



2.0

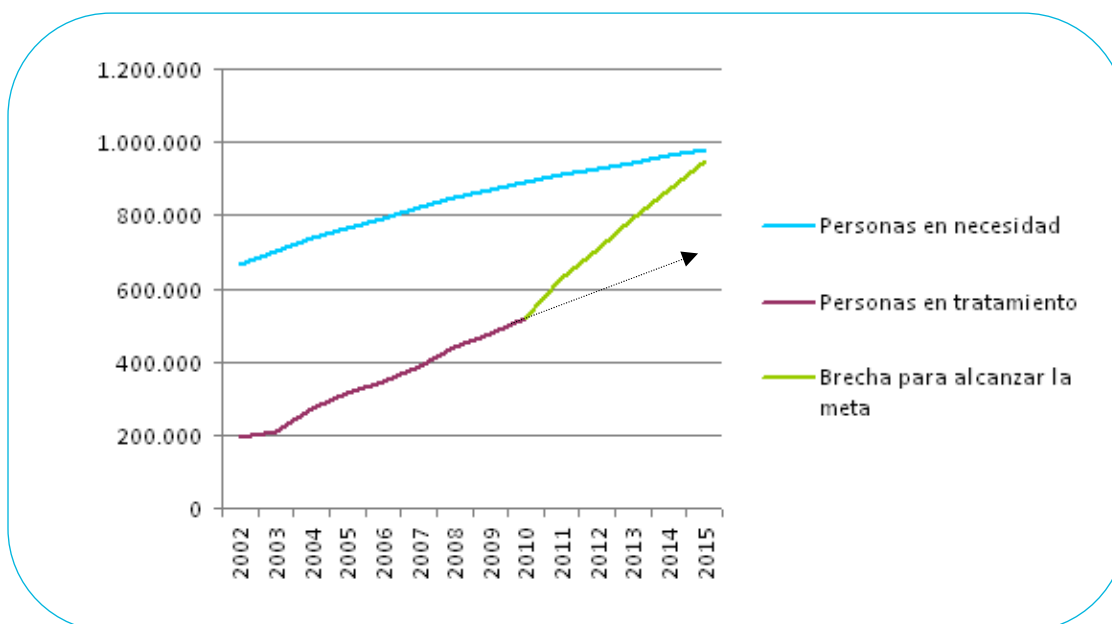
OCTUBRE 2011

Tratamiento 2.0 es la iniciativa desarrollada por OMS y ONUSIDA para responder a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV)(1). La iniciativa busca estimular la innovación y mejorar la eficiencia y el impacto de los programas de atención y tratamiento del VIH, en particular en países con recursos limitados. Los conceptos ya expresados en el enfoque de salud pública para el TARV, como la simplificación y la estandarización (2), son retomados en esta estrategia que además incorpora nuevos elementos como el mayor acceso a servicios de laboratorio para diagnóstico y monitoreo, la reducción de costos, la mejora en la provisión de servicios y la movilización de las comunidades para aumentar el acceso y la retención de las personas en los programas de tratamiento. La iniciativa representa un esquema de abordaje de tratamiento para asegurar a corto y mediano plazo la provisión de servicios en una manera costo eficiente.

El impacto esperado a largo plazo es la reducción de la morbilidad, de la mortalidad y de nuevas infecciones por VIH. Según las estimaciones de ONUSIDA-OMS, la implementación de esta iniciativa evitaría diez millones de muertes hasta el 2025. Recientemente se demostró que el uso de TARV se asocia a una reducción del riesgo de transmisión del 96% (3) mediante la reducción de la carga viral en el organismo. Si todos los individuos que necesitan TARV pudieran iniciarlo y mantenerlo de acuerdo a las guías actuales de tratamiento, se podrían evitar un tercio de las nuevas infecciones por el VIH (4).

América Latina y el Caribe representan, entre el grupo de países de ingreso medio o bajo, la región con mayor cobertura de tratamiento, estimándose para 2010 en un 50% de las personas que lo necesitan (5). Sin embargo, la expansión de tratamiento en la Región de las Américas se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con 40.000 a 50.000 nuevos individuos en TARV al año. Para llegar a una cobertura mayor del 80% para el 2015 es urgente duplicar el número de individuos que inician tratamiento por año (Figura 1). Existen además importantes diferencias en la tasa de cobertura entre países (por ejemplo >95% en Cuba o Guyana, mientras que en Bolivia es del 19%) y en determinadas poblaciones entre las subregiones (por ejemplo la cobertura regional en niños menores de 15 años es del 58%, con un 29% en el Caribe y un 68% en América Latina) (5).

Figura 1: Para el 2015 se calcula que 980.000 personas necesitarán TARV en América Latina. Se requiere un aumento del doble en el número de personas en tratamiento para alcanzar el acceso universal para el año 2015. La flecha marca la tendencia siguiendo el ritmo actual de inicio de tratamiento en nuevos pacientes.



En los países aún persisten brechas importantes en el acceso a los servicios y en la continuidad de la atención, lo que resulta en diagnóstico tardío (6) y una mortalidad aún elevada en algunos países de la región (7).

Esta publicación pretende orientar de manera general sobre las acciones específicas que la iniciativa Tratamiento 2.0 propone en cada uno de sus pilares y en el contexto particular de América Latina y el Caribe. Este primer documento presenta la iniciativa en modo general y será seguido de una serie de notas técnicas que irán abordando diferentes componentes de esta iniciativa.

Las cinco áreas de trabajo o pilares de la iniciativa Tratamiento 2.0 incluyen:

1. Optimizar los regímenes de medicamentos
2. Proporcionar herramientas de diagnóstico y monitoreo en el punto de atención
3. Reducir los costos
4. Adaptar la prestación de servicios
5. Movilizar a las comunidades

PILAR 1: OPTIMIZAR LOS REGÍMENES DE MEDICAMENTOS

El concepto de optimización incluye el desarrollo y el uso racional de regímenes adecuados de TARV. Los regímenes que se recomienden deben ser seguros, eficaces, bien tolerados, durables, estables en diferentes temperaturas, disponibles en combinación fija de un comprimido al día, efectivos en todas las poblaciones, y al menor precio posible (8).

Actualmente no existe un régimen que cumpla con todas estas características, por ejemplo los únicos esquemas disponibles en combinaciones fijas de una sola dosis diaria (tenofovir + emtricitabina o lamivudina + efavirenz) no pueden utilizarse en niños ni durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, el panorama ha mejorado sustancialmente en los últimos años con la incorporación de nuevos antirretrovirales y con el mayor conocimiento de los perfiles de seguridad y eficacia de los medicamentos ya conocidos.

En la Región el uso de combinaciones de una vez al día es muy limitado, y un gran porcentaje de pacientes inician tratamiento con esquemas basados en inhibidores de la proteasa. Además se utiliza un gran número de combinaciones como esquemas de primera y de segunda línea, con una mediana de 8 regímenes para primera línea, y 11 regímenes para segunda línea en adultos (cuadro 1). Por lo tanto existen muchas oportunidades en América Latina y el Caribe para optimizar el uso de antirretrovirales. Algunos ejemplos incluyen mejorar la selección de los diferentes regímenes en base a la mejor evidencia y la posibilidad de simplificación, la estandarización de los criterios de cambio de tratamiento y el uso de combinaciones a dosis fija que permita el uso de esquemas de una vez al día.

La adopción de un régimen combinado de tres fármacos en un comprimido de una toma diaria como el esquema de preferencia de primera línea representa la forma más simple de optimizar el TARV. Estos regímenes combinados se asocian a una mejor adherencia (9), calidad de vida (10) y también a una mejor tasa de supresión virológica (11). Actualmente se dispone de presentaciones genéricas precalificadas por la OMS para dos combinaciones en una dosis diaria: tenofovir + emtricitabina + efavirenz y tenofovir + lamivudina + efavirenz.

¿QUÉ HACE LA OPS PARA APOYAR LA OPTIMIZACIÓN DEL TARV?

- Promueve la disseminación, adaptación nacional e implementación de las guías de TARV de adultos y niños y las de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH de la OMS, basadas en el enfoque de salud pública.
- Facilita el acceso a presentaciones genéricas de las combinaciones de tres fármacos antirretrovirales de una dosis diaria a vez a través del Fondo Estratégico.

- Monitoriza, mediante encuestas anuales, el uso de medicamentos antirretrovirales y apoya técnicamente para la selección, la inclusión en los listados nacionales y el uso racional de estos fármacos.
- Brinda cooperación técnica para orientar en la selección y el uso racional de esquemas antirretrovirales de primera y segunda línea.

¿QUÉ SE PUEDE HACER A NIVEL NACIONAL PARA OPTIMIZAR EL TARV?

- Revisar las guías nacionales de tratamiento en base a la evidencia y con la participación de las personas afectadas.
- Reducir, simplificar y estandarizar los esquemas recomendados de TARV seleccionando opciones efectivas y seguras.
- Adoptar el uso de las combinaciones fijas de una dosis diaria.
- Evitar el uso inadecuado de inhibidores de proteasa en regímenes de primera línea.
- Asegurar la capacitación continua para la prescripción de regímenes óptimos.
- Fortalecer las actividades de monitoreo de uso racional de los ARV y el cumplimiento de las guías nacionales.
- Integrar la información de farmacia a los sistemas de seguimiento de pacientes para facilitar la detección de uso no recomendado, uso inapropiado o suspensión del tratamiento.
- Incorporar los indicadores de alerta temprana de la farmacoresistencia como una herramienta para mejorar el uso racional y la continuidad del tratamiento.
- Establecer programas de farmacovigilancia.
- Asegurar la provisión de presentaciones pediátricas, promoviendo el uso de combinaciones a dosis fija.

Cuadro 1. Número de esquemas por línea de tratamiento por país, OPS 2011.

PAÍS	#1ª línea (adultos)	#2ª línea (adultos)	#3ª línea (adultos)	#1ª línea (niños)	#2ª línea (niños)	#3ª línea (niños)
Anguila	1	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	17	0	0	2	0	0
Argentina	9	10	9	0	0	0
Belice	10	0	0	1	0	0
Bolivia	21	20	1	5	4	0
Brasil	5	12	10	7	12	12
Cuba	8	21	12	2	4	0
El Salvador	4	4	3	2	2	0
Ecuador	2	15	3	7	0	0
Granada	2	0	0	0	0	0
Guatemala	16	35	4	17	21	3
Guyana	5	2	0	3	1	0
Honduras	17	18	8	6	10	1
Nicaragua	6	19	1	3	4	0
Panamá	5	5	4	9	3	1
Paraguay	12	11	8	3	0	9
Perú	8	10	82	7	10	0
República Dominicana	21	30	3	6	13	0
Surinam	21	38	0	5	7	0
Venezuela	18	14	33	13	8	12
Mediana	8	11	3	4	3	0

PILAR 2: PROPORCIONAR HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO Y MONITOREO EN EL PUNTO DE ATENCIÓN

La expansión del acceso a la prueba de VIH constituye una de las intervenciones más efectivas para mejorar la cobertura de atención y tratamiento del VIH/SIDA, además de ser una intervención prioritaria (12) y una herramienta para promover la prevención. Se ha demostrado que las personas que conocen su estatus positivo reducen sus prácticas de riesgo en hasta un 76% (13). La OPS/OMS recomienda expandir las actividades de promoción de la prueba de VIH y ampliar la oferta desde varios enfoques, que aseguren acceso de las poblaciones clave, pero también en forma sistemática desde el proveedor de salud ante determinadas situaciones (14).

En la Región, se considera prioritario el acceso al diagnóstico confiable y de calidad con el fin de facilitar la detección precoz del VIH, el acceso al tratamiento y la reducción de la morbilidad. Se estima que aproximadamente el 40% de las personas con VIH en América Latina y el Caribe desconocen su diagnóstico. Existen brechas importantes en el acceso a la prueba, por ejemplo en el año 2010 la cobertura de prueba en mujeres embarazadas y en personas con tuberculosis fue del 54 y 55% respectivamente. En niños expuestos al VIH, el porcentaje que accede a un diagnóstico virológico durante los primeros dos meses no se conoce en todos los países, pero algunos informan tasas muy bajas, por ejemplo en Surinam 16%, en Bolivia 8%, en Colombia 4% o en Ecuador 1%.

Una vez establecida la infección por VIH, es necesario asegurar la disponibilidad y el acceso a las pruebas de CD4 a fin de determinar la elegibilidad del tratamiento, y a las pruebas de carga viral para asegurar un adecuado seguimiento y una identificación temprana del fracaso del régimen.

Actualmente existen varios equipos que permiten el monitoreo en el punto de atención (en los centros de tratamiento antirretroviral), simplificando los procesos de referencia, asegurando el acceso de aquellas personas que se encuentran en tratamiento y también mejorando el acceso a los resultados en forma oportuna (cuadro 2). Una descripción más detallada puede obtenerse en el último informe de UNITAID (15).

Cuadro 2: Tecnologías de monitoreo de VIH en el punto de atención disponibles en 2011

TÉCNICA	NOMBRE	SITIO DE INTERNET
Recuento de CD4	PointCare NOW	www.pointcare.net/products
	PIMA Analyzer	www.alere.com/en/global-products-services-htm
	CyFlow CD4 miniPOC	www.partec.com/cms/upload/CyFlowCD4miniPOC.pdf
Carga viral	Alere Nat System	www.alere.com
	Liat Analyzer	www.iquum.com/products/diagnostics.shtml
	SAMBA	www.haem.cam.ac.uk/ddu/index.html
Diagnóstico virológico en niños	NWGHF EID	www.nwghf.org
	Micronics PanNAT	www.micronics.net/products/diagnostic-products

Idealmente, también se debería disponer en el punto de atención de la posibilidad de diagnosticar otras enfermedades frecuentes en personas con VIH, como por ejemplo sífilis, hepatitis B y C y tuberculosis. Existen pruebas rápidas o plataformas de diagnóstico simples para la identificación de estas patologías. Cuando no se puede disponer de diagnóstico local se debería optimizar el transporte de muestras mediante la mejora de la logística y la implementación de medios de transporte como el papel secante para las muestras de diagnóstico virológico pediátrico, resistencia de VIH, etc.

¿QUÉ HACE LA OPS PARA APOYAR LA UTILIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL PUNTO DE ATENCIÓN?

- Apoya a los países en el desarrollo de planes nacionales de expansión de la prueba.
- Promueve la integración de la prueba de VIH en la atención antenatal, los programas de tuberculosis y en los programas de infecciones de transmisión sexual.
- Brinda asistencia técnica en la evaluación de tecnologías sanitarias, aseguramiento de la calidad de pruebas de laboratorio y monitoreo.
- Promueve las políticas de expansión de la prueba de VIH con énfasis en facilitar el acceso a poblaciones claves y en implementar la estrategia de oferta de la prueba iniciada por el proveedor en el sector sanitario con entrega del resultado el mismo día.
- Brinda cooperación y asistencia técnica para la selección de pruebas y algoritmos.
- Apoya los procesos de validación de pruebas rápidas.
- Facilita el acceso de pruebas rápidas de calidad para VIH y sífilis mediante el Fondo Estratégico.
- Apoya técnicamente la capacitación del recurso humano en los puntos de atención.

¿QUÉ SE PUEDE HACER A NIVEL NACIONAL PARA EXPANDIR EL USO DE HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO Y MONITOREO EN EL PUNTO DE ATENCIÓN?

- Formular o revisar las políticas nacionales para apoyar la expansión del diagnóstico de VIH, en especial en poblaciones en mayor riesgo.
- Expandir la disponibilidad y la oferta sistemática de la prueba de VIH en el sistema de salud y las competencias del personal sanitario para llevar a cabo este proceso.
- Promover la ampliación de la oferta de la prueba a las poblaciones clave por fuera del sector sanitario manteniendo el enfoque de derechos (prueba voluntaria y con consentimiento).
- Revisar y simplificar los algoritmos diagnósticos de VIH para asegurar la entrega de los resultados.
- Impulsar el uso de pruebas rápidas con entrega de resultado el mismo día como forma de diagnóstico.
- Evaluar la oferta de la prueba de VIH en lugares en los que tradicionalmente no se ofrece (por ejemplo salas de emergencia, centros de salud en áreas prioritarias, laboratorios, etc.).
- Realizar estudios piloto de implementación de equipos de las nuevas tecnologías de CD4 y carga viral en el punto de atención (centros de tratamiento antirretroviral) y evaluar su implementación en función de los resultados.
- Explorar la aplicabilidad de medios de transporte secos (papel secante) para diagnóstico virológico, para las pruebas de resistencia de VIH y el diagnóstico de otras ITS.
- Explorar el uso de los métodos de diagnóstico molecular de la tuberculosis, como el Xpert®, en los centros de tratamiento antirretroviral.
- Realizar estudios piloto de diagnóstico virológico de VIH en niños expuestos mediante tecnología en el punto de atención o papel secante.
- Integrar la información de los laboratorios a los sistemas de seguimiento de pacientes para monitorizar el acceso de los individuos recientemente diagnosticados a los servicios de atención.

PILAR 3: REDUCIR LOS COSTOS

Un punto crítico para mejorar la eficiencia y favorecer la sostenibilidad es lograr proporcionar los servicios esenciales de una manera efectiva y al menor costo posible. Los antirretrovirales y otros insumos representan una parte significativa del gasto de los programas de tratamiento de VIH. Por lo tanto, favorecer el acceso de estos productos a precios accesibles representa una estrategia clara de reducción de costos. En algunos países de América Latina (como Argentina o Brasil) hasta el 80% de los gastos de los programas nacionales se utilizan para cubrir costos de ARV. En la Región existe una gran variabilidad de precio entre países y dentro de los diferentes sistemas de un mismo país. También existen muchas oportunidades para mejorar la eficiencia en los procesos de compra de estos productos tal como se ha evidenciado en diferentes evaluaciones nacionales.

El costo de los insumos de monitoreo, en particular de carga viral, es también muy variable en la Región, principalmente por los reactivos, y por los costos de recolección y transporte de las muestras (16). La implementación de algoritmos y esquemas simplificados de diagnóstico y monitoreo y medios de transportes más económicos redundará en una reducción del gasto.

¿QUÉ HACE LA OPS PARA APOYAR LA REDUCCIÓN DE COSTOS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO?

- Apoya los procesos regionales y subregionales de negociación conjunta.
- Facilita el acceso a medicamentos antirretrovirales e insumos esenciales a bajo costo mediante el Fondo Estratégico.
- Promueve el uso racional basado en la mejor evidencia y la adherencia a los medicamentos disponibles para prolongar la eficacia de los esquemas.
- Promueve esquemas de tratamiento basados en enfoque de salud pública, maximizando la efectividad.
- Brinda asistencia técnica sobre registro farmacéutico, patentes, acceso y uso racional de medicamentos de alto costo.
- Coordina con ONUSIDA y otras agencias de Naciones Unidas, en particular con el PNUD, para apoyar a los países en los mecanismos de flexibilización de los acuerdos de patentes y otras estrategias para favorecer el acceso a medicamentos de alto costo.

¿QUÉ SE PUEDE HACER A NIVEL NACIONAL PARA REDUCIR LOS COSTOS DEL PROGRAMA?

- Expandir el uso de genéricos de calidad asegurada (precalificados por la OMS).
- Actualizar la información sobre la situación de registro y de patentes de las nuevas opciones de genéricos e insumos estratégicos.
- Aprovechar las oportunidades de negociación conjunta.
- Favorecer los procesos de compra internacional de insumos estratégicos.
- Realizar análisis de costo eficacia antes de decidir las intervenciones.
- Revisar los gastos asociados a los algoritmos diagnósticos y a las estrategias de monitoreo.
- Implementar programas de mejoría de uso racional y adherencia.

PILAR 4: MEJORAR LA PROVISIÓN DE SERVICIO

Para lograr el acceso y la continuidad de la atención de las personas con VIH en los programas de tratamiento se requiere una articulación eficaz de todo el sistema, integrando las actividades de promoción, de diagnóstico y de atención del VIH en los diferentes niveles de atención y estableciendo redes de atención donde la comunicación sea efectiva, y donde la referencia y contrarreferencia de los pacientes esté claramente establecida.

Existen muchas oportunidades para mejorar la atención del VIH en la región. En un estudio realizado en centros de atención de 6 países de la región el 76% de los pacientes que iniciaron tratamiento tenían recuentos de CD4 menores de 200 cel/mm³ o una enfermedad oportunista (6). Es necesario mejorar la cantidad de información sobre la retención de las personas en los programas de tratamiento y la calidad de la atención proporcionada.

Otras dificultades habituales incluyen la limitada implementación de las actividades de colaboración TB-VIH (17), la falta de sistemas de suministro confiables que aseguren la provisión continua de medicamentos, el estigma persistente en el sector salud que impide brindar una atención que respete las diferentes identidades de género, poblaciones y etnias y la falta de sistemas de información que permitan recolectar y analizar la información en el mismo nivel de atención.

¿QUE HACE LA OPS PARA MEJORAR LA PROVISIÓN DE SERVICIO?

- Brinda cooperación técnica para apoyar los sistemas de redes integradas de atención de VIH, dentro del marco de la Renovación de la Atención Primaria de Salud (18).
- Apoya la estrategia AIEPI y en particular el componente de VIH.
- En colaboración con ONUSIDA realiza el monitoreo de los progresos y apoya los procesos de planificación estratégica nacional.
- Brinda asistencia técnica para la implementación de modelos de atención inclusivos, con énfasis en las poblaciones vulnerables.
- Realiza evaluaciones nacionales de la respuesta del sector salud al VIH como una herramienta para realinear los esfuerzos nacionales y la cooperación internacional.
- Promueve y apoya técnicamente los procesos de integración de servicios.
- Apoya el fortalecimiento de los procesos de gestión de suministros en coordinación con otras agencias (UNFPA, UNICEF) y socios.
- Promueve la implementación de la estrategia de prevención de la resistencia al VIH y el monitoreo de los indicadores de alerta temprana.
- Promueve la implementación de sistemas de información integrados para la vigilancia de caso de VIH y monitoreo programático de pacientes.

¿QUE SE PUEDE HACER A NIVEL NACIONAL PARA APOYAR LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE VIH?

- Revisar los modelos de atención para asegurar la provisión de las actividades prioritarias de promoción, prevención, diagnóstico y atención de VIH en cada nivel.
- Fortalecer el funcionamiento de los servicios y de las redes de atención mediante la definición de los estándares esenciales de atención, los roles y las responsabilidades y de los mecanismos de comunicación y coordinación.
- Reconocer y adaptar los servicios clínicos a las necesidades específicas de grupos o poblaciones más afectadas.
- Implementar sistemas activos de apoyo y de retención de pacientes, promoviendo el involucramiento de la sociedad civil y de los servicios comunitarios.
- Implementar sistemas de monitoreo y mejoría de la calidad de servicio, definiendo los indicadores de los procesos de atención, servicios farmacéuticos y gestión de suministros en forma coordinada con otros programas y con los sistemas de vigilancia nacional.

- Adoptar la estrategia de prevención de la farmacoresistencia del VIH propuesta por la OPS/OMS.
- Promover mayor colaboración entre el programa de VIH y los programas de tuberculosis, salud maternoinfantil y salud sexual y reproductiva.
- Recolectar en forma sistemática y analizar la información sobre el consumo de ARV.
- Identificar las mejores intervenciones en base a la evidencia y la costoeficacia de las intervenciones.
- Implementar actividades de farmacovigilancia.

PILAR 5: MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

La participación de la comunidad y de la sociedad civil es crucial para el éxito de los programas de atención de VIH. La inclusión de la comunidad en el diseño de intervenciones, y en particular, la inclusión de poblaciones afectadas por el VIH, es crítica para asegurar una mayor equidad en el acceso a las intervenciones y para disminuir el estigma en el sector salud.

El principio de mayor involucramiento de las personas afectadas por el VIH, acordado en la Declaración de París en 1994, reconoce la importante contribución que las personas afectadas pueden hacer en la respuesta al VIH, colocándolas en el centro de la programación y la implementación de la respuesta nacional mediante una inclusión participativa en todos los procesos.

En la región, el activismo tuvo un rol protagónico en lograr el acceso a los programas públicos de tratamiento antirretroviral. Todavía hoy se necesita de una sociedad civil activa y fuerte para seguir abogando por el acceso equitativo a una atención de calidad, a la provisión continua de antirretrovirales, al acceso a medicamentos de tercera línea y a la sostenibilidad de los tratamientos a largo plazo, entre otros muchos desafíos actuales.

La sociedad civil también ocupa un lugar muy importante en la diseminación de la información sobre acceso a la prueba, identificación y reducción del estigma en el sector salud y los programas de apoyo al seguimiento y adherencia.

¿QUE HACE LA OPS PARA APOYAR LA MOVILIZACIÓN COMUNITARIA?

- Asegura la participación de la sociedad civil en el Grupo Asesor Externo del proyecto de VIH mediante consultas y revisión de los documentos técnicos regionales.
- Promueve el enfoque de derechos humanos y respeto de género en los planes nacionales de VIH.
- Apoya los estudios de Índice de Estigma en el sector salud.
- Apoya el involucramiento de la sociedad civil y de la comunidad en los programas de VIH.
- Fomenta los modelos de atención centrados en las personas y con espacios de participación comunitaria.

¿QUÉ SE PUEDE HACER A NIVEL NACIONAL PARA APOYAR LA MOVILIZACIÓN COMUNITARIA?

- Crear canales institucionales de participación de las comunidades afectadas en el diseño, planificación, implementación y evaluación de políticas y estrategias concernientes a su vida y su salud. Esto implica, por ejemplo, incluir oficialmente a personas con VIH o afectadas por la epidemia en los Comités Nacionales de SIDA, en los Mecanismos de Coordinación de País o en los consensos o comités nacionales para la selección y uso de medicamentos antirretrovirales.
- Promover observatorios nacionales para facilitar el monitoreo comunitario de los episodios de desabastecimiento, de la calidad de atención y del funcionamiento de los programas.

- Facilitar un mayor involucramiento de las comunidades en la producción y disseminación de los informes UNGASS, asegurando la retroalimentación de los resultados a la comunidad.
- Utilizar Internet y las redes sociales como herramientas para facilitar el acceso de la información y la participación interactiva.
- Coordinar con las organizaciones de personas afectadas las acciones de sensibilización y abogacía.
- Asegurar la participación de las organizaciones de personas afectadas en los procesos de atención aprovechando su mayor accesibilidad a poblaciones vulnerables.
- Involucrar a las personas con VIH en el diseño, implementación y evaluación de estas intervenciones, en particular en actividades de promoción de la prueba de VIH, referencia a los centros de atención, apoyo en el seguimiento, apoyo en la adherencia y actividades educativas.
- Capacitar a las organizaciones de personas afectadas en la Iniciativa Tratamiento 2.0, en la importancia de expandir la prueba, en el manejo de las parejas serodiscordantes, en prevención del VIH e impacto del tratamiento, estrategias de comunicación y uso de las nuevas tecnologías.
- Crear mecanismos de financiación de las organizaciones de la sociedad civil para cumplir con actividades específicas como el apoyo a la adherencia y las campañas de acceso a la prueba.
- Crear espacios para realizar demandas por estigma, barreras en el acceso, desabastecimiento y otras situaciones que afecten la calidad de vida de las personas con VIH y apoyar a las organizaciones para acompañar el seguimiento de las mismas.
- Promover alianzas entre organizaciones civiles y organizaciones del ámbito empresarial para apoyar acciones de sensibilización.
- Crear posibilidades de financiamiento transparente de las organizaciones de personas afectadas para la implementación de las actividades prioritarias.

LA NECESIDAD DE ESTABLECER UNA DEFINICIÓN PROGRAMÁTICA Y UN PLAN DE MONITOREO

Antes de proceder a la implementación de proyectos alineados a la iniciativa Tratamiento 2.0 es crítico determinar dentro de cada pilar cuáles son las actividades esenciales para cumplir con el objetivo de la iniciativa. Para ello es fundamental crear un plan de monitoreo de la implementación.

La OPS/OMS está realizando un proceso de revisión de los indicadores que están recolectando en forma rutinaria en los países a fin de seleccionar dentro de este paquete aquellos que mejor respondan a los objetivos de la iniciativa. Esto permitirá reorganizar un plan de monitoreo sin necesidad de confeccionar, en la medida de lo posible, nuevos indicadores. A la vez, el uso de indicadores utilizados en forma rutinaria facilitará la implementación más rápida y la integración más fácil dentro de los sistemas de vigilancia rutinaria.

China, Vietnam, Malawi y Argentina son ejemplos de países en los cuales el concepto de Tratamiento 2.0 ya se está discutiendo. En algunos casos se están proponiendo proyectos pilotos para la implementación programática de la iniciativa. Los enfoques, poblaciones e intervenciones de estos proyectos son muy diferentes y varían en función del contexto y las oportunidades, pero también debido a que el proceso de conceptualización de los componentes aún esta en marcha. Por esta razón es urgente establecer cuales son los lineamientos esenciales de esta estrategia a fin de poder realizar una planificación adecuada de las intervenciones, que respondan a un grupo de indicadores definidos y que puedan posteriormente ser evaluados. La OPS está trabajando activamente en la construcción regional de los componentes esenciales de la iniciativa Tratamiento 2.0.

MÁS INFORMACIÓN:

http://www.who.int/hiv/events/wha_side_event/en/
<http://www.paho.org/vih/tarv>
<http://www.unaids.org/en/strategygoalsby2015/hivtreatment/#1>
<http://www.latinciat.net/>

REFERENCIAS:

1. Hirschall G, Schwartlander B. Treatment 2.0: catalysing the next phase of scale-up. *Lancet* 2011;378(9787):209-211.
2. OMS. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en Adultos y Adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de Salud Pública. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243599762_spa.pdf
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011.
4. WHO/UNAIDS. Treatment 2.0: Is this the future of treatment?8-11-2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110824_JC2208_outlook_treatment2_0_en.pdf
5. WHO, UNICEF, UNAIDS. Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/en/index.html>
6. Crabtree-Ramirez B, Caro-Vega Y, Shepherd BE et al. Cross-sectional analysis of late HAART initiation in Latin America and the Caribbean: late testers and late presenters. *PLoS One* 2011;6(5):e20272
7. Alonso Gonzalez M, Martin L, Munoz S, Jacobson JO. Patterns, trends and sex differences in HIV/AIDS reported mortality in Latin American countries: 1996-2007. *BMC Public Health*. 2011 Jul 29;11:605.
8. WHI. Short term priorities for antiretroviral drug optimization. Meeting report. London, 18-19 April 2011. Available at http://www.who.int/hiv/pub/arv/short_term_priorities/en/index.html
9. Dejesus E, Young B, Morales-Ramirez JO et al. Simplification of antiretroviral therapy to a single-tablet regimen consisting of efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate versus unmodified antiretroviral therapy in virologically suppressed HIV-1-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;51(2):163-174.
10. Airoidi M, Zaccarelli M, Bisi L et al. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Prefer Adherence* 2010;4:115-125.
11. Bangsberg DR, Ragland K, Monk A, Deeks SG. A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. *AIDS* 2010;24(18):2835-2840.
12. WHO. Priority interventions HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241500234/en/index.html>
13. Fox J. Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: a cohort of high-risk men who have sex with men. 2009.
14. WHO. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/>
15. Murtagh M. UNITAID Technical Report: HIV/AIDS Diagnostic Landscape. 2011. http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/v2_hivdiaglandscape.pdf
16. Gerlach J, Sequeira M, Alvarado V et al. Cost analysis of centralized viral load testing for antiretroviral therapy monitoring in Nicaragua, a low-HIV prevalence, low-resource setting. *J Int AIDS Soc* 2010;13:43.
17. OPS. Llamado de Acción de Panamá para Ampliar las Actividades de Colaboración TB/VIH - Julio 2011 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14092&Itemid=
18. OPS. La renovación de la atención primaria de la Salud en América Latina y el Caribe. Documento de posición. Disponible en http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR ONUDD
UNICEF OIT
PMA UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANCO MUNDIAL



© Organización Panamericana de la Salud, 2011

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.