



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH/SIDA



**Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico - Normativos

**La Paz - Bolivia
2011**





ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH/SIDA



Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico - Normativos

La Paz - Bolivia
2011



Ni el Ministerio de Salud y Deportes, y ninguna persona que actúe en su nombre se responsabilizará del uso que pudiera darse a esta información.

Ficha Bibliográfica

BO WD308 M665n No. 236 2011	Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH - SIDA./Ministerio de Salud y Deportes. La Paz : Arte Mania, 2011 68p. :ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 236) Depósito legal: 4-2-199 -11 P.O. ISBN : 978-99954-50-46-5 I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA II. VIH III. NORMAS BASICAS DE ATENCION A LA SALUD IV. MEDICINA COMUNITARIA V. BOLIVIA 1. t. 2. Serie.
---	--

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de Internet <http://www.sns.gov.bo/its-vih-sida>

R.M. Nº 1191 de 22 SEP. 2011

Depósito Legal: 4-2-199-11 P.O.

ISBN: 978-99954-50-46-5

Documento Elaborado por:

Dr. Igor Pardo, Consultoría:

Revisión Técnica Realizada por:

Dra. Carola Valencia Rivero – Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH/SIDA

Dr. Freddy Flores Conde - Responsable de Medicamentos

Lic. Ruth Barral - Asistente Técnica

Dra. Amanda Telleria - Ibis-Hivos

Impresión:

arteMANIA

La Paz: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Unidad Nacional de Epidemiología – Dirección General de Servicios de Salud – Comité de Identidad Nacional y de Publicaciones – Ministerio de Salud y Deportes – 2009.

© Ministerio de Salud y Deportes 2009.

Documento impreso con el apoyo financiero del Fondo Mundial a través del Receptor Principal en Bolivia, Asociación Ibis - Hivos, en el componente VIH, bajo convenio establecido en la Carta Acuerdo del Proyecto BOL-910-G09-H FONDO MUNDIAL.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Tiraje 1.000 ejemplares.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Sr. Miguel Ángel Rimba Alvis
**VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y DEPORTES**

Dr. Johnny Vedia Rodriguez
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. José Antonio Zambrana Torrico
JEFE DE LA UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dra. Carola Valencia Rivero
COORDINADORA NACIONAL PROGRAMA ITS/VIH/SIDA



Resolución Ministerial

Nº 1191

22 SET. 2011

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el artículo 37 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera y se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades;

Que, el artículo 12 del Código de Salud, Decreto Ley Nº 15629 de fecha 18 de julio de 1978, señala que la Autoridad de Salud está facultada para dictar las disposiciones a las que se sujetarán los organismos públicos y privados en la elaboración y difusión de sus programas en todos los aspectos de la educación para la salud;

Que, el inciso a) del artículo 1 de la Ley Nº 3729 de fecha 08 de agosto de 2007, dispone como objetivo de la Ley, de garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH-SIDA, así como del personal de salud y de la población en general;

Que, el numeral 1 del párrafo I del artículo 81 de la Ley Nº 031 de fecha 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", determina que el nivel central del Estado tiene la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud;

Que, el numeral 22) del párrafo I del artículo 14 del Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero del 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece como atribución de las Ministras y Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, de emitir resoluciones ministeriales en el marco de sus competencias;

Que, el Informe 010/2011 de fecha 07 de septiembre de 2011, emitido por la Comisión Técnica de Revisión de Publicaciones, refiere autorizar la publicación de la "NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA" y su inscripción en los registros de Depósito Legal e ISBN;

Que, mediante Nota CITE: MSyD/VMSyP-1523/2011 de fecha 09 de septiembre de 2011, el Viceministro de Salud y Promoción, solicita a la Directora General de Asuntos Jurídicos, la elaboración de la Resolución Ministerial que apruebe y autorice la publicación de la "NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA", de acuerdo a los antecedentes adjuntos;

POR TANTO:

La Ministra de Salud y Deportes, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;


RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar la "NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA" y autorizar la impresión y publicación a nivel nacional, conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución; debiéndose inscribir la publicación institucional en los registros de Depósito Legal e ISBN.

La Dirección General de Servicios de Salud y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, quedan a cargo del cumplimiento y ejecución de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

MCAV/wyf.


Dr. María Esther Villalón Cordero
DIRECTORA GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Martín Matarano Frigo
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dra. Nilda Mercedes Miranda
MINISTRA DE SALUD
Y DEPORTES
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PRESENTACIÓN

Una de las características del pasado fue que el modelo de atención era preferencialmente biologicista, asistencialista y hospitalario en el sector, por su fragmentación, así como su débil rectoría.

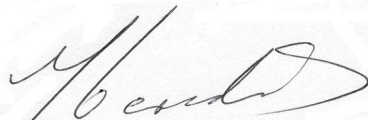
Para revertir esta situación el Ministerio de Salud plantea eliminar la exclusión social en salud mediante el ejercicio del derecho a la misma, mediante el acceso universal al Sistema Único de Salud. A través de la implementación del nuevo modelo de atención y gestión en salud, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Cuyos principios establece la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad, fortalece la Promoción de la Salud, a partir de las determinantes sociales.

Esa certeza ha llevado a la necesidad de proponer esta Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA, para que, partiendo de problemas de salud específicos se pueda ir concretizando el nuevo paradigma.

La elaboración de este documento es el primer paso que solamente podrá encontrar el funcionamiento adecuado con la participación activa, comprometida y decidida tanto del personal de salud, como de la población organizada.

La Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA, propone una serie de parámetros en cuanto a equipamiento y recursos humanos en escenarios óptimos, que deberán darse en el curso de su implementación y que bajo ningún concepto deberán ser entendidas como requisitos previos para desarrollar un trabajo eficiente y/o la implementación de esta Norma.

En este entendido esta lanzada el desafío para que el personal de salud puede continuar contribuyendo con aportes desde su experiencia en la temática para lograr que la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural llegue a la población con acciones concretas.



Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Acronimos

CDC	Centers for Disease Control
CDVIR	Centro departamental de vigilancia y referencia de ITS
CV	Carga viral
DILOS	Directorio Local de salud
DIMUSA	Dirección Municipal de salud
DS	Decreto Supremo
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FDA	Food and Drug Administration
HSH	Hombre que tienen sexo con Hombres
Ibis-Hivos	Ibis Dinamarca e Hivos Holanda, receptor principal, proyecto Fondo Mundial, componente VIH/SIDA
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PVVS	Personas que viven con VIH/SIDA
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministros
TARV	Terapia Antirretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

INDICE

Acrónimos	
1.INTRODUCCIÓN	2
1.1. Situación del VIH/SIDA en Bolivia	
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivos Generales	
2.2. Objetivos Específicos	
3. MARCO LEGAL	8
4. ÁMBITO	10
5. CONCEPTOS DE SALUD -SISTEMA- NORMA (Modelo)	11
6. MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL	13
6.1. Modelo de Atención	15
6.2. La Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA en el marco del Modelo SAFCI	16
7. NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA	18
7.1. Integralidad en el manejo de ITS/VIH-SIDA	
7.2. Principios orientadores	
7.3. Características de la norma	
7.4. Prevención de la transmisión de ITS/VIH	
7.5. Atención de las personas con ITS/VIH-SIDA	
7.6. Objetivos de la atención	
7.7. Organización de la atención	
7.8. Componentes operacionales del Modelo	
7.8.1. Registro y sistema de información	
7.8.2. Equipo Interdisciplinario	
7.8.3. Red de laboratorios	
7.8.4. Sistema de administración de TARV	
7.8.5. Comunicación entre instituciones relacionadas con la atención	
7.8.6. Sistema de referencia y retorno	
7.8.7. Sistema de aseguramiento de calidad	
7.8.8. Apoyo al grupo familiar	
8. ESTRUCTURA DE LA RED DE ATENCIÓN DE LA NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL	
8.1. Puestos y Centros de Salud	
8.2. Consulta externa especializada	
8.3. Atención en hospitales y atención de emergencia	

8.4. Farmacia institucional	
8.5. Laboratorio de referencia	
8.6. CDVIR- (CRVIR)	
8.6.1. Funciones gerenciales	
8.6.2. Funciones asistenciales	
8.6.3. Características físicas y equipamiento	
8.6.4. Dotación de RRHH y capacitación	
8.6.5. Organización y funciones del personal	
8.7. Atención interdisciplinaria	
8.7.1. Ruta crítica para la atención de pacientes con VIH/SIDA	
8.8. Los CDVIR (CRVIR) a mediano plazo	
8.9. Población beneficiada	
9. ATENCION DE ITS	
10. REDES DE ATENCIÓN	
10.1. Niveles de construcción de redes	
11. INSTANCIAS DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL	
11.1. Consejo Nacional del SIDA	
11.2. Consejo Departamental del SIDA	
11.3. Consejos técnicos	
11.4. Lineamientos de funcionamiento de los comités	
12. CALIDAD DE ATENCIÓN, EVALUACIÓN E INDICADORES	
12.1. Toma de decisiones	
12.2. Control de calidad	
12.3. Indicadores	
13. Bibliografía adicional	

1. INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA representa el mayor desafío en la salud pública a escala mundial, a pesar de las diferencias regionales en su incidencia e impacto no se puede pretender una estrategia preventiva sin considerar las características globales propias de este período de la humanidad.

Las migraciones, la facilidad de transporte de las personas entre continentes exige que los países adopten acciones coordinadas y multilaterales no solo para disminuir la transmisión del virus sino también para facilitar el diagnóstico precoz y garantizar el tratamiento adecuado para las personas que ya poseen la enfermedad.

De acuerdo a los reportes de ONU/SIDA^{1 2} más de 33 millones de personas viven actualmente con VIH/SIDA en el mundo, la mayoría en África subsahariana (+/- 66%). Del total de casos +/- 60% (19.8 millones) corresponde a mujeres y más de 2.1 millones son niños (el 90% de los niños que han perdido a uno o ambos de sus progenitores a causa de la enfermedad viven en África subsahariana).

De acuerdo a la misma fuente, durante el año 2009, 1.2 millones de personas en todo el mundo recibieron por vez primera terapia antirretroviral (incremento del 30% en relación al 2004), este mayor acceso al tratamiento específico ha contribuido a la disminución de la mortalidad en cerca de 19% si se compara el período 2004-2009.

En todo el mundo, el medio más común de transmisión del VIH siguen siendo, con diferencia, las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada.

En los países donde la epidemia es de bajo nivel o concentrada (prevalencia del VIH inferior al 1% en la población general), la transmisión está a menudo vinculada a las relaciones sexuales de riesgo en el contexto del trabajo sexual o entre hombres, mientras que en las epidemias generalizadas (prevalencia del VIH en la población general adulta es superior al 1%), las relaciones sexuales con parejas múltiples, en las que se hace un uso escaso e irregular del preservativo, basta para que se siga propagando la epidemia.

Sin embargo y luego de más de 25 millones de fallecidos, existen algunas señales para albergar un moderado optimismo; ya que hay indicios de que, a escala mundial, la prevalencia del VIH se está estabilizando y en algunos países se observan reducciones localizadas. También han disminuido los fallecimientos atribuibles al SIDA, debido, en parte, al mayor acceso a la terapia antirretroviral y al aumento del número de mujeres embarazadas seropositivas que reciben ese tratamiento para evitar la transmisión del VIH de la madre al niño.

Según estudios realizados recientemente entre jóvenes de diez países del África subsahariana y el Caribe, se han reducido considerablemente algunas formas de comportamiento sexual que entrañan un mayor riesgo de contraer el VIH.

A pesar de lo cual no se puede obviar que las tendencias y los promedios globales suelen mimetizar la realidad concreta de países o regiones donde la situación dista bastante de estar

¹ Enfoque estratégico, el VIH-SIDA y la educación. ONU/SIDA 2009 en www.unaids.org

² Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida. Global Report 2010 en www.unaids.org

medianamente contralada; e incluso a desmejorado por ejemplo en países del este de Europa o la región central del Asia existe un incremento de la incidencia en 25% en el período 2001-2009.

Resulta importante señalar que cada vez existe mayor evidencia sobre los logros obtenidos a partir de las intervenciones dirigidas a la reducción del estigma y discriminación, facilitando el acceso a la información y los servicios de salud, disminuyendo de esta manera el riesgo de infección.

El aumento del financiamiento a países en desarrollo mediante mecanismos de cooperación internacional como el Fondo Global en nuestro caso es sin duda co-responsable de los logros obtenidos hasta el momento pero conseguir la sostenibilidad a mediano y largo plazo de las acciones iniciadas es el mayor reto pendiente.

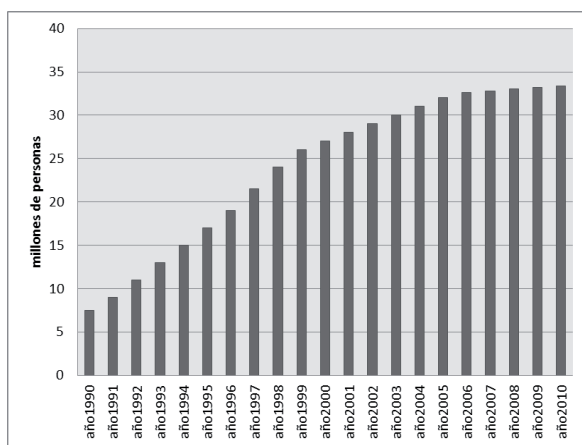
Como señala el informe referido: “el futuro de la epidemia todavía es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH”.³

En relación a otras ITS, se conoce que estas aumentan las probabilidades de que el VIH, se transmita de un individuo a su pareja por contacto sexual. Por su parte, la presencia del VIH aumenta la vulnerabilidad a las ITS y prolonga la duración de los procesos infecciosos. Por lo tanto, la prevención y el manejo de las ITS han adquirido una importancia crítica en lo que a minimizar el impacto de la pandemia del VIH/SIDA se refiere.

Se debe reconocer que en muchas oportunidades y a diverso nivel (incluso internacional) esta problemática específica (otras ITS) no suele visualizarse específicamente en las agendas de trabajo y por lo tanto tampoco se traducen en intervenciones directas para minimizar su impacto.

Esta es la razón principal para que la presente Norma considere su incorporación al momento de pretender uniformar el manejo general en un modelo sanitario concreto tanto de las ITS como del VIH-SIDA.

CUADRO N° 1
Número de personas con VIH/SIDA a nivel mundial 1990-2010



³ ONUSIDA, 2008b: 3.

1.1. Situación del VIH/SIDA en Bolivia⁴

Desde 1984, cuando se describe el primer caso de VIH/SIDA en nuestro país, el reporte de los casos se ha ido incrementando de manera significativa sobre todo a partir del año 2001. En el cual el número de casos pasa a tener tres dígitos, la explicación de esa tendencia posiblemente sea el aumento de la capacidad institucional del Programa Nacional y del fortalecimiento de la red de servicios, en cuanto a la disponibilidad de pruebas rápidas y el mayor acceso a las mismas de la población.

A pesar de los avances concretos en este tema es probable que todavía hoy, exista un subregistro en cuanto a la notificación de los casos, por lo cual no debe sorprendernos que paralela a la mejora en las intervenciones de educación-promoción-prevención y mayor demanda de pruebas de tamizaje y diagnósticas, el universo de población afectada sea aún mayor.

CUADRO N° 2
Casos Notificados de VIH/SIDA Bolivia, 1984-2010



De acuerdo al Programa Nacional, desde 1984 se tienen un poco más de 6.000 casos de VIH/SIDA notificados, (sin embargo en el Reporte ONUSIDA 2010 indica que aproximadamente la cifra debiera ser cercano a los 12.000 casos); de los cuales 5.525 viven actualmente. Es decir que la proporción de personas con VIH/SIDA en relación a la población total es de 0.05%.

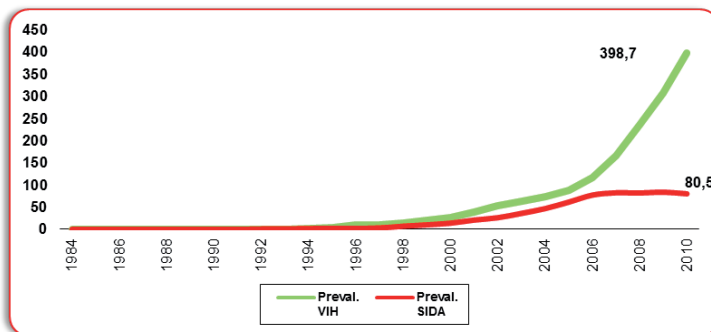
Hasta diciembre de 2010, en Bolivia 5 de cada 10.000 personas viven con VIH/SIDA y la prevalencia de SIDA es de 80 por millón de habitantes.

Del total de casos notificados en el país 24% corresponden a casos en fase SIDA. En los departamentos de Cochabamba, Oruro y Tarija, más del 30% de los casos notificados se encuentran en fase SIDA, lo que denota el mayor esfuerzo que se debe desarrollar en las intervenciones que faciliten el acceso a las pruebas rápidas para conseguir el diagnóstico temprano, con lo cual se puede incidir de manera más favorable en la calidad de vida de las personas afectadas con el virus.

⁴ Información: SNIS EN BASE A PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH/SIDA MSD
Información preliminar ajustada según tendencias de la epidemia

Analizando la distribución por sexo y edad se puede apreciar que, la relación hombre/mujer es de 2 a 1, es decir que por cada mujer VIH (+) existen dos hombres en igual condición y seis de cada 10 personas con VIH/sida tienen entre 15 y 34 años.

CUADRO N° 3⁵
Bolivia: Prevalencia de casos notificados de VIH y SIDA
(Por millón de habitantes)



Con referencia a la distribución geográfica de la epidemia en Bolivia, ésta se encuentra en mayor número en el eje central del país constituido por los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz con casi 9 de cada 10 casos (89%); siendo éste último departamento en que concentra a 5 de cada 10 casos (55%).

Esta distribución se relaciona a su vez con la mayor concentración poblacional en general en los departamentos mencionados con el 72% de los habitantes y seguramente con la capacidad de respuesta mayor de la red de servicios en dichas regiones.

De manera que desde, el primer caso descrito en 1984 los diferentes reportes oficiales e investigaciones recientes sobre el comportamiento de la epidemia en nuestro país coinciden en las siguientes características de la misma:

- ↳ **Epidemia de tipo concentrada, con prevalencias por encima de 5% en poblaciones vulnerables, principalmente en grupos poblacionales de HSH.**
- ↳ **Los casos acumulados de VIH/SIDA notificados en el país entre enero de 1984 y diciembre de 2010, ascienden a 6.176, posiblemente con un subregistro importante cercano al 50%.**
- ↳ **Los departamentos más afectados y con la mayor notificación de casos en el país, sobre todo a expensas de sus ciudades capitales, son Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.**
- ↳ **La vía de transmisión predominante es la sexual, con más de 90% de las notificaciones.**
- ↳ **La relación de casos de VIH/SIDA hombre mujer notificada es de 2 a 1, es decir que por cada mujer VIH(+) existen dos hombres en igual condición**

⁵ Fuente: Programa Nacional ITS/VIH-SIDA

Finalmente es bueno señalar que el mayor impulso para iniciar y posteriormente optimizar las intervenciones en este tema, tienen su origen en la movilización y participación constante de la sociedad civil especialmente de las personas que viven con VIH.

De esta manera de la recepción de donaciones importantes pero esporádicas de medicamentos se ha logrado el acceso a fuentes de financiamiento que permiten garantizar mayor disponibilidad de los antirretrovirales, ahora conseguir sostenibilidad de las intervenciones con enfoque integral constituye el objetivo institucional más importante.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales

- 2.1.1. Otorgar e implementar un modelo de atención integral accesible, oportuno y de calidad en ITS/VIH-SIDA en el sistema único de salud.
- 2.1.2. Fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Ampliar las intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH-SIDA a población general.
- 2.2.2. Cumplir con los protocolos, normas y guías en el sistema único de salud
- 2.2.3. Garantizar un Acceso oportuno a la atención diagnóstico y tratamiento antirretroviral (TARV), seguimiento y manejo de las complicaciones en PVVS, adultos y niños/as, en el Sistema Único de Salud.
- 2.2.4. Implementar acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludables en la población en general.
- 2.2.5. Fortalecer las capacidades de RRHH a través de un plan de capacitación continua de los centros de atención
- 2.2.6. Fortalecer las capacidades de gestión y coordinación del personal de establecimiento de salud, para una descentralización progresiva de la atención.
- 2.2.7. Promoción de un trabajo asociativo entre las PVVS y los equipos de salud mediante una participación activa y protagónica en el cuidado de su salud, en la prevención secundaria y el refuerzo de la adherencia a TARV.
- 2.2.8. Integrar los CDVIRs y CRVIRs a las redes de salud

3. MARCO LEGAL

- ⇒ **CONSTITUCION POLÍTICA DEL ESTADO**, 2009. Toda la SECCIÓN II se refiere a los derechos reconocidos en cuanto a la salud y la seguridad social destacando para fines de este documento los siguientes contenidos: **Artículo 37**. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. **Artículo 36. I**. El Estado garantizará

el acceso al seguro universal de salud. **Artículo 35. I.** El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. **Artículo 44. I.** Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida. Merece mención aparte el gran avance que ha significado explicitar en la Carta Magna de nuestro país, SECCIÓN VI, Derechos de las familias lo referido a los derechos sexuales y reproductivos: Artículo 66. Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

- ↳ **LEY 15629 – CODIGO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA.** Regula jurídicamente las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud, contempla derechos y deberes de médicos y pacientes.
- ↳ **LEY N° 2028, DE MUNICIPALIDADES,** Concede la autonomía municipal para contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la otorgación de prestaciones de salud, construyendo, equipando y manteniendo la infraestructura de salud, normando, regulando y fiscalizando la prestación de servicios públicos, suministrando, administrando y supervisando el uso de equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de salud bajo su tuición.
- ↳ **LEY N° 3729, (agosto de 2007) PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA, PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ASISTENCIA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH-SIDA.** Garantiza los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/SIDA, personal de salud y población en general. Constituye el marco legal para la prevención del VIH/SIDA, la asistencia integral multidisciplinaria y la protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en todo el territorio nacional. Se crea el Consejo Nacional del VIH/SIDA, que propiciará la coordinación entre el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes y todas las instancias involucradas en dar respuesta a la epidemia del VIH/SIDA.
- ↳ **LEY N° 031 (julio de 2010) LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN.** Establece el alcance de las competencias asignadas al artículo 298 al 304 de la Constitución Política del Estado. En el campo de la salud define los niveles de competencia, Nacional, Departamental, Indígena originario y campesino y Municipal. Determina la responsabilidad de los establecimientos de III nivel de atención a cargo de las Gobernaciones y de los II y I nivel de atención a cargo de los Municipios.
- ↳ **DECRETO SUPREMO No 28748 (junio 2006).** Establece el marco de financiamiento para la complementación de medidas de aseguramiento público en salud, según lo establecido en el D.S. N° 28421 del 21 de octubre de 2005.
- ↳ **DECRETO SUPREMO No 29322 (24 de octubre 2007).** Modifica el artículo 2 del D:S: N° 28421 del 21 de octubre de 2005, referido a la distribución del impuesto directo a los hidrocarburos – IDH.
- ↳ **DECRETO SUPREMO No 29601 (11 de junio 2008).** Define la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con sus dos modelos: de atención y de gestión.
- ↳ **DECRETO SUPREMO N° 27746 (27 septiembre 2004).** Aprueba que los recursos humanos administrativos y de apoyo a los establecimientos de salud pueden ser contratados con fondos de los Gobiernos Municipales.

- ⇒ **RESOLUCIÓN MINISTERIAL 1036/08 (21 noviembre 2008)** Aprueba la Norma Nacional de la Red Municipal SAFCI y Red de Servicios, la Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno.
- ⇒ **DECRETO SUPREMO N° 0451 (17 marzo 2010)** Reglamenta las disposiciones contenidas en la Ley N° 3729, de 8 de agosto de 2007, para la Prevención del VIH/ SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH/ SIDA.

4. AMBITO

Esta Norma Nacional debe ser aplicada de manera obligatoria en todo el Sistema Único de Salud.

Los (as) responsables departamentales del Programa de ITS/VIH-SIDA son los encargados de verificar la implementación del documento en su ámbito de competencia departamental. Los responsables municipales de salud deberán informar al SEDES respectivo sobre los avances, dificultades y logros en este sentido.

El (o la) responsable del Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA dependiente del Ministerio de Salud y Deportes es la máxima instancia institucional encargada del cumplimiento de esta Norma.

5. CONCEPTOS DE SALUD-SISTEMA-NORMA (MODELO)

La salud como derecho humano ha sido consagrada en numerosos tratados internacionales, incluida la Declaración Universal de DDHH de 1948. Sin embargo este derecho tiene la particularidad de ser condicionante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los mismos, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos; debido a que las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad que vivan, o de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, a vestimenta y trabajo.

Por eso, es poco probable que cualquier Estado pueda garantizar la salud como derecho sin considerar la interrelación con otros derechos que son implícitos al momento de evaluar el ejercicio del mismo.

En la actualidad existe cierto consenso sobre la importancia de las determinantes de la salud en las condiciones de una determinada población, a partir de ahí la definición de salud es ahora más amplia y a la vez más compleja : **“La salud** es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social”⁷.

Entonces el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de bienestar: es decir el vivir bien.

La organización sectorial para el ejercicio de ese derecho la conocemos como **sistema de salud** el cual según la OPS/OMS en su 53ª Asamblea lo define como: “el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria”.

Por **actividad sanitaria** se entiende todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de

salud personales o de los servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito principal de mejorar la salud humana.

A partir de ahí podemos señalar que una **Norma (Modelo de Atención)** es una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. O sea que valida o invalida otras prácticas.⁸

Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos salud – enfermedad – atención, tratamientos, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y las poblaciones.

Un modelo de atención va mas allá que la organización de los establecimientos por niveles de complejidad o la normalización de la referencia y el retorno; implica esos y otros ámbitos que tienen relación con la percepción subjetiva que cada uno de los actores del campo de salud tenemos con respecto a nuestro rol.

En ese marco, la temática ITS/VIH-SIDA es aun más compleja por la carga de sesgos, cierta discriminación, subjetividades, desconocimiento, que suele rodear su abordaje, incluso en el propio personal de salud, que en teoría debiera ser un canal para mejorar la percepción y conducta de la población hacia esta problemática.

Por lo tanto la implementación de un modelo de salud debe considerar indefectiblemente tanto las necesidades de la población, como el compromiso del personal que trabaja en salud que en definitiva será quien convierta la descripción teórica de un modelo en intervenciones tangibles y concretas.

6. MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL

À partir del año 2005 se ha iniciado una profunda reforma en el sector salud como parte de la reestructuración integral del Estado en su conjunto. El marco conceptual de este proceso se encuentra en el Plan de Desarrollo Nacional el cual plantea cuatro líneas estratégicas, Bolivia Digna, Bolivia Soberana, Bolivia Productiva y Bolivia Democrática.

Las cuatro tienen como fin la construcción de un modelo social económico y estatal basado en la diversidad y en la dimensión plurinacional que permita el “vivir bien” de la población.

Tanto las Bases del Plan Estratégico como el Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010 señalan que la situación de salud heredada luego del período neoliberal se caracterizó por: alta privación socio-biológica en mayorías poblacionales Sistema Nacional de Salud: segmentado, fragmentado con débil rectoría y gestión ineficaz e ineficiente centrado en el asistencialismo, con enfoque biologicista e inequitativo con la consecuente insatisfacción de los usuarios. :⁹

Para revertir esta situación el sector plantea eliminar la exclusión social en salud mediante el ejercicio del derecho a la misma, asegurando el acceso universal al Sistema Único de Salud. Con esa premisa se establece la implementación del nuevo modelo de atención y gestión en salud, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), bajo los siguientes principios:¹⁰

- ↳ **Participación comunitaria**
- ↳ **Intersectorialidad**
- ↳ **Interculturalidad**
- ↳ **Integralidad**

Se trata de construir un sistema único que adopte a la promoción de la salud como su estrategia principal, convertida ésta además en el elemento articulador que consiga movilizar, al equipo de salud, la familia y la comunidad para responder a los problemas de salud y sus determinantes.

Sin embargo constituye una certeza, que la implementación de un nuevo modelo de salud (en especial nos referimos a la atención) resulta una tarea compleja que requiere no solamente de la postulación de los contenidos teóricos del mismo; sino la adopción por parte del personal de salud de un nuevo enfoque, que indudablemente cambia (afecta) la forma en la que ha trabajado los últimos veinte años.

Bajo esa misma lógica durante la gestión 2009 se elaboró el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020¹¹ cuyo objetivo principal es “mejorar el estado de salud de todos los Bolivianos y Bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que será integral, participativo, intercultural, intersectorial e incluyente de la medicina tradicional”.

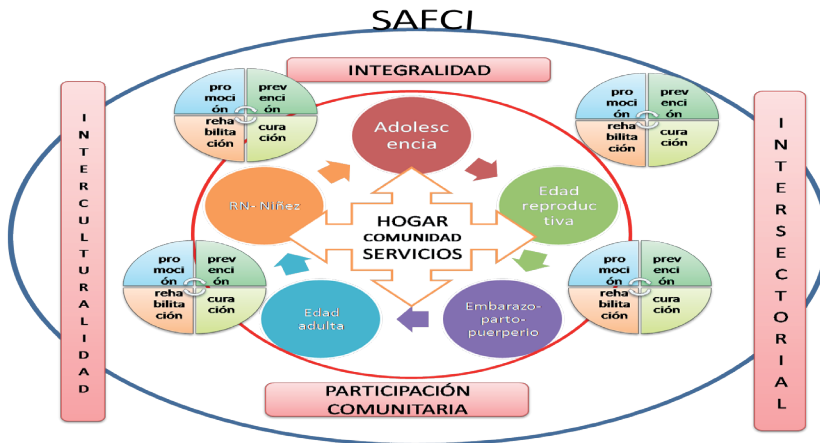
Es importante señalar que parte del Plan Sectorial de Desarrollo contiene un breve análisis de período 2006-2010 que señala: “El período 2006-2010 no incluyó la organización de un proceso de seguimiento y evaluación, y como consecuencia, no se realizó todavía una evaluación global del avance de los diferentes programas y proyectos sectoriales. Sin embargo, es evidente que no se logró las metas establecidas, en particular en cuanto a impactos esperados, como mortalidad materna, mortalidad infantil, etc. Además, se puede destacar una gran falta de difusión lo que resultó en un mal conocimiento de este documento por parte de los actores del Sector, incluso los actores públicos, y entonces no hubo alineamiento real del Sector a las políticas nacionales presentadas en el PSD 2006-2010; así, el Sector conocía globalmente las 5 políticas, pero no en qué consistían.

De esta manera el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 agrupa las cinco macropolíticas del documento predecesor (Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, Rectoría, Movilización Social, Promoción de la Salud y Solidaridad) en tres ejes de desarrollo que guiarán el accionar del sector durante el período de tiempo señalado:

- ↳ **Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural**
- ↳ **Promoción de la salud en el marco de la SAFCI**
- ↳ **Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI**

Por esta razón es que, para evitar nuevos períodos de tiempo en los cuales no se logre visualizar de manera tangible el modelo SAFCI es que intentamos contribuir a su implementación a partir de un tema específico (ITS/VIH-SIDA). Solamente a partir de problemas (situaciones concretas) de salud se podrá identificar las debilidades del sistema antiguo y orientar las intervenciones en el marco de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Se debe avanzar en la mayor socialización de la promoción y la prevención en salud, paralelamente al fortalecimiento de la red de salud.

FIGURA N° 1
Modelo SAFCI



En la figura N°1 se ha tratado de representar el funcionamiento del modelo SAFCI con sus principios (transversales a todas las actividades), encontrando como eje al espacio donde se manifiestan los problemas y se articulan las soluciones de salud: la Comunidad, la familia y el establecimiento de salud.

Además el enfoque extrapolado del continuo de atención puede ser perfectamente aplicado al problema concreto que nos ocupa ya que las intervenciones en las diferentes etapas del ciclo de vida tienen su repercusión en las siguientes tanto para las personas como para el sistema de salud mismo.

Si fortaleciésemos las acciones en educación y orientación con los (as) adolescentes probablemente ese grupo llegue a la edad reproductiva con herramientas y conocimientos más adecuados referentes a conductas de riesgo, a la importancia de la planificación preconcepcional e incluso en temas tan concretos como las ITS durante la adolescencia, situación que “arrastran” posteriormente en su primer embarazo y algunas veces durante toda la etapa reproductiva.

Otro aspecto que resulta primordial remarcar es que el nuevo modelo indudablemente plantea la necesidad de adoptar a la promoción de la salud como su estrategia principal; lo que no significa descuidar las intervenciones concretas en cuanto a fortalecimiento de las labores asistenciales en su capacidad resolutoria. Ya que a pesar de encontrarnos en un periodo de implementación del nuevo modelo; el proceso salud-enfermedad es continuo y requiere de respuestas inmediatas a problemas concretos de la población.

6.1. Modelo de Atención ¹²

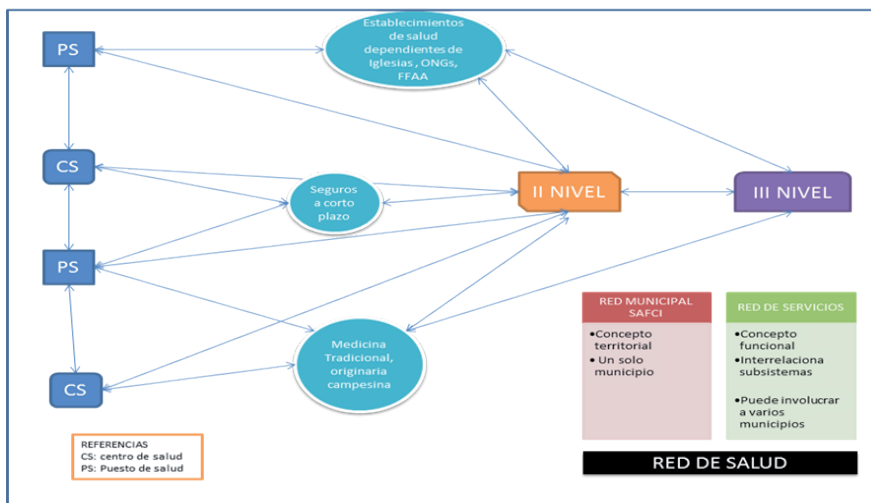
Tanto el modelo de atención como el de gestión deben enmarcarse en la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. El modelo de atención, está organizado en niveles de complejidad primario, secundario y terciario que deben funcionar en forma coordinada, con resolutoria progresiva en la solución de los problemas de salud y vías expeditas de referencia y retorno entre ellos.

¹² Decreto Supremo N° 29601

Los niveles de complejidad deben conformar la red de salud a partir de la organización de las redes municipales SAFCI y de la red de servicios. Esta última implica la agrupación de establecimientos, de diferentes niveles de resolución y de diferentes municipios (cuando es necesario) para garantizar la capacidad resolutoria del Sistema Único de Salud. (Figura N° 2).

El Sistema Único de Salud debe incorporar progresivamente a su red de salud a todos los establecimientos de los denominados subsectores (seguridad social, ONG, iglesia, FFAA) incluyendo a la medicina tradicional.

FIGURA N° 2
Red Municipal SAFCI- Red de Servicios
Red de Salud



Entonces, el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.¹³

Las características de dicho modelo son:

- ↳ Enfocar la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la enfermedad).
- ↳ Desarrollar sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios.
- ↳ Organizar sus prestaciones en redes de servicios y redes municipales.
- ↳ Recuperar la participación social en la organización de los servicios.
- ↳ Desarrollar sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

6.2 La Norma de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA en el marco del Modelo SAFCI

Como se señaló, el Plan Sectorial de Desarrollo plantea tres ejes centrales con sus Programas y Proyectos, alineados a los mismos se ha desarrollado una serie de intervenciones que solamente deben servir como ejemplos. El objetivo final de este ejercicio teórico es conseguir que el Modelo SAFCI, a partir de temas concretos (ITS/VIH-SIDA) pueda ser implementado y la población verdaderamente perciba el cambio de enfoque.

EJE	PROGRAMA	PROYECTO	INTERVENCIONES
Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural	Universalización del Acceso al Sistema de Salud	Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI	Disminuir las barreras existentes para ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento en los CDVIR así como en la red de servicios.
		Fortalecimiento de las Redes de salud	Mejorar el equipamiento, la infraestructura y la dotación de RRHH en la red de salud.
		Vigilancia y Gestión de la Calidad de bienes y servicios de salud	Implementar adores
		Seguro Universal de Salud	Implementar la Carpeta Familiar y Normar mediante Protocolos de Atención la gratuidad de la atención en todo el sistema como lo establece la Ley 3729 y su Decreto Reglamentario.

Promoción de la salud en el marco de la SAFCI	Participación Social y Determinantes de la Salud	Intersectorialidad para un entorno saludable	Implementar los CODESIDAS y los Consejos técnicos.
		Gestión, Movilización y Control Social en el marco de la SAFCI	Establecer regularidad a las reuniones de los Comités donde participa la sociedad organizada e invitar a representantes de la estructura social de salud para integrarse
		Nutrición y Seguridad Alimentaria	Continuar con los proyectos de apoyo nutricional a las PVVS
		Reducción de la violencia	Establecer un enfoque integral a las intervenciones que permita abordar otras temáticas como SSR, violencia, género, etc.
		Integración de las Personas con Discapacidad	
Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI	Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales	Gestión del riesgo ambiental en salud y adaptación al cambio climático	Elaborar proyectos específicos para integrar a las PVVS a actividades deportivas recreativas.
		Deporte y Salud	Elaborar material de educación y comunicación de acuerdo a cada región privilegiando su difusión a partir del I nivel de atención y los medios alternativos como las radios comunitarias.
		Educación y comunicación en salud en el marco de la SAFCI	Conseguir la institucionalización del personal (incluidos los responsables departamentales) para garantizar capacidad de gestión.
		Fortalecimiento de la capacidad de gestión en el Sistema Nacional de Salud SNS	Aplicación de la Norma para generar redes de atención integral con todos los subsectores
		Integración de los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural	Conseguir la sostenibilidad de las intervenciones de los Programas Departamentales mediante fondos Nacionales, Departamentales y Municipales.
		Gestión del financiamiento del Sistema Nacional de Salud	Realizar proyectos de investigación concretos en cada región sobre ITS/ VIH-SIDA.
		Gestión tecnológica e investigación	

7. NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA

7.1. Integralidad en el manejo de ITS/VIH-SIDA

Debido a la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA el componente de ITS no está claramente visible a nivel del Programa Nacional y también de los Programas Departamentales tanto en el ámbito gerencial como en el asistencial.

Debido a esto último señalado se ha considerado imprescindible la integralidad de la presente Norma en cuanto a la temática de ITS/VIH-SIDA. Por lo cual es importante remarcar que cuando desarrollamos temas concretos como las redes de servicios y nos referimos a las PVVS en el flujo de atención, no se están excluyendo a otros pacientes afectados con ITS; más bien creemos que si logramos establecer verdaderas redes de atención (para PVVS) éstas también conseguirán funcionalidad en el tema de ITS.

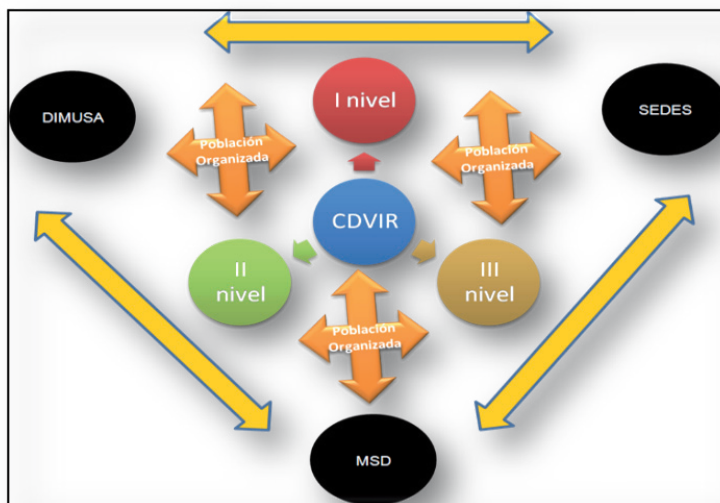
El enfoque que pretendemos implementar introduce el concepto de redes de atención integradas en la problemática de las ITS/VIH-SIDA a partir de algunas modificaciones-aportes del modelo SAFCI en sus distintos componentes asistenciales: Atención Primaria (I NIVEL), Especialidades ambulatorias (II NIVEL) y Atención Hospitalaria (III NIVEL).

Ese enfoque considera el fortalecimiento de los CDVIR (en sus dos componentes gerencial y asistencial) ya que a través de los mismos el Ministerio de Salud y Deportes debe ejercer su rol de rectoría, diferenciándolo en parte del carácter eminentemente asistencial a cargo de la red municipal y de la red de servicios.

Se trata de organizar (a partir del escenario existente) las tareas conjuntas y delimitar las acciones concretas de todos los niveles y actores, articulando respuestas únicas como sistema, pero respetando el rol que cada tiene en el ámbito de sus competencias.

Además promueve una participación activa de la comunidad organizada mediante la implementación del modelo de gestión a partir del nivel local considerando a las instancias ya existentes e involucradas en la temática ITS/VIH-SIDA.

FIGURA N° 3
Modelo de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA



Elaboración propia

Como se puede apreciar en la Figura N° 3, se persigue que todos los actores institucionales involucrados en el ámbito gerencial (Ministerio, Municipio y Gobernación) así como todos los niveles de complejidad de la red de salud, encuentren en la coordinación permanente y efectiva los escenarios adecuados para la construcción de vínculos que son instrumentos necesarios al momento de conformar redes de atención. Por otro lado y en el marco del modelo SAFCI, la población organizada participa en todos los niveles y escenarios descritos.

La Norma Nacional considera la existencia de una Autoridad Sanitaria (MSD) con funciones específicas de rectoría, regulación e integración comunitaria y, por otra parte, la reorganización de la atención de las PVVS mediante redes de salud dependientes de los Servicios Departamentales y de las Direcciones Municipales de Salud, de modo de integrar de manera eficiente los principios de interculturalidad, intersectorialidad, integralidad, participación comunitaria, equidad, calidad, y eficiencia.

En el nuevo modelo de atención se definen las funciones de los actores de la red de salud y la coordinación entre ellos con el objetivo de lograr la mayor eficiencia y calidad en la atención, entendiendo que el sistema es único y por lo cual los resultados satisfactorios (o insatisfactorios) se conseguirán con la participación de todos los actores y niveles, y la responsabilidad frente a la población (paciente) es también como un sistema y no como una institución o nivel aislado.

Al usuario le interesa la calidad y la efectividad de la atención y muy poco la dependencia de tal o cual establecimiento esa es la naturaleza de un sistema único con sus redes de servicios integradas y funcionales, respetando los niveles de complejidad en función de la capacidad resolutoria, utilizando la referencia y el retorno como un instrumento propio de una red y no como una forma de desligar responsabilidades.

7.2. Principios Orientadores

- ⇒ **La atención longitudinal:** se refiere al acompañamiento del profesional del proceso salud enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere. Independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida.
- ⇒ **La integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud:** el modelo biopsicosocial, que surge como alternativa al modelo biomédico, considera los aspectos psicológicos y sociales de la persona como determinantes claves a la hora de valorar el proceso salud – enfermedad.
- ⇒ **La atención continua:** implica la responsabilidad del profesional de garantizar el seguimiento del estado de salud de la persona por los distintos niveles que conforman la Red de Salud. Implica un conocimiento apropiado de los mecanismos de referencia – retorno.
- ⇒ **La atención integral:** hace referencia a la necesaria comprensión e interrelación de los aspectos, preventivos, curativos y de rehabilitación en la actividad profesional cotidiana. Considera al individuo en su conjunto precisamente de manera integral sin perder de vista la especificidad de cada situación.
- ⇒ **La Prevención** de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la

aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo.

- ↳ **El trabajo en equipo interdisciplinario:** implica una acción coordinada entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema.
- ↳ **El enfoque familiar:** exige una nueva mirada que le permite al profesional acercarse a un problema individual concreto, y alejarse para poder ver el funcionamiento familiar ante ese problema individual, y finalmente distanciarse aún más para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación; o a la inversa cuando partimos de la familia o la comunidad como “problema” y nos acercamos al individuo. Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso – salud enfermedad, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.
- ↳ **El énfasis en la Promoción de Salud:** Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales. Se definen tres estrategias básicas para este proceso: Abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; segundo, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y finalmente, mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.
- ↳ **La participación social-comunitaria:** entendida como el proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades en base a las determinantes de la salud.
- ↳ **Garantía de derechos:** se refiere a la comprensión activa y sobretodo el ejercicio pleno de los derechos humanos y a la atención en salud de la población en general y de manera particular de los PVVS.
- ↳ **Desarrollo del proceso de manejo en sociedad con la persona infectada con VIH:** la persona infectada con VIH y los miembros del equipo terapéutico establecen una relación de sociedad para el manejo del VIH y por tanto ambos ponen a disposición del proceso todos sus recursos personales e institucionales para lograr el éxito. El plan de manejo define con la participación activa de la persona infectada y el equipo terapéutico buscando dar respuesta a la necesidades del usuario, ofreciendo las más apropiadas alternativas de intervención y respetando sus decisiones.
- ↳ **Educación y empoderamiento:** el proceso de manejo del VIH incorpora acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las

diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscado con ello minimizar la dependencia y los procesos de exclusión social consecuentes.

- ⇒ **Seguimiento activo del manejo:** incluye como acciones centrales el monitoreo del proceso terapéutico del usuario y la búsqueda activa del mismo cuando se presenten incumplimientos o no respuestas por su parte.

7.3. Características de la Norma

La atención integral en ITS/VIH-SIDA da cuenta del conjunto de intervenciones requeridas para evitar la expansión de la epidemia de VIH, evitar quienes no están infectados se infecten, que quienes están infectados no transmitan el VIH (y otras ITS) a otros, que quienes están infectados no se reinfecten y que quienes están infectados encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas, para mantener una vida digna, activa, integrada y con garantía de derechos.

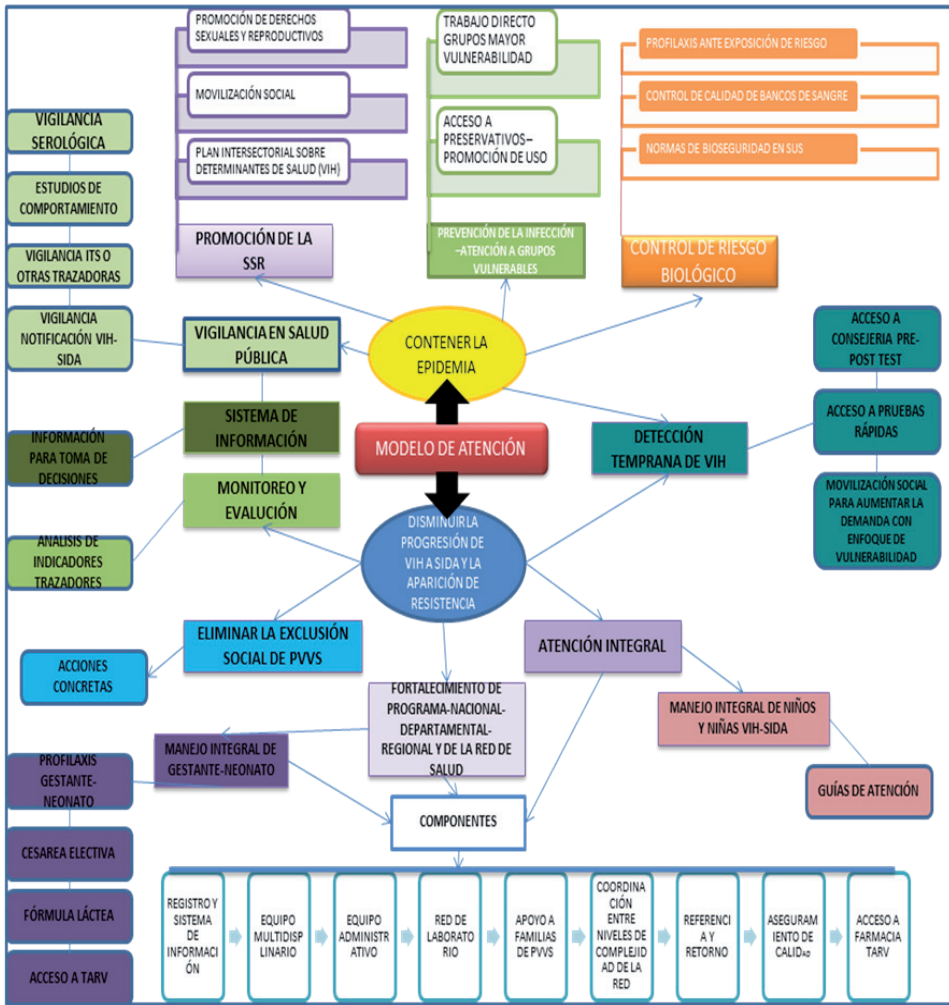
La atención en esta materia incluye una gama amplia de intervenciones que cubren entre otras: la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión de ITS/VIH-SIDA, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las PVVS, y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Este amplio espectro de intervenciones, no dependen sólo de los actores clásicos vinculados al sector salud. Sin duda exige el concurso organizado de los actores sociales que tienen el poder de actuar sobre los macrodeterminantes de la dinámica de las ITS en general y del VIH en particular en el país; de los actores de carácter familiar y comunitario que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de la persona; de los actores vinculados a las estructuras formales de los sistemas de atención en salud, que facilitan la protección, el cuidado y la recuperación de la salud; y finalmente, de cada persona, que pone permanentemente en juego sus recursos individuales en la protección de su vida durante el ciclo vital.

La Norma Nacional de Atención Integral ITS/VIH-SIDA se organiza en función de tres prioridades:

- ⇒ Disminuir la morbilidad asociada a ITS.
- ⇒ Contener la epidemia y evitar la ocurrencia de nuevos casos de VIH.
- ⇒ Retardar o evitar el paso de infección con VIH sin SIDA a Infección con VIH con SIDA, previniendo al máximo la ocurrencia de resistencias.

FIGURA N° 4
Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA



7.4. Prevención de la transmisión de ITS/ VIH

La Norma Nacional de Atención Integral de las ITS/VIH-SIDA, busca abordar la problemática desde la fase previa al proceso patológico, desarrollando actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, de modificación de los macrodeterminantes relacionados con la transmisión de las ITS/VIH-SIDA y de protección específica, que se articulen a las intervenciones que se realizan en la red primaria de atención del usuario y en el ámbito comunitario.

En este sentido, las acciones de promoción se centran en la movilización social a favor de la salud sexual y reproductiva, la defensa de estos derechos y la generación de procesos de desarrollo social en el ámbito territorial tendientes a reducir la vulnerabilidad de la población a la infección por ITS/VIH. Estas actividades deben orientarse por los siguientes principios:

- ↳ Promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- ↳ Perspectiva de género
- ↳ Reconocimiento de la vulnerabilidad.
- ↳ Respeto de la diferencias
- ↳ Reducción del estigma y la discriminación

Las intervenciones de protección específica, buscan superar las barreras de acceso a preservativos, propiciar su disposición masiva y fortalecer los mecanismos para su distribución, además movilizar la adopción de comportamientos protectores en la población y la modificación de prácticas de riesgo.

Las acciones de control de riesgo biológico y de bioseguridad se orientan a garantizar la implementación efectiva de normas de bioseguridad en todas las instituciones de salud y en otros establecimientos que suponen el contacto con fluidos corporales; así como a mejorar la competencia de la población para exigir el cumplimiento de dichas normas y proteger su salud.

Finalmente, las acciones de prevención de las infecciones por ITS/VIH, incluyen la consejería pre y postest, que constituye un espacio fundamental para evaluar las condiciones de vulnerabilidad y riesgo, promover la adopción de comportamientos protectores y generar procesos de modificación de las características sociales de vida que establecen condiciones de vulnerabilidad para la población.

7.5. Atención de las personas

La atención integral presupone la implementación de Protocolos y Guías que homogenicen los criterios médicos frente a los diversos cuadros propios de los pacientes con ITS/VIH-SIDA. De esta manera independientemente el establecimiento al cual acuda el usuario el manejo y conducta debe ser el mismo.

Estos instrumentos deben ser permanentemente actualizados (cada dos años) y en su revisión deben participar los profesionales dedicados a la atención directa de los PVVS en coordinación con las instituciones científicas y académicas respectivas (Sociedades Médicas, Cátedras Universitarias, etc.) de manera tal que encuentren el respaldo suficiente para su efectiva implementación.

La atención a través de Protocolos y Guías permiten una mayor estandarización de la intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamento o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, poder de seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

7.6. Objetivos de la atención de personas con VIH-SIDA

Los objetivos de la atención integral de las personas infectadas con el VIH, se pueden resumir así:

- ↳ Atender con calidad y calidez.
- ↳ Garantizar acceso a terapia antirretroviral.
- ↳ Realizar seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas.
- ↳ Garantizar acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones
- ↳ Realizar rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH- SIDA (PVVS)

Los objetivos de las personas con otras ITS:

- ↳ Atender con calidad y calidez.
- ↳ Garantizar diagnóstico oportuno a poblaciones vulnerables y población general.

- ↳ Garantizar el acceso a tratamiento integral.
- ↳ Garantizar el acceso a prevención y promoción.

Cada una de estos objetivos a lograr requiere educación de los pacientes y de los cuidadores, así como la comunicación entre ellos, y la articulación entre los diferentes profesionales de la salud que tienen que ver con su manejo, incluyendo a los trabajadores de salud no médicos. Es entonces esencial, que los Programas Departamentales garantice la eficiente interacción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que realicen, favoreciendo la comunicación, y logrando un acercamiento oportuno al paciente para asegurar el éxito del manejo.

7.7. **Organización de la atención**

La organización de la atención de las personas con ITS/VIH-SIDA, se definen en dos niveles: uno de carácter administrativo y otro principalmente operativo.

El primero, de carácter administrativo, debe ser encabezado por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, por los Programas Departamentales (incluidos los CDVIR); y que tiene bajo su responsabilidad:

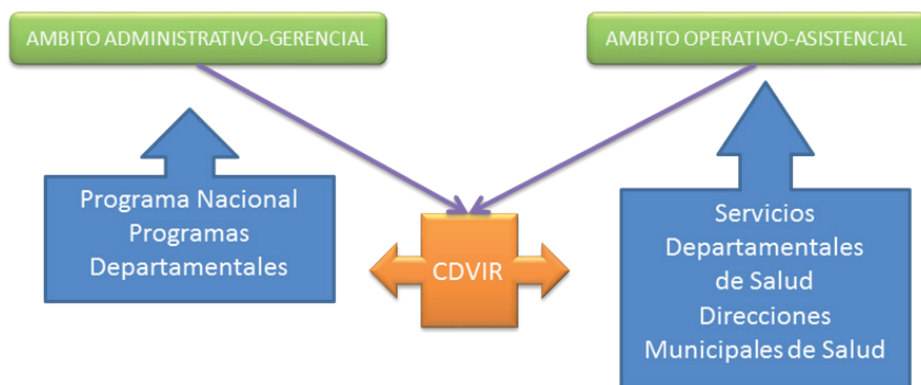
- a) La elaboración del Plan Estratégico Intersectorial que incluya las intervenciones necesarias para adoptar una Norma Nacional Integral de atención en ITS/VIH-SIDA.
- b) La generación de las condiciones técnicas para la atención de la población desde el primer nivel de complejidad, lo que supone la implementación de una red de prestación de servicios de acuerdo con el esquema de organización de las redes municipales y de servicios.
- c) La garantía de calidad en la atención del usuario en todos los niveles de complejidad del sistema y la implementación de sistemas que permitan evaluar de manera permanente la capacidad instalada en cada una de las instituciones que constituyen su red y la calidad de la atención recibida por la población.
- d) La implementación de mecanismos para la comunicación permanente y oportuna de los equipo de intervención en todos los niveles de atención.
- e) La implementación de mecanismos flexibles y oportunos para el desarrollo del proceso terapéutico definido, el suministro de medicamentos e insumos y el flujo de los recursos requeridos para la atención.
- f) La implementación de formas de relación usuario–establecimiento de salud con barreras mínimas.
- g) La incorporación de tecnología que haga posible el seguimiento de los esquemas de intervención y la búsqueda activa del usuario.
- h) La incorporación de nuevas tecnologías que hagan posible la interconsulta con expertos sin que se haga necesario el desplazamiento físico del usuario.
- i) La administración de la información, mediante la implementación de instrumentos de registro, monitoreo y evaluación.
- j) La evaluación permanente de nueva tecnología que haga más eficiente y efectivo el proceso de atención de la personas con VIH.

El segundo eslabón, de orden operativo, y en cabeza de los Servicios Departamentales de Salud (incluidos los CDVIR) y las Direcciones Municipales de Salud, mediante la red municipal y red de

servicios, tiene bajo su responsabilidad:

- a) La atención directa de la población infectada con VIH dentro de un esquema de programa y con el concurso de un equipo terapéutico interdisciplinario.
- b) La permanente comunicación con el Programa Nacional y Departamental para concertar todos los aspectos relativos a la atención de cada uno de los usuarios
- c) La permanente comunicación e integración con los equipos terapéuticos, programas y recursos disponibles en otros niveles de atención para dar respuesta oportuna a las necesidades del usuario.
- d) El mejoramiento permanente de sus procesos para garantizar el mayor ajuste posible a las mejores condiciones técnicas de atención.
- e) La operación bajo esquemas de minimización de barreras para la atención que garanticen acceso preferente.
- f) La utilización apropiada de los recursos tecnológicos disponibles para establecer relaciones fluidas con otros niveles de atención.
- g) La cualificación permanente del talento humano relacionado con la atención de los usuarios del modelo.
- h) La presentación activa de sugerencias y opciones de mejoramiento al componente administrativo y otros agentes relacionados, que supongan una mejor atención de la población.

FIGURA N° 5
Organización de la Atención



Como puede advertirse tanto el ámbito gerencial como el operativo-asistencial contempla al CDVIR en ambos casos; pues se trata del elemento articulador entre los mismos. Los CDVIR cumplen ese rol ya que dependen del Programa Departamental y del Programa Nacional a la vez que se encuentran en directa relación con la red de servicios (red de salud y red municipal). En estos momentos las tareas asistenciales ocupan gran parte del tiempo del personal de los CDVIR y lo que se pretende es que paulatinamente su rol gerencial vaya siendo fortalecido.

7.8. Componentes operacionales de la Norma (figura N°6)

7.8.1. Registro y sistema de información

Supone el registro de todas las personas con ITS/VIH, y en dicho proceso se deberá:

- Capturar los datos de identificación (respetando la confidencialidad) y localización de la persona (para fines epidemiológicos).
- Ofrecer la información completa sobre los principios que orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación de la Norma de Atención y la red de servicios.
- Pactar las intervenciones iniciales de evaluación y programarlas (para conseguir de ser necesario predisposición a la adherencia terapéutica).

Se deberá disponer de un sistema de información que permita:

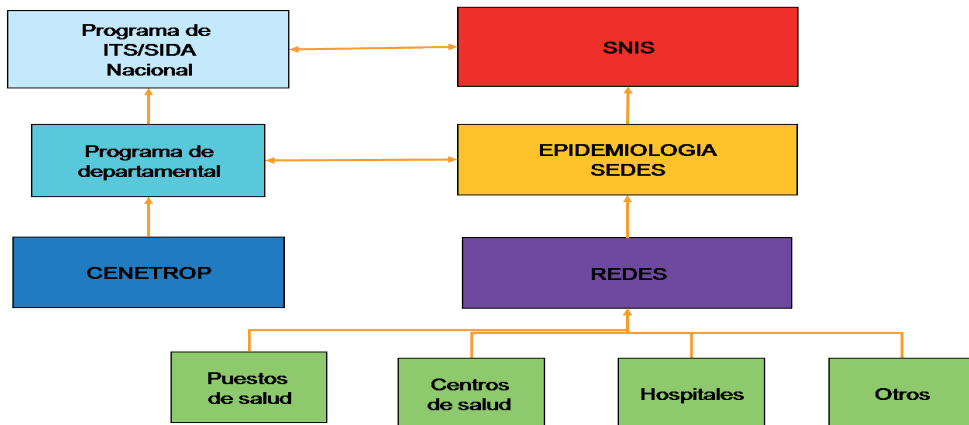
- La administración de los datos del usuario
- La administración de los datos del plan de manejo
- Las actualizaciones que resulten del desarrollo del plan mencionado.
- La generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica del modelo de atención.
- El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia.
- Es importante que dichas características se consiga en el marco de los niveles ya establecidos en el Sistema de Salud, como corresponde al SNIS por lo cual a continuación se señalará algunos componentes ya implementados del flujo y los instrumentos de información vigentes:¹⁶

FIGURA N° 6
Ciclo de la Información



	ITS	VIH/SIDA
Instrumentos de captación	Historia Clínica Única Historia Clínica A. Historia Clínica B Laboratorio STAT Laboratorio Final	Historia Clínica Única Ficha de notificación de caso
Instrumentos de Sistematización	Cuaderno de consulta externa (SNIS). Base de datos EPI-INFO, WINDOWS	Cuaderno de consulta externa (SNIS) Base de datos EPI-INFO, WINDOWS
Instrumentos de consolidación	Formulario 302 (SNIS) Consolidado exportado del EPI-INFO (CDVIR)	Formulario 302 (SNIS) Consolidado exportado del EPI-INFO (CDVIR)

FIGURA Nº 7
Flujograma de la Vigilancia epidemiológica

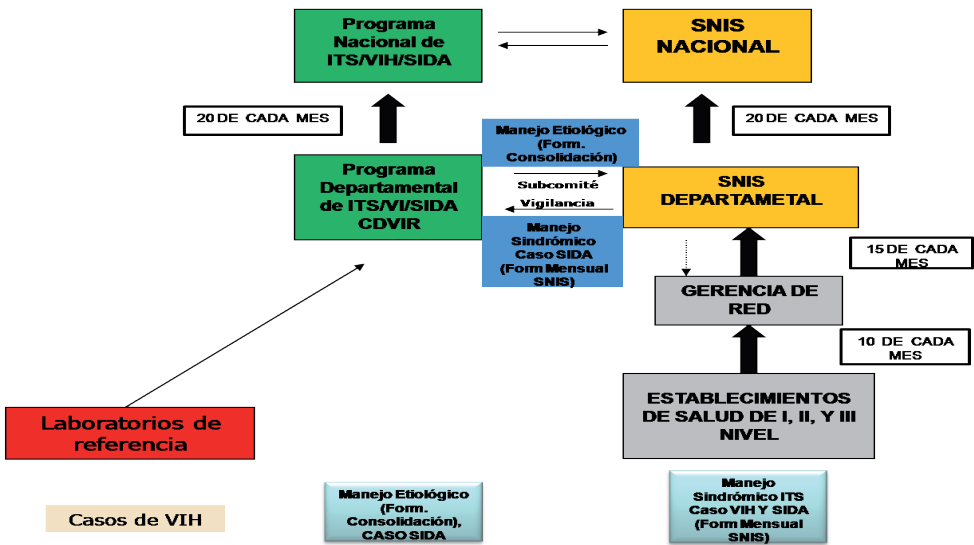


ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

NIVELES DE ANÁLISIS	INSTANCIAS	PERIODICIDAD	PARTICIPANTES
N i v e l Nacional	- CAI Nacional Reuniones del - Comité de Vigilancia Epidemiológica de la ITS/VIH/SIDA Nacional	Anual Semestral	- Autoridades del Ministerio y de los diferentes Programas Nacionales - Responsable Nacional ITS/VIH/SIDA - Responsable SNIS Nacional. - Responsable del Laboratorio de referencia (INLASA). - Jefes de programas Departamentales. - Otros sectores involucrados (ONGs, Proyectos de cooperación externa PROSIN, DFID, OPS, etc.). - Jefes de programas Departamentales.

N i v e l Departamental	- C A I - Comité de Vigilancia Epidemiológica de la ITS/VIH/SIDA Departamental	Semestral Trimestral	- Autoridades del SEDES, Jefes de programas Departamentales, Hospitales de Referencia e Instituciones de cooperación externa. - Responsable Departamental ITS/VIH/SIDA - Responsable SNIS Regional. - Responsable del Laboratorio de referencia Local. Epidemiólogo Regional.
N i v e l Gerencias de Red	-CAI de Red	Trimestral	- Equipo de gestión de la gerencias de Red
Nivel Local	-CAI de DILOS	Mensual	- Responsable de salud del municipio, Personal de salud de los establecimientos salud (Hospitales, Centros de Salud, e instituciones privadas que realizan prestaciones de salud.

FIGURA N° 8
Flujograma de notificación de las ITS/VIH/SIDA, manejo
sindrómico y etiológico.



7.8.2. Equipo interdisciplinario

El manejo del VIH supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, así como un trabajador de la salud encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.

El profesional de medicina se reconocerá como Médico encargado, responsable de liderar el manejo clínico del usuario y favorecer la articulación con otras intervenciones.

El profesional de enfermería dará soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa.

El profesional de psicología, dará soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psico social, en lo relativo a la reducción de estrés y la ansiedad, la planificación de la reducción del riesgo, el desarrollo de capacidad para aceptar el estado sexualógico, sus relaciones con la comunidad, la familia y los otros y continuar su vida personal y familiar siendo VIH positivo.

El profesional en nutrición, dará soporte en evaluación nutricional, recomendaciones de mejoramiento nutricional, seguridad alimentaria y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación para enfrentar las reacciones asociadas a los medicamentos.

El profesional de trabajo social maneja todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal.

El trabajador de la salud encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, es el encargado de buscar la optimización de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y facilitar su adopción de los esquemas definidos.

El trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, implica la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Mecanismos de relación basados sólo en la disposición de información no son suficientes.

Las acciones de educación de la persona infectada, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo.

Se dispondrá de médicos expertos para orientar técnicamente las acciones del programa, de acuerdo con las orientaciones definidas en las Guía de atención del VIH-SIDA y la Guía de Manejo Sindrómico.

En el caso de ITS serán abordadas en la atención con el mismo enfoque interdisciplinario ya que los beneficios en cuanto a la respuesta del usuario serán proporcionalmente mayores en cuanto el manejo sea más integral.

7.8.3. Red de laboratorios con garantía de calidad

Pretende conseguir una red de laboratorios con:

- a) Capacidad de laboratorio para detección y diagnóstico
- b) Capacidad de laboratorio para identificar indicadores de progresión de la infección.
- c) Capacidad para evaluar el nivel de calidad de los resultados de laboratorio.
- d) Pruebas rápidas con adecuada sensibilidad y especificidad de acuerdo con la guía de atención.
- e) Información fluida entre laboratorios y equipos terapéuticos.
- f) Relación fluida entre laboratorios de diferentes niveles de complejidad.
- g) Sistemas de logística para la fácil entrega de órdenes de exámenes de control.
- h) Sistema de Gestión para reactivos e insumos para garantizar la disponibilidad de los mismos.

7.8.4. Sistema de administración de terapia antirretroviral (farmacia)

- a) Sistema de apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento con medicamentos antirretrovirales.
- b) Sistema de logística para asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos antirretrovirales, para infecciones oportunistas y otras de manejo usual.
- c) Educación médica continuada para administrar los esquemas de combinación de medicamentos adecuados.
- d) Capacidad de laboratorio para vigilar el efecto de los antirretrovirales.
- e) Mecanismos para evaluar la adherencia a los medicamentos.
- f) Mecanismos operativos para garantizar la integración apropiada a las estrategias de vigilancia en salud pública de la resistencia a los antirretrovirales, que se implemente en el ámbito nacional.
- g) Manejo de disfunciones metabólicas derivadas de la terapia antirretroviral.

7.8.5. Comunicaciones entre instituciones relacionadas con la atención de las personas con ITS/VIH-SIDA

- a) Conocimiento de capacidad instalada en la red de servicios para la atención de las ITS/VIH-SIDA.
- b) Desarrollo de capacidad de detección, diagnóstico y desarrollo del proceso terapéutico en la red de servicios más cercana al usuario, respetando todas las condiciones técnicas definidas para la atención.
- c) Definición de relaciones entre establecimientos de salud (incluso de diferentes subsectores) de acuerdo los esquemas definidos.
- d) Mecanismos de consulta y asesoría rápida y oportuna entre médicos encargados y expertos para la toma de decisiones sobre el manejo del paciente.
- e) Definición de los planes de manejo con garantía de acceso de la población a todas las prestaciones requeridas, independiente de su complejidad.

7.8.6. Sistema de referencia y retorno

- a) Sistemas de información y logística apropiados para la referencia y retorno de pacientes a intervenciones de otros niveles de complejidad, en aplicación a la Norma Nacional de Referencia y Retorno.
- b) Control y seguimiento de las intervenciones requerida en otros niveles de complejidad.
- c) Implementación de ficha única de información para la movilización de pacientes con VIH-SIDA entre niveles de complejidad e instituciones cuando existen cambios de centro asistencial

- d) Incorporación de telemedicina para la atención de pacientes en otros niveles de complejidad.

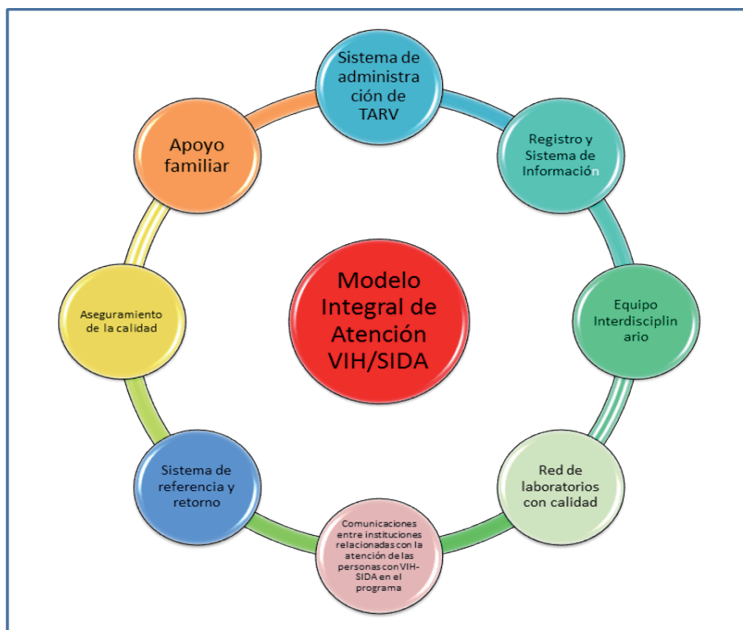
7.8.7. Programa de aseguramiento de la calidad

- a) Sistemas de monitoreo y evaluación de la calidad del proceso de atención en relación con recursos humanos, infraestructura física, gestión de insumos, materiales y medicamentos, documentación y manejo de información, procedimientos de atención, procedimientos administrativos, interrelación con otros servicios, referencia y retorno, entre otros.
- b) Definición de planes de mejoramiento de la atención y monitoreo de las acciones de cumplimiento.
- c) Promoción de lecciones aprendidas y mejores prácticas de intervención.

7.8.8. Apoyo al grupo familiar

- a) Vinculación de la familia al proceso de atención con consentimiento de la PVVS.
- b) Información sobre derechos sexuales y reproductivos.
- c) Información sobre derechos y deberes en la atención del VIH/SIDA
- d) Educación sobre la enfermedad y los mecanismos para la reducción de riesgos y vulnerabilidades, incluida la desmitificación de la enfermedad, con énfasis en la pareja.
- e) Orientación a la familia sobre su participación en proceso terapéutico.
- f) Información sobre recursos comunitarios y sociales de apoyo.

FIGURA N° 9
Componentes Operacionales



Elaboración propia

8. ESTRUCTURA DE LA RED DE ATENCIÓN

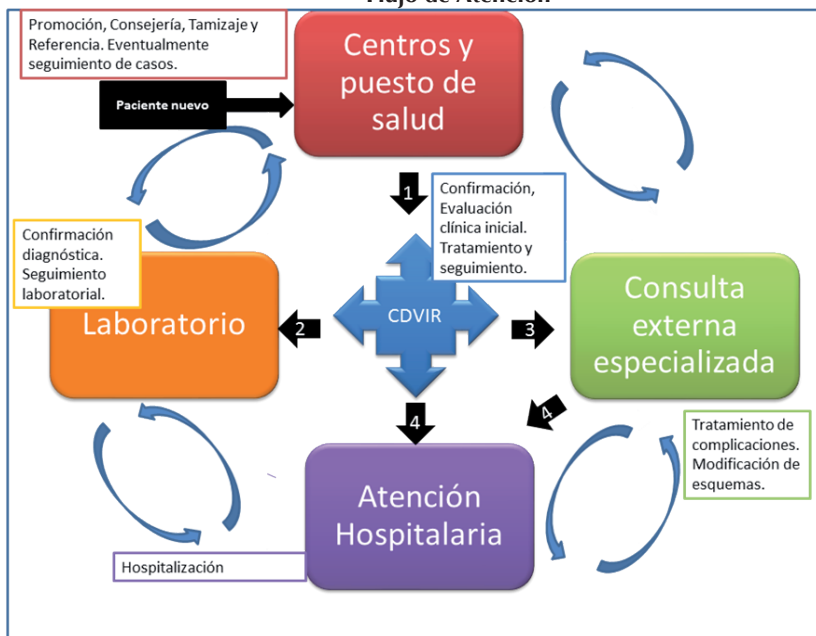
Por la complejidad de la fisiopatología de la infección por VIH, del manejo de las enfermedades oportunistas y de los fármacos antirretrovirales, como también por variables socioculturales complejas, la atención de pacientes VIH requiere un enfoque interdisciplinario, alto nivel de capacitación profesional y mayores recursos tecnológicos.

En mediano plazo se persigue que el tratamiento antirretroviral consiga niveles de eficacia transformando de esta manera al VIH/SIDA en una condición de manejo ambulatorio de esta manera se reduciría significativamente la necesidad de internación y la utilización de recursos hospitalarios. Para cumplir ese objetivo se debe fortalecer las intervenciones en la planificación departamental de las acciones integrales de promoción, prevención y detección temprana de los CDVIR, CRVIR y progresivamente lograr la desconcentración de las intervenciones en toda la red de servicios de salud. Se debe conseguir que a mediano plazo la atención de las PVVS sea otorgada en todos los subsectores del Sistema Unico de Salud enmarcados en el modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Es decir, la adquisición gradual de mayor experticia por parte de los médicos no especialistas genera las condiciones para iniciar un proceso de desconcentración progresivo, transfiriendo a niveles locales la toma de decisiones en tratamientos antirretrovirales y responsabilidades de gestión, en el marco de un Plan Estratégico Intersectorial Nacional.

No se debe olvidar que el modelo de gestión y atención deben implementarse de manera paralela, de manera que en la medida que se pueda establecer los espacios y actores de la estructura social como las autoridades locales o los comités locales de salud, con mayor impulso se lograra el funcionamiento del modelo integral que se pretende.

FIGURA Nº 10
Flujo de Atención



En este modelo de atención las funciones para los distintos actores en lo referente a ITS/VIH-SIDA son:

8.1 Puestos y Centros de Salud

En la atención primaria se realizan acciones específicas centradas en la promoción general de la salud e integración comunitaria, la prevención, diagnóstico y consejería en VIH y el tratamiento de complicaciones específicas como la tuberculosis o de urgencias simples. Los profesionales de estos servicios deben tener capacitación continua en ITS/VIH-SIDA. Las funciones de los establecimientos de la atención primaria son:

- ⇒ Acciones de promoción de la salud e integración comunitaria y de prevención primaria de la infección VIH en el marco del modelo SAFCI.
- ⇒ Aplicación de los programas de salud radicados en estos niveles de atención en la población general y en PVVS que lo requieran, en particular Programa Control de la Tuberculosis, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Desnutrición y Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- ⇒ Atención de las patologías propias de la atención primaria en PVVS que lo requieran.
- ⇒ Sospecha diagnóstica de VIH en personas con cuadros clínicos sugerentes de inmunodeficiencia, consejería pre test, envío de las muestras reactiva al laboratorio de referencia, informe del resultado final a la persona conjuntamente con la consejería post test.
- ⇒ Resguardo de la confidencialidad de la condición VIH y no discriminación de las PVVS.
- ⇒ Referencia de las personas diagnosticadas como VIH+ a los CDVIR para su control periódico y eventualmente el inicio de terapia antirretroviral.
- ⇒ Referencia de los casos que requieran valoración para cambio de esquema en TARV.
- ⇒ Control del embarazo normal, consejería para la oferta universal de serología VIH a embarazadas, envío de las muestras positivas y contramuestras al laboratorio, informe del resultado final a la embarazada conjuntamente con la consejería post test.
- ⇒ Manejo sintomático de las ITS.

8.2 Consulta externa especializada

La consulta externa especializada se desarrolla en los establecimientos de II y III nivel de complejidad, en los Policonsultorios y en una red bien organizada se pueden establecer días fijos en los establecimientos de I y II nivel para que la consulta externa de determinadas especialidades médicas puedan ser ofrecidas como parte de los servicios de rutina. Las funciones de estas consultas son:

- ⇒ Acciones de promoción de la salud e integración comunitaria y de prevención primaria de la infección VIH en el marco del modelo SAFCI.
- ⇒ Evaluación, tratamiento y seguimiento de las patologías oportunistas relacionadas con VIH/SIDA.
- ⇒ Evaluación, tratamiento y seguimiento de patologías no relacionadas al VIH-SIDA.
- ⇒ Evaluación y referencia de pacientes con complicaciones severas.
- ⇒ Evaluación del paciente con VIH-SIDA con fracaso terapéutico.
- ⇒ Resguardo de la confidencialidad de la condición VIH y no discriminación de las PVVS.

- ⇒ Evaluación y tratamiento de pacientes con fracaso terapéutico con ITS.
- ⇒ Manejo de las complicaciones de ITS.

8.3 Atención en Hospitales y Servicios de Urgencia hospitalarios

Mientras más se optimice el tratamiento antirretroviral de manera eficiente se conseguirá menor requerimiento de hospitalización de personas con VIH/SIDA por patologías oportunistas, sin embargo la TARV no elimina por completo la incidencia de complicaciones oportunistas, especialmente en personas que inician TARV con enfermedad muy avanzada, y por otra parte, en ocasiones se asocia a complicaciones severas.

Además, el aumento en la expectativa de vida de las PVVS con la TARV aumenta su probabilidad de presentar patologías agudas y crónicas no relacionadas a VIH. En estas situaciones puede ser necesaria la atención de emergencia y/o la hospitalización de personas con VIH, lo que requiere capacitación continua en VIH/SIDA de los profesionales de estos servicios.

No es infrecuente, por otra parte, que se diagnostique VIH/ SIDA como consecuencia de una patología detectada en la consulta de urgencia o durante una hospitalización.

Las funciones específicas de los hospitales y servicios de urgencia son:

- ⇒ Acciones de promoción de la salud e integración comunitaria y de prevención primaria de la infección VIH en el marco del modelo SAFCI.
- ⇒ Atenciones multidisciplinarias hospitalaria y de urgencia que se requieran para el manejo de las patologías oportunistas y no relacionadas al VIH/SIDA que presentan las PVVS, así como de las complicaciones severas relacionadas al tratamiento antirretroviral.
- ⇒ Garantiza los ambientes hospitalarios adecuados para la eventual internación de pacientes con VIH-SIDA los cuales sin manifestar condiciones discriminatorias (por ejemplo aislamiento) aseguren el resguardo de la bioseguridad.
- ⇒ Sospecha diagnóstica de VIH en pacientes con cuadros clínicos sugerentes de inmunodeficiencia, consejería pre test, envío de las muestras reactivas al laboratorio de referencia, informe del resultado final al usuario/a, conjuntamente con la consejería post test.
- ⇒ Atención del parto mediante cesárea y del recién nacido en mujeres VIH+ junto con la aplicación del protocolo de prevención de la transmisión vertical en los aspectos relativos al parto y atención inicial del recién nacido.
- ⇒ Resguardo de la confidencialidad de la condición VIH y no discriminación de las PVVs
- ⇒ Referencia de los usuarios/as diagnosticados como VIH+ a los CDVIR VIH para su control periódico y eventualmente el inicio de terapia antirretroviral.
- ⇒ Los hospitales (de cualquier subsector) deben nombrar un responsable institucional para el manejo de los casos ITS/VIH-SIDA, el cual deberá estar en permanente capacitación y actualización sobre el manejo clínico de los casos (de acuerdo a Guías y Protocolos vigentes). A la vez que será el responsable para mantener el flujo de información correspondiente (ficha epidemiológica) con los CDVIR.

8.4 Farmacia Institucional

En dependencia del personal asignado a la farmacia y cumpliendo sus labores en el marco de sus competencias profesionales, el/la químico/a farmacéutico/a debe recibir capacitación previa y continua en VIH/SIDA, en particular en adherencia. Las acciones específicas de estos funcionarios

se desarrollarán en la planta física de farmacia, pero su trabajo estará estrechamente coordinado con otras actividades en promoción, prevención y capacitación que desarrolla en CDVIR.

La Farmacia debe contar con recintos físicos, no necesariamente dentro del centro, acordes al número de funcionarios y a las personas que se atienden, que permitan la interacción entre el profesional de farmacia y el paciente para el refuerzo y control de cumplimiento de las indicaciones y adherencia. Se requiere de una readecuación y equipamiento de las farmacias para que estos recintos cuenten con los espacios y condiciones necesarias para almacenamiento, equipamiento computacional y conexión vía internet y fax, programas que permitan en forma expedita los registros de ingreso y despacho, registro de recetas, control de existencias, registro de reacciones adversas, entre otros que, en su conjunto, permitan la automatización de procesos para el funcionamiento adecuado de la Norma.

En función de la realidad de cada establecimiento las mejoras y la adecuación a la descripción de las características óptimas deberán ser de manera gradual pero progresiva, considerando que son precisamente las debilidades existentes las que generan la necesidad de fortalecimiento en todos los rubros. Entre sus funciones se encuentran:

- ⇒ Manejo adecuado del sistema de logística para asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos antirretrovirales, para infecciones oportunistas y otras de manejo usual.
- ⇒ Realizar supervisiones y acreditación de otros establecimientos que manejan medicamentos de TARV.
- ⇒ Participar activamente en tareas de capacitación para el personal de otros establecimientos que manejan TARV.
- ⇒ Generar mecanismos para evaluar la adherencia a los medicamentos.
- ⇒ Elaborar e implementar instrumentos operativos para garantizar la integración apropiada a las estrategias de vigilancia en salud pública de la resistencia a los antirretrovirales, que se implemente en el ámbito nacional.
- ⇒ Encuadrar sus intervenciones en el marco del SNUS

8.5 Laboratorios de Referencia

Además de sus funciones propias referentes a la certificación de calidad de medicamentos y exámenes de laboratorio utilizados en la atención del VIH/SIDA, es el encargado de confirmar las serologías VIH positivas de las muestras clínicas provenientes de laboratorios del sector público y el sector privado. Sus funciones son:

- ⇒ Recepción de las muestras catalogadas como VIH (+) y de las contramuestras respectivas de los laboratorios de todos los subsectores.
- ⇒ Efectuar estudios de ELISA e Inmunofluorescencia para la confirmación de los casos positivos y negativos para VIH.
- ⇒ Efectuar estudios complementarios: PCR, Western Blott u otros a las muestras con resultados previos no concluyentes para el diagnóstico definitivo.
- ⇒ Comunicación oficial y confidencial del resultado final VIH de las muestras analizadas al laboratorio derivador y/o al médico solicitante garantizando que se cumpla la consejería post-test y resguardando la confidencialidad de cada caso.

8.6 CDVIR - CRVIR

Por el déficit de especialistas en infectología e inmunología en el país para el número de PVVS

en control en el Sistema Único de Salud, la atención inicialmente será otorgada por médicos no especialistas

Este problema debe ser atenuado mediante un proceso de capacitación continua para médicos no especialistas a cargo de la atención con la colaboración estrecha de las Sociedades Científicas para definir las competencias básicas con que deben contar estos profesionales.

Los Centros de Atención ITS/VIH-SIDA deben tener una planta física y dotación de recursos humanos que les permita acoger de manera expedita la derivación de pacientes con infección por VIH, desde los distintos niveles de atención, para fines de inicio de tratamiento antiretroviral, prevención, diagnóstico, referencia de complicaciones y tratamiento de enfermedades cuando proceda con el debido resguardo de la confidencialidad y no discriminación en la atención de las PVVIH.

8.6.1 Funciones Gerenciales

- ⇒ Formulación conjuntamente con el Responsable del Programa Departamental del Plan Estratégico Departamental.
- ⇒ La Promoción de la Salud
- ⇒ Participación activa en la Mesa Departamental.
- ⇒ Registro, monitoreo, evaluación, análisis y retroalimentación de la información de la epidemia.
- ⇒ Planificación de actividades departamentales y regionales en promoción, prevención.
- ⇒ Aseguramiento de la calidad mediante la acreditación de Servicios, Farmacias, Laboratorios, Consultas, Redes para el manejo de casos de ITS/VIH-SIDA.
- ⇒ Apoyo técnico a la red de servicios.
- ⇒ Capacitación y actualización permanente de los RRHH de la red de servicios especialmente de los responsables del manejo de casos en cada establecimiento.
- ⇒ La vigilancia epidemiológica y la investigación de la epidemia.
- ⇒ La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.
- ⇒ El aseguramiento de la participación social en la salud

8.6.2 Funciones Asistenciales

- ⇒ Los CDVIR (CRVIR) son los responsables de dar una atención de salud oportuna y de buena calidad a las PVVS, elementos centrales en la articulación de la red de atención en VIH resultando, por ende, el eje principal de articulación en la gestión asistencial en VIH/SIDA.
- ⇒ Confirmación diagnóstica de los casos VIH (+)
- ⇒ Inicio de la terapia ARV en casos determinados.
- ⇒ Seguimiento de casos VIH (+) específicos.
- ⇒ Referencia y Retorno de casos tanto a primer nivel como a consulta externa especializada u hospitalización según corresponda.
- ⇒ Valoración de casos de fracaso terapéutico en coordinación con la consulta externa especializada.
- ⇒ Tratamiento de infecciones oportunistas cuando no pueden ser manejadas en primer nivel.

- ↳ Control de poblaciones vulnerables en ITS
- ↳ Manejo de complicaciones de algunas ITS
- ↳ Seguimiento laboratorial de casos de VIH(+)
- ↳ Apoyo nutricional a PVVS
- ↳ Consejería a usuarios y población general en ITS/VIH-SIDA en particular y en Salud Sexual y Reproductiva en general.

8.6.3 Características físicas y equipamiento

Los Centros de Atención deben reunir características específicas de la planta física que permitan la adecuada atención de las PVVS. La planta física no necesariamente debe ser exclusiva para la atención de VIH. Las recomendaciones para la planta física son:

- ↳ Accesos y áreas de circulación amplias, ascensores en caso de no situarse en la planta baja y facilidades para minusválidos por la frecuencia de complicaciones neurológicas en las personas infectadas por VIH.
- ↳ Salas de espera y áreas de recepción que cuenten con sillas acordes en número al de PVVS que se atienden en el Centro, amplias, con resguardo de la seguridad y privacidad, bien aseadas, ventiladas y con calefacción (cuando corresponde). Además, deben existir baños diferenciados por sexo, señalizados, bien aseados y ventilados.
- ↳ Para la atención de enfermería se debe contar con una sala, bien iluminada, ventilada y con calefacción (cuando corresponde), y que cuente con la privacidad necesaria.
- ↳ Para la atención psicosocial es necesario contar con una sala, bien iluminada, ventilada y con calefacción (cuando corresponde), y que cuente con la privacidad necesaria para la realización de las acciones propias de la especialidad y de consejería en ITS/VIH-SIDA.
- ↳ Los consultorios de atención médica deben ser suficientes en número, para la cantidad de profesionales que atienden en el Centro, amplios con capacidad para 2 sillas de usuarios y camilla de examen con facilidades de aseo, con calefacción (cuando corresponde), con buena iluminación y ventilación. También deben contar con lavamanos, dispensador de jabón, sábanas, toallas y guantes desechables. Estos insumos deben ser repuestos en forma permanente.
- ↳ Debe existir una sala de toma de muestras amplia y con facilidad de aseo, área limpia y sucia, buena iluminación, calefacción y ventilación. Debe contar con lavamanos, dispensador de jabón, sábanas, toallas, guantes, jeringas desechables. La sala de toma de muestra puede ser centralizada si está definido así en el Centro.
- ↳ Los Centros deben contar con línea telefónica y fax, espacios seguros para la instalación de computadores y con los programas necesarios para el registro y reporte de la información clínica de las PVVS en control. Además debe procurarse comunicación computacional en línea con el Programa Nacional, y con la red de salud.

8.6.4 Dotación de RR.HH. y Capacitación

Los Centros de Atención deben reunir recursos humanos suficientes en dotación y capacitados para la atención integral, oportuna y de calidad de las PVVS y estar organizados para un trabajo coordinado de sus integrantes que les permita desarrollar proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Capacitación médica: los médicos tratantes de VIH/SIDA deben tener entrenamiento previo y permanente en diagnóstico y estadiaje de la infección, prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones y tumores más frecuentes en VIH/ SIDA y de las indicaciones, tipos, monitorización y complicaciones del tratamiento antiretroviral. Siendo el perfil idóneo el de especialista en infectología o inmunología.

Sin embargo debido a que no existen especialistas suficientes en el país para el número de PVVS en control en el sistema público, se debe considerar la capacitación inicial y continua de los médicos no especialistas para acreditar su condición de tratante VIH/SIDA mediante experiencia previa supervisada en atención de pacientes VIH/SIDA por tres meses en centros calificados y la asistencia, por lo menos, a 2 cursos o congresos anuales de capacitación continua. En ausencia de los especialistas indicados se debe privilegiar la atención por médicos internistas con capacitación formal y completa e incluso inicialmente a médicos generales con la capacitación señalada.

En el sistema de salud actualmente los ginecólogos representan la especialidad que mayormente se ha incorporado al manejo de ITS/VIH-SIDA muchos de estos profesionales han acumulado años de experiencia y capacitación; por lo cual no se debe desaprovechar las capacidades ya desarrolladas.

Capacitación en enfermería : las enfermeras y auxiliares de enfermería de los CDVIR deben tener capacitación previa de 1 mes en atención en VIH/ SIDA en centros calificados para desarrollar habilidades técnicas específicas, aprendizaje en consejería, computación básica y gestión. Además deben asistir, al menos, una vez al año a cursos o jornadas de capacitación para el perfeccionamiento continuo de las acciones propias de la especialidad.

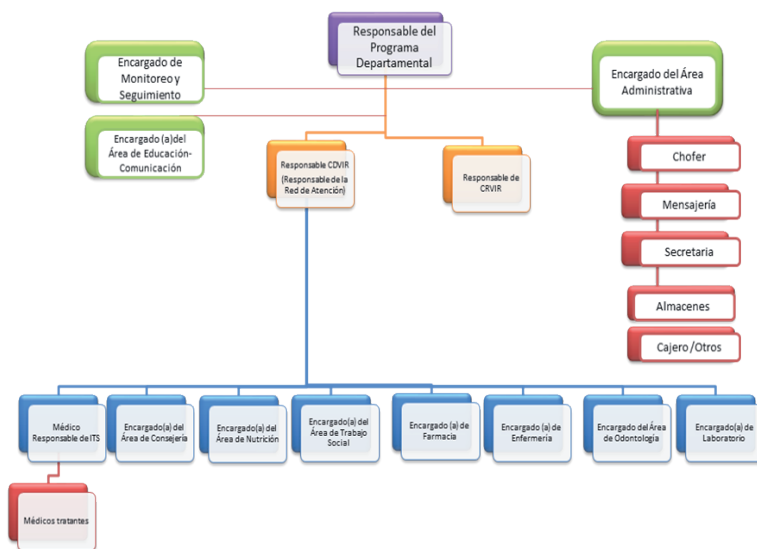
Atención psicosocial: las complejidades de la infección por VIH/ SIDA, sus repercusiones psicológicas, la coexistencia de patologías de la esfera de la salud mental y las dificultades en la integración plena de las PVVS a diferentes espacios sociales por la persistencia de conductas discriminatorias hacen que las PVVS requieran, tanto o más que ningún otro usuario, una atención integral biológica, psicológica y social por parte de los equipos de atención. Por la falta de disponibilidad de estos recursos, el resto del equipo de salud debe ocupar una parte importante de su tiempo, de por sí escaso, en intervenciones de apoyo psicológico y/o social que serían manejadas de mejor manera por los profesionales adecuados.

Un aspecto central del nuevo modelo es la integración de psicólogos/as y trabajadores/as sociales al equipo de atención VIH de manera de conformar un equipo Inter-multidisciplinario que permita reforzar las acciones de información, apoyo psicológico, orientación social y acciones de consejería para el autocuidado, adherencia a tratamientos y prevención secundaria. El equipo psicosocial debe asumir, además, acciones de coordinación con la red de atención en aspectos como la promoción, la prevención primaria y la integración comunitaria y también de trabajo conjunto con agrupaciones de PVVS y organismos no gubernamentales.

8.6.5 Organización y funciones en los CDVIR

La Norma de Atención está orientada a la calidad de la atención y a mejorar la calidad de vida del individuo en su contexto biológico, psicológico y social, más que a la realización de prestaciones o a la curación de enfermedades. La organización de los Centros debe estar familiarizada con elementos de gestión: presupuestos, eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención. Su quehacer debe ser permanentemente evaluado mediante un programa de control, registro de reclamos y monitoreo de indicadores de impacto. La entrega gradual de competencias conducente a la descentralización es una herramienta fundamental para el logro de los objetivos y los recursos humanos y materiales disponibles deben ser organizados en un modelo que logre la mayor efectividad al más bajo costo.

FIGURA N° 11
Organigrama del Programa Departamental y el CDVIR



Los CDVIR deben contar con un Responsable de la Red de Atención (Norma Nacional de Atención Integral) dependiente del Responsable del Programa Departamental, debe ser uno de los miembros del equipo de atención y tener la capacitación adecuada en ITS/VIH-SIDA, en herramientas de gestión, educación, prevención e intervención conductual.

Las funciones específicas del Responsable de la Red de Atención (Norma Nacional de Atención Integral), sin perjuicio de su delegación parcial o completa a uno o más miembros del equipo de atención, son:

- ↳ Programación de las actividades asistenciales que desarrolla el CDVIR.
- ↳ Distribución de funciones a los profesionales y demás funcionarios mediante el Manual de Normas y Funciones.
- ↳ Supervisión del cumplimiento de las actividades asistenciales.
- ↳ Registro de las actividades asistenciales realizadas.
- ↳ Registro y clasificación de PVVS en control y tratamiento.
- ↳ Registro de notificaciones, abandonos, traslados y fallecimientos.
- ↳ Supervisión de la adherencia de las PVVS a las prescripciones de medicamentos antirretrovirales, el cumplimiento de los criterios de inicio, continuación y cambio de terapia.
- ↳ Supervisión del abastecimiento, despacho de medicamentos antirretrovirales y de infecciones oportunistas.
- ↳ Organización de las actividades de educación, promoción y prevención en ITS/VIH-SIDA.
- ↳ Participación en la definición de presupuestos.
- ↳ Medición de los indicadores de impacto y evaluación de los resultados.
- ↳ Coordinación con el Servicios Departamental de Salud, Dirección Municipal de Salud, con los Directores de Hospitales, Jefes de Servicio para el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones que las PVVS reciben en el Sistema

- ↳ Único de Salud en cumplimiento de la Ley 3729 y su Decreto Reglamentario.
- ↳ Participación en los Consejos Técnicos del Programa Departamental para la planificación de objetivos locales y actividades asistenciales, de educación, promoción y prevención, la comunicación y evaluación de resultados.
- ↳ Coordinación estrecha con el Programa Nacional.
- ↳ Planificación y ejecución de actividades de capacitación para el equipo de atención VIH, a los equipos de salud que se requiera, de las redes de atención, a las familias de aquellas PVVS que consientan a ello y a la comunidad.
- ↳ Planificación de investigación biomédica y sociocomportamental en ITS/ VIH-SIDA que permita la generación de evidencia científica que sirva de base para la toma de decisiones.
- ↳ Participación activa en los CODESIDAS
- ↳ Todas aquellas funciones que el Responsable Departamental del Programa le asigne.

Los médicos/as tratantes del CDVIR tienen dependencia del Responsable de la Red de Atención y sus funciones específicas son:

- ↳ Atención directa de PVVIH, diagnóstico y tratamiento de patologías oportunistas y no relacionadas a VIH mediante consultas programadas y de urgencia.
- ↳ Control de poblaciones vulnerables a ITS.
- ↳ Tratamiento y seguimiento en pacientes con ITS diagnosticadas.
- ↳ Promoción y prevención de ITS a la población general y a población vulnerable.
- ↳ Solicitud de estudios basales para el diagnóstico de infecciones latentes en pacientes nuevos.
- ↳ Profilaxis de acuerdo a normas cuando proceda.
- ↳ Solicitud de estudios complementarios y referencia a especialidades cuando proceda.
- ↳ Notificación de los casos nuevos de VIH, de los cambios de clasificación a etapa SIDA y de las defunciones.
- ↳ Educación a las PVVS y sus familias en VIH/SIDA.
- ↳ Educación en autocuidado y prevención secundaria.
- ↳ Evaluación de los requerimientos de TARV en las PVVS en control.
- ↳ Solicitud oportuna de TARV cuando proceda de acuerdo a Protocolos y Guía Clínica.
- ↳ Educación en adherencia y reacciones adversas a medicamentos en usuarios/as que inician TARV y su entorno cercano.
- ↳ Evaluación de adherencia, eficacia y toxicidad de las terapias mediante controles periódicos clínicos y de laboratorio de acuerdo a Protocolos y Guía Clínica.
- ↳ Manejo, registro y notificación de reacciones adversas y refuerzo continuo de adherencia a tratamiento.
- ↳ Solicitud de cambio de terapia en casos de fracaso o de toxicidad severa.
- ↳ Seguimiento a pacientes hospitalizados como lo establezca la institución.
- ↳ Ejecución de estadísticas de atención.
- ↳ Colaboración en las funciones del Responsable de la Red de Atención, en particular aquellas que les sean encargadas.
- ↳ Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en ITS/VIH-SIDA que realiza el Centro.

Las enfermeras/as y/o auxiliares tienen dependencia técnica del Responsable de la Red de Atención y sus funciones específicas son:

- ↳ Participación en la planificación de las actividades asistenciales que desarrolla el Centro.
- ↳ Participación en el registro y supervisión de las actividades asistenciales realizadas.
- ↳ Participación activa en la elaboración y supervisión de los registros de PVVS en control, abandonos, fallecimientos, solicitudes de TARV y notificaciones.

- ↳ Participación en la organización de las actividades de educación, promoción y prevención en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- ↳ Participación en la definición y manejo presupuestario y la medición de los indicadores de impacto y evaluación de los resultados del Centro.
- ↳ Coordinación dentro del equipo de atención ITS/VIH y en aspectos de funcionamiento interno: citas, toma y derivación de exámenes, recepción de resultados, coordinación con Farmacia, área psicosocial, etc.
- ↳ Coordinación con el resto del equipo de salud, redes de atención.
- ↳ Participación en la planificación y ejecución de actividades de capacitación para el equipo de atención VIH, los equipos de salud que se requiera, las redes de atención, las familias de aquellas PVVS que consientan a ello y la comunidad.
- ↳ Educación en autocuidado y prevención secundaria a las PVVS a sus familias, parejas y amigos -si el usuario da el consentimiento respectivo-, para la mejoría de su calidad de vida.
- ↳ Educación y refuerzo permanente en adherencia y reacciones adversas a medicamentos en pacientes en TARV
- ↳ Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- ↳ Todas aquellas funciones que el Responsable de la Red de Atención le asigne.

Los psicólogos/as y trabajadores/as sociales tienen dependencia técnica del Responsable de la Red de Atención y sus funciones específicas son:

- ↳ Fortalecimiento de un trabajo conjunto y coordinado entre el equipo de atención y las agrupaciones de PVVS, mediante compromisos explícitos de trabajo asociativo.
- ↳ Diseño de estrategias de trabajo conjunto y coordinado, evaluación de impacto y fortalecimiento de las capacidades del equipo de salud y las agrupaciones de PVVS
- ↳ Capacitación y acompañamiento técnico permanente para las agrupaciones y los/as consejeros/as entre pares en las actividades de educación y consejería.
- ↳ Planificación y organización de actividades de educación, promoción de autocuidado y mejoría en la calidad de vida, prevención secundaria, adherencia, entre otras, dirigidas a las PVVS en control, las agrupaciones de PVVS y la comunidad.
- ↳ Atención de los requerimientos de apoyo psicoterapéutico individuales y de grupo en dependencia de la disponibilidad de personal.
- ↳ Atención de los requerimientos de apoyo social: diagnóstico de realidad sociocultural de la PVVS y su entorno, intervenciones de apoyo y tramitación de beneficios.
- ↳ Coordinación con organizaciones sociales de apoyo para la mejoría de la calidad de vida y la realidad psicosocial de las PVVS en control.
- ↳ Generación de proyectos para la mejoría de la calidad de vida y la realidad psicosocial de las PVVS en control.
- ↳ Participación en la planificación y supervisión de las actividades del Centro.
- ↳ Coordinación con el resto del equipo de salud, redes de atención, y comunidad organizada.
- ↳ Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.

Los Bio-químico/as – farmacéuticos/as tendrán las dependencias que les asigne el Responsable de la Red de Atención . Su rol es crucial para un uso racional, más seguro y costo – efectivo de los medicamentos y la calidad de vida de las PVVS.

Sus funciones específicas son:

- ↳ Manejo de la Farmacia en el marco de Sistema Nacional Único de Suministros.

- ↳ Provisión de servicios farmacéuticos, elaboración de registros e informes para el control de gestión, actividades de coordinación, planificación, capacitación e investigación.
- ↳ Provisión de servicios farmacéuticos lo que incluye diferentes actividades que abarcan desde el suministro de medicamentos, la conservación y mantención de la calidad, la seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos, el seguimiento y evaluación de la utilización, la obtención y difusión de información de medicamentos y la educación permanente de los demás miembros del equipo de salud, las PVVS y la comunidad, mediante.
- ↳ Gestión del suministro: reposición de fármacos en base a consumos actuales y proyectados mediante coordinación con Programa Nacional asegurando abastecimiento continuo de acuerdo a Normas del Sistema Nacional Único de Suministros y las Farmacias Institucionales.
- ↳ Cumplimiento de las normas y procedimientos sobre recepción, almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos: evaluación de las condiciones de espacio, orden, temperatura y humedad para el almacenamiento de medicamentos utilizados en VIH/SIDA; registro de existencias, vencimientos, recepción y salida de medicamentos utilizados en VIH/SIDA en los lugares de almacenamiento de antiretrovirales; revisión periódica de las existencias en los distintos servicios clínicos, bodega central u otro lugar en que se almacenen antiretrovirales; mantención y reposición diaria del stock de medicamentos antiretrovirales y para el tratamiento de infecciones oportunistas; verificación de la rotación de las existencias; destrucción de fármacos en mal estado o vencidos en coordinación con UNIMED; gestión y registro de canjes o préstamos de medicamentos.
- ↳ Dispensación informada: recepción y registro de recetas; interpretación y análisis de ellas; comparación con registros de terapias asignadas, con datos de perfil farmacológico; preparación de las dosis que se deben administrar en pacientes pediátricos y situaciones especiales; entrega de los medicamentos con información sobre la buena utilización de ellos.
- ↳ Seguimiento de la farmacoterapia por evaluación del cumplimiento de las indicaciones mediante revisión de fechas de retiro de medicamentos, ausentismo, devoluciones, utilización inadecuada de los medicamentos, detección de interacción de fármacos y reacciones adversas a medicamentos.
- ↳ Evaluación y refuerzo de la adherencia de las PVVS a la TARV con consejería de apoyo a la adherencia a tratamiento.
- ↳ Programas de farmacovigilancia con detección, registro, evaluación y notificación de reacciones adversas a antiretrovirales.
- ↳ Información en medicamentos mediante el refuerzo de la educación a los usuarios/as en formas de administración, horarios, dosificaciones, interacciones, efectos adversos.
 - Registro e informes para el control de gestión de medicamentos antiretrovirales y para el tratamiento de infecciones oportunistas: control de existencias; recetas y prescripciones despachadas; consumo de medicamentos; registro y comunicación al Programa Departamental de PVVS en tratamiento, ingresos, suspensiones, traslados y fallecimientos.
- ↳ Colaboración con el Centro de Atención en actividades de planificación y capacitación.
- ↳ Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- ↳ Todas aquellas funciones que el Responsable de la Red de Atención del establecimiento les asigne.

Los (as) Educadores (as) tendrán las dependencias que les asigne el Responsable de la Red de Atención. Siendo la promoción de la salud la estrategia principal del modelo SAFCI constituyen uno de los pilares de todas las intervenciones del Programa Departamental y del CDVIR. Sus funciones principales son:

- ↳ Fortalecimiento de un trabajo conjunto y coordinado entre el equipo de atención y las agrupaciones de PVVS, conjuntamente con otros profesionales del área social del establecimiento, mediante compromisos explícitos de trabajo asociativo.
- ↳ Capacitación permanente a todo el personal en el enfoque del modelo SAFCI tanto en su componente de atención como de gestión.
- ↳ Elaboración de material educativo respetando las características propias de la temática ITS/VIH-SIDA, así como el contexto socio-cultural regional.
- ↳ Evaluación del impacto de las intervenciones relacionadas con la sensibilización, promoción y prevención.
- ↳ Diseño de estrategias de trabajo conjunto y coordinado, evaluación de impacto y fortalecimiento de las redes de atención en el área educativa.
- ↳ Capacitación y acompañamiento técnico permanente para las agrupaciones de PVVS entre pares en las actividades de educación y consejería.
- ↳ Planificación y organización de actividades de educación, promoción de autocuidado y mejoría en la calidad de vida, prevención secundaria, adherencia, entre otras, dirigidas a las PVVS en control, las agrupaciones de PVVS y la comunidad en coordinación con otros profesionales del área social.
- ↳ Participación en la planificación y supervisión de las actividades del Centro.
- ↳ Coordinación con el resto del equipo de salud, redes de atención, y comunidad organizada.
- ↳ Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- ↳ Siguiendo con la política de desconcentración de los CDVIR (CRVIR) la mayor parte de sus actividades deben planificarse fuera de los mismos en la propia comunidad.

Otros profesionales, nutricionista, odontólogo/a u otros, técnicos/ y funcionarios/as administrativos del CDVIR deben ser asignados en dotación suficiente y capacitados previamente en las actividades específicas de su competencia, tales como consejería y manejo de fármacos, además de al menos, una actividad anual de capacitación continua. En el caso de nutricionistas y odontólogos/as se considera la posibilidad de que se desempeñen en sus propios lugares de atención, sin embargo, su trabajo debe estar estrechamente coordinado con el CDVIR. La atención dental forma parte del manejo integral del VIH/SIDA e involucra patologías con características específicas que requieren una atención expedita por lo que deben asignarse horas de odontólogo/a para atenciones de morbilidad urgente.

8.7 Atención interdisciplinaria – Equipos de Salud-

Aún cuando se planifica que el Centro de Atención cuente con los profesionales necesarios para una adecuada atención biopsicosocial de las PVVS, la variedad de patologías relacionadas y no relacionadas a VIH que afectan a las PVVS requiere un manejo interdisciplinario, vale decir de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por cuanto su patogenia y la de sus complicaciones frecuentes involucra compromisos de múltiples órganos y sistemas que requieren intervenciones de especialistas. Los hospitales de III nivel de complejidad, en general cuentan con estos especialistas, pero ellos no forman parte del equipo de atención VIH, el acceso, oportunidad de la atención son variables y dependientes, con frecuencia de mecanismos informales.

En los centros que no tienen acceso a ciertas especialidades, debe establecerse un mecanismo de referencia a otros centros o incluso a otros Servicios de Salud, coordinación que es responsabilidad del CDVIR.

La Norma considera la implementación de una red formal de consulta y derivación (referencia y retorno) al interior de los Servicios de Salud que garantice a las PVVS la atención por profesionales calificados, tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, particularmente en urgencias, previamente definidas, en que dicho plazo no puede exceder las 48 horas.

Para ello se deben gestionar la asignación de horas de atención a pacientes VIH-SIDA en especialidades o, en su defecto, un mecanismo de asignación preferente de horas en las distintas especialidades ambulatorias. También debe existir acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes como radiología, ecografía tomografías, resonancia magnética, etc.

Con frecuencia un profesional es designado en la especialidad respectiva para la atención de las PVVS en su establecimiento, sin la necesaria adquisición de mayores conocimientos específicos no solamente de la parte clínica, sino también en cuanto al flujo de información, notificación así como del manejo de la confidencialidad o las particularidades de los pacientes con VIH-SIDA ; por lo cual se debe procurar la incorporación de dichos especialistas a instancias de capacitación integral y continua que abarquen desde el marco legal, Protocolos, Guías de Atención, Flujo de la Información, Promoción, Prevención, etc.

El acceso de PVVS a hospitalización transitoria, electiva, de urgencia, a Unidades Cuidados Intensivos con frecuencia es restringido, tardío y limitado, especialmente cuando se requieren recursos tecnológicos complejos de por sí escasos, cuando disponibles, en los hospitales públicos.

La Norma considera que los Centros de Atención (CDVIR) cuenten con acceso expedito y oportuno a hospitalización transitoria para tratamientos de menor complejidad y procedimientos como punción lumbar y biopsias, acceso expedito y oportuno a hospitalización de personas con VIH/SIDA tanto en forma electiva como de urgencia a unidades de cuidados intensivos, aislamiento o áreas diferenciadas si la patología lo requiere. También los Centros deben tener acceso a atención domiciliaria, tratamientos ambulatorios y a hospitalización de personas en estados terminales. La coordinación de todas estas derivaciones es responsabilidad de los CDVIR en coordinación estrecha, continua y planificada con los Servicios Departamentales, las Direcciones Municipales de Salud, los Coordinadores de la Red, Directores de Hospitales y Jefes de Servicio constituyendo verdaderas redes de atención integral.

La infección por VIH en mujeres adultas y adolescentes requiere que los CDVIR cuenten con los recursos, o bien con los mecanismos de referencia adecuados, para el acceso expedito y oportuno a los controles ginecológicos preventivos periódicos a los tratamientos médicos o quirúrgicos que se requieran para el manejo de las patologías ginecológicas, relacionadas o no relacionadas al VIH. Además, se debe contar con los mecanismos de referencia para estudio y tratamiento de los problemas reproductivos que puedan afectarlas.

El equipo interdisciplinario debe desarrollar capacidades organizativas y de consejería sobre prácticas y promoción de estilos de vida saludables: En el contexto de una patología crónica y con particularidades que ya han sido descritas que involucra, además, el conocimiento de la realidad socioeconómica de los usuarios/as, los equipos de atención en VIH necesitan aptitudes y conocimientos que van más allá de la capacitación biomédica tradicional y no han sido adecuadamente enfatizadas.

Se requiere el desarrollo de una política activa en la adquisición y mantenimiento por parte del equipo de salud de herramientas de gestión: programación, manejo presupuestario, evaluación, entre otras, como también capacidades eficaces de liderazgo para la organización de la atención, de formación de equipos de trabajo, de comunicación para promover el intercambio de información y de consejería para mejorar la calidad de vida de las PVVS y obtener una óptima adherencia,

autocuidado y prevención secundaria por parte de los beneficiarios de la atención.

Los equipos de atención deben incluir actividades que permitan una adecuada sensibilización e información sobre las actividades que realizan las agrupaciones locales de PVVS.

8.7.1 Ruta crítica para la atención de la persona con ITS/VIH- SIDA

La variedad y complejidad de actores e intervenciones relacionadas con la atención de las ITS/VIH en nuestra sociedad, hace necesario definir una ruta crítica para:

- ⇒ Lograr accesibilidad de la población y disponibilidad de los servicios para prestar una atención apropiada.
- ⇒ Lograr una provisión de servicios segura, con adecuada competencia técnica y profesional de quienes se vinculan a ella y aprovechando las capacidades de actuación de la red de servicios (incluidos todos los subsectores)
- ⇒ Lograr prestar servicios a todas las personas que viven con VIH-SIDA, reconociendo sus características individuales y garantizando sus derechos.
- ⇒ Lograr operar bajo esquemas eficientes que supongan costos racionales para la sociedad.

8.8 Los CDVIR – CRVIR a mediano plazo

Los Centro de Vigilancia y Referencia en ITS/VIH-SIDA (departamentales o regionales) producto del mayor número de casos detectados (que probablemente irán en ascenso) dedican gran parte de su tiempo a labores eminentemente asistenciales. Lo cual ha llevado a generar debilidades en el ámbito gerencial. Pretender que poblaciones en expansión (como son las capitales de departamento y las ciudades intermedias) sean cubiertas en cuanto a sus demandas a partir de únicos centros resulta no solamente poco probable, sino también poco costo-efectivas. Por lo cual, de manera progresiva y paulatinamente se deberá generar las condiciones técnicas para que la red de servicios vaya asumiendo el manejo de la mayoría de los casos.

Permitiendo de esta manera que los CDVIR-CRVIR igualmente de manera progresiva y paulatina se conviertan precisamente en instancias que realicen la vigilancia epidemiológica, la recolección de información a partir de la cual se planifique las intervenciones integrales en promoción, prevención, diagnóstico precoz, etc. A la vez que se convierta en un centro de acreditación y apoyo técnico en todos los componentes operaciones de la Norma.

Para conseguir ese escenario es necesario que se generen ciertas condiciones político-financieras que permitan fortalecer la red de servicios, en su capacidad resolutive en ITS/VIH-SIDA a la vez que necesariamente deberá trabajarse con los grupos organizados de usuarios para disminuir la susceptibilidad existente al momento de acudir a los establecimientos de salud de la red (diferentes a los CDVIR) producto de algunas barreras socio-culturales existentes en la actualidad.

Es indudable que por la complejidad inherente a la atención del VIH/SIDA, tanto en sus complicaciones como en las variables socioculturales involucradas y el manejo terapéutico, se necesita la formación de centros especializados de atención que sean implementados en base a gestiones locales (municipales y departamentales) y a apoyo técnico del nivel nacional suficientes para satisfacer la creciente demanda de atención consecuencia del aumento cuantitativo y cualitativo que ha generado el acceso universal a terapia.

Estos centros que a mediano plazo deberán estar plenamente integrados a la red de servicios (mediante los hospitales de II o III Nivel de acuerdo a las características regionales) y que pueden significar los Servicios de Infectología u otros similares asumirán las tareas hoy desarrolladas por

los CDVIR y permitirán que éstos privilegien sus labores gerenciales.

Por otro, es primordial considerar el escenario político-administrativo del Estado Plurinacional que ha privilegiado las acciones de desconcentración, descentralización y autonomías en un marco legal bien definido. Este enfoque persigue acercar a niveles locales la toma de decisiones para mejorar las intervenciones sectoriales e intersectoriales. Este proceso debe ir paralelo a la visión de esos niveles locales, regionales, municipales con el necesario compromiso de asumir responsabilidades en cuanto al financiamiento sostenible de políticas en salud.

En ese marco es que los CDVIR deben implementar acciones concretas de desconcentración mediante los CRVIR pero éstos últimos deben asumir responsabilidades sobre las redes de servicios (rurales y urbanas) en su ámbito de influencia. La experiencia acumulada en el Departamento de Santa Cruz en este sentido será de aprendizaje para que otros departamentos continúen en esa dirección.

8.9 Población Beneficiada (PVVS)

Es indudable que varios de los avances conseguidos a nivel institucional han sido producto de la movilización de los grupos organizados de PVVS mediante su activa participación en diferentes niveles de decisión e incluso operativos, por lo cual esta Norma considera necesario seguir fortaleciendo esta interrelación para mantener sus características de agentes de cambio de su situación de salud y de la comunidad, manteniendo su involucramiento de manera activa en:

- ↳ El aprendizaje sobre su condición y adquisición de competencias para la autoayuda y habilidades para facilitar el cambio de conductas.
- ↳ En la participación en iniciativas de autocuidado individual y en la toma de decisiones que afectan su propia situación de salud.
- ↳ En la colaboración con el equipo de salud en la entrega de la información relevante referente a sus necesidades, problemas de salud, de los antecedentes que le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- ↳ Adherencia individual a las medidas efectivas de prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- ↳ Uso responsable de los antirretrovirales y demás medicamentos prescritos y aceptados por el usuario para la prevención o tratamiento de enfermedades concomitantes.
- ↳ La participación en la promoción de estilos de vida saludables, en iniciativas orientadas al autocuidado colectivo en los ámbitos de la prevención, detección de necesidades de salud, de riesgos ambientales y sociales.
- ↳ La participación en estrategias de difusión y comunicación social, en acciones colectivas por las cuales la comunidad identifica analiza sus problemas locales de salud, define objetivos y formula propuestas de estrategias para alcanzar objetivos sanitarios.
- ↳ Participación activa en la difusión, promoción de los derechos y deberes de los usuarios/as en la comunidad.
- ↳ Colaboración con el equipo de salud en el cumplimiento individual y en la promoción a los demás usuarios/as de la construcción de una relación de respeto entre usuarios/as y equipo de salud, como también en el cuidado de las instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud.
- ↳ Participación en agrupaciones de usuarios/as orientadas a la protección de sus derechos y deberes, la adquisición de conocimientos y habilidades específicas, la promoción y prevención en salud.
- ↳ Conocimiento y difusión de los resultados de evaluación de impacto generados por los Consejos Técnicos de VIH/ SIDA.

9. ATENCIÓN DE ITS Y VIH

Debemos reconocer que el enfoque que ha prevalecido hasta el momento en cuanto a otras ITS y el VIH ha sido solamente nominal, reduciendo las intervenciones en cuanto a la primera solamente o mayormente con poblaciones de riesgo como las trabajadoras sexuales.

Esta dicotomía ha llevado a la práctica rutinaria en el ámbito asistencial en cuanto a la detección de ITS, minimizando otras intervenciones en la población general sobre todo en cuanto a tareas de prevención y promoción.

Por esta razón es que se considera imperativo que al interior de los CDVIR se designe un profesional responsable de ITS para que pueda implementar tareas preventivo, promocionales específicas.

Es importante remarcar que, las infecciones de transmisión sexual aumentan las probabilidades de que el VIH, se transmita de un individuo a su pareja por contacto sexual. Por su parte, la presencia del VIH aumenta la vulnerabilidad a las ITS y prolonga la duración de los procesos infecciosos. Por lo tanto, la prevención y el manejo de las ITS han adquirido una importancia crítica en lo que a minimizar el impacto de la pandemia del VIH/SIDA se refiere.

Las ITS que producen úlceras genitales aumentan significativamente las posibilidades de inoculación del VIH cada vez que se tienen relaciones sexuales. Sin embargo, otras ITS también aumentan el riesgo de transmisión de VIH por contacto sexual, especialmente si originan inflamación en el tracto genital. A continuación se presenta un resumen de las maneras en las que se facilita la transmisión y contagio por VIH debido a la presencia de una infección:

Tipos de ITS	Incremento del riesgo de transmisión de VIH	Manera en que facilita la transmisión de VIH
ITS que producen úlceras Sífilis Chancroide	De 3 a 9 veces	Como el VIH se transmite y adquiere a través del contacto directo con fluidos corporales, la presencia de llagas abiertas y ampollas/úlceras permite que dicho contacto sea mucho mayor y facilita el acceso del virus al torrente sanguíneo
Virus del herpes simple	El doble	
ITS que producen inflamación Gonorrea Chlamydia Trichomoniasis	De 3 a 5 veces	Estas infecciones aumentan el número de células infectadas por VIH que derraman los genitales. Además, las infecciones endocervicales y de la uretra que ocasionan inflamación promueven un intercambio más eficiente de partículas infecciosas
Vaginosis bacteriana	De 1.5 a 2 veces	

Con el fin de limitar la morbilidad y mortalidad derivadas de las ITS y del VIH, la prevención es un aspecto crucial. Las estrategias primarias para prevenir la transmisión de las ITS son las mismas que para VIH/SIDA. Sin embargo, una vez que se ha establecido el contagio, muchas de las demás infecciones de transmisión sexual son curables, mientras que el VIH no lo es. Por lo tanto el manejo oportuno y adecuado de otras ITS puede ayudar a limitar la pandemia de VIH.

Un ejemplo de la manera en la que el manejo de las ITS más comunes ha disminuido el impacto de la pandemia de VIH es el caso observado en la región Mwanza de Tanzania¹, en el que el

¹ Grosskurth, H., Mosha, F., Todd, J., *et al.* (1995) "Impact of improved treatment of sexually transmitted disease on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial" *Lancet* 346: 530-6.

manejo sindrómico de ITS sintomáticas, durante un periodo de dos años, dio como resultado una reducción del 42% en la incidencia de VIH.

Existen tres etapas en la prevención del VIH, desde la perspectiva del manejo de ITS, que aplican tanto a individuos como a estrategias de políticas de salud:

	REDUCIR LA EXPOSICIÓN	REDUCIR LA EFICIENCIA DE TRANSMISIÓN	REDUCIR LA DURACIÓN DEL PERIODO INFECCIOSO
Comportamiento Individual	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abstenerse de tener relaciones sexuales. ⇒ Limitar el número de compañeros (as) sexuales ⇒ Mantener relaciones monógamas mutuas. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Substituir prácticas sexuales de riesgo ⇒ Utilizar preservativos 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Detección y tratamiento precoz de ITS inmediato. ⇒ Abstención de relaciones sexuales durante el tratamiento. ⇒ Evaluación y tratamiento del compañero (a) sexual.
Políticas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Limitar la prevalencia de ITS en la población. ⇒ Enfocar en grupos de riesgo ⇒ Promocionar los métodos de protección. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Promover el sexo seguro a través de campañas informativas activas, de alta calidad y con perspectiva de género. ⇒ Aumentar la disponibilidad de preservativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Proporcionar servicios accesibles para ITS. ⇒ Manejo Sindrómico de ITS.

Por lo tanto en el desarrollo de la presente Norma se pretende integrar aún más el enfoque único en cuanto a las intervenciones referidas a ITS /VIH, considerando las particularidades de cada una de éstas pero fundamentalmente aprovechando los escenarios compartidos de ambos procesos. Entonces más que mantener una denominación conjunta como Programa debemos fortalecer el enfoque similar por las características ya descritas; los principios orientadores, la garantía de derechos y el flujo de los pacientes debe seguir al descrito en esta Norma al igual que los pacientes VIH/SIDA.

10. REDES DE ATENCIÓN

Todo el personal que trabaja en el sector salud conoce la división básica del sistema de salud en tres niveles de atención y muchas veces asume que la conformación de una red de servicios simplemente resulta de la agrupación de los niveles mencionados.

En el pasado se asumió la conformación de la red de servicios mediante el cambio de nombre de los anteriormente denominados distritos de esta manera se pensó (de manera errónea) que se establecían verdaderas redes de atención. Esta visión entendía a la red como un objetivo y no como un instrumento dinámico horizontal de manera que aún hoy perdura la tendencia a considerar niveles jerárquicos rígidos y verticales al momento de pretender establecer una red.

Por esa razón proponemos la construcción de redes de servicios a partir de redes de personas que

se relacionan mediante vínculos que expresan valores y que deben ser cultivados desde nuestro puesto de trabajo, sea cual fuera el lugar que ocupamos en el sistema de salud.

10.1. Niveles de Construcción de redes

Por lo señalado, existen algunas reflexiones que debemos realizar al momento de pretender conformar una red de servicios; aspectos que se deben abordar y que van más allá de su constitución formal o teórica.

Como señalamos anteriormente, se pretende conformar redes no como objetivo, sino más bien como un instrumento para conseguir resultados; pasar del trabajo de “redes en si a redes para”; redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente.² Quizás este es el paso más importante, ya que depende del cambio de actitud de todos los actores involucrados en el tema y no se trata simplemente de debilidades en términos de infraestructura, personal o equipamiento.

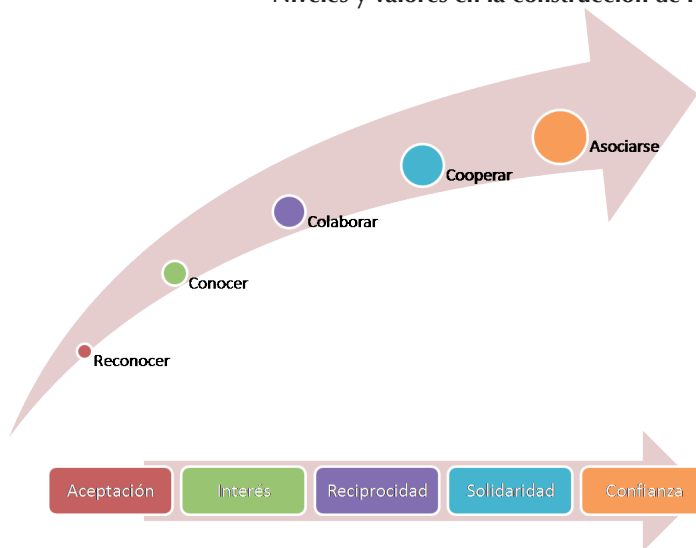
Mientras que la primera variable involucra la generación de vínculos entre personas por lo cual tiene un componente subjetivo, la segunda depende de gestiones y presupuestos.

Entonces en la construcción de redes primeramente se deben establecer vínculos entre los componentes de esa red, en nuestro caso, vínculos entre el personal de salud. Internamente en un mismo establecimiento y externamente entre personal de los diferentes niveles de atención, incluidos los niveles gerenciales, municipales, departamentales y nacional.

El proceso que intentamos recorrer, es similar al que debe recorrerse en la construcción de cualquier red. En éste proceso existen diferentes niveles de vínculos, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos y para evaluar los grados de profundidad de una red.

Evidentemente estos niveles generan una secuencia que en la práctica es mucho más compleja que la que de gráfica que representamos a continuación, pero seguramente nos resultara útil para avanzar en la comprensión al momento de organizar y/o modificar una red.

FIGURA N° 12
Niveles y valores en la construcción de redes



Elaboración propia en base a Rovere M. Redes en salud. 2da Ed. Córdoba. 2006

El **reconocimiento** es el cimiento sobre el cual se construye una red, que expresa la necesaria **aceptación** del otro como interlocutor válido. De manera tal que deberíamos erradicar la visión en la cual existen componentes de la red principales y otros simplemente accesorios. En la práctica diaria se suele subestimar el trabajo del personal de diferente formación a la propia (médico-enfermera, especialista-médico general, enfermera-auxiliar, auxiliar-personal de limpieza) igualmente el trabajo del primer o segundo nivel de atención algunas veces es subestimado.

Entonces en un escenario en el cual pareciera que solamente nuestra visión y por lo tanto nuestro trabajo es el importante es poco probable que se establezcan vínculos; por lo cual reconocer y aceptar a los otros actores en la complejidad del tema salud es el primer paso necesario. Esto incluye la aceptación de la participación de la población (organizada o espontáneamente) en el mejoramiento de los servicios, pero no simplemente como un formalismo sino desde el convencimiento de que su opinión (visión) es primordial y útil.

Una vez reconocido y aceptado el otro interlocutor, existe la necesidad de **conocer** a ese otro actor, pues empieza a ser incluido en nuestra percepción habitual, lo que demuestra **interés**, queremos saber quién es el otro, queremos saber cómo ve el problema (o la solución) desde su lugar. Por eso resulta aconsejable que el responsable de un establecimiento de salud genere espacios de discusión y análisis constantes y programados para que cada uno pueda opinar sobre una situación particular. La participación del personal de distinto perfil en la toma de decisiones genera un sentido de pertenencia hacia la institución que motiva el constante deseo de superación. De esta manera es más probable el logro de objetivos institucionales.

El siguiente paso lo constituye la **colaboración** (trabajar con), donde se empieza, en determinadas circunstancias específicas a compartir algunas tareas generando vínculos de **reciprocidad**. No es una ayuda sistemática ni organizada sino más bien surge de manera espontánea muchas veces aislada a partir de reconocimiento y conocimientos ya cimentados. Frente a circunstancias como un brote epidemiológico, un accidente todos los miembros del establecimiento o de varios establecimientos suelen afrontar la situación a pesar de no contar con un plan específico de tareas.

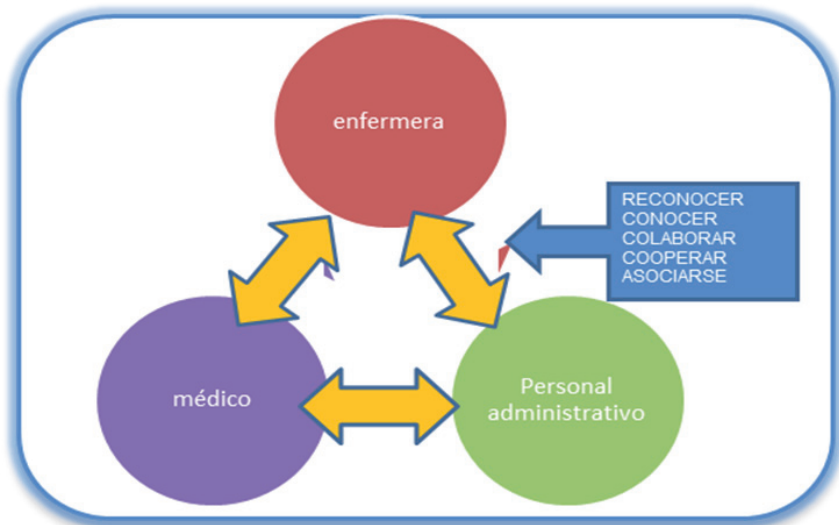
Precisamente el siguiente nivel establece la necesidad de **cooperación** (operación conjunta) siendo más complejo el accionar ya que parte de la premisa de que existe un problema en común y que requiere de la participación de ambas partes para solucionarlo. Se establecen entonces vínculos de **solidaridad** que generan co-responsabilidad cuando se enfrenta determinadas circunstancias. En la práctica los procesos de referencia y retorno suelen establecer susceptibilidades de ambos establecimientos involucrados. Es frecuente que se cuestione los diagnósticos encontrados en el primer nivel así como la resolución y seguimiento realizados por el nivel superior. Cuando lo deseable sería que, de encontrarse alguna debilidad, generar los mecanismos para superarla en conjunto mediante capacitación, discusión de casos, elaboración de protocolos, etc. (pensando en red y no solo como establecimiento y menos como individuos)

Finalmente se conseguirá la **asociación** y se generará **confianza** cuando los miembros que constituyen una red logren compartir recursos a partir de programaciones conjuntas. Si se establece que el problema de una determinada red resulta de la insuficiente capacidad resolutoria de uno de sus establecimientos de primer nivel, no debería resultar extraño que tanto el hospital de segundo como el de tercer nivel de atención establezcan un proyecto conjunto de fortalecimiento de ese centro. Por otro lado tareas de promoción de la salud con participación de especialistas y personal de tercer nivel deben ser programados para el conjunto de la red.

Iguals niveles a los señalados con sus valores implícitos se requieren al momento de pretender establecer los vínculos entre los establecimientos de salud de una red, como al interior de un

establecimiento entre el personal del mismo, así como entre las diferentes instancias involucradas (departamentales, municipales, nacionales), los distintos perfiles profesionales involucrados (gerentes, coordinadores, responsables, médicos asistenciales, etc.

FIGURA N° 13
Vínculos internos



Elaboración propia

De lo que se trata entonces es de pensar en red, entender que la resolución de un determinado problema depende del trabajo coordinado de todo el personal de un establecimiento y de todos los establecimientos de la red. Entonces más importante que la simple distribución geográfica de los niveles de atención (que todos conocen) es la generación de vínculos estrechos multidireccionales, que parten por un cambio de actitud de todos los involucrados.

Este mismo entramado que se pretende construir a partir de los pasos sugeridos es válido para la generación de vínculos tanto entre el personal de salud como desde y hacia la comunidad, porque en definitiva se quiere una verdadera red con múltiples y variadas entradas y salidas en todos los actores e instituciones involucradas con el tema de salud.

11. INSTANCIAS DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

11.1. Consejo Nacional del SIDA

El Consejo Nacional de VIH-Sida está presidido por el/la Ministro(a) de Salud y Deportes, se encuentra integrado por:

- ⇒ Un representante del Ministerio de Educación y Culturas.
- ⇒ Un representante de la Red Nacional de Personas que viven con el VIH-SIDA.
- ⇒ Un representante del Programa Nacional ITS/VIH-Sida.

- ⇒ Un representante del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- ⇒ Un representante de la Sociedad Científica correspondiente del Colegio Médico Boliviano.
- ⇒ Un representante de la Comisión Nacional de Bioética.

Siendo sus atribuciones:

- ⇒ Formular políticas y programas de prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación como respuesta al VIH-SIDA.
- ⇒ Sistematizar criterios y mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional, gubernamental y no gubernamental e internacional.
- ⇒ Fortalecer las actividades de las instituciones y organizaciones que trabajan en acciones de prevención, asistencia integral multidisciplinaria, rehabilitación, apoyo, vigilancia y respuesta al VIH-SIDA.
- ⇒ Apoyar la difusión de los programas interinstitucionales de VIH-SIDA.
- ⇒ Supervisar los contenidos de mensajes emitidos por los programas de difusión, que contengan información sobre VIH-SIDA.
- ⇒ Promover servicios de asesoramiento e información, mediante líneas confidenciales a nivel nacional.
- ⇒ Impulsar estrategias de defensa de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH-SIDA, asumiendo los compromisos y tratados internacionales que comprometen a Bolivia en esta temática.
- ⇒ Supervisar la optimización de los recursos nacionales e internacionales relativos al VIH-SIDA en las líneas de acción estratégicas definidas por el Programa Nacional.
- ⇒ Toda otra que se considere necesaria para el cumplimiento efectivo de la presente Ley.
- ⇒ Convocar a Instituciones que no forman parte del Consejo Nacional a fin de coordinar con ellas diversas actividades.

11.2. Consejo Departamental del SIDA

Los Consejos Departamentales de VIH-Sida, están constituidos por los representantes departamentales correspondientes o similares al nivel nacional.

11.3. Servicio Departamental de Salud y Consejos Técnicos

Si bien es cierto que están establecidos los Consejos Departamentales (CODESIDA) como máxima instancia interinstitucional a nivel Departamental para formular políticas y programas de prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación como respuesta al VIH-SIDA, se debe reconocer que resulta poco práctico conseguir sincronizar las agendas de las autoridades que la componen más que una par de veces al año.

Por lo cual se debe establecer un espacio fundamentalmente técnico de coordinación que otorgue los insumos necesarios para la toma de decisiones así como para la planificación de las

intervenciones integrales en ITS/VIH-SIDA.

Los Consejos Técnicos de ITS/VIH/SIDA estarán integrados por los representantes del Programa Departamental, Responsable de Redes de Servicios, Director Municipal de Salud (si corresponde Directores), Directores de Hospital, Jefes de Servicios, Coordinador de Red (si corresponde Coordinadores), Representante de los Seguros a Corto Plazo, Representantes de los diferentes Comités.

- ↳ Definición de objetivos departamentales.
- ↳ Implementación, evaluación permanente de la red de salud.
- ↳ Planificación de actividades de educación, promoción y prevención.
- ↳ Definición de compromisos de gestión.
- ↳ Monitoreo de procesos y evaluación de calidad.
- ↳ Control de resultados mediante la evaluación de indicadores de impacto.

11.4. Lineamientos de trabajo de los Comités

Una de las principales características del nuevo enfoque tanto del modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural; así como de la presente Norma es la necesidad de la intersectorialidad y la integralidad de las diferentes intervenciones.

En el tema concreto que nos ocupa tiene aún mayor importancia el convencimiento de acciones multisectoriales e intrasectoriales, ya que el comportamiento de las ITS/VIH-SIDA exceden el campo exclusivo de la salud y por otro lado requieren de la participación, del mismo campo de la salud, de varios Componentes (Programas).

Otra certeza es el empuje que ha significado la participación de la sociedad civil en los diferentes niveles y que han contribuido a modificar la planificación, evaluación y ejecución de las intervenciones a partir de la experiencia y necesidad concreta de los actores centrales.

Debido a esto a partir de la promulgación de la Ley N° 3729, para la “Prevención del VIH/SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH/SIDA” se han establecido varios espacios (Comités) de coordinación, evaluación y planificación de tareas conjuntas entre los principales involucrados en diversos temas específicos, a continuación realizamos un resumen de dichos comités:

COMITE	DEFINICIÓN	OBJETIVOS	CONFORMACIÓN
Comité Nacional de Monitoreo de Evaluación	Instancia multisectorial de control y seguimiento a las acciones de Monitoreo y Evaluación de la respuesta Nacional al VIH/sida y funciona en el marco del CONASIDA.	<p>⇒ Proponer los objetivos y metas de gestión, en función al Plan Estratégico Multisectorial de respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA.</p> <p>⇒ Definir los indicadores de impacto, efecto, resultado y proceso según los objetivos y metas de gestión.</p> <p>⇒ Coadyuvar en la formulación de los lineamientos metodológicos de los estudios de investigación y evaluación en la temática del VIH/SIDA</p>	<p>Presidencia del Comité: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA</p> <p>Vicepresidencia del Comité: Sistema Nacional de Información en Salud</p> <p>Secretaria del Comité: Presidencia Grupo Temático ONUSIDA</p> <p>Vocalías: Receptor Principal Fondo Mundial Red Nacional de Personas que Viven con VIH-SIDA Instituto Nacional de Estadística</p>
Comité Nacional de Acceso Universal para la Población GBT-HSH	Instancia multisectorial para la formulación de un Plan de Acceso Universal para la población GBT y HSH.	<p>⇒ Coadyuvar a la estructura y contenido y alcances del Plan de monitoreo y estrategias de intervención en la población GBT-HSH.</p> <p>⇒ Coadyuvar en la formulación de estrategias de intervención orientadas al acceso universal de la población GBT-HSH.</p>	<p>Coordinación del Comité Programa Nacional ITS/VIH/SIDA</p> <p>Sub coordinación :Red TREBOL Secretaria General: Colectivo TLGB</p> <p>Vocalías : ADESPROC Cooperación para el desarrollo</p>

Comité Nacional de Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical de VIH

Instancia multisectorial y multiprogramática para la implementación de la Estrategia Nacional de eliminación de la sífilis congénita y la reducción de la transmisión vertical del VIH.

- ⇒ Proponer los objetivos y metas de gestión, en función al Plan Estratégico Multisectorial de respuesta nacional a las ITS/VIH/SIDA.
Presidencia del Comité Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
Vicepresidencia del Comité Sistema Nacional de Información en Salud
- ⇒ Definir los indicadores de impacto, efecto, resultado y proceso según los objetivos y metas de gestión.
Secretaría del Comité Presidencia Grupo Temático ONUSIDA
Vocalías
- ⇒ Coadyuvar en la formulación de los lineamientos metodológicos de los estudios de investigación y evaluación en la temática del VIH/SIDA
Receptor Principal Fondo Mundial Red Nacional de Personas que Viven con VIH-SIDA Instituto Nacional de Estadística

Comité Farmacoterapeutico Nacional.	Grupo, a nivel institucional, de profesionales de la Salud, cuya función principal consiste en la selección de medicamentos y el establecimiento de normas terapéuticas a ser empleadas por la institución. Este comité está compuesto generalmente, por un equipo médicos especialistas, farmacólogos clínicos y farmacéuticos	<p>⇒ Propiciar los lineamientos para la atención y tratamiento de la sífilis y la profilaxis de prevención de transmisión vertical en mujeres embarazadas, en el marco de la RM 0521.</p> <p>⇒ Coadyuvar en la formulación de acciones concretas para la implementación de estrategias de intervención en el marco de la eliminación de sífilis congénita y la reducción de la transmisión vertical del VIH.</p>	<p>Presidenta del Comité Programa Nacional ITS/VIH/SIDA</p> <p>Secretaria General Programa Regional ITS/VIH/SIDA – El Alto</p> <p>Vocalías</p> <p>Comité Farmacoterapeutico Nacional</p> <p>Cooperación para el Desarrollo Programa Departamental ITS/VIH/SIDA – La Paz</p>
Comité de Coinfección TB/VIH-SIDA	Fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH a través de la aplicación de estrategias de detección temprana para el manejo de co-infección TB/VIH/SIDA	<p>⇒ Mejorar e incrementar las actividades de detección temprana y el manejo establecido del VIH en personas con tuberculosis en todas sus formas (TB TSF)</p> <p>⇒ Mejorar e incrementar la detección temprana y el manejo de la tuberculosis en personas que viven con VIH/sida (PVVS)</p>	<p>Presidenta del Comité Programa Nacional ITS/VIH/SIDA</p> <p>Secretaria General Programa Nacional de Control de Tuberculosis</p> <p>Vocalías</p> <p>Sociedad Civil Comité Farmacoterapeutico Nacional</p> <p>Cooperación para el Desarrollo</p>

12. CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EVALUACIÓN E INDICADORES

La calidad de la atención implica múltiples aspectos, sin embargo, con fines operativos se propone centrarlos en la toma de decisiones, evaluación de los procesos y monitoreo de los resultados.

12.1. Toma de decisiones

La evidencia científica debe ser la base para la toma de decisiones. El modelo considera la utilización de la evidencia en ámbitos tan diversos como la formulación de políticas, planificación de servicios, destinación de recursos y el manejo clínico y psicosocial de las condiciones crónicas como, el VIH/SIDA. Los niveles de aplicación de la evidencia son:

- ⇒ Individual: uso de la medicina basada en la evidencia científica, la epidemiología clínica y técnicas de evaluación en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- ⇒ Asistencial: uso de la evidencia en la medición de la eficacia de los recursos utilizados, atención ambulatoria versus hospitalaria, días/ cama, estudios complementarios, evaluación tecnológica.
- ⇒ Gestión de unidad: se basa en mediciones de costos, gestión de recursos, dotación y características de los recursos humanos, motivación, capacitación, organización. Utiliza presupuestos y sistemas de evaluación de costos.
- ⇒ La toma de decisiones clínicas y de gestión se optimizan al ser guiadas por la evidencia adecuadamente explicitada en Guías o Protocolos.

Las Guías y Protocolos de Atención deben ser actualizados periódicamente en base a revisiones sistemáticas de la literatura en las que se incluya la evidencia científica nacional.

12.2. Control de calidad

El control de calidad asegura la óptima utilización de los recursos destinados y que el resultado de las acciones en las PVIH es el mejor posible dentro de las limitaciones. Requiere, por ende, la medición del impacto de las acciones y los recursos utilizados en su obtención, como también la percepción de los/as receptores/as de la atención, con resguardo de la confidencialidad.

El modelo considera evaluaciones periódicas en los Centros de Atención VIH del cumplimiento y adhesión a las normas de tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH, de los recursos utilizados y costos incurridos para la evaluación de la eficiencia de la gestión, el seguimiento en el tiempo del impacto del acceso a TARV con evaluaciones periódicas de morbilidad, mortalidad, eficacia virológica, inmunológica y clínica, reacciones adversas a medicamentos, entre otros. Los resultados de las evaluaciones de calidad y en particular de las mediciones de impacto serán evaluados en forma continua por el nivel central y departamental.

No se debe olvidar que el concepto de Calidad extrapolado de la administración y gerencia en general; ha evolucionado a través del tiempo desde planteamientos de inspección (supervisión), control de procesos, pasando por el aseguramiento de la calidad, hasta la idea de la excelencia hoy en día.

De manera simple podemos señalar que la calidad implica la satisfacción del paciente en cuanto a todo el proceso de atención integral (incluidas las intervenciones de promoción y prevención); por lo tanto es fundamental considerar su opinión sobre el producto que se genera (atención).

Evidentemente uno de los mayores retos ha sido establecer los parámetros adecuados para mensurar la calidad, por eso es que existe algunas opciones concretas para pretender conseguir dicho atributo que debe ser reconocido principalmente por la población.

En ese entendido se denomina “Proceso de Calidad Concertada” al establecimiento de parámetros definidos por la población que el establecimiento se compromete a cumplir. Estos compromisos pueden abarcar desde las características físicas (cuando corresponde al inicio de un Proyecto de construcción) hasta la modalidad de atención en cuanto a horarios, aspectos relacionados con la empatía, etc. Por ejemplo en varias comunidades del área rural los días domingos significan mayor concentración de personas en las capitales municipales, entonces resulta coherente que el establecimiento de salud modifique los días de atención en función de esas particularidades, con lo cual en este aspecto lograría la satisfacción del usuario (la población).

De esta manera se propone establecer un proceso de acreditación formal para los Centros de Atención VIH con parámetros de acreditación que deberán elaborarse en base al presente documento considerando entre otros:

- ⇒ La provisión de servicios de la mayor seguridad posible con definición de responsabilidades, procesos de supervisión y evaluación.
- ⇒ La evaluación de la suficiencia y calidad del equipamiento e insumos.
- ⇒ La evaluación de la calidad y seguridad de los de los laboratorios así como de los medicamentos utilizados en el tratamiento del VIH.
- ⇒ La certificación profesional de los proveedores/as de la atención y el cumplimiento de los requisitos de capacitación continua.
- ⇒ La existencia de un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y estadísticos que permita el adecuado seguimiento de la evolución de los/as usuarios/as.
- ⇒ La existencia de un sistema de evaluación del cumplimiento de la oportunidad de la atención y la priorización por gravedad.
- ⇒ La evaluación del cumplimiento de los aspectos técnicos de la atención asociados a mayor riesgo.
- ⇒ La existencia de programas de prevención de riesgos de funcionarios y usuarios/as, en particular eventos adversos, reclamos de los usuarios/as, exposiciones ocupacionales, entre otros.
- ⇒ La existencia de un sistema de evaluación de los resultados, clínicos y de gestión, de acuerdo a los objetivos.
- ⇒ La mantención de las condiciones de seguridad del edificio e instalaciones, así como de los procesos, a lo largo del tiempo.
- ⇒ Estas acreditaciones serán efectuadas según las definiciones e instrumentos del Área de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes.

12.3. **Indicadores**

Se propone la implementación y monitoreo de indicadores relativamente simples y que, por

medir diferentes etapas de los procesos de atención, den una idea global del funcionamiento de la red de atención. Los primeros han sido modificados de la lista de indicadores priorizados del Programa Nacional y otros son la propuesta de la presente Norma.

En el marco de la autonomía de operativa que debe prevalecer en las intervenciones sectoriales, los indicadores podrán ser modificados (e incluso cambiados) siempre bajo criterios eminentemente técnicos, en cada región. Lo que no puede suceder es que no se realice seguimiento de las intervenciones sin el uso de estos instrumentos.

Por lo tanto los indicadores deben representar una necesidad para la valoración adecuada de la implementación de la Norma y no simplemente un formalismo en el llenado de reportes, la utilidad debe ser tanto para las instancias Nacional y Departamentales como para los actores locales.

Los indicadores propuestos son:

Nº	INDICADOR	FRECUENCIA
1	Nº de casos de VIH/SIDA notificados según Grupo poblacional y por nivel de atención del establecimiento.	Trimestral
2	% de adultos y niños con VIH que se sabe que están bajo tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia con antirretrovirales en establecimientos diferentes al CDVIR.	Anual
3	Nº de convenios firmados por el CODESIDA con establecimientos de salud de cualquier nivel de atención y cualquier subsector.	Anual
4	Nº de convenios firmados por el Consejo Técnico con los Coordinadores de Red.	Anual
5	Nº y % de mujeres embarazadas VIH + que reciben tratamiento para prevención de transmisión vertical	Trimestral
6	Nº de casos positivos de ITS (etiológico) por grupos poblacionales	Trimestral
7	Porcentaje de pacientes VIH-SIDA que se controlan y siguen en establecimientos de salud diferentes al CDVIR	Semestral
8	Porcentaje de establecimientos de salud con implementación del manejo sindrómico de ITS	Semestral
9	Porcentaje de establecimientos con implementación de las Guías y Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento	Semestral
10	Tiempos máximos entre la indicación de consulta externa (u otros servicios hospitalarios)	Trimestral
11	Porcentaje de establecimientos de los subsectores que realizan inicio de tratamiento TARV	Trimestral
12	Porcentaje de gerencias de red con implementación de la presente Norma	Semestral

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

- OMS. Salud para todos. Glosario de términos, adaptación. Ginebra 1998 Soto, E. Reforma Constitucional: la salud como derecho. Montevideo. 16/10/2006.
- Cerqueira, MT. Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud para médicos generales. Concepto de Salud. Universidad de Costa Rica . 2003.
- OMS. Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Canadá. 1986.
- OMS. Declaración de Jakarta: La promoción de la Salud en el siglo XXI. 2005
- Garré, L. Lamique, G. Investigación basada en la participación. Monografía. Departamento de Medicina Familia y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Agosto 2007.
- Domenech, D. Modelo de atención integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria. Monografía. Departamento de Medicina Familia y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2007.
- Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. MASSON. Barcelona. 2000.
- Etchebarne, L. Bozzo, E. Garay, M. Programación participativa en Salud Comunitaria. PROPAS. Comisión Sectorial de Educación Permanente. UDLAR. Abril, 2005.
- De la Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. DOYMA. Barcelona. 1994.
- Garay, M. Tuzzo, R. Díaz, A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. FEFMUR. Montevideo. Marzo 2006.
- Scoccoza, M. Interdisciplina, un encuentro más allá de las fronteras. Revisión 2002. Montevideo.
- Restrop, H. Curso Internacional de Promoción de la Salud. La Promoción de la Salud y la prevención de Enfermedades y Riesgo: un debate presente. Documento para foro. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Restrop, H. Curso Internacional de Promoción de la Salud. Prevención vs Promoción de la Salud. Documento para foro. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Hernandez, J. Curso Internacional de Promoción de la Salud. La promoción. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Bolivia. Ministerio de Salud y Deporte. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/ SIDA en Bolivia. La Paz: ONUSIDA; 2006.
- Norma nacional de referencia y retorno. MSD. 2008
- Guía de procedimientos de la gestión compartida local en salud. MSD 2009
- Salud familiar comunitaria intercultural .MSD 2009
- Obtención del consentimiento informado MSD 2008
- Norma nacional de caracterización de los establecimientos de salud de primer nivel. MSD 2008.
- Ley 3729, para la Prevención del VIH/SIDA. Bolivia. 2007.
- Decreto Supremo 0451, que reglamenta la Ley 3729. 2010.
- Modelo de atención a personas con VIH/SIDA. Ministerio de Salud de Chile. 2005
- Asociación Ibis-Hivos. Componente VIH/SIDA. Dossier Informativo. 2007-2010
- Modelo de Atención Integral con Enfoque Comunitario. Colombia. Directiva de Despacho. 2004

- Guía de Manejo del VIH/SIDA. Basada en Evidencia. Ministerio de Protección Social. Colombia. 2004
- Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Bolivia) Enero de 2008 – Diciembre de 2009. 2010
- Informe de actividades del Programa Nacional de VIH/SIDA. (hasta septiembre de 2010).
- Equipo de Trabajo Interinstitucional de ONUSIDA, un enfoque estratégico, el VIH/SIDA y la educación. 2009.
- Guía Clínica. VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Chile. 2005
- IDSA Guidelines. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2004; 39: 609 – 29
- New York State Department of Health. Primary care approach to HIV-infected patient. 2004. Acceso el 10 de diciembre de 2010 en <http://www.guideline.gov>
- British HIV Association. Guidelines for the Management of HIV infection in Pregnant Women and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (Draft). 14th January 2005. Acceso el 10 de diciembre de 2010 en <http://www.bhiva.org>
- Comisión Nacional del SIDA Ministerio de Salud y Grupo SIDA Chile. Estudio de evaluación del impacto de las TAR en PVVIH beneficiarias del Sistema Público de Salud. Informe de avance al 31 de enero de 2005.
- Requejo Henry I Z, Worldwide molecular epidemiology of HIV. Rev Saúde Pública 2006;40(2):331- 45.
- Onusida/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2005.

Equipo de revision y validación

1. Dr. Jhonny Vedia - Director General de Servicios de Salud - Ministerio de Salud y Deportes.
2. Carola Valencia Rivero - Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH-SIDA - Ministerio de Salud y Deportes.
3. Dra. Liseth Soraide - Responsable Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva.
4. Dr. Igor Pardo - Responsable elaboración de la Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA.
5. Dr. Jaime Quinteros - Jefe de Planificación de SEDES Santa Cruz.
6. Dr. Roberto torres - Jefe de Epidemiología SEDES Santa Cruz.
7. Dr. Alberto Cordero - Responsable Departamental de ITS/VIH-SIDA de Cochabamba.
8. Dr. Raúl Rivero - Odontología de la Red Sur de Santa Cruz.
9. Dr. Julio Mendoza - Jefe de la Unidad de Redes y Seguros Públicos SEDES La Paz.
10. Dra. Roxana Quiroz - Bioquímico CDVIR Santa Cruz.
11. Dra. Tatiana Ticona - Bioquímico CDVIR Santa Cruz.
12. Dra. Mirna Ribera - Responsable de farmacia del CDVIR Santa Cruz.
13. Dr. Oscar La Fuente - Médico del hospital comunidad encuentro de Santa Cruz.
14. Dr. Raúl Escalante - Médico del hospital Japones de Santa Cruz.
15. Dr. Juan Saavedra - Presidente de la Sociedad Boliviana de Infectología, miembro del Comité Fármaco Terapéutico Nacional ITS/VIH-SIDA.
16. Dra. Roxana Salamanca - Responsable de VIH/SIDA de la OPS/OMS Bolivia.
17. Dra. Carmen Lucas - Oficial VIH UNICEF Bolivia.
18. Dra. Susana Lizarazu - Médico del CDVIR Santa Cruz.
19. Lic. Rosbil Pérez - CDVIR Santa Cruz.
20. Dr. Gonzalo Borda - Responsable Departamental de ITS/VIH-SIDA.
21. Dr. Fernando Arancibia - Farmacéutico del CDVIR Santa Cruz.

22. Dr. Ronald Lijeron - Médico del CDVIR Santa Cruz.
23. Alfredo Padilla - Médico del CDVIR Santa Cruz.
24. Dr. Rubén Vaca - Gerente de Red Este de Santa Cruz.
25. Dra. Jenny Soto - Equipo Técnico del Programa Nacional ITS/VIH-SIDA.
26. Dr. Freddy Flores - Equipo Técnico del Programa Nacional ITS/VIH-SIDA.
27. Dra. Claudia Cardozo - Directora Asociación Ibis - Hivos.
28. Dra. Amanda Telleria - Área de programas, Asociación Ibis - Hivos.
29. Dra. Carriña Rojas - CIES.
30. Sra. Massiel Veizaga - Representante de la Sociedad Civil de PVVS.
31. Sra. Martha Banzer - Representante de la Sociedad Civil de PVVS.
32. Lic. Wilmer Camacho - Administrador CDVIR Santa Cruz.

Equipo de revisión y validación del Ministerio de Salud y Deportes

33. Dra. Carola Valencia - Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH-SIDA.
34. Dr. Dante Ergueta Jiménez - Responsable Nacional SUMI a.i.
35. Dr. Julio Dalence - Responsable Nacional Hechos Vitales SNIS-VE.
36. Dra. Mary Tejerina Ortiz - Profesional Técnica NNAC, USSyC.
37. Dr. Romel Rivero - Profesional Técnico de la Unidad de Servicios y Calidad Redes.
38. Dr. Ramiro Asturizaga - Profesional Técnico área de calidad y auditoria en salud USSyC.
39. Lic. Ruth Barral - Técnica del Programa Nacional ITS/VIH-SIDA.



