

Prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas

Suplemento del marco de decisiones para la administración de tratamiento antirretrovírico



Prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas: suplemento del marco de decisiones para la administración de tratamiento antirretrovírico

El presente suplemento del marco de decisiones para la administración de tratamiento antirretrovírico (*A Decision Framework for Antiretroviral Therapy Delivery* [1]) describe los beneficios que puede brindar la aplicación de los principios de la prestación de servicios diferenciados para clientes en tratamiento contra el VIH en las personas que viven con alguna enfermedad crónica o que tienen necesidades de salud crónicas.

El objetivo es proporcionar:

- **Un resumen de los motivos que hacen necesaria la prestación de servicios diferenciados más allá del VIH**
- **Una descripción de los principales catalizadores de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas**
- **Ejemplos de cómo se pueden utilizar los componentes básicos de la prestación de servicios diferenciados para las enfermedades crónicas**
- **Ejemplos de cómo integrar la prestación de servicios para enfermedades crónicas**

Este suplemento se ha creado para directivos de programas de atención de enfermedades crónicas de ámbito distrital y nacional y de programas de lucha contra el VIH y las enfermedades no transmisibles, asociados en la ejecución, asociados comunitarios y donantes.

¿Qué es la prestación de servicios diferenciados?

Se trata de un enfoque centrado en las personas que simplifica y adapta los servicios relacionados con el VIH en toda la cascada de pruebas y tratamiento con el fin de satisfacer las necesidades de las personas que viven con el VIH y reducir, al mismo tiempo, las cargas innecesarias para el sistema de salud [1]. Los ministerios de salud han ampliado los modelos de prestación de servicios diferenciados menos intensivos para el tratamiento del VIH en personas que reciben tratamiento antirretrovírico (TAR).



¿Por qué es necesaria la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas más allá del VIH?

En el mundo hay 39 millones de personas que viven con el VIH, 537 millones con diabetes y 1.400 millones con hipertensión [2 a 4], así como muchas otras que necesitan medicación para distintas enfermedades crónicas durante el resto de su vida. Además de estas sindemias de enfermedades crónicas, la población que vive con el VIH está envejeciendo. A día de hoy, la mitad de las personas que reciben TAR tienen más de 40 años, y el 22% de las personas que viven con el VIH destinatarias de programas adscritos al Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) son mayores de 50 años [5].

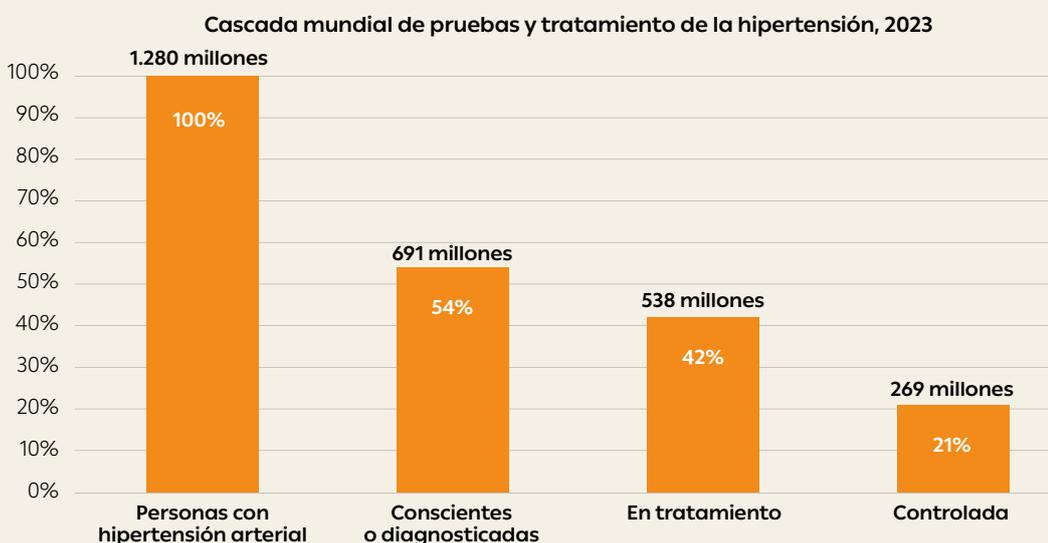
Se calcula que la prevalencia de la hipertensión y la diabetes en personas que viven con el

VIH en zonas del continente africano con alta prevalencia de este virus es del 27,5% y el 13,4%, respectivamente [6]. Datos recientes sugieren que la prevalencia de la hipertensión aumenta considerablemente en personas que reciben TAR con dolutegravir. Con todo, las respuestas mundiales a estas enfermedades crónicas se encuentran en niveles de madurez muy diferentes (figura 1). Mientras que la respuesta al VIH se ha unificado en torno a los objetivos mundiales de 95-95-95, se carece de objetivos mundiales claros y de acciones concertadas para alcanzar metas similares en la cascada de pruebas y tratamiento de otras enfermedades crónicas. Los objetivos mundiales para la diabetes no se establecieron hasta 2022, y todavía estamos a la espera de que se fijen los relativos a la hipertensión.

Figura 1. Cascada mundial de pruebas y tratamiento del VIH en comparación con la cascada mundial de pruebas y tratamiento de la hipertensión



<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>



<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

La prestación de servicios diferenciados surgió como respuesta al creciente número de personas que viven con el VIH y reciben TAR. Se concibió como respuesta a las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomiendan el “tratamiento para todos” y que todas las personas que viven con el VIH reciban TAR

con independencia del recuento de CD4 [7]. El número de personas que necesitan tratamiento contra la hipertensión y la diabetes es enorme, y los problemas habituales de acceso para los clientes y de carga de trabajo para el personal de salud son similares a los que se afrontan en la respuesta frente al VIH (figura 2).

Figura 2. Dificultades para acceder a la atención de las enfermedades crónicas: perspectivas de los clientes y de los trabajadores de la salud

Dificultades comunes: ¿Por qué ha llegado el momento de prestar una atención diferenciada?



Perspectiva de los clientes

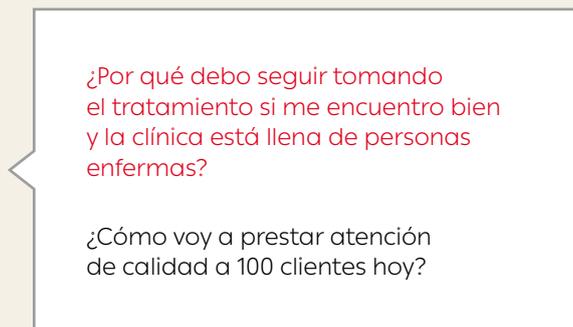


¿Por qué tengo que hacer cola para ver a la enfermera y otra vez en la farmacia si solo vengo a recoger mi reposición del TAR?

¿Cómo puedo ayudar a los clientes que incumplen el tratamiento si estamos abrumados con los clientes que sí lo cumplen?

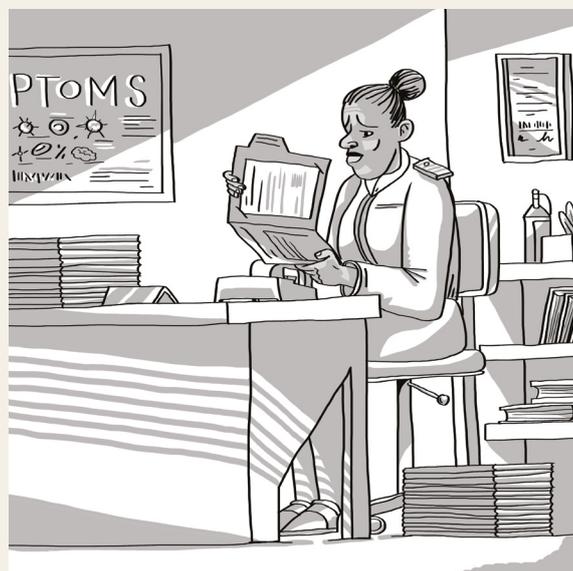


Perspectiva de los trabajadores de la salud



¿Por qué debo seguir tomando el tratamiento si me encuentro bien y la clínica está llena de personas enfermas?

¿Cómo voy a prestar atención de calidad a 100 clientes hoy?



Los principios de la prestación de servicios diferenciados, tal como se describen en el recuadro 1, se pueden aplicar más allá del VIH y la TAR. Por tanto, proponemos ampliar su definición y aplicación para trascender el VIH y abarcar otras enfermedades crónicas.

Recuadro 1. Definición de la prestación de servicios diferenciados para el VIH y adaptación a otras enfermedades crónicas

Prestación de servicios diferenciados para el VIH:

se trata de un **enfoque centrado en las personas** que simplifica y **adapta los servicios relacionados con el VIH en toda la cascada de pruebas y tratamiento** con el fin de reflejar las preferencias y expectativas de los grupos de personas que viven con el VIH y reducir, al mismo tiempo, las cargas innecesarias para el sistema de salud.

Prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas:

se trata de un **enfoque centrado en las personas** que simplifica y **adapta los servicios relacionados con las enfermedades crónicas en toda la cascada de pruebas y tratamiento** con el fin de contemplar las preferencias y expectativas de las personas que viven con enfermedades crónicas y reducir, al mismo tiempo, las cargas innecesarias para el sistema de salud.

Los principios de la prestación de servicios diferenciados también se han aplicado a lo largo de la cascada de atención, desde la detección y el inicio del tratamiento hasta su adaptación para lograr controlar la afección y su continuación. El presente suplemento se centra en la prestación de servicios diferenciados para clientes que reciben tratamiento contra enfermedades crónicas.



La prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas en clientes que viven con el VIH o sin él

Los principios de la prestación de servicios diferenciados se pueden aplicar a cualquier enfermedad crónica, incluido el VIH. La decisión sobre qué enfermedades pueden atenderse en un servicio determinado dependerá de las características epidemiológicas del contexto local y del modo en que se han planificado y financiado los servicios existentes. Más adelante, en la sección sobre integración, se ofrecen dos ejemplos de cómo integrar servicios relacionados con las enfermedades crónicas.

La prestación de servicios diferenciados requiere la adaptación de los componentes básicos de la prestación de servicios —“cuándo” (el momento y la frecuencia de los servicios), “quién” (el personal que brinda la atención), “dónde” (la ubicación de los servicios) y “qué” (el paquete de servicios)— para satisfacer las necesidades y expectativas de la persona en el contexto del sistema de salud pública.

No obstante, lo primero que abordaremos son los catalizadores de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas.

Catalizadores de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas

En el último decenio, ha habido una serie de catalizadores clave que han contribuido a ampliar la prestación de servicios diferenciados para el VIH, tanto en el ámbito clínico como en el de las políticas públicas.

Catalizadores clínicos

Estos son algunos de los factores clínicos que han propiciado la prestación de servicios diferenciados para el tratamiento del VIH y que son aplicables a otras enfermedades crónicas:

- Sustitución de un tratamiento con múltiples efectos secundarios por otro menos tóxico.
- Desarrollo de una guía de tratamiento simplificada, que incluya un régimen para todas las poblaciones.
- Empleo de una combinación de dosis fija que reduzca el número de pastillas que deben tomar los clientes y simplifique las cadenas de suministro de los sistemas de salud.

- Una herramienta sólida de seguimiento clínico del cumplimiento terapéutico (carga viral) que permita a los profesionales médicos confiar en que el cliente cumple con la toma de la medicación, así como un sólido seguimiento y evaluación de los programas.

En conjunto, estos factores han hecho posible que las personas encargadas de formular las directrices a escala mundial y nacional, los programas nacionales y los asociados en la ejecución se sientan cómodos al reducir la frecuencia de las visitas clínicas y al ampliar la duración de las reposiciones de tratamiento para los clientes que lo reciben.

Al formular las orientaciones clínicas centradas en la salud pública para otras enfermedades crónicas, debe tenerse en cuenta el análisis de los factores que facilitan su aplicación. En la tabla 1 se ofrecen ejemplos de catalizadores clínicos clave para el VIH y la hipertensión.

Tabla 1. Catalizadores clínicos de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas: ejemplos relacionados con el VIH y la hipertensión

Catalizadores	VIH	Hipertensión
Tratamiento no tóxico que requiere un seguimiento mínimo	Fumarato de disoproxilo de tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir	Anlodipina y telmisartán
Orientaciones clínicas simplificadas	Una pauta posológica para todas las poblaciones	Algoritmos escalonados con dosis de agentes denominados e intervalos definidos entre los ajustes posológicos [4]
Empleo de asociaciones en dosis fijas (a fin de reducir el número de pastillas y simplificar la cadena de suministro)	Triple asociación en dosis fijas disponible	Doble asociación en dosis fijas disponible
Herramienta de seguimiento médico para cuando el cliente se ha sometido a tratamiento	Carga viral	Medición de la tensión arterial

Para definir los componentes básicos de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas, es preciso realizar un análisis de las políticas pertinentes a escala mundial y nacional. En la tabla 2 se describen los factores relacionados con las políticas que han de tenerse en cuenta a diseñar un modelo de prestación de servicios diferenciados para cualquier enfermedad crónica.

Tabla 2. Consideraciones en materia de políticas para las enfermedades crónicas

Consideraciones	
 CUÁNDO	¿Cuál es la frecuencia de visitas recomendada antes de que el cliente pueda controlar el tratamiento? ¿Cuál es la frecuencia recomendada de visitas tanto médicas como de reposición una vez que el cliente ya recibe el tratamiento?
 DÓNDE	¿En qué nivel del sistema de salud se puede brindar la atención de las enfermedades crónicas (incluido el diagnóstico, el inicio del tratamiento, los ajustes posológicos y el mantenimiento del tratamiento)? ¿En qué nivel del sistema de salud se autorizan las distintas clases de medicamentos necesarios para tratar cada enfermedad crónica?
 QUIÉN	¿Qué cuadros de trabajadores de la salud pueden brindar atención a clientes con enfermedades crónicas (incluido el diagnóstico, el inicio del tratamiento, los ajustes posológicos y el mantenimiento del tratamiento)?
 QUÉ	¿Cuál es el conjunto de servicios que deben prestarse de conformidad con las directrices mundiales y nacionales? ¿Qué tipo de seguimiento y evaluación se requieren para demostrar los resultados?

Determinar la elegibilidad para la prestación de servicios diferenciados

A fin de reducir el número de visitas de los clientes y la carga de trabajo de los sistemas de salud, se han diseñado modelos menos intensivos de prestación de servicios diferenciados para el tratamiento de clientes que viven con el VIH y cumplen los criterios para recibir tratamiento para el VIH. Si bien la OMS aún no ha proporcionado definiciones para otras enfermedades crónicas, se pueden utilizar criterios similares (la duración del tratamiento hasta el momento, su cumplimiento y/o pruebas del éxito del tratamiento) para otras enfermedades crónicas. Algunos países africanos, como Nigeria, Sudáfrica y Zimbabue, han definido los criterios que han de cumplir los clientes para recibir tratamiento contra la hipertensión y la diabetes a fin de permitir la prestación de servicios diferenciados para estas enfermedades crónicas [8 a 11]. La tabla 3 propone una serie de definiciones relacionadas con la recepción de tratamiento para el VIH, la hipertensión y la diabetes.

Tabla 3. Ejemplos de definiciones relacionadas con la recepción de tratamiento

	VIH	Hipertensión	Diabetes de tipo 2
Duración del tratamiento hasta el momento	TAR recibido durante al menos seis meses	Tratamiento actual recibido durante al menos tres meses	Tratamiento actual recibido durante al menos tres meses
Otras enfermedades	Ausencia de otras enfermedades simultáneas, entre las que no se incluyen las enfermedades crónicas controladas	Ausencia de otras comorbilidades simultáneas no controladas	Ausencia de otras comorbilidades simultáneas no controladas
Cumplimiento	Clara comprensión de que el tratamiento se ha de cumplir de por vida	Clara comprensión de que el tratamiento se ha de cumplir de por vida	Clara comprensión de que el tratamiento se ha de cumplir de por vida
Pruebas del éxito del tratamiento	Al menos un resultado de supresión de la carga viral en los últimos seis meses (si no puede conocerse la carga viral: recuento de CD4 > 200 células/mm ³ o recuento de CD4 > 350 células/mm ³ en el caso de niños y niñas de entre 3 y 5 años, o bien aumento de peso o ausencia de síntomas o de infecciones simultáneas)	Tensión arterial < 140/90 en dos mediciones realizadas con al menos un mes de diferencia	Hemoglobina HbA1c < 7% (o según los parámetros establecidos en las orientaciones nacionales), medida en los últimos tres meses

El objetivo de determinar si un cliente ha de recibir tratamiento para una enfermedad crónica es reducir la frecuencia de las visitas clínicas y permitir la provisión de reposiciones para varios meses (véase el componente básico "cuándo" en la página 10). Al separar las visitas clínicas de las de reposición del tratamiento, las reposiciones se pueden proporcionar mediante modelos de prestación de servicios diferenciados adaptados a los clientes que reciben tratamiento para enfermedades crónicas (tal como se describe en las páginas 11 y 12).

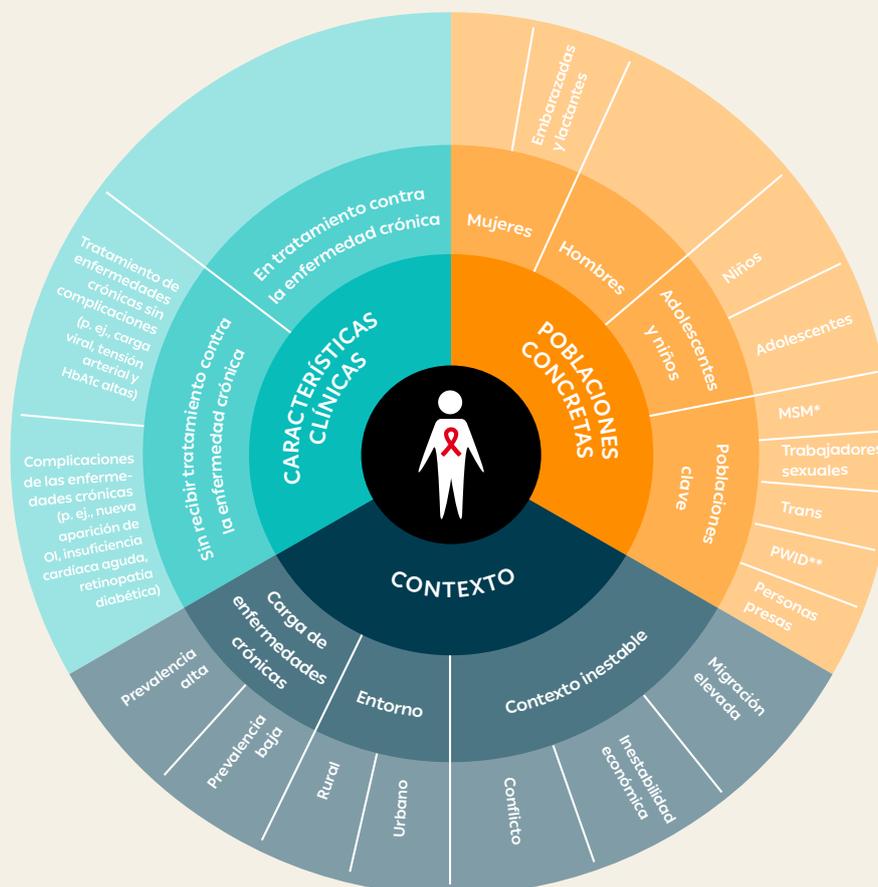
Elementos de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas

Los modelos de prestación de servicios diferenciados se diseñan para poblaciones concretas, teniendo en cuenta las características y los elementos que tienen en común. Tales elementos se pueden categorizar del siguiente modo:

- Las características clínicas, por ejemplo:
 - Cliente que recibe tratamiento para una enfermedad crónica o no
 - Una única enfermedad, o morbilidad múltiple
- La población concreta, por ejemplo:
 - Niños, adolescentes o adultos
 - Embarazadas o lactantes
 - Otros subgrupos, como las poblaciones clave
- El contexto en el que el cliente recibe los servicios, por ejemplo:
 - Urbano o rural
 - Situación de estabilidad o de conflicto

En la figura 3 se describen los elementos que han de tenerse en cuenta al diseñar un modelo de prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas dirigido a personas que reciben tratamiento.

Figura 3. Elementos de la prestación de servicios diferenciados



* MSM: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres;

** PWID: personas que se inyectan drogas

Componentes básicos de la prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas

A continuación, se exponen los cuatro componentes básicos que determinan el diseño de un modelo de prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas:

- **CUÁNDO:** la frecuencia de las visitas (que ha de determinarse tanto para las visitas clínicas como para las de reposición) y la hora a la que se reciben los servicios
- **DÓNDE:** la ubicación de los servicios
- **QUIÉN:** el cuadro de personal de la salud, especializado o no, que presta los servicios
- **QUÉ:** el paquete de servicios que deben prestarse de conformidad con las orientaciones nacionales

En la tabla 4 se presenta un ejemplo basado en la hipertensión sobre cómo pueden aplicarse esos componentes básicos en toda la cascada de atención de las enfermedades crónicas. El componente básico que responde al "qué" no se define en este ejemplo debido a las variaciones que puede presentar en función de las directrices nacionales.

Tabla 4. Ejemplo del uso de los componentes básicos de la prestación de servicios diferenciados en toda la cascada de atención de la hipertensión

	Diagnóstico	Inicio	Ajustes posológicos	Continuación para quienes reciben tratamiento
 CUÁNDO	Para las personas que viven con el VIH en la fase de inicio, inclusión en la prestación de servicios diferenciados o en cada visita clínica anual Para la población general, en función de ciertos criterios de riesgo (p. ej., la edad o el índice de masa corporal)	Para las personas que viven con el VIH en la fase de inicio, inclusión en la prestación de servicios diferenciados o en cada visita clínica anual Para la población general, en el momento en que se realiza el diagnóstico	Visitas mensuales hasta que se controla la tensión arterial	Visitas clínicas cada seis meses Visitas de reposición cada tres meses
 DÓNDE	Consultas ambulatorias en el hospital Atención primaria Comunidad	Consultas ambulatorias en el hospital Atención primaria Para las personas que viven con el VIH, en el mismo dispensario en el que reciben el TAR	Consultas ambulatorias en el hospital Atención primaria Para las personas que viven con el VIH, en el mismo dispensario en el que reciben el TAR	Consultas ambulatorias en el hospital Atención primaria Para las personas que viven con el VIH, en el mismo dispensario en el que reciben el TAR
 QUIÉN	Profesionales médicos, personal de enfermería, agentes de salud comunitarios	Profesionales médicos, personal de enfermería Para las personas que viven con el VIH, el mismo trabajador de la salud que le proporciona el TAR	Profesionales médicos, personal de enfermería Para las personas que viven con el VIH, el mismo trabajador de la salud que le proporciona el TAR	Profesionales médicos, personal de enfermería (visitas clínicas o de reposición) Agentes de salud comunitarios, pares (visitas de reposición) Para las personas que viven con el VIH, el mismo trabajador de la salud que le proporciona el TAR



Para las personas que viven con el VIH y reciben tratamiento, la OMS proporciona una serie de recomendaciones relacionadas con los componentes básicos que responden a "cuándo", "dónde" y "quién" (tabla 5). Además, la OMS ha formulado recientemente recomendaciones relativas a los componentes básicos de "cuándo" y "dónde" para la hipertensión. Los Gobiernos nacionales pueden proporcionar directrices adicionales sobre los componentes básicos de la diabetes, para clientes que reciben tratamiento, y los organismos reguladores de ámbito mundial deben formularlas.

Tabla 5. Recomendaciones de la OMS sobre los componentes básicos de la prestación de servicios diferenciados para el VIH y la hipertensión

	VIH [12]	Hipertensión [4]
 CUÁNDO	<p>"A las personas que viven con el VIH y reciben TAR deben ofrecérseles visitas clínicas cada 3 a 6 meses, preferiblemente cada 6 meses si fuese viable" (recomendación sólida, certeza de la evidencia moderada)</p> <p>"A las personas que reciben TAR deben ofrecérseles reposiciones para entre 3 y 6 meses, preferiblemente para 6 meses si fuese viable" (recomendación sólida, certeza de la evidencia moderada a baja)</p>	<p>"Seguimiento mensual después de iniciar o cambiar la medicación antihipertensiva hasta que los clientes alcancen el objetivo de tensión arterial" (recomendación condicional, certeza de la evidencia baja)</p> <p>"Seguimiento cada 3 a 6 meses para los clientes que tienen la tensión arterial controlada" (recomendación condicional, certeza de la evidencia baja)</p>
 DÓNDE	<p>"Iniciar el TAR en hospitales y continuarlo en establecimientos de salud periféricos" (recomendación sólida, certeza de la evidencia baja)</p> <p>"Iniciar el TAR en establecimientos de salud periféricos" (recomendación sólida, certeza de la evidencia baja)</p> <p>"Iniciar el TAR en establecimientos de salud periféricos y continuarlo en el ámbito comunitario" (recomendación sólida, certeza de la evidencia moderada)</p>	<p>No hay una recomendación calificada, pero se apoya la prestación de servicios contra la hipertensión en la atención primaria</p>
 QUIÉN	<p>"Los profesionales clínicos no médicos, matronas y personal de enfermería capacitados pueden iniciar el TAR de primera línea" (recomendación sólida, certeza de la evidencia moderada)</p> <p>"Proveedores de salud no profesionales capacitados y bajo supervisión pueden distribuir el TAR" (recomendación sólida, certeza de la evidencia baja)</p>	<p>"El tratamiento farmacológico de la hipertensión puede ser proporcionado por profesionales no médicos, como farmacéuticos y profesionales de enfermería, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: formación adecuada, autoridad de prescripción, protocolos de manejo específicos y supervisión médica" (recomendación condicional, certeza de la evidencia baja)</p>

¿Qué ocurre si la duración de las reposiciones de medicación se ve limitada por la cadena de suministro y los costos?

En la última década, muchos programas de lucha contra el VIH han pasado de proporcionar reposiciones de TAR para 1 o 2 meses a facilitarlas de forma rutinaria para entre 3 y 6 meses. En el caso de otras enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, puede resultar problemático ampliar la duración de las reposiciones debido a las limitaciones de la cadena de suministro en el sector público y a que en muchos casos los clientes deben comprar la medicación mediante pago directo en el sector privado.

A pesar de estas dificultades, que en ambos casos implican un costo tanto para el sistema de salud como para los clientes, velar por que exista un sistema de **prescripción plurimensual** puede ayudar a mejorar los servicios. La prescripción plurimensual permite que el cliente recoja la primera parte de la receta en su visita clínica. Las reposiciones subsiguientes de la misma receta pueden recogerse mediante un modelo de prestación de servicios diferenciados que incluya un sistema únicamente de reposición de manera que el cliente no tenga que esperar para ver a un profesional clínico.

La incapacidad de proporcionar reposiciones plurimensuales de medicación para enfermedades crónicas no debe impedir que se realicen prescripciones plurimensuales ni que se utilicen modelos de prestación de servicios diferenciados como medio para que los clientes que reciben tratamiento recojan las reposiciones.

Cuatro modelos de prestación de servicios diferenciados para clientes con enfermedades crónicas que reciben tratamiento

Los cuatro modelos de prestación de servicios diferenciados para el VIH descritos por la OMS pueden utilizarse para apoyar las reposiciones de medicación para otras enfermedades crónicas. En cada modelo, las reposiciones se recetan en las visitas clínicas. Si la duración de las reposiciones es menor que la frecuencia de las visitas clínicas, uno de los cuatro modelos puede emplearse para facilitar la reposición de la medicación de manera más eficiente para los clientes y para el sistema de salud.

Los modelos de prestación de servicios diferenciados para clientes que reciben tratamiento se clasifican del siguiente modo:

- **Modelos individuales en los establecimientos de salud** (por ejemplo, procedimientos acelerados o de recogida rápida): las personas recogen las reposiciones de la medicación para sus enfermedades crónicas directamente en la farmacia del centro de salud sin necesidad de hacer cola para ver al médico. Para saber cómo funciona este modelo, puede [ver este video](#).
- **Modelos individuales fuera de los establecimientos de salud** (por ejemplo, puntos de recogida en la comunidad, farmacias comunitarias, farmacias privadas, servicios móviles o entregas a domicilio): las personas recogen las reposiciones de su medicación en un lugar acordado del centro de salud. Existen numerosos ejemplos de este modelo, como dispensarios móviles que visitan un lugar concreto en unas fechas determinadas, farmacias comunitarias vinculadas al establecimiento de salud y entrega a domicilio. Para saber cómo funciona este modelo, puede [ver este video](#).
- **Modelos grupales gestionados por trabajadores de la salud** (por ejemplo, clubes de cumplimiento del tratamiento o clubes de adolescentes): grupos de entre 10 y 15 personas se reúnen a una hora determinada en un lugar acordado que puede ser dentro o fuera del establecimiento de salud. El grupo lo dirige un profesional de enfermería, un consejero, un trabajador de la salud comunitario o un par. Se dedica tiempo al apoyo entre pares y la medicación está ya envasada para agilizar la recogida. Para saber cómo funciona este modelo, puede [ver este video](#).
- **Modelos grupales gestionados por clientes** (por ejemplo, grupos de medicación comunitarios o grupos de cumplimiento del tratamiento comunitarios): grupos de entre 4 y 10 personas que viven cerca se reúnen en un lugar de la comunidad acordado para que un miembro del grupo les entregue su reposición. El grupo designa a un líder y, para cada reposición, selecciona a un miembro que se encargará de recoger las reposiciones de medicación de todo el grupo. Para saber cómo funciona este modelo, puede [ver este video](#).

Se pueden encontrar ejemplos de procedimientos operativos normalizados (PON) para cada uno de los modelos en la guía [Integrating Hypertension and HIV Management. A practical Differentiated Service Delivery toolkit](#), elaborada por Resolve to Save Lives.



Opciones para integrar los servicios para enfermedades crónicas

En algunos contextos, los modelos de prestación de servicios diferenciados para diferentes enfermedades crónicas deben integrarse y ofrecer apoyo para las enfermedades comunes. A la hora de determinar el modelo de integración de los servicios para enfermedades crónicas, deben tenerse en cuenta los factores siguientes:

- Las diferencias en la prevalencia de las enfermedades comunes (por ejemplo, VIH, hipertensión o diabetes)
- Nivel del sistema de salud en el que se atienden estas enfermedades: dispensarios existentes con un enfoque vertical que manejan un gran volumen en el ámbito hospitalario, frente a servicios integrales de atención primaria que disponen de menos personal
- Conocimientos y capacidades de los trabajadores de la salud

Existen dos ejemplos de integración de servicios para el VIH y otras enfermedades crónicas que se están adoptando cada vez más. El modelo de dispensario de TAR integrado amplía los servicios para incluir otras enfermedades crónicas que padecen las personas que viven con el VIH, mientras que el dispensario de atención de enfermedades crónicas brinda asistencia a personas que viven con el VIH y a las que padecen enfermedades crónicas. A continuación se describe cada uno de estos modelos, acompañado de un estudio de caso.



Modelo 1. El dispensario de TAR integrado

En este ejemplo, habitualmente en lugares con una alta prevalencia del VIH, los servicios para enfermedades crónicas están integrados en los dispensarios de TAR. Lo ideal es que se trate de un consultorio integrado donde se brinde atención para el VIH y otras enfermedades crónicas (por ejemplo, la hipertensión y la diabetes) en el mismo día, en el mismo consultorio y por parte del mismo profesional clínico.

Cuando no sea posible poner en práctica todos estos componentes básicos, la prioridad será brindar la atención en el mismo día, de manera que el cliente no tenga que hacer varias visitas al dispensario.

Estudio de caso 1

Integración de la atención de la hipertensión en un dispensario de VIH en Kampala (Uganda): Modelo individual en el establecimiento de salud [14, 15]

Se calcula que la prevalencia de la hipertensión en personas que viven con el VIH en Uganda se sitúa entre el 20% y el 29%. A los clientes del dispensario de TAR se les mide la tensión arterial en cada visita. A los trabajadores de la salud que proporcionan el TAR (incluidos los profesionales de enfermería) se les capacita para diagnosticar la hipertensión, iniciar y continuar el tratamiento, y ajustar la posología. Se implementó un algoritmo de tratamiento, basado en la *Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos* de la OMS de 2021, con agentes denominados menos tóxicos, dosis definidas e intervalos de ajustes posológicos determinados.

Se definieron los criterios tanto para recibir tratamiento antirretrovírico como antihipertensivo con el fin de determinar los requisitos para la inclusión en un modelo de prestación de servicios diferenciados integrado (tabla 6).

Tabla 6. Criterios para recibir tratamiento contra el VIH y la hipertensión en Kampala (Uganda): modelo de prestación de servicios diferenciados integrado

Criterios para recibir tratamiento	VIH	Hipertensión
Duración del tratamiento	TAR recibido durante al menos seis meses	Tratamiento antihipertensivo recibido durante al menos tres meses
Estado de salud	Sin enfermedades	Sin síntomas clínicos
Enfermedades crónicas	Enfermedades crónicas controladas	Enfermedades crónicas controladas
Cumplimiento	Cumplimiento terapéutico apropiado	Cumplimiento terapéutico apropiado
Tratamiento satisfactorio	Carga viral < 200 copias/ml	Tensión arterial < 140/90 mm Hg
Toxicidad de la medicación	Sin la toxicidad limitada del TAR	Medicamentos contra la hipertensión sin toxicidad

Cuando las personas que viven con el VIH y con hipertensión reciben tratamiento antirretrovírico y antihipertensivo, pueden formar parte de un modelo individual en el establecimiento de salud, en el cual se incluye una visita clínica cada seis meses y a los clientes se les proporcionan reposiciones tanto de tratamiento antirretrovírico como antihipertensivo cada tres meses directamente en la farmacia (tabla 7).

Tabla 7. Componentes básicos del modelo individual integrado en el establecimiento de salud para el VIH y la hipertensión en Kampala (Uganda): modelo de prestación de servicios diferenciados integrado

Componentes básicos	Visitas clínicas		Visitas exclusivamente de reposición	
	VIH	Hipertensión	VIH	Hipertensión
 CUÁNDO	Anuales	Cada seis meses	Cada 3 a 6 meses	Cada tres meses
 DÓNDE	Establecimiento de salud, dispensario de VIH		Farmacia del establecimiento de salud	
 QUIÉN	Profesional médico o de enfermería		Farmaceuta	

Gracias a un algoritmo de apoyo, más del 90% de los clientes lograron controlar la tensión arterial (< 140/90mm Hg) en cuatro meses, lo que les permitió participar en modelos de prestación de servicios diferenciados para clientes en tratamiento antirretroviral y antihipertensivo [13]. De los 1.082 clientes inscritos, el 96,4% se mantuvo a los 12 meses. Este programa pone de manifiesto que un modelo integrado de atención individual del VIH y la hipertensión destinado a personas que reciben TAR puede contribuir al control continuado de la hipertensión y a la supresión viral.



Modelo 2. El dispensario de atención de enfermedades crónicas

En este dispensario se ofrecen servicios para todas las enfermedades crónicas. Se atiende tanto a las personas que viven con VIH como a las que no. A las que presentan comorbilidades se les brinda atención integral, idealmente en el mismo día, en el mismo consultorio y por parte del mismo profesional clínico.

Estudio de caso 2

Un dispensario de atención de enfermedades crónicas en Nairobi (Kenya): modelo grupal gestionado por un trabajador de la salud en el establecimiento de salud [16, 17]

Se establecieron clubes de cumplimiento terapéutico para personas que viven con el VIH y/o con hipertensión y diabetes sacarina. Se informa a las personas que viven con el VIH o con una enfermedad no transmisible sobre la posibilidad de unirse a un club de cumplimiento terapéutico mediante charlas diarias sobre salud en salas de espera, reuniones de empoderamiento de los clientes y carteles colocados en el dispensario. Profesionales de la salud hicieron un cribado de los clientes durante los controles rutinarios y, si cumplían los criterios para recibir tratamiento contra las enfermedades crónicas que padecían (tabla 8), se les brindaba la posibilidad de unirse al club de cumplimiento terapéutico.

Tabla 8. Definición de los criterios para recibir tratamiento y formar parte de los clubes de cumplimiento terapéutico

Criterios para recibir tratamiento	VIH	Hipertensión	Diabetes de tipo 2
Duración del tratamiento	TAR recibido durante al menos seis meses	En tratamiento antihipertensivo con la tensión arterial controlada durante tres meses	En tratamiento contra la diabetes con hemoglobina HbA1c controlada durante tres meses
Estado de salud	Sin síntomas clínicos		
Cumplimiento	Evidencia de cumplimiento terapéutico (asistencia puntual a las citas)		
Tratamiento satisfactorio	Carga viral < 1.000 copias/ml	Tensión arterial < 140/90 en dos visitas con una diferencia de un mes	Hemoglobina HbA1c < 8% en dos mediciones realizadas con tres meses de diferencia

Los clubes de cumplimiento terapéutico son grupos dirigidos por un profesional de enfermería o un trabajador de la salud comunitario formados por entre 20 y 25 personas que reciben tratamiento para la hipertensión, la diabetes sacarina o el VIH. Se reúnen trimestralmente para recibir una breve charla sobre salud y recibir las reposiciones de medicación preenvasadas. Normalmente, una sesión dura entre 30 y 60 minutos. Las visitas de control rutinario con profesionales de la salud se hacían anualmente, o cuando el cliente presentaba alguna complicación o necesitaba controles más frecuentes (tabla 9).

Tabla 9. Componentes básicos de los clubes de cumplimiento terapéutico gestionados por trabajadores de la salud en Nairobi (Kenya)

Componentes básicos	Visitas clínicas			Visitas exclusivamente de reposición		
	VIH	Hipertensión	Diabetes	VIH	Hipertensión	Diabetes
 CUÁNDO	Anuales	Anuales	Cada seis meses	Cada 3 a 6 meses	Cada tres meses	Cada tres meses
 DÓNDE	Establecimiento de salud, dispensario de atención primaria			Sala de reuniones grupales (en el dispensario de atención primaria)		
 QUIÉN	Profesional médico o de enfermería			Consejero no profesional o agente de salud comunitario		

En el primer año de funcionamiento de los clubes de cumplimiento terapéutico, se realizaron 2.208 consultas individuales y se alcanzó una tasa de permanencia del 96,5%. De las más de 5.000 (n = 5.028) personas que vivían con alguna enfermedad crónica y recibían tratamiento en el centro de salud de Kibera South, el 44% cumplían los requisitos para formar parte de un club de cumplimiento terapéutico (n = 2.212), de las cuales el 65% (n = 1.428) se inscribieron en uno. Los clientes manifestaron que formar parte de un club con personas que viven con el VIH y otras enfermedades crónicas era conveniente:

“Es bueno que nos mezclemos, ya que la idea es que todos tenemos enfermedades crónicas que nos acompañarán toda la vida. La medicación es de por vida... da igual que tengas VIH, diabetes o hipertensión. Y así podemos apoyarnos mutuamente. A mí me parece algo bueno” [17].

Integrar la atención de la hipertensión y la diabetes en un dispensario ya existente para el VIH, con sistemas sólidos y bien establecidos para la gestión de enfermedades crónicas (por ejemplo, sistemas de citas, de control y rastreo, y de seguimiento y evaluación), puede ser un paso importante en el establecimiento del ejemplo de integración que representa un dispensario para enfermedades crónicas, y de la capacidad de ampliar la prestación de servicios diferenciados para todos los clientes que reciben tratamiento contra alguna enfermedad crónica.



Conclusión

La prestación de servicios diferenciados surgió como respuesta a la necesidad de ampliar los servicios de apoyo al TAR para todas las personas que viven con el VIH. La prestación de servicios diferenciados para el VIH reconoce las diferentes necesidades de las personas que viven con el VIH y los beneficios de separar las visitas clínicas de las visitas exclusivas para la reposición de la medicación.

Teniendo en cuenta que cada vez hay más personas que viven y envejecen con enfermedades crónicas, no cabe duda de que se puede aprovechar la oportunidad de aplicar la experiencia satisfactoria de la prestación de servicios diferenciados para el VIH a otras enfermedades crónicas. En particular, reducir la frecuencia de las visitas clínicas de las personas que reciben tratamiento y emplear modelos de reposición plurimensuales puede ayudar tanto a quienes viven con enfermedades crónicas como a los sistemas de salud.

Para consultar otros recursos sobre prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas, visite este [enlace](#).



Referencias

1. International AIDS Society. *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery*. Durban, Sudáfrica, 2016.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. Ginebra: ONUSIDA; 2023.
3. Magliano DJ, Boyko EJ, comité del IDF Diabetes Atlas. IDF DIABETES ATLAS. 2021.
4. Organización Mundial de la Salud. *Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos*. 2021.
5. Godfrey C, Vallabhaneni S, Shah MP, Grimsrud A. "Providing differentiated service delivery to the ageing population of people living with HIV". *Journal of the International AIDS Society*. 2022;25 Supl. 4(Supl. 4):e26002. doi: 10.1002/jia2.26002. PubMed PMID: 36176025; PubMed Central PMCID: PMCPCMC9522630.
6. Chang D, Esber A, Dear N, Iroezindu M, Bahemana E, Kibuuka H, et al. "Non-communicable diseases in older people living with HIV in four African countries: a cohort study". *Lancet HIV*. 2022;9 Supl 1:S5. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00070-4. PubMed PMID: 35304847.
7. Organización Mundial de la Salud. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Ginebra, Suiza: OMS, 2016.
8. Ministerio de Sanidad y Salud Infantil de Zimbabwe. *Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe*. <https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/MSF-Zim-OSDM-Nov2022-WEB2.pdf>. 2022.
9. Sudáfrica. Departamento Nacional de Salud. 2023 *ART Clinical Guidelines for the Management of HIV in Adults, Pregnancy and Breastfeeding, Adolescents, Children, Infants and Neonates*. 2023.
10. Sudáfrica. Departamento Nacional de Salud. *Differentiated models of care standard operating procedures. Minimum differentiated models of care package to support linkage to care, adherence and retention in care. Adherence guidelines for HIV, TB and NCDs*. Actualizado en abril de 2023. 2023.
11. Ministerio Federal de Salud de Nigeria. *Guidelines for Prevention and Management of Hypertension in Nigeria 2023-2028*. https://www.differentiatedservice-delivery.org/wp-content/uploads/HTN-GUIDELINES-2023_2028_21AUG_OK_131023.pdf. 2023.
12. Organización Mundial de la Salud. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: a public health approach*. <https://www.who.int/publications/item/9789240031593>.
13. Amutuhaire W, Semitala FC, Kimera ID, Namugenyi C, Mulindwa F, Ssenyonjo R, et al. "Time to blood pressure control and predictors among patients receiving integrated treatment for hypertension and HIV based on an adapted WHO HEARTS implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda". *Journal of Human Hypertension*. 2024; vol. 38, núm. 5, págs: 452 a 459. Epub 20240201. doi: 10.1038/s41371-024-00897-3. PubMed PMID: 38302611; PubMed Central PMCID: PMCPCMC11076202.
14. Muddu M, Semitala FC, Kimera I, Mbuliro M, Ssenyonjo R, Kigozi SP, Katwesigye R, Ayebare F, Namugenyi C, Mugabe F, Mutungi G, Longenecker CT, Katahoire AR, Ssinabulya I, Schwartz JI. "Improved hypertension control at six months using an adapted WHO HEARTS-based implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda". *BMC Health Services Research*. 25 de mayo de 2022; vol. 22, núm. 1: pág. 699. doi: 10.1186/s12913-022-08045-8. PMID: 35610717; PMCID: PMC9131679.
15. Kimera ID, Namugenyi C, Schwartz JI, Musimbaggio DJ, Ssenyonjo R, Atukunda P, Mutungi G, Mugabe F, Ambangira F, Mbuliro M, Katwesigye R, Neupane D, Ssinabulya I, Semitala FC, Delles C, Muddu M. "Integrated multi-month dispensing of antihypertensive and antiretroviral therapy to sustain hypertension and HIV control". *Journal of Human Hypertension*. Marzo de 2023; vol. 37, núm. 3: págs. 213 a 219. doi: 10.1038/s41371-022-00655-3. EPUB 4 de marzo de 2022. PMID: 35246602; PMCID: PMC8896410.
16. Khabala KB, Edwards JK, Baruani B, Sirengo M, Musembi P, Kosgei RJ, et al. "Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements". *Tropical Medicine & International Health*. 2015; vol. 20, núm. 10: págs. 1.265 a 1.270. EPUB 15/06/2015. doi: 10.1111/tmi.12539. PubMed PMID: 25962952; PubMed Central PMCID: PMCPCMC4744994.
17. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. "They just come, pick and go". *The Acceptability of Integrated Medication Adherence Clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Kibera, Kenya*. *PLoS One*. 2016; vol. 11, núm. 10: pág. e0164634. EPUB 20/10/2016. doi: 10.1371/journal.pone.0164634. PubMed PMID: 27764128; PubMed Central PMCID: PMCPCMC5072644.

Cita sugerida: IAS: International AIDS Society. La prestación de servicios diferenciados para enfermedades crónicas. Suplemento del marco de decisiones para la administración de tratamiento antirretrovírico. 2024. www.differentiatedservicedelivery.org.

Foto de portada: © Peter Casaer/MSF
Otras fotos: © Isabel Corthier/MSF