

Desarrollo y fortalecimiento de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y sífilis (CePAT) en Argentina

Un modelo de atención para promover la accesibilidad al test de VIH y sífilis con asesoramiento

Incluye la Ley Nacional de Sida N°23.798 y su decreto reglamentario



Presidenta de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción de la Salud

Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretario de Promoción y Control de Riesgos

Dr. Gabriel Eduardo Yedlin

Director Ejecutivo de Sida y ETS

Dr. Carlos Falistocco

Revisión y redacción:

Mariela Huergo,
Vanesa Kaynar,
Laura Recoder,
Fernando Silva Nieto,
Florencia Ventura,
Silvana Weller,
Claudio Ziaurriz.

Edición y diagramación:

Martín Iglesias y Guadalupe Iglesias

| | |
|---|-----------|
| I. PRESENTACIÓN | 7 |
| II. PUNTOS DE PARTIDA | 9 |
| 1. Antecedentes | 9 |
| 2. Prevención del VIH y sífilis | 10 |
| III. CePAT, UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD | 13 |
| 1. ¿Qué es un CePAT? | 13 |
| 2. Objetivos | 14 |
| 3. Población destinataria | 14 |
| 4. Proceso de trabajo de un CePAT (esquema) | 15 |
| IV. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE UN CePAT | 17 |
| 1. Espacio institucional y espacio físico | 17 |
| 2. Actividades de promoción y difusión | 17 |
| 3. Actividades de educación | 18 |
| 4. Actividades de asesoramiento | 19 |
| Accesibilidad y gratuidad | 22 |
| Agilidad y capacidad de resolución | 22 |
| Voluntariedad | 23 |
| Consentimiento informado | 23 |
| Confidencialidad | 23 |
| 5. Actividades de diagnóstico: extracción, conservación, identificación y traslado de las muestras de sangre y resultados de los test | 25 |
| 6. Referencia y contrarreferencia: ofertas de derivación después del test | 26 |

| | |
|---|-----------|
| V. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO | 27 |
| 1. Equipo de trabajo | 27 |
| 2. Funciones del equipo | 28 |
| 3. Actividades del equipo | 29 |
| 4. Capacitación del equipo | 30 |
| Capacitación continua | 31 |
| VI. REGISTROS, MONITOREO Y EVALUACIÓN | 33 |
| 1. Registros | 33 |
| 2. Acompañamiento de actividades | 33 |
| 3. Aspectos por considerar en el monitoreo y la evaluación de los CePAT | 33 |
| VII. BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA | 39 |
| VIII. ANEXOS | 41 |
| Anexo 1 - Modelo de guía de entrevista y registro para el asesoramiento sobre VIH | 41 |
| Anexo 2 - Modelo de consentimiento informado para la realización del test de detección del VIH | 42 |
| Anexo 3 - Guía de trabajo para el diagnóstico de VIH en los CePAT | 43 |
| Anexo 4 - Guía de trabajo para el diagnóstico de sífilis en los CePAT | 47 |
| Anexo 5 - Fichas de registro para el monitoreo de los CePAT | 50 |
| Anexo 6 - Marco legal | 56 |
| Anexo 7 - Ley N° 23.798. Ley de lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y su reglamentación (Decreto N° 1.244) | 57 |
| Anexo 8- Ley N° 25.543. Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado | 61 |

I. PRESENTACIÓN

La **Dirección de Sida y ETS (DSyETS)** del Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante desde el año 2008 una política preventiva-asistencial basada en el reconocimiento de los desarrollos locales de cada jurisdicción y sus particularidades. Política que incluye, entre sus lineamientos estratégicos, **mejorar la accesibilidad a las pruebas/test de VIH y sífilis** con asesoramiento.

En esta dirección, una de las primeras acciones de carácter nacional desarrolladas por la DSyETS fue la realización de una investigación diagnóstica participativa. El estudio permitió una aproximación a las respuestas que nuestro sistema público de salud estaba dando al VIH y la sífilis. Así, se obtuvo un conjunto sistematizado de conocimiento sobre cómo se estaba implementando el diagnóstico de VIH y de sífilis en nuestro país. En esa información se destacan la gran heterogeneidad en los centros especializados en VIH, así como la burocratización del proceso de aplicación del consentimiento informado para la realización del diagnóstico de VIH.

Los resultados estimularon la elaboración de una serie de propuestas desde la DSyETS dirigidas a generar y divulgar lineamientos claros respecto de:

- a) La importancia de mejorar el acceso de la población al diagnóstico de VIH y sífilis.
- b) La necesidad de garantizar la confidencialidad, el asesoramiento y la voluntariedad de las pruebas, apostando así a incrementar las oportunidades de cuidado de las personas.

- c) La implementación del asesoramiento a través de entrevistas antes y después del test.
- d) La formulación de conceptos y estrategias apropiados para promover el testeo voluntario en la población.

El desarrollo y fortalecimiento de estas propuestas fundamentan la elaboración de esta Guía de trabajo, cuyo objetivo es brindar un conjunto básico de pautas para la organización de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo para VIH y sífilis (CePAT).

El único antecedente en nuestro país de un material de esta naturaleza, fue realizado en el año 2005 por la Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, bajo el título de *Prevención/asesoramiento/diagnóstico. Centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD): herramientas para su desarrollo*.

El texto que presentamos a continuación es una versión revisada y ampliada de aquel documento, que propone conceptos y pautas comunes para el proceso diagnóstico del VIH y la sífilis en todo el territorio nacional. Se exponen lineamientos sobre la organización de los equipos, estructura mínima necesaria para realizar las prácticas de modo adecuado, garantizando la confidencialidad de los asesoramientos y los diagnósticos, procedimientos de trabajo, modalidades de referencia y contrarreferencia, consideraciones generales para el diagnóstico en laboratorio y propuesta de indicadores dirigidos al monitoreo y la evaluación de los centros, entre otros temas.

El CePAT es un dispositivo, una forma de organizar el trabajo de prevención y de diagnóstico, fuertemente orientado a saldar una de las deudas pendientes que tiene nuestro país, que es la de **mejorar la accesibilidad a los diagnósticos**. Así también los CePAT son una propuesta de organización para el equipo de salud orientada a **promover el testeo voluntario y satisfacer las demandas de diagnóstico** en tiempo y forma.

En este sentido, los CePAT son una forma de organizar los equipos de trabajo en salud de manera tal que contemplen y enfatizan las necesidades de los ciudadanos/usuarios. Esta modalidad de trabajo reduce, desde su concepción y desde sus prácticas, la tradicional distancia entre prevención, diagnóstico y asistencia, ya que constituye un espacio donde se promueve el testeo voluntario y realice el proceso diagnóstico para VIH y sífilis.

La Guía de trabajo está dirigida a los jefes y referentes de programas de VIH e ITS de las provincias, regiones sanitarias y municipios de nuestro país, a los equipos de trabajo, monitores y evaluadores, así como a todas las personas interesadas en el mejoramiento del acceso y de la calidad de las prácticas de prevención y diagnóstico en VIH y sífilis.

Una política de prevención y asistencia en materia de VIH y sífilis será más exitosa en la medida en que logre aumentar no sólo las capacidades científicas y técnicas de los equipos de salud, sino también sus capacidades para cuestionarse el sentido de sus propias prácticas.

II. PUNTOS DE PARTIDA

La propuesta CePAT se fundamenta en la promoción del testeo voluntario. Esto supone la implementación de estrategias de promoción y prevención que apuestan al fortalecimiento de la autonomía de las personas en general y de las que demandan información y/o atención en particular. El testeo voluntario apunta a que sean las propias personas “el motor” de sus pedidos de realización del test diagnóstico. Así, la instancia del asesoramiento se impone como una herramienta central y fundamental en el proceso.

Esta línea de trabajo impone centrar las acciones en las personas usuarias (o potencialmente usuarias) de los servicios de salud, atendiendo fundamentalmente las modalidades de sus demandas. Para ello es necesaria la creación de modelos de trabajo que promuevan la sensibilización por la problemática del VIH y la sífilis, a la vez que faciliten el acceso a la realización del test, dando así respuestas adecuadas a la especificidad de las demandas realizadas por las distintas personas.


El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH desempeñan un papel importante en la respuesta a la epidemia: por un lado, funcionan como una medida preventiva de la infección y, por otro, operan como puerta de entrada para la asistencia y el acompañamiento de las personas ya infectadas.

En la actualidad hay dos modalidades a través de las cuales se inicia el proceso diagnóstico para VIH y sífilis. Una modalidad es la solicitud del test por algún integrante del equipo de salud, donde y solamente con el consentimiento de la persona usuaria se da


lugar a la realización de la prueba diagnóstica. Éste es el caso, por ejemplo, de las mujeres embarazadas, las personas con tuberculosis o con alguna infección de transmisión sexual (ITS) o aquellas personas que manifiestan algún síntoma compatible con el VIH-sida o la sífilis. La otra forma de iniciar el proceso diagnóstico es a partir de las propias demandas de las personas que quieren conocer su serología para VIH y/o sífilis. Así, existe un amplio desarrollo de servicios de salud que, con diversas modalidades, ofrecen la realización del proceso de diagnóstico para VIH, sífilis y otras ITS.

ANTECEDENTES DE CENTROS DE PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y TESTEO

Como antecedentes es posible citar el trabajo realizado en varios centros de atención de ITS y servicios de planificación familiar en diversas ciudades de Estados Unidos en la década de 1980. En el mismo período, Brasil comenzó a desarrollar a escala nacional Centros de Orientación y Apoyo Serológico (COAS), que constituyeron una modalidad alternativa al servicio de salud más tradicional. Sus servicios incluían la serología de VIH, sífilis y otras ITS en forma gratuita, confidencial y anónima, con la finalidad de proveer educación y asesoramiento a las personas que lo demandaban. En 1997 la Coordinación Nacional de Sida de Brasil rebautizó esta experiencia, llamándolos CTA (Centros de Testeo y Asesoramiento).



Existen CePAT en espacios gremiales, como los de la Unión de Trabajadores de la Educación y en la CTERA; en distintos organismos del Estado (el Centro de la Juventud de Rosario), y en organizaciones de la sociedad civil, como la organización porteña NEXO, que realiza actividades de promoción, prevención y asistencia a personas de la comunidad LGTB. También existen convenios de trabajo entre instituciones públicas de salud y organizaciones no gubernamentales. Éstos son los casos del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires con la Fundación Buenos Aires Sida y con la Asociación de travestis, transexuales y trans de Argentina (ATTTA), y el Programa de VIH del Municipio de San Martín con la Red Norte de personas con VIH.



La sífilis era conocida en Italia como el “mal napolitano”, en Inglaterra como “morbo gálico” o “enfermedad francesa”, para los españoles era el “mal caribeño”, el “mal francés” o el “mal portugués”, y para los portugueses era el “mal español”.

En sus comienzos la epidemia del VIH-sida fue caracterizada y denominada como la epidemia de las 4 H (heroinómanos, hemofílicos, haitianos y homosexuales) por ser éstas las poblaciones principalmente afectadas.

LAS PERSONAS USUARIAS DEBEN SER LA MEDIDA Y REFERENCIA PARA LAS ACCIONES Y LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS QUE LES SON DIRIGIDAS.

En la Argentina los primeros Centros de Testeo se crearon en la ciudad de Rosario en 1997. En el año 2000 se abrió el primer Centro de Testeo del Gran Buenos Aires en el partido de San Martín y el primer Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2 de la Ciudad de Buenos Aires. Desde entonces la propuesta se ha desarrollado en diferentes contextos y lugares, y existen en la actualidad CePAT en distintos espacios: centros de salud, hospitales, hospitales móviles, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, sindicatos, entre otros.

PREVENCIÓN DEL VIH Y SÍFILIS

Para el trabajo en prevención y diagnóstico de las ITS es fundamental considerar **la salud, la enfermedad y la atención** como un proceso histórico y socialmente construido, que emerge de las condiciones de vida y de trabajo de los distintos conjuntos sociales. Un proceso que involucra representaciones y prácticas sociales sobre la salud, la enfermedad, los cuidados, la sexualidad y la vida cotidiana. En él se articulan aspectos biológicos e individuales juntamente con aspectos políticos, económicos, ambientales y sociales.

En este sentido, el diseño de estrategias para la prevención y el diagnóstico del VIH, la sífilis y otras ITS supone reconocer **la complejidad** de los padecimientos, la sexualidad y la vida cotidiana de las personas, así como de las instituciones, las formas de trabajo y los modos de organización y realización de las tareas de prevención y asistencia del VIH, la sífilis y otras ITS.

Consideramos también que **las políticas sociales** en general, y en particular las orientadas a los problemas de salud, enfermedad y atención, constituyen espacios privilegiados para **disminuir las inequidades y fortalecer la ciudadanía**. Así, los encuentros que se establecen entre las personas que demandan atención y los integrantes de los equipos de sa-

lud de los distintos servicios, constituyen una instancia privilegiada para la construcción de una relación que estimule y fortalezca la autonomía de las personas.

Estas consideraciones son especialmente importantes cuando reconocemos que las **representaciones sobre el VIH** han sido construidas, desde su comienzo a principios de los años ochenta, sobre la base de prejuicios y acciones de discriminación y culpabilización de las personas que viven con el virus. De forma similar, entre los siglos XVI y XVIII en Europa se definía **la sífilis** como una enfermedad de “extranjeros”, y se la nombraba con términos xenófobos y discriminadores.

Esta “coincidencia histórica” en la discriminación de las personas con VIH de los siglos XX y XXI y la sífilis de los siglos XVI, XVII y XVIII nos alerta sobre las relaciones que existen, en las sociedades occidentales, entre determinados padecimientos, las consideraciones morales y los valores sociales de una época, y el lugar de “otro”, de la alteridad entre los distintos conjuntos sociales en un momento histórico determinado.

La centralidad de la sexualidad, el deseo y la moralización de estos padecimientos probablemente hayan contribuido a la continuidad a lo largo de la historia de los procesos de estigma y discriminación que los caracterizaron y aún los caracterizan.

Cuando nos remontamos a las primeras campañas masivas de prevención del VIH, es posible observar la apelación al **miedo como mensaje preventivo** y la identificación de la epidemia con ciertos grupos sobre los que ya pesaban el estigma y la discriminación.

Estos mensajes ayudaron a reforzar y promover aún más el estigma y la discriminación de las personas identificadas como integrantes de estos **“grupos de riesgo”**. A la vez, se instaló una sensación de lejanía entre quienes no se consideraban parte de estos grupos. Algunas de las consecuencias inmediatas de este tipo de

acciones fueron, y continúan siendo, la “negación” o **subestimación de la vulnerabilidad** a adquirir el virus en las relaciones sexuales sin protección, por parte de muchas personas.

Más allá de las resignificaciones de la noción “grupo de riesgo” y la actual utilización de la noción de “poblaciones vulnerables”, consideramos que es en el nivel individual donde se juega la puesta en práctica, o no, de los cuidados preventivos para sí y para otros (uso de preservativos, realización del test para conocer el estado serológico, búsqueda de resultados de análisis, protección específica a partir de un resultado negativo y de un resultado positivo, toma y continuidad de la medicación, cambio de vida, etc.).

Es impostergable concebir nuevos modelos que contemplen **la singularidad** de la problemática, e incorporen la prevención y asistencia en una práctica integral, atenta a las formas concretas de vivir la sexualidad de las diferentes personas en las distintas poblaciones y grupos. La epidemia del VIH nos ha enseñado que la prevención no debe reducirse a campañas masivas, distribución de materiales educativos y transmisión de buena información. Queremos decir con esto que son los sujetos concretos—a partir de sus condiciones de vida, valores y experiencias socioculturales—quienes atribuirán sentido y significado a las informaciones y el material educativo al que accedan.

En este sentido, es indispensable crear y recrear también prácticas y formas de trabajo que optimicen la capacidad de las personas usuarias para decidir, informada y responsablemente, sobre la puesta en práctica de cuidados de su propia salud. También es necesario optimizar el acceso a los recursos requeridos para el cuidado de la salud, como preservativos y equipos de inyección gratuitos, así como test de VIH, terapias para la prevención de la transmisión vertical y tratamientos de las personas afectadas, entre otros.

Asimismo, es importante que el equipo de salud privilegie un mayor acercamiento y **participación de las personas usuarias** en particular, y de la comunidad en general, mediante el asesoramiento en VIH y sífilis, la impresión y distribución de folletera adecuada a las necesidades y los lenguajes de las personas usuarias, la realización de talleres o diversas acciones tanto educativas como de promoción de la salud. Es fundamental que estas actividades se realicen con la participación de la comunidad, pensando siempre en la diversidad de la población destinataria y en la especificidad de la persona que demanda.

Así, el diagnóstico en VIH y sífilis con asesoramiento, puede ser pensado como un **espacio de articulación entre acciones de prevención y de asistencia**. El momento del diagnóstico brinda una oportunidad única para el trabajo personalizado e intensivo (cara a cara) en prevención primaria con las personas que tienen un resultado negativo de VIH o sífilis, y de prevención secundaria y como puerta de entrada a los servicios de salud, en las personas con resultados positivos.

Cabe destacar que la promoción del test para VIH cobró sentido a partir de la existencia de tratamientos para ofrecer a las personas con un diagnóstico positivo. En la Argentina, están garantizados la atención, el seguimiento y tratamiento para todas las personas que tienen VIH y/o sífilis.



“Si no soy de uno de esos [grupos de riesgo], no soy vulnerable al sida”. Sobre la base de esta concepción se arman modos de acercarse a la sexualidad que obstruyen la posibilidad de adoptar medidas adecuadas de protección.

III. CePAT, UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

Pensamos los CePAT como puertas de entrada al cuidado y la asistencia de las personas que tienen el virus o están infectadas con sífilis, así como para quienes reciben un resultado negativo de estas patologías. Un modelo de atención en salud que procura mejorar la accesibilidad y calidad de la realización del diagnóstico de VIH y de sífilis en nuestro país.

Esta modalidad de trabajo apunta a incluir de manera activa la lógica de las personas usuarias en la atención de la salud, intentando superar el modelo tradicional preventivo-asistencial centrado casi exclusivamente en las lógicas propias de los servicios de salud. Además, esta propuesta parte de volver explícito como objeto de preocupación, el bienestar de los miembros de los equipos, apostando a generar mecanismos de gestión que propugnen el crecimiento y la satisfacción de cada uno de sus integrantes.

1. ¿Qué es un CePAT?

Los CePAT son una propuesta de **organización** (o bien reorganización) **del trabajo** en salud en espacios particulares.

Para llevar adelante la propuesta es necesario contar con un equipo de trabajo que realice acciones promocionales y preventivas en espacios locales, y se deben potenciar, además, tanto instancias de asesoramiento cara a cara, como la realización de otras actividades que fomenten la participación de todos los involucrados en el proceso diagnóstico.

Con la implementación de este modo de trabajo se procura aumentar la accesibilidad al test para VIH y sífilis sensibilizando y respondiendo de manera rápida a quienes lo demanden. También se orienta a evitar instancias burocráticas y valorar la posibilidad de que cada entrevista de asesoramiento y cada resultado entregado sean una apuesta a aumentar la capacidad para tomar decisiones informadas de las personas que demandan atención.

Se considera el CePAT como **puerta de entrada** al cuidado y la asistencia de todas las personas que se acercan a él, ya sea porque tienen el virus o porque reciben un resultado negativo.

Las personas cuyas pruebas resulten positivas al VIH y/o sífilis tendrán acceso inmediato a una atención adecuada (asistencia médica, apoyo psicológico, apoyo social). Las personas con una prueba negativa recibirán asesoramiento, orientación y apoyo con vistas a evitar una posible infección.

Un rasgo distintivo de esta modalidad de organización del trabajo es que si bien **existen pautas** y aspectos que se deben tener en cuenta para la instalación y el desarrollo de un CePAT, éstas **son flexibles** y moldeables según las características de los equipos que se conformen y de los espacios que se utilicen.

La propuesta de los CePAT admite modificaciones pero siempre en función de potenciar sus objetivos de trabajo.

UN MODELO DE ATENCIÓN DONDE LOS PROTAGONISTAS SON LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS EQUIPOS DE TRABAJO.

La apuesta es a que las personas usuarias accedan no sólo a su diagnóstico y resultados, sino también a todo el sistema de salud y otros servicios asociados.

Las pautas y los aspectos para la organización del trabajo en un CePAT deben ser flexibles y moldeables.

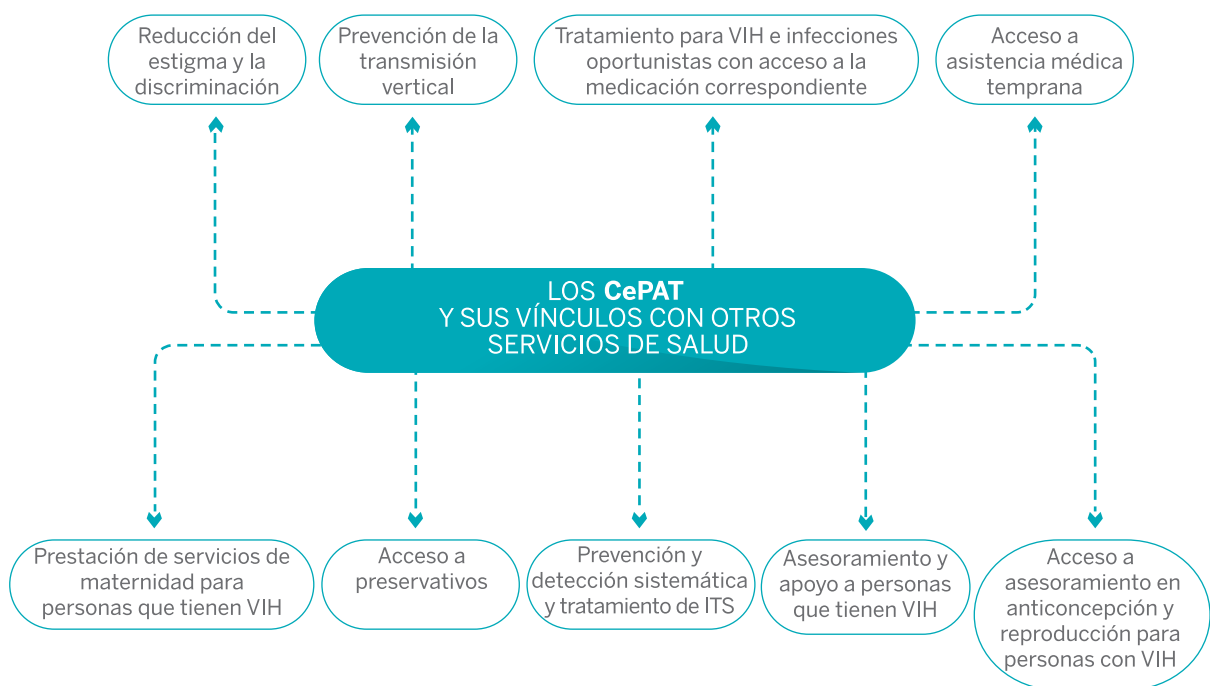
2. Objetivos

• OBJETIVO GENERAL

Disminuir la transmisión del VIH y la sífilis a través de la promoción, la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico voluntario, favoreciendo la accesibilidad de las personas a servicios y recursos de manera gratuita y garantizando un espacio de confidencialidad y autonomía.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Impulsar el testeo voluntario en un marco de confidencialidad y autonomía.
2. Promover la accesibilidad al testeo voluntario para VIH y sífilis garantizando instancias de asesoramiento antes y después del test.
3. Enfatizar el momento de la entrevista como espacio privilegiado de articulación de la prevención y la asistencia del VIH y sífilis.
4. Promover el uso correcto de preservativo y geles lubricantes y organizar su entrega gratuita, universal y sistemática.
5. Desarrollar acciones participativas de promoción y prevención en VIH y sífilis en los distintos espacios.
6. Difundir las acciones que se organicen y lleven adelante desde el CePAT.



3. POBLACIÓN DESTINATARIA

Los CePAT ofrecen sus servicios a todas las personas que tengan dudas o inquietudes sobre la temática del VIH y/o sífilis, o que quieran conocer su estado serológico respecto de estos padecimientos.

También prevé, como ya se mencionó, que los equipos, en conjunto con otros actores comunitarios, pongan en mar-

cha actividades de sensibilización y prevención dirigidas a la comunidad en general y a poblaciones específicas de mayor vulnerabilidad según sus propios contextos.

En el caso particular de los niños y adolescentes, un conjunto de leyes nacionales garantizan el acceso a la realización de las pruebas diagnósticas para VIH y sífilis (entre otras).

- La Convención Internacional de los Derechos del Niño y el adolescen-

te, de jerarquía constitucional en nuestro país, obliga a los Estados a garantizar el acceso de los niños y adolescentes al sistema de salud, tengan o no consentimiento de los padres (véase anexo 6).

- La sanción en el año 2008 de la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva asegura y garantiza salud sexual y reproductiva a todas las personas en territorio nacional a partir de los 14 años de edad (véase anexo 6).

- La Ciudad de Buenos Aires ha legislado explícitamente acerca del acceso de los adolescentes al test de VIH. En esa legislación se indica que debe suponerse que una persona, por el sólo hecho de acercarse a un servicio de salud a pedir información, diagnóstico, métodos anticonceptivos, preservativos, etc., los ne-

cesita y tiene capacidad para pedir aquello que requiere (Ley básica de salud 153/art. 4to, inc h).

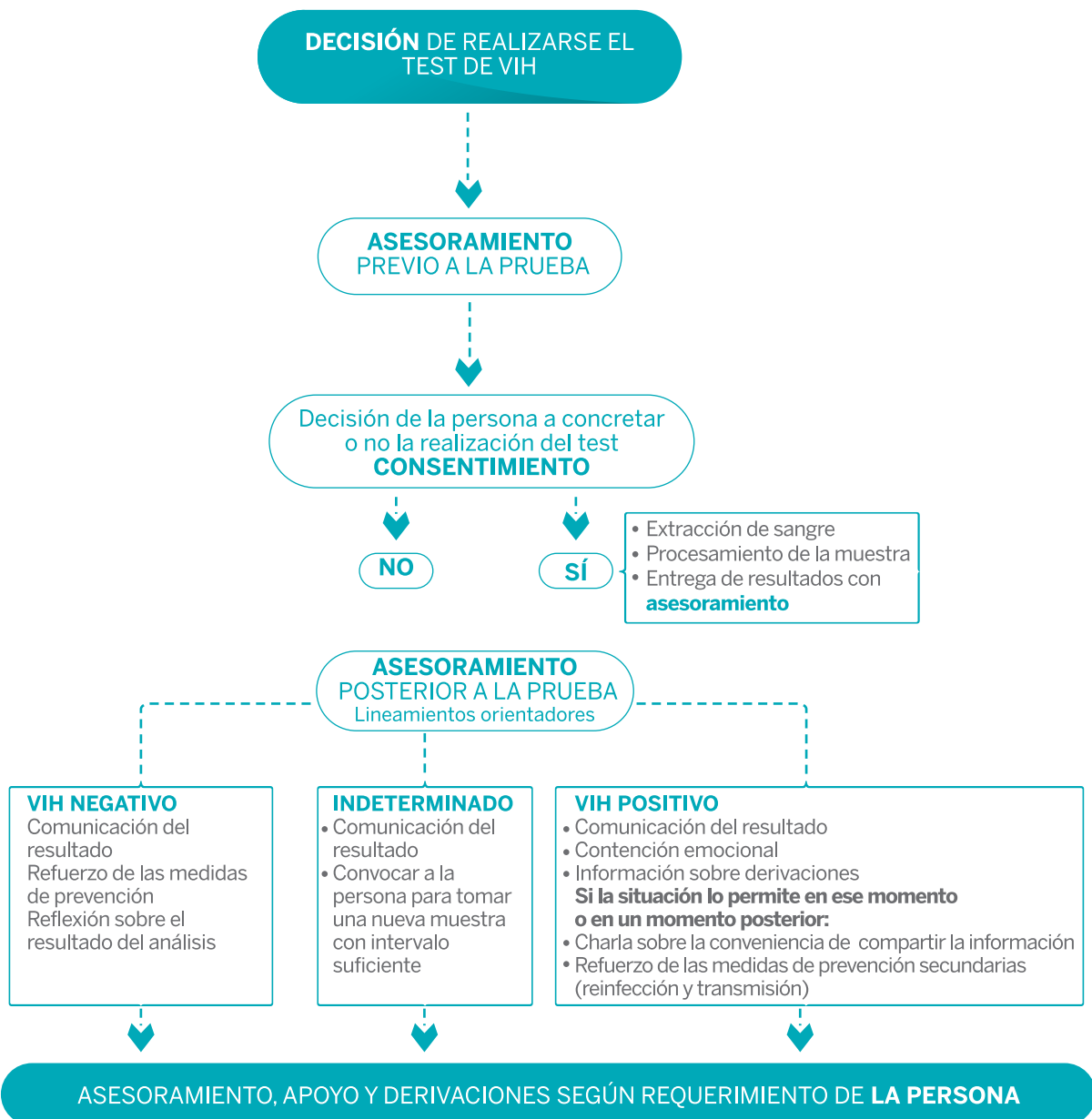
Consideramos fundamental utilizar estas herramientas legales para facilitar a los jóvenes la realización del test con su consentimiento, sin la necesaria presencia de los adultos.

4. PROCESO DE TRABAJO DE UN CePAT

A continuación presentamos dos esquemas que recuperan el proceso de un CePAT.

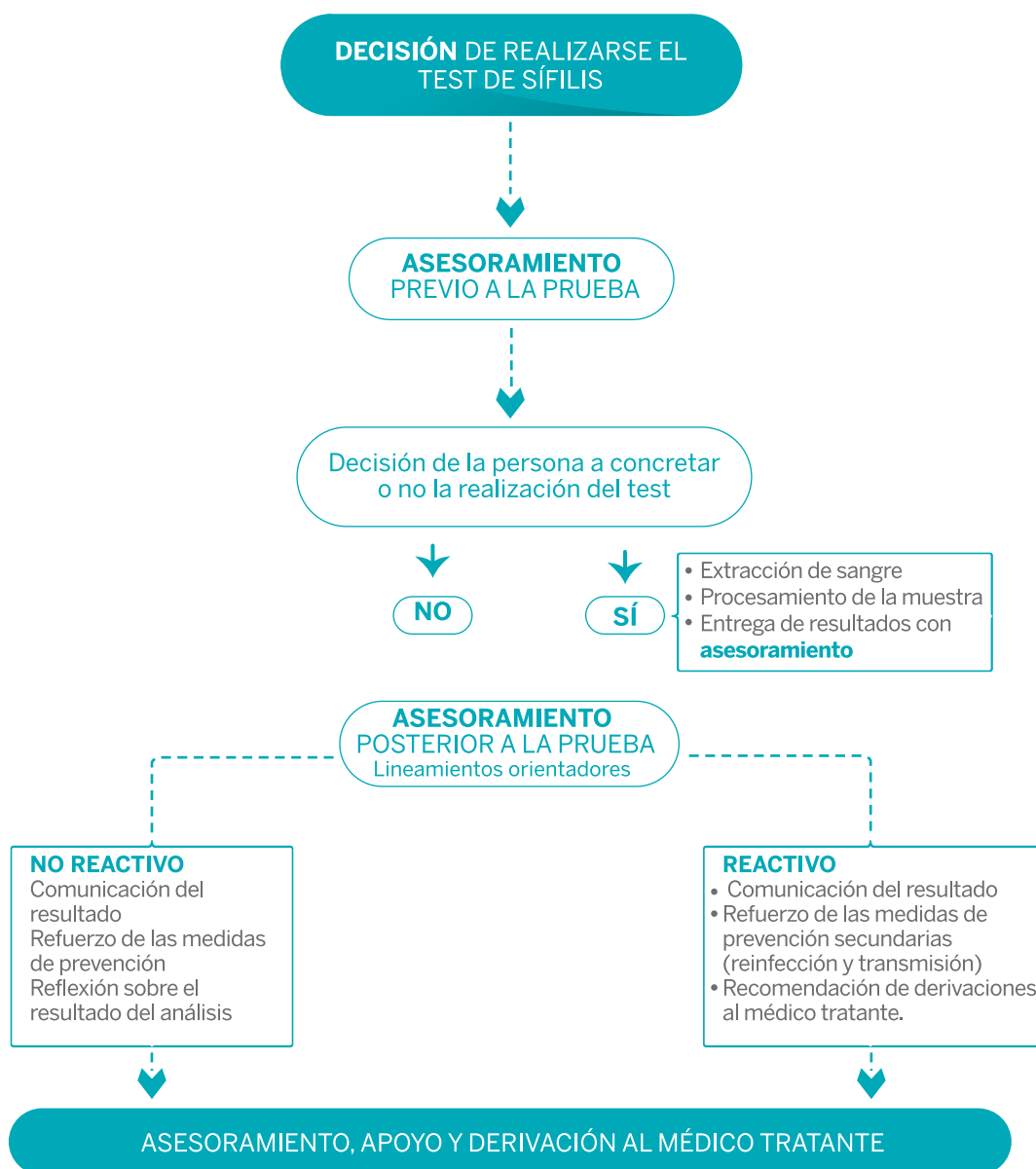
a) Proceso de trabajo para el diagnóstico de VIH en un CePAT

DESARROLLO DE SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA (diferentes estrategias)



b) Proceso de trabajo para el diagnóstico de **sífilis** en un CePAT

DECISIÓN DE REALIZARSE EL TEST DE SÍFILIS (diferentes estrategias)



IV. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE UN CePAT

1. ESPACIO INSTITUCIONAL Y ESPACIO FÍSICO

Para el desarrollo de acciones de prevención, asesoramiento y diagnóstico es necesario contar con un espacio físico, un lugar donde se puedan desplegar esas actividades adecuadamente, caracterizado, además, por el acogimiento/recepción y la confidencialidad.

Este lugar no requiere de complejidad en cuanto a su estructura y puede circunscribirse en un centro de salud, un hospital o una organización de la comunidad. No obstante, tiene que garantizar tanto la confidencialidad y la privacidad de los asesoramientos antes y después del test, como el lugar para la extracción de sangre y las instancias de espera.

Es de suma importancia tener en cuenta que la ubicación de los CePAT y sus horarios de atención deben ser previstos en función de la población destinataria, ya que son factores que impactan sobre las acciones, desde la entrega de preservativos a la realización de la entrevista.

Los CePAT deben articularse en términos de referencia y contrarreferencia con, por lo menos, un hospital adonde derivar a las personas que requieran o soliciten la atención de algún servicio que no esté incluido en él. Tener aceptados estos circuitos facilita que las personas que reciben un diagnóstico positivo de VIH y/o sífilis accedan rápidamente a consultas con el servicio del hospital pertinente según sea el diagnóstico. Tanto para el diagnóstico positivo de

VIH, como para el diagnóstico reactivo de sífilis es necesaria la derivación a un médico tratante.

Cabe destacar que para llevar adelante las diferentes tareas que a continuación se describen, el equipo puede precisar materiales de apoyo (por ejemplo, rotafolios, DVD, pene de madera, dispensers, etc.), algunos de los cuales pueden ser solicitados a la DSyETS.


2. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

Las actividades de promoción y difusión son acciones vinculadas al campo de la comunicación y por lo tanto es necesario repensar cuestiones como:

- Problemas en la comunicación
- Estrategias para el diálogo.


Los factores que determinan los problemas en la comunicación son innumerables, de naturaleza diversa y ocurren justamente porque la comunicación es un proceso humano y por lo tanto complejo.

Si bien no hay “recetas” para que la comunicación sea eficaz, hay elementos en este proceso que deben ser analizados para identificar sus límites y sus posibilidades. De hecho, nos comunicamos de varias formas: verbal, corporalmente, etc.– y todas deben ser consideradas, especialmente cuando se trata de la interacción entre personas con universos socioculturales diferentes, como en



Las tareas de prevención, asesoramiento y diagnóstico requieren de alta complejidad en cuanto a organización, capacitación y recursos humanos (“tecnología leve”), pero no la “tecnología pesada” o de “alta complejidad” y por ello pueden ser realizadas en espacios del primer nivel de atención e incluso en espacios comunitarios.

EL HUMOR ES UNA HERRAMIENTA MUY ÚTIL Y EFECTIVA PARA TRABAJAR SOBRE LOS DISTINTOS TEMAS INVOLUCRADOS EN LA SEXUALIDAD.



Las personas tenemos siempre algún nivel de información, opiniones y sentimientos sobre los temas que hacen a la vida social, en particular aquellos que potencialmente pueden amenazar nuestra salud.

A MODO DE EJEMPLO

Al articular información, valores y actitudes en una actividad con mujeres en la que se discuta la negociación del preservativo con sus parejas, se deben considerar, entre otras cuestiones, su condición de autonomía o dependencia respecto de sus parejas, la cultura machista, la franja etaria, la inserción sociocultural, etc.

el caso de los equipos de salud y algunos segmentos de la población a la que se dirige. O las interacciones que suponen el intercambio de significados vinculados al “mundo médico” y al “mundo de la vida cotidiana”.

Además, es necesario considerar que no son lo mismo información y comunicación.

Es preciso tener siempre presente que nuestra superficie de trabajo es la sexualidad y que necesitamos dialogar sobre situaciones que muchas veces pueden generar vergüenza, incomodidad o temor a ser expuestos. No es común ni deseable hablar de prácticas o costumbres que se tienen reservadas al ámbito privado.

El taller de uso correcto del preservativo, por ejemplo, es una estrategia eficaz que permite que la gente se ría y exprese su nerviosismo, pero a la vez sirve para articular información, valores, actitudes y comportamientos.

Estas consideraciones iniciales, que pueden parecer obvias, son sin embargo, fundamentales para todas las actividades de comunicación, promoción y difusión de un CePAT, las que deben orientarse a:

- Difundir la existencia de los servicios que brinda el centro.
- Difundir por distintos canales comunicacionales y con diferentes estrategias, información existente y actualizada sobre VIH y sífilis, sus modos de transmisión y prevención.
- Aumentar el conocimiento y la accesibilidad al preservativo, promover el testeo voluntario y la política de reducción de daños en el uso de drogas, implementando actividades y mensajes que promuevan la no discriminación hacia las personas que tienen VIH.
- Localizar las acciones de comunicación en espacios comunitarios (escuelas, espacios de recreación,

comedores, actividades culturales, etc.) y en eventos significativos para la vida de la comunidad (fiestas, eventos anuales), adaptándose a sus horarios y ritmos.

- Articular la promoción de los servicios con los comercios de la zona (supermercados, lugares bailables, etc.), los medios de comunicación comunitaria (revistas barriales, radios comunitarias, etc.) y los organismos gubernamentales cercanos al CePAT (escuelas, centros de salud, etc.).
- Promover y difundir el sitio de la página web de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/sida> y de la línea gratuita 0800 - 3333 - 444.

3. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN

La educación es un elemento clave en el trabajo preventivo, ya que proporciona a las personas usuarias, distintos recursos y elementos al momento de implementar (o no) prácticas más eficaces de cuidado.

El trabajo en salud tiene como objetivo central contribuir a que las personas adopten prácticas más seguras, y sean capaces de reconocer en ellas y en los otros cuáles son las situaciones que forman parte de su experiencia concreta de vida y que ofrecen riesgos o daños para su salud y cuáles no.

A modo de ejemplo, recordamos que existe aún la convicción en muchas personas de que es posible cuidarse del VIH “fijándose con quién anda uno”, “estando con personas conocidas” o “teniendo relaciones con personas sanas”. Así, estos conocimientos sirven como organizadores del cuidado y del uso del preservativo, el que será utilizado solamente “cuando tenés relaciones con alguien que no conocés”, “con alguien que tiene un tatuaje” o “con alguien que no sabés con quién estuvo antes que vos”.

El proceso de educación es adecuado para generar espacios que estén orientados a brindar información, así como a escuchar los saberes previos y las situaciones concretas de las personas con las que estamos trabajando.

Las actividades de educación pueden tener diferentes formatos, dependiendo de las habilidades e intereses del equipo que se haya conformado para el trabajo (véase capítulo V), así como las particularidades de las poblaciones con las que se trabaja. Los formatos más frecuentes de las actividades de educación son:

- charlas
- grupos de reflexión
- talleres

El trabajo puede ser orientado a una persona o a un grupo. Los talleres, pensados para trabajar con grupos, si están bien planeados y realizados, son una herramienta de trabajo útil que ofrece las condiciones para que las personas reconozcan críticamente las situaciones en las que se exponen a riesgos y las estrategias que pueden ser adoptadas en sus vidas cotidianas para reducirlos.

El asesoramiento (que desarrollaremos en el próximo apartado) es una charla de carácter individual fundamental para el trabajo preventivo.

Los trabajos en educación pueden ser desarrollados en los espacios más diversos: en instituciones como la escuela, los centros barriales, los comedores comunitarios, los centros deportivos, las comunidades terapéuticas para personas usuarias de drogas, la propia institución donde tiene lugar el CePAT, las salas de espera, y en espacios públicos y abiertos (la esquina, la plaza, en ferias), entre otros.

4. ACTIVIDADES DE ASESORAMIENTO

¿Qué es el asesoramiento?

Entendemos el asesoramiento como

un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en la persona usuaria. Se trata de una entrevista, de una **conversación** entre quien demanda atención y quien la ofrece. Un **diálogo** que se establece sobre la base de una relación de confianza.

La duración de cada encuentro de asesoramiento puede ser de **15 a 30 minutos**, dependiendo de la situación.

El asesoramiento es un proceso que comienza en un **punto particular en la vida** de cada persona (tanto la que demanda atención como la que la ofrece) y que irá tomando diferentes destinos en función de las particularidades, los obstáculos o las posibilidades de cada una de ellas y de cada situación.

En tanto proceso, es posible que un primer encuentro de asesoramiento tenga **continuidad** en otros asesoramientos posteriores.

En el abordaje de infecciones de transmisión sexual, como el VIH y la sífilis, es necesario prestar mucha **atención a las situaciones conflictivas no explicitadas** siempre en las conversaciones. Situaciones vinculadas al ejercicio de la sexualidad, las trasgresiones y la muerte que a veces se constituyen en amenazas para las personas según sean sus creencias y valores. Este sentimiento de amenaza puede “bloquear” la percepción del riesgo y la expresión de las prácticas, así como la reflexión para adoptar medidas preventivas, dificultando la acción preventiva.

Las instancias de asesoramiento permiten que, mediante una relación cara a cara, puedan expresarse esas experiencias conflictivas para así y **conjuntamente, buscar las mejores alternativas** de resolución a las situaciones que transitan las personas. Y en esa búsqueda, la perspectiva de las personas usuarias se torna eje troncal del encuentro y del proceso que se desencadena.

EL CASO DE LOS USUARIOS DE DROGAS

En el caso específico de los usuarios de drogas y de otros grupos socialmente excluidos –en principio reticentes a la participación en espacios institucionales– los equipos deben utilizar, siempre que sea posible, los espacios de convivencia e interacción social de esos grupos.

La construcción del pensamiento científico en la sociedad moderna, en especial en la medicina, provocó un distanciamiento del profesional de la salud de la persona enferma que demanda atención.

La biografía del “paciente” y su palabra pasaron a ocupar un segundo plano en la mayoría de las relaciones terapéuticas donde las distintas tecnologías cobraron prioridad, en detrimento de las relaciones interpersonales.

La experiencia comunitaria, o la inserción en la comunidad en la que se trabaja, es importante para generar mejores condiciones de diálogo.

UNA ENTREVISTA DE ASESORAMIENTO ES UN DIÁLOGO DONDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS USUARIAS DEBE SER RESPETADA Y RETOMADA COMO EL CENTRO DEL ENCUENTRO Y DEL PROCESO QUE SE DES-ENCADENA.

Ante una solicitud de serología para VIH, se deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:

ASESORAMIENTO ANTES DEL TEST PARA VIH

- Identificar el motivo de la consulta.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del testeo.
- Reconstruir la historia de situaciones de vulnerabilidad y testeos previos.
- Proporcionar información sobre los procedimientos técnicos y el significado del período ventana.
- Esclarecer circuitos para la realización y tiempos de espera.
- Intercambiar con la persona usuaria información sobre el significado de los posibles resultados del test.
- Señalar la diferencia entre VIH y sida.
- Brindar información sobre sífilis.
- Ofrecer la prueba diagnóstica para sífilis.
- Considerar juntamente con la persona que consulta el impacto en su vida de los posibles resultados del test.
- Analizar la red social así como el apoyo emocional con que cuenta la persona que consulta (familia, compañeros, amigos, trabajo y otros).
- Evaluar con la persona la realización o no del test de VIH.
- Brindar información sobre el consentimiento informado (su obligatoriedad legal y su significado).
- Solicitar la firma del consentimiento informado.
- Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante la espera del resultado del test.

➤ **TENER EN CUENTA LA PERSONALIZACIÓN DE CADA UNO DE LOS ENCUENTROS.**

ASESORAMIENTO DESPUÉS DEL TEST PARA VIH

➤ **LA DEVOLUCIÓN DE UN RESULTADO NEGATIVO**

- Recordar que el resultado significa que la persona no está infectada o lo está tan recientemente que no produjo los anticuerpos necesarios para ser detectados mediante la prueba (período ventana). Si en la entrevista se descarta el período ventana, se puede firmar que la persona **NO ESTÁ INFECTADA**.
- Explicar que el resultado negativo no significa inmunidad.
- Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar prácticas de cuidado.
- Informar acerca de puestos de distribución de recursos preventivos (preservativos y geles lubricantes), lugares y horarios donde encontrarlos.

➤ **LA DEVOLUCIÓN DE UN RESULTADO POSITIVO**

SI EL RESULTADO ES REACTIVO (NO ESTÁ TODAVÍA CONFIRMADO)

- Recordar que este resultado puede significar un falso positivo debido a razones biológicas, o un verdadero positivo infectado recientemente cuyos anticuerpos no están plenamente desarrollados y que será necesaria la realización de una prueba confirmatoria (Western Blot).
- Orientar sobre la realización de una nueva extracción para el nuevo testeo (confirmatorio) en un período definido por el laboratorio.
- Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante el período de espera del resultado del test y ofrecerle apoyo psicológico si fuera necesario.

(Continúa cuadro de pág. 21) →

(Continuación de cuadro de pág. 20)

SI EL RESULTADO ES POSITIVO (ESTÁ YA CONFIRMADO)

- Dar a la persona que consulta el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y expresar sus sentimientos, considerando que pueden presentarse diversas reacciones ante esta situación.
- Conversar sobre las dudas, brindando la contención necesaria.
- Desmitificar sentimientos de culpabilización y castigo asociados generalmente a este padecimiento.
- Recordar que un resultado positivo significa que la persona tiene el virus y puede o no haber desarrollado la enfermedad.
- Reforzar la importancia de adoptar prácticas seguras para reducir el riesgo de reinfección por VIH y/o infección por sífilis.
- Aclarar que puede transmitir el virus a otras personas.
- Reforzar la importancia del cuidado, resaltando que la infección es tratable.
- Explicar los beneficios de estrategias de reducción de daños ante el consumo de drogas.
- Evaluar junto con la persona la posibilidad de que el resultado sea comunicado a la(s) pareja(s) sexual(es) y ofrecer ayuda en caso de que sea solicitada.
- Orientar sobre la posibilidad de que la(s) pareja(s) sexual(es) realice(n) el test de VIH y sífilis.
- Definir con el/la consultante los servicios de asistencia necesarios para cubrir las demandas generadas. Recordarle que, por ley, el sistema de salud pública, las empresas de medicina prepaga y las obras sociales deben brindarle tratamiento integral (asistencia médica, medicación y estudios complementarios). En el caso de las prepagas y las obras sociales, este tratamiento nunca puede implicar costo adicional alguno.

➤ LA DEVOLUCIÓN DE TODO TIPO DE RESULTADO

- Explicar y reforzar los beneficios del uso correcto del preservativo y hacer una demostración de cómo se coloca.
- Prestar atención a las situaciones conflictivas, no siempre explícitas, que pueden dificultar la acción preventiva. Por ejemplo, que estén asociadas a diferentes temáticas que atraviesan la problemática del VIH (condiciones de vulnerabilidad social y subjetiva, relaciones de género, negociación del uso del preservativo, etc.).
- Facilitar la superación de núcleos problemáticos que le permita al usuario evaluar sus probabilidades de infección o reinfección por VIH, reflexionar y decidir medidas preventivas viables y buscar una mejor calidad de vida, independientemente de su condición serológica.
- Explicar los beneficios de estrategias de reducción de daños ante el consumo de drogas.

Ante una solicitud de serología de sífilis, se deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:

ASESORAMIENTO ANTES DEL TEST PARA SÍFILIS

- Identificar el motivo de la consulta.
- Reafirmar el carácter voluntario del testeo.
- Reconstruir la historia de situaciones de vulnerabilidad y testeos previos.
- Proporcionar información sobre los procedimientos técnicos y el significado del período de incubación.
- Esclarecer circuitos para la realización y tiempos de espera.
- Remarcar que existen tratamientos simples y eficaces para curar la enfermedad.
- Intercambiar con la persona usuaria información sobre el significado de los posibles resultados del test.
- Brindar información sobre VIH-sida.
- Ofrecer la realización del test de VIH.
- Considerar juntamente con la persona que consulta, el impacto en su vida de los posibles resultados del test.
- Evaluar con la persona la realización o no del test.

➤ TENER EN CUENTA LA PERSONALIZACIÓN DE CADA UNO DE LOS ENCUENTROS.

➤ **LA DEVOLUCIÓN DE UN RESULTADO NO REACTIVO**

- Recordar que el resultado significa que la persona no está infectada o lo está tan recientemente que no produjo los anticuerpos necesarios para ser detectados mediante la prueba (período de incubación).
- Explicar que el resultado negativo no significa inmunidad.
- Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar prácticas de cuidado.
- Informar acerca de puestos de distribución de recursos preventivos (preservativos y geles lubricantes), lugares y horarios donde encontrarlos.

➤ **LA DEVOLUCIÓN DE UN RESULTADO REACTIVO**

- Dar a la persona que consulta el tiempo necesario para asimilar/comprender el diagnóstico y expresar sus sentimientos, considerando que pueden presentarse diversas reacciones ante esta situación.
- Conversar sobre las dudas, brindando la contención necesaria.
- Remarcar que la enfermedad tiene cura y que el tratamiento es simple, reforzando la importancia del cuidado.
- Reforzar la importancia de adoptar prácticas seguras para reducir el riesgo de reinfección por sífilis y/o infección de VIH.
- Recomendar la realización de la prueba diagnóstica para VIH.
- Evaluar junto con la persona, la posibilidad de que el resultado sea comunicado a la(s) pareja(s) sexual(es) y ofrecer ayuda en caso de que sea solicitada.
- Orientar sobre la posibilidad de que la(s) pareja(s) sexual(es) realice(n) el test de VIH y sífilis.
- Recordar que este resultado puede significar un falso positivo debido a la sensibilidad de la prueba y que el médico tratante determinará la necesidad de realización de una prueba confirmatoria.
- Definir con el/la consultante los servicios de asistencia necesarios para cubrir las demandas generadas.

➤ **LA DEVOLUCIÓN DE TODO TIPO DE RESULTADO**

- Explicar y reforzar los beneficios del uso correcto del preservativo y hacer una demostración de cómo se coloca.
- Prestar atención a las situaciones conflictivas, no siempre explícitas, que pueden dificultar la acción preventiva (condiciones de vulnerabilidad social y subjetiva, relaciones de género, negociación del uso del preservativo, etc.).
- Facilitar la superación de núcleos problemáticos que le permita al usuario evaluar sus probabilidades de infección o reinfección por sífilis y por VIH, reflexionar y decidir medidas preventivas viables y buscar una mejor calidad de vida, independientemente de su condición serológica.

Las instancias de asesoramiento en VIH y sífilis que se desarrollen desde el CePAT son complementarias y en la mayoría de los casos se ofrece la realización de las dos pruebas diagnósticas juntas. Estas instancias están atravesadas por ciertos temas, como la accesibilidad y gratuidad; la agilidad y la capacidad de resolución; la voluntariedad y la confidencialidad.

Accesibilidad y gratuidad

Los lugares donde se realizan las actividades de asesoramiento tienen que ser de fácil acceso para las personas, y deben contemplar tanto las características de la comunidad a la que esté dirigida la oferta como las de la institución donde funcione el CePAT. Esto significa:

- Mantener, la institución que desarrolla esta actividad relación con algún efector de salud o funcione en ellos.
- Constituir un lugar de referencia para la población local.
- Ser gratuito.
- Tener continuidad en el tiempo.
- Atender tanto la demanda espontánea como la derivada de otras instituciones o servicios y profesionales de la salud.
- Funcionar en horarios de atención organizados para permitir el acceso a diferentes sectores de la población.

Agilidad y capacidad de resolución

Para la oferta del servicio de testeo, se recomienda tener en cuenta que:

- El itinerario de las personas que concurren sea rápido y fluido.
- El tiempo de espera sea el mínimo posible.
- Los CePAT tengan previsto, diseñado y organizado un circuito con el laboratorio que analizará las muestras, lo que implica:
 - Definir el laboratorio que realice el análisis y mantener una comunicación fluida con sus referentes.

- Acordar las técnicas que se utilizarán para la confirmación del resultado.
- Unificar criterios de registro de las muestras.
- Estimar el tiempo de devolución de resultados al CePAT.
- Definir los horarios y días de extracción.
- Garantizar el transporte de muestras (véase anexo 3).

Voluntariedad

La voluntariedad implica que:

- Las personas que consultan demandan la realización de la prueba por una decisión personal tomada sobre la base de informaciones que consideran consistentes.
- La decisión de realizar o no la prueba también es un acto voluntario en el que están involucrados los aspectos abordados durante el asesoramiento.
- La calidad del asesoramiento influirá en la decisión de la persona que consulta de retirar el resultado.

Es el respeto de estas instancias lo que le da contenido a la firma del consentimiento informado.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es una de las reglas éticas fundamentales que modelan la responsabilidad de los equipos de salud y enfatiza el respeto por la autonomía y la confianza de las personas, de la misma forma que la verdad y la confidencialidad.

El procedimiento para su firma debe incluir previamente la información sobre la infección y sus formas de prevención y asistencia de forma detallada tanto en términos claros como comprensibles (tal cual fueron descritos para el asesoramiento antes del test) de manera que la autoriza-

ción o no para la realización del test implique la comprensión de la información suministrada (véase anexo 2).

El consentimiento informado supone que la decisión de realizar el test es de carácter estrictamente voluntario y confidencial, en consonancia con la ley 23.798 y su decreto reglamentario 1.244/91 (véase anexo 7).

La firma del consentimiento informado no es necesaria para la realización de la prueba diagnóstica de sífilis.

Confidencialidad

Muchas personas temen solicitar servicios relacionados con el VIH por miedo al estigma y la discriminación de sus familias y de la comunidad. Por lo tanto, los servicios de un CePAT deben preservar siempre las necesidades de confidencialidad de las personas.

Confianza y confidencialidad son las dos dimensiones necesarias de las relaciones entre el equipo de salud y las personas que demandan atención.

La confidencialidad es una regla ética fundamental del equipo de salud en general y de cada uno de sus integrantes en particular.

En nuestro país existe la obligación legal del asesor y del equipo de salud involucrado de no revelar, sin autorización, la información obtenida durante el proceso de asesoramiento y diagnóstico.

Para la realización del testeo se deberá considerar que el espacio físico en el que se desarrollen las entrevistas, así como el encuadre institucional, permiten resguardar la confidencialidad.

Los registros y las muestras reciben una identificación alfanumérica conforme lo dispone la ley 23.798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (anexo 7). Las extracciones se tienen que realizar en forma anónima y el secreto profesional es un principio que debe prevalecer en todas las prácticas profesionales (en los



Los asesores necesitan una formación adecuada, apoyo y supervisión continuos para garantizar un asesoramiento de alta claridad, y ser a la vez capaces de enfrentar el estrés implícito en su tarea.

anexos 3 y 4 se detallan las características generales para la realización del diagnóstico). Todos los integrantes del equipo de salud podrían estar en

condiciones de desarrollar el asesoramiento. Es necesario que el integrante del equipo que tenga a cargo la tarea de ofrecer el testeo y entregar el resul-

tado sea una persona que posea disposición interna, afectiva y tiempo para realizar la tarea de forma diferenciada y con buena calidad de asistencia.

APTITUDES BÁSICAS DEL CONSEJERO O ASESOR

- Tener empatía con la persona usuaria, lo que supone la capacidad para ponerse en el lugar del otro y comprender lo que siente.
- Disponer de una escucha activa, capaz de facilitar la expresión de la persona que consulta, prestando atención a todo lo que dice, hace y expone.
- Utilizar preguntas abiertas que facilitan la expresión, evitando preguntas cerradas, que impliquen como respuesta un “sí” o un “no”.
- Poder utilizar un lenguaje claro, sencillo, oportuno y sin tecnicismos, con respuestas acordes a la situación personal y a la necesidad del solicitante.
- Saber aprovechar los silencios de reflexión de la persona usuaria.
- Respetar sus valores, creencias y estilos de vida, lo que supone aceptar a la persona tal como es, sin juzgarla, ni rotularla.
- Evitar que la persona se disperse en otros temas ajenos a la consulta.
- Saber evaluar las posibilidades de referencia a otros servicios.
- Estar pendiente del lenguaje corporal de la persona que solicita el test para poder percibir si está incómodo, apurado por retirarse, si está preocupado o angustiado, si le es difícil concentrarse o le cuesta entender la información. En situaciones de angustia, temor a un resultado, los niveles de capacidad para entender cierta información se reducen.
- Registrar su propio lenguaje corporal (tener un contacto visual con la persona, evitar movimientos que expresen que estamos impacientes o apurados por terminar el encuentro).
- Identificar sus propios prejuicios para poder manejarlos y que estos no influyan sobre las intervenciones que realiza.
- Reconocer sus propios límites y estar dispuesto a buscar y recibir ayuda. No quedarse con su propio diagnóstico de situación, sino buscar distintas miradas y opiniones.
- Saber manejar las frustraciones cuando no se logran las metas propuestas.
- Evitar dirigir, tomar o inducir las decisiones de las personas que consultan.
- Facilitar la resolución de problemas. Explicar a la persona usuaria que posee las herramientas necesarias y el poder de decidir lo que más le conviene, y las consecuencias de esta decisión.

5. ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICO: EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TRASLADO DE LAS MUESTRAS DE SANGRE Y RESULTADOS DE LOS TEST

NORMAS TÉCNICAS (VIH Y SÍFILIS)

➤ LA EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA

| Elementos necesarios | Forma de realización |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sala bien iluminada y ventilada.• Silla para la extracción con apoyabrazos o silla y apoyabrazos.• Lazo.• Guantes de látex descartables.• Algodón.• Alcohol.• Agujas y jeringas descartables.• Tubos para extracción de 10 o 5 ml secos, con gel separador o acelerador de la coagulación.• Tela adhesiva.• Descartador de agujas.• Gradilla.• Tacho de basura con bolsa roja para descarte de algodones y jeringas. | <ul style="list-style-type: none">• Rotule el tubo que se va a utilizar, con el código del paciente tal como figura en la orden.• Tome la jeringa y la aguja.• Coloque la aguja en la jeringa sin retirar el capuchón, mueva el émbolo de la jeringa.• Ajuste el lazo y escoja la vena.• Haga antisepsia local con algodón humedecido en alcohol.• Retire el capuchón de la aguja y realice la punción.• Suelte el lazo una vez que la sangre comience a fluir en la jeringa.• Extraiga aproximadamente 10 ml de sangre en el caso de adultos y de 2 a 5 ml en niños.• Indique a la persona presionar el sitio de punción con el algodón, manteniendo el brazo extendido.• Si utiliza tubos tipo vacutainer con tapón de goma, pinche el tapón con la aguja y deje que la sangre ingrese al tubo.• Luego deseche la aguja en el descartador.• Si utiliza tubos con tapón plástico, deseche la aguja en el descartador, abra el tubo e introduzca la sangre en él en forma delicada por las paredes del tubo para evitar la hemólisis de la muestra.• Descartar posteriormente la jeringa en la bolsa roja.• El descarte de la basura producida durante la extracción debe ser hecho de acuerdo con las normas establecidas para el tratamiento de residuos hospitalarios: todos los objetos punzocortantes deben ser colocados en descartadores rígidos; los algodones deben ser colocados en bolsas rojas. Nunca reencapuche las agujas. |

OBSERVACIONES: NO ES NECESARIO EL AYUNO PARA LA EXTRACCIÓN DE LAS MUESTRAS.

NORMAS TÉCNICAS (VIH Y SÍFILIS)

► EL ALMACENAMIENTO DE LA MUESTRA

| Elementos necesarios | Forma de realización | Centrifugación |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gradilla para tubos. • Centrífuga. • Heladera. | <ul style="list-style-type: none"> • Deje la muestra de sangre extraída a temperatura ambiente hasta la retracción del coágulo. Puede permanecer a temperatura ambiente hasta 24 horas como máximo. Después de ese período la sangre comienza a hemolizar. • Si la muestra permanece en el CePAT más de 24 horas, se recomienda centrifugarla y mantenerla una vez centrifugada en heladera. | <ul style="list-style-type: none"> • Centrifugue la sangre durante 10 minutos, a 1500 rpm. • Retire el tubo luego de que se detenga la centrífuga. |

NORMAS TÉCNICAS (VIH Y SÍFILIS)

► EL TRANSPORTE DE LA MUESTRA

| Elementos necesarios | Forma de realización |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Recipiente plástico rígido con cierre hermético. • Caja de cartón. • Material absorbente. | <ul style="list-style-type: none"> • Acondicione las muestras en el recipiente plástico con cierre hermético. Coloque material absorbente entre los tubos para evitar derrames en caso de rotura accidental de algún tubo. • Ubique el recipiente con los tubos dentro de la caja de cartón correctamente identificada. • Disponga las solicitudes de serología dentro de la caja y fuera del recipiente de plástico. • Coloque en la parte externa una etiqueta con el nombre de la institución destinataria, la dirección, el nombre del responsable de la recepción, el nombre de la institución remitente, la dirección, el teléfono y el horario de envío. • Envíe las muestras dentro de los horarios convenidos previamente con el laboratorio. |

Los resultados

Los resultados deben volver al CePAT para que el equipo pueda devolverlos a las personas solicitantes y garantizar instancias de asesoramiento después del diagnóstico. El equipo del CePAT los retirará del laboratorio luego del tiempo convenido (lo ideal es una semana). Es importante mantener una comunicación fluida con quienes se ocupan de procesar las muestras y cotejar la cantidad de muestras enviadas con la cantidad de resultados recibidos.

6. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: OFERTAS DE DERIVACIÓN DESPUÉS DEL TEST

Para obtener una mejor articulación de los efectores entre sí y con las personas usuarias, es necesario garantizar el seguimiento de la infección por VIH y sífilis y el acceso al tratamiento para las personas que lo requieran, mediante la articulación con algún hospital. En todos los casos se deberá

conformar una red de referencia que responda a otros tipos de demandas generadas en el asesoramiento.

Es muy importante monitorear el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. Para ello es recomendable la organización de reuniones periódicas entre los responsables de los distintos servicios e instituciones, con el objetivo de revisar, evaluar y si fuera necesario, modificar el sistema para mejorar su funcionamiento.

V. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

1. EQUIPO DE TRABAJO

El trabajo en equipo es la estrategia más adecuada para encarar tareas que exigen la puesta en práctica de conocimientos y habilidades diversas, como la promoción, la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico en VIH y sífilis. La existencia de un equipo brinda, además, un soporte de contención para sus integrantes.

¿Quiénes pueden formar parte de los equipos?

Personas que quieran trabajar en prevención, que estén dispuestas a enfrentar los desafíos que esa tarea implica y que tengan conocimiento previo y/o disposición a aumentar sus conocimientos sobre la problemática del VIH, la sífilis y otras ITS.

Trabajar en equipo permite articular los diferentes enfoques y habilidades que aportan cada uno de sus integrantes. También crea las condiciones de posibilidad para constituir espacios de análisis colectivo de los problemas que enfrenta el trabajo en VIH, sífilis y otras ITS.

El aporte diferencial, específico de cada miembro del equipo, puede deberse tanto a una cuestión disciplinaria (ser médico, ser trabajador social, ser sociólogo, ser técnico de laboratorio, extraccionista, etc.), a las diferencias, producto por la trayectoria de cada uno (ser agente de salud, ser vecino del barrio, tener VIH, etc.), como también al lugar singular que cada integrante construye dentro del ámbito grupal. Función que lo vuelve único y necesario para el trabajo colectivo.

No obstante, todos los miembros del equipo tienen que estar capacitados en ciertos temas relativos al campo común de trabajo, y reforzar los conocimientos específicos a sus roles dentro del equipo (como se desarrollará en el siguiente apartado).

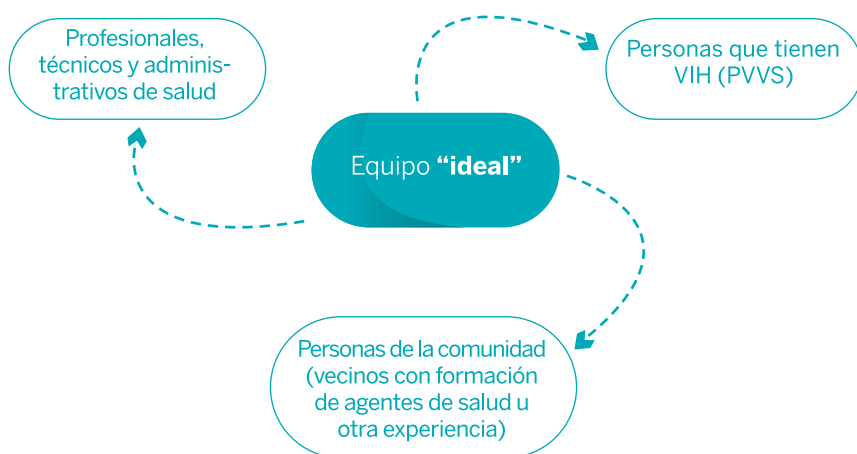
El trabajo en salud produce realización personal pero también momentos de frustración. Trabajar en equipo permite tener con quien compartir las alegrías y los sinsabores de la tarea, disminuyendo dos de las sensaciones más habituales entre los miembros de los equipos de salud, que son los sentimientos de impotencia/soledad y los de omnipotencia.

El trabajo en equipo puede ser también fuente de tensiones, la más frecuente es la generada por los siguientes dos polos:

- La necesidad de homogeneidad (tener todos un discurso y una práctica similar, sentir que están todos construyendo un proyecto común, “ser uno”).
- La necesidad de diferenciación (cumplir cada uno lo que le corresponde, ser diferente y único, desarrollar una tarea que no es fácilmente sustituible).

Estas tensiones son absolutamente legítimas –no hay grupo que pueda sustraerse a ellas–, y cada equipo trabajará sobre estos conflictos de maneras diversas en los diferentes momentos de su desarrollo.

Un equipo “ideal” estaría conformado por:



El campo y el núcleo de un equipo es también un par dinámico, basado en la singularidad de cada equipo, esto es ¿Cuál es la historia de su constitución como equipo?, ¿Con qué población trabaja?, ¿Desde qué institución (un centro de salud, un hospital, una organización social, etc.)?, ¿Quiénes son los miembros del equipo?, etc. (Sousa Campos, 2000).¹

ESCUCHA

Cuando yo te pido que me escuches y vos comenzás a darme consejos, ya no estás haciendo lo que yo te pedí.

Cuando yo te pido que me escuches y vos me decís “por qué yo no debo sentirme así”, o alguna cosa parecida, vos no estás entendiendo mi pedido.

Cuando yo te pido que me escuches y vos sentís que tenés que hacer algo para resolver mi problema, continuás sin entender mis sentimientos.

Escuchá. Lo único que te pedí es que me escuches, no que hables, ni que hagas algo, solamente que me escuches.

Cuando hacés algo por mí que yo mismo puedo hacer, estás contribuyendo a mi miedo y mi debilidad.

Pero cuando aceptás el hecho de que “yo siento lo que siento”, aunque para vos sea absurdo, eso es bueno.

Por eso, por favor, sólo escuchame y, si querés hablar, esperá un minuto, esperá tu turno, que yo te voy a escuchar.

La capacitación es una herramienta para fortalecer este proceso, ya que permite tanto aceitar los discursos comunes como permitir la legítima diferenciación por especialización de cada integrante.

Al campo común, el campo de la homogeneidad, lo llamamos campo del equipo y compete a todo lo que es común, lo que todos los miembros del equipo deben saber y hacer. A su vez, habrá ciertas especificidades en las que sólo alguno o algunos de los miembros del grupo serán competentes, y éstos son los núcleos de cada uno.²

LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS ES SIEMPRE SINGULAR Y ÚNICA Y DEBE SER ORGANIZADA EN SU ESPECIFICIDAD.

¿Quiénes, dentro del equipo, pueden dedicarse a la práctica del asesoramiento y la consejería?

- Personal de salud capacitado y entrenado en consejería.
- Miembros de la comunidad y de organizaciones civiles, entrenados y capacitados.

Es importante que las personas que realicen el asesoramiento tengan conocimientos actualizados sobre ITS, sífilis y VIH y, en especial, disponibilidad para:

- Reconocer sus propias limitaciones y potencialidades.
- Valorar lo que la persona que consulta sabe, piensa y siente.
- Percibir las necesidades de la persona y dar respuestas a ellas.
- Respetar la singularidad de cada persona.

2. FUNCIONES DEL EQUIPO

Una vez conformado el equipo –que como ya dijimos será particular para cada uno de los CePAT– su primera tarea será la de formular un modelo de organización, que permita la puesta en marcha de las siguientes funciones del equipo, referidas a la existencia de un CePAT:

- Definir una coordinación para el equipo, que puede estar a cargo de una o dos personas y puede ser rotativa.
- Determinar una modalidad de funcionamiento que permita generar un clima de confianza entre personas que van a realizar una tarea en común, y que posiblemente tengan diferentes saberes y diferentes experiencias de trabajo y contacto con la tarea en salud.
- Fijar los espacios de trabajo. Se elegirán los espacios físicos más convenientes para almacenar de modo adecuado los materiales preventivos de los que se disponga, el lugar donde se realizarán las entrevistas de asesoramiento y el espacio para extracción de sangre.
- Establecer los horarios de atención. Se deben priorizar, en la medida de las posibilidades de la institución y del equipo, la cobertura de horarios que consideren las necesidades de la población hacia la cual se van a dirigir las acciones.
- Definir el circuito que hará la persona usuaria del CePAT cuando llegue en busca de asesoramiento.
- Puntualizar los modos de realización de los registros de los asesoramientos y de las pruebas realizadas.
- Trabajar continuamente la noción de confidencialidad dentro y fuera del equipo. El asesoramiento en VIH es una tarea, por ley, con-

1. Sousa Campos, Gastão Wagner de: “Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”, en *Sociedade e cultura*, vol. 3, nº 1-2, Universidade Federal de Goiás, Brasil, enero-diciembre de 2000.

2. Idem, pp. 51-74.



EL “EQUIPO AMPLIADO”

Es posible definir por lo menos dos equipos de trabajo para un CePAT: uno es el de los integrantes que trabajan en el centro propiamente y otro que es el llamado equipo ampliado, del que forman parte los referentes comunitarios con los que se tiene vínculo, el equipo del laboratorio de referencia, quienes hacen el traslado de muestras para su procesamiento si fuera necesario, el equipo que atiende a las personas que tienen VIH y/o sífilis, etc.

fidencial. La información sobre los usuarios puede ser compartida entre todos los miembros del equipo y, por lo tanto, éste en su conjunto es el garante de la confidencialidad.

- Resolver cómo se instrumentarán las acciones de promoción de los servicios que brinda el CePAT dentro y fuera del centro y cómo serán registradas para su posterior evaluación.
- Definir con qué formato se trabajará en las actividades de educación (charlas, grupos, talleres), qué materiales serán utilizados para las exposiciones o conversaciones, y qué material será entregado a la población que participa de las actividades educativas.
- Precisar claramente los circuitos que seguirán las muestras de sangre y los resultados con el laboratorio de referencia, así como los servicios de derivación para las personas que los requieran.
- Organizar contactos con instituciones que provean servicios a personas que tienen VIH que no sean provistos por el equipo del CePAT (por ejemplo, grupos de autoayuda, atención en salud mental, beneficios sociales, etc.).
- Establecer quién/es estarán a cargo de las diversas actividades, considerando que muchas de las tareas pueden ser desarrolladas por los integrantes de modo indistinto, algunas sólo podrán ser llevadas a cabo por ciertas personas, pero siempre tiene que haber un/a responsable claro/a para cada acción.

- De coordinación (coordinación interna y relaciones interinstitucionales).
- De promoción.
- De educación.
- De asesoramiento.
- De extracción de sangre.
- De traslado de la sangre y de retiro de los resultados de los análisis.
- De limpieza.
- De administración y registro.
- De entrada de datos y envío al área de epidemiología de la jurisdicción correspondiente.
- De análisis y monitoreo continuo.

Las reuniones de equipo son el espacio adecuado para organizar el trabajo, compartir situaciones problemáticas que surjan en él, evaluar cómo se está trabajando, planificar e implementar supervisiones y capacitaciones orientadas a mejorar el funcionamiento. El equipo formulará una primera organización en función de los lineamientos básicos que aquí se plantean, e irá redefiniendo los acuerdos sobre modos de trabajo en función del contraste de las prácticas pensadas con la realidad del trabajo cotidiano, la incorporación de nuevas personas, la existencia de nuevas realidades comunitarias y/o epidemiológicas con relación a la epidemia del VIH y a la atención de la sífilis.

La propuesta CePAT se basa en el trabajo en equipo tendiente a lograr una atención integral y respetuosa, y a valorizar la participación de los integrantes de la comunidad y de las personas que tienen VIH. En todas las acciones se prioriza la articulación con otras instituciones (públicas, ONG y privadas), asumiendo que la tarea en conjunto es lo que permite garantizar el éxito de las acciones.

En este sentido es importante que los diferentes equipos conozcan los procesos de trabajo del equipo ampliado para poder así generar consensos y definir estrategias de trabajo adecuadas a todas las realidades de trabajo (Sousa Campos, 2003).³

3. ACTIVIDADES DEL EQUIPO

Las **tareas del equipo** del CePAT son:

3. Campos, Gastão Wagner de Souza: "A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada", *Saúde Paidéia*, San Pablo, Hucitec, 2003.

4. CAPACITACIÓN DEL EQUIPO

El programa de capacitación de cada CePAT deberá organizarse de modo conjunto entre los referentes de cada jurisdicción (Programas provinciales, Programas municipales, Regiones sanitarias, etc.) y el equipo local que lo llevará adelante.

Se prestará mayor atención y profundidad a cada uno de los temas, de acuerdo con las habilidades previas de los integrantes. La capacitación de inicio para llevar adelante un CePAT insu- mirará un número mínimo de reuniones que involucrarán a todos los integrantes del equipo. El número máximo de encuentros no se puede establecer de antemano, ya que estará sujeto a

las necesidades e intereses de cada equipo.

Proponemos a continuación algunos temas relativos a la capacitación común (el campo) de todos los miembros de un equipo que trabajan en un CePAT, para listar posteriormente los vinculados a competencias específicas (el núcleo).

TEMAS PARA LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO

► EL CAMPO COMÚN

Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y sífilis

- Características de un CePAT.
- Accesibilidad y calidad de la atención.
- Filosofía y modalidad de organización del trabajo del CePAT.
- Los tres componentes básicos (prevención, educación y asesoramiento).
- Recursos que maneja el CePAT, funciones de todos los integrantes y conexiones del centro con otros servicios de salud y espacios institucionales de derivación.
- Diagnóstico sobre el estado y funcionamiento del sistema de salud público, incluyendo reflexión y puntos de vista de los integrantes del equipo que llevará adelante el CePAT.
- Modalidades de registro y reporte de datos, importancia de la evaluación e indicadores más frecuentes.
- Aspectos legales y éticos respecto de la confidencialidad, voluntariedad y consentimiento informado.

Sobre el VIH

- Historia social del VIH, representaciones sociales vigentes (incluyendo la reflexión del equipo sobre sus propias representaciones y prejuicios).
- Nociones básicas de la epidemiología del VIH, considerando las características locales.
- Modalidades de transmisión y prevención del VIH: conceptos generales y análisis contextual de vulnerabilidad y posibilidad de implementar cuidados preventivos trabajando en contextos de vulnerabilidad incrementada.
- Nociones básicas sobre el diagnóstico y tratamiento de VIH.
- Nociones básicas sobre reducción de daños (personas usuarias de drogas y hepatitis B y C).
- Nociones básicas sobre ITS: diagnóstico y tratamiento.

Sobre la sífilis

- Historia social de la sífilis, representaciones sociales vigentes y similitudes y continuidades con la historia social del VIH.
- Nociones básicas de la epidemiología de la sífilis, considerando las características locales.
- Modalidades de transmisión y prevención de la sífilis: conceptos generales y análisis contextual de vulnerabilidades diferenciales y posibilidad de implementar cuidados preventivos.
- Nociones básicas sobre el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis.

Sobre la comunicación interpersonal

- Diferencias entre comunicar e informar (problemas en la comunicación). Estrategias de comunicación.
- Nociones básicas sobre sexualidad.
- Recursos para la comunicación "cara a cara" para ser empleados en diferentes escenarios: el trabajo en espacios comunitarios, la charla o taller, las entrevistas de asesoramiento.

➤ **NÚCLEOS (O COMPETENCIAS) ESPECÍFICAS**

Dentro del equipo, alguna o algunas personas podrían desarrollar habilidades especiales en los siguientes temas que, por su complejidad, requieren de conocimientos y/o habilidades de mayor especificidad:

- Trabajo comunitario o con grandes grupos.
- Relaciones intra e interinstitucionales.
- Prevención con minorías sexuales.
- Prevención con usuarios de drogas.
- Manejo de aspectos técnicos sobre diagnóstico y tratamiento.
- Manejo de entrevistas de asesoramiento de pre y post test.
- Manejo de datos para desarrollo de epidemiología local y evaluación.
- Otros, a definir por cada grupo y/o en función de las novedades que introduzca el cambio de la epidemia.

Capacitación continua

Una vez puesto en marcha el CePAT, será necesario que los integrantes del equipo realicen capacitaciones con relativa periodicidad, con el fin de mantener actualizados sus conocimientos y/o adquirir nuevas habilidades. Esto obedece a cambios surgidos por el desarrollo mismo del trabajo, así como a la aparición de novedades en el campo de la comprensión, prevención y atención de la problemática del VIH, la sífilis y los campos relacionados con el trabajo en salud en general.

Los conceptos de campo y núcleos guían también en esta instancia, en la medida en que algunas capacitaciones podrían ser tomadas potencialmente por todos los miembros del equipo, mientras que otras serán competencia de alguno de sus integrantes, ya sea por la especificidad de la tarea que desarrolla dentro del CePAT, o debido a los intereses personales de cada uno.

Las capacitaciones pueden ser de diferentes tipos:

- Internas (por ejemplo, preparación de ciertos temas por algún

miembro del equipo orientados hacia los otros integrantes).

- En el lugar de trabajo con invitados ajenos a la institución.
- Participación de los integrantes del equipo en eventos generados por otros actores (congresos, jornadas, seminarios, cursos de capacitación y cursos de actualización, etc.).

Cuando el trabajo en equipo es realizado con cierta armonía, la capacitación de cualquiera de sus integrantes termina redundando en el beneficio de todos y del trabajo común.

Es conveniente que el equipo esté atento a generar espacios de supervisión y/o canales fluidos de apertura a otros actores, ya que uno de los riesgos del trabajo grupal es la pérdida de la capacidad crítica sobre la propia tarea por “enamoramamiento” con el propio grupo y el trabajo que se genera.

Las evaluaciones periódicas son también una herramienta útil para abrir nuevos horizontes a los integrantes del equipo.

A MODO DE EJEMPLO, LA EPIDEMIA DE VIH HA EXPERIMENTADO CAMBIOS RELEVANTES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS:

- Disminución en las tasas de transmisión intravenosa por el cambio en las formas de consumo de drogas.
- Alto porcentaje de testeo a población de mujeres embarazadas.
- Necesidad de incorporar a los hombres en las acciones de promoción del testeo.
- Persistencia de altas tasas de prevalencia en poblaciones GTB.

VI. REGISTROS, MONITOREO Y EVALUACIÓN

1. REGISTROS

Es de suma importancia registrar el trabajo que realiza el equipo. Los registros producidos serán insumo de análisis y toma de decisión que permitirán mejorar las acciones realizadas. Asimismo, hacen posible que la experiencia de trabajo pueda ser socializada. Existen distintos tipos de registro:

- De trabajo en terreno (actividades de promoción y difusión en la comunidad).
- De trabajo de asesoramiento (entrevistas).
- Cuaderno de registros de actividades.
- Ficha individual.
- Planilla de registro para la identificación de tubos con sangre.

Cada CePAT organizará su propio proceso de registro de actividades, garantizando siempre el principio de confidencialidad.

2. ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES

Es importante garantizar una instancia de acompañamiento del Programa Jurisdiccional de VIH e ITS al equipo del CePAT y las tareas que realiza.

Este proceso implica:

- Seguimiento y supervisión de las tareas realizadas por cada CePAT, a través de distintos canales comunicacionales y con

diferentes estrategias de articulación entre ellos.

- Apoyo en torno a capacitaciones adecuadas a las diferentes necesidades vinculadas a las tareas y la población destinataria.
- Procesamiento centralizado de los datos, su análisis y devolución.
- Gestiones con la DSyETS y otros organismos del Estado y servicios del sistema de salud.

3. ASPECTOS POR CONSIDERAR EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS CEPAT

Las actividades de monitoreo y evaluación deben ser procesos continuos, sistemáticos, flexibles y funcionales, ya que señalan en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales se interviene y en qué medida se logran los objetivos y las metas propuestas.

Para ello se describen y analizan las formas de trabajo, la estructura y dinámica administrativa, los métodos y las técnicas utilizadas, las principales causas de logros y fracasos y los resultados inesperados de un CePAT.

La finalidad del proceso de monitoreo y evaluación es contribuir a la toma de decisiones respecto del trabajo que se realiza, para implementar modificaciones tendientes a mejorar el trabajo. Es también una herramienta de gestión para el acompañamiento de los equipos que están trabajando

en terreno y un aporte al conocimiento del equipo de gestión central sobre los aspectos concretos de la implementación de las políticas.

En este apartado se presenta una serie de pautas sobre “qué mirar” o qué tener en cuenta respecto de la estructura, los procesos de trabajo y los resultados que producen los centros que realizan prevención de VIH y sífilis, y sus respectivos diagnósticos con asesoramiento.

Los aspectos que se plantean están pensados como apoyo para la visita presencial de miembros de los programas de VIH a los lugares donde se están realizando actividades de prevención y diagnóstico.

Se sugiere crear una planilla o guía adaptada a la provincia o jurisdicción. Utilizarla en papel para el momento de la visita. Consignar la fecha del encuentro y las personas que participaron. Almacenar en carpetas o electrónicamente los resultados del encuentro así como las observaciones, de modo de poder recuperar estos hallazgos, observaciones o sugerencias para las visitas posteriores al mismo centro.

Es preciso adaptar estas pautas generales al momento de desarrollo del CePAT (recién iniciado, con menos de un año de trabajo, más de un año, etc.), al tipo de institución en la que está inserto (un hospital, un centro de salud, una organización de la sociedad civil, etc.) así como a otros aspectos particulares que no pueden ser mencionados aquí de modo exhaustivo.

De esta manera es posible contar con la historia de acompañamiento del lugar.

Se propone también, al cierre de la visita o visitas a los CePAT, hacer una síntesis de lo observado que incluya los aspectos positivos y negativos, los aspectos que se podrían mejorar, las estrategias por seguir y otras observaciones relevantes para el equipo que hace el monitoreo y para el equipo que trabaja en el centro.

Es importante también, cuando se hacen propuestas de cambio, pensar junto con el equipo del Centro, cuáles son los tiempos y los responsables de las acciones a futuro.

Esta síntesis de la visita es una herramienta útil tanto para el equipo monitoreado, pues le permite organizar mejor su tarea, como para el equipo que realiza el monitoreo, en la medida que le permite tener una historia de cada lugar y un punto de partida para las visitas posteriores a la misma institución.

A continuación se presentan las “dimensiones” o los aspectos que se deben tener en cuenta al llevar adelante procesos de monitoreo y evaluación en los CePAT (en el anexo 5) se presentan los modelos de formularios para la realización del proceso de monitoreo y evaluación):

- Accesibilidad.
- Respeto de la intimidad y confidencialidad.
- Existencia y calidad de los asesoramientos antes y después del test.
- Lugares de referencia y contra-referencia.
- Composición del equipo.
- Servicios para grupos especiales y/o vulnerables.
- Metodología diagnóstica empleada y lugares de referencia.
- Sistema de registros.
- Disponibilidad de elementos para el diagnóstico.
- Disponibilidad de herramientas preventivas.
- Acciones comunitarias.

| DIMENSIONES | PREGUNTAS/OBERVACIÓN | SITUACIÓN ESPERADA |
|-----------------------------|--|--|
| <p>Accesibilidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ubicación en el barrio/ciudad o dentro de la institución. • Días y horario de atención. • Da turnos o atiende por demanda espontánea. • Avisos o publicidad en el barrio o ciudad del servicio y sus horarios. • Requisitos para realizar el testeo (edad, autorización de los padres o tutor, nombre y apellido, n° de documento, pertenencia a alguna obra social, si se cobra alguna prestación, etc.). • Circuito que realizan las personas que concurren al centro. • Demora en obtener los resultados. | <p>Se valora de modo positivo que el lugar esté bien ubicado o accesible para la población que se busca convocar. Puede ser que haya buenos medios de transporte pero también que esté en un lugar con poco acceso para la población general, aunque con alto acceso para poblaciones específicas a las que se busca captar.</p> <p>Es esperable que la oferta horaria sea amplia y en lo posible sea de más de un día a la semana. Es ideal que el equipo haya tenido en cuenta, para fijar los horarios, las necesidades específicas de la población (gente que trabaja, gente que lleva chicos a la escuela, gente que sólo puede concurrir en horarios vespertinos, etc.).</p> <p>Es ideal que no sea indispensable la presentación de DNI y que no haya restricciones de edad.</p> <p>Es preciso considerar el tiempo que transcurre entre que la persona consulta hasta que obtiene el resultado. El centro será más accesible cuando la persona tenga que concurrir menos veces (lo ideal es que concurra dos veces, una para hacer el pre test y sacarse sangre y otra para retirar el resultado en el marco de una devolución con asesoramiento, ya sea para resultados positivos o negativos).</p> |

Respeto de la intimidad y confidencialidad

Existencia y calidad de los asesoramientos antes y después del test

- Existencia de asesoramiento antes del test.
- Existencia de asesoramiento después del test.
- Espacio físico adecuado para asegurar que el asesoramiento pueda desarrollarse respetando la intimidad, sensibilidad y comodidad de la persona que consulta y que permita una comunicación fluida con el personal del equipo de salud.
- Existencia de resguardo de la información obtenida y respeto a las normas referidas a la confidencialidad.
- El asesoramiento se realiza en forma individual y/o grupal.

Se valora de modo positivo la existencia de una entrevista de asesoramiento antes del test y otra de devolución de resultado o después del test.

Hay que considerar que a las personas consultantes les puede dar vergüenza o miedo que se sepa que van a realizarse un test de VIH. Es preciso estudiar qué resguardos se consideran para que el pedido pueda ser hecho de modo confidencial. Es aconsejable indagar qué entiende el equipo por resguardo de la confidencialidad conversando sobre situaciones concretas tales como el modo en el que está identificado el consultorio o lugar donde se hace el test, el modo en el que se llama a la gente, etc. También que esté disponible un lugar adecuado para el asesoramiento antes y después del test en la medida que en esta ocasión se habla de aspectos íntimos de las personas (su sexualidad u otras prácticas de fuerte carácter moral como el consumo de drogas). El asesoramiento grupal es una buena estrategia en la medida que se arme un encuadre que también respete la intimidad del grupo y el asesor.

Lugares de referencia y contrarreferencia

- Lugares a donde referir a los pacientes frente a un resultado positivo o ante alguna problemática específica relacionada o no con VIH/sida y sífilis (dirección, teléfono, nombre de los referentes, días y horarios de atención).
- ONG u otras organizaciones que actúen en la zona como apoyo al centro.
- Lugares a donde referir la muestra del paciente para su diagnóstico y/o para su confirmación (dirección, teléfono, nombre de los referentes, días y horarios de atención, forma de envío de la muestra).
- Manera de obtener los resultados de los estudios realizados si no se realizan en ese centro.
- ¿Qué se hace con los resultados no retirados tanto positivos como negativos?

Es importante que el centro cuente con vinculaciones con grupos que promuevan el test entre población con mayor vulnerabilidad. En el caso de que no se procesen las muestras en el centro, es preciso estudiar con cuidado cómo es su manejo y cómo "vuelven" a él los resultados, o cómo se derivan las personas al lugar donde están los resultados.

En el caso de que no se atienda a personas que tienen VIH u otra ITS, es preciso indagar el modo como se derivan las personas que son diagnosticadas con VIH y/o con otra ITS.

Es importante recordar que un indicador de calidad es la baja existencia de resultados no retirados y que desde el punto de vista legal no corresponde citar a las personas para retirar resultados, ya sean positivos o negativos. La experiencia muestra que la proporción de resultados retirados suele estar asociada a los esfuerzos de asesoramiento antes del test. Si el número de resultados no retirados es alto conviene conversar con el equipo sobre este problema.

| | | |
|---|---|--|
| <p>Composición del equipo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un equipo y composición (profesionales, técnicos, personas de la comunidad, personas que tienen VIH, administrativos y personal de limpieza). • Formación en el tema. • Distribución según días y horarios. • Reuniones de equipo (número, frecuencia). • Tipo y calidad de las tareas de promoción y prevención que realiza. | <p>La promoción y realización de diagnóstico de VIH es una actividad que requiere del trabajo de un equipo. Es importante que la composición sea heterogénea, puede haber funciones que realizan varios miembros del equipo pero debe ser clara cuál es la responsabilidad de cada uno. Es preciso considerar la formación que tuvieron los miembros del equipo y si forma parte de los planes la participación de los integrantes en espacios de capacitación/actualización. Se valora que el grupo tenga espacios de reunión donde conozca la tarea global, converse sobre dificultades y tenga potencia para repensar estrategias o solucionar problemas.</p> |
| <p>Servicios para grupos especiales y/o vulnerables</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de equipos especializados para realizar el asesoramiento y testeo en poblaciones especiales y/o vulnerables: embarazadas, niños, adolescentes, trabajadores sexuales, hombres homosexuales, personas trans (travestis y transexuales), usuarios de drogas, personas que forman parte de pueblos originarios, migrantes, etc. | <p>Es importante indagar el tipo de población a la que se dirige el centro, así como el tipo de población que llega. Se valora positivamente que el equipo tenga una caracterización de estas dos poblaciones. Se valoran los esfuerzos especiales para captar población con mayor vulnerabilidad. Se valora positivamente que el equipo tenga conocimiento sobre las diferentes poblaciones y el mejor modo de atraerlas y atenderlas.</p> |
| <p>Metodología diagnóstica empleada y lugares de referencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pruebas de VIH se realizan? • Dónde se realizan las pruebas de screening y las confirmatorias. • Algoritmo diagnóstico empleado. • Demora entre la obtención de la muestra y recepción del resultado. • Circuito de las muestras. • ¿Se envía la muestra o el paciente se debe trasladar al laboratorio de diagnóstico? • Manera de devolución de los resultados al centro. • Realización de controles de calidad externos por parte del laboratorio. | <p>Es difícil aplicar un criterio único de valoración pues todos los centros, aun los de menor complejidad, significan un aporte potencial para mejorar el acceso al diagnóstico. Se valora positivamente la celeridad en los tiempos del diagnóstico, que éste sea realizado de modo adecuado, que circulen las muestras de sangre y no las personas. En el caso de que el procesamiento de muestras de sangre se haga en otra institución, se valora el conocimiento mutuo de los diferentes equipos involucrados y la comunicación permanente entre ellos para evitar y/o facilitar la resolución de conflictos inherentes a la tarea.</p> |

Sistema de registros

- Personas atendidas en el centro.
- Personas que recibieron asesoramiento solamente.
- Personas que realizaron el pretest y la prueba.
- Personas que recibieron asesoramiento después del test.
- Personas que tuvieron un resultado positivo.
- Número de análisis realizados y no retirados (positivos y negativos).
- Personas derivadas a otros servicios.
- Personas con un diagnóstico positivo que fueron atendidas en el centro de referencia.
- Preservativos entregados.
- Folletos entregados.
- Reuniones comunitarias realizadas (tipo, número y características de los participantes, etc.).

Se valora positivamente la existencia de registros para las diferentes actividades que realiza el centro. Se valora positivamente el conocimiento por parte del equipo de los resultados que producen con su labor, y la posibilidad de tomar estos resultados como insumos para orientar la tarea. Se espera un volumen adecuado de asesoramientos y diagnósticos en función de la cantidad de personas que forman parte del equipo y de otros datos vinculados a la población con la que trabaja el centro. Es importante estudiar con el equipo la proporción de personas que concurren al asesoramiento, las que realizan diagnóstico y las que retiran el resultado. También conocer la proporción de resultados positivos, esto es de personas diagnosticadas.

Disponibilidad de elementos para el diagnóstico

- Existencia de un lugar adecuado para la extracción de sangre.
- Silla o camilla para la extracción de la muestra.
- Lazo, guantes de látex, algodón, alcohol, jeringas y agujas descartables, cinta adhesiva.
- Tubos para extracción de 10 o 5 ml.
- Gradilla para los tubos.
- Descartadores de agujas y tacho de basura para material contaminado.
- Cajas de transporte para material biológico.
- Heladera para conservar las muestras.
- Identificación de las muestras trasladadas.
- Modos de realizar el transporte de muestras.

Se sugiere verificar la existencia de los aspectos señalados e indagar los modos de provisión de insumos del centro, la existencia de períodos de carencia, la existencia de conflictos alrededor de estos aspectos y los modos que el equipo encuentra para solucionarlos.

Disponibilidad de herramientas preventivas

- Preservativos.
- Dispenser.
- Folletos y afiches.
- Manera de provisión de las herramientas preventivas.
- Metodología y requisitos para la entrega de las materiales (número por persona, identificación de la persona, edades para retirarlas, etc.).

Se valora la existencia de materiales preventivos y preservativos y gel. El modo de entrega de la folletería y los preservativos. Se espera que estén accesibles en lugar adecuado. Verificar que el equipo conozca los modos de provisión del material y que esté al tanto de los nuevos recursos existentes en el nivel central. Verificar la inexistencia de obstáculos para retirar el material y, fundamentalmente, los preservativos (que no se le pidan datos a los/as que los solicitan, que no sean obligados a participar de actividades informativas o educativas o de atención como condición para acceder a los preservativos, que los puedan retirar de modo libre, que no haya restricciones por edad, etc.).

Acciones comunitarias

- Reuniones con instituciones barriales u ONG para coordinar tareas de promoción y prevención.
- Reuniones con escuelas y colegios con la misma finalidad.
- Provisión de materiales preventivos a otras instituciones locales.
- Trabajo con población gay, trans, bisexual (GTB), trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas y sus parejas.

Aquí se evalúa la capacidad de articulación y de participación en redes del equipo del centro. Se valora positivamente el número de actores con los que interactúa, su heterogeneidad y el número y tipo de acciones comunitarias que desarrolla. Se valora positivamente la existencia de acciones de prevención del VIH y la promoción del testeo voluntario. Se valora positivamente que esas acciones sean realizadas fuera del espacio del centro, aunque en el caso de hospitales se valora positivamente que las acciones sean realizadas también dentro de la institución.

VII. BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Adaszko, A.: "Red de prevención y monitoreo de proceso", en *Infosida 5*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2006, pp. 28-31.
- Barreda, V.: "Consentimiento Informado: ¿trámite o regla ética?", en *Infosida 2*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2002, pp. 32-34.
- Basombrío, A.: "Estrategia para aumentar la accesibilidad al test de VIH", en *Infosida 5*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2006, pp. 32-33.
- Bloch, C. (organizador): Hechos y palabras - *La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.
- Bouzas, B.: "Red de virología", en *Infosida 4*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2004, pp. 53-54.
- Bouzas, B.: "Una aproximación al trabajo en VIH en los laboratorios del GCBA", en *Infosida 5*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2006, pp. 34-37.
- Brunetti, P. *et al.*: "Incidencia de ETS en PVVS", en *Infosida 4*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2004, p. 22.
- Carones, M.: "Nuevos CePATs: La prevención más cerca de la gente", en *Infosida 2*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2002, pp. 16-17.
- Durán, A. *et al.*: "Prevalencia de infección por VIH en la experiencia del CePAT del Hospital Ramos Mejía", en *Infosida 3*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2003, pp. 59-62.
- Eichenbaum, S.: "Trabajo en red en los laboratorios", en *Infosida 4*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2004, pp. 50-52.
- Equipo de VIH/sida del Centro 2 "Dr. Ramón Carrillo": "Hacia la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH/sida en espacios comunitarios", en *Infosida 1*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2001, pp. 36-39.
- Galarza, P. y Díaz, M.: *Manual de técnicas y procedimientos para el diagnóstico de sífilis*, Buenos Aires, Laboratorio Nacional de Referencia en ETS, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, ANLIS "Dr. Carlos Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, 2010.
- Gennari, L. *et al.*: "Respetar la singularidad para construir un conocimiento compartido", en *Infosida 3*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2003, pp. 55-58.

- Maglio, I.: “El derecho de los menores a participar del proceso del consentimiento informado”, en *Infosida 1*, Revista de la Coordinación Sida, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2001, pp. 32-35.
- Mazzeo, V.: “VIH y prácticas preventivas de la población de la Ciudad de Buenos Aires”, en *Infosida 4*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2004, pp. 18-21.
- Ministerio de Salud/UNFPA: *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH*, Buenos Aires, 2009.
- Ministerio de Salud: *Consejería: Una estrategia esencial en la prevención del VIH y las ITS*, Buenos Aires, 2007.
- Weller, S.: “Cuatro miradas sobre el trabajo preventivo en la ciudad. ¿Cómo nos vemos? ¿Cómo nos ven?”, en *Infosida 5*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2006, pp. 25-27.
- Weller, S.: “Resultados de análisis de VIH no retirados: un ‘ruido’ que debemos escuchar”, en *Infosida 3*, Revista de la Coordinación Sida, Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2003, pp. 50-53.
- Weller, S.; Adaszko, A.; Huergo, M. y Sotelo, J.: “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH/sida desde el sistema público de salud”, Buenos Aires, Ubatec S.A., 2009.

BIBLIOGRAFÍA DIGITALIZADA DISPONIBLE EN <http://www.msal.gov.ar/sida>

- Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePATs): herramientas para su desarrollo, Gobierno de la Ciudad, 2005. Disponible en: http://www.haztelaprueba.info/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,58/Itemid,148/
- Asesoramiento y pruebas voluntarias, ONUSIDA Actualización Técnica, septiembre de 2000. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc379-vct_es.pdf
- Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una revisión global de las ventajas y dificultades, 2002. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc580-vct_es.pdf
- Medios para evaluar el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH, 2001. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc685-toolseval_es.pdf
- Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes, Actualización 2004, Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Consejería en VIH. Programa VIH e ITS, Municipio de San Martín, 2009, mimeo. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/publicaciones/recomendaciones_transmision_vertical.pdf
- Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH – Región de Américas, Washington D.C. OPS, 2008. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/LAB_GUIDE_SPAN.PDF
- LegiSalud Argentina. Legislación en Salud de la República Argentina. Disponible en: <http://www.legisalud.gov.ar/lpch.htm>

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE GUÍA DE ENTREVISTA Y REGISTRO PARA LA REALIZACIÓN DEL ASESORAMIENTO SOBRE VIH

CENTRO DE PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y TESTEO EN VIH Y SÍFILIS

1. Número de orden: _____

2. Entrevistas

Fecha Entrevistador/a Resultado

Primer pretest _____

Devolución

Segundo pretest _____

Devolución

Tercer pretest _____

Devolución

3. Código _____ / ____ / ____ / _____

a b c d e f

(Código del/la consultante)

Referencia para la construcción del Código: a. Género; b. Dos primeras letras del nombre; c. Dos primeras letras del apellido; d. Dos dígitos para el día del nacimiento; e. Dos dígitos para el mes de nacimiento; f. Cuatro dígitos para el año de nacimiento.

4. DNI (optativo): _____ 5. Edad: _____ 6. Género: Fem. Masc. Otro

7. Localidad/barrio de residencia: _____

8. ¿Cómo se enteró del centro? _____

9. Motivo de consulta: _____

10. ¿Ya realizó el test alguna vez?

No, es la primera vez _____

Sí, el resultado fue _____

Códigos para entrada de datos: 1. Es la primera vez; 2. Sí, el resultado fue reactivo o positivo; 3. Sí, el resultado fue negativo.

11. Lo repite porque _____

Códigos para entrada de datos: 1. Período ventana; 2. No fue a retirar el resultado; 3. Confirmar resultado anterior; 4. Nueva exposición a riesgo; 5. Otra.

¿Te podemos hacer algunas preguntas para nuestra estadística?

Estudios cursados: Primaria: 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°

Secundaria: 1° (8°) 2° (9°) 3° 4° 5°

Terciarios: Incompletos Completos

Universitarios: Incompletos Completos

Ocupación: Estudiante solamente, Desocupado/a, Subocupado, Ocupado/a, Ama de Casa, Jubilado/a.

ANEXO 2

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE DETECCIÓN DEL VIH

| | |
|--|---|
| Dirección de Sida y ETS |  |
| FECHA Y LUGAR: _ _ _ _ _ | |
| _ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ ó _ _ _ _ _ | |
| a b c d e f | Nombre |
| Código del / a consultante | (opcional) |
| <p>Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido suficientemente informada/o de la conveniencia de realizarme una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y el alcance y significado de los resultados.</p> <p>Se me ha asegurado también la confidencialidad de los resultados y me han sido comunicados mis derechos al debido asesoramiento y la asistencia en caso de estar infectada/o por el VIH, en el marco de la legislación vigente.</p> <p>Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados.</p> | |
| Firma del/la consultante | Firma del retiro del resultado |
| <p>(*)Referencia para el armado del código: a- Género b-dos primeras letras del nombre c- dos primeras letras del apellido d-dos dígitos para el día de nacimiento e- dos dígitos para el mes de nacimiento f- 4 dígitos para el año de nacimiento.</p> | |

ANEXO 3

GUÍA DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH EN LOS CePAT

Consideraciones generales

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en suero o plasma humano. En la actualidad, en nuestro país la Dirección de Sida y ETS distribuye a las jurisdicciones reactivos basados en las siguientes técnicas para la **detección inicial o tamizaje**: ELISA de 4ª generación (que incluye la detección del antígeno p24), aglutinación de partículas y tests rápidos. **Los resultados reactivos o dudosos** obtenidos por serología de tamizaje **deben ser confirmados** por un procedimiento de alta especificidad, como la técnica de Western Blot (WB) o el inmunoensayo en línea (LIA).

Características y aplicaciones de las técnicas para tamizaje

1. **Las pruebas de Elisa** se llevan a cabo en laboratorios que procesan diariamente un número grande de muestras ⁴ (más de 50), las cuales pueden estar automatizadas o semiautomatizadas. Estos laboratorios deben contar con personal altamente capacitado y equipamiento especial adecuado (pipetas automáticas, incubadoras, lector, lavador), que requiere mantenimiento periódico y sistemático y energía eléctrica sin interrupción. Los resultados se obtienen en un tiempo de entre 2 y 5 horas (incluida la posible repetición de la prueba en caso de ser necesaria).

2. **Las pruebas de aglutinación de partículas** se llevan a cabo en laboratorios de baja complejidad que procesan muestras en lotes (las muestras se conservan para procesarse al mismo tiempo). No

requieren de equipamiento especial ni aseguramiento de energía eléctrica permanente y son de lectura directa. Requieren de personal muy capacitado para la interpretación de los resultados (pues la subjetividad puede influir) y para la preparación de reactivos. Los resultados se obtienen en menos de 4 horas.

3. Los **tests rápidos** son ensayos de lectura visual que no requieren equipamiento y el resultado puede obtenerse en menos de treinta minutos (incluida la recolección de la muestra). Pueden llevarse a cabo con personal de salud capacitado y supervisado por los responsables de los laboratorios regionales. Por lo general los estuches de las pruebas contienen todos los reactivos necesarios para el ensayo y se conservan entre 2 °C y 30 °C.

Para obtener resultados confiables deben utilizarse sólo **equipos comerciales aprobados** por organismos nacionales competentes para el **control de calidad** de esos resultados y, de ser posible, con referencias de usuarios y evaluados localmente.

Circuito para el diagnóstico serológico de infección por VIH

A continuación se describe el proceso de diagnóstico contemplándose dos niveles diagnósticos: **tamizaje y confirmación**.

En el **primer nivel diagnóstico** (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) se realiza la detección serológica inicial por tamizaje (Elisa de 4ª generación, AGP y tests rápidos), que puede resultar REACTIVO o NO REACTIVO.

- Si el resultado es **NO REACTIVO**, se informa como tal y se aplican las estrategias de consejería posteriores al test. En caso de que por sus antecedentes epidemiológicos pueda sospecharse un posible período de ventana se saca una segunda muestra a los veinte días aproximadamente.

- Si el resultado es **REACTIVO**, se solicita una segunda muestra y se envía al segundo nivel de diagnóstico (Laboratorio de Referencia) para su confirmación.

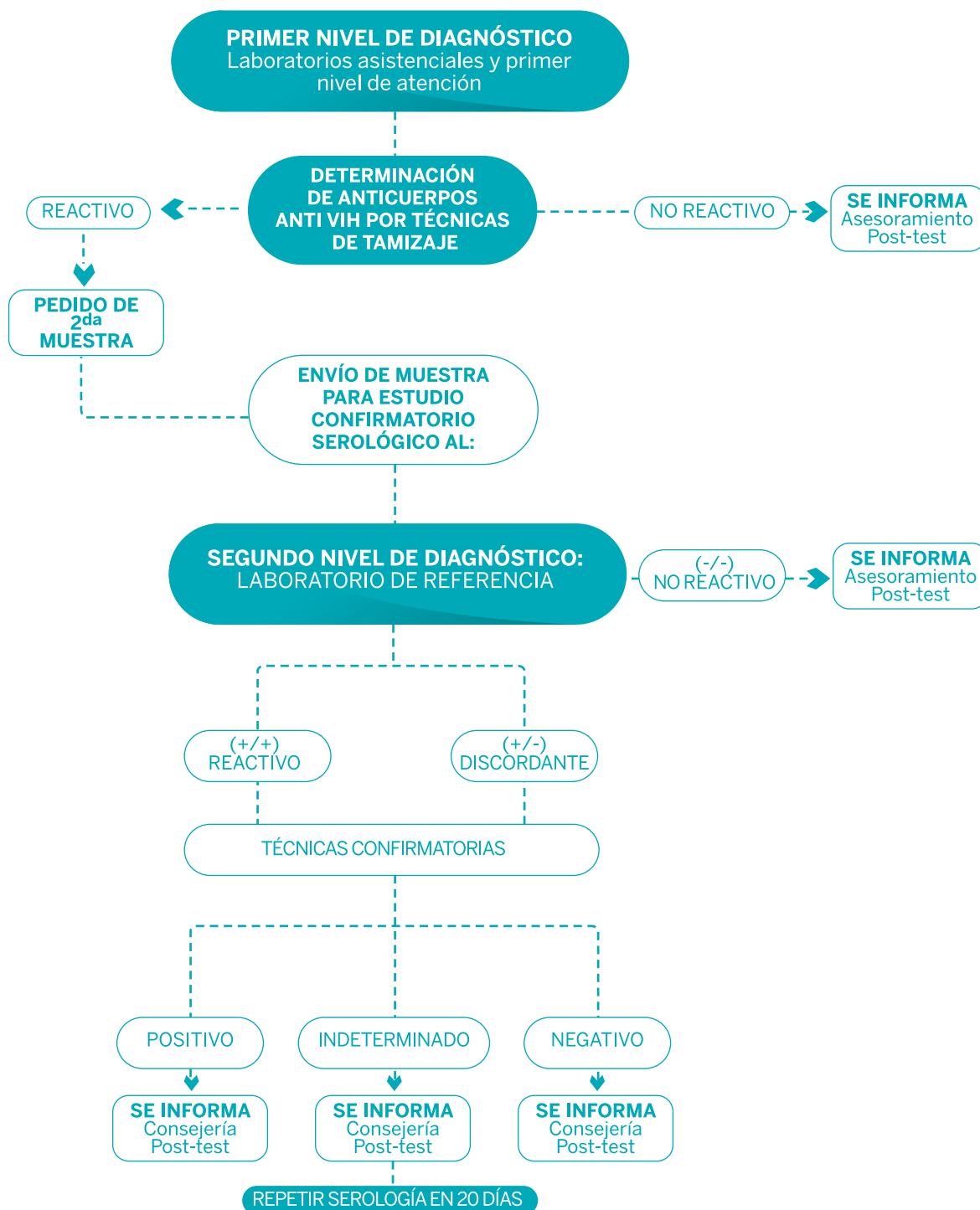
En el **segundo nivel diagnóstico**, el Laboratorio de Referencia frente a una muestra reactiva primaria (recibida desde un laboratorio de primer nivel de atención o propia) deberá reensayar la muestra por dos técnicas de tamizaje de distinta configuración antigénica antes de pasar a la **etapa de confirmación**. De los resultados obtenidos por las técnicas de tamizaje se adoptarán las siguientes decisiones: NO REACTIVO/NO REACTIVO se informa y REACTIVO/REACTIVO, REACTIVO/NO REACTIVO: la muestra se ensaya por una técnica de confirmación. De este nivel surgirán los posibles resultados: **POSITIVO, INDETERMINADO** o **NEGATIVO** provenientes de la técnica confirmatoria utilizada.

Informe de resultados

Cuando el resultado de la prueba de confirmación es POSITIVO es importante corroborar la identidad de la muestra y su reactividad. Para ello el laboratorio de referencia solicitará la extracción de una segunda muestra para realizarle una prueba de tamizaje.

4. OPS: *Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH* - Región de Américas, 2008.

Diagrama del circuito para el diagnóstico serológico de infección por VIH



Pautas básicas para la implementación de pruebas rápidas en el diagnóstico de laboratorio de infección por VIH

El objetivo de la utilización de estas pruebas es promover la celeridad y accesibilidad al diagnóstico en situaciones especiales.

Debido a que tanto la sensibilidad como la especificidad de estos tests difieren de las que poseen las técnicas de ELISA de cuarta generación, se sugiere que su uso sea bajo determinadas pautas.

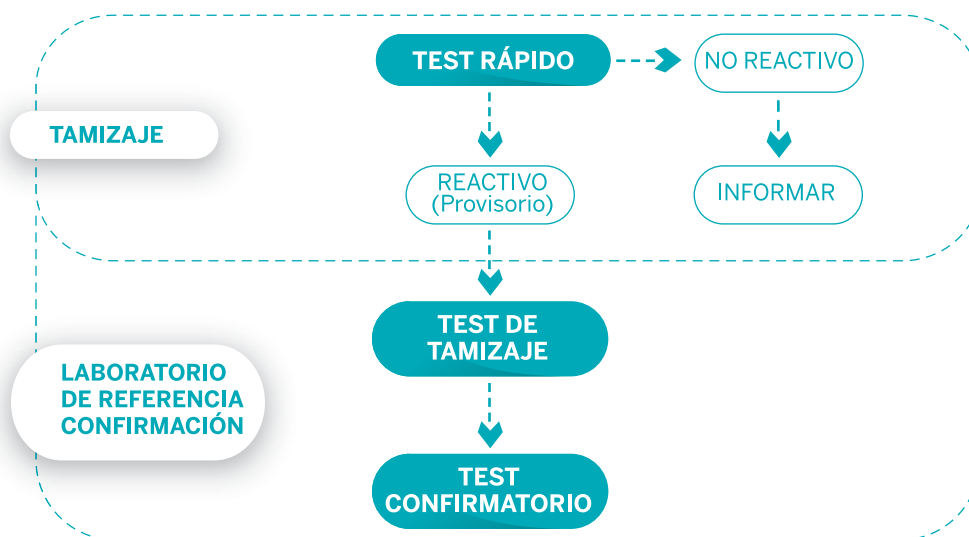
Las indicaciones de los tests rápidos se centran fundamentalmente en situaciones en las que se requieren decisiones terapéuticas de emergencia específicas y en zonas donde no existe la posibilidad de instalación de un laboratorio o un circuito seguro y rápido de derivación de muestras.

Respecto de las situaciones de emergencia, el test rápido es de gran utilidad para:

- Embarazadas que llegan al trabajo de parto desconociendo su situación serológica.

- Accidente de exposición a sangre y/o fluidos potencialmente contaminantes.

Es importante destacar que un resultado de diagnóstico rápido "reactivo" es provisorio y que el fin de ese test es tomar una decisión terapéutica. Por lo tanto en estos casos, igualmente se deberá obtener una muestra por punción venosa y ser enviada al Laboratorio de Referencia para la realización de una prueba confirmatoria diagnóstica (Western Blot o los inmunoensayos en línea).⁵



Realización e interpretación de las pruebas rápidas

REACTIVO:

Se considera **PROVISORIAMENTE POSITIVO** y requiere profilaxis preventiva.

- Se deberá obtener una nueva muestra para ser enviada al laboratorio de Referencia.

INDETERMINADO:

- Se sugiere extracción de una nueva muestra para ser enviada al laboratorio de referencia.

va muestra para ser enviada al laboratorio de referencia.

NO REACTIVO A LA FECHA:

- No requiere implementación de profilaxis preventiva. Se informa resultado.

REACCIÓN NO VÁLIDA:

- La evaluación periódica de la calidad de los servicios de laboratorio es indispensable para la confiabilidad de los resultados. Para ello se

promueve la verificación continua de los distintos procesos que involucran el diagnóstico: utilización de reactivos adecuados y de calidad reconocida, correcto funcionamiento y mantenimiento preventivo del equipamiento, capacitación del personal, control de normas y procedimientos.

- Para la evaluación y monitoreo de calidad se propicia el uso de controles de calidad internos y la participación en programas de controles externos.

5. WHO: HIV antigen/antibody assays: operational characteristics: report 16 rapid assays. Algorithm 1: Single Rapid Test (A1) for HIV Screening at the point of contact (POC) with the patient, 2009.

De resultar inválido nuevamente extraer una nueva muestra y enviar al laboratorio de referencia.

La mayoría de las pruebas rápidas incluyen un sistema de control interno para la validación del ensayo. No obstante, es importante implementarlo en aquellos sitios donde se utilice un sistema de evaluación y monitoreo de los procesos "in situ" y asegurar su participación en programas de control de calidad externo.

Evaluación y monitoreo continuo de calidad en el diagnóstico de VIH-sida

La evaluación periódica de la calidad de los servicios de laboratorio es indispensable para contar con resultados confiables y disponibles en tiempo y forma. Se debe verificar el correcto funcionamiento, incluyendo la provisión de equipamiento y reactivos adecuados, capacitación del personal, control de normas y procedimientos y la correcta interpretación de resultados. El uso de controles de calidad internos y externos, el respeto de las normas de bioseguridad, y el mantenimiento preventivo del equipamiento y reporte de los resultados, son las bases de un diagnóstico confiable.

ANEXO 4

GUÍA DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN LOS CePAT

COSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ENFERMEDAD

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema pallidum*, que se transmite fundamentalmente por contacto sexual o por la transmisión de la enfermedad de la madre al hijo durante el embarazo. Es una enfermedad de larga evolución que se caracteriza por presentar **tres estadios diferentes** denominados estadio primario, secundario y terciario o latente. La transmisión de la infección se produce fundamentalmente durante la primera y segunda etapa. Muchas personas que tienen sífilis no presentan síntomas durante años, no obstante, enfrentan el riesgo de tener complicaciones en la fase avanzada de la enfermedad.

La sífilis primaria suele estar marcada por la aparición de una sola úlcera (llamada chancro). El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días. El chancro (que es indoloro) dura de 3 a 6 semanas y desaparece sin ser tratado, sin embargo, si no se administra el tratamiento adecuado la infección avanza al siguiente estadio.

La sífilis secundaria se caracteriza por erupciones en la piel y lesiones en las membranas mucosas. Estas erupciones pueden ser específicas de la sífilis, inespecíficas y compartidas por otras patologías o tan leves que pueden pasar desapercibidas. Además, pueden presentarse otros síntomas durante la fase secundaria de la sífilis (fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga). Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen aun si no son tratados, pero si no se administra

tratamiento la infección progresará a la fase latente.

Finalmente, en la sífilis terciaria el microorganismo responsable de la infección, que ha continuado su reproducción durante años (entre 3 y 15 años de la infección inicial), comienza a producir daños en diversos tejidos, como huesos, piel, tejido nervioso, corazón y arterias. A estas lesiones se las denomina gomas y son muy destructivas. Las lesiones en el sistema nervioso central generan una enfermedad neurológica llamada neurosífilis, mientras que las lesiones del corazón pueden conducir a aneurismas, cardiopatía valvular y aortitis.

La sífilis es **curable**. Si una persona ha tenido sífilis durante menos de un año, la enfermedad se curará con una dosis de penicilina benzatinica y, si ha tenido sífilis por más de un año, necesitará dosis adicionales. El tratamiento evitará la progresión de la enfermedad y la aparición de futuras lesiones. El haber padecido sífilis y haberse curado no implica inmunidad ya que es posible la reinfección.

La sífilis primaria puede **ser diagnosticada** mediante el análisis de una muestra de una lesión húmeda, la cual es observada en un microscopio especial llamado microscopio de campo oscuro. Esta modalidad diagnóstica no es muy utilizada pues es necesario contar con la tecnología necesaria para poder observarla.

Poco después de que una persona se infecta, aunque no manifieste síntomas de la enfermedad, comienza a producir anticuerpos detectables mediante una prueba serológica en sangre. Así, el diagnóstico de la patología en sus fases secundaria y terciaria se realiza mediante una **prueba serológica**.

CARACTERÍSTICAS Y APLICACIONES DE LAS TÉCNICAS PARA TAMIZAJE Y CONFIRMACIÓN DE SÍFILIS

Existen dos tipos de pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis: **prue-**

bas no treponémicas (VDRL, USR, RPR) y **pruebas treponémicas** (TP-PA o FTA-abs). Estas pruebas se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que se determina. Las pruebas no treponémicas son muy sensibles aunque relativamente específicas, por lo tanto pueden producir reacciones falsas positivas. Las pruebas treponémicas en cambio, utilizan el *T. Pallidum* o sus componentes como antígeno, convirtiéndolas en pruebas altamente específicas.

Los ensayos treponémicos son utilizados principalmente para verificar la reactividad en las pruebas no treponémicas.

Las pruebas no treponémicos son las únicas reacciones útiles en **el seguimiento serológico del paciente**, mostrando la caída gradual de los valores en la curación o el incremento frente a un tratamiento inadecuado o frente a una reinfección. Una vez completado el tratamiento estas pruebas van descendiendo sus valores hasta negativizarse en la mayoría de los casos (después de meses o incluso años). Las pruebas treponémicas, por permanecer reactivas de por vida, no son adecuadas para el seguimiento serológico de la patología.

Pruebas no treponémicas

- **VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)**. Es en la actualidad la prueba serológica no treponémica más utilizada. Se trata de una prueba económica, fácil de realizar y que se puede cuantificar. A causa del antígeno utilizado (colesterol, lecitina y cardiopina), esta prueba puede dar reacciones cruzadas con otras patologías (colagenopatías, parasitosis o en determinadas condiciones como embarazo y vejez), lo que la convierte en una prueba de gran sensibilidad y baja especificidad. Los resultados de la VDRL se describen como positivos o reactivos (se cuantifica con diluciones) y negativos o no reactivos. Los resultados deben ser cuantificados (diluciones), ya que dependiendo de

los valores obtenidos se puede confirmar el diagnóstico, evaluar la respuesta al tratamiento y/o eventualmente determinar una reinfección.

Pruebas treponémicas

Los ensayos treponémicos estandarizados de uso actual consisten en

técnicas que utilizan anticuerpos indirectos, técnicas de hemoaglutinación o aglutinación de partículas. Son utilizados principalmente para verificar la reactividad en las pruebas no treponémicas. Son técnicamente complejas y costosas en relación con las pruebas no treponémicas. Entre las pruebas

treponémicas más utilizadas en la actualidad, se encuentran: FTA-abs (Fluorescent-Treponemal antibody absorbed); FTA-abs IgM; TPHA (Treponema pallidum, Haemagglutination Assay); AMHA-TP (Automated Microagglutination Treponemal Pallidum); ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay); PCR.

Interpretación serológica

| Diagnóstico | VDRL | TP-PA o FTA-abs |
|--|-------------|-----------------|
| Sífilis actual o pasada | Reactiva | Reactiva |
| Inespecífico (otras patologías) | Reactiva | No reactiva |
| Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria | No reactiva | Reactiva |
| Ausencia de infección o período de incubación de sífilis | No reactiva | No reactiva |

CIRCUITO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

Se describe a continuación el orden de las etapas sucesivas que deben realizarse en el proceso para el diagnóstico de sífilis en un CePAT, el cual contempla el primer nivel de diagnóstico.

En este primer nivel (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) se realiza la detección serológica inicial por tamizaje (VDRL, RPR) que puede resultar NO REACTIVO O REACTIVO (el resultado REACTIVO debe ser cuantificado).

- Si el resultado es No REACTIVO, se informa como tal y se aplican las estrategias de consejería pos test. En caso de que por sus antecedentes epidemiológicos pueda

sospecharse un posible período de incubación, se saca una segunda muestra a los quince días aproximadamente.

- Si el resultado es REACTIVO, se informa cuantificado, aplicando las estrategias de consejería posteriores al test y se realiza la derivación inmediata a un médico tratante que interprete el resultado y evalúe la necesidad de su confirmación.

La indicación de una prueba confirmatoria supone la realización de alguna de las pruebas treponémicas en el laboratorio de referencia correspondiente. De este segundo nivel de diagnóstico surgirán los posibles resultados: positivo, indeterminado o negativo provenientes de la técnica confirmatoria utilizada.

EVALUACIÓN Y MONITOREO CONTINUO DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

La evaluación periódica de la calidad de los servicios de laboratorio es indispensable para contar con resultados confiables y disponibles en tiempo y forma. Se debe verificar el correcto funcionamiento, incluyendo la provisión de equipamiento y reactivos adecuados, la capacitación del personal, el control de normas y procedimientos y la correcta interpretación de los resultados. El uso de controles de calidad internos y externos, el respeto de las normas de bioseguridad, y el mantenimiento preventivo del equipamiento y reporte de los resultados son las bases de un diagnóstico confiable.

BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Service, November 2007. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(no. RR-11). Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm>

Galarza, P y Díaz, M.: *Manual de técnicas y procedimientos para el diagnóstico de sífilis*, Buenos Aires, Laboratorio Nacional de Referencia en ETS, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, ANLIS "Dr. Carlos Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

Sáez Pozas, N.; Delgado Cabrera, C.; Romero Ahumada, F. y Báez Dueñas, R.: "El diagnóstico de laboratorio de la sífilis. Revisión bibliográfica", en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 13, nº 1, 1997, pp. 43-48. Acceso el 06/02/2011 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000100008&script=sci_abstract

ANEXO 5

FICHAS DE REGISTRO PARA EL MONITOREO DE LOS CePAT

| INFORMACIÓN SOBRE LA VISITA | |
|--|--|
| Fecha | |
| Nombre del CePAT | |
| Nombre de la/s persona/s que realizan la visita y entrevista | |
| Institución y cargo entrevistador | |
| Fecha de visita anterior (en caso de no ser la 1º) | |

| 1. INFORMACIÓN DEL CePAT | | |
|--|----|----|
| Domicilio | | |
| Barrio | | |
| Municipio/localidad | | |
| Provincia | | |
| Código postal | | |
| Teléfono | | |
| Fax | | |
| Mail | | |
| Días y horarios que funciona la institución | | |
| Días y horarios que funciona el CePAT | | |
| Tipo de institución | | |
| Existen carteles que indiquen la ubicación del equipo del CePAT en esta institución | SÍ | NO |
| Existen carteles que informen sobre actividades del CePAT (información sobre VIH, sífilis y otras ITS, promoción del uso de preservativos, promoción de testeo de VIH y sífilis) | SÍ | NO |
| Descripción física del espacio donde funciona el CePAT (lo que se observa) | | |
| ¿Existe un lugar para entrevista antes y después del test que garantice la privacidad de los usuarios/as? | SÍ | NO |
| ¿Hay dispensers de preservativos y geles a la vista en este espacio? | SÍ | NO |
| ¿Hay afiches y/o carteles con información acerca del VIH, sífilis y otras ITS? | SI | NO |
| ¿Hay folletería a la vista? | SÍ | NO |
| Otros | SÍ | NO |
| OBSERVACIONES: | | |

2. EL EQUIPO DEL CePAT

| Responsable | | | | |
|--|------------------|----------------------|--------|-----------|
| Nombre | | | | |
| Teléfono | | | | |
| Correo electrónico | | | | |
| El equipo (conformación y datos útiles) | | | | |
| Nombre y apellido | Rol en el equipo | Profesión/ocupación* | Correo | Teléfonos |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| Hacen reuniones de equipo | | Sí | | NO |
| Cada cuánto tiempo tienen reunión de equipo | | | | |
| Realizan supervisiones del trabajo | | Sí | | NO |
| Con quién realizan las supervisiones | | | | |
| Participan de capacitaciones/actualizaciones | | Sí | | NO |
| En cuáles | | | | |
| En qué temas creen que deberían recibir capacitación | | | | |
| Evalúan el trabajo que realizan | | Sí | | NO |
| ¿Cómo? | | | | |
| Tienen un sistema de registro de las experiencias | | Sí | | NO |
| Cuáles | | | | |

OBSERVACIONES:

*Administrativos, técnicos, profesionales, referentes comunitarios, ONG o redes, otros.

3. TESTEO

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----------|----|----|----|-------------|----|----|----|----|---|--|
| Disponibilidad de la atención | | | | | | | | | | | | | | |
| Cantidad de días por semana | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
| Cantidad de horas por día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | |
| Atención por demanda espontánea | | | | Sí | | | | NO | | | | | | |
| Atención por turnos | | | | Sí | | | | NO | | | | | | |
| Existen requisitos para la atención | | | | Sí | | | | NO | | | | | | |
| Cuáles | | | | | | | | | | | | | | |
| El pretest y la extracción de sangre se realiza en el mismo momento | | | | Sí | | | | NO | | | | | | |
| ¿Por qué? | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuánto demora la persona en tener disponible el resultado de VIH (colocar cantidad) | | | | [] días | | | | [] semanas | | | | | | |
| Cuánto demora la persona en tener disponible el resultado de sífilis (colocar cantidad) | | | | [] días | | | | [] semanas | | | | | | |
| Descripción del recorrido para la realización del test de VIH | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción del recorrido para la realización del test de sífilis | | | | | | | | | | | | | | |
| Se ofrece la posibilidad de acompañar el test de VIH con el diagnóstico de otras ITS | | | | Sí | | | | NO | | | | | | |
| ¿Cuáles? | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

4. SISTEMA DE REGISTRO

Cuadro de indicadores de seguimiento semestral del testeo de VIH y sífilis

| Año | Nº de entrevistas antes del test | Nº de personas testeadas | | Nº de entrevistas después del test | Nº de resultados retirados | | Nº de resultados positivos | |
|-------------|----------------------------------|--------------------------|---------|------------------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
| | | VIH | Sífilis | | VIH | Sífilis | VIH | Sífilis |
| 1º semestre | | | | | | | | |
| 2º semestre | | | | | | | | |

Población usuaria (Marcar con una X todas las que corresponden)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parejas de mujeres embarazadas | <input type="checkbox"/> Trabajadoras/es sexuales |
| <input type="checkbox"/> Niños | <input type="checkbox"/> Usuarios de drogas |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes | <input type="checkbox"/> Mujeres embarazadas |
| <input type="checkbox"/> Hombres homosexuales | <input type="checkbox"/> Migrantes |
| <input type="checkbox"/> Personas trans (travestis y transexuales) | <input type="checkbox"/> Pueblos originarios |

OBSERVACIONES:

5. EXTRACCIÓN, MUESTRAS Y CIRCUITO DE LABORATORIO

Extracción y muestras

| | | | |
|---|--|----|--|
| Lugar donde se realiza la extracción | <input type="checkbox"/> sala de entrevista pretest <input type="checkbox"/> enfermería <input type="checkbox"/> laboratorio <input type="checkbox"/> sala para extracción <input type="checkbox"/> otro ¿Cuál? | | |
| Se identifican las muestras con código | SÍ | NO | ¿Por qué? |
| Cuenta con los materiales necesarios para la extracción | | | |
| Si fuera necesario, identifique el faltante | <input type="checkbox"/> guantes descartables, <input type="checkbox"/> agujas y jeringas <input type="checkbox"/> lazo <input type="checkbox"/> tubos <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> algodón <input type="checkbox"/> cinta adhesiva | | <input type="checkbox"/> gradilla <input type="checkbox"/> descartador <input type="checkbox"/> bolsas rojas <input type="checkbox"/> caja de transporte de material biológico <input type="checkbox"/> heladera para trasladar las muestras <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... |
| Cuál es la razón del faltante | | | |

Circuito de laboratorio

| VIH | Sífilis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|--|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Pruebas de VIH que se realizan <input type="checkbox"/> ELISA (4ª generación) <input type="checkbox"/> Aglutinación de partículas <input type="checkbox"/> Tests rápidos <input type="checkbox"/> Western Blot (WB) <input type="checkbox"/> inmunoensayo en línea (LIA) | Pruebas de sífilis que se realizan <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> UCR <input type="checkbox"/> TP-PA <input type="checkbox"/> USR FTA-abs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dónde se realizan las pruebas de screening: | Dónde se realizan las pruebas de screening: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dónde se realizan las pruebas de confirmación: | Dónde se realizan las pruebas de confirmación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algoritmo diagnóstico empleado | Algoritmo diagnóstico empleado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se procesan las muestras en la institución dónde está ubicado el CePAT | SÍ | NO | (Si la respuesta es NO) Lugar donde se procesan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del referente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cómo se trasladan las muestras de sangre (Describir) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De qué manera el equipo del CePAT obtiene los resultados del laboratorio: | <input type="checkbox"/> Los van a buscar al laboratorio | | <input type="checkbox"/> Otro. Cuál | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> El laboratorio lo envía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En cuánto tiempo está disponible el resultado para su entrega (desde el momento de la extracción) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Días | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Semanas | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meses | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6. ASESORAMIENTO

| | | |
|--|--|----|
| Se realizan entrevistas antes y después del test | SÍ | NO |
| Características del asesoramiento: | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Parejas <input type="checkbox"/> Grupal | |
| Utilizan algún tipo de planilla/historia clínica de registro para cada persona asesorada | SÍ (Solicitar una copia) | NO |
| Utilizan un consentimiento informado | SÍ (Solicitar una copia) | NO |
| | Si la respuesta es SÍ Describe cómo se administra | |

OBSERVACIONES:

7. ARTICULACIONES

| | | |
|-----------------------------------|--|----|
| Cuentan con lugares de derivación | SÍ | NO |
| | Si la respuesta es SÍ Identificar cuáles: <input type="checkbox"/> Servicio de atención a persona con VIH <input type="checkbox"/> Servicio de atención a mujeres embarazadas con VIH <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Servicios de atención de la ITS <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Grupos de pares <input type="checkbox"/> Otros/cuáles..... | |

OBSERVACIONES:

8. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

| | | |
|--|---|----|
| Realizan talleres/sensibilizaciones en otras instituciones | SÍ | NO |
| | Si la respuesta es SÍ ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Escuelas <input type="checkbox"/> Comedores comunitarios <input type="checkbox"/> Clubes <input type="checkbox"/> Centros de jubilados <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Cárceles <input type="checkbox"/> Otros. Cuáles | |
| Participan en campañas y/o eventos | SÍ | NO |
| | Si la respuesta es SÍ ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> 1º diciembre <input type="checkbox"/> Marcha del orgullo LGTB <input type="checkbox"/> Día de la primavera <input type="checkbox"/> Fiestas regionales <input type="checkbox"/> Otras. Cuáles | |
| Realización de otras actividades (murales, obras de teatro, cortos, otros) | | |

OBSERVACIONES:

9. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PREVENTIVOS

PRESERVATIVOS

| | | |
|--|--|----|
| Tienen dispenser en la institución | Sí | NO |
| | Si la respuesta es Sí Cantidad: Ubicación: | |
| Días y horarios de distribución del dispenser | | |
| Otras formas de distribución en la institución: | | |
| <input type="checkbox"/> En mano | <input type="checkbox"/> Farmacia | |
| <input type="checkbox"/> Consultorios | <input type="checkbox"/> Otros, cuáles | |
| Nombre del responsable de solicitar los preservativos | | |
| Quién los provee | | |
| Población que accede a los preservativos | | |
| Cantidad de preservativos distribuidos por mes | | |
| El CEPAT redistribuye a otras instituciones/referentes | Sí | NO |
| Cantidad de instituciones/referentes incluidas en la red | | |
| MATERIAL PREVENTIVO Cuentan con: | | |
| <input type="checkbox"/> Maletín preventivo | | |
| <input type="checkbox"/> Guía "vivir en positivo" | | |
| <input type="checkbox"/> Material gráfico | | |
| OBSERVACIONES: | | |

10. PROMOCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Se promociona en:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La página web de la DSyETS | <input type="checkbox"/> En la página web de su provincia/municipio |
| <input type="checkbox"/> La línea 0-800-333-4444 | <input type="checkbox"/> Por radio barrial/comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Otra línea 0-800- | <input type="checkbox"/> Pegatinas en el barrio y/u otras instituciones |
| <input type="checkbox"/> Por mail o redes sociales | <input type="checkbox"/> Otros. Cuáles..... |

| | | |
|--|--|----|
| Cuentan con materiales propios de difusión | Sí (entregar un ejemplar) Cuáles | NO |
| OBSERVACIONES: | | |

ANEXO 6

MARCO LEGAL

El modelo de atención para promover la accesibilidad al test de VIH con asesoramiento se enmarca en las declaraciones universales de derechos humanos, tratados y convenios internacionales y ratificados por los países de la región, metas del milenio, entre otros. Todas las personas prestadoras de servicios de salud, usuarias, tomadores de decisiones, necesitan conocer los elementos esenciales de esas declaraciones, convenios y resoluciones sobre los derechos humanos en respuesta al VIH.

A continuación se citan algunos elementos esenciales en relación con el tema y se transcriben algunas leyes destacadas para la problemática:

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**

Artículo 3: Derecho a la vida “Todo individuo tiene acceso a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”

Artículo 7: Igualdad de protección contra toda discriminación “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley”

Artículo 9: Derecho a no ser desterrado o exilado “Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado”

Artículo 12: “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”

- **Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1946**

Menciona que el derecho a la salud es “gozar del más alto estándar alcanzable de salud sin distinción de raza, religión, ideología política o condiciones económicas y sociales”. Los pro-

veedores de salud deben garantizar los más altos estándares de calidad en lo que se refiere a la asesoría y prueba de VIH y los usuarios tienen todo el derecho de hacerlo vigente.

- **Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos**

Art. 17: nadie será objeto de interferencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación”

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos – Art. 11**

- **Convención sobre los Derechos del Niño – Art. 16**

- **Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación de la mujer – Art. 12**

- **Constitución de la Nación Argentina – Arts. 18, 19 y 43**

- **Normas constitucionales locales (jurisdicciones provinciales)**

- **Leyes Nacionales:**

- 23.798, decreto 1244 (Ley de Lucha contra el Sida)
- 25.543 (diagnóstico a embarazadas)
- 24.455 (Obras Sociales)
- 24.754 (Medicina Prepaga)
- Resolución 709/97 (Administración Nacional del Seguro de Salud)
- 17.622 (Sistema Estadístico Nacional: informaciones estrictamente secretas y sólo con fines estadísticos)
- 17.132 (Relacionada con la confidencialidad)
- 24.004 (Secreto profesional)
- 25.673 (Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable)
- 26.061 (Derechos de niñas, niños y adolescentes)

- **Código Penal de la Nación**

- **Código Civil**

- **Resolución Ministerial 787/91 (el resultado del análisis debe ser secreto)**

- **Leyes Provinciales**

- **Documentos y Declaraciones de Ética Médica**

ANEXO 7

LEY DE LUCHA CONTRA EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). (Ley N° 23.798)

<http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/ley-nacional-de-sida-reglamentaciones.pdf>

Art. 1° Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2° Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona.
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva.
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina.
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3° Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su

ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4° A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán :

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descritas en el artículo 1° gestionando los recursos para su financiación y ejecución.
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales.
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad.
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca.
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5° El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6° Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas

adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7° Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8° Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9° Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10° La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11° Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores infectados y enfermos con el virus de VIH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS

una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicada a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12° La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13° Los actos u omisiones que impliquen trasgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas faltas administrativas sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14° Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo con la gravedad y o reincidencia de la infracción:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de 1 mes a 5 años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio, o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción. Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo. En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el decuplo la sanción aplicada.

Art. 15° A los efectos determinados en este título se considerarán rein-

cidentes a quienes habiendo sido sancionados, incurran en una nueva sanción dentro del término de cuatro años contados desde la fecha que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiere.

Art. 16° El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial, Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el artículo 1°. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar, con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17° Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18° La falta de pago de las multas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19° En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20° las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y o pedidos

de informes, según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21° Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4° de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22° El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los 60 días de su promulgación.

Art. 23° Comuníquese, etc.

DECRETO N° 1.244. ANEXO 1 DEL DECRETO N° 1.244. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 23.798

Fecha: 01-07-91

Art. 1° - Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer la propio.

Art. 2° - incisos a) y b). Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592. Inciso c). - Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tiene prohibido re-

velar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1.- A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.

2.- A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de persona infectada o enferma.

3.- A los entes del Sistema Nacional de Sangre, creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7°mo., de la Ley N° 21.541.

4.- Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5.- A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6.- A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información solo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7.- Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.
Inciso d). Sin reglamentar.
Inciso e). Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3° - El Ministerio de Salud y Acción Social, procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios. Se considerarán autoridades sanitarias de apli-

cación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4° -

Inciso a). - Sin reglamentar.

Inciso b). - Sin reglamentar.

Inciso c). - Sin reglamentar.

Inciso d). - Sin reglamentar.

Inciso e). - Sin reglamentar.

Inciso f). - A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida en el marco del artículo 8vo. del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5° - Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5° de la Ley N° 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo perceptuado en sus artículos 1°, 6° y 8°. Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

Art. 6° - El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. La asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente. De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8°.

Art. 7° - A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley N° 22.990 y el artículo 18 del Decreto N° 375 del 21 de marzo de 1989.

Art. 8° - La información exigida se efectuará mediante notificación fe-

haciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Éste devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

Art. 9° - El Ministerio de Salud y Acción Social, determinará los controles mencionados en el artículo 9° de la Ley. El Ministerio del Interior, asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10° - La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°, inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2°, inciso e) de la presente reglamentación. Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11° - Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Solo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12° - El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma, será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita, de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Art. 13° - Sin reglamentar.

Art. 14° - En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15° - El Ministerio de Salud y Ac-

ción Social, como autoridad competente habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competente, de las Provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º y 22º - Sin reglamentar.

ANEXO 8

OBLIGATORIEDAD DEL OFRECIMIENTO DEL TEST DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, A TODA MUJER EMBARAZADA. CONSENTIMIENTO EXPRESO Y PREVIAMENTE INFORMADO (Ley N° 25.543)

<http://www.salud.catamarca.gov.ar/sitio/descargar-14-ley-25543-obligatoriedad-del-ofrecimiento-del-test-diagnostico-del-vih-a-toda-mujer-embarazada.pdf>

Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

Sancionada: Noviembre 27 de 2001
Promulgada de Hecho: Enero 7 de 2002

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTÍCULO 1º: Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.

ARTÍCULO 2º: Los establecimientos médico-asistenciales públicos, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deberán reconocer en su cobertura el test diagnóstico.

ARTÍCULO 3º: Se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa de la

paciente a realizarse el test diagnóstico, deberán figurar por escrito con firma de la paciente y del médico tratante.

ARTÍCULO 4º: El consentimiento previamente informado tratará sobre los distintos aspectos del test diagnóstico, la posibilidad o no de desarrollar la enfermedad, y en caso de ser positivo las implicancias de la aplicación del tratamiento y de la no aplicación del mismo tanto para la madre, como para el hijo por nacer. El profesional y el establecimiento serán solidariamente responsables de la confidencialidad del procedimiento, así como también de la calidad de la información que reciba la embarazada a fin de otorgar su consentimiento con un cabal conocimiento del análisis que se le ofrece, y la garantía de la provisión de los medicamentos utilizados de acuerdo a los protocolos vigentes.

ARTÍCULO 5º: Los establecimientos asistenciales deberán contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio, en caso que el test diagnóstico resultare positivo.

ARTÍCULO 6º: El Ministerio de Salud de la Nación y los Organismos de Salud que correspondan en cada jurisdicción son la autoridad de aplicación de la presente Ley.

ARTÍCULO 7º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

República Argentina

Tel.: (005411) 4379-9017

Fax: (005411) 4379-9210

dir-sida-ets@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar/sida

0800 3333 444

LÍNEA PREGUNTE SIDA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Es gratis, es confidencial, es anónima