

Reporte de participación en Reunión de Buenos Aires

Elaborado por: Robinson Cabello, representante de LACCASO en la reunión.

La reunión fue realizada entre los días 26 y 28 de Agosto 2013. Fue organizada y coordinada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud conjuntamente con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con el apoyo de los gobiernos de Argentina y Brasil y asimismo con la participación de ONUSIDA, UNICEF, referentes de programas de atención al VIH de América Latina, mas Haití y las redes de la sociedad civil comprometidas con la lucha contra el VIH de la región (REDLA+, CIAT, ITPC LATCA, MLCM+, LACCASO, ASICAL, ICW Latina, COASCE, J+LAC, RELARD, REDTRASEX y REDLACTRANS, AHF, IAPAC y La ALIANZA INTERNACIONAL), así como representantes de las sociedades científicas (API, IAS, SADI y SAISIDA,).

Objetivos:

- 1. Realizar la Reunión Ordinaria del GCTH**
- 2. Presentación de las nuevas guías de OMS e identificación de brechas y necesidades relacionadas.**

Reunión GCTH (26 de Agosto)

Se presentó el Plan de acción estratégico vigente del GCTH, el avance, las acciones en curso y pendientes.

1. Actividades realizadas en el primer año de la Secretaria del GCTH(Argentina)

- a. Cuestionario para el levantamiento de información sobre situación de sífilis congénita en LAC. Se realizaron sesiones virtuales webex.
- b. Se han constituido puntos focales de comunicación en 8 países.
- c. Levantamiento de listado de referentes de las diferentes REDES de sociedad civil, el cual se entregó en la reunión.
- d. Consulta sobre líneas y áreas de colaboración para el trabajo conjunto dentro del GCTH

2. Acciones estratégicas en curso:

- a. Desarrollar espacios e instrumentos para la comunicación interna y externa.
- b. Establecer un banco de datos de medicamentos.
- c. Crear una red latinoamericana y del Caribe de control de calidad para laboratorio.
- d. Declaración Ministerial "Prevenir con educación"
 - i. Acuerdo entre UNESCO y ONUSIDA
 - ii. Reuniones en Cuba y República dominicana
- e. Establecer un plan de Cooperación técnica horizontal sur-sur
- f. Consulta regional de VIH y Drogas
- g. Estandarizar indicadores.
- h. Estimaciones y proyecciones en VIH: Revisión de la estimación de la Mortalidad en SIDA.

3. Plan de comunicación del GCTH

Empezaron de cero, no contaban con directorios, bases de datos, etc.

Comunicación interna: ya se cuentan con directorios y listados, socializados entre los miembros, Comunicación externa: relanzamiento de la página web(www.gcthsida.org), desarrollar una red social y publicar un boletín electrónico. No se pudo recuperar la página web anterior.

Se explicó el avance con la **definición de puntos focales de comunicación** y se solicitó también a las Redes. Actualmente se tienen 10 puntos focales de 31 posibles.

Se cuenta con el apoyo de IMLAS (Iniciativa de medios latinoamericanos en SIDA).

Se está trabajando en la sostenibilidad de las herramientas, pues el trabajo actual es una consultoría.

Al **intranet** en construcción tendrán acceso los directores de programas y Rep. Redes regionales.

4. Presentación de los resultados del análisis de precios de medicamentos antiretrovirales en el ámbito del GCTH

El trabajo se inició en diciembre 2012, se recolectó la información entre abril y junio 2013. Se presentó el análisis consolidado en versión preliminar. Aun se espera una validación de la información en cada uno de los países. Participaron 15 de 20 países del GCTH. Hay información de 1,130 compras.

Objetivo: Colaborar con la gestión de la compra a través del conocimiento de la información disponible. Intenta relevar las mejores negociaciones a fin de pensar en una posible negociación regional o sub-regional.

Esto permitirá mejorar las compras públicas, disponer de información actualizada que permita estimar el impacto de las políticas públicas a definir, promover canales de información que puedan compartir información estratégica entre los países.

Se analizaron y compararon entre los esquemas más usados, obteniendo el costo anual por esquema. Asimismo se analizaron medicamentos individuales de costos altos (2da a 3ra línea).

A continuación detalles más importantes de los cuadros presentados:

Esquema Lamivudina/Zidovudina + efavirenz van de 126 a 1,959 USD anual por paciente con un costo promedio de 653 USD. 05 países compran más caro del promedio, 10 por debajo del promedio. Lamivudina/zidovudina + Lopinavir/ritonavir de 331 a 4,035 USD con costo promedio de 1,589. Emtricitabina/tenofovir + efavirenz de 119 a 9,174 con costo promedio de 1,979 USD. Emtricitabina/tenofovir + Lopinavir/ritonavir de 349 a 10,124 USD costo promedio 2,979. Atripla de 158 a 2,643 con promedio de 1000 USD. Abacavir de 0,21 a 4,94 USD promedio 1,03.

Variables que influyen el precio:

- Patentes
- Compra directa
- Origen del medicamento
- Numero productos/marcas registradas en el país.(competencia)
- Modalidad de compra(internacional, nacional)
- Volumen de compra.

Se realizó una discusión sobre las estrategias para utilizar esta información desde un nivel de influenciamiento político desde OPS a los gobiernos. Se sugirió la posibilidad de incluirlo en la agenda de la próxima reunión de Ministros en Washington. Se concluyó que esta propuesta debe ser realizada desde los propios países pues OPS no define las agendas del Consejo Directivo. OPS tiene el Fondo estratégico que es un anexo del Fondo rotatorio el cual cuenta con precios de referencia y negocia continuamente con los proveedores de ARV y reactivos de laboratorio. ONUSIDA manifiesta que los programas deben acercarse a la gente que realiza las compras, se necesitan trabajar estrategias para negociar y lograr mejores precios.

Conclusiones: La variación en los precios de compra en los países es alta, sin embargo aún se requiere validar la información presentada, conocer más sobre las razones que explican las variaciones, definir los países que pueden compartir esta información y sobretodo definir estrategias específicas en cada país en base a la información presentada.

5. Representación ante el Fondo Global

Latinoamérica tenía la representación alterna y el Caribe como titular. En el 2013 México deja vacante la posición de Latinoamérica. Se envió comunicación con documentos a las cancillerías dirigidas a los ministerios de Salud. Se han elaborado los TDR. Se crearan 2 puntos focales de comunicación uno para Latinoamérica y otra para el caribe. La delegación será compartida con sociedad civil.

Están abiertas las postulaciones. Quien represente también debe llevar la voz de Malaria y Tuberculosis. Se espera las candidaturas hasta el mes de setiembre. Se consultara con la Dra. Mirtha Roses la posibilidad que ella asuma esta representación, a propuesta de varios directores de Programas.

6. Actividades de Cooperación Sur – Sur

Experiencia Brasil:

- Proyecto con Jóvenes de la calle.
- Mercosur: Proyecto CIVIH/SIDA fronterizo Mercosur.
- Cooperación bilateral Brasil-Uruguay
- Cooperación bilateral Brasil-Bolivia de fortalecimiento de la atención integral y vigilancia epidemiológica
- Cooperación bilateral Brasil y Surinam en prevención de la transmisión vertical de la sífilis y VIH. Asimismo de almacenamiento y distribución de suministros.
- Brasil y Guyana Francesa.
- Técnicas para el control de la calidad de las pruebas involucra la gran mayoría de países de la región para entrenar a 20 expertos de laboratorio.
- Foro 2012
- Iniciativas lazos sur-sur: 07 países de la región reciben ARV en donación e incluye a Bolivia y Paraguay. Asimismo a países del África.

Perspectivas: seguir con cooperación bilateral y ampliar la cooperación multilateral. El Banco Mundial apoyara estas iniciativas.

Áreas de interés:

Se informó sobre las áreas de trabajo propuestas por las Redes de colaboración con el GCTH en respuesta al cuestionario enviado. Aún hay Redes que no han respondido, por esta razón se amplió el plazo para el mes de setiembre. Se presentó todas las áreas manifestadas por las diferentes redes. LACCASO: Evaluación de políticas nacionales y seguimiento a los compromisos de México para el acceso universal.

Redtrasex informó sobre la Renovación de la propuesta regional de Ronda 10 para la Fase 2. Argentina y el Salvador tienen un área de cooperación en curso.

7. ACUERDOS:

- Se esperara hasta el 1 de setiembre retroalimentación sobre el plan estratégico del GCTH.
- Continuar con el análisis de la información de medicamentos.
- Cada país debe validar y aprobar los datos recopilados sobre compras de medicamentos y asimismo autorizar o no para ser publicados con nombre de país.
- Seleccionar los puntos focales faltantes.
- Redes que faltan deben enviar referentes locales.
- Completar las encuestas de cooperación sur –sur por los países.
- Definir las áreas de cooperación con la sociedad civil una vez completen todas las redes.
- Se espera la postulación de los países para la representación ante el Fondo Mundial y esta debe estar apoyada por una carta de un ministro. Se indagará sobre la posibilidad de postular a la Dra. Mirtha Roses.

Presentación regional de las “Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH” de OMS.

1. Avances en la situación de la atención y tratamiento ARV en la región en el marco de la iniciativa 2.0.

9.7 millones de personas en Tratamiento antirretroviral (TAR) a finales del 2012 a nivel mundial, 1.6 millones más que a final del 2011. El Impacto global del TAR es de 4,2 millones de muertes evitadas. 728,000 personas reciben tto en LAC a fines del 2012. 73% es la tasa promedio de cobertura. Hay mucha variabilidad en los países de la región.

En el 2012 se ha dado el punto de inflexión entre el número de personas con nuevas infecciones y las personas con inicio de tratamientos.

Dx de infección: LAC tiene una de las tasas mal altas pero hay barreras: dx no enfocado (dirigido aun a población general en países con epidemias concentradas), algoritmos complejos, barreras para poblaciones clave. Sin embargo hay avances, así por ejemplo hay un progresivo aumento de países que ya no confirman con WB.

La proporción de personas que llegan a los servicios tardíamente sigue siendo alta.

LAC ha avanzado en la adherencia a esquemas recomendados por la OMS de 63% a 84% en 1ra línea y de 33 a 70% en segunda línea.

Al año 2012, solamente el 23,7% está en esquema con TDF+3tc (FTC)+EFV (Esquema ideal recomendado para nuestros países). Siendo su costo a través del Fondo Estratégico de la OPS de 140 USD por persona año.

En LAC hay en promedio 12 esquemas en 1ra línea y 15 en 2da línea. 4% de los pc con esquemas obsoletos, explicado por el uso del d4t.

% países con desabastecimientos: 54%(2010), 48%(2011) y 36%(2012).

En 12 de 14 países la SC participa como consejeros, pero limitado a pocos centros de la totalidad del país. La mayoría tiene consejeros de pares, financiados por cooperación internacional, etc.

Implementación de Tratamiento 2.0:

T 2.0 con varias misiones ya ejecutadas en diferentes países, se presentó el siguiente resumen de actividades:

- Consulta Regional en Desabastecimientos en República Dominicana– Noviembre 2011
- Reunión de consenso sobre Prueba y Consejería del VIH en Sur América, Bogotá-Colombia, abril 2012
- Reunión sobre Prueba y Consejería del VIH en Centro América y Caribe, Panamá, septiembre 2012
- Informe de alto impacto en análisis de salud pública de programas de TAR : *TAR Bajo la Lupa*, abril 2012
- Tratamiento 2.0: Reunión de consenso sobre Expansión y sostenibilidad de tratamiento del VIH en Sur América; Buenos Aires, octubre 2012
- Consulta Regional en información estratégica en LAC, Panamá, noviembre 2012
- Expansion and Sustainability of the HIV Response in the Caribbean. Surinam, mayo 2013

Misiones realizadas y próximas:

Ecuador	marzo 2012	Próximas Jamaica → octubre Guatemala → octubre Mexico → octubre Panamá → noviembre Uruguay → noviembre Paraguay Cuba tbd Haití
Venezuela	mayo 2012	
Bolivia	julio 2012	
El Salvador	enero 2013	
República Dominicana	febrero 2013	
Honduras	marzo 2013	
Argentina	junio 2013	

2. Marco de Inversión ONUSIDA

Latinoamérica es una de las regiones con mayor proporción de financiamiento doméstico para el VIH, y se encuentra en la vanguardia a nivel global en la agenda de las responsabilidades compartidas y el financiamiento sostenible de la respuesta.

El 94% de los recursos disponibles para la respuesta al VIH en el año 2011 provinieron de fuentes domésticas (públicas y privadas) (Estimaciones del ONUSIDA).

11 países de la región han incrementado su gasto público en 10% o más comparando los dos últimos valores reportados según los últimos datos disponibles GARPR.

En Centroamérica: Ruta Crítica de sostenibilidad (COMISCA)

País / Año	Gasto por PVVS US\$
Argentina (2009)	\$ 3,207
Costa Rica (2010)	\$ 3,107
Nicaragua (2010)	\$ 2,483
Chile (2010)	\$ 2,376
El Salvador (2010)	\$ 2,199
Mexico (2009)	\$ 1,941
Brazil (2010)	\$ 1,540
Panama (2010)	\$ 953
Honduras (2010)	\$ 925
Paraguay (2010)	\$ 859
Venezuela (2011)	\$ 813
Ecuador (2010)	\$ 788
Guatemala (2010)	\$ 719
Colombia (2011)	\$ 673
Uruguay (2007)	\$ 628
Bolivia (2011)	\$ 558
Peru (2010)	\$ 391
Latinoamérica	\$ 1,452

9 países de la región dependen de apoyo externo para su trabajo con poblaciones más expuestas. Por cada 100 dólares gastados en SIDA, menos de un dólar va para actividades preventivas en poblaciones claves.

Gran inversión en Tratamiento ARV pero graves episodios de desabastecimiento

Desabastecimientos son un problema prevalente y la mayor causa son problemas de gestión.

- En el 2011, de 26 países de LAC con datos, 14 reportaron al menos un episodio de desabastecimiento (54%)
- Enero 2010-Abril 2011 67% países encuestados reportaron desabastecimiento de ARV y 50% de insumos de laboratorio
- Las causas más frecuentes eran retrasos en el proceso de licitación (29%) o compra (13%), problemas de distribución (10%), o dificultades con la producción del ARV (9%)
- Medidas de emergencia: compras de urgencia (46%), cambio de proveedores (15%) o cambio de esquemas utilizados (11%).

Del 54% de cobertura se pasara a 37% con las nuevas guías por la ampliación del denominador (CD4<500).

Sobre el marco de inversión se han levantado casos de inversión a través del dx en los países para definir la proporción y eficiencia de la inversión.

3. Las Guías de OMS en el contexto de otras guías internacionales.

IAS y USA recomiendan tratamiento independiente del nivel de CD4. Las guías son consolidadas para el tratamiento y la prevención. Ya no son solo guías clínicas, incluyen ya componentes programáticos y operacionales. Incorpora a todas las poblaciones.

Hay 2 talones de Aquiles, no estamos testeando tempranamente y segundo la retención. No se trata solo de incorporar sino también de retener.

% de personas con <200 CD 4 es aun alto, estamos llegando tarde, el testeo no llega.

A continuación se muestra el estado de las guías internacionales, se espera que con las nuevas guías de OMS se den cambios adicionales de las guías faltantes.

Guideline	AIDS or HIV-Related Symptoms	CD4+ Cell Count < 200/mm ³	CD4+ Cell Count 200-350/mm ³	CD4+ Cell Count 350-500/mm ³	CD4+ Cell Count > 500 cells/mm ³
DHHS(USA), 2012	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
International AIDS Society-USA, 2012	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
European AIDS Clinical Society, 2011	Yes	Yes	Yes	"Consider"	Defer*
British HIV Association, 2012	Yes	Yes	Yes	Defer [#]	Defer [*]
World Health Organization, 2010	Yes	Yes	Yes	Yes	Defer*

* Iniciar tratamiento en casos de co-infección TBC o Hepatitis.

4. Visión general del desarrollo de las Guías y el proceso de difusión.

¿Porque?: Adelantos en ciencia y tecnología y la visión de control del VIH, acabar con el SIDA.

TAR para beneficio individual y de población. Perspectivas de país han evolucionado.

Resumen de directrices: inicio temprano, tto más sencillo, esquemas menos tóxicos y más robustos, mejor monitoreo. El concepto clave es la unificación.

17 millones de PVV cumplen criterios para TAR según recomendaciones de 2010, aumentando a 26 millones con las nuevas directrices. Con las nuevas directrices se podrían evitar hasta 3 millones de muertes y 3,5 millones de infecciones entre 2013 y 2025.

Principios rectores de las Directrices:

- Contribución a las metas mundiales
- Perspectiva de salud pública
- Fortalecimiento de sistemas de salud
- Mejorar la efectividad y eficiencia de los programas
- Promoción de derechos humanos y equidad
- Implementación basada en el contexto local

Las guías tienen una extensión de 243 páginas.

Capítulos clave: dx y prevención del VIH, cuidados generales del VIH, manejo de co-infecciones y co-morbilidades, guía para la terapia, operacionalización de servicios y guía para los jefes de programa.

Fuentes de información y proceso seguido en construcción de las guías:

- Fuentes de información: revisiones sistemáticas, tabla de evidencia estandarizada mediante GRADE, consultas a la comunidad y sociedad civil, modelos matemáticos y experiencias de país.
- Grupos de desarrollo de las guías (4 grupos, 108 individuos) y proceso de revisión de pares.
- Proceso de formulación de las recomendaciones: GRADE.

5. Recomendaciones de las Directrices unificadas 2013 sobre el uso de los antirretrovirales en adultos, adolescentes, mujeres embarazadas y niños

¿Cuándo comenzar en adultos?

GRUPO DE POBLACIÓN <i>(sin TAR previo)</i>	DIRECTRICES TAR 2010	DIRECTRICES TAR 2013	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN Y CALIDAD DE LA EVIDENCIA
VIH+ ASINTOMÁTICO	CD4 \leq 350 cells/mm ³	CD4 \leq500 cel/mm³ (CD4 \leq 350 cel/mm³ como prioridad)	Fuerte, calidad de evidencia moderada (NUEVO)
VIH+ SINTOMÁTICO	Estadio clínico 3 ó 4 independientemente del recuento de CD4	Sin cambios	Fuerte, calidad de evidencia moderada
MUJERES VIH+ EMBARAZADAS Y QUE AMAMANTAN	CD4 \leq 350 independientemente de los síntomas clínicos ó Estadio clínico 3 ó 4 independientemente de CD4	Independientemente de CD4 o del estadio clínico	Fuerte, calidad de evidencia moderada (NUEVO)
COINFECCIÓN VIH/TB	TB activa, independientemente de CD4	Sin cambios	Fuerte, baja calidad de evidencia
COINFECCIÓN VIH/VHB	Evidencia de enfermedad activa crónica por VHB, independientemente de CD4	Evidencia de hepatopatía crónica grave, independientemente de CD4	Fuerte, baja calidad de evidencia (NUEVO)
PERSONA VIH+ EN PAREJAS SERODISCORDANTES	Sin recomendación	Independientemente de CD4 o del estadio clínico	Fuerte, calidad de evidencia alta (NUEVO)

Evidencia insuficiente o el riesgo-beneficio no es claramente favorable para iniciar TAR con >CD4 500 células/mm³ (o independientemente de recuento de CD4) en las siguientes situaciones:

- **Individuos con VIH con 50 años de edad o más**
- **Personas coinfectadas por VIH y VHC**
- **Individuos con VIH-2**
- **Poblaciones clave con un alto riesgo de transmisión del VIH (por ejemplo: HSH, trabajadores sexuales, personas transgénero, usuarios de drogas inyectables)**

¿Con que comenzar?

Esquema preferente de 1ª línea: TDF + 3TC (o FTC) + EFV

- **Sencillez:** esquema muy eficaz, bien tolerado y disponible como 1 dosis al día en 1 único comprimido en **CDF** y por tanto **fácil de prescribir y fácil de tomar** → **facilita adherencia**
- **Armoniza esquemas** a través de diferentes poblaciones (adultos, embarazadas (1^{er} trimestre), niños >3 años, tuberculosis y hepatitis B)
- **Simplifica la adquisición de medicamentos y cadena de distribución por reducir el número de esquemas**
- **Seguro en embarazo**
- **Eficacia frente a VHB**
- **EFV es el INNTI preferido** para personas infectadas por VIH y TB (compatibilidad farmacológica con antituberculosos) y en co-infección VIH y VHB (menor riesgo de toxicidad hepática)
- **Asequibilidad** (costo ha descendido significativamente desde 2010)

Los esquemas al 2010 son alternativos al momento de individualizar.

¿Cómo monitorear?

La carga viral se recomienda como método de seguimiento preferido para diagnosticar y confirmar el fracaso terapéutico. Si la carga viral no está disponible rutinariamente, el recuento de CD4 y la monitorización clínica deben ser usados para diagnosticar el fracaso terapéutico.

6. Guía clínica para la terapia antirretroviral en mujeres embarazadas.

- Enfoque simplificado y armonizado para los adultos y embarazadas
- Todas las mujeres embarazadas con VIH deben iniciar triple terapia, que debe mantenerse al menos durante el período de riesgo de transmisión de madre a hijo. Las mujeres con criterios de elegibilidad de tratamiento deben continuar TAR de por vida(B+).
- Todas las embarazadas con VIH deben comenzar TAR de primera línea
- Beneficios para la salud de la madre, prevención de infecciones en los niños y prevención en parejas serodiscordante.

7. Guía clínica para la terapia antirretroviral en los niños.

EDAD	RECOMENDACIONES 2013
<1 AÑO	Tratar a todos Recomendación fuerte, <i>calidad de la evidencia moderada</i>
1-5 AÑOS	Tratar a todos Recomendación condicional, <i>calidad de la evidencia muy baja</i> Prioridad: <2 años y Estadío OMS 3 ó 4 O CD4 ≤ 750 /mm ³ ó <25%
≥5 AÑOS	CD4 ≤ 500 /mm³ Recomendación condicional, <i>calidad de la evidencia muy baja</i> Prioridad: CD4 ≤350 cells/mm ³ (igual que en los adultos), Recomendación fuerte, <i>calidad de la evidencia moderada</i>

8. Orientaciones operacionales y de prestación de servicios en LAC para la implementación de las Directrices unificadas 2013

Actualización de metas en función de las nuevas guías

En las metas a nivel mundial para el 2015 son ambiciosas:

- Eliminar las nuevas infecciones en niños
- Reducir 50% muertes por TB en PV
- Intensificar prevención: reducir 50% transmisión sexual VIH
- Alcanzar 15 millones de personas en TAR

LAC presenta las siguientes características:

- Compromiso genérico: para TAR >80% de las PVV elegibles.
- Operacionalmente es una meta cambiante.
- Nueva guía de OMS cambia criterios de elegibilidad
- Normativa varía entre países
- En general se carece de metas numéricas que permitan guiar operacionalmente al programa
- Tampoco hay metas para la etapa post 2015 (ni regional ni mundial)

Las nuevas guías influirán en las necesidades de tratamiento en 30%.

Se requieren establecer metas para poder monitorear y para establecer hitos en el continuo de la atención. Estas deben estar basadas en evidencias, en mantener seguimiento longitudinal de cada individuo, consensuadas y con apoyo político y acceso universal se considera el 80% de las necesidades TAR.

La cascada va desde el dx hasta la CV indetectable. Se requieren sistemas de información para poder programar metas y seguirlas.

Un marco consensuado del continuo de la atención comprende: Dx, atención, Retención y supresión viral.

La meta para el 2015 con guía previa son 1'072,000(CD4<350) y actualmente serian 1'425,000 (CD4 < 500). Actualmente están en TAR 728,000.

Implicaciones programáticas de las nuevas guías de OMS (Caso Brasil)

Brasil está implementando el tratamiento 2.0. Están cambiando el paradigma de salud individual a salud colectiva debido al conocimiento que el tratamiento es una forma de prevención. Actualmente un nuevo protocolo (Guía) está en consulta.

Desafíos: ampliar el testeo, prevención combinada, tratamiento precoz, iniciar tratamiento en atención primaria y precios justos para el acceso universal.

Ampliar el testeo: CTA es obsoleto pues está enfocado en población general, tiene ahora un arreglo con Consejo federal de medicina para que oferten test a usuarios del sistema SUS, testeo de poblaciones específicas a cargo de ONGs porque tienen la facilidad de penetración y el autotest en farmacia.

Prevención combinada: son las estrategias clásicas, intervenciones estructuradas, innovación científica. **Brasil ya realiza casi todo lo establecido en las guías de OMS.**

Tratamiento precoz: se están discutiendo la estrategia de testear y tratar. En este momento en consulta pública. Estiman un incremento de 28% e implica 328,000 Nuevas personas.

La expansión se realizara dando tratamiento en servicios de atención primaria.

9. Estrategia de la OMS para la vigilancia de la resistencia al VIH

Fármaco resistencia transmitida en LAC por TARV es de 6,3%. Otro estudio muestra 7,7% a cualquier ARV con 4,4% Nucleosidos, 2,3% no nucleosidos y 2,1% IP.

En el último informe global sobre resistencia del VIH al 2012, solo un país de LAC tuvo información disponible por limitaciones de las herramientas que son para epidemias generalizadas.

En América latina la estrategia se presentó en el 2007 y estuvieron basados en priorización de indicadores de alerta temprana. Con estos resultados se reportó un informe regional.

En la región se están priorizando 2 protocolos: vigilancia de la resistencia pre-tarv y resistencia adquirida y protocolo de vigilancia de la resistencia transmitida y en niños menores de 18 años.

Experiencia argentina,

Están disponibles en cualquier momento, inclusive para personas que no han iniciado tratamiento.

10. Elementos Principales del Análisis de Salud Pública del Tratamiento Antirretroviral en Latino América y el Caribe (La Lupa):

70% del gasto en SIDA en la región está en atención y tratamientos y de estos el 75% en la compra de los medicamentos. 67% de pacientes en primera línea al año 2012, 31% en segunda línea.

Desabastecimiento: se define y fue medido como la no existencia del medicamento en el lugar de provisión al usuario. Al año 2012 este era en 36%.

Conclusiones/Recomendaciones:(algunos están basados en la versión preliminar del reporte oficial de la reunión)

- El trabajo de Argentina en la Secretaria del GCTH durante el último año muestra avances y logros en el marco del plan estratégico, existe un liderazgo claro desde el Director del Programa nacional y su equipo. En base a este reconocimiento Argentina fue elegido por un nuevo periodo en la presidencia del GCTH.
- La mayor parte de los países de LAC muestran importantes avances y expresan un gran interés por revitalizar el trabajo en iniciativas de cooperación Sur-Sur y otras acciones del GCTH.
- Las nuevas guías de OMS tienen un alto nivel de aceptación por los diferentes países que participaron en la reunión, destacando como razones principales las evidencias documentadas, la innovación tecnológica y un amplio proceso de consulta previa.
- La mayoría de los países se encuentran en proceso de actualización de sus guías nacionales en sintonía con estas directrices; algunos países ya están implementando algunos de los criterios clave recomendados.
- A pesar de los avances en la simplificación del acceso a la prueba y actualización de algoritmos diagnósticos en algunos países, persisten dificultades en el acceso a la prueba en población clave y en el diagnóstico temprano del VIH.
- La vinculación a la atención de las personas diagnosticadas de infección por VIH está insuficientemente cuantificada. Algunas evidencias muestran un nivel importante de pérdidas entre el diagnóstico y el acceso efectivo a la atención. Asimismo, la retención en los programas de tratamiento es sub-óptima en varios países.
- Hay insuficiente documentación sobre la calidad de la atención y la mala adherencia sigue percibiéndose como una de las principales amenazas para el éxito del tratamiento.
- Los episodios de desabastecimiento en el año 2012 han disminuido con respecto al año anterior, no obstante siguen constituyendo un problema para una provisión oportuna y eficaz de antirretrovirales.
- El abandono de fármacos obsoletos se ha acelerado, aumentando el uso del esquema preferente recomendado por OMS.
- El uso de monitoreo con carga viral ha mejorado, aproximándose al estándar recomendado. Sin embargo los desabastecimientos de insumos son un reto a superar.
- Algunos países han incorporado el análisis de la “cascada en el continuo de prevención - atención” y los restantes consideran este abordaje de análisis factible y pertinente para la gestión de sus programas.

- Los participantes consideraron relevante la actualización de las metas de tratamiento y el desarrollo de metas programáticas. Se ha reconocido la necesidad de incluir el análisis económico que supondría la aplicación de las recomendaciones de la OMS para el tratamiento antirretroviral.
- Los participantes han reconocido el papel central de la sociedad civil en las diferentes etapas de la respuesta al VIH y particularmente en el papel de la comunidad en la provisión de servicios, i.e. incorporación a los equipos multidisciplinarios de atención integral, existiendo experiencias en varios países. Se destacó la falta de normativa y financiación doméstica para lograr la institucionalización de esta participación.
- El nuevo marco Tratamiento 2015, basado en evidencia y con enfoque en resultados para expandir la terapia antirretroviral contribuirá a alcanzar la meta global de 15 millones de personas en tratamiento ARV en 2015.
- Los países reconocen la necesidad de fortalecer las capacidades de laboratorio y de recursos humanos para la vigilancia y monitoreo de la fármaco-resistencia. Asimismo, la red regional para la vigilancia de la fármaco-resistencia puede apoyar a compartir lecciones aprendidas y transferencia de tecnología.
- Las Redes regionales expresaron su preocupación por las brechas aún existentes, la insuficiente priorización de las estrategias y recursos hacia las poblaciones clave, la sostenibilidad de los programas actuales, entre otros puntos mencionados en la presentación adjunta.
- Tanto el tratamiento 2.0 como las nuevas guías colocan a las comunidades en un rol preponderante, sin embargo esto solo será viable si en los países se definen roles y recursos. Se propuso separar el rol de aporte para la atención y prevención en servicios (promotores, consejeros de pares, trabajo de campo con poblaciones de difícil acceso, testing, etc.) desde la sociedad civil con recursos a definir (Gobiernos, cooperación, sector privado, etc.). Roles de participación en procesos de incidencia y vigilancia no deben ser financiados por los gobiernos con el fin de mantener la independencia, aunque se reconoció que es un tema que cada país debe resolver.
- La institucionalización del trabajo desde la sociedad civil como actor clave en las respuestas nacionales es necesaria para asegurar un rol sostenible y de mayor impacto.
- Desde la sociedad civil se requiere informarse y conocer sobre las nuevas guías, los alcances de nuevas tecnologías, evaluar la oportunidad en términos de las estrategias contenidas para el acceso universal y el replanteamiento de ciertos paradigmas en las políticas públicas. Asimismo será preponderante definir nuestro rol en términos de una sostenibilidad política, social y financiera desde los roles que pretendemos cumplir en el presente y los próximos años.