



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA

**SALUD PÚBLICA**

**MANUAL DE INTERVENCIÓN  
PARA MODELOS  
DIFERENCIADOS DE  
TRATAMIENTO INTEGRAL  
DIRIGIDO A LA POBLACIÓN  
ADULTA CON VIH**

SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA  
2021





GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA  
DOMINICANA

**SALUD PÚBLICA**

# MANUAL DE INTERVENCIÓN PARA MODELOS DIFERENCIADOS DE TRATAMIENTO INTEGRAL DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADULTA CON VIH

SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA  
2021

**\*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

**Título original:**

*Manual de Intervención para Modelos Diferenciados De Tratamiento Integral Dirigido a la población Adulta Con VIH.*

**Consultoría:**

Dra. Concepción Meroño Montero

**Coordinación técnica:**

**Dra. Mónica Cristiana Thormann Peynado,**

Médica infectóloga, Coordinadora en MISPAS/División de control de ITS y VIH

**Dra. Marisol Jiménez Montás,**

Médica pediatra-perinatóloga, MISPAS/División de control de ITS y VIH

**Dr. José Ledesma Báez,**

Médico infectólogo, MISPAS/División de control de ITS y VIH

**Dr. Luis Gabriel Caminero,**

Médico infectólogo

**Licda. Xiomara Aquino,**

Coordinadora Promoción y Consejería en MISPAS/División de control de ITS y VIH

**Corrección de estilo:**

Licda. Olga Agustín

**Diagramación:**

Pia Menicucci & Asocs., SRL

**Impresión:**

XXXXXXXXXXXXXX

**ISBN:**

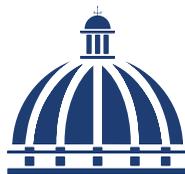
978-9945-621-40-2

**Primera edición:**

200 ejemplares

Impreso en República Dominicana.

Este manual es parte de los documentos regulatorios elaborados por la División de Control de ITS y VIH (DIGECITSS), y responde a los lineamientos y ordenanzas establecidos en la Norma para la Prevención y Atención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Hepatitis en la República Dominicana, enero 2021.



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA

---

**SALUD PÚBLICA**





## AUTORIDADES

Dr. Antonio Plutarco Emilio Arias Arias  
**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**

Dra. Ivelisse V. Acosta Reyes  
**Viceministra de Salud Colectiva**

Dr. José Antonio Matos Pérez  
**Viceministro de Garantía de la Calidad**

Dr. Edward Rafael Guzmán Padilla  
**Viceministro de Planificación y Desarrollo**

Dr. Ricardo Melgen  
**Director de la Gestión de Salud de la Población**

Dra. Elsa Camilo  
**Encargada del Departamento de Salud de la Familia**

Dra. Mónica Cristiana Thormann Peynado  
**Coordinadora de la División de Control de ITS y VIH**

# EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

## **DIVISIÓN DE CONTROL DE ITS Y VIH**

Dra. Mónica Cristiana Thormann Peynado  
**Coordinadora de la División de Control de ITS y VIH**

Dr. José A. Ledesma Báez  
**Asesor Técnico/Infectólogo**

Dra. Marisol Jiménez  
**Coordinadora de PTMI-VIH Pediátrico**

Dr. Luis G. Caminero Rodríguez  
**Médico infectólogo**

Licda. Xiomara Aquino  
**Coordinadora de Promoción y Consejería**

Licda. Nydia Yacaira Rosario  
**Supervisora de Medicamentos e Insumos**

### **Unidad de Guías y Protocolos**

Licda. Yessica Jospherkys Rondón Díaz  
Dra. Elizabeth Tapia

### **Centro de Investigación y Orientación Integral (COIN)**

Dra. Concepción Meroño Montero  
Licda. Rosalía Carvajal  
Dr. Fernando Díaz  
Dra. Carmen Ferreras  
Dra. Viery Franco  
Dra. Digna Marte  
Dr. Gianmarco Martínez  
Licda. Mariluz Martínez

Licda. Yoeliza Matos  
Aux. Adriany Melo  
Dra. Merelin Muñoz  
Licda. Laura Ovalle  
Licda. Mayra Rodríguez  
Aux. Angélica Romero  
Dra. Katherine Valerio  
Dr. José Miguel Vásquez

# CONTENIDO

<b>GLOSARIO DE SIGLAS Y TÉRMINOS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>11</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>12</b>
<b>ALCANCE</b> .....	<b>13</b>
<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>DEFINICIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA</b> .....	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1. Marco conceptual del Modelo Diferenciado de Atención para VIH</b> .....	<b>15</b>
1.1 Los tres pilares fundamentales a considerar en los Modelos Diferenciados .....	15
1.2 Los tres elementos de la diferenciación para pruebas de VIH .....	19
<b>CAPÍTULO 2. Clasificación general de los usuarios en los modelos diferenciados</b> .....	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 3. Modelos Diferenciados para usuarios estables</b> .....	<b>24</b>
3.1 Definición de usuario estable en TARV.....	24
3.2 Modalidades de entrega del TARV .....	24
<b>CAPÍTULO 4. Modelos Diferenciados de Atención para usuarios inestables</b> .....	<b>26</b>
4.1 Modelo diferenciado con enfoque en los resultados de carga viral .....	26
4.2 Modelo Diferenciado con enfoque en coinfecciones.....	28
4.3 Modelo Diferenciado con enfoque en comorbilidades .....	29
<b>CAPÍTULO 5. Modelos Diferenciados de Atención para población clave</b> .....	<b>31</b>
5.1 ¿Dónde se proporciona el TARV? .....	31
5.2 ¿Quién proporciona en TARV? .....	31
5.3 ¿Qué servicios brindan? .....	31
<b>ANEXOS</b> .....	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>35</b>

# GLOSARIO DE SIGLAS Y TÉRMINOS

<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CPN</b>	Centro de Primer Nivel
<b>FAPPS</b>	Formulario Aplicación Políticas Públicas y Sociales
<b>GH</b>	Gaiys-Hombres que tienen sexo con hombres
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>MAD</b>	Modelo de Atención Diferenciada
<b>OBC</b>	Organización de Base Comunitaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SAI</b>	Servicio de Atención Integral
<b>OBC</b>	Organización de Base Comunitaria
<b>PPL</b>	Persona Privada de Libertad
<b>PVVIH</b>	Persona Viviendo con VIH
<b>PC</b>	Población Clave
<b>TARV</b>	Tratamiento Antirretroviral
<b>TRSX</b>	Trabajadora Sexual
<b>TRANS</b>	Mujer Transgénero
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>UD</b>	Usuario de Drogas

# INTRODUCCIÓN

El VIH inició en la República Dominicana en 1990 y los primeros casos se detectaron entre los colectivos de hombres que tienen sexo con hombres y en los de las trabajadoras sexuales. Por tal razón, el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETS) se creó en 1998 y dio origen a la División de Control de ITS y VIH (DIGECITSS). Desde esa fecha, la DIGECITSS ha sido responsable de la respuesta nacional al VIH en el país y ha liderado en la Región temas, tales como: la implementación del Programa PrEP y del Programa “Tratamiento para Todos”.

En sus inicios la epidemia llegó a afectar al 2 % de la población dominicana y fue considerada como una epidemia generalizada, que incluyó a poblaciones vulnerables con alta prevalencia. En el 2015, gracias a los esfuerzos del Gobierno dominicano, de las agencias internacionales y de la sociedad civil se redujo el porcentaje de las infecciones, y la epidemia pasó a ser considerada como concentrada.

Hoy día, entre los grupos más afectados se encuentran los GH con 4 % de prevalencia, y la población migrante haitiana, con 3%. Actualmente la prevalencia nacional es de 0.9 %.

Al inicio de la epidemia, como en todo el mundo, la mortalidad causada localmente por el sida fue muy alta, y la necesidad de tratamiento muy evidente. Desde 1997 se inició la dispensación de AZT a los pacientes afectados tanto en los primeros Servicios de Atención Integral -con el Sistema de Seguridad Social (IDSS), como pionero dentro de este tipo de atención a la población VIH-, como en el Centro Sanitario de Santo Domingo -dentro del sistema público-. Con ayuda internacional, el programa de tratamiento se extendió hasta tener 76 SAI en todo el país (estos servicios incluyen los de la nueva red de salud).

Cabe destacar que la nación dominicana ha progresado significativamente en la respuesta al VIH-Sida. Según las últimas estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)<sup>1</sup>, alrededor de 72,000 personas viven con VIH en el país; mientras que, los datos del Servicio Nacional de Salud (SNS), al 31 de mayo de 2020, arrojan que alrededor de 32,791 reciben terapia antirretroviral (TARV) de manera gratuita y que 24,518 se encuentran en supresión viral.

Desde que la OMS recomendó, en el 2015, que todas las personas que viven con el VIH (PVV) iniciasen el TARV independientemente del estado clínico o

<sup>1</sup> Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/dominicanrepublic>

inmunológico en que se encontrasen, la mayoría de las Guías internacionales adoptaron esta recomendación. De su lado, la República Dominicana, bajo la Resolución Ministerial N.º 00020 (de junio de 2018), incluyó la estrategia denominada “Tratamiento para todos” en la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH”, cuya implementación ha sido progresiva en todo el país.

A pesar del esfuerzo encomiable que se realiza en el país, donde se ha logrado el financiamiento del 100 % de los ARV, no son pocos los retos a los que se enfrenta. En ese sentido, los Modelos Diferenciados de Atención se presentan como una oportunidad para cerrar las brechas en la cascada de atención para el cumplimiento de las metas mundiales 90-90-90; es por esto, que la DIGECITSS ha iniciado un programa intensivo para su implementación, para identificar de manera “diferenciada” al mayor número de PVVIH y vincularlas a los servicios para iniciar el TARV.

La presente Guía es parte de este programa, cuyo objetivo es describir la forma en que la atención diferenciada del VIH hace posible que los servicios se adapten a los usuarios, según los criterios clínicos, en todas las etapas (desde el diagnóstico hasta la supresión viral), en todos los escenarios clínicos y de poblaciones específicas (usuarios con enfermedad avanzada, con dificultades en la adherencia y poblaciones clave, entre otros) y a partir de sus necesidades específicas, con un nuevo enfoque que permite que los sistemas de salud concentren los recursos en los más necesitados.

Aunque los Modelos Diferenciados de Atención tienen una amplia gama de servicios es menester que, siguiendo las indicaciones de las instancias superiores, cada SAI pueda decidir en última instancia qué Modelo le conviene más después del análisis de los datos locales y de la evaluación de los desafíos que enfrenta tanto el personal clínico como los usuarios. De este modo, se espera contribuir con el esfuerzo de mitigar el impacto del VIH en la salud de la República Dominicana y con el alivio del sufrimiento de las PVVIH, como se ha venido haciendo desde este Programa de ITS/VIH/Hepatitis en los últimos 20 años.

El contenido de este documento sigue el flujo de la cascada de atención y tratamiento antirretroviral de un usuario enrolado en un SAI, desde que se realiza la prueba de VIH hasta que recibe su respectivo seguimiento clínico y monitoreo de la carga viral que debe lograr estar suprimida en los primeros seis meses del TARV. Asimismo, las páginas de esta Guía contemplan la especificidad y necesidad de cada grupo de personas (población estable, inestable, clave y general; así como, usuarios con otras comorbilidades y con enfermedad avanzada) y pretende ser un marco de referencia no solo para llevar a los prestadores de servicios de salud a ser más eficientes, sino para que estos usuarios reciban unos servicios de salud que respondan a sus características y necesidades específicas.

## ANTECEDENTES

Los principales esfuerzos para aumentar el acceso al TARV en los países más afectados por el VIH comenzaron en el 2000 y, durante los siguientes 15 años, evitaron más de 8 millones de muertes relacionadas con el VIH. Es decir, este trabajo ha logrado alcanzar un importante incremento en la esperanza de vida.

El aumento del número de usuarios que reciben el TARV ha llevado a que se transforme el enfoque para la prestación de los servicios de VIH, incluyendo Modelos Diferenciados que adapten los servicios a las necesidades específicas de los grupos de usuarios, con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia, variando la frecuencia de las citas en distintas opciones para la recogida del tratamiento; así como, fortaleciendo la implementación de los servicios dirigidos por pares al enfocar los recursos hacia aquellos usuarios con una situación de mayor necesidad.

Un estudio reciente de tendencias en 55 países mostró que más de un tercio (37 %) de los usuarios que iniciaron el TARV en el 2015 ya tenían infección avanzada por VIH. Sobre ese particular, cabe mencionar que el tratamiento temprano reduce el riesgo de transmisión del VIH y que gran parte de este enfoque actual es reducir la propagación de nuevas infecciones para lograr el control de la epidemia.

Asimismo, cabe resaltar que este hallazgo se hace eco de otros estudios que han encontrado en la “diferenciación” aspectos muy positivos, pues minimizar las visitas para la recogida del TARV es muy atractivo, tanto para los usuarios como para los proveedores, y proporciona tiempo y ahorros financieros relacionados con la reducción de las visitas de seguimiento. De hecho, este descubrimiento se alinea con otros estudios que identifican los costos de búsqueda de salud (largos tiempos de espera, transporte costoso y salarios perdidos) como las principales barreras para una adherencia exitosa al TARV.

Desde julio de 2017, en el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), y con el apoyo y la coordinación de la DIGECITSS, se ha estado implementando un piloto para el desarrollo del Modelo de Atención Diferenciada, que posteriormente se ha extendido al Centro Sanitario de Santo Domingo y al Hospital Vinicio Calventi. Este proceso se ha llevado a cabo en varias fases.

Después de un proceso de más de dos años de pilotar progresivamente y de analizar los pasos dados, en febrero del 2019 se hizo un análisis preliminar de los datos (principalmente los del COIN y los del Centro Sanitario de Santo Domingo, que son los dos SAI que más han avanzado en este piloto), tenien-

do en cuenta la clasificación general de los usuarios según los Modelos Diferenciados. A raíz de ahí, se observó lo siguiente: de los usuarios con más de 12 meses en el TARV, alrededor del 65 % fueron estables; y de aquellos usuarios que iniciaron el tratamiento, el 30 % estuvieron enrolados en los servicios con una enfermedad avanzada.

Por lo anterior, el proceso de extender el Modelo Diferenciado del TARV a los demás Servicios de Atención Integral, se decide desde el Ministerio de Salud.

## MARCO CONCEPTUAL

Las recomendaciones internacionales para la atención y el seguimiento de las personas con VIH han cambiado tras el enfoque de iniciar a todas las PV-VIH con el TARV. Como respuesta a este cambio, las directrices de la OMS<sup>2</sup> correspondientes al 2016 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales incluyen una sección sobre “Atención Diferenciada” que ofrece sugerencias básicas para que los establecimientos de salud pasen a un Modelo en el que la atención esté basada en las necesidades de cada usuario.

La Organización Mundial de la Salud promueve la necesidad de una atención centrada en el usuario para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de atención del VIH, y para abordar los desafíos de algunas poblaciones para acceder a los servicios de salud. Todo esto implica una serie de adaptaciones programáticas que se describen como formas de “diferenciar”, que no solo toman en cuenta cómo y dónde realizar las pruebas de VIH, sino que incluyen la dispensación del TARV.

Sin embargo, la pandemia por la COVID-19 ha puesto en evidencia que es necesario la implementación de los servicios de salud donde la asistencia a los centros deba minimizarse y enfocarse en aquellos que necesiten un monitoreo permanente en los servicios. La diferenciación incluye el seguimiento telefónico de las citas clínicas y la dispensación del TARV a través de recetas múltiples (para varios meses).

---

2 OMS. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (2.ª edición), Capítulo 6, 2016.

## ALCANCE

Esta Guía será aplicada de forma gradual en los centros de salud que cumplan con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud Pública a través de la División de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida y del personal capacitado en el Modelo Diferenciado, iniciando el pilotaje en aquellos Servicios de Atención Integral, cuyo personal está más familiarizado con el concepto hasta alcanzar el 100 % de los servicios que atienden personas adultas con VIH/Sida en la República Dominicana.

## ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este documento es de aplicación en todos los establecimientos sanitarios públicos y privados a nivel nacional, incluyendo a los cuerpos castrenses; así como, a los servicios del sector privado que brindan atención integral a la población adulta con VIH.

## DEFINICIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA

La atención diferenciada se define como “un enfoque centrado en el cliente que simplifica y adapta los servicios del VIH a través de la cascada para reflejar las preferencias y expectativas de varios grupos de personas con VIH, reduciendo al mismo tiempo las cargas innecesarias en el sistema de salud”, según “International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)”, publicado el 16 de febrero de 2017.

# OBJETIVOS

## **OBJETIVO GENERAL**

Estandarizar la atención de la salud en los establecimientos y Servicios de Atención Integral, a través de Modelos Diferenciados de Tratamiento, centrado en las necesidades de la población adulta que vive con VIH, a fin de mejorar la calidad de la atención.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Disponer de un instrumento técnico, que regule los procesos de gestión administrativa para la implementación de Modelos Diferenciados de Atención de la Salud a la Población Adulta que vive con VIH, tanto en los establecimientos como en los Servicios de Atención Integral.

# METODOLOGÍA

Para la realización de esta publicación fueron revisadas un conjunto de Guías internacionales de Modelos Diferenciados, documentos de la Organización Mundial de la Salud, con aspectos claves para la implementación de los Modelos Diferenciados, y la revisión de la literatura internacional, a fin de incluir todas las evidencias científicas recientes y las recomendaciones internacionales sobre el tema.

En consecuencia, el equipo de colaboradores del Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) elaboró un borrador que fue revisado y sometido a un proceso de reestructuración y de sugerencias sobre el que se ha constituido el documento definitivo.

La DIGECITSS ha seleccionado al equipo que ha liderado la coordinación técnica y ha guiado el proceso de revisión de este documento, identificando las oportunidades de mejora del mismo y las adaptaciones necesarias debido a las recientes actualizaciones en la atención a la población adulta viviendo con VIH y a las reformas del sector salud.

# CAPÍTULO 1.

## MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA

En los Servicios de Atención Integral, el número de usuarios que reciben el TARV no solo ha aumentado, sino que incluye una mayor proporción de usuarios sanos y estables. Y, justamente, el principio central para diferenciar la Atención es proporcionar servicios de prueba de VIH y de TAR, donde se aborden las barreras específicas identificadas por los usuarios y se centre la atención en las necesidades específicas de cada grupo.

Los objetivos del Modelo Diferenciado incluyen:

- ✓ Aliviar la sobrecarga de usuarios en algunos servicios de salud.
- ✓ Permitir que el personal se concentre más en usuarios con afecciones y necesidades más complejas.
- ✓ Reducir la carga financiera y no financiera para el usuario.
- ✓ Mejorar la aceptabilidad de los servicios para el paciente.

Los principios de la prestación diferenciada de servicios se pueden aplicar a través de toda la cascada de atención, desde la realización de la prueba de VIH hasta el inicio del TARV, con la dispensación por múltiples meses a largo plazo, la adherencia al tratamiento y la supresión virológica.

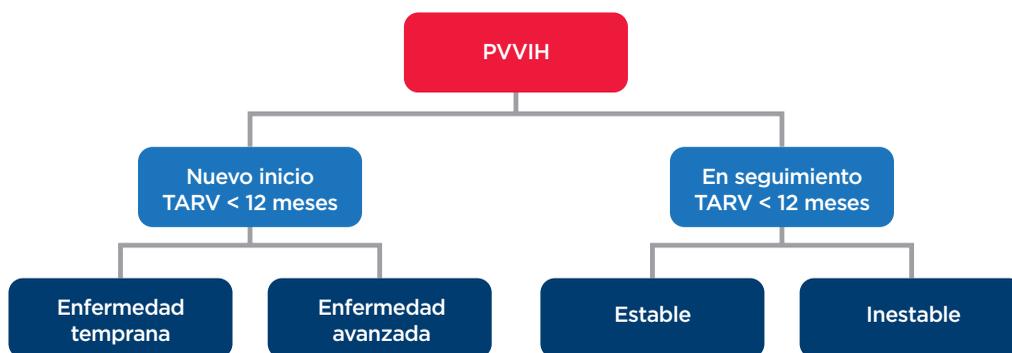
### 1.1 TRES PILARES FUNDAMENTALES A CONSIDERAR EN LOS MODELOS DIFERENCIADOS DE ATENCIÓN

Para proporcionar atención centrada en el usuario, los proveedores de los servicios de salud deben tener en cuenta tres elementos indispensables para que se diferencian los servicios:

#### 1.1.1 Las características clínicas

La situación clínica es fundamental para sistematizar el seguimiento del usuario dentro del Modelo Diferenciado de Atención. Lo más importante para iniciar la construcción de los Modelos Diferenciados en los usuarios que están enrolados y que llevan su tratamiento en un SAI, es clasificarlos según el tiempo que tienen con el TARV y a partir de su estadio inmunológico.

A continuación, la Figura N.º 1 muestra cómo se realiza esta clasificación y cuáles son los grupos que resultan.



**Figura N.o 1. Visión general de la clasificación de pacientes para Atención Diferenciada.**

Si se toma en cuenta el tiempo que lleva en tratamiento, el usuario puede clasificarse de este modo:

- Si el usuario va a iniciar el TARV:
  - Usuario con enfermedad temprana
  - Usuario con enfermedad avanzada
- Si el usuario lleva el TARV y está en seguimiento por más de 12 meses:
  - Usuario estable
  - Usuario inestable

Y en esta última parte cabe resaltar que las situaciones que hacen que los usuarios sean considerados como “inestables” son:

- ✓ Carga viral elevada u otras manifestaciones clínicas que sugieran mala evolución en el seguimiento del VIH.
- ✓ Problemas de adherencia.
- ✓ Alteración de la salud mental.
- ✓ Comorbilidades y/o coinfecciones. Independientemente del tiempo que el usuario lleve en el TARV, hay que abordar otros problemas de salud que pueden presentársele en cualquier momento dentro de su seguimiento y que pueden ser enfermedades propias del VIH (como la tuberculosis y la hepatitis). Estas deben ser priorizadas para el testeo y, de ser posible, con la ayuda de un miembro cercano de confianza o de un consejero par, y tratar de no demorarse en la realización de la prueba de VIH y en el subsiguiente enrolamiento de resultar positivo en el resultado. Las enfermedades crónicas con mal control (como la hipertensión, dislipemia, la diabe-

tes mellitus...) también hacen que el usuario califique en este grupo y debe priorizarse su seguimiento.

## **1.1.2 Las poblaciones específicas**

En este punto hay que tener en cuenta:

### **1.1.2.1 La población clave, o sea, aquellas poblaciones a priorizar y que se conocen como “poblaciones clave de mayor riesgo”.**

Las poblaciones clave son distintas de las poblaciones vulnerables, las cuales están supeditadas a presiones de índole social o a circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a la exposición a las infecciones (el VIH y otras).

Entre las poblaciones clave están aquellas que tiene más probabilidad de estar expuestas al VIH o de transmitirlo:

- ✓ Gais y otros hombres que tienen sexo con hombres (GH)
- ✓ TRANS
- ✓ Trabajadores/as Sexuales (TRSX)
- ✓ Migrantes
- ✓ Poblaciones residentes en bateyes
- ✓ Usuarios de Drogas (UD)
- ✓ Personas privadas de libertad (PPL)

### **1.1.2.2 Adolescentes y niños**

### **1.1.2.3 Hombres**

### **1.1.2.4 Mujeres (con énfasis en la mujer embarazada)**

## **1.1.3 El contexto**

- ✓ Urbano
- ✓ Rural

Tanto en el contexto urbano como en el rural, hay que ver las opciones más eficientes para adaptar los servicios a las necesidades específicas por población.

### **Contextos inestables**

Los conflictos bélicos, las áreas geográficas más violentas y las zonas de mayor marginación (como los asentamientos de población migrante) deben ser considerados desde una perspectiva individual y con un análisis exhaustivo de la realidad, dándole especial relevancia a los residentes en bateyes y a los privados de libertad.

Para alguno de estos casos, es necesario establecer acuerdos con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud de estas poblaciones y

de integrarlas rápidamente en la Atención si el resultado de la prueba de VIH resultase positivo.

### Tipo de epidemia

El tipo de epidemia debe ser tenido en cuenta a la hora de definir el Modelo Diferenciado sabiendo que las acciones a tomar en cuenta son diferentes si estamos ante una epidemia generalizada o frente a una epidemia concentrada.

Estos tres elementos fundamentales (características, poblaciones específicas y contexto) permiten adaptar o construir modelos apropiados a la realización de las pruebas de VIH y a la entrega del TARV en el país, y deben garantizar también el acceso a pruebas para cualquier otra persona que se identifique con alguna situación de riesgo y solicite el servicio. Lo anterior queda reflejado en la Figura N.º 2, a saber:

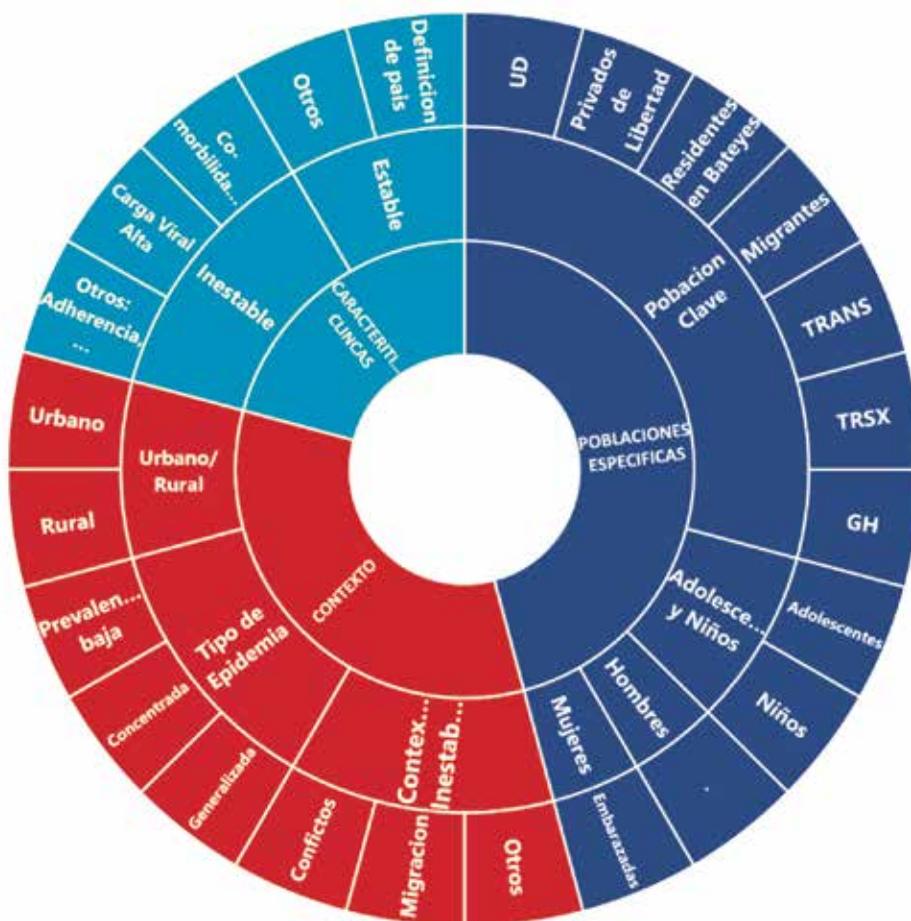


Fig. N.º 2. Elementos fundamentales en los MDA.

Fuente: Elaboración propia con datos PEN.

## 1.2 LOS TRES ELEMENTOS DE LA DIFERENCIACIÓN PARA PRUEBAS DE VIH

Es importante tener en cuenta que los Modelos Diferenciados aplican tanto para la realización de pruebas de VIH como para la dispensación del TARV.

LOS TRES ELEMENTOS DE LA DIFERENCIACIÓN PARA PRUEBAS DE VIH		
CONVOCATORIA	PRUEBAS DE VIH	ENROLAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grupos</li> <li>✓ Estrategia de redes</li> <li>✓ Prueba a parejas</li> <li>✓ Pruebas a contactos caso índice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Centros de salud</li> <li>✓ OBC</li> <li>✓ Comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Referimiento acompañado</li> <li>✓ Estrategia de redes</li> <li>✓ Búsqueda y apoyo al enrolamiento</li> </ul>

Tabla N.º 1. Los tres elementos de la diferenciación para pruebas de VIH.

### 1.2.1 Para la realización de Pruebas de VIH

Los Modelos Diferenciados de Atención también son útiles para hacer más eficientes la realización de pruebas de VIH, adaptando su oferta según los siguientes elementos:

Una vez que se ha hecho la clasificación de los usuarios y se han seleccionado los elementos principales de la “diferenciación” más apropiados al contexto, para la construcción del Modelo de cara a la realización de pruebas de VIH, se pueden utilizar los componentes básicos del “¿Cuándo?”, “¿Dónde?”, “¿Quién?”, “¿Qué?”.

MODELO DIFERENCIADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE VIH	
<b>¿CUÁNDO?</b>	Definir la frecuencia de los servicios para la realización de pruebas de VIH.
<b>¿DÓNDE?</b>	Determinar la ubicación de la realización de la prueba de VIH (en un establecimiento de salud, en una OBC, en la comunidad).
<b>¿QUIÉN?</b>	Decidir quién será el proveedor de los servicios, y a quién irán dirigidos los servicios según la población específica.

<b>MODELO DIFERENCIADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE VIH</b>	
<b>¿EL QUÉ?</b>	Describir que tipo de servicio será prestado (realización de la prueba de VIH, entrega de información sobre VIH, entrega de otros servicios como: planificación familiar, actualización del calendario vacunal, seguimiento y control de otras comorbilidades).

**Tabla N.º 2. Modelo Diferenciado para la realización de pruebas de VIH.**

### 1.2.2 Para la entrega de TARV

La entrega del TARV puede ser ofrecido al adaptar los servicios a las necesidades específicas por población según el contexto y a las características clínicas, considerando los desafíos específicos de cada población para ayudar a mejorar el acceso a la atención del VIH; así como, abordando las barreras estructurales y los problemas de adherencia que estas poblaciones a menudo enfrentan.

Se sugiere que cada población específica reciba un paquete único e integral de Servicios de Atención Médica para superar desafíos particulares. De hecho, los usuarios tienen la misma clasificación según las características clínicas descritas anteriormente, pero adaptando los servicios según en el contexto urbano o rural a las necesidades específicas por población.

<b>LOS TRES ELEMENTOS DE LA DIFERENCIACION PARA LA DISPENSACION DEL TARV</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	<b>POBLACIONES ESPECÍFICAS</b>	<b>CONTEXTO</b>
✓ Usuario estable	✓ Población clave	✓ Urbano
✓ Usuario inestable	✓ Adolescentes y niños	✓ Rural
✓ Comorbilidades	✓ Hombres	✓ Inestabilidad
	✓ Mujeres	✓ Tipo de epidemia

**Tabla N.º 3. Los tres elementos de la diferenciación para la dispensación del TARV.**

### 1.2.3 Para la entrega del TARV

Una vez que se ha realizado la clasificación de los usuarios y se han seleccionado los elementos principales de la “diferenciación” más apropiados al contexto, la construcción de este Modelo para la entre-

ga del TARV debe utilizar los componentes básicos del “¿Cuándo?”, “¿Dónde?”, “¿Quién?” y “¿Qué?”.

MODELO DIFERENCIADO PARA LA DISPENSACIÓN DEL TARV	
<b>¿CUÁNDO?</b>	Definir la frecuencia de los servicios para la revisión clínica, o para la entrega del TARV.
<b>¿DÓNDE?</b>	Determinar la ubicación de la prestación del servicio (es decir, el centro de salud, una OBC, en la comunidad...).
<b>¿QUIÉN?</b>	Decidir quién recibirá los servicios según los criterios de elegibilidad del usuario y quien será el proveedor de los servicios.
<b>¿EL QUÉ?</b>	Describir qué tipo de servicio será prestado (entrega de TAR, revisión clínica o ambos, entrega de otros servicios clínicos como: planificación familiar, actualización del calendario vacunal, seguimiento y control de otras comorbilidades).

**Tabla N.º 4. Modelo Diferenciado para la entrega de TARV**

Para la iniciación diferenciada del TARV se sugiere que<sup>3</sup>:

- La preparación para iniciar el TARV debe evaluar la situación clínica y psicológica siguiendo los criterios descritos en la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH/Sida, 2020”.
- Se recomienda iniciar el TARV al momento de dar el diagnóstico de VIH (luego de garantizar la toma de las muestras para laboratorios según el protocolo establecido en la presente Guía, y habiéndose descartado infección tuberculosa activa), con la finalidad de aumentar el vínculo con la atención, disminuir el tiempo hasta la supresión viral y mejorar la tasa de supresión virológica entre personas con VIH.
- Cuando se inicia el TARV es importante educar a los pacientes sobre los beneficios de esta y desplegar estrategias para optimizar la atención, compromiso y adherencia al tratamiento.

3 MISPAS, “Guía de atención a la población adulta con VIH en la República Dominicana”, 2020.

## CAPÍTULO 2.

# CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS USUARIOS EN LOS MODELOS DIFERENCIADOS

Las recomendaciones generales de la OMS para la implementación de los Modelos Diferenciados sugieren que los usuarios deben ser clasificados atendiendo al tiempo que llevan en el TARV.

Cuando estos llevan menos de 12 meses en el TARV o han regresado a la Atención en Salud después de una etapa de abandono, la cifra basal de CD4 con la que inician el tratamiento determina la clasificación que queda en:

- ✓ **Usuarios con enfermedad temprana por VIH:** Suelen ser usuarios recién enrolados en el SAI o que regresan a la Atención después de un tiempo sin recibir servicios (estos usuarios pueden o no haber estado en tratamiento). Por lo general, estos usuarios tienen unas necesidades diferentes a los del grupo siguiente y clínicamente se muestran bien.
- ✓ **Usuarios con enfermedad avanzada por VIH:** Suelen ser usuarios recién enrolados en el SAI o que regresan a la Atención después de un tiempo sin recibir servicios (estos usuarios pueden o no haber estado en tratamiento). Por lo general, estos tienen muchas necesidades (más visitas clínicas, mayor batería de pruebas complementarias, tratamientos complementarios, seguimiento estrecho de su estado de salud...).

Cuando los usuarios llevan más de 12 meses en el TARV, los resultados de CV, la adherencia al TARV y otros criterios definidos por el país, determinan la clasificación que queda en:

- ✓ **Usuarios clínicamente estables:** Son usuarios que cumplen con los criterios que ha definido el país y que pueden beneficiarse de un Modelo de Atención clínica con visitas menos frecuentes y con entregas más espaciadas del TARV.
- ✓ **Usuarios clínicamente inestables:** Son usuarios que están en el TARV e incluye a aquellos que reciben un régimen en falla y/o que presentan una coinfección (TB, hepatitis, etc.) u otras comorbilidades (diabetes e hipertensión, enfermedad mental etc.). Ellos pueden beneficiarse de una Atención Diferenciada con mayor seguimiento clínico y apoyo que les mejore clínicamente.

La siguiente tabla resume esta clasificación:

<b>USUARIOS CON ENFERMEDAD TEMPRANA POR VIH</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede hacer énfasis en las manifestaciones clínicas.</li> <li>• Estadío clínico 1 o 2 de la OMS.</li> </ul>	<p>Pueden requerir apoyo adicional para promover la adherencia y la retención para comprometerse al TARV de por vida.</p>
<b>USUARIOS CON ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede hacer énfasis en las manifestaciones clínicas.</li> <li>• Estadío clínico 3 o 4 de la OMS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciación rápida del TARV.</li> <li>• Detección sistemática del antígeno de cryptococcus.</li> <li>• Priorizar detección de TB, tratamiento o TPI.</li> <li>• Detección de toxoplasmosis y profilaxis con CTX.</li> <li>• Seguimiento intensivo.</li> </ul>
<b>USUARIOS ESTABLES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reciben el TARV, por lo menos, durante 12 meses.</li> <li>• No RAM que requiera un monitoreo regular.</li> <li>• Ninguna enfermedad actual o embarazo.</li> <li>• Actualmente no está amamantando.</li> <li>• Buena comprensión de la adherencia al TARV.</li> <li>• Prueba de éxito del tratamiento:</li> <li>• 2 resultados consecutivos de CV&lt;20 copias/ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas clínicas menos frecuentes (3 a 6 meses).</li> <li>• Entrega del TARV menos frecuente (3 a 6 meses).</li> </ul>
<b>USUARIOS INESTABLES</b>	
<p>Pacientes con TARV que no pertenecen a la categoría de individuos estables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas clínicas mensuales (o cada 15 días).</li> <li>• Entrega del TARV mensual (o cada 15 días).</li> </ul> <p>Provisión rápida de servicios para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la adherencia</li> <li>- Prueba de CV y otras analíticas</li> </ul>

**Tabla N.º 5. Clasificación de los usuarios en Modelos Diferenciados. Recomendaciones de la OMS<sup>4</sup>.**

4 OMS. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2ª edición, Capítulo 6. 2016.

## **CAPÍTULO 3.**

# **MODELOS DIFERENCIADOS DE ATENCIÓN PARA USUARIOS ESTABLES**

Los Modelos Diferenciados están transformando el enfoque para la prestación de servicios de VIH, adaptándolos a las necesidades de los grupos de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia al variar la ubicación del servicio, la frecuencia, las citas individuales versus las grupales, y la prescripción de varios meses del TARV.

### **3.1 DEFINICIÓN DE USUARIO ESTABLE EN TARV**

Para los usuarios de todas las poblaciones y de todos los contextos, la definición de usuario estable es:

1. Actualmente en TARV  $\geq 12$  meses.
2. Dos resultados consecutivos de CV < 20 copias/ml.
3. Adherente al TARV.
4. Sin cambio del TARV de 2.ª a 3.ª línea en los últimos seis meses.
5. Ausencia de reacción adversa al medicamento que requiera un monitoreo continuo.
6. Sin infección oportunista activa (IO), incluida la tuberculosis (TB).
7. No hay abuso de sustancias, enfermedad mental o comorbilidad que requiera un seguimiento cercano y frecuente.
8. No transferido en los últimos seis meses.
9. Si es mujer, no está embarazada ni ha tenido un parto en los últimos seis meses.

A los usuarios clasificados como estables se les ofrecerá una visita de seguimiento clínico cada seis meses en el SAI y podrán recibir el TARV durante un mínimo de tres a seis meses.

### **3.2 MODALIDADES DE ENTREGA DEL TARV**

Uno de los beneficios de los Modelos Diferenciados es que los usuarios puedan espaciar sus citas en los SAI y que estas sean más rápidas, de tal manera que aquellos usuarios que necesitan más tiempo de consulta puedan disponer de este.

Para la población adulta estable la entrega del TARV puede ser a través de distintas opciones seguras en el SAI:

- Fila rápida individual en el SAI (definir cuál será el lugar elegido para la entrega).
- Club de Adherencia (aquí existen grupos de apoyo). / Modelo grupal (definir las características del grupo y valorar este concepto para el país).
- En consulta de seguimiento. / Farmacia (modelo tradicional).
- Receta de multiprescripción cada seis meses.

Será objeto de análisis de cada SAI, con el cumplimiento de lo establecido en las Guías y Protocolos nacionales y con el apoyo del personal de trabajo comunitario, si se puede desarrollar alguna de estas opciones en la comunidad y si son beneficiosas para el usuario.

Algunos elementos que hay que tener en cuenta para la entrega del TARV:

- ✓ Ampliar el horario de servicios por tanda, de manera que se cubra la atención de otros departamentos de salud y OBC; y mantener actualizados los registros del usuario.
- ✓ Tomar siempre en cuenta el abastecimiento de ARV en el SAI y no dar recetas de tres meses si se compromete a otros usuarios estables que reciben menos de tres meses de suministro del TARV.
- ✓ Si el SAI puede garantizar la cadena de suministro, las recetas de seis meses se podrán facilitar a los usuarios estables que elijan esta opción. Esto debe coordinarse con el personal de farmacia del SAI, valorando la disponibilidad y manteniendo actualizados los pedidos a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI).
- ✓ Para estandarizar el seguimiento del usuario estable, la planificación de la cadena de suministro debe estar organizada para evitar posibles desabastecimientos atendiendo a que debe adaptarse a usuarios que viajen con frecuencia y precisen prescripciones más largas (tener un almacenamiento de reserva).

Para la población clave se sugiere integrar un paquete de servicios de Atención Clínica que se adapte a sus necesidades específicas, tomando en cuenta que:

- ✓ Los trabajadores de la salud deben estar sensibilizados y entrenados en el abordaje a la población clave, para proporcionar un paquete de servicios sin estigma ni discriminación.
- ✓ Se deben involucrar a los pares para apoyar las actividades de adherencia y seguimiento a los nuevos enrolados en los servicios.
- ✓ Las OBC para poblaciones clave también pueden servir como sitios de entrega del TARV siempre que exista un personal de salud entrenado y que estén vinculadas a los servicios de salud.

## **CAPÍTULO 4.**

# **MODELOS DIFERENCIADOS DE ATENCIÓN PARA USUARIOS INESTABLES**

Los usuarios inestables son aquellos pacientes que requieren una estrecha vigilancia clínica, donde la mayoría necesita: consultas clínicas más frecuentes en el SAI, un soporte de adherencia fortalecido con un estrecho monitoreo de los parámetros clínicos, la reclasificación de su categoría según el resultado de la CV y una evaluación clínica.

Es importante analizar cuál es la causa que origina que el usuario sea tildado de “inestable”. En este punto se seguirán las recomendaciones de la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH, para el seguimiento clínico”.

### **4.1 MODELO DIFERENCIADO CON ENFOQUE EN LOS RESULTADOS DE CARGA VIRAL**

#### **4.1.1 Para todos los usuarios**

- La carga viral debe tomarse entre 6 y 12 meses después de haberse iniciado el TARV; luego, hay que seguir con las indicaciones de la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH”.
- Las indicaciones de la “Guía nacional de atención a población adulta con VIH” deben seguirse fielmente en los usuarios con  $CV > 20$  copias/ml en dos resultados continuos.
- Los usuarios que reciben el TARV con  $CV > 20$  copias/ml en dos resultados continuos y enfermedad avanzada por VIH (etapa 3 o 4 de la OMS) han de evaluarse con urgencia y seguir apegados a las indicaciones de la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH”.
- Es necesario un sistema de alarma que identifique a los usuarios que precisan tener una reevaluación de su CV, en especial aquellos con  $CV > 20$  copias/ml.
- Los SAI deben ofrecer el fortalecimiento de la adherencia para los pacientes con una CV detectable, esto incluye llamadas telefónicas semanales y reuniones grupales en los lugares comunitarios acreditados para la entrega del TARV.
- A los usuarios con TARV de segunda línea y con un VL  $< 20$  copias/ml se les debe ofrecer las mismas opciones de entrega del TARV que a los usuarios estables.

Tener acceso a las pruebas de carga viral es un factor determinante y, por tales fines, siempre que sea factible, los SAI deben ampliar la oferta de servicios para la toma de esta muestra. Además, se deben implementar los siguientes aspectos:

- ✓ Educación del personal clínico sanitario (medicina, enfermería, consejería) sobre cómo y cuándo tomar muestras de carga viral; así como, la debida orientación de cara a la interpretación de estos resultados.
- ✓ Capacitación de los trabajadores comunitarios de salud y del personal de consejería sobre asesoramiento mejorado de adherencia para clientes con una carga viral >20 copias/ml.
- ✓ Orientación al usuario para que esté pendiente de solicitar las pruebas de carga viral y de garantizar la comprensión de los resultados de la misma.
- ✓ Atención específica de usuarios con coinfecciones y comorbilidades.
- ✓ Implementación de la consejería de adherencia fortalecida (CAF).

#### **4.1.2 Educación del usuario**

La educación del usuario sobre la carga viral es un paso esencial en el plan de implementación en el seguimiento de los resultados de la CV.

En ese sentido, los usuarios deben saber:

- ✓ Cuándo se debe tomar su carga viral.
- ✓ ¿Por qué se está tomando?
- ✓ Cómo interpretar el resultado.

#### **4.1.3 Identificar a los usuarios que deben realizar pruebas de carga viral**

- ✓ Los usuarios deben tener una prueba rutinaria de la CV al inicio del tratamiento; 6 y 12 meses después del inicio del TARV; y luego, cada 6 meses.
- ✓ Los resultados de la CV deben documentarse bien en el récord y en la tarjeta de citas del usuario. Además, los pacientes deben recibir la información necesaria para que sepan el mes de inicio del TARV y cuándo precisan repetir la CV.
- ✓ En aquellos centros con registro eléctrico se sugiere que se establezca un sistema de alarma para aquellos usuarios que deben realizar pruebas de la CV.
- ✓ A través de la educación, los propios usuarios deben saber cuándo se deben repetir las pruebas de la CV.

#### 4.1.4 Las acciones a tener en cuenta al recibir el primer resultado de carga viral

Cuando se reciben los resultados de la CV:

- Serán revisados por el personal clínico, e introducidos en el expediente clínico.
- Para los usuarios con VL>20 copias/ml, el expediente puede ser marcado de forma manual o electrónica para indicar que con este usuario hay que tomar una acción rápida por su nivel de carga viral; además, hay que determinar los motivos de este resultado.
- Se debe localizar al usuario y pedirle que acuda al SAI lo antes posible. También puede ser localizado a través de un trabajador comunitario, quien podrá acompañarlo al SAI.
- El trabajador de la salud que recibe al usuario, debe realizar la consejería de adherencia fortalecida.
- El médico debe hacer una evaluación clínica completa y seguir las instrucciones de la “Guía de atención a la población adulta con VIH”.
- Se debe realizar la primera sesión de asesoramiento de adherencia fortalecida y proporcionar al usuario un suministro de un mes de TARV; por otro lado, se cita para la segunda sesión de adherencia en un mes.
- Los mensajes claves sobre la CV deben darse a los usuarios durante la preparación del TARV y antes de la extracción de la muestra de sangre.
- Esta sesión puede llevarse a cabo en grupo mientras los usuarios esperan para la extracción de la muestra de sangre.
- Una carga viral indetectable no significa que el virus ya no esté allí. Asegúrese de que el paciente entienda esto y de que sepa que debe continuar con el TARV, aunque no se detecte la carga viral.

## 4.2 MODELO DIFERENCIADO CON ENFOQUE EN COINFECCIONES

El objetivo de la integración TB/VIH es asegurar que:

- ✓ Todos los usuarios diagnosticados con TB se hagan la prueba del VIH en el punto de entrada a la Atención Clínica.
- ✓ Se implemente la búsqueda intensificada de casos de TB para que todos los usuarios VIH positivos sean derivados para *screening* de TB.
- ✓ Cualquier usuario VIH positivo con un síntoma positivo de TB sea derivado para *screening* de TB, utilizando Xpert MTB como la primera prueba de diagnóstico.

- ✓ Todos los usuarios VIH positivo con síntomas relacionados con la TB informen en cualquier momento.
- ✓ Se reduzca la demora en iniciar el TARV en clientes coinfectados, recomendando iniciar el tratamiento tras ocho semanas de tratamiento anti TB.
- ✓ Mejorar la prevención de la TB mediante la provisión de TPI

### **4.3 MODELO DIFERENCIADO CON ENFOQUE EN COMORBILIDADES**

Las personas que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar otras patologías (cardiovasculares, renales, endocrinas, entre otras). Por tanto, hay que identificar los factores de riesgo e integrar los diferentes servicios en la atención al paciente VIH.

#### **4.3.1 Educación para la salud**

Los mensajes de educación para la salud, a fin de prevenir enfermedades no transmisibles, deben integrarse en la orientación educativa rutinaria del SAI y en el asesoramiento de ART. Estos deben incluir consejos para dejar de fumar, una dieta saludable que incluya la reducción de sal y hacer ejercicio de manera regular y adecuada, entre otras recomendaciones generales.

- Los usuarios con múltiples comorbilidades crónicas sin complicaciones deben recibir seguimiento para todas las afecciones, idealmente el mismo día.
- Los usuarios con comorbilidades que son estables deben recibir sus otros medicamentos a través del mismo Modelo Diferenciado de Atención que su TARV.

#### **4.3.2 Acción cuando un usuario no cumple con la definición de “estable” o ingresa a una nueva población específica**

Para ingresar cualquiera de las opciones del Modelo Diferenciado de entrega del TARV para usuarios estables, se debe cumplir con los criterios de la definición de “estable”. Sin embargo, en cualquier momento, el usuario puede dejar de cumplir esos criterios y debe salir del Modelo Diferenciado y clasificarse como “inestable”.

Las situaciones a considerar incluyen:

- ✓ Mala adherencia, citas perdidas.
- ✓ CV  $\geq$  20 copias/ml o tiene un recuento decreciente de CD4.
- ✓ Desarrollo de una IO, TB u otra afección médica concurrente que requiere un seguimiento médico adicional.
- ✓ La usuaria queda embarazada.

- ✓ En la población pediátrica: Si se presentan estas situaciones se debe derivar al usuario a la intervención clínica diferenciada apropiada (como “inestable”), que incluya una vía de asesoramiento de adherencia mejorada o atención prenatal o pediátrica. El usuario continuará con esta intervención hasta que cumpla nuevamente con los criterios de elegibilidad para usuarios estables.

# **CAPÍTULO 5.**

## **MODELOS DIFERENCIADOS DE ATENCIÓN PARA POBLACIÓN CLAVE**

La entrega del TARV a todas las poblaciones clave que se definen como “estables” debe ofrecer las mismas opciones de entrega del TARV, según el Modelo Diferenciado, que la población general.

### **5.1 ¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL TARV?**

Las poblaciones clave recibirán el TARV dentro del sistema de salud pública, en los SAI en los que están enrolados y en los sitios acreditados descentralizados si así lo desean (OBC, centros comunitarios).

### **5.2 ¿QUIÉN PROPORCIONA TARV PARA POBLACIÓN CLAVE?**

Los trabajadores de la salud asignados para la entrega del TARV deben estar entrenados en el abordaje y la atención a poblaciones clave, y sensibilizados con ellos.

De hecho, es aconsejable entrenar adicionalmente a todo el personal que va a estar implicado en la entrega del TARV en los centros acreditados (consejeros, incluidos los pares, pastores...) para complementar el trabajo de los trabajadores sanitarios en el apoyo a la adherencia y la búsqueda de clientes que faltan a las citas.

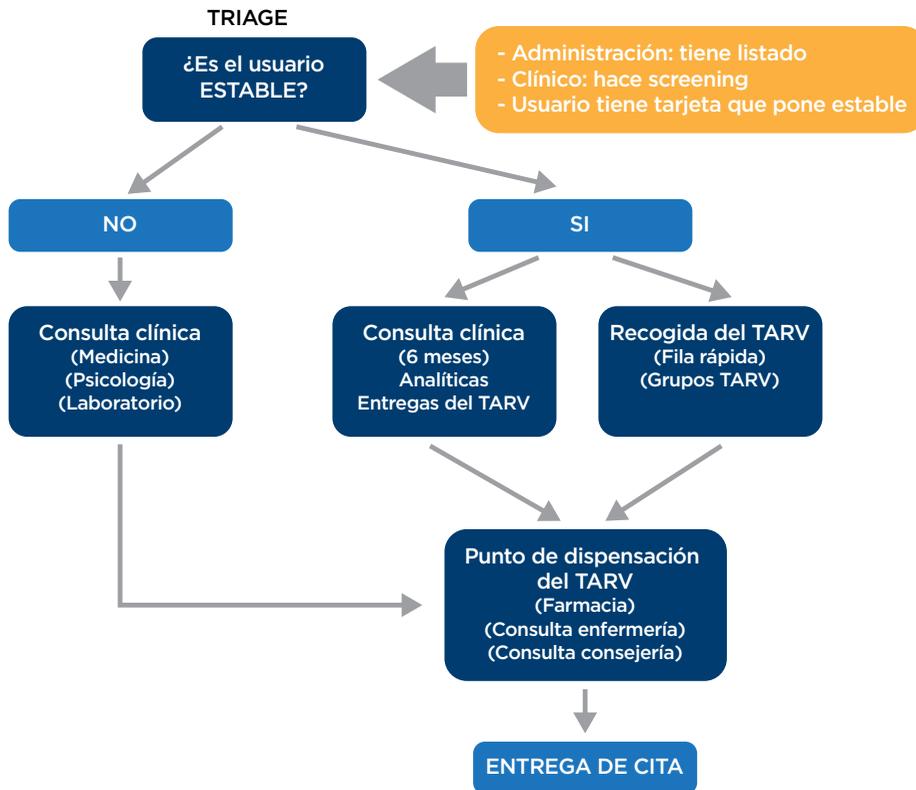
### **5.3 ¿QUÉ SERVICIOS SE BRINDAN?**

- Además del TARV, cada población clave requiere de un paquete de servicios clínicos específicos (consultar la “Guía de atención a la población adulta con VIH”). En ese sentido, la provisión de este paquete médico clínico integral (que incluye medicina, psicología y trabajo social) debe integrarse con la entrega del TARV a través de la opción de seguimiento según el Modelo Diferenciado elegido (fila rápida, club o grupo de adherencia, en consulta y multiprescripción).
- Las consultas de apoyo a la adherencia pueden ser guiadas a través de sesiones previas, la estandarización de este servicio y la adecuación de los lugares acreditados para tales fines.



**ANEXOS**

# ANEXO 1. FLUJO DEL USUARIO QUE ACUDE A RECIBIR SERVICIOS AL SAI



# BIBLIOGRAFÍA

- 1- A Toolkit for Health Facilities Differentiated Care for HIV and Tuberculosis. Geneva, Switzerland. November 2015.
- 2- Agaba et al. Retention in Differentiated Care: Multiple Measures Analysis for a Decentralized HIV Care and Treatment Program in North Central Nigeria. *J AIDS Clin Res.* 2018; 9(2):. doi:10.4172/2155-6113.1000756.
- 3- Asynopsis of differentiated care for art program managers. FHI360. July 2016.
- 4- Barker C et al. *Journal of the International AIDS Society* 2017, 20 (Suppl 4):21648. <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/TARVicle/view/21648>  
<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.20.5.21648>
- 5- Catherine Barker, Bryant Lee and Arin Dutta. Smart cascades: using cost analysis to improve HIV care and treatment interventions to achieve global 95-95-95 goals. *African Journal of AIDS Research* 2019, 18(4): 350-359.
- 6- Cook, R. L., Sereika, S. M., Hunt, S. C., Woodward, W. C., Erlen, J. A., & Conigliaro, J. (2001). Problem drinking and medication adherence among persons with HIV infection. *Journal of general internal medicine*, 16(2), 83-88.
- 7- Differentiated service delivery for HIV in Ghana. An Operational Manual. Ghana. December 2017.
- 8- Guía Nacional de Atención a Población Adulta Viviendo con VIH. Junio 2018 Ministerio de Salud Pública. República Dominicana.
- 9- Guide of Differentiated care model in Sierra Leone: Who feels it knows it. Sierra Leone. May 2018.
- 10- ICAP Approach to Differentiated Service Delivery. Global Health Action. Columbia University. Mainmal School od Public Health, 2015.
- 11- Ingrid Eshun-Wilson et al. Differentiated Care Preferences of Stable Patients on Antiretroviral Therapy in Zambia: A Discrete Choice Experiment. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Volume 81, Number 5, August 15, 2019.
- 12- International AIDS Society (IAS). Differentiated care for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Durban. South Africa, July 2016.
- 13- International AIDS Society (IAS). Differentiated care for HIV: A decision framework for HIV testing Services. Amsterdam, the Netherlands. July 2018.

- 14- I.O. Faturiyele, T. Appolinare, N. Ngorima-Mabhena, G. Fatti, I. Tshabalala, V. J. Tukei and P. T. Pisa. Outcomes of community-based differentiated models of multi-month dispensing of antiretroviral medication among stable HIV-infected patients in Lesotho: a cluster randomised noninferiority trial protocol. Faturiyele et al. BMC Public Health (2018) 18:1069 <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5961-0>
- 15- Julie Hubbard, Khumbo Phiri, Corrina Moucheraud, Kaitlyn McBride, Ashley Bardon, Kelvin Balakasi, Eric Lungu, Kathryn Dovel, Gift Kakwesa, Risa M. Hoffmana. A Qualitative Assessment of Provider and Client Experiences With 3- and 6-Month Dispensing Intervals of Antiretroviral Therapy in Malawi. Global Health: Science and Practice 2020 | Volume 8 | Number 1.
- 16- Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 17- Melissa Sharer, Malia Duffy. Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery: Implementation Barriers and Enablers in South Africa. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/JNC.0000000000000062>
- 18- Mesic A et al. Implications of differentiated care for successful TARV scale-up in a concentrated HIV epidemic in Yangon, Myanmar. Journal of the International AIDS Society 2017, 20(Suppl 4):21644.
- 19- Monika Roy, Carolyn Bolton Moore, Izukanji Sikazwe, Charles B. Holmes. A Review of Differentiated Service Delivery for HIV Treatment: Effectiveness, Mechanisms, TARV getting, and Scale. Current HIV/AIDS Reports (2019) 16:324-334 <https://doi.org/10.1007/s11904-019-00454-5>
- 20- Nathan Ford, Meg Doherty. The Enduring Challenge of Advanced HIV Infection. N Engl J Med 377;3. [nejm.org](http://nejm.org), July 20, 2017.
- 21- National Policy Guidelines for Community-Centered Models of ART Service Delivery in Swaziland. Swaziland National Aids Program (SNAP). June 2016.
- 22- Organización Panamericana de la Salud (2011). Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica.
- 23- Organización Mundial de la Salud. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública-2.<sup>a</sup> edición, Capítulo 6. 2016.
- 24- Peter Ehrenkranz, Anna Grimsrud, and Miriam Rabkin. Differentiated service delivery: navigating the path to scale. Curr Opin HIV AIDS 2019, 14:60-65.

- 25- Plan Estratégico Nacional (PEN) para la prevención y en control de las ITS, VIH y el SIDA 2019-2023. Consejo Nacional para el VIH y el SIDA. República Dominicana.
- 26- Prust et al. Patient and health worker experiences of differentiated models of care for stable HIV patients in Malawi: A qualitative study. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196498>. Consultado el 15.05.20.
- 27- Rabkin M, Strauss M, Mantell JE, Mapingure M, Masvawure TB, Lamb MR, et al. (2020) Optimizing differentiated treatment models for people living with HIV in urban Zimbabwe: Findings from a mixed methods study. PLoS ONE 15(1) e0228148. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228148>.
- 28- Standard operating procedures (sops) for community centered models of HIV testing and art service delivery for key population. Swaziland National AIDS Program. PEPFAR. LINKAGES. September 2018.
- 29- UNAIDS. HIV prevention 2020 road map. Geneva: UNAIDS, 2017.
- 30- Victor Ssempijja, MTARVha Nason, Gertrude Nakigozi, Anthony Ndyanabo, Ron Gray, Maria Wawer, Larry W. Chang, Erin Gabriel, Thomas C. Quinn, David Serwadda, and Steven J. Reynolds. Adaptive Viral Load Monitoring Frequency to Facilitate Differentiated Care: A Modeling Study From Rakai, Uganda. *Clinical Infectious Diseases*. 2019;XX(X):1-5.
- 31- Webster Mavhu, Nicola Willis, Juliet Mufuka, Sarah Bernays, Maureen Tshuma, Collin Mangenah, Hendramoorthy Maheswaran, Walter Mangezi, Tsitsi Apollo, Ricardo Araya, Helen A Weiss, Frances M Cowan. Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e264-75. Disponible en: [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh) Vol 8 February 2020.
- 32- WHO, CDC, USAID, PEPFAR, IAS. Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breast-feeding women and key populations. Geneva: WHO, 2017.
- 33- Wolters Kluwer Health, Inc. J. Letters to the Editor. "FANMI": A Promising Differentiated Model of HIV Care for Adolescents in Haiti. *J Acquir Immune Defic Syndr*, Volume 82, Number 1, September 1, 2019.
- 34- Yun, L. W. (2005). Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Anti-depressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 38, 432-8.
- 35- 90-90-90. Ambitious treatment Targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic-a discussion paper. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS; 2014.





**“Guía nacional de Modelos Diferenciados de Atención de la población adulta con VIH” ha sido elaborada con la coordinación técnica del equipo del Centro de Investigación y Orientación Integral (COIN).**





GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA

**SALUD PÚBLICA**

Av. Héctor Homero Hernández Vargas  
Esq. Av. Tiradentes, Ens. La Fe.  
Santo Domingo, D.N. 10514