

prevención/asesoramiento/diagnóstico

CENTROS DE PREVENCIÓN,
ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO
(CePAD):
HERRAMIENTAS PARA
SU DESARROLLO



COORDINACIÓN SIDA / SECRETARÍA DE SALUD



prevención/asesoramiento/diagnóstico

CENTROS DE PREVENCIÓN,
ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO
(CePAD):

HERRAMIENTAS PARA
SU DESARROLLO



COORDINACIÓN SIDA / SECRETARÍA DE SALUD

Miembros del Grupo de Trabajo del presente documento

Coordinadoras

Adriana Basombrío
Blanca Carrozzi
Luciana Gennari
Silvana Weller

Colaboradores

Luciana Betti
María Belén Bouzas
Ana María Cañizal
Malala Carones
Verónica Ciampelli
Rita Curzio
Natacha Díaz
Norma Ereñú
María Laura Marbán
Sergio Maulen
Agustín Rojo
Fernando Silva Nieto
Inés Zapiola

Agradecemos la lectura crítica de los integrantes de los Equipos de los CePAD 2, 7, 9, 13, 20, 33 y Ramos Mejía.

Coordinación Sida

[Secretaría de Salud](#)

Carlos Pellegrini 313, piso 9º
(1009) Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4323-9029/9053
e-mail coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

www.buenosaires.gov.ar (Salud)

Noviembre de 2005

[Hospital Muñiz](#)

Uspallata 2272, Ex Sala 29 piso 1º
(1282) Ciudad de Buenos Aires
Tel./fax 4305-0954

Prólogo

La epidemia de VIH-sida ha promovido una reflexión en el sistema de salud, y particularmente en los equipos de los diferentes servicios, sobre el modo de llevar adelante ciertas prácticas. Prácticas sostenidas en el tiempo cuya eficacia pocas veces ha sido objeto de una evaluación sistemática. El desarrollo de actividades preventivas en espacios diferentes a los de la asistencia, la dificultad de incorporar a nuestro trabajo el discurso y la historia de los sujetos que consultan en los servicios de salud o la negación de la asimetría de poder que existe de hecho entre los equipos y los usuarios, e incluso dentro de los propios equipos, son algunos ejemplos de este tipo de prácticas.

Instalar nuevas maneras de trabajar con la epidemia de VIH-sida obliga, nos obliga, a repensar sobre qué marcos conceptuales nos apoyaremos para desarrollar estrategias y técnicas que acerquen a las personas a los servicios de salud, la prevención a la asistencia y favorezcan la democratización de la atención de las personas y del funcionamiento de los equipos.

El fortalecimiento de la autonomía de las personas para la construcción de la ciudadanía es el concepto central del plan estratégico de la Coordinación Sida y subyace en cada una de las líneas de trabajo y las herramientas que de ellas surgen. En este marco debe incorporarse la creación de los CePAD y la edición del presente documento.

El aumento de la accesibilidad al test con asesoramiento, el respeto por la voluntad de las personas de conocer su estado serológico y el

fortalecimiento de espacios para que los usuarios y los equipos de salud puedan conversar sobre sus temores, padecimientos y saberes son elementos fundamentales de la lógica con la que trabaja la Coordinación Sida y que se sustenta en las políticas de gobierno.

Este documento sistematiza prácticas que desde fines de 2000 se desarrollan en el ámbito de la ciudad, recoge experiencias de otros lugares del país y del mundo y busca estimular la apertura de espacios similares. También pretende ser un instrumento ordenador pero flexible, útil para la reflexión, la discusión y la evaluación de los equipos ya conformados, y un aporte a la democratización del conocimiento.

Documentar estas experiencias, llevar al papel la concreción de una política, implica su nacimiento simbólico. Su alumbramiento real fue la propia práctica de un centro de salud de la ciudad, que nos enseñó que se podía y su desarrollo teórico-práctico lo constituyeron la apertura de nuevos CePAD y la resolución N° 1060/SS/02 del secretario de Salud. En esta resolución se articulan la legalidad con la legitimidad ganada por los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico.

Conceptos básicos

I.1. Antecedentes

El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH-sida desempeñan un papel importante como medida preventiva de la infección y, para las personas ya infectadas, funcionan como puerta de entrada para la asistencia y el acompañamiento. Esto ha dado origen al fomento y desarrollo más amplio de este tipo de servicios. Como antecedentes, podemos citar el trabajo realizado en varios centros de atención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y servicios de planificación familiar en varias ciudades de Estados Unidos en la década del 80. El precedente más cercano geográficamente está en Brasil, cuando en los 80 comenzó a ser estimulada la creación a escala nacional de Centros de Orientación y Apoyo Serológico (COAS) que constituirían una modalidad alternativa al servicio de salud más tradicional, ofreciendo la serología de VIH en forma gratuita, confidencial y anónima con la finalidad de proveer educación y asesoramiento a las personas con riesgo de infección. En 1997 la Coordinación Nacional de Sida de Brasil rebautizó esta experiencia llamándolos CTA (Centros de Testeo y Asesoramiento). En Argentina, los primeros centros de testeo se crearon en la ciudad de Rosario en 1997. En el año 2000, se abrió el primer Centro en el conurbano bonaerense, en el Partido de San Martín, y en la ciudad de Buenos Aires se inauguró el primer CePAD en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2.

I.2 Fundamentación

Para el trabajo en prevención y diagnóstico del VIH-sida son fundamentales dos aspectos sólo separados para su análisis pero fusionados en el quehacer.

Por un lado, consideramos el proceso salud-enfermedad-atención como un emergente histórico-social de las condiciones de vida y de trabajo de una sociedad dada; por lo tanto es una construcción social, constituida por las representaciones y prácticas sociales en las que se articulan tanto aspectos del orden de lo biológico e individual-subjetivo como aspectos del orden económico-social y político-ideológico. Esto nos obliga a complejizar el análisis y a repensar nuestras instituciones, formas de trabajo, maneras de organizar y ejercer las tareas de prevención y asistencia.

Por el otro, sabemos que las políticas sociales en general, y en particular las orientadas a la salud, constituyen espacios privilegiados para fortalecer la ciudadanía de los habitantes. El encuentro de los usuarios a con el sistema de salud es un momento privilegiado para la construcción de una relación que fortalezca la autonomía de las personas.

Ambos aspectos son pasos insoslayables para construir ciudadanos conscientes de sus derechos y de sus responsabilidades en la vida privada y pública. El encuentro entre un profesional o un equipo y quien demanda determinada práctica tiene que enmarcarse en un contexto de derechos y respeto mutuo. Este respeto incluye tanto los tiempos, las decisiones y los conocimientos de usuarios/as o destinatarios/as como las prácticas implicadas.

Estas consideraciones generales se vuelven necesarias a la hora de pensar y trabajar en la prevención y atención de la problemática del VIH-sida ya que, dadas sus características específicas, cualquier intento de disminuir la epidemia (prevención de nuevos casos, atención adecuada de las personas ya afectadas) se vuelve una ilusión si no cuenta con la participación voluntaria y activa de todos los/as ciudadanos/as.

Las representaciones sobre el VIH-sida se han construido sobre una historia de mitos, discriminación y culpabilización de las personas que viven con el virus. Este estado de cosas, articulado a temas tan íntimos y privados implicados en el núcleo fuerte de deseo-placer (por ejemplo sexualidad y uso de drogas), complejiza el campo de intervención en el tratamiento de esta epidemia.

Las primeras campañas masivas de prevención de VIH-sida recurrieron al miedo e identificaron a la epidemia con ciertos grupos sobre los que ya pesaban el estigma y la discriminación. Esto promovió una sensación de lejanía en quienes no se consideraban parte de esos "grupos de riesgo". Algunas de las consecuencias inmediatas de este tipo de acciones son la negación de la real vulnerabilidad a adquirir el virus en las relaciones sexuales sin protección y la construcción de otros saberes fantaseados pero más fácilmente soportables. "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. Pero, dado que es a escala individual donde se juega la puesta en práctica o no de aquellos cuidados preventivos para sí y para otros (uso de preservativos o de jeringas descartables, 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, medicación, cambio de vida, etc.), es impostergable concebir nuevos dispositivos que contemplen la singularidad incorporando la prevención y la asistencia en una práctica integral.

Las formas más tradicionales de atender la salud tienden a imponer a la población las lógicas y ritmos del sistema de salud. Necesitamos formas de trabajo que logren, respetando la lógica de los servicios, incorporar la de los usuarios.

Proponemos la inclusión de una perspectiva que contemple sujetos activos con multiplicidad de miradas y prácticas sobre la propia salud a través de diversas estrategias colectivas y poniendo el eje en la promoción de la salud como posibilidad de ruptura de estas representaciones excluyentes.

Es necesaria la contextualización para la reconstrucción de sentidos y prácticas en torno a la prevención, asesoramiento y diagnóstico en VIH-sida. Para esto consideramos también importante la inclusión de personas de la comunidad y la participación de personas que viven con VIH-sida (PVVS) en todo este proceso.

1.2. Consideraciones sobre el trabajo en prevención

Las epidemias, especialmente la del VIH-sida, nos han 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 al material educativo al que accedan. Los usuarios deben ser, por lo tanto, la medida y la referencia para las acciones y las estrategias preventivas que les son dirigidas.

Disponemos en nuestro medio de literatura que nos permite llegar mejor instrumentados para trabajar con la gente en temas que hacen a la vida, a la sexualidad, al temor, a la enfermedad y la muerte, al VIH-sida. Hay trabajos que ilustran sobre la población general, sobre las mujeres, sobre los jóvenes, sobre los usuarios de drogas, etc. Sin embargo, la mejor forma de conocer las representaciones, conocimientos y sentimientos de las personas sigue siendo nuestra capacidad de escuchar en un espacio de respeto mutuo las experiencias y las representaciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás, e incluso de nosotros mismos como equipo de salud.

Es indispensable recrear prácticas y formas de trabajo que optimicen la accesibilidad de los/as usuarios/as a decidir, informada y responsablemente, sobre la puesta en práctica de cuidados de su propia salud.

Para la problemática que nos ocupa, esta accesibilidad implica, como mínimo, facilitar la gratuidad de los preservativos, equipos de inyección, test de VIH, terapias para la prevención de la transmisión vertical (TV) y de tratamientos de las personas afectadas. También es importante que el equipo de salud privilegie un mayor

prevención/asesoramiento/diagnóstico

acercamiento y participación de los/as usuarios/as en particular y la comunidad en general, mediante el asesoramiento en VIH-sida, el consentimiento informado, la impresión y distribución de folletería adecuada a las necesidades y códigos de los/as usuarios/as, talleres o diversas acciones tanto educativas como de promoción, pensando en la diversidad de la población destinataria.

Es también crucial articular el trabajo de prevención con las otras actividades que se realizan dentro de la institución donde funciona el CePAD. La prevención no es la sumatoria de estas acciones, sino el resultado de ellas en relación con los grupos y sujetos concretos que puedan modificar comportamientos y actitudes ante situaciones o prácticas socioculturales que impliquen riesgos o daños para la salud.

La figura del CePAD permite el trabajo preventivo local potenciando tanto el espacio de asesoramiento cara a cara como la realización de actividades con técnicas participativas para lograr un acercamiento a códigos y canales adecuados a prácticas y espacios cotidianos de la gente.

Este nuevo modo de trabajo aumenta la accesibilidad al testeo respondiendo de manera rápida, evitando instancias burocráticas y valorando la posibilidad de que cada entrevista y cada resultado entregado sean una apuesta a aumentar la capacidad de tomar decisiones informadas. Esta apuesta implica que el/la usuario/a acceda no sólo a su diagnóstico sino también a todo el sistema de salud, en tanto y en cuanto lo solicite.

Es en este sentido que pensamos el CePAD como puerta de entrada al cuidado y asistencia de las personas que viven con el virus así como también de quienes reciben un resultado negativo.

Esta modalidad de trabajo apunta, en sus diferentes instancias y estrategias, a pasar de un sistema tradicional –centrado casi exclusivamente en las lógicas de los servicios de salud– a incluir de modo activo las lógicas de los usuarios. Pero además, 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.

I.3. Objetivos

Objetivo general:

Disminuir la transmisión del VIH-sida a través de la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico voluntario, favoreciendo la accesibilidad de las personas a estas instancias en un espacio de confidencialidad y autonomía.

Objetivos específicos:

1. Articular la prevención del VIH-sida en espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones mediante el trabajo articulado con otras instituciones y grupos.
2. Realizar acciones participativas de promoción y prevención en VIH-sida.
3. Promover el uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo a las determinaciones culturales y subjetivas que dificultan su utilización.
4. Promover el testeo voluntario en un marco de confidencialidad y autonomía.
5. Enfatizar el momento de la entrevista como espacio privilegiado de articulación de la prevención y la asistencia del VIH-sida.
6. Promover la prevención de la transmisión vertical.
7. Promover la reducción de daños en usuarios de drogas.
8. Orientar y apoyar a las personas que viven con VIH en la gestión de su diagnóstico, realizando los asesoramientos y derivaciones que fueran necesarios para cada persona.
9. Construir un modelo de atención que brinde satisfacción a los usuarios y posibilidades de realización personal y gratificación a los miembros del equipo.

I.4. Población objetivo

Los CePAD ofrecen sus servicios a todas las personas que tengan dudas o inquietudes relacionadas con la temática VIH-sida, o que quieran conocer su estado serológico. También prevé, como se ha mencionado anteriormente, que los equipos, en conjunto con otros actores comunitarios, pongan en marcha actividades de sensibilización y prevención dirigidas a la comunidad y a poblaciones específicas de mayor vulnerabilidad.

Para establecer un criterio equitativo de la oferta de servicios de los CePADs es indispensable pensar en la epidemiología del sida y en cómo ha ido cambiando la epidemia en los últimos años. Es decir que es imprescindible aumentar el acceso a estos servicios de los grupos con mayor vulnerabilidad social (pobres, jóvenes, mujeres, usuarios de droga, trabajadores sexuales, entre otros) y evaluar continuamente con qué población estamos trabajando.

En el caso particular de los niños y adolescentes, los cambios reglamentarios en la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ver Anexo II), les permiten solicitar el test de VIH sin necesidad de la autorización de un mayor. Es fundamental utilizar esta herramienta ya que facilita el acceso de una población doblemente vulnerable (por edad y por falta de recursos para la gestión de su propia salud) en momentos cercanos a la iniciación sexual, lo que permite trabajar sobre la incorporación de comportamientos preventivos.



Estructura y funcionamiento

II.1. Espacio institucional y espacio físico

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

Es de suma importancia contemplar que la ubicación de los CePAD y sus horarios de atención deberían ser previstos en función de la población destinataria, ya que son factores que impactarán en las acciones, desde la entrega de preservativos a la realización de la entrevista. El espacio físico tiene que garantizar tanto la confidencialidad y la privacidad de las entrevistas de pre y postest como el lugar para la extracción y espera.

Para su funcionamiento, los CePAD tienen que 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 el espacio del CePAD.

II.2. Tareas / Componente de promoción y difusión

Las tareas de promoción y difusión son acciones en el campo de la comunicación y por lo tanto es necesario detenernos en este tema.

Una de las cuestiones a tener en cuenta es la posibilidad de que ocurran interferencias en la comunicación. Los factores que determinan estas interferencias son innumerables y de naturaleza diversa, pero el hecho es que ocurren, o mejor dicho 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 los límites y las posibilidades de comunicación. 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 puede ser el caso de los equipos de salud y algunos segmentos de la población a la que se dirige. Además hay que considerar que información y comunicación no son lo mismo.

Es preciso tener siempre presente que nuestra superficie de trabajo es la sexualidad. Entonces, precisamos dialogar sobre situaciones que muchas veces pueden generar vergüenza, incomodidad o temor a la exposición pública de comportamientos reservados al ámbito privado. Sin embargo, estas actitudes que despierta hablar de la sexualidad permiten trabajar sobre ella públicamente en clave humorística. Por ejemplo, el taller de uso correcto del preservativo 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 todos los trabajos de promoción y difusión.

Los objetivos del componente promoción y difusión son:

- Difundir la existencia de los servicios que brinda el CePAD.
- Difundir por distintos canales comunicacionales y con diferentes estrategias, información existente y actualizada sobre VIH-sida, 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, implementar actividades y mensajes que promuevan la no discriminación hacia las personas que viven con 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 comunitarios (revistas barriales, radios comunitarias, etc.) y los organismos gubernamentales cercanos al CePAD (CGP, escuelas, Centros de Salud, etc.).

II.3. Tareas / Componente de educación

La educación es un elemento clave en el trabajo preventivo, ya que permite aportar elementos a las personas para que tengan más recursos en el momento de implementar conductas más eficaces para detener la entrada del VIH en el cuerpo.

La educación es un proceso de vivencias, presupone la apropiación valorativa del conocimiento. En el ámbito de la salud tiene como objetivo central contribuir a que las personas adopten comportamientos más seguros, y por lo tanto, sean capaces de reconocer en sí mismos 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.

En cuanto a los talleres, si están bien planeados y realizados, ofrecen condiciones para que el sujeto reconozca críticamente las situaciones en las cuales se expone a riesgos y cuáles son las estrategias posibles de ser adoptadas en su vida cotidiana para reducirlos.

Las personas tenemos siempre algún nivel de información, opiniones y sentimientos sobre los temas que hacen a la vida social, en particular sobre aquellos temas que potencialmente pueden amenazar nuestra salud. Este conocimiento tendrá diferentes niveles de adecuación para protegernos de modo efectivo. A modo de ejemplo, es posible que muchas personas estén convencidas que es posi-

ble cuidarse del VIH “fijándose con quién anda uno”, “estando con personas conocidas”, “teniendo relaciones con personas sanas”. Estos conocimientos pueden servir como organizadores del cuidado y del uso del preservativo. Así el preservativo será utilizado “cuando tenés relaciones con alguien que no conocés”, “con alguien que tiene un tatuaje”, “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 la situación concreta de las personas con las que estamos trabajando.

Podemos indicar, a modo de ejemplo, que una forma de articular información, valores y actitudes en una actividad con mujeres que pretenda discutir la negociación del preservativo con sus parejas, debe considerar, entre otras cuestiones, la condición de autonomía o dependencia de esas mujeres respecto de sus parejas, la cultura machista, la franja etárea, la inserción socio cultural, etc.

Las actividades de educación pueden tener diferentes formatos, dependiendo de las habilidades e intereses del equipo, así como de las particularidades de las poblaciones con las que se trabaja. Los formatos más frecuentes de las actividades de educación son las charlas o grupos de reflexión y los talleres. El trabajo puede ser orientado a una persona o a un grupo. El asesoramiento es un buen ejemplo de trabajo educativo (ver adelante). Los trabajos en educación pueden ser desarrollados en los espacios más diversos: en instituciones tales como la escuela, los centros barriales, comedores comunitarios, centros deportivos, comunidades terapéuticas para personas usuarias de drogas, la propia institución donde tiene lugar el CePAD, salas de espera, otros; en espacios públicos y abiertos (la esquina, la plaza, en ferias).

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, siempre que fuera posible, utilizar los espacios de convivencia e interacción social de esos grupos.

II.4. Tareas / Componente de asesoramiento

La construcción del pensamiento científico en la sociedad moderna, en especial en la medicina, provocó un distanciamiento del profesional de la salud en relación con su paciente, un “enfermo vivo” y con capacidad de habla, dado que la interlocución pasó a tener un carácter secundario. Los aparatos tecnológicos cobraron prioridad, en detrimento de la relación interpersonal, provocando un distanciamiento del sufrimiento humano (origen histórico de las prácticas curativas), la descalificación de la persona enferma y valorización de la enfermedad.

Si la vida humana implica relaciones subjetivas cotidianas, tratándose de ITS y VIH-sida es preciso prestar atención a las situaciones conflictivas, no siempre explícitas, que pueden dificultar la acción preventiva.

Cuando las personas experimentan situaciones de amenaza a su integridad física o emocional, habitualmente se tornan vulnerables y, a veces, no se sienten capaces de resolver sus conflictos en soledad.

Las temáticas implícitas en las cuestiones relativas a las ITS y al VIH-sida, tales como el ejercicio de las sexualidades, transgresiones, pérdida y muerte, pueden causar conflictos y constituir una amenaza a las creencias y valores del individuo. Tales situaciones dificultan la prevención de las ITS y el VIH-sida en la medida en que pueden bloquear la percepción y la expresión de las prácticas, así como la reflexión para adoptar medidas preventivas.

En el contexto de los servicios de salud donde acostumbran a presentarse tales situaciones, tanto los profesionales como los usuarios son sujetos susceptibles de vivencias conflictivas.

1- ¿Qué es el asesoramiento?

Entendemos el asesoramiento como un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en el usuario. Presupone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores, tendiendo a rescatar los recursos internos del/la consultante para que tenga la posibilidad de reconocerse como sujeto de su propia salud y transformación.

prevención/asesoramiento/diagnóstico

Se considera que el asesoramiento o aconsejamiento se constituye en un proceso que comienza en un punto, particular para cada individuo, y luego tomará diferentes destinos en función de las particularidades, obstáculos o posibilidades de cada persona y que se continuará en subsiguientes asesoramientos.

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

Asesoramiento pretest:

- Identificar el motivo de la consulta.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del testeo.
- Reconstruir la historia de riesgos y testeos previos.
- Brindar información sobre los procedimientos técnicos y el significado del período ventana.
- Intercambiar con el usuario información sobre el significado de los posibles resultados del test.
- Señalar la diferencia entre VIH y sida.
- Considerar conjuntamente 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 el consultante (familia, compañeros, amigos, trabajo y otros).
- Evaluar con la persona la realización o no del test.
- Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden darse durante la espera del resultado del test.

Asesoramiento posttest:

Ante 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).
- Recordar que no significa inmunidad.
- Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar prácticas de cuidado.
- Explicar los beneficios de estrategias de reducción de daños ante el consumo de drogas.

Ante un resultado positivo:

- Dar a la persona que consulta el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y expresar sus sentimientos.
- 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 vive con 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.
- Recordar 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) ofreciendo 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.
- Definir con el/la consultante los servicios de asistencia necesarios para cubrir las demandas generadas, recordándole que, por ley, el sistema de salud público, 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.
- 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.
- Orientar sobre la realización de una nueva extracción para un nuevo testeo en un período definido por el laboratorio.
- Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden darse durante el período de espera del resultado del test y ofrecerle apoyo psicológico si fuere necesario.

Ante 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.

2- Accesibilidad y gratuidad

Los lugares donde se realizan las actividades de asesoramiento tienen que ser de fácil acceso para las personas, contemplando tanto las características de la comunidad a la que está dirigida como a las de la institución donde funciona el CePAD. Esto significa que la institución que desarrolla esta actividad mantenga relación con algún efector de salud o funcione en los mismos y que, a la vez, sea un lugar de referencia para la población local, que sea gratuito, que atienda tanto la demanda espontánea como la derivada de otras instituciones o servicios y profesionales de la salud, y que funcione en horarios de atención organizados para permitir el acceso a diferentes sectores poblacionales.

3- Voluntariedad

La voluntariedad implica que los consultantes se presentan en el servicio por una decisión personal tomada en base a informaciones que consideran consistentes, que la decisión de realizar o no la prueba también es un acto voluntario en el que están involucrados los aspectos abordados durante el asesoramiento, que el respeto de estas instancias le da contenido a la firma del consentimiento informado y que la calidad del asesoramiento influirá en la decisión del consultante de retirar el resultado.

4- Confidencialidad

Para la realización del testeo se deberá considerar que el espacio físico en el que se desarrollen las entrevistas, así como el encuadre institucional, permita resguardar el anonimato y la confidencialidad, por lo tanto el usuario no necesita identificarse. En este caso los registros y las muestras reciben una identificación alfanumérica (ver Anexos) como la dispuesta por la Ley de Sida.

Las extracciones se tienen que realizar en forma anónima y el secreto profesional es un principio que debe prevalecer en todas las prácticas profesionales.

5- 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, que el tiempo de espera sea el mínimo posible y que los CePAD 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 y unificar criterios de registro de las muestras;
- estimar el tiempo de devolución de resultados al CePAD;
- definir los horarios y días de extracción; y
- garantizar el transporte de muestras.

II.5. La extracción, conservación, identificación, traslado de las muestras de sangre y resultados.

Normas técnicas

Elementos necesarios para la extracción

- Sala bien iluminada y ventilada
- Silla para la extracción con apoyabrazos o silla y apoyabrazos
- Lazo
- Guantes de látex descartables
- Algodón

prevención/asesoramiento/diagnóstico

- Alcohol
- Agujas y jeringas descartables
- Tubos para extracción de 10 ml o 5 ml seco, 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.

La extracción

- Rotule el tubo 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 al consultante presionar el sitio de punción con el algodón, manteniendo el brazo extendido.
- Si utiliza tubos tipo vacutainer con tapón de goma, pinche el mismo 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 el mismo 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 a 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.

Material para preparar y almacenar el suero

- Gradilla para tubos
- Centrifuga
- Heladera

Almacenamiento del suero

- Deje la muestra de sangre extraída a temperatura ambiente hasta la retracción del coágulo. Puede permanecer a T° ambiente hasta 24 horas como máximo. Después de ese período la sangre comienza a hemolizar.
- Si la muestra permanece en el CePAD más de 24 horas, se recomienda centrifugarla y mantenerla una vez centrifugada en heladera.

Centrifugación

- Centrifugue la sangre durante 10 minutos, a 1500 rpm.
- Retire el tubo luego de que se detenga la centrifuga

Acondicionamiento de la muestra para transporte

¿Qué material se necesita para el transporte de las muestras?

- Recipiente plástico rígido con cierre hermético
- Caja de cartón
- Material absorbente

¿Cuáles son los cuidados para el transporte de las muestras?

- Acondicione las muestras en el recipiente plástico con cierre hermético colocando material absorbente entre los tubos para evitar derrames en caso de rotura accidental de algún tubo.
- Coloque el recipiente con los tubos dentro de la caja de cartón correctamente identificada.
- Coloque 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, dirección, nombre del responsa-

ble de la recepción, nombre de la Institución remitente, dirección, teléfono y horario de envío.

Envíe las muestras dentro de los horarios convenidos previamente con el laboratorio.

Los resultados

El equipo del CePAD los retira 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. Es necesario cotejar la cantidad de muestras enviadas con la cantidad de resultados recibidos.

II.6. Referencia y contrarreferencia - las ofertas de derivaciones en el postest

Para obtener una mejor articulación de los efectores entre sí y con los usuarios, es necesario garantizar el seguimiento de la infección por VIH 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.

II.7. 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 es el caso de la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico en VIH-sida. 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 dicha tarea implica y que tengan conocimiento previo y/o disposición a aumentar sus conocimientos sobre la problemática del VIH-sida.

El equipo “ideal” estaría conformado por profesionales y técnicos de la salud incluido personal administrativo, personas de las comunidades que son la “población objetivo” del CePAD (vecinos con formación de agente de salud u otra experiencia) y personas viviendo con VIH (PVVS). Todos los miembros del equipo tienen que estar capacitados en ciertos temas que hacen al campo común de trabajo, reforzando los conocimientos específicos a sus roles dentro del equipo (Ver Punto II.8. Capacitación del equipo).

Una vez conformado el equipo –que será particular para cada uno de los CePAD– la primera tarea que tendrá será la de darse un modelo de organización, que permita la puesta en marcha de las siguientes funciones que hacen a la existencia de un CePAD:

- Definir una coordinación para el equipo, que puede ser llevada adelante por una o dos personas, y puede ser rotativa.
- Definir 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.
- Definir los espacios y horarios de trabajo. Se elegirán los espacios físicos más convenientes para almacenar de modo adecuado los materiales preventivos de los que se disponga, el lugar para las entrevistas de asesoramiento y el espacio para extracción de sangre. En cuanto al horario 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. (Ver Punto I.2. Consideraciones sobre el trabajo en prevención)
- Definir el circuito que hará el usuario del CePAD cuando llegue en busca de asesoramiento, los modos en los que se harán los registros, recordando siempre que el asesoramiento en VIH-sida es una tarea, por ley, confidencial. La información sobre los usuarios puede ser compartida entre todos los miembros del equipo, y por ello el equipo es en su conjunto el garante de la confidencialidad.

prevención/asesoramiento/diagnóstico

- Definir cómo se instrumentarán las acciones de promoción de los servicios que brinda el CePAD dentro y fuera del mismo y cómo serán registradas para su posterior evaluación (disponibilidad de folletería informativa y preservativos, oferta de charlas, grupos, talleres y asesoramiento individual, diagnóstico de VIH-sida).
- 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.
- Definir 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 así lo requieran.
- Organizar contactos con instituciones que provean servicios a personas con VIH que no sean provistos por el equipo del CePAD (por ejemplo, grupos de autoayuda, atención en salud mental, apoyo espiritual, beneficios sociales, etc.).
- Definir 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 desarrolladas por ciertas personas, pero siempre tiene que haber un/a responsable claro/a para cada acción.

Las tareas del equipo del CePAD son:

- 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

- Entrada de datos y envío al área de epidemiología de la Coordinación Sida
- De análisis y evaluación continua.

Las reuniones de equipo son el espacio adecuado para organizar el trabajo, compartir situaciones problemáticas surgidas del mismo, evaluar cómo se está trabajando, planificar e implementar supervisiones y capacitaciones que hagan al mejor funcionamiento. El equipo se dará 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-sida.

II.8. Capacitación del equipo

Trabajar en equipo permite articular los diferentes enfoques y habilidades que aporta cada uno de sus integrantes y también crea las condiciones de posibilidad para constituir espacios de análisis colectivo de los problemas a los que nos enfrenta el trabajo en salud.

El aporte diferencial, distintivo de cada miembro del equipo puede deberse tanto a una cuestión disciplinaria (ser médico, ser trabajador social, ser sociólogo, etc.), a las diferencias ocasionadas por la trayectoria de cada uno (ser agente de salud, ser vecino del barrio, vivir con VIH-sida, 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.

El trabajo en salud produce realización personal pero también momentos de frustración. Trabajar en equipo permite tener con quien compartir las alegrías y sinsabores de la tarea, disminuyendo 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: 1) necesidad de homogeneidad (tener todos un discurso y una práctica similar, sentir que están todos construyendo un proyecto común, “ser uno”) y 2) la necesidad de diferenciación (cumplir cada uno lo que le corresponde, ser diferente y único, desarrollar una tarea que no es fácilmente sustituible). Esta tensión es absolutamente legítima –no hay grupo que pueda sustraerse–, y cada equipo irá trabajando sobre esto de maneras diversas a lo largo de los diferentes momentos de su desarrollo. La capacitación es una herramienta para fortalecer este proceso ya que permite tanto aceptar 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, esos son los núcleos de cada uno. 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.

La conformación de los equipos es siempre singular, única y por lo tanto no es posible establecer un programa único de capacitación. El programa de capacitación de cada CePAD será organizado de modo conjunto entre la Coordinación Sida y el equipo que lo llevará adelante. Dependiendo de las habilidades previas de los integrantes, se prestará mayor atención y profundidad a cada uno de los temas. La capacitación de inicio para llevar adelante un CePAD insumirá un número mínimo de reuniones que involucrarán a todos los integrantes del equipo, no pudiendo establecerse de antemano el número máximo de encuentros, ya que esto está sujeto a las necesidades e intereses de cada equipo.

Hechas estas consideraciones, listamos a continuación algunos tópicos que hacen a la capacitación común (el campo) de todos los miembros de un equipo que trabajan en el CePAD.

prevención/asesoramiento/diagnóstico

El campo común del equipo

1-Sobre los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico en VIH-sida

- Características de un CePAD
- Filosofía y modalidad de organización del trabajo del CePAD
- Los tres componentes básicos (prevención, educación y asesoramiento)
- Recursos que maneja el CePAD, funciones de todos los integrantes y conexiones del CePAD 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 CePAD
- Modalidades de registro y reporte de datos, importancia de la evaluación e indicadores más frecuentes.

2-Sobre el VIH-sida

- Historia social del VIH-sida, representaciones sociales vigentes. Incluye reflexión del equipo sobre sus propias representaciones y prejuicios
- Nociones básicas de la epidemiología del VIH-sida
- Modalidades de transmisión y prevención del VIH: conceptos generales y análisis contextual de vulnerabilidad y posibilidad de implementar cuidados preventivos trabajando con contextos (para las minorías sexuales, para las mujeres, para los varones, para los usuarios de drogas, etc.)
- Nociones básicas sobre el diagnóstico y el tratamiento.

3-Sobre la comunicación interpersonal

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

prevención/asesoramiento/diagnóstico

Algunos núcleos o competencias específicas que pueden existir en un CePAD

Dentro del equipo, alguna o algunas personas podrían desarrollar habilidades especiales en los siguientes tópicos 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
- 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 CePAD, será necesario que los integrantes del equipo realicen capacitaciones con relativa periodicidad, con el fin de mantener actualizados sus conocimientos y/o adquirir nuevos conocimientos y/o habilidades. La necesidad de incorporar nuevos conocimientos puede deberse a cuestiones surgidas 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-sida y campos relacionados al trabajo en salud en general.

Los conceptos de campo y núcleo nos 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 CePAD, como debido a los intereses personales de cada uno.

Las capacitaciones pueden ser de diferentes tipos: 1) internas (por ejemplo, preparación de ciertos tópicos por algún miembro del equi-

po orientados hacia los otros integrantes); 2) en el lugar de trabajo con invitados ajenos a la institución y 3) participación de los integrantes del equipo en eventos generados por otros actores (congresos, Jornadas, seminarios, cursos de capacitación y cursos de actualización, etc.).

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.

Conviene destacar que cuando el trabajo en equipo es desarrollado con cierta armonía, la capacitación de cualquiera de sus integrantes termina redundando en el beneficio de todos y del trabajo común.



Registros y evaluación

III.1. Los registros

- De trabajo en terreno
- De trabajo de asesoramiento
- Cuaderno de registros
- Ficha individual
- Tubos y planillas
- Estrategia de registros por cada CePAD - confidencial
- Ficha epidemiológica - base informatizada

III.2. La evaluación

La evaluación será una actividad continua, sistemática, flexible y funcional ya que señala en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales se interviene y se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, la estructura y dinámica administrativa, los métodos y técnicas utilizadas, las principales causas de logros y fracasos y los resultados inesperados.

Indicadores posibles

Estructura, inserción y accesibilidad

Existencia de un equipo, composición / heterogeneidad / capacitación permanente

Cantidad de horas y turnos que cubre

Tipo y calidad de tareas de promoción y prevención que realiza

Tipo y calidad de actividades educativas
Folletería disponible, calidad (heterogenidad) y cantidad
Contactos con otras instituciones, trabajo articulado
Existencia de bocas de distribución de folletería y preservativos articulado por el CePAD
Existencia y calidad de los registros
Tiempo desde que la persona demanda hasta que tiene un resultado.

Evaluación de proceso

1- Reuniones de equipo

¿Se mantiene el equipo original de atención? SI / NO ¿Cuáles fueron estos cambios?

¿Se realizan las reuniones de equipo estipuladas? SI / NO ¿Por qué?

¿Se respetan los días y horarios para la atención? SI / NO Si hubo cambios, ¿a qué se debieron?

¿Aparecieron obstáculos en la tarea cotidiana que no habían sido previstos? SI / NO ¿Cuáles? ¿Cómo se sortearon?

¿Cómo se articuló con el hospital?

2- Promoción, prevención y educación (mensual o período elegido para medición)

Número de eventos de promoción y prevención. Cantidad y calidad de personas participantes (en función del grado de vulnerabilidad / accesibilidad)

Número de eventos educativos (charlas, talleres, otras). Cantidad y calidad de personas participantes (en función del grado de vulnerabilidad / accesibilidad)

Cantidad de distribución de folletería y preservativos articulado por el CePAD

Número de preservativos entregados.

3- Asesoramiento y diagnóstico (mensual o período elegido)

Entrevistas realizadas

Extracciones realizadas

Devoluciones realizadas

Características de la población consultante

Mecanismos de derivación

III.3 El proceso de acompañamiento

Existe una instancia de acompañamiento desde la Coordinación Sida que implica el seguimiento de las tareas realizadas por cada CePAD, la articulación entre los mismos, capacitaciones adecuadas a las diferentes necesidades, el procesamiento centralizado de los datos, su análisis y devolución y la gestión con los servicios del sistema de salud.

Bibliografía recomendada

- Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). INFOSIDA N°1, 2001. www.buenosaires.gov.ar (Salud)
- Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). INFOSIDA N° 2, agosto, 2002. www.buenosaires.gov.ar (Salud)
- Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). INFOSIDA N° 3, octubre, 2003. www.buenosaires.gov.ar (Salud)
- Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). INFOSIDA N° 4, noviembre, 2004. www.buenosaires.gov.ar (Salud)
- Barreda, V. Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética? INFOSIDA N° 2, agosto, 2002; pág. 32. www.buenosaires.gov.ar (Salud)
- ONUSIDA. Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para mujeres embarazadas en países con alta prevalencia del VIH. 2000. www.unaids.org
- ONUSIDA. Asesoramiento y VIH/sida. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra, 1997.
- CONASIDA. Consejería en VIH/sida. Santiago de Chile, 2001.
- CONASIDA. Estrategia Global para la Prevención de la Transmisión del VIH/Sida. Comisión Nacional de Sida. Ministerio de Salud. Chile, 1998.
- Ministerio de Salud de la Nación. Ley Nacional de Sida y su Decreto Reglamentario. Ley N° 23798. 1998.
- Ministerio da Saúde (Brasil). CN-DST/AIDS. "Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e procedimentos básicos", 1998. www.aids.gov.br
- Bartlett J. 2000/01 Guide to Medical Care of Patients With HIV Infection. The Johns Hopkins Hospital. Ninth Edition. 2000.
- Burke, D. et al. Measurement of the false positive rate in a screening program for HIV infections. *N Eng J Med* 1988; 319:961-964.
- Constantine, N. T., HIV antibody testing. En P.T.Coher, M. A. Sande and P. A. Voldering (Ed.) *The AIDS knowledge base*, third edition. Lippincott-Williams and Wilkins, Philadelphia Pa. P. 105-112. 1999.
- Sloand, E., Pitt, E. et al. HIV testing. State of the Art. *JAMA*, 1991. Vol. 266: 20; 2861-2866.

GESIDA/Seimc. (España) "Prevención de la Transmisión Vertical y Tratamiento de la Infección por VIH en la Mujer Embarazada". Junio 2001. www.msc.es

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org

Nduati, R. et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283:1167-74.

Wenger L. et al. Reduction of high risk behaviour among heterosexual undergoing HIV antibody testing: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 81:1, 1991.

Wilson T. et al. Testing for HIV and other sexually transmitted diseases: implications for risk behaviour in women. *Health Psychology*, 15:4, 1996.

Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). 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. Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH. Informe final. Buenos Aires, 2004.

Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). Vivir en positivo. Guía para las personas con VIH-sida, sus familiares y amigos. Buenos Aires, 2004.

Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). Salud sexualidad y VIH-sida. Actualización para el debate con los docentes. Buenos Aires 2003.

Weller, S. Salud Reproductiva de los/as adolescentes. Argentina, 1990-1998. En *Cultura, Adolescencia, Saúde: Argentina, Brasil, México*. Maria Coleta Oliveira (org.). 2000 Campinas: Consorcio de Programasesm Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP)

Weller, S. El papel de los adultos en los problemas de los jóvenes. Revisando el concepto de embarazo adolescente. Secretaría Salud Pública y Secretaría Promoción de Rosario. Municipalidad de Rosario. 2001.

Parrilla, L. y Weiss, M. Curso de capacitación de Capacitadores en Sexualidad y Educación. AAPF. 1995.

Peralta, J. Los escenarios de la sexualidad. Marco conceptual y anexo a las Propuestas participativas del Proyecto LUSIDA. Buenos Aires, 1998.

Legislación: Constitución Nacional, art. 19, 33, 42, 75, inc.22 y 23; Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Convenciones sobre los Derechos del Niño. Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación de la mujer; Leyes Nacionales 23.279; 23.592; 23.798; 24.417; 24.455; 24.623. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires Art 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 36, 37, 38. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99). Ley de Salud Reproductiva de la CBA (418/00).

Berlinguer, G.. *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1996.

Cahn, P.; Bloch, C.; Weller, S.: *El sida en la Argentina: Epidemiología, subjetividad y ética social*. Arketipo Editorial, Buenos Aires, 1999.

A. Barrasa, J. del Romero, I. Pueyo, C. de Armas, J.A. Varela, J.M. Ureña, F.J. Bru, M.V. Aguanell, J.R. Ordoñana, J. Balaguer, L.M. Sáez de Vicuña y J. Castilla, por el Grupo EPI-VIH*. Prevalencia de VIH en pacientes de consultas especializadas en el diagnóstico de esta infección en 9 ciudades españolas, 1992-2001.

Aten Primaria 2004;33(9):483-90 | 483

Anexos

Anexo I



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Resolución CePAD N° 1060/SS/02

Buenos Aires,

Visto el Decreto 1981/01 y el Decreto 2002/00, donde se plantea que la Coordinación Sida tiene como responsabilidad primaria ejecutar las acciones necesarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en materia de Sida; y

CONSIDERANDO:

Que la necesidad del control de la epidemia de VIH-sida hace necesario brindar prevención, asesoramiento y diagnóstico de la manera más descentralizada posible.

Que las tareas de prevención, asesoramiento y diagnóstico requieren de alta complejidad en materia de organización, capacitación y recursos humanos (“tecnología leve”), pero no requieren de “tecnología pesada o de alta complejidad”, y por ello bien pueden ser realizadas en espacios del Primer Nivel de atención e incluso en espacios comunitarios.

Que la ubicación de estos servicios en espacios de más fácil acceso para la población garantizan un gran impacto de las acciones, tanto en lo referido a la entrega de preservativos como a la realización del test del VIH.

Que la tarea de asesoramiento y diagnóstico en VIH-sida bien puede ser pensada como un espacio de articulación entre la prevención y la asistencia.

Que el 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 al VIH, y de prevención secundaria en las personas que tienen un resultado positivo al VIH.

Que los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) son espacios de trabajo y oferta de servicios que pueden ser abiertos en los Centros de Salud de los que dispone la Ciudad de Buenos Aires, así como en organizaciones comunitarias que dispongan de los siguientes recursos mínimos: articulación del espacio con por lo menos un Hospital de Referencia donde serán derivadas las personas que tengan un resultado positivo ante el VIH; una persona capacitada o dispuesta a capacitarse que disponga de por lo menos seis horas a la semana para la tarea, un extraccionista, jeringas descartables, guantes, tubos, etiquetas identificadoras, espacio físico para realizar la extracción, material gráfico y/o estrategias de divulgación del servicio (radios comunitarias, redes de vecinos, redes barriales, etc.), material de apoyo (folletería, preservativos) para realizar las entrevistas de pre y post test y/o para dar charlas informativas o educativas, una heladera para el transporte de la sangre del Centro al Laboratorio y un transporte para llevar la sangre del Centro a un laboratorio de referencia.

Por ello,

EL SECRETARIO DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º: Créanse en el ámbito de la Secretaría de Salud los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) para VIH/ Sida, los que funcionarán en los Centros de Atención Primaria de la Salud, Servicios Hospitalarios y/u Organizaciones Comunitarias.

Artículo 2º: Serán objetivos de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD):

Articular la prevención del VIH-sida en espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones por el trabajo articulado con otras instituciones y grupos.

Promover el uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo a las determinaciones culturales y subjetivas que dificultan su utilización.

Promover y realizar el análisis de VIH como estrategia de prevención primaria y secundaria.

Promover la reducción de daño en usuarios de drogas y la prevención de la transmisión vertical en personas viviendo con VIH

Construir un modelo de atención que brinde satisfacción a los usuarios y posibilidades de realización personal y gratificación a los miembros del equipo.

Enfatizar el momento del diagnóstico como espacio privilegiado de articula-

ción de la prevención y la asistencia del VIH-sida.

Realizar campañas informativas sobre la prevención del VIH y divulgar los servicios que brinda el CePAD, teniendo como objetivo llegar a otras instituciones y a usuarios potenciales.

Artículo 3º: Designase como miembros activos de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) a aquellos profesionales de todas las disciplinas vinculadas a la salud; personal técnico y administrativo; personas de la comunidad y personas viviendo con VIH.

Artículo 4º: La Secretaría de Salud, a través de la Coordinación de Sida arbitrará las medidas pertinentes a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente norma.

Artículo 5º: Regístrese, publíquese y para su conocimiento pase a Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, Subsecretaría de Servicios de Salud, sus Direcciones Generales Dependientes, Hospitales y Centros de Salud, cumplido archívese.

Anexo II

Modificación del decreto reglamentario de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

DECRETO N° 2.316 – Boletín N° 1826
MODIFÍCASE EL ARTÍCULO 4°, INCISO H) DEL REGLAMENTO DE LA LEY BÁSICA DE SALUD DE LA C.A.B.A., APROBADO POR DECRETO N° 208/GCBA/01, B. O. N° 1149

Buenos Aires, 20 de noviembre de 2003.

Visto la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153; B.O.C.B.A. N° 703, del 28/5/99), su Decreto reglamentario N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001), el Expediente N° 57.642, y
CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral a través de su artículo 20, y ordena la sanción de una Ley Básica de Salud (artículo 21);

Que dicho mandato fue cumplido con el dictado de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153; B.O.C.B.A. N° 703, del 28/5/99);

Que oportunamente se procedió a reglamentar dicha Ley a través del Decreto N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001);

Que el artículo 4° inciso h de la Ley Básica de Salud establece que “son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención: ... h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos”;

Que la reglamentación de dicho inciso estableció referencias concretas a la edad de 18 años para brindar el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos (inciso 3°);

Que la misma reglamentación dispuso que “cuando el paciente sea menor de 18 años, o no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere” (inciso 5°);

Que las normas transcritas han generado dudas al momento de su aplicación por parte de los profesionales de la salud;

Que ello motivó distintos pedidos de modificación de las normas transcritas, entre los que pueden citarse las solicitudes canalizadas a través de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en las que recomenda-

ba la derogación del requisito de la edad en la reglamentación del artículo 4° de la Ley Básica de Salud;

Que la propia Defensoría del Pueblo impulsó, con acuerdo de este nivel, la decisión de realizar un Consenso de Expertos sobre la temática, fundado en la necesidad de preservar el acceso a la salud a los niños, niñas y adolescentes;

Que el 14 de julio del corriente año tuvo lugar el Consenso de Expertos: "Acceso a la salud integral de niños, niñas y adolescentes", organizado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires;

Que entre las conclusiones arribadas se destacan la obligación de suministrar atención de la salud sin restricciones de acuerdo con el principio de interés superior del/la niño/a y adolescente, y la de difundir entre los/as profesionales del campo de la salud que la denegatoria de asistencia a niños/as o adolescentes puede encuadrar en la figura de abandono de persona;

Dentro de las propuestas de reformas normativas, se propuso reformar el artículo 4°, Inc. h, puntos 3 y 5 de la Reglamentación de la Ley Básica de Salud, suprimiendo el requisito de la edad para brindar el consentimiento informado;

Que tales recomendaciones resultan razonables y atendibles, por lo que se impone directamente suprimir toda referencia a la edad, la que por otra parte no se encontraba en el texto legal;

Por ello, en uso de las facultades legales que le son propias (artículo 102 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires);

**EL JEFE DE GOBIERNO
DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
DECRETA:**

Artículo 1° - Modifícase el artículo 4°, inciso h) del Reglamento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, aprobado por el Decreto N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001), cuyo texto como Anexo y a todos los efectos forma parte del presente Decreto.

Artículo 2° - El presente Decreto será refrendado por los señores Secretarios de Salud y Jefe de Gabinete.

Artículo 3° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos comuníquese a la Secretaría de Salud. Cumplido, archívese. IBARRA - Stern - Fernández

ANEXO

Reglamentación del artículo 4° de la Ley N° 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

Artículo 4° - Inc. h)

1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.
2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.
3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).
4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.
5. Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocu-

pe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

6. En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.

7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.

Anexo III

Modelo de guía de entrevista y consentimiento

-Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico en VIH/sida

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. Genero: F M

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, fue reactivo o positivo; 3. Sí, negativo

11. Lo repite porque _____

Códigos para entrada de datos:

1. Periodo ventana; 2. No fue a retirar el resultado; 3. Confirmar resultado anterior;

4. Nueva exposición a riesgo; 5. Otra

prevención/asesoramiento/diagnóstico

¿Te podemos hacer algunas preguntas para nuestra estadística?

Cobertura Social:

Ninguna Hospital Público Obra Social Prepaga

Vivienda: _____

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

CONSENTIMIENTO DEL/LA CONSULTANTE

INSTITUCIÓN/SERVICIO:.....

Bs.As.,.....de.....de 20.....

__ __ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ __
a b c d e f

(Código del/a consultante)

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. 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.

Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados.

.....
Firma del/la consultante

.....
Firma de retiro de resultado

SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE VIH PARA LABORATORIO

INSTITUCIÓN / SERVICIO:.....

Nº de orden:

Código _ _ _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _
a b c d e f
(Código del/ la consultante)

DNI (optativo):

Fecha: __/__/__

Solicitante:

Uso del laboratorio:

Firma de consentimiento:

TALÓN PARA RETIRO DE RESULTADO

Número de Orden: _____

Fecha: __/__/__

Código _ _ _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _
a b c d e f
(Código del/ la consultante)

Atendido/a por: _____

Podés retirar tu resultado el día: _____

prevención/asesoramiento/diagnóstico

Servicios brindados

Asesoramiento:

Extracción:

Entrega de preservativos/número:

Entrega de folletería:

Tiempo sugerido para segundo análisis (si fuera necesario):

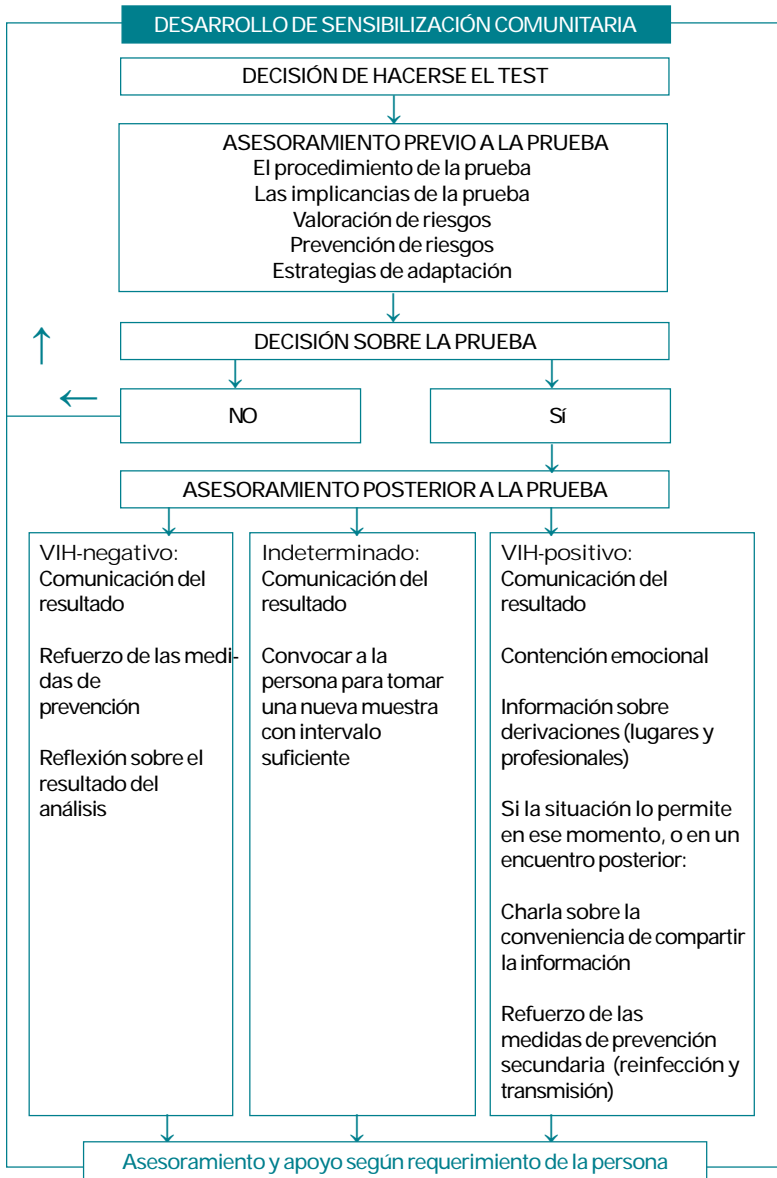
Derivación / sugerencia:

Relato más significativo del consultante / Observaciones:

Observaciones posttest:

Anexo IV

Esquema del proceso completo del CePAD.



Índice

Prólogo	3
---------	---

Parte I – Conceptos básicos	5
I.1. Antecedentes y fundamentación	5
I.2. Consideraciones sobre el trabajo en prevención	6
I.3. Objetivos	10
I.4. Población objetivo	11

Parte II – Estructura y funcionamiento	12
II.1. Espacio institucional y espacio físico	12
II.2. Tareas / Componente de promoción y difusión	12
II.3. Tareas / Componente de educación	14
II.4. Tareas / Componente de asesoramiento	16
II.5. La extracción, conservación, identificación, traslado de las muestras de sangre y resultados	20
II.6. Referencia y contrarreferencia - las ofertas de derivación en el postest	23
II.7. Equipo de trabajo	23
II.8. Capacitación del equipo	26

Parte III – Registros y evaluación	31
III.1. Los registros	31
III.2. La evaluación	31
III.3. El proceso de acompañamiento	33

Bibliografía	34
--------------	----

Anexos	
I. Resolución de los CePAD	36
II. Modificación del decreto reglamentario de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.	39
III. Propuesta de guía de entrevista y consentimiento informado	43
IV. Esquema del proceso completo	47



COORDINACION SIDA / SECRETARIA DE SALUD