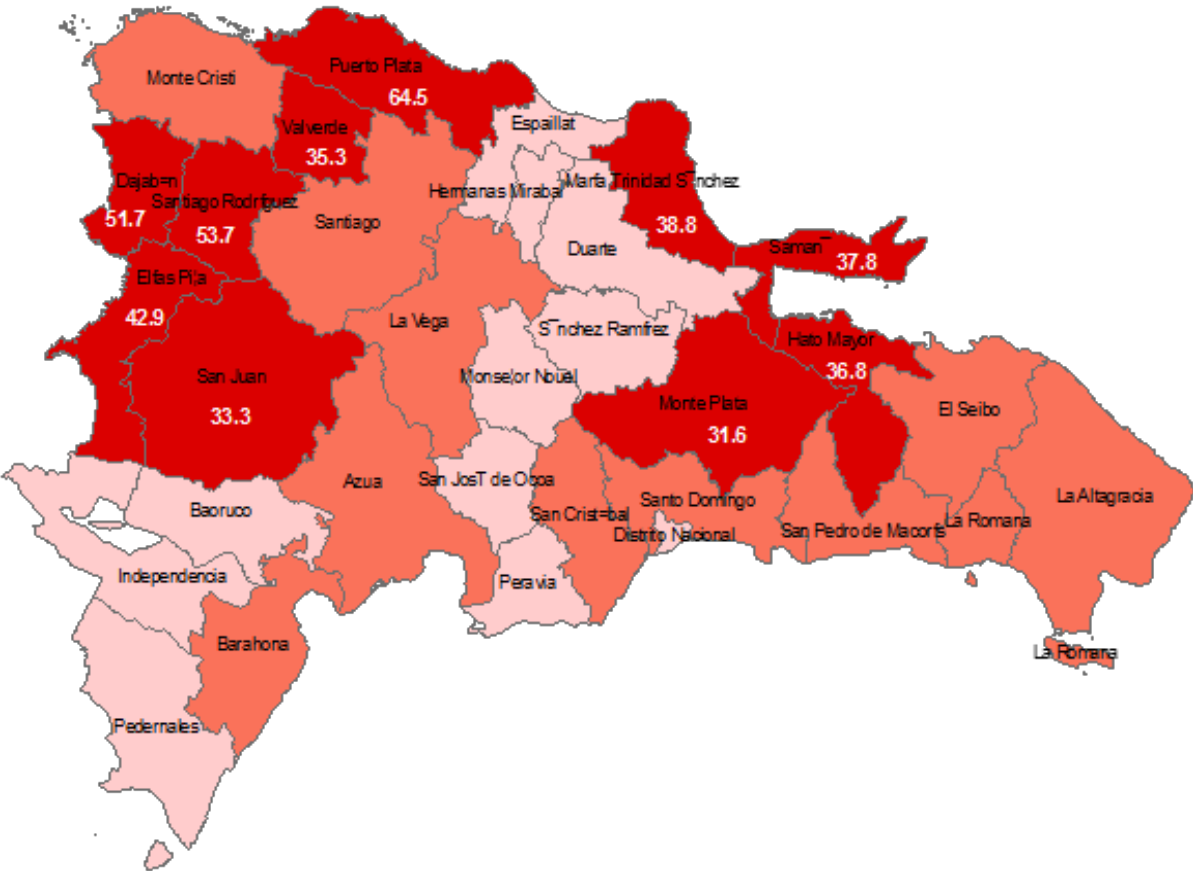


Las provincias con mayor número de pacientes coinfectados son San Pedro de Macorís, La Romana, Santiago y Puerto Plata. En esta última, se concentró el 43% de los casos registrados en el país en 2015. Para el 2015, de acuerdo a los datos del Sistema de Información Operacional y Epidemiológico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, relativos a la distribución geográfica de las notificaciones sobre la coinfección TB/VIH, en Puerto Plata se presentó el 65% de los casos (ver mapa #1).

Desde el 2010, República Dominicana ha sido categorizada como país de alta carga de coinfección TB/VIH. En el 2017, se puede evidenciar el incremento en la oferta de prueba de VIH; así como también en el número de personas con pruebas realizadas. El 79% de los casos de TB conoció su status VIH. El 24% de los casos de TB con pruebas de VIH realizada resulto VIH+, uno de cada 4 casos de TB es VIH+.

A pesar de los avances, el 21% de los casos de TB desconocen su status serológico para el VIH, lo cual impide el acceso al paquete de intervenciones para coinfección de forma oportuna en este grupo.

Mapa # 1
Proporción de Coinfección TB/VIH por provincia de notificación.
República Dominicana, 2015



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Sistema de Información Operacional y Epidemiológico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2015.

3.3 Situación de la oferta de servicios de atención para TB y VIH en la Región de Las Américas

La pandemia por el VIH presenta un reto importante para el control de la TB en el mundo. La TB es una de las principales causas prevenibles de muerte de personas con VIH. Hasta la fecha, no se puede hablar de cura para el VIH/SIDA, pero se acepta que el diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, las profilaxis y/o tratamientos para las Infecciones Oportunistas (IO), disminuye los ingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida y prolonga la sobrevida.

Está ampliamente documentado que ofrecer tratamiento adecuado de la TB en pacientes infectados por el VIH es posible cuando se generan mecanismos de coordinación y seguimiento e incrementa las posibilidades de sobrevida, y que esta acción contribuye con reducción en las prevalencias de ambas condiciones.

Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región de Las Américas la atención de gran parte de pacientes coinfectados TB/VIH es llevada a cabo por los programas de control de TB y del VIH de manera independiente y con escasa coordinación entre ellos. Los mecanismos de referencia y contra referencia funcionan de manera limitada, lo que explica, en parte, que solo el 57% de los pacientes con TB cuenten con resultado de prueba de VIH. Por otra parte, la ausencia de oferta de la prueba de VIH en el primer nivel de atención es un factor clave que restringe el diagnóstico y tratamiento de la coinfección.

De acuerdo con los resultados de una encuesta TB/VIH realizada en 36 países de la Región en el 2012, en casi la mitad de ellos las personas con VIH con sospecha o diagnóstico de TB se refieren a los servicios de atención de TB para su evaluación, mientras en una tercera parte de los países los pacientes siguen su atención en los servicios de VIH en forma coordinada con los servicios de TB. En el resto de los países la conducta es variable en función de la organización administrativa o del sistema de salud.

El tratamiento antituberculosis en pacientes coinfectados se administra en los servicios de salud con atención en TB en el 57% de los países, mientras en el 26% se hace en los servicios de VIH en coordinación con los servicios de TB. En el resto varía según la organización administrativa. Por su parte, el tratamiento antirretroviral se proporciona en los servicios de VIH en el 54% de los países, en el 29% se brinda de manera integrada entre los dos servicios y es variable en el resto. En algunos países como Guyana y Jamaica los pacientes coinfectados se manejan totalmente en los servicios de atención de TB.

En casi la totalidad de los países se brinda consejería sobre adherencia a los pacientes TB/VIH, en el 86% de los países se proporciona apoyo psicológico y en la mitad de ellos existen grupos de autoayuda y servicios comunitarios. Menos de la mitad de los países ofrece apoyo alimentario y tratamiento directamente observado conjunto para TB y VIH.

La atención de la coinfección está normalizada en todos los países. La mayor parte de ellos dispone de guías clínicas y/o programáticas, ya sea como parte de las normas de cada programa en forma separada o mediante una guía conjunta del manejo TB/VIH.

IV. MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA CO-INFECCIÓN TB/VIH QUE SE IMPLEMENTA EN LA PROVINCIA PUERTO PLATA

4.1 Descripción del Modelo

El Modelo Integrado de Atención que se implementa en el Servicio Regional de Salud Norcentral es una estructura organizativa y funcional de servicios de salud, actores, normas y recursos orientada a ofrecer al paciente coinfectado de TB/VIH, a su familia y a la comunidad servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos para ambas infecciones con el propósito de reducir la pérdida de pacientes a través de un seguimiento más cercano y mejorar así los resultados de los servicios de salud.

Sin importar el esquema de integración que se escoja, en la micro red de servicios de salud debe garantizarse que el centro que reciba al paciente diagnostique ambas condiciones y gestione, de manera inmediata, que el paciente coinfectado con TB/VIH reciba el paquete de intervenciones definidas, con énfasis en el inicio temprano de los tratamientos antituberculosis y antirretrovirales, de conformidad con las normas y guías nacionales.

4.2 Fases de la implementación del Modelo

Las fases mediante las cuales se planificó la puesta en marcha del proyecto demostrativo son:

1) Preparación y selección de áreas piloto:

Originalmente se escogió al Servicio Regional de Salud Norcentral (Región II), si bien el modelo terminó implementándose solo en Puerto Plata, provincia que se seleccionó por consenso con base en los siguientes criterios: alta carga de coinfección TB/VIH y por la capacidad de sus establecimientos de funcionar en red. Esta fase incluyó, además, el diseño y el ajuste de instrumentos y herramientas, así como la planeación de actividades específicas con un organigrama detallado elaborado por las autoridades nacionales, los socios locales y la OPS.

2) Investigación formativa:

La evaluación formativa se llevó a cabo en 2014, antes de la implementación del proyecto demostrativo con el objetivo de mostrar las perspectivas de una variedad de personas, representantes de grupos de interés con respecto a cómo esa intervención debía ser diseñada para responder al contexto en el cual se desarrolla y a las expectativas o necesidades existentes.



Se empleó una metodología que combinó visitas a centros de salud en la provincia Puerto Plata, tanto públicos como de una Organización No Gubernamental y entrevistas a personal responsable de la atención a la TB, al VIH/SIDA y a la coinfección en el Servicio Regional de Salud Norcentral y oferentes de atención directa, así como a pacientes. También fueron entrevistados actores vinculados a la función rectora en el nivel central del Ministerio de Salud Pública y en las Direcciones Provinciales de Salud de Espaillat, Santiago y Puerto Plata.

Los hallazgos más relevantes de la investigación formativa se presentan en el cuadro # 5.

Cuadro # 5
Principales hallazgos de la investigación formativa
de la propuesta demostrativa de integración de la atención de la TB y el VIH

- 93% del personal de salud entrevistado ha recibido información sobre el manejo de la coinfección y conocen las guías.
- Espacios de coordinación en el nivel nacional, no así en los niveles locales.
- Alto nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios.
- Acceso no oportuno de los pacientes para acceder al diagnóstico de la coinfección.
- Existe un marco normativo que rige el desempeño de los programas de TB y VIH/SIDA.
- La precaria situación económica de los pacientes y las condiciones físicas atribuibles a las condiciones clínicas) son justificaciones para que los servicios se provean en los establecimientos de salud más cercanos a los pacientes.
- Verticalidad en la gestión de los programas de TB y VIH.
- Los establecimientos visitados no cuentan con protocolos de atención.
- Necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación en el Nivel Central.
- Mejorar la difusión e implementación de las normas y guías.
- Carencia de una ruta clara del manejo de los servicios de TB/VIH.
- No disponibilidad de los servicios de VIH en los establecimientos de primer nivel y hospitales de especialidades municipales.
- Inexistencia de registro y seguimiento de las variables para construir los indicadores de TB/VIH en los niveles locales.
- Las rutas de acceso responden a lineamientos específicos emanados desde el Nivel Central del Ministerio de Salud Pública y a las condiciones propias de cada establecimiento.
- Limitaciones en la toma de decisiones en el nivel local derivadas de la falta de homologación en el conocimiento sobre el abordaje clínico a pacientes coinfectados y la falta de claridad sobre las responsabilidades en términos de gestión.

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud Pública. Investigación formativa de la propuesta demostrativa de integración de la atención de la TB y el VIH. República Dominicana. Mayo de 2014.





3) Diseño de modelo integrado de prestación de servicios:

Con base en los resultados de la investigación formativa, se diseñó un modelo de integración de prestación de servicios para dar respuesta a las necesidades y características del país. El modelo de integración seleccionado es una mezcla de los modelos dos y cuatro propuestos por la OMS, lo que se justifica debido a los siguientes elementos del contexto:

1. En República Dominicana los servicios de atención a la TB se proveen en el primer nivel de atención y los de atención al VIH y el SIDA en centros especializados denominados Servicios de Atención Integral (SAI). Para la implementación del modelo fue necesario tener en cuenta estas dos lógicas programáticas y operativas de los programas de control de ambas enfermedades.
2. El Sistema de Salud que República Dominicana adoptó, en 2001, a partir de los mandatos de las Leyes General de Salud No. 42-01 y la Que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, y que finalmente se concretó con la promulgación de la Ley Que Crea el Servicio Nacional de Salud No. 123-15, la separación de las funciones básicas de los Sistemas de Salud. Esto implica, entre otros aspectos, que la gestión de la provisión de los servicios de salud sea responsabilidad de entidades diferentes a los que ejercen la rectoría.
3. La red de servicios de salud del país está conformada por establecimientos de salud de capacidad resolutoria creciente. Con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud, se definió un modelo de organización de servicios conformado por tres niveles de atención. El punto de entrada está constituido por los Centros de Primer Nivel (CPN), sedes de las Unidades de Atención Primaria (UNAP). Estos centros están ubicados en las comunidades y cuentan con una capacidad teórica de resolución de 70-80%. Desde ellos, los pacientes son referidos a centros de salud de superior nivel de atención; estos son responsables de contrarreferir a los pacientes a los CPN para el seguimiento de su estado de salud lo más cerca posible de sus comunidades.

4) Implementación de la experiencia demostrativa del modelo integrado:

Esta fase, que se lleva a cabo desde junio de 2016, es liderada por los programas nacionales de TB y VIH, las autoridades locales de salud y los socios locales y cuenta con apoyo de OPS. Consiste en la aplicación real de opciones de atención integrada. Implicó la revisión o actualización de las directrices y protocolos, la capacitación del personal de salud, el establecimiento o la revisión de los sistemas integrados de información, así como la movilización y participación activa de los pacientes.

5) Monitoreo y evaluación:

El seguimiento y la evaluación se conciben como procesos transversales a lo largo del proyecto pasando por la investigación formativa, el diseño del/los modelos de atención





y la implementación respectiva. Los elementos claves son la identificación de las fuentes de información relacionados con los objetivos del proyecto, el establecimiento de sistemas de recolección y análisis de estos datos y la medición de una lista acordada de indicadores de proceso y resultados.

4.3 Componentes del Modelo:

a. Coordinación del Modelo:

La implementación del Modelo y el seguimiento al logro de los objetivos propuestos está a cargo de los siguientes espacios de coordinación:

- Comité Nacional de Coordinación del Proyecto Demostrativo. Está integrado por los directores de los programas TB y VIH y por técnicos de ambos programas; por el director y los técnicos pertinentes de la Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata y por técnicos de la OPS/OMS.
- Comité Coordinador del Proyecto Demostrativo, Subred Puerto Plata. Está integrado por gerentes y técnicos de Tuberculosis y VIH del Servicio Regional de Salud Norcentral y de la Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata; por el director y la encargada del laboratorio Hospital Ricardo Limardo, entre otros actores de la provincia.

b. Organización de la red de servicios:

En Puerto Plata, provincia con mística de trabajo en el área de VIH, se seleccionó una micro red conformada por un Hospital de segundo nivel, un SAI perteneciente a una ONG y cinco centros de primer nivel (CPN):

- El hospital Ricardo Limardo (segundo nivel)
- SAI del Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH):
- Centros de Primer Nivel (CPN):
 - CPN Padre Granero
 - CPN Gregorio Luperón
 - CPN Padre Las Casas
 - CPN San Marcos
 - CPN Sosúa

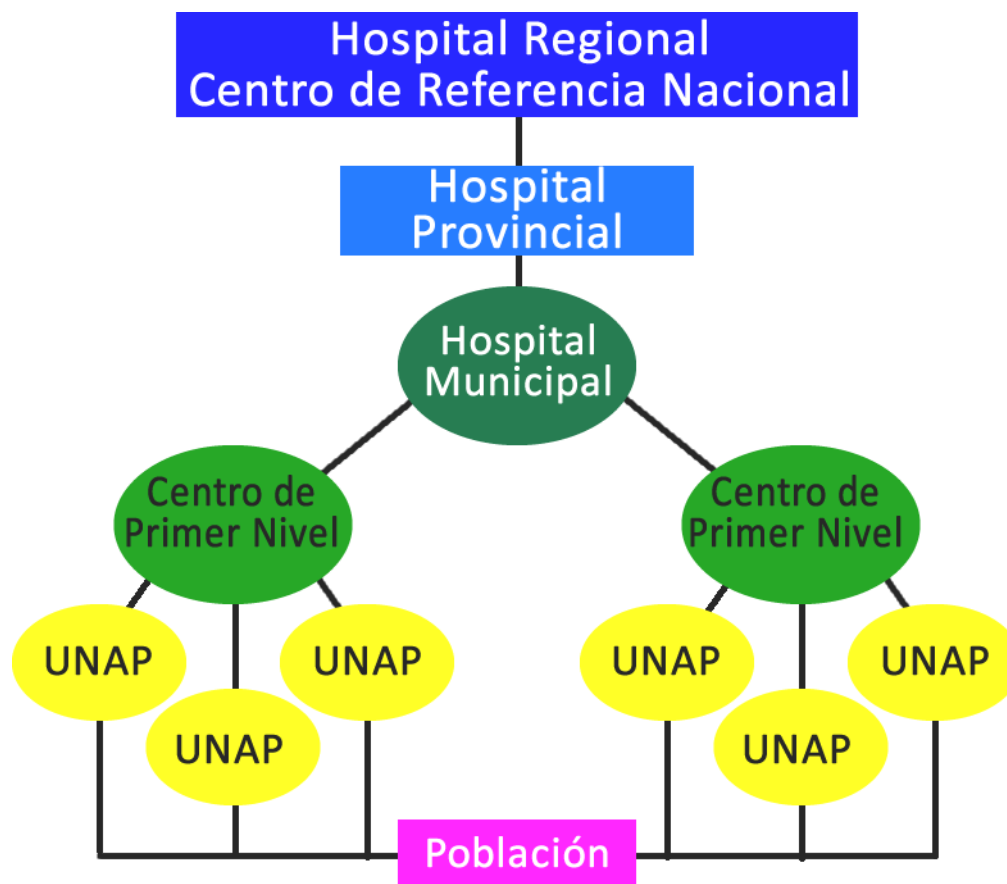
c. Financiamiento y sostenibilidad de las intervenciones:

Si bien la implementación del Modelo ha contado con el apoyo técnico y financiero de la OPS y del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, su fundamento económico son los recursos provenientes del presupuesto que el país asigna a salud. Esta fuente de financiamiento garantiza la sostenibilidad de las intervenciones de atención a la coinfección TB/VIH.



Gráfico # 2

Conformación de la red de servicios de salud de República Dominicana



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Modelo de Redes de Servicios de Salud. Tomado de: Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud Pública. Investigación formativa de la propuesta demostrativa de integración de la atención de la TB y el VIH. República Dominicana. Mayo de 2014.

d. Recursos humanos:

Los médicos, las enfermeras, las bioanalistas, el personal que realiza la consejería y los promotores de salud constituyen el personal clave para la entrega de los servicios garantizados por el Modelo. En ese sentido, se ha reforzado su dotación en los centros pertenecientes a la micro red, con énfasis en el personal de bioanálisis.

Mediante capacitaciones, los recursos humanos han fortalecido sus competencias en la identificación oportuna de la coinfección y en la instauración temprana del tratamiento. En ese sentido, han recibido entrenamiento específico en la Guía Nacional para la atención de la Coinfección TB/VIH.

e. Recursos físicos:

Los existentes en los servicios de TB y VIH pertenecientes a la micro red de Puerto Plata.

f. Medicamentos y pruebas de laboratorio:

Los medicamentos y pruebas de laboratorio para la atención a la coinfección TB/VIH son los normados por el Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad sanitaria, y están contenidos en la Guía para el Manejo de la Coinfección TB/VIH.

Cuadro # 6
Indicadores de proceso utilizados para monitorear el desempeño
del Modelo Integrado de Atención a la TB/VIH

- Proporción de personas con VIH tamizadas para TB
- Proporción de pacientes con TB con prueba para VIH
- Proporción de personas con VIH con diagnóstico reciente de TB que empezaron tratamiento para TB al ser diagnosticados
- Proporción de pacientes con TB con reciente diagnóstico de VIH que comenzaron tratamiento antirretroviral al poco tiempo de las dos primeras semanas de tratamiento para TB.
- Proporción de personas con VIH que iniciaron y continuaron terapia preventiva con Isoniacida por seis meses
- Proporción de pacientes TB/VIH que recibieron terapia preventiva con cotrimoxazol concomitantemente con tratamiento para TB y antirretrovirales
- Proporción de establecimientos de salud que proveyeron el paquete básico completo de servicios TB y VIH a pacientes coinfectados en el/los sitio(s) piloto(s) al final de la fase de implementación del proyecto
- Número de establecimientos de salud en el/los sitio(s) piloto(s) que habían implementado las medidas de control de infecciones recomendadas internacionalmente al final de la fase de implementación
- Grado de satisfacción del paciente con la provisión integrada de servicios al final de la fase de implementación

Tomado de: Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de TB. Integración de la Atención de TB y VIH para optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado TB/VIH. Propuesta de Proyecto Demostrativo. 2014.

g. Actividades de supervisión y seguimiento:

Estas corresponden a los Servicios Regionales, a las Gerencias de Área y a las Direcciones Provinciales de Salud. Las actividades que deben llevarse a cabo en el ámbito de la supervisión y el seguimiento son:

1. Conformación e integración de los grupos regionales y provinciales de coordinación de la coinfección
2. Promoción e integración a las reuniones de análisis y seguimiento a los planes de mejora
3. Seguimiento a los compromisos del Plan de Mejora
4. Apoyo a sus técnicos en el seguimiento y cumplimiento de los indicadores
5. Monitorizar el alcance de los indicadores

h. Sistemas de información:

En cada uno de los centros integrados al Modelo se registran datos de los pacientes coinfectados que son posteriormente procesados por el Servicio Regional de Salud Norcentral y notificados a la DPS de Puerto Plata y al nivel central del Ministerio de Salud Pública. Con esos datos se alimentan indicadores que permiten medir los avances en la atención de la Coinfección y comparar los valores provinciales con los nacionales.

El país ha incluido la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis en su sistema de vigilancia de tuberculosis y envía esta información anualmente a la OPS/OMS. La cantidad y calidad de datos sobre vigilancia de la coinfección ha mejorado sustancialmente en los últimos años, aunque se reconoce que se necesita continuar fortaleciendo los sistemas de registro y notificación .

La estrategia de Monitoreo y Evaluación de las Actividades Colaborativas TB/VIH en República Dominicana permitirá determinar la calidad, eficacia, cobertura e implementación de las actividades de atención a la coinfección TB/VIH. Su diseño, que contempla la integración de los sistemas existentes de monitoreo y evaluación y define el rol de los diferentes actores en los niveles central, intermedio y local, requiere para su cabal desarrollo de la colaboración entre los programas de TB y de VIH y con el sistema de salud en general. Asimismo, del establecimiento de vínculos entre los diferentes niveles.

La estrategia de M&E estará estructurada en base a los siguientes componentes:

1. Grupo coordinador del M&E de las actividades de colaboración TB/VIH a nivel nacional cuya responsabilidad recae en el Comité Nacional de Coinfección TB/VIH (CONACO), regional, provincial y en cada establecimiento de salud, con personal capacitado y presupuesto asignado.
2. Indicadores
3. Recopilación, gestión y análisis de los datos
4. Supervisión de apoyo

5. Investigaciones operativas

6. Difusión de datos y utilización de los resultados

i. **Farmacovigilancia:**

La vigilancia farmacológica en el marco de la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH es llevada a cabo por los programas de control de la TB y del VIH a partir de los lineamientos emitidos por la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS). En cuanto a las reacciones adversas que presenten los pacientes coinfectados en el curso del tratamiento para ambas enfermedades, el personal de salud de los centros involucrados debe notificar inmediatamente a ambos programas para tomar, de manera oportuna, las decisiones clínicas pertinentes a cada caso en particular, en correspondencia con las guías y los protocolos establecidos.

j. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:**

Su objetivo es favorecer la atención oportuna, integral y de calidad del paciente coinfectado con TB/VIH en los establecimientos de salud de la micro red. Un adecuado flujo de comunicación entre los establecimientos garantiza que los pacientes referidos, contrarreferidos, derivados o transferidos entre los diferentes niveles de atención inicien, o no interrumpan el tratamiento contra la TB y el VIH.

Los objetivos específicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes coinfectados con TB/VIH son:

- Promover coordinación ente los niveles administrativos y operativos de los servicios de salud que intervengan en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Facilitar el traslado de pacientes con urgencia médica entre las unidades o centros de atención de los Servicios Regionales de Salud.
- Homologar los mecanismos de operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades de Atención Primaria y los Establecimientos de Salud de los diferentes Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud.

4.4 **Intervenciones en los Modelos de servicios integrales de atención de la TB y el VIH dirigidas al paciente coinfectado**

En las reuniones de seguimiento al proyecto demostrativo los Comités de Coordinación Nacional y Local definieron, mediante consenso, las intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a ser incluidas en el sitio piloto de integración de la atención TB/VIH.



V. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH EN PUERTO PLATA: ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas realizadas en agosto - septiembre de 2016 a técnicos y a personal de salud en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral:

5.1 Concepción del personal sobre el Modelo Integrado de Atención a la TB/VIH

- Integración de los programas de TB y VIH con el objetivo de que todo paciente con VIH positivo se le descarte tuberculosis y viceversa en el primer nivel.
- Esquema de provisión de servicios que persigue que los pacientes coinfectados reciban sus medicamentos en el Primer Nivel de Atención. En la Región II se ha iniciado con la realización de pruebas de VIH en el Primer Nivel, previa consejería, pero se espera que en el futuro también se pueda proveer al paciente los medicamentos antirretrovirales.
- Lograr que el VIH se trate en el Primer Nivel de Atención como una enfermedad crónica, como se trata la diabetes.
- En el CPN se lleva a cabo la identificación del sintomático respiratorio (SR). Si al realizársele la baciloscopía, el SR sale positivo, se convierte en un caso; inmediatamente se le ofrece el medicamento para la TB y se le hace la prueba de VIH. El paciente entonces es referido al SAI para el inicio del tratamiento antirretroviral y la atención de su condición de VIH positivo. Se le hace seguimiento conjunto por ambos programas hasta que termine el tratamiento contra la TB y continúa en el SAI.

5.2 Percepción sobre las diferencias entre el esquema anterior de trabajo y el Modelo Integrado.

- Antes los programas funcionaban bien, pero de una manera individual.
- Mayor control de los pacientes gracias a la comunicación que se ha establecido entre los programas de TB y de VIH.

5.3 Beneficios del Modelo Integrado al paciente coinfectado de TB/VIH

- Primero el beneficio económico ya que el paciente se va atender en su misma comunidad.
- Atención rápida y temprana: los Promotores de Salud captan al paciente y lo refieren al CPN donde le prestan las atenciones debidas.
- Captación de todos los pacientes coinfectados en el Primer Nivel de Atención



- Atención integrada antes el programa ase hacía por separado y el paciente tenía que ir de un sitio a otro.
- La satisfacción del paciente coinfectado aumenta y por tanto su adherencia al tratamiento mejora.

5.4 Elementos facilitadores en la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Acompañamiento del Programa de Control de la Tuberculosis (Nivel Central del Ministerio de Salud Pública) y de la Dirección General de Control de las ITS, VIH y SIDA.
- Participación activad de la Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata.
- Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud
- Integración y compromiso de las autoridades y los técnicos del Servicio Regional de Salud Norcentral.
- La respuesta y el involucramiento del personal de salud de los SAI de los CPN en los que se implementa el Modelo Integrado.
- Disponibilidad de medicamentos.
- Compromiso y entrega de los Gerentes de Área, de los Coordinadores, Encargados de Programa, promotores, médicos asistentes.
- Existencia de esquemas normados para la atención a los pacientes coinfectados.
- Contratación de tres bioanalistas para la realización de las pruebas de VIH; dos laboraran actualmente en los CPN.

5.5 Barreras y oportunidades de mejora en la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Si no se garantiza la confidencialidad se podría ahuyentar al paciente. Si un paciente vive en una comunidad donde hay un CPN, quizás se resista a que lo atiendan porque todo el mundo lo conoce y piense que su se van a enterar de su condición de salud. También puede tener aprehensión porque las personas que trabajan en el centro lo conocen.
- No se puede realizar pruebas de VIH en el Primer Nivel de Atención sin la participación de un profesional del bioanálisis porque la Ley de SIDA No. 135-11 establece que las pruebas de VIH/SIDA solo pueden llevadas a cabo por bioanalistas .
- La provincia de Puerto Plata cuenta únicamente con dos SAI y solo en una de ellas funciona el programa de TB. Eso hace que los pacientes tengan que trasladarse muy lejos; a veces tienen poco o ningún dinero para trasladarse.
- Los sistemas de información y monitoreo no están integrados; en la actualidad existen tres plataformas: la DPS tiene una; DIGECITSS tiene otra y el SRS II, otra por lo que la información de los pacientes se duplica. Cada una de las partes tiene un set de indicadores a los que debe responder.



- Actualmente en algunos CPN los promotores de salud no realizan el seguimiento del paciente coinfectado con TB/VIH en la comunidad.
- Si bien hay coordinación entre el SNS y la DPS de los aspectos programáticos de la atención al paciente coinfectado, la gestión clínica no está integrada.
- En caso de pacientes coinfectados que presentan condiciones que les impiden acudir al centro de salud, el tratamiento de TB y de VIH es entregado a familiares, a líderes religiosos o comunitarios.
- Los CPN que han sido contruidos por el Gabinete Social no cuentan con espacio para la toma de muestra de TB. Muchos tienen un solo consultorio en el que trabajan dos médicos, por lo que no se garantiza la debida confidencialidad al paciente coinfectado.
- La comunicación que existe entre el personal del programa de TB y el del programa de VIH es de base personal, dado por las relaciones entre los individuos, pero no es institucional.
- En los SAI le piden al paciente que lleve una carta cuando termina la primera fase del tratamiento antituberculoso y cuando termina el tratamiento completo; esta comunicación debería ser directa desde el CPN al SAI, no a través del propio paciente.
- Los SAI refieren pacientes a los CPN para que se les inicie el tratamiento contra la TB y en algunos casos no reciben retroalimentación sobre ellos.
- La consejería post prueba no se está dando en los CPN; una bionalísta no está entrenada para proveerla.

5.6 Fortalezas del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Se ha brindado capacitación en atención a la coinfección TB/VIH al personal de salud de las SAI y de los CPN en los que se implementa el Modelo Integrado.
- Educación a la comunidad y a los pacientes con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación relacionado con ambas enfermedades y que dejen de considerarlas temas tabú, especialmente al VIH/SIDA pues con la TB, progresivamente, se ha ido rompiendo ese paradigma con información y educación a la comunidad.
- El PNCT ha roto con el estigma que tradicionalmente ha rodeado a la TB. Los pacientes reciben sus medicamentos en los CPN.
- El Servicio Regional de Salud II y la Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata comparten las bases de datos en las que se lleva el registro de los pacientes coinfectados (casos nuevos, cambios de esquema, transmisión vertical, entre otros datos).
- La información generada por la supervisión y el monitoreo es empleada en la toma de decisiones para mejorar la captación y el seguimiento de los pacientes coinfectados.
- En los SAI se les da seguimiento a las dos condiciones del paciente.
- El paciente tiene libertad de elección del SAI en el que quiere que se le dé seguimiento a su condición de VIH.
- Hay comunicación entre el hospital y la UNAP, por medio del programa de TB, para confirmar la adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral.
- Se cuenta con bases de datos nominales de pacientes coinfectados.



5.7 Retos del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Dado que los esquemas de tratamiento antituberculoso y antirretroviral son diferentes, se hace necesario profundizar la coordinación entre los programas de control de la TB y del VIH ya que son dos las enfermedades, pero afectan a un mismo paciente.
- Prevenir interacciones medicamentosas y posibles reacciones adversas derivadas de la administración simultánea de medicamentos antituberculosis y antirretrovirales.
- Al paciente con VIH/SIDA se le entregan medicamentos antirretrovirales por 15 días, por un mes y hasta por dos meses; mientras el tratamiento antituberculosis es estrictamente supervisado en boca.
- Una parte del personal entiende que es necesario introducir cambios en la manera en que se administran los medicamentos antirretrovirales, ya que estos solo se administran en los SAI. Otra parte externó no estar de acuerdo en que en los CPN se ofrezcan antirretrovirales pues el manejo de ese tratamiento y el seguimiento al paciente con VIH/SIDA requiere de un personal altamente capacitado, por las interacciones farmacológicas entre los medicamentos para controlar la TB y para controlar el VIH y por la diversidad de pruebas de laboratorio que puede ser necesario realizarle; además, el VIH incrementa la presentación extrapulmonar de la TB.
- Expandir el proyecto demostrativo a nivel nacional
- Entrega de los medicamentos antirretrovirales en el Primer Nivel de Atención
- Integrar la educación sexual y la planificación familiar al conjunto de intervenciones que deben garantizarse al paciente coinfectado.

5.8 Recomendaciones para mejorar la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Supervisión y educación continuada del personal de ambos programas.
- Propiciar un mayor involucramiento de los promotores para incrementar las visitas domiciliarias que se realizan a los pacientes coinfectados.
- Brindar ayuda económica a los pacientes que la necesiten, luego de una evaluación real de su estado financiero.
- Dotar de médicos, enfermeras y consejeras a los CPN que tienen déficit de esos recursos humanos.
- Continuar fortaleciendo las competencias del personal que labora en los CPN para el abordaje de la coinfección.
- Seguir integrando a las juntas de vecinos, las iglesias, etc., para llevar información y educación en TB y VIH a la comunidad y a los pacientes.
- Implementar mecanismos para conocer la opinión de los pacientes con Coinfección TB/VIH sobre la atención que reciben.
- Mejorar los canales de comunicación entre los programas de control de la TB y del VIH en el nivel local.



- Integrar los sistemas de información y monitoreo de los pacientes coinfectados atendidos en el SRS II a fin de obtener las salidas (indicadores) necesarios y que todos los actores involucrados tengan acceso a la información.
- Habilitar más Servicios de Atención Integral al paciente con VIH/SIDA para aumentar el acceso de los pacientes coinfectados a medicamentos antirretrovirales.
- Ponderar, en el marco de separación de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud, los pros y los contras de distribuir los medicamentos antirretrovirales a los pacientes coinfectados a través de los CPN.
- Promover la coordinación entre los actores del nivel regional y local para llevar a cabo una gestión clínica conjunta del paciente coinfectado. Esto implica establecer canales de comunicación directa entre el personal de los SAI y de los CPN para aumentar la efectividad de la atención al paciente coinfectado con TB/VIH.
- Considerar espacios para toma de muestra a pacientes con TB y consultorios suficientes para garantizar confidencialidad en los nuevos CPN que se construyan.
- Reforzar la dotación de promotores en los CPN de Sosúa y San Marcos.
- Dotar de consejeros a los CPN.

Los resultados de una reunión de análisis, realizada en diciembre de 2016, ponen de manifiesto la evolución de la percepción del personal de de salud sobre la implementación del Modelo Integrado de Atención a la TB/VIH:

5.9 Fortalezas del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Personal de salud, a nivel gerencial y de provisión, empoderado y comprometido con el proceso.
- Adquisición de nuevos conocimientos.
- Mejor comunicación de los establecimientos con la Gerencia Regional y con la Dirección Provincial.
- La comunicación entre los diferentes servicios (CPN y hospital) se ha incrementado desde que empezó a implementarse el Modelo Integrado.
- Fortalecimiento de la coordinación y del trabajo en equipo entre los actores involucrados: ahora se reúnen y buscan solución a los problemas que se presentan.
- Mejor relación entre los programas de TB y VIH.
- Los referimientos de pacientes llegan con más información.
- Mejor recepción de los pacientes referidos desde de un centro a otro.
- El personal presta servicios de mayor calidad y calidez.
- El servicio de tuberculosis en algunos centros ha sido reubicado en un área más adecuada.
- En la implementación del modelo se tomó en cuenta a las Organizaciones No Gubernamentales que prestan servicios al paciente con VIH/sida.
- Gracias el modelo ya se ha iniciado la administración de las TPI a los pacientes VIH.
- Se realiza la prueba de VIH a los pacientes de tuberculosis de manera oportuna, ahorrando mucho tiempo y dinero a estos.



- Los pacientes con VIH son diagnosticados más temprano y son referidos a tiempo.
- Los pacientes llegan con sus resultados de prueba de VIH referidos de otros centros.

5.10 Barreras y oportunidades de mejora en la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

- Al integrar la rifabutina, se cambia el esquema de tuberculosis y se pasa a dar más pastillas por estar este con medicamentos individualizados.

5.11 Evolución de los indicadores para monitorear la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH

El cuadro # 7 muestra la evolución de una selección de los indicadores de proceso utilizados para monitorear el desempeño del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH que se implementa en Puerto Plata. La medición inicial, correspondiente a mayo de 2016, es previa a la implementación del Modelo.

Cuadro # 7
Comportamiento de indicadores del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH. Puerto Plata, agosto y noviembre de 2016

INDICADORES	MAYO	AGOSTO	NOVIEMBRE
Proporción de personas con VIH tamizadas para TB	100%	100%	100%
Proporción de pacientes con TB con prueba para VIH	95%	94%	98%
Proporción de personas con VIH con diagnóstico reciente de TB que empezaron tratamiento para TB al ser diagnosticados	42%	86%	59%
Proporción de pacientes con TB con reciente diagnóstico de VIH que comenzaron tratamiento antirretroviral al poco tiempo de las dos primeras semanas de tratamiento para TB.	15%	19%	73%
Proporción de personas con VIH que iniciaron y continuaron terapia preventiva con isoniacida por seis meses	0%	4%	39%
Proporción de pacientes TB/VIH que recibieron terapia preventiva con cotrimoxazol concomitantemente con tratamiento para TB y antirretrovirales	89%	50%	71%
Número de establecimientos de salud en el/los sitio(s) piloto(s) que habían implementado las medidas de control de infecciones recomendadas internacionalmente al final de la fase de implementación	14%	25%	13%

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Sistema de Información de la implementación del Modelo Integrado de Atención a la TB/VIH en Puerto Plata. 2016.



PARTE B:

Guía para la Implementación de un Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH





VI. GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH

Con base en las lecciones aprendidas en el proceso de implementación del Modelo de Atención a la Coinfección TB/VIH que actualmente se encuentra en funcionamiento en la Región Norcentral (Región II) de República Dominicana, se presenta la siguiente guía de acciones, dividida en fases, con el propósito de facilitar la puesta en marcha en los servicios de salud de otras regiones o provincias del país, o de otros países de similares características, de un modelo orientado a reducirla carga de TB y VIH en las personas afectadas por ambas enfermedades:

6.1 Fase de preparación de la implementación:

- 6.1.1 Conformación de un comité para la coordinación de la implementación en el nivel local. Este espacio de coordinación debe estar integrado por los encargados de los programas de control y prevención de TB y VIH, por técnicos de ambos programas, por los gerentes de los servicios involucrados y por las autoridades rectoras locales. Las Organizaciones no Gubernamentales y las de base comunitaria vinculadas a la lucha contra las dos enfermedades, así como las asociaciones de pacientes, deben ser parte del comité.
- 6.1.2 Selección del área en la que se implementará el Modelo de Atención a la Coinfección TB/VIH. La selección debe ser por consenso a partir de criterios definidos; por ejemplo: alta carga de coinfección TB/VIH, capacidad de los establecimientos de funcionar en red, entre otros.
- 6.1.3 Realización de un análisis de situación de la Coinfección TB/VIH y de la respuesta del Sistema de Salud en el nivel local. El mismo incluirá:
 - Una descripción de la red de servicios: número y tipo de establecimientos; servicios de atención a la TB y al VIH; número y tipo de personal capacitado en prevención y control de TB, de VIH y en el manejo de la coinfección, así como equipos, insumos, medicamentos y otros recursos disponibles. Se describirán también los sistemas de apoyo logístico, de información y las acciones de monitoreo y evaluación que se llevan a cabo en el marco de los programas de TB y VIH.
 - Línea basal construida en base a indicadores de cobertura y efectividad de las acciones de atención a la TB y el VIH:
 - Proporción de personas con VIH tamizadas para TB
 - Proporción de pacientes con TB con prueba para VIH



- Proporción de personas con VIH con diagnóstico reciente de TB que empezaron tratamiento para TB al ser diagnosticados
 - Proporción de pacientes con TB con reciente diagnóstico de VIH que comenzaron tratamiento antirretroviral durante las dos primeras semanas de tratamiento para TB.
 - Proporción de personas con VIH que iniciaron y continuaron terapia preventiva con Isoniacida por seis meses
 - Proporción de pacientes TB/VIH que recibieron terapia preventiva con cotrimoxazol concomitantemente con tratamiento para TB y antirretrovirales
 - Proporción de establecimientos de salud que proveyeron el paquete básico completo de servicios TB y VIH a pacientes coinfectados
 - Número de establecimientos de salud que implementan las medidas de control de infecciones recomendadas internacionalmente
 - Grado de satisfacción del paciente con la provisión de los servicios de atención a la TB y al VIH.
 - Otros.
- Una investigación formativa que muestre las perspectivas de una variedad de actores, representantes de grupos de interés (gerentes de provisión y de rectoría, técnicos de ambos programas, personal de los servicios, pacientes, entre otros) con respecto al tipo de modelo que mejor responda al contexto en el cual se desarrollará y a las expectativas o necesidades existentes. Abordará también las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas que los actores identifiquen. El nivel de complejidad de la evaluación estará en función de las capacidades de las provincias y regiones en las que se implemente el modelo.

6.1.4 Formulación de un plan de implementación del modelo. La redacción del plan se fundamentará en los hallazgos del análisis de situación de la Coinfección TB/VIH y de la respuesta del Sistema de Salud en el nivel local y definirá claramente las acciones que se llevarán a cabo, los responsables, los recursos que se utilizarán, los indicadores que permitirán evaluar su progreso. Aspectos importantes a tener en cuenta son:

- Definición de los objetivos del modelo. El modelo que se implemente debe orientarse a la reducción de la carga de TB en personas con VIH, sus familiares y su comunidad, garantizando la implementación de las tres íes para VIH/TB: intensificación de la búsqueda de casos de TB seguida de un buen tratamiento antituberculoso, terapia preventiva con isoniacida y control de infecciones, además del inicio temprano del tratamiento antirretroviral. Su propósito de reducir la pérdida de pacientes a través de un seguimiento más cercano y mejorar así los resultados de los servicios de salud.

El objetivo general del modelo es mejorar el manejo programático y clínico de la coinfección TB/VIH y sus objetivos específicos son :





- a. Incrementar la capacidad resolutive de la oferta de servicios de TB y VIH en el primer y segundo nivel de atención.
 - b. Detectar oportunamente la infección con el VIH en pacientes con TB y de TB en personas con VIH.
 - c. Brindar acceso oportuno y temprano al diagnóstico.
 - d. Asegurar el cumplimiento de las disposiciones para la realización de pruebas (TB a pacientes VIH+ y VIH en pacientes con TB).
 - e. Incrementar la satisfacción del paciente coinfectado.
 - f. Monitorear los avances de las actividades de colaboración TB/VIH a través de la recolección y el registro de información.
- Organización de la red de servicios. En consonancia con el modelo de atención, se identificarán los establecimientos que integrarán la micro red, los niveles de los servicios por los que circulará el paciente coinfectado con TB/VIH y los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se emplearán para garantizar la continuidad de la atención.
 - Financiamiento y la sostenibilidad de las intervenciones. Aún se contemplen fuentes externas de financiamiento, como la proveniente de la cooperación, los recursos nacionales harán sostenibles las acciones del modelo. En cuanto a los recursos físicos, se recomienda emplear los existentes en los servicios de TB y VIH.
 - Recursos humanos. Deberán cerrarse las brechas detectadas (mediante nombramientos o contrataciones) y una vez dotados los servicios del personal necesario, proceder a la sensibilización y la capacitación de los médicos, las enfermeras, las bioanalistas, el personal que realiza la consejería y los promotores de salud, pues son el personal que está en contacto con el paciente coinfectado. Es importante que a la capacitación inicial sigan capacitaciones de reforzamiento; asimismo, definir estrategias de acompañamiento al personal involucrado en la entrega de las acciones del modelo.
 - Regulación de las acciones de atención. Todos los servicios atención a la coinfección TB/VIH (detección, diagnóstico, tratamiento, incluyendo prevención y abordaje de enfermedades oportunistas, así como el seguimiento de los pacientes) se proveerán con apego estricto a la Guía para el Manejo de la Coinfección TB/VIH y a otros documentos normativos pertinentes emanados del Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad sanitaria.
 - Establecimiento de mecanismos de integración entre los programas de control de la TB y del VIH. Los niveles centrales de ambos programas apoyarán a los niveles locales en la planificación, la implementación y el seguimiento al modelo de integración. Los niveles locales desarrollarán mecanismos efectivos de comunicación que les permitan detectar a tiempo desviaciones del plan de implementación e instaurar medidas para corregirlas.



- Actividades de supervisión y seguimiento. Elaborar calendario para la realización de reuniones periódicas de análisis y seguimiento de los casos atendidos y de apoyo en la resolución de problemas que pudieran presentarse, así como para el cumplimiento de los indicadores
- Sistemas de información, monitoreo y evaluación. Se establecerán planes de acción para fortalecer el registro, el procesamiento, el análisis y la notificación. Especial énfasis se dará a la integración de los sistemas existentes de monitoreo y evaluación de los programas de TB y de VIH y con el sistema de salud en general.

Cuadro # 8

Aspectos claves a tener en cuenta en la implementación de modelos de atención integrada a la coinfección TB/VIH

Los sistemas locales de salud ubicados en zonas con altas tasas de coinfección TB/VIH y que decidan implementar iniciativas de colaboración entre los programas de TB y VIH deben crear consciencia que la coinfección evidencia que el Sistema de Salud falló. La atención integrada persigue paliar esas deficiencias y brindar a la persona que tiene las dos enfermedades la oportunidad tener la mejor calidad de vida posible.

“ Si las enfermedades andan juntas, los servicios no pueden estar separados: debemos unirnos para luchar contra la coinfección”, debería ser el lema que guíe las iniciativas del trabajo colaborativo entre dos programas que iniciaron y se desarrollaron con lógicas diferentes.

Si bien la implementación es un proceso lento, porque implica cambios de conducta en el personal del nivel gerencial y en los prestadores de servicios, la experiencia en los países que han desarrollado procesos de ruptura de este paradigma vertical, apuntan a que hay aspectos claves que deben tomarse en cuenta; estos son:

- Partir de un diagnóstico de la situación en el territorio. Más allá de los datos cuantitativos, es necesario profundizar en las razones de las elevadas tasas de la coinfección, lo que implica caracterizar la población coinfectada e incorporar el enfoque de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.
- Desarrollar lazos fuertes de comunicación entre los actores involucrados. Independientemente de que cada uno tiene roles y responsabilidades diferenciadas, es importante dejar claro que todos trabajan hacia un objetivo común.
- Establecer una planificación flexible que tome en cuenta la idiosincrasia del personal de salud, el contexto de los servicios de salud, así como los recursos y las capacidades locales.
- Incorporar la perspectiva de los pacientes a las iniciativas que se desarrollen para garantizar confidencialidad, privacidad y la prestación de servicios con humanización y calidez durante todo el proceso de atención.

6.2 Intervenciones que deben garantizarse en el modelo:

Detección y diagnóstico precoz de TB y VIH:

- Recolección de muestras para diagnóstico de TB
- Baciloscopías seriadas de esputo
- Cultivo en medio sólido para M. Tuberculosis
- Mecanismos de transporte de muestras de esputo
- Xpert MTB-Rif
- Prueba rápida diagnóstica y consejería de VIH iniciada por el proveedor
- Repetición de pruebas de VIH para cubrir a aquellos pacientes que se encuentran en periodo de ventana.
- Prueba confirmatoria de VIH.
- Prueba de detección de carga viral
- Prueba de CD4
- Rayos X de tórax
- Tamizaje de TB en personas con VIH
- Pruebas de sensibilidad a medicamentos de primera línea

Tratamiento y atención de la TB y el VIH:

- Evaluación clínica inicial
- Administración oportuna de tratamiento para TB de primera línea directamente observado
- Tratamiento antirretroviral con esquema preferente según guía.
- Pruebas a sensibilidad de medicamentos
- Seguimiento clínico, de laboratorio y por otros estudios.
- Tratamiento a enfermedades oportunistas y otras comorbilidades
- Detección de riesgo de falla del tratamiento
- Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Es importante destacar que la instauración temprana de tratamiento antirretroviral es una intervención fundamental para reducir la carga de TB en personas con VIH, de conformidad con las guías de la OMS y las tres íes para VIH/TB. Se recomienda un algoritmo clínico simplificado para la detección de la TB que se basa en la ausencia o presencia de cuatro síntomas clínicos (tos actual, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna) a fin de detectar a las personas que reúnen los requisitos para recibir terapia preventiva con isoniacida o someterse a más pruebas de diagnóstico de la TB.

Investigación de contactos:

- Visitas domiciliarias
- Estudios de contactos adultos sintomáticos (formas pulmonares)

- Estudios de contactos pediátricos
- Seguimiento de contactos sintomáticos no enfermos

Soporte psicológico y social

- Monitoreo de la adherencia al tratamiento
- Soporte adicional: transporte, alimentación, etc.
- Acompañamiento por psicología, trabajo social y pares

Educación y prevención:

- Terapia preventiva con Isoniacida – TPI
- Terapia preventiva con Cotrimoxazol (TrimetoprimSulfa) – TPC
- Disponibilidad de preservativos
- Educación al paciente, familiares, comunidad y personal de salud
- Charlas informativas sobre TB, VIH y TB/VIH
- Entrega de material didáctico (carteles, plegables, videos, etc.)
- Abogacía para la reducción del estigma y la discriminación

Otras intervenciones:

- Referencia y contrarreferencia
- Tratamiento a reacciones adversas a medicamentos, incluyendo hospitalización
- Toma de muestras para diagnóstico de TB extrapulmonar en casos sospechosos
- Educación sexual y provisión de métodos de planificación familiar.
- Otras intervenciones o ayudas diagnósticas que el paciente coinfectado amerite

También deben implementarse medidas administrativas, ambientales y de protección personal contra la infección por TB en establecimientos de salud y sitios de congregación. Entre esas medidas se encuentran la vigilancia del VIH y la TB en el personal de salud y el traslado de aquellos infectados fuera de áreas de alta exposición a TB, además de proporcionarles tratamiento antirretroviral y terapia preventiva con isoniácida.

Servicios de gestión y apoyo:

- Mecanismo de coordinación entre los servicios de TB y VIH
- Disponibilidad de normas y guías de manejo
- Sistema de información que incluya variables para monitoreo y análisis epidemiológico de la coinfección
- Capacitación y actualización a los recursos humanos de la micro red.
- Conformación de grupos de apoyo a pacientes

- Programas de extensión comunitaria
- Supervisión de cumplimiento de guías
- Evaluaciones periódicas

6.3 Rol de los actores involucrados den el modelo

Servicio Regional de Salud:

- Apoyar a los centros de salud que ofrecen los servicios al paciente coinfectado, monitorear y evaluar la implementación del Modelo Integrado.
- Promover que los programas de TB y VIH trabajen de una forma integrada.

Dirección Provincial de Salud:

- Monitoreo y Supervisión de la Implementación del Modelo
- Seguimiento a indicadores de resultados y de impacto

Servicios de salud.

- Provisión de servicios integrados de atención a la Coinfección TB/VIH

6.4 Escenarios de la atención al paciente con coinfecciónTB/VIH

Tomando en cuenta que un modelo integrado de atención al paciente con confección TB/VIH es una estructura organizativa y funcional de servicios de salud, actores, normas y recursos orientada a ofrecer al paciente coinfectado de TB/VIH, a su familia y a la comunidad servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos para ambas infecciones, y a partir de los modelos de atención a la coinfección TB/VIH que se han definido (ver página 10 y subsecuentes), se presentan dos escenarios para la prestación de servicios integrados al paciente coinfectado.

Estos escenarios, establecidos en función de que la puerta de entrada sea el servicio de atención al VIH o a la TB, debe garantizarse que las personas con TB e infectadas por el VIH reciban atención de ambas enfermedades simultáneamente, con oportunidad y continuidad y, de ser posible en sus propias comunidades.

6.4.1 El paciente ingresa por el Centro de Primer Nivel de Atención (CPN)



Centro de Primer Nivel de Atención (CPN)	
Descripción del servicio	Establecimiento de salud que actúa como puerta de entrada a la red de provisión de servicios e integra y coordina el cuidado de la salud. Tiene capacidad para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población .
Dotación de personal	Los CPN cuentan con un equipo compuesto por un médico, una enfermera y promotores comunitarios de salud. A este equipo básico se agrega un personal del área de bioanálisis para la realización de las pruebas de TB y VIH.
Conducta del personal ante la Coinfección TB/VIH	Captar al Sintomático Respiratorio y proceder al diagnóstico de tuberculosis mediante baciloscopía. Una vez hecho el diagnóstico, realizar prueba de VIH, previa consejería. Si la prueba es positiva, gestionar, de manera inmediata, que el paciente coinfectado con TB/VIH reciba el paquete de intervenciones definidas, con énfasis en el inicio temprano de los tratamientos antituberculosos y antirretrovirales, de conformidad con las normas y guías nacionales. Para esto, referir al SAI, sin pérdida de tiempo para el inicio del tratamiento antituberculoso.
Pauta de atención a la Coinfección TB/VIH	Seguir flujograma 1 (Procedimientos para la detección de VIH-SIDA en pacientes con TB) de la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
Intervenciones que deben garantizarse	• Para VIH-SIDA: acciones de promoción de salud, prevención, diagnóstico clínico, tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas. • Para TB: diagnóstico, tratamiento antituberculoso, investigación de contactos. • Para ambas condiciones: soporte nutricional, psicológico y social.
Seguimiento al paciente coinfectado	• Informar al personal del SAI que el paciente fue referido para inicio de terapia antirretroviral. Informar cuando el paciente pase de una fase a otra y cuando concluya el tratamiento contra la tuberculosis. • Coordinar con los promotores de salud la realización de visitas domiciliarias. • A través de la condición clínica del paciente, evaluar adherencia del paciente a tratamientos antirretroviral y antituberculosos. Incentivar la comunicación con el paciente y solicitar informe al personal sobre incidencias con ambos tratamientos.
Monitoreo y evaluación de los resultados de la intervención	• Recolección de datos: -Ficha de registro y seguimiento de casos de TB -Ficha de registro y seguimiento de casos de VIH/SIDA -Alimentación de la base de datos de ambos programas • Procesamiento: integración de los datos registrados por los programas de TB y VIH para obtención de información cuantitativa del desempeño de los centros de salud involucrados y alimentación de los indicadores de cobertura y efectividad definidos en el modelo. • Análisis: -Reuniones periódicas entre los actores involucrados para la evaluación de los resultados de las intervenciones. -Definición de planes de acción conjuntos -Seguimiento a los planes de acción



6.4.2 Paciente ingresa por el Servicio de Atención Integral al Paciente Viviendo con el VIH (SAI)

Servicio de Atención Integral al Paciente que vive con el VIH (SAI)	
Descripción del servicio	Unidades funcionales que realizan intervenciones destinadas a las personas que viven con VIH y Sida. En su mayoría, se encuentran localizadas en los hospitales de tercer y segundo nivel y en clínicas dedicadas exclusivamente a la atención de personas con VIH .
Dotación de personal	Cada SAI cuenta con un equipo compuesto, como mínimo, por un médico, una enfermera, un personal de psicología o consejería y promotores comunitarios de salud.
Conducta del personal ante la Coinfección TB/VIH	Diagnosticar ambas condiciones y gestionar, de manera inmediata, que el paciente coinfectado con TB/VIH reciba el paquete de intervenciones definidas, con énfasis en el inicio temprano de los tratamientos antituberculosos y antirretrovirales, de conformidad con las normas y guías nacionales. En caso que en el hospital o centro en el que está ubicado el SAI no funcione el Programa de Control de TB, referir al paciente al CPN más cercano a su residencia para el inicio del tratamiento antituberculoso
Pauta de atención a la Coinfección TB/VIH	Seguir flujograma 2 (Procedimientos para la detección de TB en pacientes con VIH-SIDA) de la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH .
Intervenciones que deben garantizarse	• Para VIH-SIDA: acciones de promoción de salud, prevención, diagnóstico clínico, tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas. • Para TB: diagnóstico, tratamiento antituberculoso, investigación de contactos. • Para ambas condiciones: soporte nutricional, psicológico y social.
Seguimiento al paciente coinfectado	• Informar al personal del CPN que el paciente fue referido y mantener comunicación constante hasta la finalización del tratamiento contra la tuberculosis. • Coordinar con los promotores de salud la realización de visitas domiciliarias. • A través de la condición clínica del paciente y de los resultados del laboratorio, evaluar adherencia del paciente a tratamientos antirretroviral y antituberculosos. Solicitar que el paciente exprese cuando termine las distintas fases del tratamiento contra la tuberculosis y que mantenga informado al personal sobre incidencias con ambos tratamientos.



Servicio de Atención Integral al Paciente que vive con el VIH (SAI)	
Monitoreo y evaluación de los resultados de la intervención	• Recolección de datos: -Ficha de registro y seguimiento de casos de TB -Ficha de registro y seguimiento de casos de VIH/SIDA -Alimentación de la base de datos de ambos programas • Procesamiento: integración de los datos registrados por los programas de TB y VIH para obtención de información cuantitativa del desempeño de los centros de salud involucrados y alimentación de los indicadores de cobertura y efectividad definidos en el modelo. • Análisis: -Reuniones periódicas entre los actores involucrados para la evaluación de los resultados de las intervenciones. -Definición de planes de acción conjuntos -Seguimiento a los planes de acción





BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2016.
2. Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe de la VIII Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB/VIH. Ciudad de México, México. Mayo 29 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud Pública. Investigación formativa de la propuesta demostrativa de integración de la atención de la TB y el VIH. República Dominicana. Mayo de 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Implementación de las Actividades de Colaboración TB-VIH en Las Américas. Resultados de una encuesta en países de la Región, 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: guías para programas nacionales y otros interesados directos. 2012.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación. Washington, D.C. 2011
7. Fujiwara PI, Dlodlo RA, Ferroussier O, Nakanwagi-Mukwaya A, Cesari G, BoillotImplementación de las Actividades de Colaboración TB-VIH. Una Guía Programática. Paris, France: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2012.
8. Ministerio de Salud Pública. Informe de la reunión de análisis de información y planificación de la fase de implementación del Proyecto Demostrativo de Integración de la Atención de TB y VIH para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado TB/VIH en República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana. 12 Noviembre de 2015.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de TB. Integración de la Atención de TB y VIH para optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado TB/VIH. Propuesta de Proyecto Demostrativo. 2014.
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de TB Presentaciones en Power Point y documentos de trabajo elaborados en el contexto de la implementación del Modelo Integrado de manejo de la coinfección TB/VIH en el Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana. 2013-2015.





11. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis República Dominicana, 2015-2020. Marzo de 2015.
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Control de ITS, VIH y SIDA. El estado epidémico del VIH en República Dominicana. 2014.
13. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Estrategia de Monitoreo y Evaluación de las Actividades Colaborativas TB/VIH en República Dominicana. Documento de Consultoría. Mayo de 2016.
14. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH. Versión actualizada. 2014.
15. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. 2012.
16. PRONASIDA. Modelo de Atención en VIH-SIDA/ITS para la Población Clave Afectada. 2011.
17. Organización Panamericana de la Salud Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en República Dominicana. 2008.





ANEXOS

PERSONAL ENTREVISTADO

Primera visita (jueves 18 de agosto de 2016)

Localidades: Santiago y Puerto Plata

En la Dirección Regional de Salud Norcentral (II):

- Dra. Austria De la Rosa, Directora Regional
- Dr. Eliel Rosario, Encargado Regional de VIH
- Lic. Eloísa Robinson, Encargada Regional de Tuberculosis

En la Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata:

- Dr. Vicente De Peña, Coordinador de Programas/Encargado del Programa de VIH
- Lic. Laura Suárez, Encargada Provincial de Tuberculosis

Segunda visita (martes 30 de agosto de 2016)

Localidad: Puerto Plata

Actores entrevistados:

En el Hospital Ricardo Limardo:

- Dra. Bienvenida Parra, Encargada Programa de Tuberculosis
- Carmen Ventura, Enfermera encargada Programa Tuberculosis
- Lic. Silvia Ventura, Encargada Bacteriología
- Lic. Luchy Tejada, Bioanalista Modelo Integrado

En el Centro de Promoción y Solidaridad Humana, CEPROSH:

- Sibila Calderón, Coordinadora.
- Dra. Scarlet Cueto, Médica Encargada de la Unidad
- Juliana Vargas, Enfermera
- Ana Ramírez, Médico
- Estrella de Peña Bidó, Coordinadora Navegación

Tercera visita (viernes 09 de septiembre de 2016)

Localidad: Puerto Plata

Lugar de la entrevista: Hospital Ricardo Limardo

Actores entrevistados:

Personal de los Centros de Primer Nivel:





Centro de Primer Nivel	Nombre	Cargo
Padre las Casas	Berioska Acevedo	Médico asistente
	Basilia de Jesús	Enfermera
Gregorio Luperón	Alexandra Alcántara	Médico asistente
	Ángela Peralta	Enfermera
Padre Granero	Nelly Ramos	Médico asistente
	Iris Minaya	Enfermera
San Marcos	Audry Cabrera	Enfermera
Sosúa	Audry Del Rosario	Médico pasante
	Jesús Hernández	Médico Asistente
	Yoselín Frías	Enfermera

Dirección Regional de Salud Norcentral (II):

De la Gerencia de Área participaron las siguientes personas:

- Aida Tavárez, Coordinadora de Zona III
- Adriana Cid, Coordinadora de Zona III
- Cesia Noemí Rodríguez, Coordinadora Zona XVI
- Luchy Nayeri Tejada, Bioanalista Modelo integrado
- Patricia Elizabeth Rosario, Bionalista Modelo integrado





GUÍA DE PREGUNTAS

“Asistencia Técnica para la Sistematización y Documentación del Modelo Integrado de Atención de TB y VIH para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado TB/VIH en Puerto Plata, SRS – Norcentral de la República Dominicana”

Guía de preguntas para las entrevistas con actores clave

PREGUNTAS PARA TODOS LOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA COINFECCIÓN TB/VIH:

1. ¿En qué consiste el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH que se implementa actualmente en el SRS-Norcentral? Por favor, describa el modelo.
2. ¿Cuál ha sido su rol o sus funciones en la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
3. ¿Cuáles beneficios ofrece al paciente el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
4. ¿Cuál es el papel de la comunidad y de los pacientes en el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
5. ¿En qué se diferencia el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH que se implementa actualmente de las intervenciones que se desarrollaron en el pasado?
6. ¿Cuáles son los elementos que han facilitado la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
7. ¿Cuáles son los elementos que han obstaculizado la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
8. Si pudiera realizar cambios a la manera en que se implementa el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH, ¿qué modificaría?
9. ¿Cuál ha sido el apoyo de las autoridades a la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mejorar o fortalecer la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?





PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA EL NIVEL GERENCIAL (GERENCIA DE ÁREA Y DPS):

11. ¿Cuáles son los principales componentes del Modelo? Favor mencionar los pasos para la implementación, la supervisión y el seguimiento de las actividades del Modelo que se han desarrollado en el SRS-Norcentral.
12. ¿Cuáles actores clave participan?
13. ¿Cuáles son las intervenciones que deben garantizarse a los pacientes con Coinfección TB/VIH en el marco de la implementación del Modelo Integrado?
14. ¿Cuáles retos enfrenta el Programa de Control de la TB con la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
15. ¿Cuáles retos enfrenta el Programa de Atención al VIH con la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
16. ¿Cómo se vincula la información relativa a la atención de la TB con la de la atención al VIH?
(En caso de que no haya vinculación, preguntar por qué no está vinculada y cuáles son los pasos necesarios relacionar la información de ambos programas).
17. ¿Cuáles factores contribuyen con la sostenibilidad del Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH?
18. ¿Cuáles son las necesidades que tienen los servicios para implementar el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH? ¿Cuentan con los recursos necesarios?





PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

19. Por favor, describa el proceso de atención al paciente con Coinfección de TB/VIH cuando es detectado por el Programa de Control de TB.
20. Por favor, describa el proceso de atención al paciente con Coinfección de TB/VIH cuando es detectado por el Programa de Atención al VIH/SIDA.
21. ¿Hay integración entre el Programa de Control de la TB y el Servicio de Atención al VIH/SIDA para brindar servicios a una persona coinfectada?
(Si la respuesta es positiva, diga en qué consiste la integración; si es negativa, explique de qué manera podrían integrarse ambos servicios)
22. En su experiencia en los servicios de atención a la Coinfección TB/VIH, ¿cuál es la modalidad de entrega de medicamentos que mejor garantiza la adherencia a ambos tratamientos, así como la satisfacción de los pacientes?
23. ¿Cómo se realiza el seguimiento a un paciente con Coinfección TB/VIH en este servicio de salud?
24. ¿Hay coordinación entre el Hospital y la UNAP para garantizar el seguimiento a los pacientes con Coinfección TB/VIH?
(Si la respuesta es positiva, diga en qué consiste la coordinación; si es negativa, explique de qué manera podría realizarse la coordinación)
25. ¿Cuál es la opinión de los pacientes con Coinfección TB/VIH sobre la atención que reciben para ambas enfermedades? ¿Cuáles aspectos encuentran positivos? ¿Cuáles encuentran negativos?
26. ¿Considera que tiene las competencias necesarias para brindar servicios de calidad a pacientes con coinfección TB/VIH? ¿Por qué?
27. ¿Cuáles son las necesidades que tienen los servicios para implementar el Modelo Integrado de Atención a la Coinfección TB/VIH? ¿Cuentan con los recursos necesarios?





**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

