

MÉTODOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH:  
MARCO DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO





### LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL PRESENTE DOCUMENTO

1. Elegir una combinación estratégica de modelos de prestación de servicios con el propósito de lograr el acceso universal y equitativo a la orientación y las pruebas de detección del VIH.
2. Ampliar las opciones comunitarias e innovar a fin de ir más allá de los establecimientos de salud.
3. Establecer nexos fuertes que aseguren la prestación de servicios de prevención, atención y tratamiento después de la prueba de detección.
4. Usar las nuevas estrategias con respecto a las pruebas de detección del VIH en las epidemias de alta y baja prevalencia, a fin de garantizar que se estén obteniendo resultados correctos con las pruebas.

## MÉTODOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH: MARCO DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO



Edición original en inglés:  
*Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework.*  
© World Health Organization, 2012  
ISBN 978-92-4-159387-7

## **Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS**

---

### **Organización Panamericana de la Salud.**

Métodos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH: marco de un programa estratégico. Washington, D.C.: OPS, 2013.

1. Infecciones por VIH – diagnóstico. 2. Serodiagnóstico del SIDA. 3. Consejo. 4. Diagnóstico Precoz. 5. Servicios de Salud. 6. Prestación de Atención de Salud. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31778-5

(Clasificación NLM: WC 503.1)

©Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. ([pubrights@paho.org](mailto:pubrights@paho.org)). La Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e ITS podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

*Diseño: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Switzerland.*

## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| <b>ABREVIATURAS Y SIGLAS</b>  | 2  |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b>  | 3  |
| <b>RESUMEN</b>  | 4  |
| <b>1. FUNDAMENTO</b>  | 11 |
| <b>2. ANTECEDENTES</b>  | 13 |
| <b>3. PANORAMA DE LOS ENFOQUES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH</b>   | 17 |
| 3.1 Enfoques basados en un establecimiento  | 18 |
| 3.2 Las pruebas del VIH y la orientación de base comunitaria  | 22 |
| <b>4. LAS CAMPAÑAS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH</b>   | 27 |
| <b>5. OTROS ASPECTOS</b>  | 31 |
| <b>6. PRUEBAS DESTINADAS A GRUPOS ESPECÍFICOS</b>   | 33 |
| <b>7. LOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL VIH</b>   | 40 |
| <b>8. EL DESARROLLO Y LA AMPLIACIÓN DE LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN CON RELACIÓN AL VIH EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO</b> | 50 |
| <b>9. LOS NEXOS CON LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH</b>   | 56 |
| <b>10. CONSIDERACIONES Y PRINCIPIOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH</b>   | 58 |
| <b>11. LA FIJACIÓN DE LAS METAS, LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN, LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA Y LAS INSUFICIENCIAS DE LOS DATOS CIENTÍFICOS</b>             | 62 |
| <b>12. LA INSUFICIENCIA DE LOS DATOS CIENTÍFICOS EXISTENTES</b>   | 66 |
| <b>ANEXOS</b>   | 68 |
| <b>REFERENCIAS</b>  | 74 |

---

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>OMS</b>     | Organización Mundial de la Salud  |
| <b>ONUSIDA</b> | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA                      |
| <b>PEPFAR</b>  | Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida |
| <b>UNICEF</b>  | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia                                   |
| <b>USAID</b>   | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional                  |
| <b>VIH</b>     | virus de la inmunodeficiencia humana  |

## AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desea agradecer a las numerosas personas que contribuyeron a la preparación del presente documento: Miriam Taegtmeier de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool en el Reino Unido; Bernadette Hensen y Liz Corbett de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Nelly Mugo de la Universidad de Nairobi, el Hospital Nacional de Nairobi y la Universidad de Washington; Sue Napierala de Women's Global Health Imperative, RTI International de San Francisco; Heidi van Rooyen del Consejo de Investigación en Ciencias Humanas de Sudáfrica; Kenly Sikwese de la Red personas con el VIH o aquejadas de sida de Zambia; Charlene Brown y Vincent Wong de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Pamela Bachanas, Amy Medley, Kristina Grabbe y Stephanie Behel de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; y Michaela Clayton de la Alianza por los Derechos Humanos y el Sida y de África Austral.

La OMS también desea reconocer la contribución aportada por los siguientes miembros del personal de la organización: Rachel Baggaley, Andrew Ball, Kathleen Fox, Reuben Granich, Gottfried Hirnschall, Ying-Ru Lo, Kevin O'Reilly, Nathan Shaffer y Marco Antônio de Ávila Vitória del Departamento del VIH; Jane Ferguson del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; Gaby Vercauteren, Anita Sands y Mercedes Pérez González del Departamento de Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales; Frank Lule, Buhle Ncube, Innocent Ntaganira, Brian Pazvakavambwa y Fahmi Ahmed de la Oficina Regional para África; Joumana George Hermez y Gabriele Riedner de la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental; Martín Donoghoe y Lali Khotenashvili de la Oficina Regional para Europa; Massimo Ghidinelli, Freddy Perez de la Oficina Regional de la OMS para las Américas; Iyanthi Abeyewickreme de la Oficina Regional para Asia Suroriental; y Teodora Wi, Masaya Kato, Nicole Seguy de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental.

Se encargaron de la redacción del documento Rachel Baggaley, Andrew Ball, Bernadette Hensen, Anita Sands y Gaby Vercauteren y de la edición Ward Rinehart, de los Servicios Editoriales Jura.

## RESUMEN

### LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL PRESENTE DOCUMENTO

1. Elegir una combinación estratégica de modelos de prestación de servicios con el propósito de lograr el acceso universal y equitativo a la orientación y las pruebas de detección del VIH
2. Ampliar las opciones comunitarias e innovar a fin de ir más allá de los establecimientos de salud.
3. Establecer nexos fuertes que aseguren la prestación de servicios de prevención, atención y tratamiento después de la prueba de tratamiento.
4. Usar las nuevas estrategias con respecto a las pruebas de detección del VIH en las epidemias de alta y baja prevalencia, a fin de garantizar que se estén obteniendo resultados correctos con las pruebas.

Las personas obtienen acceso al tratamiento, la atención y una amplia variedad de opciones de prevención de la infección por el VIH por medio de los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH. En la actualidad, la mayoría de las personas que tienen VIH ignora su estado de infección; las personas que lo conocen, suelen hacerse la prueba demasiado tarde y la ineficacia de los nexos entre los servicios de detección y atención hace que comiencen el tratamiento antirretroviral cuando su estado de inmunodepresión es ya grave, lo cual genera resultados de salud deficientes y favorece la persistencia de la transmisión. Una respuesta eficaz de salud pública a la infección por el VIH exige servicios fiables de orientación y detección de la infección. Al mismo tiempo, estos servicios deben contar con vínculos efectivos con los servicios de atención y tratamiento de la infección. La utilidad de los servicios de pruebas de detección y orientación depende de su capacidad de vincular a las personas con servicios que sean aceptables, accesibles y eficaces.

El objetivo general de la prestación de la orientación y la detección del VIH en un programa nacional debe consistir en reconocer al mayor número posible de personas infectadas, en una etapa temprana de su infección, vincularlas eficazmente con los servicios de prevención, atención y tratamiento y poner en contacto a las personas cuyos resultados son negativos, con los servicios de prevención. El presente marco de acción se ha elaborado con el propósito de ayudar a los países a escoger la mejor combinación de estrategias que logre este objetivo, definir los modelos de prestación de servicios de detección y orientación que sean más aceptables y eficaces en función de los costos, y llegar de una manera óptima a las comunidades más vulnerables a esta infección. Los países deben fijar las metas de sus servicios de detección del VIH y orientación posterior a la prueba, con el objeto de garantizar su función en la respuesta general al VIH, y deben vigilar la utilización y la cobertura que se alcanza con la prueba en las poblaciones destinatarias, a fin de adaptar en consecuencia los programas vigentes.

**Existen muchos modelos de prestación de servicios de orientación y detección del VIH.** Hasta hace poco, los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH se ofrecían en su mayor parte en los establecimientos de atención de salud y los centros independientes de orientación y pruebas voluntarias. En la actualidad, se están desarrollando nuevos enfoques comunitarios con el fin de atender mejor a las personas que de otro modo no tendrían un acceso rápido a los servicios de orientación y prueba de detección del VIH. En muchos entornos, las estrategias comunitarias pueden ofrecer las mejores posibilidades de avanzar hacia el acceso universal a los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH, con lo cual se fortalece el acceso universal al tratamiento y la prevención. Entre estas dos esferas, es decir los modelos de prestación de servicios en los establecimientos sanitarios y los servicios de prestación comunitaria existen muchas variantes.

También ha evolucionado el mecanismo por el cual las personas se hacen la prueba de detección del VIH. En un principio, el personal clínico de los consultorios recomendaba la prueba a las personas cuyos síntomas evocaban la infección por el VIH o cuyo presunto comportamiento indicaba la posibilidad de una exposición. Cuando esta estrategia demostró ser muy limitada y tardía, se plantearon las pruebas y la orientación voluntarias, como una primera forma programática de la orientación y la detección del VIH y se suministraron en general en centros independientes. Actualmente, la mayoría las pruebas de detección tiene lugar cuando las personas acuden a los establecimientos de atención de salud (sobre todo a los consultorios de atención prenatal y otros servicios de salud reproductiva) y se practican de manera sistemática, a menos que las personas las recusen; esta estrategia se conoce como la prestación de orientación y pruebas por iniciativa del proveedor de atención de salud. La orientación de las parejas ofrece un enfoque complementario prometedor; las parejas acuden juntas en busca de la prueba o un miembro de la pareja trae el otro, por recomendación de un proveedor de atención de salud. La autoadministración de la prueba de detección del VIH puede brindar a algunas personas la oportunidad de conocer su estado serológico, incluso cuando no pueden o son renuentes a buscar los servicios de detección y orientación que se prestan por otros medios.

**La mayor eficacia se logrará con una combinación de modelos de prestación de servicios, escogida estratégicamente.** Suministrar las pruebas de detección del VIH y la orientación a todas las personas a quienes pueden serles útiles exige una diversidad de enfoques. Ningún modelo de prestación será adecuado para todas las personas que se pueden beneficiar con este servicio en un país o un entorno determinado. Los países deben escoger una combinación de enfoques diversos.

## PUNTOS CLAVE

- Existen **muchos modelos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH** que se pueden escoger.
- La mayor eficacia se logrará con una **combinación** de modelos de prestación.
- Los países deben **escoger los modelos de prestación de servicios de manera estratégica**.

Los principales criterios son:

- » El tipo de epidemia
  - » La eficacia en función de los costos
  - » La equidad en el acceso
  - » Los recursos existentes.
- Obtener una repercusión con los servicios de orientación y pruebas del VIH exige **nexos fuertes** con los servicios de atención y tratamiento.
  - Las **pruebas rápidas de diagnóstico con resultados inmediatos** han constituido una estrategia importante que garantiza la comunicación de los resultados y el vínculo con la atención y el tratamiento.
  - Los países deben fijar **las metas** de la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH.
  - En los enfoques **comunitarios de prestación de la orientación y las pruebas del VIH** las medidas innovadoras pueden ampliar la cobertura a las personas a las que nunca se había llegado anteriormente con estos servicios.
  - En los **establecimientos de salud** se debe dar prioridad a la orientación y las pruebas iniciadas por el proveedor de atención de salud, en otras consultas además de la atención prenatal.
  - La ampliación de la prestación de **las pruebas del VIH y la orientación a las parejas** podría tener una repercusión considerable de tipo preventivo, terapéutico y social.
  - Todos los modelos de prestación de orientación y pruebas del VIH deben respetar **los derechos humanos**. Nunca deben ser obligatorias ni vincularse con la discriminación ni la penalización.
  - Cualquiera que fuese el modelo de prestación de servicios de orientación y pruebas del VIH, se debe dar prioridad a **garantizar la calidad** de las pruebas y de la orientación.

Los criterios importantes en la selección de los enfoques incluyen los siguientes:

- El **tipo de epidemia**, ya sea generalizada de alta prevalencia, concentrada en poblaciones específicas afectadas (como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que se inyectan drogas) o de bajo nivel. Por ejemplo, una epidemia generalizada exige dar prioridad a las pruebas de detección y orientación iniciadas por el proveedor de atención de salud en prácticamente todos los contactos de atención de salud. Por el contrario, en una epidemia con-

centrada o de bajo nivel, este modelo se puede limitar a los establecimientos que pueden atraer a las personas infectadas por el VIH o expuestas a este virus. como los consultorios de tuberculosis, los servicios que atienden a las personas que se inyectan drogas y los consultorios donde se tratan las infecciones de transmisión sexual (véase el cuadro 1).

- La **eficacia en función de los costos** comparativa de los distintos enfoques, medida como el número de infecciones recién detectadas en función del número de pruebas realizadas. La eficacia en función de los costos de una estrategia varía según el tipo de epidemia. Por ejemplo, las visitas domiciliarias de puerta a puerta pueden ser productivas en las zonas de alta prevalencia, pero encontrarían solo un escaso porcentaje de personas infectadas en un entorno de prevalencia baja. Asociar las pruebas de detección del VIH con otros servicios e iniciativas de tamizaje en las campañas dirigidas a varias enfermedades podría ser eficaz en función de los costos, dar lugar a efectos sanitarios más amplios y reducir el estigma.
- La **equidad del acceso**. En conjunto, la combinación de diversos enfoques debe llegar a todas las zonas y cubrir a todas las poblaciones para quienes puede ser útil el servicio. En las epidemias generalizadas, este criterio pone de relieve la importancia de las estrategias de servicios móviles y de extensión que pueden llegar a las regiones remotas subatendidas por los centros de atención. En las epidemias concentradas, este criterio hace hincapié en los servicios innovadores dirigidos a las poblaciones clave que existen en estas comunidades y cuyos miembros tal vez podrían contribuir a poner en práctica.
- Los **recursos existentes**. Los diversos modelos de prestación de servicios de pruebas de detección del VIH y orientación comportan diferentes condiciones de recursos, como el personal con capacitación apropiada y la infraestructura. En condiciones ideales, con la combinación de enfoques se aprovecharían al máximo los recursos existentes y al mismo tiempo se podrían contrarrestar sus carencias. La obtención de recursos adicionales con el fin de intensificar los servicios de detección y orientación constituye un aspecto primordial en la planificación de la ampliación global de escala de la respuesta al VIH.

**Los países deben fijar las metas de los servicios de orientación y detección del VIH y vigilar los progresos logrados.** Al establecer las metas de estos servicios se tiene en cuenta la diversidad de los modelos de prestación y las poblaciones y las comunidades destinatarias. También es importante que este mecanismo contribuya a alinear y coordinar los servicios de orientación y detección del VIH con los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección. Además, al fijar las metas de los servicios de detección y orientación se destaca su función crucial en la respuesta general a la infección por el VIH y se motiva al personal que trabaja en estos programas.

Con el fin de lograr la máxima eficacia, las metas deben trascender un objetivo numérico global e incluir objetivos específicos, por ejemplo en función del modelo, de la población atendida y de la zona geográfica. Con el propósito de aumentar el número de personas que conocen su estado con respecto a la infección por el VIH, los programas deben dar prioridad a las pruebas realizadas por primera vez y fijar las metas al respecto. Al mismo tiempo, la repetición de la prueba debe permanecer al alcance y sin dificultad para las personas que presentan un riesgo continuo de contraer la infección, como los integrantes de las poblaciones clave.

---

## AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS EN RELACIÓN CON EL VIH

Se puede hacer más en las comunidades al igual que en los establecimientos de salud.

**Los modelos comunitarios ofrecen grandes posibilidades** de alcanzar a las personas y los lugares donde no llegaba la atención anteriormente. Además, con estos enfoques se pueden detectar las infecciones en una etapa más temprana de su evolución que con las pruebas realizadas en los establecimientos de salud. Anticipar el reconocimiento de la infección favorece la instauración más oportuna del tratamiento, lo cual a su vez da lugar a mejores resultados terapéuticos y preventivos.

Los diferentes enfoques convienen a diferentes tipos de epidemias y a diferentes poblaciones destinatarias. Las opciones de estrategias incluyen las pruebas de detección y la orientación prestadas por los servicios de salud comunitarios existentes, los servicios móviles y los servicios de extensión que se organizan de manera periódica en las instalaciones disponibles. Las visitas domiciliarias de puerta a puerta en las zonas de alta prevalencia y las visitas a los hogares donde residen personas con diagnóstico conocido de infección por el VIH o tuberculosis pueden alcanzar a los hombres, las parejas y los adolescentes que difícilmente buscarían hacerse la prueba por cuenta propia. Las personas recluidas en las prisiones y otros entornos institucionales cerrados necesitan que se ofrezcan las pruebas de detección del VIH y la orientación en estos establecimientos y contar con el acceso a los servicios de seguimiento, dado que muchos provienen de las poblaciones clave.

En la actualidad están surgiendo nuevos modelos de prestación comunitaria. Existen muchas oportunidades de adaptar los enfoques actuales y de formular estrategias totalmente nuevas. El seguimiento, la evaluación y la información sobre estas innovaciones acelerarán la introducción de enfoques eficaces, basados en datos científicos obtenidos en las comunidades en todo el mundo.

**En los establecimientos de salud es preciso asignar una prioridad más amplia a la orientación y las pruebas de detección del VIH por iniciativa de los proveedores de salud.** Con esta estrategia se ha logrado aumentar considerablemente el porcentaje de mujeres que se hacen la prueba en los entornos de atención prenatal. En estos servicios se asigna una alta prioridad a la orientación y las pruebas de detección del VIH, porque los resultados de la prueba documentan la elección de estrategias apropiadas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y fomentan la salud de la madre. Es preciso asignar también una prioridad a la orientación y las pruebas de detección iniciadas por los proveedores en otros entornos clínicos. En todo tipo de epidemia, esta estrategia merece una alta prioridad en los servicios donde suelen acudir en busca de atención las poblaciones clave, como el tratamiento antituberculoso o los consultorios de las infecciones transmitidas sexualmente y también los servicios dirigidos a las personas que consumen drogas inyectables y los programas de reducción del riesgo. En las epidemias generalizadas de alta prevalencia, el enfoque más eficaz podría ser ofrecer la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH iniciadas por los proveedores en cada contacto de atención de salud. También se recomienda la estrategia de oferta a las parejas, sobre todo en los entornos con una alta carga de morbilidad.

Aunque ahora es factible que la persona se haga ella misma la prueba del VIH, queda por determinar su utilización apropiada. Surgen muchas dudas acerca de, por ejemplo, la calidad de los resultados, la falta de orientación, los vínculos con los servicios de seguimiento y la posibilidad de un uso indebido. ¿Deberían los programas promover o al menos facilitar esta prueba? A medida que se comercializan los estuches para autoadministrarse la prueba del VIH, ¿cómo deberían los programas ofrecer y prestar apoyo después de esta prueba?

## ASEGURAR UN EFECTO Y GARANTIZAR LA CALIDAD

**La repercusión de la orientación y las pruebas de detección del VIH depende de su vínculo con los servicios** y viceversa. Un nexo débil entre las pruebas de detección y la orientación y los servicios de seguimiento, prevención, tratamiento, atención y apoyo constituye el talón de Aquiles de muchos programas contra la infección por el VIH. Estos vínculos deben ser fuertes y los servicios de seguimiento deben ser dinámicos, con el objeto de ofrecer toda la gama de opciones y poder adaptar sus respuestas a las necesidades específicas de cada persona y de las parejas. Los vínculos sólidos con servicios de gran calidad de prevención, tratamiento y atención se deben integrar a todos los planes de ampliación de las iniciativas de pruebas de detección y de orientación y a la introducción de nuevos modelos de prestación. Aparte de lo anterior, se necesita un mayor reconocimiento de la importancia de la orientación y las pruebas de detección en la respuesta general contra la infección por el VIH a nivel de formulación de las políticas; los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo no tienen ninguna utilidad para las personas que no acuden a ellos porque no conocen su estado serológico frente a la infección por el VIH.

En la actualidad, se están ampliando las opciones que se ofrecen a las personas en cuanto a los servicios de seguimiento después de la orientación y la prueba de detección del VIH, con lo cual cobra mayor importancia hacerse la prueba y estas tal vez se vuelven más atractivas para las personas. Las nuevas recomendaciones reconocen el efecto preventivo del tratamiento antirretroviral sobre la transmisión del VIH (denominado “tratamiento como prevención”). Este tratamiento representa un interés especial en las parejas serodiscordantes, en las cuales una persona es seropositiva y la otra es seronegativa. Además, los datos de investigaciones recientes indican que la profilaxis antes de la exposición con medicamentos antirretrovirales puede ayudar a prevenir la infección, sobre todo en la persona seronegativa de una pareja serodiscordante y en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

**La calidad técnica es primordial.** Como ocurre con todo aumento de la cobertura de los servicios, la intensificación de la orientación y las pruebas del VIH y la adopción de nuevos modelos de prestación del servicio exigen una atención especial a la calidad. En los entornos donde se practican las pruebas y la orientación iniciadas por un proveedor de atención de salud cuya actividad principal no es la atención de la infección por el VIH (por ejemplo, en los servicios de atención prenatal) y en los entornos comunitarios, la exactitud de las pruebas y la garantía continua de la calidad del examen requerirán planificación, ejecución y evaluación cuidadosas. La aplicación de las nuevas estrategias de pruebas destinadas a los entornos de alta y baja prevalencia que se presentan a continuación contribuirá a garantizar que los resultados de las pruebas sean correctos.

**Es necesario proteger los derechos humanos,** sea cual fuere el modelo de realización de las pruebas y el método de prestación que se ofrece. Siempre se deben aplicar y respetar los cinco componentes imprescindibles de las prácticas óptimas de toda prueba de detección: el consentimiento fundamentado, la confidencialidad, la orientación, los resultados correctos de la prueba y el vínculo con la atención de salud. A medida que se establecen los modelos comunitarios y se amplían, se pueden necesitar iniciativas complementarias que procuren la confidencialidad y los vínculos.

Además, la aplicación de la prueba siempre debe ser voluntaria, nunca obligatoria ni forzada. La prueba nunca se debe promover en las situaciones donde un resultado positivo pueda dar lugar a discriminación o cuando la decisión de someterse a la prueba se pueda considerar indicativa de un comportamiento tipificado como delito.

Queda mucho por aprender. La importancia del acceso universal a la orientación y las pruebas del VIH está plenamente aceptada; sin embargo, no se conoce bien el mejor método de obtenerlo. El seguimiento y la evaluación minuciosos son necesarios en la ampliación de los enfoques muy utilizados como la orientación y las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor de salud y especialmente en el

establecimiento de nuevos enfoques comunitarios, como la oferta de las pruebas y la orientación en los hogares. Los conocimientos que se obtendrán contribuirán a mejorar el desempeño de cada modelo de prestación del servicio y documentarán también la decisión de cada país sobre la combinación óptima de enfoques que debe adoptar.

## CUADRO 1. APLICACIONES PROBABLES DE LOS DIVERSOS MODELOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH EN DIFERENTES SITUACIONES EPIDÉMICAS

| Modelo de prestación de las pruebas de detección y la orientación  | Epidemia concentrada o de bajo nivel  | Epidemia generalizada  |
|--|---|--|
| <b>Prestación basada en un establecimiento</b>   |   |  |
| <b>Entornos clínicos</b>   |   |  |
| Atención prenatal  | Es necesario evaluar la eficacia en función de los costos   | Prestación de las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor en cada contacto de atención de salud                                    |
| Consultorios de atención de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, los centros de distribución de agujas y jeringuillas o de tratamiento de sustitución de opioides | Prestación de las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor en estos servicios que atienden a las poblaciones clave |  |
| Consultorios generales y otras consultas específicas   | Prestación de las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor en las prisiones y otras instituciones cerradas         |  |
| <b>Otros establecimientos, por ejemplo:</b>  |   |  |
| Centros independientes de orientación y pruebas voluntarias  | Ubicados con el fin de atender a las poblaciones clave  | Dirigidas a las personas que se autodeclaran a riesgo de contraer la infección y encuentran estos establecimientos más apropiados que los consultorios |
| Centros independientes de orientación y pruebas de detección del VIH   |   |  |
| <b>Prestación comunitaria</b>  |   |  |
| Servicios de extensión y móviles   | Dirigidas a las poblaciones clave y las zonas geográficas de alta prevalencia   | Dirigidas a las poblaciones clave y las zonas remotas  |
| Prestación domiciliar de puerta a puerta   |   | Donde no existe otro modelo de prestación de orientación y pruebas del VIH o cuando las mujeres no pueden salir del hogar                              |
| Caso índice en domicilio   | En los hogares de las personas con diagnóstico o presunción clínica de infección por el VIH o tuberculosis                            | En los hogares de las personas con diagnóstico conocido o presunción de infección por el VIH o tuberculosis  |
| Eventos comunitarios   |   | Dirigidas a la población general; pueden alcanzar a los hombres y los jóvenes (por ejemplo, en las competiciones deportivas)                           |
| Campañas   |   | Se pueden dirigir a la población general o a públicos específicos, por ejemplo las parejas, los hombres o los jóvenes                                  |
| Lugares de trabajo, escuelas   |   | Dirigidas a las personas que trabajan y los estudiantes cuyos horarios no les permiten acudir a las consultas en los centros de atención               |
| <b>Las pruebas ofrecidas a las parejas o a la pareja de un caso conocido</b>   | Prestación de orientación y pruebas del VIH dirigida a la pareja de personas con un resultado positivo en la prueba del VIH           | Ofrecer a todos la prestación de orientación y pruebas del VIH dirigida a las parejas  |

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

## 1. FUNDAMENTO

El presente documento se basa en las iniciativas anteriores encaminadas a respaldar la ampliación de los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH. En el 2003 y el 2004 la OMS definió los métodos y principios de una práctica adecuada de orientación y pruebas de detección del VIH, con el objeto de promover un enfoque basado en los derechos humanos (WHO 2003; WHO/UNAIDS/HIV/AIDS Alliance/GTZ, 2005). Habida cuenta de las oportunidades desaprovechadas de diagnosticar a los pacientes que se presentaban a los establecimientos de salud y otros entornos de alta prioridad, las iniciativas posteriores de la OMS han procurado extender la prestación de las pruebas y orientación voluntarias basadas en un establecimiento. Entre los documentos publicados con el fin de apoyar estas iniciativas se encuentran los siguientes:

- *Directrices sobre la orientación y las pruebas relacionadas con el VIH iniciadas por el proveedor en los establecimientos de salud* (WHO/UNAIDS, 2007)
- *Directrices sobre la orientación y las pruebas relacionadas con el VIH en los entornos donde acuden las personas que se inyectan drogas: mejorar el acceso al tratamiento, la atención y la prevención* (WHO/SEARO/UN, 2009)
- *Directrices sobre la orientación y las pruebas relacionadas con el VIH en las prisiones y otros medios cerrados* (UNODC/WHO, 2009)
- *Informar los resultados de las pruebas del VIH, comunicar los mensajes sobre la repetición de la prueba y orientar a los adultos* (WHO, 2010)
- *Obligaciones normativas de la OMS sobre la orientación y las pruebas de detección del VIH en los lactantes y los niños pequeños en los establecimientos de salud* (WHO/UNICEF, 2010)
- *Pruebas de detección del VIH en los niños pequeños* (WHO, 2011)
- *Manual para mejorar los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH: versión de experimentación sobre el terreno* (WHO, 2011a)
- *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero* (WHO, 2011b)
- *Guía de seguimiento y evaluación de los programas nacionales de orientación y pruebas de detección del VIH: versión de evaluación en el terreno* (WHO, 2011c)
- *Directrices sobre la orientación y las pruebas de detección del VIH a las parejas, incluido el tratamiento antirretroviral como tratamiento y prevención en las parejas serodiscordantes: recomendaciones para una estrategia de salud pública* (WHO, 2012).

En los últimos años ha tenido lugar una ampliación de los modelos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH. La orientación y las pruebas de detección voluntarias, independientes, iniciadas por el usuario y las pruebas y orientación por iniciativa del proveedor de salud han seguido aumentando, al mismo tiempo que otros enfoques han cobrado impulso. El número de pruebas de detección del VIH realizadas anualmente ha aumentado de manera considerable durante el último decenio y en 2010 se realizaron 95 millones de pruebas (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011); sin embargo, son insuficientes los datos sobre las poblaciones que están cubiertas. Se calcula que la mayoría de las personas con el VIH en todo el mundo desconoce su estado frente

---

a la infección (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011), los datos de cada país sobre las pruebas del VIH y la orientación son escasos y pocos países han establecido las metas de cobertura con este servicio.

Las pruebas de detección y la orientación relacionadas con el VIH se siguen suministrando en los establecimientos de atención de salud mediante la oferta rutinaria de la prueba y se ha logrado una mayor aceptación (WHO/UNAIDS, 2007). Con este enfoque se ha aumentado la utilización de estos servicios en los entornos clínicos, sobre todo en la atención prenatal (Hensen et al, 2011). De todos modos, es necesario ampliar el acceso a las pruebas por iniciativa de los proveedores en los entornos clínicos, especialmente en las epidemias concentradas de mayor prevalencia.

Pese a los nuevos enfoques de prestación de servicios de pruebas de detección y orientación relacionadas con el VIH, hasta la fecha la OMS no ha suministrado una información o una evaluación de los modelos de prestación por fuera de un establecimiento. Esta información ayudaría a los países a adoptar opciones estratégicas en materia de aumento de la cobertura, el acceso, la repercusión y la aceptabilidad. Por lo tanto, el objetivo del presente marco normativo estratégico, consiste en definir las combinaciones óptimas de modelos de prestación de estos servicios y apoyar su ampliación, con base en el contexto epidemiológico de cada país o región. Este marco se fundamenta en los datos científicos obtenidos a partir del análisis de la bibliografía publicada e inédita y de las experiencias de los programas en curso.

## 1.1 OBJETIVOS

Los objetivos del presente marco normativo de las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH consisten en preconizar y analizar los siguientes aspectos:

1. el uso continuo, eficaz y apropiado de las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por los proveedores en los entornos de atención de salud;
2. la ampliación de los modelos de prestación de servicios de orientación y pruebas del VIH, más allá de las estrategias basadas en los establecimiento de atención de salud, con el propósito de aumentar el acceso y la cobertura de los servicios y potenciar al máximo la eficiencia, el impacto y la equidad;
3. la elección estratégica y la ejecución de una combinación de modelos de prestación de servicios de orientación y pruebas del VIH, con base en un análisis del contexto epidemiológico, social y programático, a fin de potenciar al máximo el impacto y la equidad;
4. la prestación de servicios de alta calidad y el cumplimiento de los principios rectores de las pruebas (los cinco componentes imprescindibles) cuando se aumenta la cobertura de los servicios; y
5. la fijación y la medición de metas claras de las pruebas de detección y orientación, que se asocien con los objetivos de los servicios de atención de la infección por el VIH.

## 1.2 EL PÚBLICO DESTINATARIO

Este documento se dirige a los proveedores de salud clínicos y comunitarios que se ocupan de la infección por el VIH, la tuberculosis y otros tipos de atención de salud, a los directores de los programas y a las instancias normativas.

## 2. ANTECEDENTES

Las pruebas de detección del VIH, como una “vía de entrada primordial” a los servicios, son esenciales en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH (figura 1). Sin embargo, cerca de 30 años después de la aparición de las primeras pruebas de anticuerpos contra el VIH, el progreso hacia un conocimiento universal del estado serológico con respecto a la infección sigue siendo insuficiente.

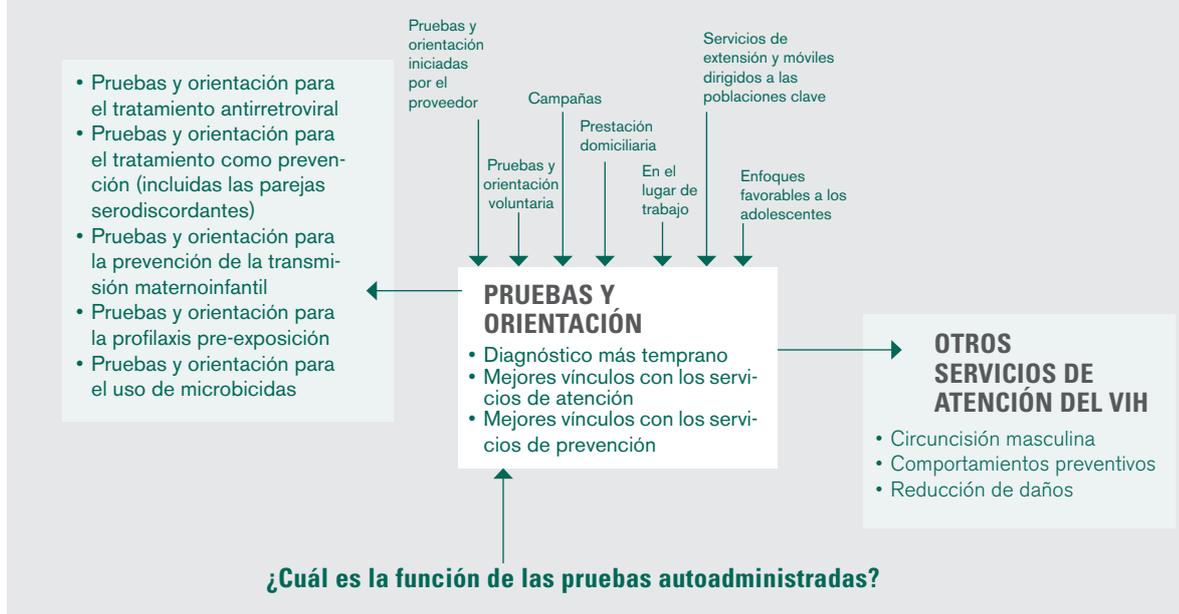
Las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH facultan a cada persona y a las parejas a adoptar las medidas encaminadas a prevenir la transmisión o a contraer la infección. Además, el hecho de someterse a la prueba ofrece acceso a servicios de prevención de la infección, entre ellos la prevención de la transmisión maternoinfantil y la circuncisión masculina y constituye un componente necesario de las nuevas intervenciones de prevención de la infección por el VIH con medicamentos antirretrovirales, como la profilaxis preexposición y los microbicidas. Asimismo, los recientes datos científicos sobre la eficacia de la iniciación temprana del tratamiento antirretroviral en la prevención de la transmisión del VIH en las parejas serodiscordantes (Cohen et al, 2011), que confirman los resultados de estudios de cohortes previos (Anglemyer et al, 2011), destacan la necesidad de ampliar el acceso a los servicios de pruebas dirigidos a las parejas. A escala comunitaria, la ampliación de los servicios de pruebas y orientación con respecto al VIH puede contribuir a normalizar estos servicios en la comunidad y a disminuir el estigma y la discriminación que generan (Khumalo-Sakutukwa et al, 2008).

El conocimiento del estado frente a la infección por el VIH es también necesario para iniciar el tratamiento. Sin embargo, una gran proporción de personas infectadas, incluso en muchos países de altos ingresos<sup>1</sup> (Coenen et al, 2008), no conoce su diagnóstico hasta cuando aparecen los síntomas y por consiguiente acuden tarde en busca de tratamiento (Fairall et al, 2008; Kigozi et al, 2009). La presentación tardía a los servicios de atención disminuye los efectos del tratamiento antirretroviral sobre la morbilidad y la supervivencia y retrasa la adopción de medidas preventivas por parte de las personas con el VIH y sus parejas.

A pesar de la ampliación de escala generalizada de las pruebas de detección del VIH y orientación, iniciadas por el usuario o por el proveedor de atención de salud en contextos diversos, el alcance actual de estos servicios permanece bajo. En las epidemias generalizadas, la mayoría de las personas con el VIH desconocen su estado frente a la infección. Según las Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre el 2007 y el 2009, la mediana de las personas que se han hecho en algún momento la prueba es 33,6% en las mujeres y 17,2% en los hombres en 18 países de ingresos bajos y medianos (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011). En muchos entornos, las mujeres cuentan con un mayor acceso a los servicios de pruebas de detección y orientación debido a su contacto más frecuente con los servicios de salud; los hombres, los niños y los adolescentes, las poblaciones rurales y las poblaciones clave vulnerables a la infección por el VIH suelen tener menos acceso a los servicios necesarios y, aun donde los servicios están al alcance, estos grupos encuentran barreras al acceso o consideran los servicios inaceptables.

<sup>1</sup> Se calcula que en la Unión Europea cerca de un tercio de las personas con VIH desconocen su estado frente a la infección. En los Estados Unidos el porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por el VIH fue 32,3% en el 2007, lo cual indica que al menos una proporción equivalente continuaba sin conocer su estado serológico.

## FIGURA 1. LA ORIENTACIÓN Y LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO UNIVERSALES



En las epidemias de bajo nivel y concentradas, pese a la gran cantidad de pruebas realizadas en los entornos clínicos, incluidos los consultorios de atención prenatal con fines de prevención de la transmisión maternoinfantil, con frecuencia las poblaciones clave que presentan el mayor riesgo de contraer la infección permanecen fuera de alcance. Existen obstáculos estructurales, operativos, logísticos y sociales como el estigma, la discriminación y las leyes y las políticas punitivas que todavía limitan el acceso a los servicios de diagnóstico existentes. Es necesario eliminar estas barreras con el fin de potenciar al máximo el conocimiento del estado frente a la infección por el VIH y progresar hacia el acceso universal a los servicios esenciales.

Los enfoques actuales de prestación de pruebas de detección y orientación con relación al VIH han aumentado de manera considerable el número de pruebas realizadas. Los datos provenientes de 108 países indican que en el 2010 más de 79 millones de personas se hicieron la prueba de detección del VIH y recibieron orientación, lo que representa un aumento con respecto a los 67,4 millones comunicados por 100 países en el 2009 (WHO/UNICEF/UNAIDS, 2011). Un subconjunto de 86 países suministró datos sobre el número de pruebas realizadas en el 2009 y el 2010 en función del tamaño de la población adulta. En estos países combinados, la mediana del número de pruebas por 1000 habitantes adultos aumentó un 17%, de 47 a 55. Todas las regiones comunicaron un aumento de la mediana del número de pruebas por 1000 habitantes, con la excepción de África del Norte y la región del Oriente Medio, donde las tasas permanecieron generalmente estables. La variabilidad regional es grande y oscila entre 3,6 pruebas por 1000 habitantes en África del Norte y Oriente Medio y 82,0 pruebas por 1000 habitantes en África subsahariana.

No está claro, sin embargo, la proporción del aumento que corresponde a las pruebas por primera vez en las poblaciones clave, que indica el incremento del número de personas que conoce su estado frente a la infección por el VIH. Aunque estos informes de país notifican el número total de personas que se sometieron a la prueba, no comunican la proporción que lo hizo más de una vez durante el curso del año ni tampoco diferencian entre las pruebas de primera vez y las pruebas repetidas; estas

proporciones pueden variar entre los países. El aumento notificado de la utilización de las pruebas y la orientación con respecto al VIH puede corresponder, en parte, a una mayor frecuencia de pruebas repetidas y a las pruebas realizadas en personas con menor riesgo, más que a un mejor acceso de las personas en mayor peligro de contraer la infección.

Es preciso dar mayor importancia a priorizar los enfoques de orientación y pruebas de detección relacionadas con el VIH que sean eficaces en función de los costos y logren la máxima repercusión, mediante el reconocimiento de las personas que se podrían beneficiar con el tratamiento y la vinculación de las personas en mayor riesgo de contraer la infección con las intervenciones de prevención. Con el propósito de lograr este objetivo, la OMS respalda la continua ampliación de la oferta de pruebas y orientación con base en un establecimiento de salud.

Es preciso dar mayor importancia a priorizar los enfoques de pruebas de detección y orientación relacionadas con el VIH que sean eficaces en función de los costos y logren la máxima repercusión.

Al mismo tiempo, la OMS reconoce que la rápida ampliación de modelos de prestación innovadores, aparte de la orientación y las pruebas voluntarias y de las iniciadas por los proveedores en los centros de salud. Esta expansión es necesaria con el fin de lograr la igualdad frente a la cobertura y el acceso a servicios de buena calidad, mejorar su disponibilidad y facilitar el conocimiento universal del estado frente a la infección por el VIH. Además de aumentar el acceso y el alcance equitativo a las pruebas y la orientación, la OMS ha apoyado el uso de las pruebas rápidas de diagnóstico del VIH, incluida su ejecución por parte de asesores no especializados en algunos entornos, quienes cuentan con capacitación específica y supervisión. La capacitación rigurosa, una supervisión constructiva y la garantía de la calidad (es decir, la exactitud) son primordiales a fin de garantizar la calidad de los resultados. La OMS apoya la adopción de una combinación eficaz de modelos innovadores de prestación de orientación y pruebas de detección del VIH y de enfoques eficaces en función de los costos que cumplan con los principios de prácticas óptimas y se adapten a las características epidemiológicas locales y otros contextos. La ampliación de estos servicios debe ser conforme a un método de pruebas basado en los derechos, que proteja los derechos humanos de la persona que se somete a la prueba del VIH y cumpla con los principios éticos de la ejecución de estos servicios (véase el recuadro a continuación).

## PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN Y LA ORIENTACIÓN CON RESPECTO AL VIH: UTILIZACIÓN VOLUNTARIA DE LOS SERVICIOS

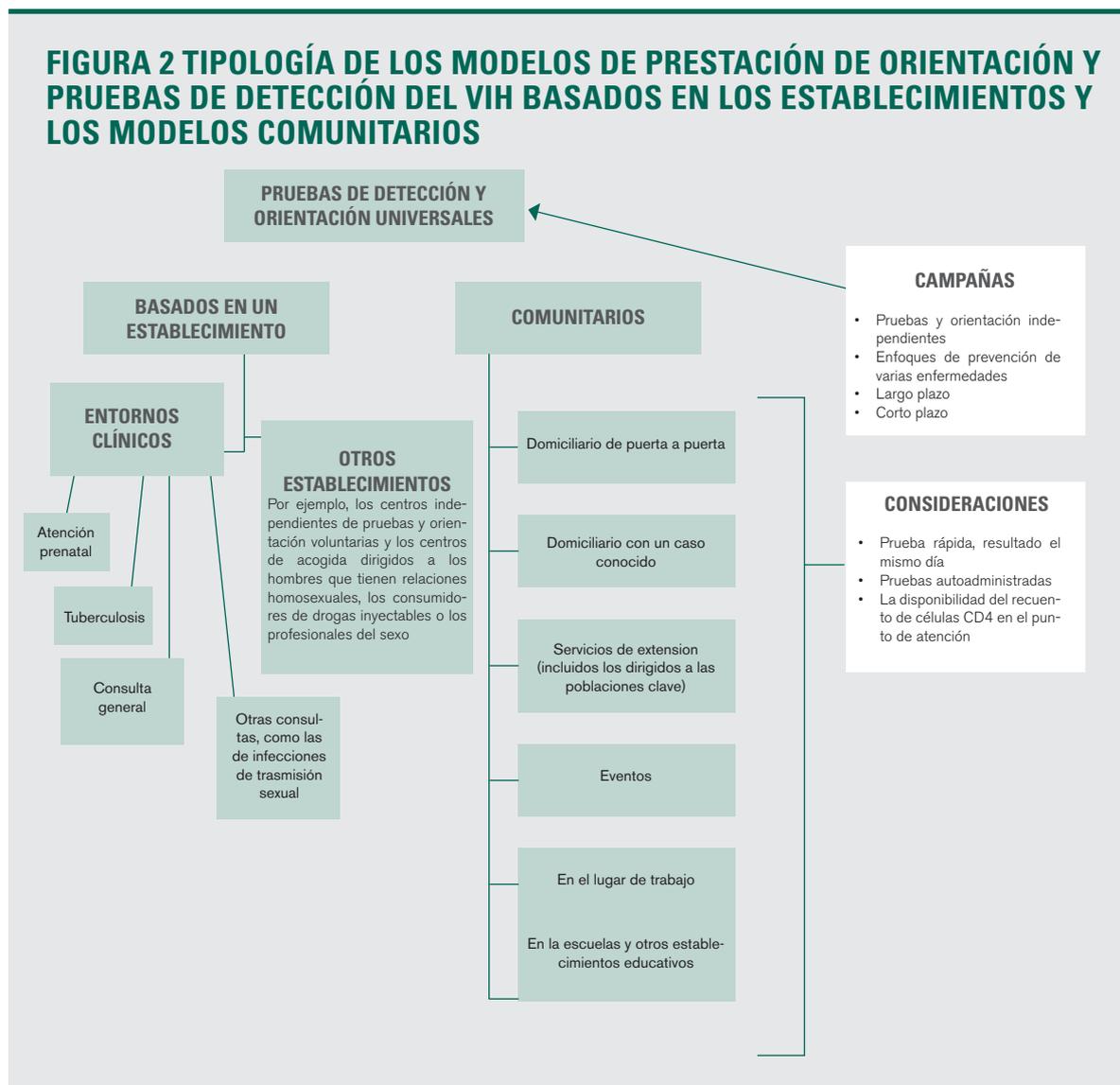
La realización obligatoria o forzada de la prueba nunca es apropiada, ya sea que la coacción provenga de un proveedor de atención de salud, de la pareja o de un miembro de la familia.

Las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH, independientemente del modelo de prestación del servicio, deben cumplir con los cinco componentes imprescindibles que son: el consentimiento, la confidencialidad, la orientación, los resultados correctos de la prueba y la vinculación con la atención de salud. Los siguientes son los principios clave que se aplican a todos los modelos de prestación de pruebas de detección y orientación en todas las circunstancias:

- Las personas que se someten a las pruebas de detección y reciben orientación con respecto al VIH deben dar previamente su **consentimiento fundamentado**. Se debe informar a las personas sobre el mecanismo de la prestación y sobre su derecho a rehusar hacerse la prueba.
- Los servicios de pruebas de detección y orientación son **confidenciales**, lo cual significa que el contenido de las conversaciones entre el prestador del servicio y la persona no se revelará a nadie más, sin el consentimiento expreso de la persona que se somete a la prueba. Si bien es necesario respetar la confidencialidad, esta condición no debe reforzar la disimulación, el estigma ni la vergüenza. Los consejeros deben plantear el tema de las otras personas a quien el usuario tal vez desee informar, de la forma de hacerlo, etc. (la confidencialidad compartida con la pareja, los miembros de la familia u otras personas y con los proveedores de salud suele ser de gran utilidad).
- Con los servicios de pruebas de detección y orientación se debe ofrecer información antes de la prueba y **orientación** después de la misma, ambas de alta calidad. Deben existir mecanismos operativos de garantía de la calidad, sistemas de supervisión constructiva y de tutoría con el fin de velar por la alta calidad de la orientación.
- Los proveedores de pruebas de detección y orientación se deben esforzar por ofrecer pruebas de alta calidad y deben existir mecanismos operativos de garantía de la calidad que procuren la provisión de **resultados correctos de las pruebas**. La garantía de la calidad puede comportar medidas internas y medidas externas y debe contar con el apoyo del Laboratorio Nacional de Referencia, cuando sea necesario.
- Los servicios de pruebas de detección y orientación deben suministrar **vinculaciones** con los servicios de prevención, **atención** y tratamiento. Esta condición incluye la realización de remisiones eficaces a los servicios de seguimiento según sea necesario, como los servicios de prevención y de apoyo al tratamiento a largo plazo.

### 3. PANORAMA DE LOS ENFOQUES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

En esta sección se detallan los diversos enfoques de prestación de servicios de pruebas de detección y orientación con relación al VIH, entre ellos las pruebas y la orientación voluntarias y las iniciadas por proveedor de atención de salud, además de otros modelos de prestación que se podrían considerar cuando se amplíe la disponibilidad de estos servicios. Los modelos se agrupan en servicios basados en un establecimiento de salud o servicios comunitarios (figura 2). En el anexo 2 se pueden consultar detalles adicionales sobre los grupos destinatarios y las ventajas y las desventajas de estos modelos diferenciados de prestación del servicio.



---

## 3.1 ENFOQUES BASADOS EN UN ESTABLECIMIENTO

### 3.1.1 LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH Y LA ORIENTACIÓN BASADAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Desde 1985, cuando aparecieron las primeras pruebas con anticuerpos, se han ofrecido las pruebas de detección del VIH y la orientación en los entornos clínicos con el propósito de contribuir al tratamiento médico. Inicialmente, se ofrecían las pruebas y la orientación cuando un proveedor de atención sanitaria tenía la “presunción clínica” de infección por el VIH en un paciente sintomático o cuando alguien se definía como perteneciente a una “categoría de alto riesgo”. Por fuera de los entornos clínicos, se ofreció el servicio por primera vez de manera más amplia en forma de pruebas y orientación voluntarias iniciadas por el usuario. Resultó evidente, no obstante, que la evaluación de los riesgos del paciente por el proveedor y las inquietudes propias de las personas no eran suficientes para alcanzar tasas elevadas de aceptación del servicio, promover el diagnóstico temprano y cumplir con las metas de cobertura del tratamiento antirretroviral (Bayer et al, 2009). Por esta razón, se adoptó en los medios clínicos de muchos países un método más sistemático de oferta, sobre todo en las situaciones de epidemia generalizada. Las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor de atención de salud se han promovido desde el 2002, tras el aumento de disponibilidad del tratamiento antirretroviral (Baggaley et al, 2012). En el 2007, la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), a partir de la experiencia con las pruebas y la orientación iniciadas por los proveedores en distintos países y al reconocer las limitaciones de una estrategia basada exclusivamente en las pruebas voluntarias, publicaron unas directrices sobre la ejecución de las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor en los establecimientos de salud (WHO/UNAIDS, 2007). Las directrices recomiendan la ampliación de la cobertura de la prestación de orientación y pruebas del VIH iniciadas por el proveedor en todos los entornos clínicos en situaciones de epidemia generalizada de infección por el VIH. En las situaciones de epidemia concentrada, las directrices recomiendan orientar su ejecución mediante una evaluación del contexto epidemiológico y social, pero considerar la ampliación de la cobertura de estos servicios por los proveedores en las consultas de atención prenatal, de infecciones de transmisión sexual y de tuberculosis. En los contextos de baja prevalencia, es posible que no sea eficaz en función de los costos aplicar la estrategia iniciada por el proveedor en todos los entornos clínicos. Una evaluación en cada país determinará si este es el enfoque más eficaz para detectar a todas las personas a quienes pueden ser útiles los servicios (WHO/UNAIDS, 2007); se debe considerar la introducción de las pruebas de detección y la orientación iniciadas por el proveedor de atención de salud en las zonas o los distritos de mayor prevalencia (Postma, 1999).

El modelo de prestación iniciada por el proveedor asigna la responsabilidad de las pruebas de detección del VIH y la orientación al proveedor de atención de salud y no a la persona. Este enfoque elimina además la necesidad de una extensa orientación previa a la prueba y la exigencia del consentimiento fundamentado en forma escrita y los reemplaza por la información antes de la prueba y la opción de rechazo del servicio por parte de las personas.

La oferta sistemática de orientación y pruebas del VIH procura normalizar la práctica de las pruebas de detección y eliminar la necesidad de motivación personal para la búsqueda de estos servicios. Esta motivación se puede ver limitada en lugares donde son generalizados el temor, la estigmatización y la discriminación. Sin embargo, es importante destacar que si bien las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor de salud comportan la oferta sistemática del servicio, esto no se debe convertir en una aplicación obligatoria de las pruebas o en la realización de las mismas sin informar previamente a las personas. El modelo de prestación iniciada por el proveedor de atención de salud busca aumentar la cobertura y lograr un diagnóstico más temprano de las personas que acuden a los establecimientos de atención de salud, de manera que puedan gozar de las ventajas de servicios apropiados y eficaces (WHO/UNAIDS, 2007).

Habida cuenta de la aceptación demostrada por las embarazadas de la orientación y las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor en los servicios de atención prenatal, se debería dar prioridad a este modelo de prestación en otros entornos clínicos.

Recientemente en muchos entornos, la prestación iniciada por el proveedor ha constituido el modelo predominante mediante el cual las personas han conocido su situación frente a la infección por el VIH y han obtenido acceso a los servicios de atención. La prestación iniciada por el proveedor empezó en los consultorios de atención prenatal, tras la demostración de la posibilidad de disminuir la transmisión maternoinfantil del VIH con el tratamiento antirretroviral (Hensen et al, 2011). Se generalizó la ampliación de la ejecución de este modelo a los entornos de atención prenatal, en situaciones de epidemia generalizada y concentrada y se ha confirmado

su aceptación por parte de las embarazadas (Chandiserawa et al, 2007; Oosterhoff et al, 2008; Perez et al, 2006). El modelo de prestación iniciada por los proveedores en los entornos de atención prenatal se podría extender, con el fin de respaldar la oferta del servicio a las parejas (WHO, 2012).

Desde una perspectiva general, no obstante, la ejecución de la prestación de orientación y pruebas del VIH por iniciativa de los proveedores ha sido limitada. El grado de cobertura es alto en los entornos de atención prenatal cuyas políticas dan prioridad a la oferta sistemática de las pruebas de detección del VIH. Sin embargo, en otros entornos clínicos, donde la oferta sistemática del servicio no ha sido prioritaria, la cobertura con las pruebas iniciadas por el proveedor suele ser baja. Habida cuenta de la aceptación demostrada por las embarazadas de la orientación y las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor en los servicios de atención prenatal, se debería dar prioridad a este modelo en situaciones de epidemia generalizada en otros entornos clínicos, como los servicios de tuberculosis, los consultorios de atención de infecciones de transmisión sexual, los servicios dirigidos a las poblaciones clave, entre ellos los programas de tratamiento de sustitución de opioides y de distribución de agujas y jeringuillas a las personas que consumen drogas inyectables y los servicios que ofrecen la circuncisión masculina.

Aun así, cuando los establecimientos se concentran en las zonas urbanas, las pruebas y la orientación con respecto al VIH por iniciativa de los proveedores pueden permanecer inaccesibles a las poblaciones rurales, los grupos con los cuales es difícil entrar en contacto y las poblaciones clave. A medida que aumenta el acceso a los servicios de atención, tratamiento y apoyo a la infección por el VIH, incluido el tratamiento antirretroviral, aparece la necesidad de ampliar el acceso a las pruebas de detección y la orientación, junto con los servicios de prevención; esta situación exige ampliar la oferta de pruebas y orientación en el marco de los establecimientos de atención de salud y también por fuera de ellos. Por esta razón, se precisan modelos de prestación de pruebas y orientación que extiendan la disponibilidad y el suministro de estos servicios más allá de los centros de atención de salud.

### Las pruebas de detección y la orientación relacionadas con el VIH iniciadas por el proveedor en la consulta prenatal

Las pruebas de detección y orientación relacionadas con el VIH iniciadas por los proveedores de salud se han ejecutado ampliamente en los medios de atención prenatal en diversos contextos, con el propósito dar acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil. Se ha demostrado en muchos entornos que este enfoque de prestación aumenta el acceso de las embarazadas a los servicios del VIH, en mayor medida que lo puede lograr el enfoque por iniciativa voluntaria de las usuarias. De hecho, el análisis de la bibliografía publicada sobre la prestación iniciada por los proveedores pone en evidencia que su aceptación por las embarazadas en algunos contextos es casi universal (Hensen et al, 2011) y se ha convertido en un componente importante del éxito de los programas de prevención maternoinfantil en muchos países (Matida et al, 2011).

---

En este marco, la prestación de pruebas y orientación con relación al VIH a las embarazadas por iniciativa de los proveedores se considera una estrategia diferente de la misma prestación en otros establecimientos de salud.

Las pruebas de detección y la orientación relacionadas con el VIH, iniciadas por el proveedor, en los entornos de atención de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, el tratamiento de sustitución de opioides, la pediatría y otros ámbitos clínicos

Las pruebas de detección del VIH y la orientación en el marco de la atención de la tuberculosis y otros ámbitos clínicos han constituido un componente clave de la respuesta al VIH, sobre todo en las epidemias generalizadas. En los países con una alta carga de morbilidad por tuberculosis e infección por el VIH, las pruebas de detección y la orientación comportan la oferta de la prestación a todos los pacientes con tuberculosis, como parte integrante de la atención médica corriente. En América Latina y el Caribe la prestación de pruebas y orientación en los servicios integrados de tuberculosis e infección por el VIH ha representado uno de los principales mecanismos de mejoramiento de la atención y de disminución del número de personas que se pierden durante el seguimiento. La OMS recomienda firmemente la ampliación continua de las prestaciones iniciadas por los proveedores en los servicios de tuberculosis, los consultorios de atención de las infecciones de transmisión sexual, los servicios dirigidos a las poblaciones clave, como las personas que se inyectan drogas (por ejemplo, los programas de tratamiento de sustitución de opioides y de distribución de agujas y jeringuillas) y en otros entornos clínicos en situaciones de epidemias generalizadas y concentradas (WHO/UNAIDS, 2007). Dado que se recomienda el tratamiento antirretroviral inmediato a todas las personas con diagnóstico de tuberculosis y coinfección por el VIH (OMS, 2012a), las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor se deben aplicar de manera sistemática en los consultorios de atención de la tuberculosis.

Las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor también han dado prueba de eficacia en la atención pediátrica con el propósito de reconocer los casos de niños que se pasaron por alto previamente y en quienes podría ser útil el tratamiento antirretroviral. El modelo de prestación por iniciativa del proveedor es muy bien aceptado en estos medios (Mutanga et al, 2012). En las epidemias de bajo nivel y concentradas, las decisiones sobre la introducción y la forma de ejecución de las pruebas de detección del VIH por iniciativa del proveedor en los establecimientos de atención de salud se deben basar en una evaluación local del contexto epidemiológico y social. Es posible que en función de ese contexto, el modelo de prestación por iniciativa del proveedor no sea el enfoque más eficaz en función de los costos en algunos marcos clínicos, sobre todo en los medios con baja prevalencia. En la actualidad, la OMS examina la eficacia en función de los costos de las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el proveedor en las epidemias de bajo nivel y concentradas.

En las epidemias de bajo nivel y concentradas, las pruebas y la orientación por iniciativa del proveedor se pueden interpretar como **pruebas de detección y orientación** y en esta situación los proveedores ofrecen la prestación a las personas con signos o síntomas indicativos de una enfermedad relacionada con el VIH o de sida. En estas condiciones las pruebas del VIH y la orientación contribuyen al diagnóstico y al tratamiento médico. Este modelo se ha redefinido como “pruebas de detección del VIH orientadas por un cuadro clínico indicativo”, en el cual se analizan listas de verificación de indicadores clave, con el fin de ofrecer la prestación en función de criterios clínicos específicos. Este enfoque es importante en los medios donde no se ejecutan las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor en todos los establecimientos de salud; sin embargo, la estrategia por iniciativa del proveedor se seguirá ofreciendo a todos los usuarios de los consultorios donde acuden los pacientes con un mayor riesgo de contraer el VIH, como los servicios dirigidos a las personas aquejadas de infecciones de transmisión sexual o hepatitis o a las personas que consumen drogas inyectables.

Las pruebas de detección del VIH y la orientación voluntarias integradas, denominadas también pruebas y orientación iniciadas por el usuario, fueron el modelo inicial de prestación, diseñado con el objeto de dar acceso a las pruebas de detección del VIH a todas las personas que buscaran este servicio. El modelo se aplicó principalmente en centros independientes de pruebas y orientación voluntarias (véase la sección 3.2 sobre las pruebas y orientación de base comunitaria) y también se ha integrado a algunos entornos clínicos. Los servicios de pruebas y orientación voluntarias han demostrado su aceptabilidad y eficacia en algunos contextos clínicos como apoyo del acceso a la prueba diagnóstica, a la prevención y a los servicios de tratamiento de la infección por el VIH. En muchos entornos clínicos, sin embargo, un modelo sistemático más integrado será más eficaz en función de los costos (las pruebas y la orientación por iniciativa del proveedor).

### 3.1.2 LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN Y LA ORIENTACIÓN RELACIONADAS CON EL VIH EN EMPLAZAMIENTOS DIFERENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD

#### Las pruebas de detección y la orientación voluntarias en centros independientes

Las pruebas de detección y orientación voluntarias en centros independientes tienen lugar en un emplazamiento fijo, por lo cual se podrían considerar como un servicio comunitario. Usualmente no se ejecutan en entornos clínicos y el modelo de prestación se asemeja más a los enfoques comunitarios. Casi por definición, los centros independientes están ubicados en la comunidad y por ello son más accesibles a sus poblaciones destinatarias que muchos otros establecimientos de atención de salud. Estos centros suelen ofrecer una orientación más integral, comunican los resultados en el mismo día y su dotación de personal y los vínculos son característicos de los servicios comunitarios.

En los dos primeros decenios de la respuesta al VIH, las pruebas de detección y orientación voluntarias constituyeron el modelo predominante mediante el cual las personas conocían su situación frente a la infección por el VIH. Este modelo de prestación se adoptó en los años ochenta, cuando estuvieron al alcance las primeras pruebas con anticuerpos dirigidos contra el VIH y aun no existían tratamientos eficaces contra la infección (Bayer et al, 2009; Grinstead et al, 2001). Un enfoque como las pruebas y la orientación voluntarias por iniciativa del usuario hace hincapié en la importancia de la participación voluntaria y del consentimiento fundamentado y la necesidad de normas éticas de prestación del servicio (Bayer et al, 2009). La estrategia clásica ha constado de tres componentes primarios: la orientación individual antes y después de la prueba, el consentimiento escrito y las medidas de protección de la confidencialidad.

La estrategia de pruebas y orientación voluntarias ha conseguido que millones de personas conozcan su estado con respecto a la infección por el VIH y con ello, ha procurado a muchos el acceso a los servicios de prevención y atención de la infección. No obstante, debido a los obstáculos del acceso a este servicio, entre ellos la necesidad de motivación personal para buscarlo, se considera que la estrategia no es adecuada con el fin de aumentar de manera suficiente el nivel de conocimiento del estado serológico, cuando constituye el único servicio comunitario al alcance. Pese a sus limitaciones, las pruebas y la orientación voluntarias en centros independientes siguen siendo importantes en algunos entornos y constituyen aun un componente clave de la oferta integral de prevención de la infección por el VIH. De todos modos, se precisa la ampliación de los modelos complementarios de prestación de pruebas y orientación por fuera de los establecimientos de atención de salud.

## 3.2 LAS PRUEBAS DEL VIH Y LA ORIENTACIÓN DE BASE COMUNITARIA

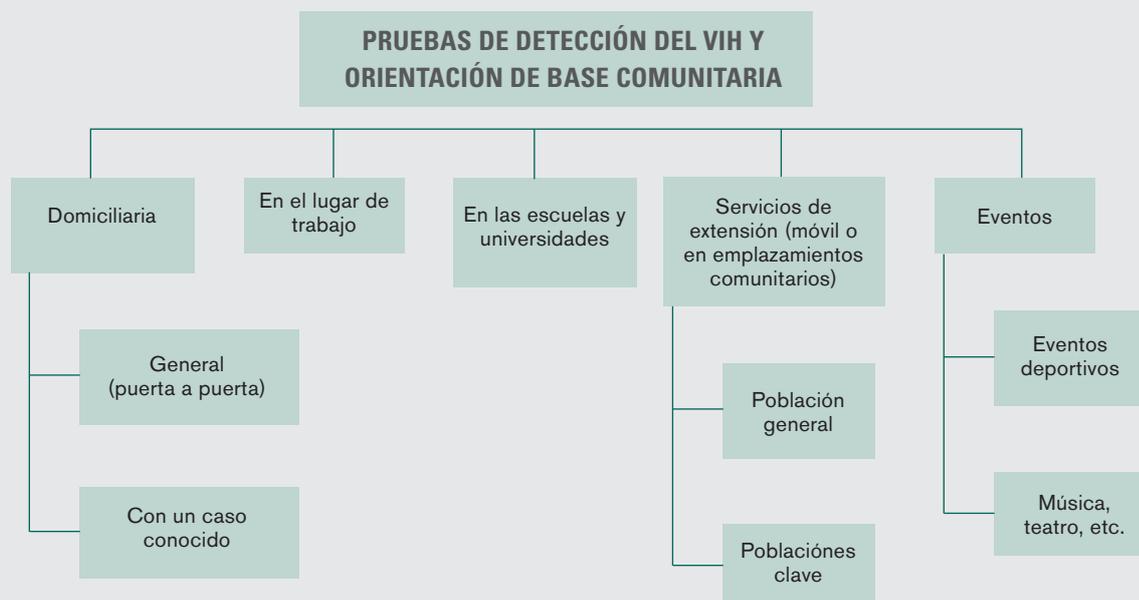
Se prevé que los servicios comunitarios de pruebas y orientación con relación al VIH contribuyan a fomentar la confianza del público, protejan los derechos humanos y ayuden a disminuir el estigma y la discriminación (WHO/UNAIDS, 2010). También se prevé que estos servicios superen las barreras estructurales, logísticas y sociales de las pruebas de detección y la orientación, que incluyen en el caso de las prestaciones domiciliarias y las prestaciones móviles, los costos del desplazamiento hasta los servicios basados en un establecimiento de salud. Los servicios comunitarios pueden ampliar el conocimiento que tienen las personas de su estado con respecto a la infección por el VIH y con ello aumentar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento y su utilización, según se ha demostrado en Brasil, China, Ucrania y Uganda (WHO/UNAIDS, 2010). Por conducto de la Plataforma de Tratamiento 2.0, la OMS fomenta una mayor aceptación de las pruebas de detección del VIH y la orientación, un mejor vínculo con los servicios de atención y el fortalecimiento de la movilización comunitaria (WHO/UNAIDS, 2010).

La prestación comunitaria de los servicios de orientación y pruebas del VIH se puede ejecutar en una diversidad de entornos y con diferentes enfoques (figura 3). En el anexo 2 se enumeran en detalle estos modelos de prestación y los puntos fuertes y los puntos débiles de cada estrategia.

### 3.2.1 LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA DE LA ORIENTACIÓN Y LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

La prestación domiciliaria de la orientación y las pruebas de detección del VIH suministra ya sea **servicios domiciliarios puerta a puerta** o servicios en el hogar de pacientes con infección por el VIH o tuberculosis, después de haber obtenido el consentimiento del paciente de la visita a domicilio (**servicios domiciliarios en hogares con un caso índice**). Estos servicios domiciliarios buscan

**FIGURA 3 VARIEDADES DE PRESTACIÓN COMUNITARIA DE LA ORIENTACIÓN Y LAS PRUEBAS DEL VIH**



hacer más cómodo el acceso a las pruebas de detección y a la orientación, eliminar los obstáculos estructurales y logísticos y al mismo tiempo aminorar el estigma que se asocia con la aceptación o con la búsqueda del servicio en los establecimientos de salud (Bateganya et al, 2010; Negin et al, 2009; USAID/AIDSTAR-One, 2009). Con las pruebas de detección y la orientación en prestación domiciliaria puerta a puerta se puede atender a las poblaciones de difícil acceso como los hombres, los adolescentes y los residentes en zonas rurales, y también a las personas desatendidas por el sistema formal de salud en zonas urbanas con alta prevalencia de infección por el VIH y tasas bajas de utilización del servicio (USAID/AIDSTAR-One, 2009). Los servicios domiciliarios de pruebas y orientación también pueden brindar apoyo a las familias y facilitar la detección de los niños infectados por el VIH. En las epidemias de bajo nivel y las epidemias concentradas, el modelo de prestación domiciliaria en hogares con caso conocido procura que las personas y las familias en mayor riesgo de contraer la infección reciban la oferta de los servicios de orientación y pruebas de detección.

El modelo de orientación y pruebas de detección del VIH en el hogar implica la capacitación de consejeros no especializados o de agentes sanitarios de la comunidad sobre la práctica de visitas a domicilio, el ofrecimiento de la prueba, la orientación y su puesta en práctica tras haber obtenido el consentimiento (Negin et al, 2009). En algunos países estos programas prestan otros servicios de salud (vacunación, chequeos médicos de rutina, distribución de mosquiteros y otros) además de las pruebas y la orientación con respecto al VIH, a fin de mejorar su aceptación y aminorar el estigma. Por ejemplo, los agentes sanitarios de extensión en Etiopía prestan los servicios de pruebas del VIH y orientación a la comunidad de forma integrada con otros servicios de salud.

Los datos científicos indican que esta estrategia puede constituir un método eficaz en función de los costos de reconocimiento de las personas infectadas por el VIH a quienes pueden ser útiles los servicios (Bateganya, 2010; Menzies et al, 2009; Negin et al, 2009), aumenta la aceptación de las pruebas (Fylkesnes et al, 2004; Were et al, 2004; Wolff et al, 2005) y disminuye las desigualdades del acceso a los servicios de detección (Mutale et al, 2010). En un estudio realizado en zonas rurales de Uganda entre el 2004 y el 2007 se comunicó una aceptación de las pruebas ofrecidas en los hogares de 91% por parte de los hombres y las mujeres, con 91% de los hombres y 89% de las mujeres que se hicieron la prueba por primera vez (Tumwesigye et al, 2010). Según un estudio transversal realizado en Kampala, Uganda, en el 2009, el 69% de las personas a partir de los 15 años de edad aceptó las pruebas y la orientación prestada en los hogares; la aceptación fue más alta, de 85%, en las personas que se habían hecho previamente la prueba, pero 58% de las personas sin antecedente de pruebas las aceptaron (Sekandi et al, 2011).

Además, el modelo de prestación de pruebas y orientación en los hogares puede llegar de manera más temprana a las personas aptas para el tratamiento antirretroviral. Un estudio en Kenya, en el cual se comparó el estado clínico de las personas que ingresaban al programa de tratamiento de la infección por el VIH por conducto de diferentes estrategias de pruebas y orientación, indicó que la prestación domiciliaria permite detectar a las personas con el VIH al comienzo del curso de la infección, lo cual facilita la instauración más temprana de la prevención, la atención y el tratamiento. En el grupo de pacientes a partir de los 14 años de edad, los que se inscribieron en el programa de pruebas y orientación domiciliaria obtuvieron una mediana más alta del recuento de células CD4, que las personas provenientes de los servicios de pruebas y orientación voluntarias o por iniciativa del proveedor, lo cual indicaría una etapa más temprana en la progresión de la enfermedad (Wachira et al, 2012). Además, la prestación domiciliaria favorece la detección de una alta proporción de parejas serodiscordantes (Wachira et al, 2012).

---

A pesar de las pruebas científicas sobre la factibilidad y la aceptabilidad, son escasos los datos fidedignos sobre la repercusión del servicio domiciliario de pruebas y orientación en materia de acceso al tratamiento, atención y servicios de apoyo y sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral después de haber obtenido un resultado positivo de la prueba (Negin et al, 2009). En un momento en que los países siguen adoptando políticas nacionales de ejecución de la prestación domiciliaria de las pruebas del VIH y la orientación, surge la preocupación de que, a falta de directrices internacionales, estas estrategias carezcan de normas uniformes y en consecuencia su calidad pueda ser limitada (USAID/AIDSTAR-One, 2009). Entre las dificultades que ofrece la prestación domiciliaria de pruebas y orientación sobre el VIH se cuentan las siguientes: la confirmación de los resultados positivos, una garantía de la calidad que procure la exactitud de los resultados y la provisión de nexos con otros servicios, en especial con los de atención y prevención de la transmisión materno-infantil (AMPATH Kenya, 2012)

La OMS y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) han elaborado un manual práctico sobre las pruebas de detección del VIH en el hogar dirigido a los países de alta prevalencia, con el propósito de guiar la planificación, la ejecución y la vigilancia eficaces de los programas (WHO/CDC/PEPFAR/USAID/LSTM, 2012).

### **3.2.2 LA PRESTACIÓN DE PRUEBAS LAS DIAGNÓSTICAS DEL VIH Y LA ORIENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EXTENSIÓN Y LOS SERVICIOS MÓVILES**

Las pruebas de detección del VIH y la orientación se pueden ofrecer en una variedad de entornos comunitarios, ya sea como una extensión hacia emplazamientos comunitarios o mediante servicios móviles de furgonetas o tiendas. Este modelo de prestación puede establecer servicios temporales y tal vez periódicos, en centros comunitarios como las iglesias u otros ámbitos religiosos, en centros de entretenimiento como los bares y los clubes o en escuelas o lugares de trabajo y la prestación se podría vincular con sucesos de tipo deportivo, musical, teatral o agrícola. En los países con epidemias de bajo nivel o concentradas, por ejemplo en Asia, las actividades de extensión comunitaria se suelen llevar a cabo en los lugares de citas de los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los burdeles y los centros de entretenimiento. Las actividades de extensión de la prestación de pruebas y orientación en relación con el VIH se tienen que vincular de manera sólida y coordinar con otros servicios de extensión y de educación entre compañeros. Estas estrategias y otros enfoques vinculados con los centros de acogida dirigidos a las poblaciones clave deben contar con sistemas operativos que garanticen el respeto de los derechos de sus usuarios y los protejan de la discriminación y la penalización (MOH/NCHADS/UNICEF, 2007). En Camboya, aspectos como la información de los resultados de la prueba en el mismo día y las pruebas rápidas en los servicios de extensión y el respeto de la confidencialidad resultaron fundamentales en la prestación de un servicio aceptado por las poblaciones clave.

Las pruebas realizadas en servicios de extensión se han aplicado con éxito en Viet Nam. Dos días cada trimestre, equipos móviles de prestación de pruebas de detección y orientación sobre el VIH conformados por seis trabajadores de salud (tres consejeros, un técnico, un administrador y un portador) visitan las comunas remotas de difícil acceso. Después de una orientación previa a la prueba y la obtención del consentimiento fundamentado, se realiza detección del VIH por medio de pruebas rápidas. Cuando los resultados son negativos, se informan de inmediato después de la prueba y se ofrece la orientación apropiada. Cuando el resultado es positivo, se envía la muestra de sangre a un laboratorio provincial con el fin de realizar una prueba confirmatoria.

Las actividades de extensión con prestación de pruebas y orientación sobre el VIH en los entornos comunitarios buscan mejorar el acceso y la cobertura de estos servicios en las poblaciones rurales y marginadas, desatendidas por el sistema formal de salud y también en las poblaciones clave, sobre todo en las situaciones de epidemias de bajo nivel y concentradas. También es posible fomentar las pruebas y la orientación sobre el VIH en servicios de extensión durante los sucesos de interés comunitario. Por ejemplo, los torneos de fútbol en Lesotho, Malawi, Namibia, Sudáfrica y Zambia ofrecen espacios de reunión para la educación sobre la prevención de la infección por el VIH, las pruebas de detección y la orientación voluntarias y el acceso a los servicios de prevención, atención y apoyo de la infección por el VIH (Kaufman et al, 2010). Una variante de la prestación de pruebas y orientación en servicios de extensión denominada “pluriempleo” ofrece los servicios de pruebas en horarios y ubicaciones convenientes a las poblaciones clave. Por ejemplo, en Kenya y Uganda estos servicios se prestan en la noche, con el fin de atender a los profesionales del sexo, sus clientes, los trabajadores de los bares y los conductores de camión (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2009).

Los servicios móviles y de extensión de pruebas de detección y orientación sobre el VIH también pueden atender a las embarazadas en las zonas remotas. Existen ejemplos exitosos de este enfoque en Viet Nam, donde los equipos móviles van a los centros de salud comunitarios con el fin de suministrar las pruebas y la orientación a las embarazadas que acuden a la atención prenatal. Por ejemplo, los equipos móviles en el distrito Hoa Quan visitan en forma rotatoria las 18 comunas. Cuando una embarazada acude por primera vez a la atención prenatal, los proveedores de atención de salud la motivan a tomar una cita para la prueba del VIH y la orientación en la próxima fecha en que un equipo móvil llegará a su comuna. El equipo móvil de pruebas y orientación proporciona orientación previa a la prueba, facilita el consentimiento fundamentado y practica la detección del VIH mediante pruebas rápidas. Cuando las muestras son reactivas, se remiten las muestras de sangre con el fin de practicar pruebas confirmatorias. La orientación se suministra siempre, ya sea frente a resultados negativos o resultados positivos.

Del mismo modo que con la prestación de pruebas de detección del VIH y orientación en los hogares, el modelo en servicios periféricos procura eliminar las barreras estructurales, sociales y logísticas al acceso, incluidos los costos de transporte, los horarios restringidos de atención en los establecimientos y el estigma relacionado con el hecho de hacerse la prueba en un centro de atención de salud (Negin et al, 2009). Los datos fidedignos procedentes de Zimbabue, la República Unida de Tanzania y Tailandia muestran que la prestación en servicios móviles aumenta la aceptación de las pruebas, en comparación con el modelo de “pruebas y orientación voluntarias corrientes en un entorno clínico” (Khumalo-Sakutukwa et al, 2009). Los datos de Kenya indican que los métodos móviles de prestación son eficaces en función de los costos para la detección de las personas que necesitan los servicios y que una alta proporción de usuarios se hace la prueba por primera vez (Grabbe et al, 2010). En el diseño y el establecimiento de los servicios periféricos, se debe prestar una atención especial a la creación de nexos eficaces y aceptables con los demás servicios, a la garantía de la calidad de las pruebas y a las estrategias apropiadas de pruebas confirmatorias de los resultados positivos.

---

### 3.2.3 LA PRESTACIÓN DE LA ORIENTACIÓN Y LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH EN EL LUGAR DE TRABAJO Y LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Los servicios de pruebas de detección del VIH y orientación en el lugar de trabajo o las escuelas buscan atender a las personas, en general hombres en muchos contextos, cuyo empleo formal o sus compromisos escolares dificultan su desplazamiento hasta los establecimientos de salud. Estos modelos ofrecen las pruebas y la orientación voluntarias en el lugar de actividad a los empleados y a sus parejas o a los estudiantes, con comunicación de los resultados en el mismo día de la prueba (Corbett et al, 2006). Un estudio en Zimbabwe comunicó una aceptación de la prueba significativamente mayor con la prestación de pruebas rápidas y orientación voluntarias en el lugar de trabajo, en comparación con la remisión del trabajador a un centro de pruebas por fuera del lugar de trabajo (Corbett et al, 2006). Desde el 2001, una empresa internacional de fabricación de cerveza ha ofrecido a sus empleados y a sus cónyuges las pruebas del VIH y la orientación en sus recintos (van der Borght et al, 2010). En seis años, 9723 personas se hicieron la prueba y recibieron orientación en cinco países del África subsahariana; se obtuvieron resultados positivos de la prueba en 3,8% de estas personas (van der Borght et al, 2010). Los servicios de pruebas en el lugar de trabajo y en la escuela se pueden integrar con los servicios clínicos existentes, pueden operar como un servicio independiente o como un servicio de pruebas y orientación móvil o de extensión. Los aspectos que despiertan inquietud con este modelo de prestación son la falta de confidencialidad, la coacción y las deficiencias de los vínculos con los servicios de seguimiento.

**Las pruebas ofrecidas en los establecimientos escolares** se dirigen a los jóvenes sexualmente activos, de manera característica a partir de los 12 o 13 años de edad. En Sudáfrica, como parte de la campaña nacional de pruebas de detección y orientación con respecto al VIH, se prestan los servicios a los estudiantes a partir de los 13 años de edad. Esta iniciativa tiene por objeto ofrecer un acceso temprano a los servicios de tratamiento, atención y apoyo dirigidos a los adolescentes que obtienen un resultado seropositivo con la prueba del VIH y proveer el acceso a los servicios de prevención de la infección a las personas con un resultado negativo de la prueba (*The Lancet*, 2011). También se han fomentado la orientación y las pruebas del VIH en algunas instituciones de educación terciaria (Adewole et al, 2004).

## 4. LAS CAMPAÑAS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH

Las campañas nacionales de salud representan iniciativas intensivas en gran escala, de duración definida, donde se despliegan importantes actividades de comunicación con el propósito de fomentar comportamientos sanos, como la utilización de los servicios de atención de salud. Las campañas de pruebas de detección del VIH y de orientación adoptan muchas formas diferentes y procuran aumentar la aceptación de las pruebas, ya sea suministrándolas directamente como parte de la campaña por conducto de servicios móviles o periféricos o creando una mayor conciencia sobre la utilidad de las pruebas y la orientación en materia de VIH y aportando información sobre la forma de obtenerlas en los servicios establecidos. Las campañas pueden ser generales, destinadas a la población en su totalidad o dirigidas, con el fin de mejorar el acceso de subpoblaciones específicas a las pruebas. Las campañas pueden ser de alcance nacional o local, pueden durar un período fijo, extenderse durante varios años o se pueden asociar con un acontecimiento específico. También pueden ser específicas del VIH o formar parte de campañas de prevención de varias enfermedades (figura 4).

**FIGURA 4 DIVERSIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH**



---

Las campañas nacionales, cuya duración puede oscilar entre varios días y varios años, han acelerado la aceptación de las pruebas y la orientación sobre el VIH en muchos entornos con epidemias generalizadas de infección. En Kenya, una campaña de prevención de varias enfermedades, en la cual se distribuyeron mosquiteros tratados con insecticida y filtros de agua, cerca de 40 000 personas (28 000 hombres) se hicieron la prueba del VIH en un período de siete días (Lugada et al, 2010). En otra campaña keniana contra varias enfermedades en Nyanza, 5000 personas tomaron la prueba en tres días y se suministraron los resultados del recuento de células CD4 en el mismo día a las personas seropositivas. La conexión con los servicios de atención suele ser un escollo importante durante las campañas. Sin embargo, con el seguimiento de 10 000 personas que participaron en la campaña de Nyanza se observó que la mayoría de las personas seropositivas al VIH estableció un vínculo con el servicio de atención en 10 meses. En la República Unida de Tanzania, tres millones de personas obtuvieron servicios de pruebas de detección del VIH en un lapso de seis meses (UNAIDS, 2010). Se han realizado campañas nacionales de un año o más en Sudáfrica, con la meta de practicar las pruebas a 15 millones de personas durante uno año (SANAC, 2011) y en Lesotho, donde se llevó a cabo la campaña “Hazte la prueba” entre el 2006 y el 2007 (Lesotho MoH, 2008).

## **LAS CAMPAÑAS NACIONALES DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH**

Las campañas nacionales procuran aumentar la aceptación de las pruebas y la orientación en relación con el VIH en toda la nación y convertir en una norma la utilización de las pruebas del VIH en la comunidad (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011). Las campañas constituyen medios de comunicación con las comunidades y las poblaciones, encaminados a motivar a las personas y a las parejas a buscar la orientación y las pruebas de detección del VIH y a movilizar las comunidades de manera que respalden e impulsen la realización de la prueba. Las campañas se han ejecutado de muchas maneras diferentes, en algunas se suministraron las pruebas y la orientación en los establecimientos de salud y otras aplicaron una prestación comunitaria con diversas coberturas y calidades. En algunos contextos se ha presentado el problema de la falta de nexos con los servicios de atención y apoyo.

Desde el 2004 se han realizado en Botswana campañas anuales de orientación y pruebas de detección del VIH dirigidas a la población general, además de las campañas destinadas específicamente a los estudiantes y las poblaciones clave. Hasta el 2009 más de un millón de personas se había hecho la prueba de detección del VIH (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011).

En Etiopía, la Campaña del Milenio contra el Sida realizada entre noviembre del 2006 y septiembre del 2007 (fases I y II) alcanzó a 1,7 millones de personas. En la fase III, de septiembre del 2007 a septiembre del 2008, 4,8 millones de personas se hicieron la prueba del VIH por conducto de enfoques comunitarios y enfoques basados en los establecimientos de salud (Ethiopia FHAPCO, M&E Department, 2007).

En Lesotho la campaña “Hazte la prueba” se puso en marcha en el 2005. Esta campaña aumentó cinco veces el número de pruebas del VIH realizadas en un período de cuatro años (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011). Un análisis de la campaña puso en evidencia que más de 30% de las pruebas del VIH se condujeron en entornos comunitarios, donde el acceso a los servicios de pruebas y orientación era limitado antes de la campaña (WHO AFRO, 2008).

En Namibia se ha celebrado cada año desde el 2008 el día nacional de las pruebas del VIH con el propósito de motivar a más hombres a hacerse la prueba, especialmente por primera vez.

En Sudáfrica se puso en marcha una campaña nacional de orientación y pruebas del VIH en abril del 2010 en la cual se incitaba a 12 millones de personas a partir de los 12 años de edad, sexualmente activas, a hacerse la prueba de detección del VIH durante un período de 12 meses (Motsoaledi, 2011). Esta campaña, la más grande que se haya emprendido hasta la fecha, contó con la participación de establecimientos de salud, servicios independientes y móviles de pruebas del VIH, farmacias y universidades.

Desde el 2004 se han llevado a cabo en Burkina Faso campañas nacionales con la participación de las organizaciones no gubernamentales locales; estas iniciativas han contribuido al rápido aumento del número de personas que se hace la prueba del VIH, el cual había llegado a más de un millón de personas en el 2009 (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2011).

En el 2007, en la segunda campaña anual de la Semana de Sensibilización sobre la Orientación y las Pruebas del VIH, más de 186 600 personas aceptaron la prueba, lo cual representó un aumento de 92% con respecto a la campaña del año anterior. De estas personas, 71% conocieron por primera vez su estado frente a la infección por el VIH. Cerca de 1367 centros ofrecieron los servicios de pruebas y orientación durante la semana. La mayor parte de los centros de prueba era móvil y operaba en las zonas rurales. El hecho de alcanzar a estas poblaciones rurales, que son históricamente poblaciones de difícil cobertura, fue fundamental en el éxito de la semana de pruebas de detección y orientación sobre el VIH (PEPFAR, 2008).

En América Latina y el Caribe, una campaña regional denominada: *“Know your status/Hazte la prueba /Fique sabendo”*, difundida por internet en <http://www.haztelaprueba.info>, propone una serie de iniciativas y proporciona herramientas que los programas de cada país pueden usar con el fin de aumentar la demanda del público de los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH. La campaña tiene por objeto permitir que las personas tomen decisiones fundamentadas en materia de conocimiento de su propio estado frente a la infección por el VIH y al mismo tiempo fomenta el uso de los servicios de salud que proponen las pruebas y la orientación.

Cuando se planifica una campaña de orientación y pruebas de detección del VIH es preciso definir metas nacionales cifradas en la población general y en las poblaciones clave. La planificación debe comportar una definición de las zonas geográficas que presentan insuficiencias en la disponibilidad de los servicios, sobre todo de los servicios de atención y tratamiento y además la consideración de los modelos más apropiados de prestación de las pruebas y la orientación. Es primordial una planificación cuidadosa de las campañas con pronósticos exactos que procuren la preparación de suficientes estuches de pruebas y la presencia de personal en cantidad adecuada.

Durante la campaña se debe realizar un seguimiento de la cobertura, específicamente desglosada por género y grupos clave de la población, además de calcular la proporción de personas que se someten a la prueba por primera vez y las personas que repiten la prueba. La vigilancia de la calidad de las pruebas de detección y de la orientación, la aceptabilidad de servicios prestados y las remisiones y el contacto real con los servicios de atención y prevención de la infección por el VIH es importante en las campañas de orientación y pruebas de detección del VIH, con el fin de determinar no solo si aumenta el número de personas que se hacen la prueba, sino también con el fin de verificar que las personas que la aceptaron, se vincularon efectivamente con los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo.

---

El PEPFAR y la OMS han desarrollado un estuche de herramientas que puede guiar la planificación, la ejecución y la evaluación de una campaña nacional de pruebas de detección y orientación con respecto al VIH (USAID, 2008). Con el propósito de compartir las experiencias de la planificación, la ejecución y la evaluación de las campañas, la caja de herramientas documenta estudios de casos de países con campañas de orientación y pruebas de detección del VIH en Brasil, Etiopía y Malawi.

Algunas campañas de orientación y pruebas de detección del VIH destinadas a los medios de difusión se centran en un día específico apropiado como el Día Mundial del Sida o para las parejas, en torno al Día de San Valentín. Por ejemplo, la organización Population Services International en Zimbabue ha ofrecido a las parejas servicios de pruebas y orientación sobre el VIH sin costo alguno durante la semana alrededor del Día de San Valentín y la AIDS Healthcare Foundation ofrece pruebas gratuitas y distribuye preservativos en muchos países durante el Día Internacional del Preservativo.

## **LAS CAMPAÑAS BASADAS EN UN ENFOQUE QUE ABARCA VARIAS ENFERMEDADES**

Las campañas de orientación y pruebas de detección del VIH se pueden vincular con otras iniciativas de prevención de enfermedades. Estas campañas integradas de prevención de enfermedades tienen por objeto mejorar la cobertura de una variedad de servicios preventivos, por ejemplo los mosquiteros tratados con insecticida, los filtros de agua y el tamizaje de la diabetes y la hipertensión (Lugada et al, 2010). La promoción de las pruebas de detección y la orientación en relación con el VIH, simultáneamente con otras actividades de prevención de enfermedades, no solo brinda una oportunidad esencial de lograr una alta cobertura con los servicios, sino que también puede ser eficaz en función de los costos cuando se presta de manera eficaz y eficiente. En una modelización de la eficacia en función de los costos y los efectos sanitarios, se calculó que una campaña integrada de pruebas de detección y orientación sobre el VIH y de prevención de la malaria y la diarrea que suministre orientación y pruebas de detección del VIH a más de 40 000 personas durante un período de siete días reduciría los costos asociados de una prestación independiente de las intervenciones y evitaría 16,3 defunciones por 1000 participantes (Kahn et al, 2012). En Kenya occidental se puso en marcha en el 2008 una campaña integrada de prevención de enfermedades, que ofrecía pruebas y orientación sobre el VIH, mosquiteros tratados con insecticida, preservativos masculinos y filtros de agua. La campaña proporcionó pruebas y orientación sobre el VIH a más de 5000 personas en un período de tres días y ofreció la verificación del recuento de células CD4 en el mismo día a las personas con un resultado serológico positivo frente al VIH (Granich et al, 2010). La campaña preveía alcanzar a 80% de las personas entre los 15 y los 49 años de edad. El resultado sobrepasó esta meta, se suministraron servicios de pruebas de detección y orientación sobre el VIH a 87% de la población destinataria y 80% de las personas que se sometieron a la prueba se la hacían por primera vez (Lugada et al, 2010).

## 5. OTROS ASPECTOS

### 5.1 LAS PRUEBAS OBLIGATORIAS DE DETECCIÓN DEL VIH

La OMS respalda el tamizaje obligatorio del VIH y otros virus transmitidos por la sangre y los hemoderivados destinados a la transfusión y los productos fabricados derivados de la sangre. Es importante subrayar que estas pruebas obligatorias se refieren a la sangre o los hemoderivados y no a la persona que dona sangre. **La OMS se opone a la práctica obligatoria de la prueba a las personas.** Las pruebas obligatorias se consideran poco éticas y contrarias a los derechos humanos; perpetúan el estigma y la discriminación, no alcanzan una repercusión de salud pública y en cambio representan una barrera al acceso a los servicios de salud. El aval a las pruebas y la orientación con respecto al VIH iniciadas por los proveedores de salud y la recomendación de ampliar la escala de aplicación de las pruebas y la orientación no constituyen un **aval a la realización de pruebas y orientación obligatorias o coercitivas** a las personas. Todos los modelos de prestación de estos servicios deben cumplir con los cinco componentes imprescindibles que ponen de relieve la **participación voluntaria** y el **consentimiento fundamentado**. La ampliación de la cobertura de las pruebas y la orientación relacionadas con el VIH se debe respaldar mediante una mejor protección contra el estigma y la discriminación de las personas que obtienen un resultado positivo y con la garantía de una prestación de servicios integrados de protección y tratamiento de la infección o de la remisión de las personas a los centros adecuados que los suministren.

### 5.2 LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN AUTOADMINISTRADAS

Las pruebas autoadministradas de detección del VIH pueden ofrecer a las personas una oportunidad de conocer su estado frente al virus en el momento y el lugar de su preferencia. Además, este tipo de pruebas ofrece privacidad completa a quienes se preocupan por la confidencialidad (Spielberg et al, 2003a). Hasta la fecha, son limitados los datos fidedignos en materia de factibilidad, exactitud y aceptabilidad de las pruebas autoadministradas del VIH. Se ha comunicado un alto grado de uso "informal" de las pruebas autoadministradas en el personal sanitario del África subsahariana (Namakhoma et al, 2010) y existen informes sobre el uso no reglamentado de la autoadministración de pruebas rápidas de diagnóstico compradas por internet, en grupos como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en China (Seguy, comunicación personal). En la actualidad se explora el uso de las pruebas del VIH autoadministradas por parte de los trabajadores de salud en Kenya (Napierala et al, 2011) y en las comunidades en Malawi (Corbett, comunicación personal). Pese a la escasez de datos probatorios sobre la factibilidad de la autoadministración de estas pruebas en el hogar, algunos estudios en los Estados Unidos encuentran que las personas en riesgo de contraer la infección por el VIH y las personas sin antecedente de examen serológico consideran que el principio es aceptable (Spielberg, 2003a; Spielberg, 2004).

En un estudio transversal de factibilidad en Malawi, que ofrecía a las personas anuentes la opción de la autoadministración de la prueba de detección del VIH seguida de pruebas y orientación voluntarias habituales o exclusivamente las pruebas y la orientación voluntarias, se notificó que 92% de participantes escogieron la autoadministración de la prueba (Choko et al, 2011). La exactitud de

estas pruebas autoadministradas fue alta y exhibió una concordancia de resultados de 99,2% con las pruebas de detección del VIH confirmatorias practicadas a continuación. Además, 98,5% de los participantes manifestaron que el uso de los estuches de las pruebas autoadministradas era “muy sencillo” y todos los que lo utilizaron lo recomendarían a otras personas. Las entrevistas de salida del estudio, practicadas a personas escogidas de manera aleatoria, indicaron que la mayoría preferiría la prueba autoadministrada en el futuro.

## LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH AUTOADMINISTRADAS

Argumentos frecuentes de las instancias normativas y los sistemas locales de salud a favor y en contra de las pruebas autoadministradas

### **Argumentos a favor:**

- + La posibilidad de un aumento notable del conocimiento del estado con respecto a la infección por el VIH.
- + Una mayor confidencialidad.
- + Una mayor comodidad.
- + La autonomía y el empoderamiento.
- + La posibilidad de suprimir el estigma que rodea a las pruebas de detección del VIH.
- + Menos recursos necesarios en el sistema de atención de salud.

### **Argumentos en contra:**

- Una mayor posibilidad de resultados inexactos.
- El peligro psicológico al separar la prueba de detección de la orientación.
- Una mayor dificultad de garantizar la remisión con fines de tratamiento y atención.
- La posibilidad de una utilización de las pruebas de detección del VIH que sea contraria a la ética.
- Las pruebas autoadministradas como una manera de justificar las relaciones sexuales sin protección.
- La preocupación sobre la eliminación segura de todo material con riesgo biológico.

Aunque los escasos datos científicos indican la factibilidad del modelo, genera inquietud el hecho de que a falta de una orientación inmediata después de la prueba, menos personas con resultados positivos recibirán un seguimiento oportuno y apropiado (Spielberg et al, 2003a). Asimismo, se teme que esta estrategia alcance repercusiones limitadas en materia de prevención, porque menos personas recibirían orientación después del examen (Spielberg et al, 2003a). Además, la promoción de las pruebas autoadministradas podría acarrear consecuencias éticas o sociales imprevistas que aun no se comprenden cabalmente.

## 6. PRUEBAS DESTINADAS A GRUPOS ESPECÍFICOS

### 6.1 LAS EMBARAZADAS

La OMS recomienda firmemente la orientación y la prueba de detección del VIH por iniciativa del proveedor de atención de salud en los entornos de atención prenatal de los países con las epidemias generalizadas (WHO/UNAIDS, 2007), donde ha constituido un factor esencial en la ampliación de las intervenciones de prestación de este servicio. La prestación de las pruebas en la atención prenatal se vincula con las actividades de prevención de la transmisión de la madre al niño y el conjunto de actividades se describe en las directrices sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil (WHO, 2010a). Las pruebas rápidas de detección del VIH con informe de los resultados en el mismo día han contribuido de manera importante a la mayor aceptación del servicio por iniciativa de los proveedores en muchos entornos de atención prenatal, lo cual ha facilitado la conexión eficaz con intervenciones oportunas de prevención maternoinfantil, la provisión de tratamiento antirretroviral dirigido a las mujeres que lo necesitan por su propia salud y las oportunidades de prevención primaria destinadas a las personas cuyo resultado es negativo y a los compañeros sexuales seronegativos. Las pruebas y orientación dirigidas a las parejas se recomiendan en los entornos de atención prenatal, pues facilitan la provisión de intervenciones como el tratamiento antirretroviral preventivo a las parejas serodiscordantes.

En los países con epidemias de bajo nivel, las pruebas de detección y la orientación con relación al VIH iniciadas por los proveedores pueden no constituir la estrategia más eficaz en función de los costos a escala nacional. Sin embargo, en la actualidad se recomiendan y muchos países con epidemias de bajo nivel y concentradas, que cuentan con suficientes recursos económicos y de atención sanitaria, practican este enfoque con éxito en los entornos de atención prenatal. La OMS trabaja actualmente en unas directrices que respaldan un enfoque de pruebas y orientación más eficaz en las embarazadas, en situaciones de epidemia de bajo nivel y concentrada.

En los entornos de atención prenatal, las pruebas del VIH y la orientación iniciadas por el profesional han sido esenciales en la ampliación de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

En los lugares donde se practican las pruebas y la orientación por iniciativa de los proveedores en los entornos de atención prenatal, es preciso tomar medidas encaminadas a prevenir la práctica de pruebas coercitivas de manera involuntaria o intencional (Hensen et al, 2011). Entre estas medidas se cuentan una supervisión y tutoría periódica del personal, la reorientación profesional cuando sea necesaria y la vigilancia de los procedimientos de prestación de los servicios iniciados por el proveedor, con el objeto de procurar su aceptabilidad por parte de las embarazadas. Las embarazadas que obtienen un resultado seropositivo se deben vincular no solo con los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, sino también con los servicios de atención de la infección por el VIH, por el interés de su propia salud; la OMS publicó unas directrices sobre el tratamiento antirretroviral en el marco de la prevención maternoinfantil y el tratamiento de la infección de la madre (WHO, 2010a). Estas recomendaciones pueden contribuir a respaldar el fortalecimiento de los nexos con los servicios de tratamiento antirretroviral como prevención dirigidos a las embarazadas infectadas por el VIH.

---

A menudo, las embarazadas conocen su estado frente a la infección por el VIH antes de que sus parejas se enteren del suyo propio. Los estudios indican que la revelación del estado serológico a la pareja, los familiares o los amigos puede mejorar la adhesión a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil y a las prácticas de alimentación del lactante (Farquhar et al, 2001; Kirsten et al, 2011). La OMS recomienda ofrecer a las parejas la orientación y las pruebas de detección del VIH en los entornos de atención prenatal y dondequiera que se cuente con estas prestaciones, con el objeto de fomentar la divulgación mutua, la formulación de un plan mutuo de reducción de riesgos y la provisión del tratamiento antirretroviral preventivo a las parejas serodiscordantes (WHO, 2012) (véase la sección 6.4 Las parejas). La OMS considera la revelación del estado con respecto a la infección por el VIH como un proceso y no como un acto único; la continuación de la prestación de consejos y apoyo a la revelación es indispensable como parte de las normas de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección de gran calidad.

En algunos servicios de atención prenatal con gran volumen de trabajo, una buena cobertura y atención temprana (antes de las semanas 18 a 24 del embarazo), el modelo más apropiado suele ser la prestación de pruebas y orientación iniciadas por el proveedor, mediante métodos de laboratorio como el inmunoanálisis enzimático por adsorción (ELISA). En los consultorios remotos y rurales donde se atiende a un número reducido de embarazadas, se pueden emplear las pruebas rápidas de detección del VIH. Estas pruebas rápidas también se recomiendan en las mujeres que se presentan al final de embarazo, con el objeto de facilitar su participación oportuna en las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. También se pueden usar las pruebas rápidas en las mujeres que se presentan durante el trabajo de parto o que no han recibido los resultados de la prueba antes de comenzar el trabajo. Es preciso explorar las oportunidades que permitan establecer conexiones con las prestaciones comunitarias de las pruebas, sobre todo dirigidas a las mujeres que acuden tarde a la atención prenatal o que no acuden y a las mujeres que dan a luz en el hogar.

En los países con alta prevalencia y epidemias generalizadas, dada la gran vulnerabilidad y el mayor riesgo de contraer la infección por el VIH durante el embarazo, la OMS recomienda repetir la prueba nuevamente en el tercer trimestre, durante el trabajo de parto o poco después del parto, de manera que el lactante pueda recibir el tratamiento antirretroviral posexposición si fuese apropiado (WHO, 2010b).

La práctica de las pruebas del VIH junto con otras pruebas de laboratorio esenciales en las embarazadas, como la determinación de la hemoglobina, las pruebas de detección de la sífilis y la hepatitis B, puede ser sinérgica y se debe considerar en algunos entornos.

## 6.2 LOS LACTANTES Y LOS NIÑOS

A pesar de una ejecución generalizada de las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil, una cantidad considerable de niños sigue contrayendo el VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia materna. Esta situación se presenta, pues aunque estas intervenciones reducen significativamente la transmisión a los lactantes, no la eliminan por completo, sobre todo cuando la adhesión a los regímenes de prevención maternoinfantil es deficiente y se pierde una proporción considerable de lactantes durante el seguimiento. Además, en algunos casos no se establece el diagnóstico de las mujeres infectadas por el VIH antes del parto o no se consigue vincularlas con los programas de prevención maternoinfantil. La enfermedad causada por el VIH evoluciona rápidamente en los lactantes y los niños y los lactantes infectados suelen morir durante el primer episodio de infección oportunista como la neumonía por *Pneumocystis carinii*. Por consiguiente, es muy importante el diagnóstico temprano eficaz y eficiente en los lactantes y los niños y la vinculación con los servicios de tratamiento. En los lactantes y los niños menores de dos años

que padecen infección por el VIH se debe iniciar el tratamiento antirretroviral tan pronto como se confirme su estado positivo frente al virus, sin tener en cuenta el recuento de células CD4 ni su estado clínico. Las pruebas de detección del VIH representan el punto de partida para su supervivencia.

Las pruebas de detección del VIH en este grupo de edad presentan dificultades. La presencia de anticuerpos maternos contra el VIH hace imposible usar las pruebas rápidas estandarizadas de diagnóstico de la infección en los lactantes expuestos al VIH hasta los 18 meses de edad. Es preciso utilizar pruebas virológicas más costosas y complejas que puedan detectar la presencia del propio virus, como las pruebas que se basan en los ácidos nucleicos, con el fin de confirmar el estado frente al VIH. Las descripciones de los tipos de pruebas utilizadas y las técnicas de aplicación se analizan en la publicación: **Directrices sobre el diagnóstico de la infección por el VIH en los lactantes y los niños**, consultable en: <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en/index.html> (WHO, 2010b). Si bien las pruebas virológicas son necesarias para un diagnóstico definitivo en los lactantes, las pruebas rápidas estandarizadas pueden ser útiles todavía en el tamizaje de la exposición al VIH en los lactantes.

La mayoría de los lactantes y los niños contraen el VIH de sus padres. Por consiguiente, el hecho de conocer que algún miembro de la familia de un niño, ya sea un hermano, el padre o la madre, alberga el VIH debe alertar a los proveedores de atención de salud a practicar la prueba en el niño. Un enfoque de alcance familiar puede mejorar la detección de los niños infectados por el VIH en los entornos de alta prevalencia y, lo que es más importante, en los entornos de baja prevalencia. Este enfoque también facilitará la divulgación del estado frente al VIH en este grupo de edad. Las directrices de la OMS de orientación sobre la revelación del diagnóstico de los niños hasta los 12 años de edad se pueden consultar en: [http://www.who.int/hiv/pub/hiv\\_disclosure/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/index.html) (WHO, 2011d).

Las pruebas de detección del VIH se deben ofrecer a todos los lactantes y los niños nacidos de mujeres seropositivas al VIH y a los niños de familias en las cuales un hermano o uno de los padres están infectados. En los países con epidemias generalizadas de infección por el VIH se debe suministrar el servicio de pruebas y orientación por iniciativa del proveedor en los medios clínicos a los lactantes y los niños. Se ha demostrado que la prestación de pruebas y orientación por iniciativa del proveedor es una estrategia aceptable y eficaz en los entornos pediátricos (Mutanga et al, 2012).

Las oportunidades de practicar la prueba del VIH a los niños pequeños surgirán de manera predominante pero no exclusiva en los servicios de salud materno-infantil, los servicios de salud del niño, de hospitalización, en los consultorios de vacunación y en las unidades de atención de la desnutrición. Otros servicios de tratamiento y de pruebas también brindan oportunidades de establecer el diagnóstico en los niños. Por ejemplo, las iniciativas periféricas como las pruebas realizadas en los hogares, se pueden dirigir al mismo tiempo a toda la familia.

### 6.3 LOS ADOLESCENTES

Por muchas razones, los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH dirigidos a los adolescentes pueden ser sumamente valiosos. En la adolescencia, definida como la etapa entre los 10 y los 19 años de edad, la principal modalidad de transmisión del VIH son las relaciones heterosexuales sin protección. Los adolescentes también se exponen fácilmente con el consumo de drogas inyectables, el trabajo sexual y las relaciones homosexuales masculinas (UNICEF, 2010). En las epidemias generalizadas los adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH. El comienzo temprano de la vida sexual activa, a menudo con compañeros mayores, las relaciones sexuales forzadas y las bajas tasas de uso del preservativo, sumados a su vulnerabilidad biológica por la edad, aumentan el riesgo de los adolescentes de contraer la infección por el VIH.

---

Además, en las epidemias generalizadas una proporción cada vez mayor de niños que comienzan la adolescencia han contraído la infección desde la época perinatal y muchos permanecen sin diagnóstico, ya sea porque sus madres no estaban inscritas al programa de prevención de la transmisión maternoinfantil o porque no se estableció su diagnóstico en el período posnatal (Ferrand et al, 2009; Ferrand et al, 2010). En algunos de estos niños la enfermedad es de “progresión lenta” y pueden llegar a la adolescencia sin conocer su estado de positividad frente al VIH. Muchos otros niños presentarán problemas clínicos crónicos y del desarrollo y para ellos sería muy útil el tratamiento antirretroviral. El VIH se ha convertido en la causa más frecuente de hospitalización por cuadros agudos y de muerte hospitalaria en los adolescentes en los entornos de alta prevalencia y las epidemias generalizadas; muchos de estos adolescentes permanecen sin diagnóstico hasta cuando no presentan cuadros clínicos de morbilidad avanzada (Ferrand et al, 2010a).

Los enfoques actuales de prestación de pruebas y orientación con respecto al VIH no satisfacen plenamente las necesidades de los adolescentes. En un estudio realizado en Sudáfrica se puso en evidencia que una alta proporción de adolescentes se interesa en conocer su estado frente a la infección y sin embargo, solo unos pocos se hacen la prueba de detección del VIH (Mathews et al, 2009; Pettifor et al, 2004). Los servicios de pruebas y orientación adaptados a los adolescentes siguen los principios orientadores y cumplen con los cinco componentes imprescindibles de este tipo de servicios (véase la sección 10, Consideraciones y principios de la prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH). Otro aspecto importante en el caso de los adolescentes es la falta de unanimidad sobre la edad que establece la ley para el propio consentimiento a la realización de las pruebas y la orientación; en consecuencia, la necesidad de consentimiento paterno representa un obstáculo a la realización de la prueba en algunos adolescentes.

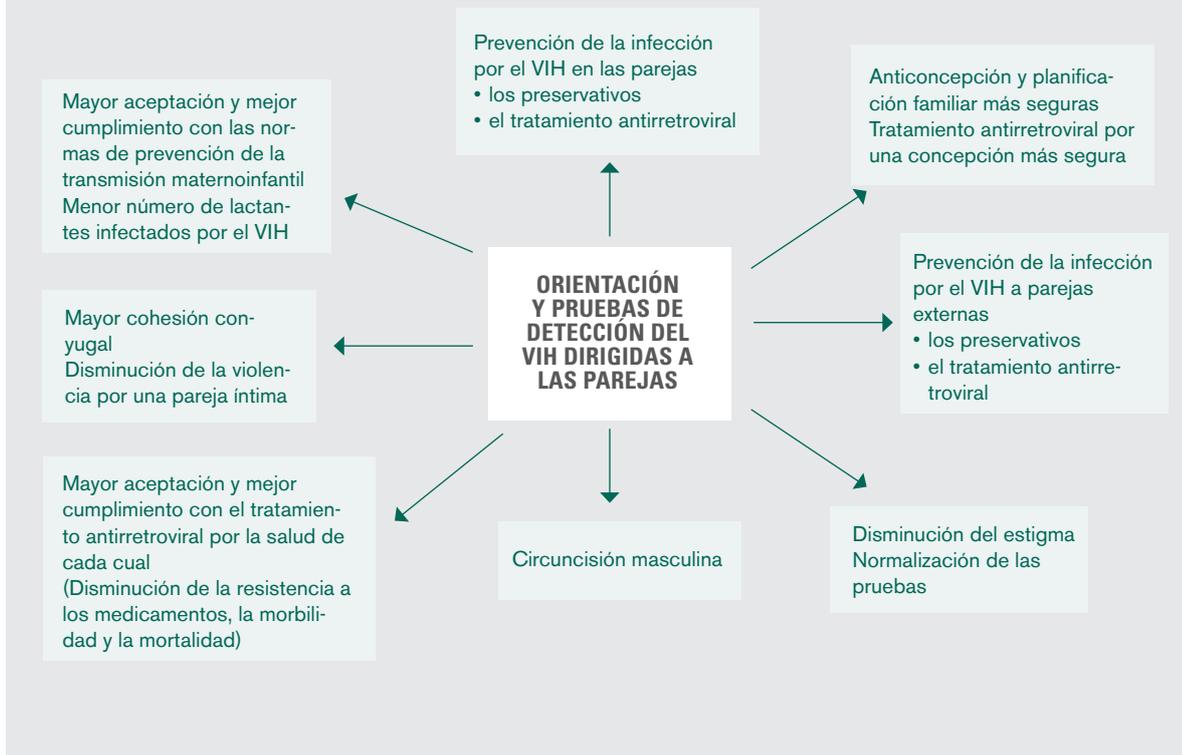
La creación y la aplicación de servicios de pruebas y orientación relacionadas con el VIH que sean aceptables y accesibles a los adolescentes constituye una gran prioridad. Estos servicios deben estar al alcance mediante un enfoque de prestaciones iniciadas por el proveedor en los entornos clínicos, en situaciones de epidemias generalizadas y sobre todo como enfoques comunitarios. Los servicios de pruebas y orientación dirigidos a los adolescentes deben velar por proporcionar la orientación y el apoyo en materia de revelación a los padres y los compañeros sexuales de manera apropiada y específica para la edad.

La Oficina Regional de la OMS para África formuló unas directrices operativas sobre la prestación de servicios de pruebas de detección y orientación sobre el VIH a los lactantes, los niños y los adolescentes (WHO AFRO, 2011). Los proveedores del servicio en la región de África deben consultar estas directrices. La OMS está elaborando actualmente directrices mundiales sobre pruebas de detección del VIH y orientación dirigidas específicamente a los adolescentes.

## 6.4 LAS PAREJAS

Cerca de tres cuartos de los adultos entre los 20 y los 49 años de edad en África subsahariana cohabitan en uniones (Eyawo et al, 2010). Hasta 50% de las personas infectadas por el VIH tienen una pareja que es seronegativa (y se describen como una unión serodiscordante, con un miembro positivo y un miembro negativo) (Chemaitelly et al, 2012). Pese a esta situación, la gran mayoría de las pruebas de detección y la orientación sobre el VIH se dirige individualmente a la persona y no a las parejas.

## FIGURA 5. VENTAJAS POTENCIALES DE LA PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE EL VIH A LAS PAREJAS



La prestación de pruebas de detección y orientación con relación al VIH dirigida a las parejas de manera simultánea, crea oportunidades de revelación mutua, apoyo a las parejas y ayuda a la elaboración de un plan conjunto de gestión de los riesgos del VIH. Esta prestación a las parejas, como una intervención de salud pública, ofrece muchos beneficios derivados (figura 5); se puede ofrecer en los establecimientos de salud, incluidos los servicios de atención prenatal, ya sea iniciada por el usuario o por un proveedor de atención de salud o mediante otros modelos de prestación.

Lograr el compromiso y la participación de las parejas masculinas sigue siendo un obstáculo cuando amplían los servicios a las parejas. Los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres de hacerse la prueba del VIH (Peltzer et al., 2009; Venkatesh et al., 2011; Ziraba et al., 2011), de inscribirse en un programa de atención de la infección del VIH después de haber recibido el diagnóstico (Cornell et al., 2009; Parrott et al., 2011), de iniciar el tratamiento antirretroviral (Braitstein et al., 2008; Keiser et al., 2008) y de seguir acudiendo al servicio de atención médica de la infección (Zachariah et al., 2011). Con el propósito de ampliar el alcance de las intervenciones dirigidas a las parejas, se precisan claramente medidas que se dirijan a las parejas masculinas, que sean atractivas para ellos y los vinculen a los servicios de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH.

---

Algunos proveedores de salud son renuentes a fomentar las intervenciones dirigidas a las parejas, por temor a la violencia infligida por el compañero íntimo. Si bien en muchas comunidades se notifica un alto grado de violencia de este tipo, no es clara su relación con las pruebas de detección y la revelación del estado frente al VIH (WHO, 2004). El personal sanitario debe tener presente la violencia infligida por el compañero íntimo y la capacitación que reciben les debe permitir detectar su presencia y, cuando existe, ofrecer una respuesta como parte de la orientación a las parejas. Es preciso ofrecer a las mujeres con antecedentes de violencia causada por el compañero íntimo una orientación continua y prestarles apoyo con el fin de establecer una evaluación ponderada sobre la seguridad y la factibilidad de incluir a sus parejas en las actividades de pruebas o de revelación. Las mujeres también se deben remitir a los servicios comunitarios de apoyo en materia de violencia infligida por el compañero íntimo, siempre que estén al alcance (WHO, 2004; WHO, 2012).

La OMS recomienda una mayor oferta de servicios de pruebas de detección y orientación voluntarias a las parejas, con apoyo a la revelación mutua en todos los entornos. La OMS ha formulado unas directrices basadas en datos fidedignos, encaminadas a respaldar estas recomendaciones. Estas directrices se deben consultar durante la ampliación de escala de la prestación de orientación y pruebas de detección dirigida a las parejas (WHO, 2012).

## **6.5 LA PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN RELACIONADAS CON EL VIH DIRIGIDA A LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS INYECTABLES**

Las decisiones sobre el mejor modelo de prestación de orientación y pruebas de detección del VIH en los entornos de atención a las personas que se inyectan drogas dependen de la evaluación de la situación en cada país, en materia de características epidemiológicas locales, infraestructura y recursos económicos y humanos al alcance, servicios existentes de prevención, tratamiento, atención y apoyo a la infección por el VIH y de los marcos de protección social, normativos y jurídicos contra las consecuencias adversas de las pruebas de detección del VIH, como la discriminación y la violencia. En medios donde existe un alto grado de estigmatización y discriminación contra las personas que se inyectan drogas, se deben asignar los recursos suficientes con el fin de abordar estos aspectos. En las zonas donde existen epidemias concentradas de infección por el VIH en esta población, se debe considerar la recomendación de prestar el servicio de las pruebas de detección del VIH y la orientación en los centros de atención primaria dirigidos a las personas que se inyectan drogas, los servicios de reducción de daños como los programas de distribución de agujas y jeringuillas o de sustitución de opioides y otros servicios de tratamiento de las drogodependencias y también en los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual, los servicios de atención de la tuberculosis y otros servicios de salud dirigidos a las poblaciones clave (los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los prisioneros y los residentes en establecimientos cerrados como los centros de farmacoterapia obligatoria). Las pruebas del VIH y la orientación se pueden prestar a las personas que se inyectan drogas por conducto de los servicios móviles y otros sistemas periféricos que proveen atención sanitaria y otros servicios. La Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO) elaboró unas directrices sobre las pruebas de detección y la orientación en relación con el VIH en los centros donde acuden las personas que consumen drogas inyectables (WHO/SEARO/UN, 2009).

## 6.6 LA PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN CON RELACIÓN AL VIH EN LOS PROGRAMAS DE CIRCUNCISIÓN MASCULINA

La prestación de pruebas de detección y orientación en relación con el VIH forma parte del conjunto de servicios mínimos en los programas de circuncisión masculina médica voluntaria (WHO/UNAIDS, 2009). En catorce países de África oriental y austral, cuyas tasas de prevalencia de infección por el VIH son altas y que presentaban una baja proporción de circuncisión masculina, se ha adoptado esta medida como una de las intervenciones encaminadas a prevenir la infección por el VIH. La orientación actual consiste en prestar servicios “para captar” a los hombres de 15 a 49 años de edad durante los próximos cinco años y al mismo tiempo establecer servicios destinados a los lactantes y los adolescentes. Aunque las pruebas de detección del VIH y la orientación no constituyen un requisito para la circuncisión masculina, se recomienda practicarlas. La mayoría de los hombres que han acudido a los servicios de circuncisión masculina han aceptado hacerse la prueba del VIH entre un 81% y un 97% en los cuatro países. Según diversas Encuestas Demográficas y de Salud, de los últimos cinco años, en 57% a 91% de los hombres de los 14 países de alta prioridad no se ha practicado la prueba de detección del VIH. Por lo tanto, a medida que se amplía la escala de prestación de la circuncisión masculina médica voluntaria, se crean nuevas oportunidades de ofrecer la prueba de detección a los hombres (quienes rara vez acuden a los establecimientos de salud), en muchos casos por primera vez.

En materia de circuncisión masculina médica voluntaria varios países aplican un modelo combinado de prestación del servicio, similar al enfoque utilizado con las pruebas y orientación relacionadas con el VIH, que comporta centros en establecimientos fijos, servicios periféricos y móviles y prestación asociada con eventos comunitarios, sobre todo durante los días feriados escolares. La movilización comunitaria y la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH en las comunidades podrían contribuir a generar una mayor demanda de este servicio, además del servicio de circuncisión masculina médica voluntaria. En varios países se han realizado campañas como en Kenya (iniciativas de pruebas con resultados rápidos), Zimbabwe y la República Unida de Tanzania. En la zona de Iringa en la República Unida de Tanzania, cinco establecimientos practicaron 10 352 procedimientos en una campaña de seis semanas en el 2010 y superaron así en un 72% la meta prevista. La práctica de la prueba del VIH fue casi universal durante la campaña (Mahler et al, 2011). En varios países se explora también la mejor manera de vincular a los hombres que obtienen resultados serológicos positivos con los servicios de circuncisión masculina médica voluntaria. En Kenya, los hombres con resultados positivos recibieron vales y se estableció un sistema de seguimiento con el objeto de verificar si obtuvieron atención sanitaria; cuando no habían recibido atención, un miembro del programa se ponía en contacto con la persona y le proponía acudir al seguimiento. En las Islas del Lago Victoria de la República Unida de Tanzania, se llevan a cabo campañas combinadas de circuncisión masculina médica voluntaria y de pruebas de detección y atención de la infección por el VIH. Los adolescentes han sido particularmente receptivos a estas campañas. Los servicios han comenzado a descubrir a los adolescentes seropositivos que desconocían su estado y que necesitan recibir orientación y atención de salud.

## 7. LOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL VIH

Con el propósito de mejorar la calidad de prestación de los servicios y la aceptabilidad y la utilización de las pruebas de detección y la orientación en relación con el VIH, la OMS recomienda en muchos entornos el uso de pruebas rápidas de diagnóstico, en lugar de los medios de diagnóstico convencionales de laboratorio como el inmunoanálisis enzimático. Las pruebas rápidas ofrecen mayor rapidez en la comunicación de los resultados y se presta orientación después de la prueba. La mayoría de estas pruebas no requiere la recogida de muestras por punción venosa, sino un procedimiento más sencillo por punción digital. Los consejeros no especializados o los agentes sanitarios de la comunidad con capacitación, apoyo y supervisión apropiados, pueden realizar con exactitud y fiabilidad la detección del VIH con las pruebas rápidas de diagnóstico. Emplear estos trabajadores con el objeto de realizar la prueba puede constituir una opción preferible, sobre todo en los entornos donde los proveedores de atención de salud se encuentran sobrecargados de trabajo y no pueden hacerse cargo de la orientación y la detección del VIH.

El uso de las pruebas de detección rápidas se preconiza en los entornos donde los recursos son limitados, con el fin de disminuir la utilización de los servicios de laboratorio y la dependencia de los mismos. Los servicios convencionales exigen materiales de laboratorio que precisan mantenimiento y personal calificado y afrontan los problemas planteados por el transporte inadecuado de las muestras a los laboratorios centrales. Las pruebas rápidas de diagnóstico pueden aumentar la aceptabilidad y, en consecuencia, la utilización de los servicios de orientación y pruebas del VIH y la recepción de sus resultados. Sin embargo, en los servicios donde se realiza un gran número de pruebas y se cuenta con buena retención de los pacientes, por ejemplo en los servicios de hospitalización, algunos entornos de atención prenatal y los servicios de análisis sanguíneos, los métodos de laboratorio como el inmunoanálisis enzimático pueden ser más eficaces en función de los costos y más apropiados.

La prestación ininterrumpida de los servicios de pruebas de detección y orientación sobre el VIH exige un suministro continuo de estuches de la prueba y de los bienes consumibles necesarios, como son los dispositivos de transferencia de muestras, las lancetas, los hisopos impregnados de alcohol y el equipo de extracción de sangre. El desabastecimiento no solo afectaría la calidad de la prestación de los servicios, sino que además menguaría la confianza de los usuarios en los servicios de detección y orientación, lo que a su vez llevaría a una disminución aun mayor del uso de las pruebas. El mantenimiento regular y uniforme de los suministros de estuches de pruebas y de los bienes consumibles necesarios, exige sistemas muy eficaces de adquisición y de gestión de la cadena de suministro, que precisan previsiones exactas sobre la necesidad de las pruebas, planificación y distribución eficaces de los estuches y un sistema continuo de vigilancia posterior a la comercialización con el fin de notificar todo problema en materia de calidad.

Todo país, cuando considera la selección y el uso de los medios diagnósticos para las pruebas de detección del VIH, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- una política nacional en materia de pruebas de detección del VIH, vinculada con la política nacional de laboratorios y el plan nacional estratégico de los laboratorios<sup>1</sup> (WHO SEARO/WPRO, 2011);

<sup>1</sup> La orientación sobre la elaboración de una política sanitaria nacional de laboratorio y su planificación se puede consultar en: [http://www.wpro.who.int/health\\_technology/documents/docs/Nationalhealthlab2\\_OF38.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/documents/docs/Nationalhealthlab2_OF38.pdf)

- algoritmos nacionales validados de realización de las pruebas, con mecanismos de seguridad, en conformidad según corresponda, con las estrategias de pruebas de la OMS que se presentan a continuación;
- medidas de garantía de la calidad de las pruebas (WHO/UNAIDS/HIV/AIDS Alliance/GTZ, 2005)<sup>2</sup>; y
- una previsión exacta de las necesidades con el objeto de evitar los desabastecimientos de estuches de la prueba y de los bienes consumibles (USAID/DELIVER, 2011).

## 7.1 LAS ESTRATEGIAS DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

La OMS recomienda estrategias normalizadas de realización de las pruebas<sup>3</sup> con el propósito de potenciar al máximo la exactitud de los resultados y reducir al mínimo los costos. La estrategia más apropiada en cada situación depende de los objetivos de las pruebas, el tipo de epidemia de infección por el VIH y de su prevalencia en la población destinataria. Las estrategias de pruebas que se recomiendan a continuación, se aplican por igual a las pruebas realizadas en el laboratorio y a las pruebas que se llevan a cabo fuera del entorno corriente del laboratorio, por personas no especializadas que han recibido una capacitación específica, es decir, en el marco de la delegación de tareas o en los entornos comunitarios.

Estas estrategias de realización de las pruebas se han elaborado dando por sentado que todos los análisis del VIH utilizados ofrecen una sensibilidad como mínimo de 99% y una especificidad mínima de 98%, lo cual corresponde a un valor diagnóstico global de un resultado positivo de 99%. Las estrategias operan con todos los formatos de análisis del VIH y todas las combinaciones de formatos de la prueba. Es primordial utilizar pruebas basadas en diferentes preparaciones de antígenos del VIH y en componentes diferentes del estuche, a fin de reducir al mínimo la posibilidad de resultados negativos falsos o positivos falsos cruzados. Es posible que los análisis que provienen de distintos fabricantes comporten diferentes preparaciones de antígenos. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia los fabricantes venden sus productos semiultimados o ultimados a entidades que les atribuyen una nueva marca o un rótulo diferente. Esta práctica obstaculiza la determinación de la procedencia exacta de las pruebas del VIH, lo cual es primordial cuando se escoge la combinación de pruebas que completarán una estrategia de detección como los algoritmos de pruebas.

### 7.1.2 EL DIAGNÓSTICO EN LOS ENTORNOS DE ALTA PREVALENCIA

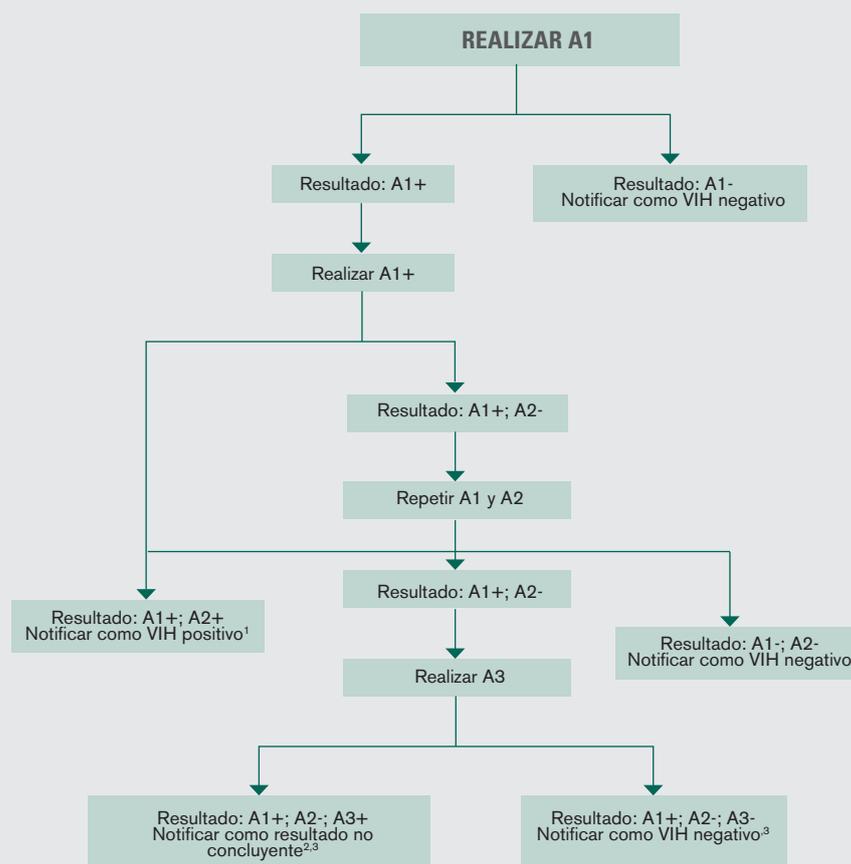
La siguiente estrategia de realización de las pruebas (figura 6) se aplica en los entornos de alta prevalencia, es decir, cuando la prevalencia es superior a 5% **en la población destinataria de la prueba**. Estos entornos pueden corresponder a las epidemias generalizadas de infección por el VIH y a las subpoblaciones clave definidas en las epidemias concentradas.

<sup>2</sup> Los instrumentos de garantía de la calidad de la prueba se pueden consultar en: [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/documents/guidance/hivrttraining\\_overview/en/index.html](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/documents/guidance/hivrttraining_overview/en/index.html) y [http://www.who.int/ihr/training/laboratory\\_quality/en/index.html](http://www.who.int/ihr/training/laboratory_quality/en/index.html)

<sup>3</sup> En este contexto, una estrategia de realización de las pruebas describe de manera genérica el enfoque de la realización de las pruebas según una necesidad específica (por ejemplo, la seguridad de las transfusiones sanguíneas y los trasplantes, la vigilancia de la infección por el VIH o el diagnóstico de la infección por el VIH y la orientación mediante una prestación iniciada por el usuario o por el profesional de salud), teniendo en cuenta la prevalencia presunta de la infección por el VIH en la población destinataria. Un algoritmo de realización de las pruebas describe la combinación y la secuencia de las pruebas específicas del VIH que se aplican en una estrategia definida de detección. Se ha demostrado que las combinaciones de ensayos inmunoenzimáticos, las combinaciones de pruebas rápidas de diagnóstico o una mezcla de combinaciones de ambos tipos pueden ofrecer resultados tan fiables y, en algunos casos más fiables, que la combinación habitual de ensayos inmunoenzimáticos e inmunoelectrotransferencia, con un costo mucho menor

Con todas las muestras se practica primero una de las pruebas y las muestras que no son reactivas (A1-) se consideran seronegativas frente al VIH y así se notifican. Toda muestra reactiva en el primer análisis (A1+) se debe verificar nuevamente con una prueba diferente. Las muestras que son reactivas con el primero y el segundo métodos (A1+; A2+) se notifican como seropositivas. Estas personas se deben remitir con el fin de evaluar su admisibilidad al tratamiento y su inscripción en el programa de atención, cuando estos servicios no se prestan en el centro que practicó la prueba. Cuando las muestras son reactivas en el primer análisis pero no reactivas en el segundo (A1+; A2-) se debe repetir la prueba usando la misma muestra (cuando se trata de suero o plasma) y los mismos dos métodos de análisis. Cuando la muestra de sangre se obtuvo por punción digital, es preciso recoger una nueva muestra. La práctica óptima suele consistir en la repetición de las pruebas; la repetición puede eliminar la discrepancia de los resultados debida a errores técnicos o de transcripción o a errores inherentes al dispositivo de la prueba. Cuando los nuevos resultados resuelven la discrepancia (ya sea A1+; A2+ o A1-; A2-), se pueden notificar como positivos o negativos, respectivamente.

**FIGURA 6 LA ESTRATEGIA DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH EN LOS ENTORNOS DE ALTA PREVALENCIA**



Notas:

"Prueba A1", "A2" y "A3" representan tres análisis diferentes (de cualquier tipo de prueba). "Notificar" = el resultado se puede comunicar.

1 En las personas recién diagnosticadas, un resultado positivo se debe confirmar en una segunda muestra, con el fin de descartar un error de laboratorio.

2 La repetición de la prueba se debe realizar con otra muestra recogida 14 días después, con el fin de descartar una posible seroconversión.

3 Cuando A1 consiste en una prueba de detección de antígenos y anticuerpos y A2 o A3 corresponden a un ensayo de detección de anticuerpos exclusivamente, es preciso repetir la prueba con una segunda muestra recogida 14 días después

Cuando persiste la discrepancia en los resultados de la prueba (A1+; A2-), se debe practicar un nuevo análisis con la muestra mediante un tercer tipo de prueba. Cuando el tercer análisis no es reactivo (A1+; A2-; A3-), el resultado de la prueba se considera negativo y se notifica como seronegativo frente al VIH. Cuando el tercer análisis es reactivo (A1+; A2-; A3+), el resultado de la prueba se notifica como no concluyente. Se debe solicitar a la persona que regrese en 14 días con el fin de realizar una nueva prueba. Esta situación debe ser muy infrecuente. Cuando es alta la tasa de resultados no concluyentes frente al VIH se deben emprender iniciativas complementarias encaminadas a garantizar la calidad y se podría reconsiderar la combinación de análisis escogidos. Cuando A1 consiste en una prueba de detección de antígenos y anticuerpos y A2 o A3 corresponden a un ensayo de detección de anticuerpos exclusivamente, es preciso repetir la prueba con una segunda muestra recogida 14 días después.

### 7.1.3 EI DIAGNÓSTICO EN LOS ENTORNOS DE BAJA PREVALENCIA

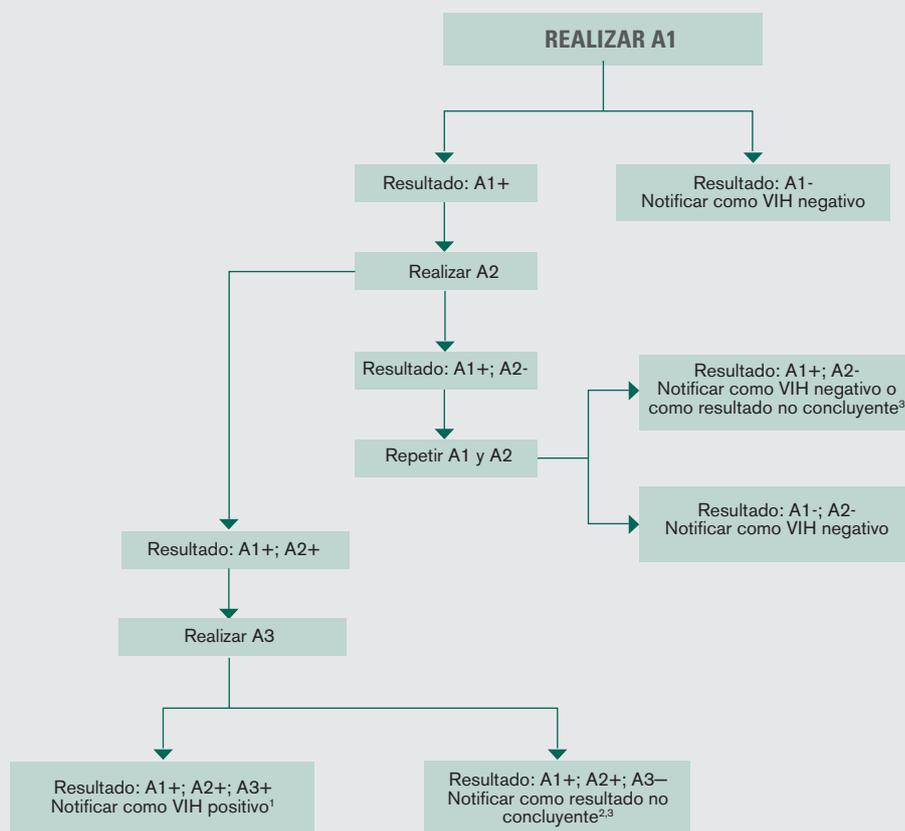
La siguiente estrategia de realización de las pruebas (figura 7) se debe aplicar en los entornos de baja prevalencia, es decir, cuando la prevalencia es inferior a 5% **en la población destinataria de la prueba**. Estos entornos pueden corresponder a las epidemias de bajo nivel de infección por el VIH y a la población general en las epidemias concentradas.

Con todas las muestras se practica primero una de las pruebas y las muestras que no son reactivas (A1-) se consideran seronegativas frente al VIH y así se notifican. Toda muestra reactiva en el primer análisis (A1+) se debe verificar con una prueba diferente de la primera.

Cuando las muestras son reactivas en el primer análisis pero no reactivas en el segundo (A1+; A2-) **se debe repetir la prueba** usando la misma muestra (cuando se trata de suero o plasma) y los mismos dos métodos de análisis. Cuando la muestra de sangre se obtuvo por punción digital, es preciso recoger una nueva muestra. La práctica óptima suele consistir en la repetición de las pruebas; la repetición puede eliminar la discrepancia de los resultados debida a errores técnicos, de transcripción o a errores inherentes al dispositivo de la prueba. Toda muestra que es reactiva en el primer análisis pero no reactiva en el segundo (A1+; A2-) se considera seronegativa frente al VIH y así se notifica el resultado. Cuando A1 consiste en una prueba de detección de antígenos y anticuerpos y A2 corresponde a un ensayo de detección de anticuerpos exclusivamente, el resultado no es concluyente y es preciso repetir la prueba con una segunda muestra recogida 14 días después.

En una población con baja prevalencia, el valor diagnóstico de un resultado positivo basado en los resultados de dos pruebas sigue siendo demasiado bajo. Por consiguiente, las muestras que son reactivas en la primera y la segunda pruebas (A1+; A2+) se deben someter a un tercer análisis con el fin de confirmar la positividad de las muestras. Cuando el tercer resultado es también reactivo (A1+; A2+; A3+), el resultado se puede notificar como positivo frente al VIH. Estas personas se deben remitir con el fin de evaluar su admisibilidad del tratamiento y su inscripción en el programa de atención, cuando estos servicios no se prestan en el centro que practicó la prueba. Cuando el resultado del tercer análisis no es reactivo (A1+; A2+; A3-), se considera entonces que el resultado no es concluyente. Se debe solicitar a la persona que regrese 14 días después con el fin de realizar una nueva prueba. Esta situación debe ser muy infrecuente. Cuando es alta la tasa de resultados no concluyentes frente al VIH se deben emprender iniciativas complementarias encaminadas a garantizar la calidad y se podría reconsiderar la combinación de pruebas escogidas.

**FIGURA 7 LA ESTRATEGIA DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH EN LOS ENTORNOS DE BAJA PREVALENCIA**



**Notas:**

- "Prueba A1", "A2" y "A3" representan tres análisis diferentes (de cualquier tipo de prueba). "Notificar" = el resultado se puede comunicar.
1. En las personas recién diagnosticadas, un resultado positivo se debe confirmar en una segunda muestra, con el fin de descartar un error de laboratorio.
  2. La repetición de la prueba se debe realizar con otra muestra recogida 14 días después, con el fin de descartar una posible seroconversión.
  3. Cuando A1 consiste en una prueba de detección de antígenos y anticuerpos y A2 o A3 corresponden a un ensayo de detección de anticuerpos exclusivamente, es preciso repetir la prueba con una segunda muestra recogida 14 días después

En ambos entornos, de alta y baja prevalencia, el diagnóstico puede exigir tres análisis y es preciso tenerlo en cuenta cuando se prevén las existencias. En los establecimientos con una baja actividad puede ser difícil que los operadores mantengan su competencia en la realización de la prueba A3, pues la practican con poca frecuencia. Cuando la competencia en el desempeño de la prueba A3 constituye una fuente de preocupación, se puede remitir la persona o la muestra a otro centro de pruebas o un laboratorio con mayor experiencia o más competente, a fin de llevar a cabo el análisis A3.

## 7.2. LA SELECCIÓN Y EL USO DE LOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Se deben escoger de seis a diez pruebas para la validación de un posible algoritmo de realización de las pruebas, teniendo en cuenta las consideraciones descritas en el cuadro 2. Es preferible contar con un algoritmo de pruebas validado, que comporte dos análisis adicionales como opciones de seguridad en caso de desabastecimientos o de mal funcionamiento de los productos. Además de las características de desempeño aceptables, se debe tener en cuenta el valor diagnóstico general de un resultado positivo y de un resultado negativo del algoritmo de pruebas. En la actualidad la OMS elabora directrices más específicas sobre este aspecto.

### CUADRO 2 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN LA SELECCIÓN DE LOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL VIH

| Criterio   | Consideraciones  |
|--|--|
| <b>Características de desempeño</b>  |  |
| La sensibilidad clínica  | Definir los criterios mínimos aceptables por ejemplo, $\geq 99\%$ con las pruebas rápidas y $100\%$ con los inmunoanálisis enzimáticos.  |
| La especificidad clínica   | Definir los criterios mínimos aceptables por ejemplo, $\geq 98\%$ con las pruebas rápidas y los inmunoanálisis enzimáticos.  |
| La sensibilidad a la seroconversión  | Importante en la detección sanguínea sistemática y cuando se supone una alta incidencia de casos en una población.   |
| La variabilidad interlectores, cuando se utiliza un formato de lectura subjetiva | Definir los criterios mínimos aceptables por ejemplo, $\leq 5\%$ .   |
| La tasa de invalidez (dispositivos y resultados de la prueba)                    | Definir los criterios mínimos aceptables por ejemplo, $\leq 5\%$ .   |
| <b>Características operativas</b>  |  |
| El formato de la prueba  | Las pruebas rápidas de diagnóstico (inmunocromatográficas, por inmunofiltración) Sencillo (inmunoprecipitación en peine, pruebas de aglutinación)<br>Inmunoanálisis enzimáticos (manual, inmunoanalizadores automáticos) Pruebas complementarias (inmunoelctrotransferencia, inmunoensayo lineal)<br>Pruebas de ácidos nucleicos (cualitativas). |
| El tipo de muestra   | Suero o plasma, sangre venosa o capilar, secreciones bucales.  |
| El tipo de detección   | Detección discriminatoria de anticuerpos dirigidos contra el VIH-1 y el VIH-2 o detección combinada de anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2<br>La detección simultánea o combinada del antígeno del VIH-1 y de anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2.   |
| La detección de subtipos   | Subtipos M, N, O.  |
| El lapso hasta obtener los resultados  | Prueba inmunocromatográfica: Menos de 30 minutos con menos etapas Inmunofiltración: Menos de 5 minutos con más etapas.   |
| La estabilidad del criterio de evaluación  | ¿Por cuánto tiempo es estable el resultado? ¿Es aconsejable un tiempo de lectura más largo o más corto? (depende del modelo de prestación de los servicios).   |

## Continuación Cuadro 2

|   |   |
|---|---|
| La facilidad de utilización   | Depende de una combinación de características: <ul style="list-style-type: none"> <li>· el tipo de obtención de las muestras (de sangre por punción digital con lanceta o sangre venosa mediante punción venosa);</li> <li>· el número de etapas del procedimiento de la prueba;</li> <li>· la facilidad de lectura de la banda, la línea o la mancha;</li> <li>· la facilidad de interpretación de los resultados de la prueba; y</li> <li>· la adición de procedimientos de control de calidad (la banda aparece cuando se agrega la muestra humana o la banda aparece cuando se añade el amortiguador).</li> </ul> |
| El nivel necesario de infraestructura del laboratorio   | Refrigeración para el almacenamiento de los estuches de la prueba o reconstitución de los reactivos.<br>Espacio de trabajo con temperatura controlada.<br>Electricidad o grupo electrógeno.   |
| Los equipos, los bienes consumibles necesarios, que no procura el estuche de la prueba                            | Las lancetas, los hisopos impregnados de alcohol para obtener muestras por punción digital.<br>El equipo de extracción de sangre venosa.<br>Otros bienes consumibles generales de laboratorio.  |
| La productividad del análisis y los modelos de prestación de servicios de pruebas individuales                    | Las pruebas rápidas de diagnóstico cuando se procesan 40 muestras o menos por día y por operador en laboratorios con infraestructura limitada.<br>Los inmunoanálisis enzimáticos cuando se procesan 40 muestras o más por día y por operador con la infraestructura del laboratorio.  |
| La competencia técnica del personal que realiza la prueba   | Que comporta las competencias de laboratorio y de práctica de la flebotomía.  |
| La existencia de controles del estuche de prueba y su compatibilidad con los materiales de control de la calidad. | Algunos controles se consiguen, pero no forman parte del estuche de la prueba. Véase también arriba la nota sobre el control de la calidad incorporada al procedimiento.  |
| El período máximo de almacenamiento de los estuches de prueba   | Se debe negociar como parte del contrato de adquisiciones.  |
| El acceso a un laboratorio de referencia  | De especial importancia cuando se usan análisis de cuarta generación.   |

## 7.3 OTROS FACTORES QUE SE DEBEN CONSIDERAR

### LA REPETICIÓN DE LA PRUEBA

Se puede obtener orientación específica y detallada sobre la repetición de las pruebas en la siguiente publicación: *Informar los resultados de las pruebas del VIH, comunicar los mensajes sobre la repetición de la prueba y orientar a los adultos* (WHO, 2010).

### LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE SEROPOSITIVIDAD FRENTE AL VIH

La práctica óptima suele consistir en obtener una nueva muestra después de un intervalo (es decir, no el mismo día) a fin de repetir el análisis en todas las personas con diagnóstico reciente. En general, la nueva prueba forma parte de la evaluación clínica y de laboratorio de admisibilidad al tratamiento y de inscripción al servicio de atención. Este procedimiento procura descartar los posibles errores técnicos o de anotación, como la rotulación errónea de las muestras y los errores de transcripción.

### LOS RESULTADOS DISCORDANTES DE LA PRUEBA

El uso del resultado de la prueba A3 con el fin de resolver una discordancia puede no siempre aclarar el estado frente a la infección por el VIH. Las posibles razones de un resultado discordante (A1+; A2-) podrían ser una especificidad de A1 inferior a la prevista o una seroconversión temprana detectada por A1 pero no por A2, es decir, que A1 presenta una mejor sensibilidad a la seroconversión que A2.

Se debe solicitar a las personas con un resultado general no concluyente que acudan al centro 14 días después a fin de repetir la prueba. En concreto, cuando ha ocurrido un incidente específico de exposición al VIH en los tres meses anteriores, la discordancia en los resultados de la prueba puede ser consecuencia de una seroconversión y por lo tanto se aconseja obtener una segunda muestra. Cuando los resultados de la repetición de la prueba son reactivos y concordantes (A1+; A2+), es sumamente probable que se trate de una seroconversión real, puesto que la respuesta de los anticuerpos habrá madurado y se puede notificar el estado positivo frente al VIH. Cuando persiste la discordancia de la repuesta de la prueba (A1+; A2-) o se resuelve con ambas respuestas no reactivas (A1-; A2-), es posible que se haya tratado de una falsa reactividad y se puede informar el estado seronegativo frente a la infección por el VIH.

Las muestras de las personas que presentan signos clínicos que cumplen con los criterios de la OMS del estado III o IV de la enfermedad pueden exhibir discrepancia en los resultados de la prueba, debido a una disminución de los anticuerpos dirigidos contra el VIH-1 y el VIH-2 por la progresión avanzada de la enfermedad y el deterioro de la función inmunitaria. Estos casos no deberían ser frecuentes; cuando se observan, puede no ser necesario repetir la prueba diagnóstica, pero en cambio se deben practicar exámenes complementarios como el recuento de células CD4 (y pruebas virológicas del VIH, donde estén al alcance) con el propósito de orientar las decisiones clínicas.

Cuando el porcentaje de resultados discordantes de la prueba excede 5% en un servicio de pruebas de un entorno con alta prevalencia, se deben evaluar la eficacia de los procedimientos de garantía de la calidad y tal vez se deba validar un nuevo algoritmo de pruebas y adoptarlo.

---

## **LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE CUARTA GENERACIÓN DE DETECCIÓN SIMULTÁNEA O COMBINADA DEL ANTÍGENO DEL VIH-1 Y DE LOS ANTICUERPOS DIRIGIDOS CONTRA EL VIH-1 Y EL VIH-2**

Los análisis recientes de detección del antígeno p24 del VIH-1 y de los anticuerpos dirigidos contra el VIH-1 y el VIH-2 pueden detectar más temprano a las personas infectadas, incluso durante la fase de seroconversión (aguda). Estos análisis suelen ofrecer una mayor sensibilidad a la seroconversión que los análisis de las generaciones anteriores. Por consiguiente, donde sea factible, se deben considerar como el análisis A1 del algoritmo. Sin embargo, nuevos datos han indicado que el componente de detección del antígeno del VIH-1 en algunas pruebas de cuarta generación puede presentar una sensibilidad deficiente (Sands et al, 2012).

Cuando se utilizan los análisis de cuarta generación como prueba A1, seguida por pruebas A2 y A3 de detección de anticuerpos exclusivamente, se debe tener la precaución de confirmar toda reactividad inicial al antígeno del VIH-1. Esta verificación se puede llevar a cabo mediante una segunda prueba con una nueva muestra recogida 14 días después o remitiendo una muestra para efectuar una prueba con el antígeno del VIH-1 en un laboratorio de referencia.

## **EL USO DE LA INMUNOELECTROTRANSFERENCIA Y LOS ANÁLISIS CONFIRMATORIOS**

Actualmente, una variedad de países aplican una selección de diferentes pruebas del VIH en un orden particular, con el fin de reducir al mínimo el número de análisis confirmatorios costosos<sup>4</sup> Las pruebas de confirmación se deben utilizar solo con el fin de resolver los casos con resultados no concluyentes. Por consiguiente, la OMS recomienda que los países consideren la posibilidad de poner a prueba los algoritmos que utilizan pruebas rápidas de diagnóstico o combinaciones de pruebas rápidas y análisis inmunoenzimáticos en placas de microvaloración, en lugar de combinaciones de análisis inmunoenzimáticos e inmunoelctrotransferencias. En algunos países se usan todavía los análisis por inmunofluorescencia como pruebas confirmatorias, pero en general estos análisis son menos sensibles y menos específicos que otros tipos pruebas de detección del VIH actualmente al alcance. En algunos entornos de baja prevalencia, pueden seguir siendo útiles las pruebas A3 por inmunotransferencia u otras pruebas confirmatorias equivalentes, dentro del algoritmo de pruebas en un laboratorio de referencia, pues se prevé que pocas muestras necesiten un análisis adicional.

## **EL PROGRAMA DE LA OMS DE PRECALIFICACIÓN DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS**

La OMS, mediante su Programa de Precalificación de los Medios Diagnósticos, realiza una evaluación independiente e imparcial de la calidad y el desempeño de las técnicas comercializadas de pruebas de detección del VIH que son más apropiadas en los entornos con recursos limitados. Las evaluaciones son de tipo comparativo. Se evalúan las características técnicas y de desempeño como la sensibilidad y la especificidad, en comparación con un conjunto de referencia de muestras clínicas provenientes de todo el mundo y conjuntos de referencia adquiridos comercialmente. Además de procurar un control continuo de la calidad, la OMS evalúa el sistema de gestión de la calidad del mecanismo de producción del medio diagnóstico mediante el examen de expedientes y la inspección de los centros.

---

<sup>4</sup> Es decir, las pruebas por inmunoelctrotransferencia o análisis equivalentes, que se basan en proteínas recombinadas o en péptidos sintéticos capaces de detectar anticuerpos contra proteínas específicas del VIH-1 o del VIH-2.

## EL ESQUEMA DE COMPRA EN GRANDES CANTIDADES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las pruebas del VIH que cumplen con las mínimas normas de precalificación de la OMS son luego aptas para la adquisición por las Naciones Unidas. El Esquema de Compra en Grandes Cantidades de las Naciones Unidas proporciona a sus organismos y a los programas nacionales el acceso a pruebas de diagnóstico del VIH apropiadas, de buena calidad a costo reducido. Las pruebas del VIH diferentes de las que se adquieren mediante el programa de adquisiciones conjuntas, pero que cumplen con las normas mínimas en materia de sensibilidad y especificidad también son apropiadas para el uso en las estrategias de pruebas.

Se puede obtener mayor información sobre la precalificación de los medios de diagnóstico del VIH en el sitio web de la OMS en: [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/en/](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/en/).

---

## 8. EL DESARROLLO Y LA AMPLIACIÓN DE LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN CON RELACIÓN AL VIH EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

### 8.1 LA AMPLIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DEL VIH ESPECÍFICA DEL TIPO DE EPIDEMIA

La ampliación de la prestación de orientación y pruebas relacionadas con el VIH se debe basar en el contexto epidemiológico de cada país o región. Esta recomendación es conforme con las directrices que el ONUSIDA ha dirigido a los países: “*Conozca su epidemia, conozca su respuesta*” (ONUSIDA, 2007). En el presente marco se indican las combinaciones de modelos de prestación de los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH que se deben considerar en función del tipo de epidemia y de las poblaciones destinatarias:

**Las epidemias generalizadas:** Se definen como los entornos donde, aunque las subpoblaciones pueden contribuir desproporcionadamente a la propagación del VIH, la prevalencia de infección por el VIH es constantemente superior a 1% en las embarazadas. La población destinataria de las pruebas de detección y la orientación en estos entornos corresponde a todos los pacientes (adultos y niños) que acuden a los establecimientos de salud; los compañeros sexuales, los cónyuges e hijos de las personas infectadas por el VIH; los padres de los niños infectados por el VIH; y las poblaciones clave afectadas, además de las personas con comportamientos de alto riesgo de contraer la infección y vulnerables a la misma.

**Las epidemias concentradas:** Se definen como los entornos donde el VIH se ha propagado rápidamente en una subpoblación, pero no está bien arraigado en la población general. En una o más subpoblaciones, la prevalencia de infección por el VIH es constantemente superior a 5%, pero en las embarazadas en general, la prevalencia en las zonas urbanas es inferior a 1%.

Las poblaciones clave destinatarias de las pruebas de detección y la orientación están constituidas por las personas de las comunidades o las poblaciones donde la prevalencia de infección por el VIH es superior a 5%, como los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que se inyectan drogas y sus compañeros sexuales. La población destinataria también puede incluir a las embarazadas que acuden a los centros de atención prenatal y a los servicios de atención del parto y el posparto, los pacientes de las consultas de tuberculosis y de infecciones de transmisión sexual y los compañeros sexuales de estas personas.

**Las epidemias de bajo nivel:** La prevalencia de infección por el VIH es inferior a 1% en las embarazadas y no se ha diseminado en proporciones más altas en ninguna subpoblación. Las poblaciones destinatarias de las pruebas de detección y la orientación son las personas que forman parte de comunidades o poblaciones donde la prevalencia de infección puede ser mayor que en la población general, incluidos los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las poblaciones desplazadas, los militares o el personal uniformado, las personas en prisión y las poblaciones indígenas.

## 8.2 UNA EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

La ampliación de la prestación de orientación y pruebas de detección relacionadas con el VIH busca aumentar el conocimiento del estado frente al VIH y vincular a las personas seropositivas y a las parejas serodiscordantes a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección por el VIH. Esta estrategia también procura vincular a las personas seronegativas y a las parejas seroconcordantes negativas a los servicios de prevención de la infección. Antes de escoger y aplicar una combinación de modelos de prestación de pruebas y orientación, se requiere una evaluación descriptiva del contexto local y un análisis de las características epidemiológicas, y de los programas y los servicios de pruebas de detección y orientación existentes. La adopción y la ejecución de la ampliación de estos servicios deben ser estratégicas y deben basarse en datos fidedignos obtenidos mediante estas evaluaciones. En la evaluación se deben utilizar todas las fuentes de datos disponibles (es decir, las encuestas poblacionales, los datos del programa de atención y tratamiento, los datos de vigilancia y los estudios especiales).

Estas evaluaciones deben analizar:

- las poblaciones de las zonas epidémicas y geográficas con la más alta carga de morbilidad por el VIH y debe incluir la cartografía geográfica;
- la disponibilidad de los servicios (cobertura y accesibilidad), incluidos el número de establecimientos que suministran pruebas de detección del VIH y orientación iniciadas por el proveedor o los servicios independientes de pruebas y orientación voluntarias y los servicios de prevención y tratamiento de la infección por el VIH. Los servicios prevención y de tratamiento incluyen pero no se limitan a la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, la prevención de la transmisión materno-infantil, el tratamiento de sustitución de opiáceos, el programa de distribución de agujas y jeringuillas y otros servicios a los cuales acuden las poblaciones clave y los servicios de circuncisión masculina. Se debe evaluar además la disponibilidad de servicios prestados por conducto de diversos sectores gubernamentales, privados, las Organizaciones No Gubernamentales, las organizaciones comunitarias y las organizaciones de carácter religioso;
- el acceso de las poblaciones clave afectadas, en todos los contextos epidémicos;
- la utilización de los servicios existentes de pruebas de detección y orientación relacionados con el VIH, los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo prestados en un establecimiento o en la comunidad, que evalúa además las barreras y los factores facilitadores de la utilización de los servicios;
- las deficiencias de la cobertura actual, con una comprensión de las zonas geográficas y las poblaciones a las cuales no llegan los servicios existentes, que abarca una evaluación de la cobertura de los hombres, los adolescentes y los adultos jóvenes y también las poblaciones clave;
- los recursos existentes (económicos y de personal) destinados a apoyar los modelos de prestación sostenibles de pruebas de detección y orientación con relación al VIH;
- también se deben evaluar los factores especiales de tipo social, jurídico o de género que pueden impedir el acceso a los servicios;
- los mecanismos de seguimiento y evaluación vigentes y las investigaciones operativas en curso encaminados a adaptar las estrategias de prestación de pruebas y orientación sobre el VIH en función de las epidemias cambiantes y los datos científicos que surjan sobre los modelos de prestación del servicio;

- 
- la evaluación de las conexiones entre los servicios de pruebas y orientación y los demás programas de salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva, los servicios de atención de la tuberculosis, los servicios psicosociales y otros servicios de apoyo y los servicios de extensión y educación entre compañeros en materia de valores y preferencias; y
  - las directrices que definen quienes pueden practicar las pruebas y si se permite la realización de pruebas rápidas en el lugar de atención.

El análisis descriptivo del contexto y una evaluación de las necesidades deben orientar la asignación de los recursos. Se debe atribuir prioridad a las zonas o las poblaciones con la mayor necesidad de acceso a las pruebas de detección y la orientación relacionadas con el VIH.

### **8.3 LA AMPLIACIÓN ESTRATÉGICA Y LA EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS Y LA ORIENTACIÓN SOBRE EL VIH EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO**

En el siguiente marco de acción (cuadro 3) se suministran las recomendaciones en materia de combinación de los modelos de prestación de pruebas y orientación sobre el VIH que se deben tener en cuenta en función del contexto epidemiológico.

Las indicaciones que aporta el marco no tienen carácter prescriptivo; la adopción y la ejecución de los modelos de prestación del servicio se tienen que basar en la necesidad y se deben respaldar con la disponibilidad de recursos y el nexo apropiado con los servicios de prevención y tratamiento de la infección por el VIH (véase la sección 8.2: Una evaluación del contexto). En el anexo 1 se resumen los enfoques en función de las poblaciones o los contextos específicos. En el anexo 2 se describen con detenimiento los grupos destinatarios y las ventajas y las desventajas de los diversos modelos de prestación de orientación y pruebas de detección.

### CUADRO 3 MARCO DE LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN Y LA ORIENTACIÓN SOBRE EL VIH CON BASE EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

| Epidemia              | Modelos de prestación de las pruebas de detección y la orientación que se deben considerar   |
|-----------------------|--|
| Epidemia generalizada | <p><b>Las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor.</b> Los proveedores de atención de salud deben ofrecer sistemáticamente las pruebas de detección del VIH a todos los adultos, los adolescentes y los niños que acuden a los establecimientos de salud, cuando existen los recursos suficientes, además de un conjunto recomendado de instrucciones sobre la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH (o la conexión con los servicios adecuados), en el marco de un entorno favorable.</p> <p>Se debe priorizar la ejecución de las <b>pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor en los entornos de atención de la tuberculosis</b>, con hincapié en la detección de los pacientes coinfectados y la facilitación de la remisión con el objeto de comenzar de inmediato el tratamiento antirretroviral y el tratamiento antituberculoso (es decir, en un lapso de dos semanas), con lo cual se puede disminuir de manera considerable la mortalidad.</p> <p>Se debe <b>priorizar la ejecución de las pruebas y la orientación por iniciativa del proveedor en los entornos de atención prenatal</b>, con hincapié en la oferta del servicio a las parejas. Se recomienda la repetición de las pruebas en las embarazadas durante el tercer trimestre o a principios del período posnatal en los entornos con alta prevalencia y epidemia generalizada.</p> <p>Se debe <b>priorizar la ejecución de las pruebas y la orientación por iniciativa del proveedor en los entornos de atención de las infecciones de transmisión sexual</b>, donde sea que existan estos servicios. Los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual son un punto de entrada favorable al contacto con los hombres y al aumento de la cobertura de una población que puede estar en riesgo de contraer la infección por el VIH.</p> <p>Considerar la posibilidad de servicios integrados de pruebas y orientación sobre el VIH y de atención de las enfermedades de transmisión sexual con las pruebas y orientación dirigidas a las poblaciones clave afectadas.</p> <p>Se debe considerar la posibilidad de ejecutar <b>campañas de pruebas y orientación sobre el VIH y campañas de prevención de varias enfermedades</b>.</p> <p><b>Las pruebas domiciliarias de detección del VIH.</b> Las pruebas de detección del VIH se pueden ofrecer en los hogares de puerta a puerta en los entornos urbanos y rurales con alta prevalencia, donde es baja la utilización de las pruebas y la orientación y existe un acceso desigual a los servicios. Este modelo de prestación puede lograr altos grados de cobertura sistemáticamente. También se puede considerar el modelo puerta a puerta con la provisión de servicios de pruebas y orientación a los miembros de la familia, incluidos las parejas o los cónyuges y los hijos de un paciente nuevo con presunción o diagnóstico confirmado de infección por el VIH o tuberculosis (modelo con un caso conocido) y puede constituir una manera sumamente eficaz de reconocer a las personas infectadas por el VIH, pues más de la mitad de los compañeros sexuales principales de las personas infectadas presentarán también la infección por el VIH.</p> <p><b>Las pruebas de detección del VIH en prestación móvil y servicios de extensión</b> se podrían ejecutar en las zonas con alta prevalencia y baja cobertura o en las comunidades y poblaciones que son de difícil acceso, incluidas las personas subatendidas por el sistema formal de salud, como las poblaciones clave y los adolescentes.</p> <p><b>Las pruebas de detección del VIH en el lugar de trabajo</b> se podrían ofrecer a los empleados en las zonas de alta prevalencia donde es baja la tasa de cobertura con las pruebas.</p> <p>Se podrían considerar los servicios de pruebas y orientación sobre el VIH en las <b>escuelas y los establecimientos educativos</b>, aunque en la actualidad se cuenta con una experiencia limitada con los modelos escolares, en materia de consentimiento, confidencialidad y es necesario abordar la provisión de nexos con los servicios de prevención y atención que sean aceptables por los adolescentes y los jóvenes.</p> <p>Se puede continuar la ampliación de la <b>prestación de pruebas de detección y orientación voluntarias, integradas en otros servicios o de manera independiente</b>, donde convenga, mediante el aprovechamiento de los modelos que han sido eficaces en el país o la región y con hincapié en las zonas o las poblaciones subatendidas por estos servicios. Sin embargo, es necesario introducir otros modelos, al mismo tiempo que se aplican las pruebas y la orientación voluntarias en centros independientes.</p> |

### Continuación Cuadro 3

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Epidemia mixta</b> | <p><b>Las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor.</b> Los proveedores de atención de salud deben recomendar la práctica de la prueba diagnóstica a los pacientes en los establecimientos sanitarios, sobre todo a las personas que presentan signos o síntomas indicativos de infección por el VIH o tuberculosis, los pacientes con infecciones de transmisión sexual y los niños con una exposición conocida al VIH en el período perinatal y en los servicios dirigidos a las poblaciones clave afectadas. Algunos países pueden optar por proporcionar las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor, con base en la asignación de prioridades geográficas y prestar los servicios en los distritos o las regiones con una mayor prevalencia de la infección por el VIH.</p> <p>Se debe priorizar la ejecución de las <b>pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor en los entornos de atención de la tuberculosis</b>, con hincapié en el reconocimiento de los pacientes coinfectados y la facilitación de las remisiones con el objeto de comenzar de inmediato el tratamiento antirretroviral y el tratamiento antituberculoso (es decir, en un lapso de dos semanas).</p> <p>La ejecución de las <b>pruebas y la orientación por iniciativa del proveedor en los entornos de atención prenatal</b> también puede ser apropiada.</p> <p><b>Las pruebas domiciliarias de detección del VIH</b> podrían ser útiles cuando se ofrecen a los miembros de la familia o los cónyuges, los padres y los hijos de casos iniciales con presunción o diagnóstico de infección por el VIH o tuberculosis (modelo con un caso conocido). El enfoque puerta a puerta también puede ser útil en entornos con alta prevalencia de infección por el VIH, pero una baja utilización de las pruebas de detección y la orientación.</p> <p><b>Las pruebas de detección del VIH en prestación móvil y servicios de extensión.</b> Este modelo de prestación busca alcanzar a las poblaciones clave. El lugar y la forma de aplicación de este modelo de pruebas dependen de las poblaciones que necesitan los servicios y del contexto local. La OMS recomienda firmemente ofrecer las pruebas en modelo de prestación comunitaria, vinculadas con la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a las personas transgénero (WHO, 2011b). También se deben considerar los servicios de pruebas móviles dirigidas a los profesionales del sexo y a las personas que consumen drogas inyectables.</p> <p>Se puede continuar la ampliación de la <b>prestación de pruebas de detección y orientación voluntarias, integradas en otros servicios o de manera independiente</b>, donde convenga, mediante el aprovechamiento de los modelos que han sido eficaces en el país o la región y con hincapié en las zonas o las poblaciones subatendidas por estos servicios. Sin embargo, es necesario introducir otros modelos, al mismo tiempo que el modelo de prestación voluntaria en centros independientes, dirigidos sobre todo a las poblaciones clave, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero, los profesionales del sexo y las personas que consumen drogas inyectables.</p> |
|-----------------------|--|

## Continuación Cuadro 3

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Epidemias concentradas y de bajo nivel</b></p> | <p><b>Las pruebas y la orientación iniciadas por el proveedor.</b> En general, los proveedores de atención de salud no deberían ofrecer las pruebas de detección y la orientación sobre el VIH a todos los adultos, los adolescentes y los niños que acuden a los establecimientos de salud, sino que, en cambio, deben recomendar las pruebas a determinados pacientes, entre ellos a los que tienen factores de riesgo conocidos de contraer el VIH, a los que presentan signos o síntomas indicativos de infección por el VIH o tuberculosis, a los pacientes con infecciones de transmisión sexual y los niños con una exposición conocida al VIH durante el período perinatal. Es importante ofrecer las pruebas y la orientación de manera sensible y aceptable (a fin de evitar el estigma y la discriminación) en los entornos que atienden a las poblaciones clave con riesgo de contraer la infección y las personas vulnerables, incluidos los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los migrantes y las minorías étnicas.</p> <p>Además, las pruebas y la orientación sobre el VIH iniciadas por el proveedor se deben ofrecer sistemáticamente en los centros de <b>tratamiento de la dependencia a las drogas</b> (terapia sustitutiva de opioides) o de desintoxicación, en los programas de distribución de agujas y jeringuillas y los programas de terapia sustitutiva de opioides.</p> <p>La ejecución de <b>las pruebas y orientación iniciadas por el proveedor en los entornos de atención prenatal</b> también pueden ser apropiadas, sobre todo en los entornos que atienden a las poblaciones en mayor peligro.</p> <p>Se podría considerar ofrecer los servicios de <b>pruebas domiciliarias de detección del VIH</b> a los miembros de la familia, los cónyuges, los padres y los hijos de los casos nuevos con presunción o diagnóstico de infección por el VIH o de tuberculosis del paciente índice.</p> <p><b>Las pruebas de detección del VIH en prestación móvil y servicios de extensión.</b> Este modelo de prestación constituye un elemento clave de los programas de pruebas y orientación en las epidemias concentradas, con el propósito de prestar servicios accesibles y aceptables a las poblaciones clave como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas inyectables y los profesionales del sexo. Será importante velar por que estos servicios no generen discriminación ni den lugar a repercusiones adversas en las personas que los utilicen y que se logre un vínculo con los servicios activos de prevención, atención, tratamiento y apoyo. Los servicios se pueden fomentar al asociarlos con eventos comunitarios donde se ofrecen las pruebas y otras actividades innovadoras de promoción.</p> <p>Se puede continuar la prestación de <b>pruebas de detección y orientación sobre el VIH voluntarias en centros independientes</b> a las poblaciones clave, mediante el aprovechamiento de los modelos que han sido eficaces en el país y dirigiendo las actividades a las zonas donde estos servicios no atienden a las poblaciones clave. Sin embargo, se deben introducir otros modelos de prestación al mismo tiempo que se aplican las pruebas y la orientación voluntarias en centros independientes.</p> |
|--|--|

Estos modelos de prestación de los servicios de pruebas de detección y orientación se refuerzan mutuamente y son complementarios, pues cada modelo se dirige a poblaciones específicas que representan una prioridad en cada tipo específico de epidemia (véase el anexo 1). La ampliación estratégica de los servicios debe comportar una combinación de estos modelos de prestación. Cada modelo se debe ejecutar estratégicamente, donde logrará con mayor eficacia aumentar la cobertura y la aceptación de los servicios por parte de las poblaciones que actualmente no utilizan los servicios al alcance.

---

## 9. LOS NEXOS CON LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Las pruebas de detección y la orientación en relación con el VIH ofrecen un beneficio limitado a menos que se vincule a las personas y las parejas con otros servicios. El nexo con estos servicios se debe considerar un componente clave de la eficacia del tratamiento, la atención y la prevención. Por consiguiente, la rápida ampliación de estas prestaciones se debe aunar a la garantía de una conexión con los servicios de prevención, tratamiento, atención y de apoyo, entre otros el pretratamiento antirretroviral, el recuento de células CD4 y los servicios que se ocupan del tratamiento antirretroviral, de la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la prevención de la transmisión maternoinfantil, la planificación familiar y la circuncisión masculina.

Conocer su propio estado frente al VIH faculta a las personas a tomar decisiones fundamentadas en materia de prevención y tratamiento de la infección por el VIH. Establecer nexos fuertes con servicios eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección es primordial cuando se prevé que las personas adopten estas decisiones.

A las personas categorizadas como seronegativas frente al VIH o como parejas seroconcordantes negativas, la prestación de pruebas de diagnóstico y orientación provee acceso a los servicios de prevención de la infección por el VIH, como los preservativos, la circuncisión masculina y, a las personas que se inyectan drogas, ofrece los servicios de reducción de daños (terapia de sustitución de opioides y distribución de agujas y jeringuillas). Cuando no existen nexos con estos servicios, la prestación de pruebas y orientación tendrá solo una repercusión moderada sobre la prevención de la infección por el VIH.

A las personas seropositivas frente al VIH, las pruebas y la orientación ofrecen una puerta de entrada a los servicios de tratamiento. También facilita a las mujeres y las parejas infectadas por el VIH la obtención de acceso a los servicios para sí mismos y además contribuye a una concepción más segura y a prevenir la transmisión a sus lactantes.

En las parejas que son serodiscordantes, las pruebas y la orientación ofrecen a la pareja no infectada el acceso a los servicios de prevención de la transmisión del VIH y a la pareja que es VIH seropositiva, el contacto con los servicios de atención, apoyo y tratamiento. La prestación respalda la aceptación y el uso eficaz de las intervenciones de prevención de transmisión maternoinfantil y las opciones de concepción más seguras.

La conexión con otros servicios **antes** de la prestación de orientación y pruebas puede constituir un medio importante de aumentar la cobertura, por ejemplo, los vínculos con los servicios de salud materno-infantil, de atención de la tuberculosis, los servicios de extensión y de educación entre compañeros.

Los vínculos **después** de las pruebas y la orientación con el tratamiento y la prevención de la infección suelen ser débiles, cualquiera que sea el método de prestación, incluidos todos los modelos basados en los establecimientos de salud. Por ejemplo, en un consultorio de atención primaria en Ciudad del Cabo en Sudáfrica, solo 66,7% de los pacientes que satisfacían las condiciones del tratamiento antirretroviral comenzaron el tratamiento (Kranzer et al, 2011; Rosen et al, 2011). Una evaluación de la prestación de pruebas de detección y orientación iniciadas por el proveedor en el marco de la atención prenatal indicó que un promedio de 30% de las pacientes embarazadas infectadas por el VIH no reciben profilaxis antirretroviral como prevención de la transmisión materno-infantil (Hensen et al, 2011). Se cuenta con pocos datos de terreno sobre los nexos entre la prestación comunitaria de pruebas y orientación y los servicios de tratamiento y prevención de la infección por el VIH, pero, donde se han comunicado, los nexos aparecen insuficientes.

Vincular a las personas y las parejas en quienes se ha practicado la detección del VIH con los servicios de prevención, atención y tratamiento representa uno de los componentes imprescindibles de la prestación de pruebas de detección y orientación. Quienes prestan este servicio tienen la responsabilidad de fortalecer los nexos y es necesario informarles que es su obligación vincular a los usuarios con los servicios apropiados. Los proveedores que prestan servicios de pruebas y orientación deben colaborar con los proveedores de servicios a fin de cerciorarse que las personas o las parejas que se hacen la prueba y reciben la orientación establezcan un contacto eficaz con los servicios apropiados. Los programas deben explorar las intervenciones pertinentes que potencien al máximo los nexos eficaces, como los acompañantes no especializados, los SMS y el seguimiento por conducto del teléfono móvil.

Es responsabilidad de los proveedores de las pruebas de detección y la orientación en relación con el VIH procurar que las personas o las parejas se vinculen con los servicios apropiados de prevención, tratamiento, atención y apoyo

Los grupos y las redes de apoyo son elementos valiosos en todos los contextos epidémicos, pero su función recobra una importancia especial en las epidemias de bajo nivel y concentradas. Estos grupos son primordiales en el acceso equitativo a los servicios de prevención y tratamiento, el cumplimiento del régimen terapéutico y la prevención de las personas que se pierden durante el seguimiento. Se debe mantener el respaldo a las organizaciones de la sociedad civil que facilitan el acceso a los servicios a las personas infectadas por el VIH y a sus familias. Los proveedores que prestan servicios de pruebas de detección y orientación deben ofrecer a las personas los datos de contacto y la información sobre las redes locales que apoyan a las personas infectadas por el VIH. En algunos entornos, los pares o los agentes sanitarios de la comunidad acompañan a las personas con el VIH a los establecimientos y prestan apoyo en materia de comprensión del tratamiento y de cumplimiento terapéutico.

---

## 10. CONSIDERACIONES Y PRINCIPIOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

Los principios de los cinco componentes imprescindibles adoptados inicialmente en los años ochenta al igual que las tres condiciones de la orientación y las pruebas voluntarias, cuando este era el único modelo de prestación de los servicios, siguen siendo la base de toda buena práctica de una sesión de orientación y pruebas. Los cinco componentes imprescindibles exigen que la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH:

- sea confidencial;
- se acompañe de orientación después de la prueba;
- se practique solo después de haber obtenido un consentimiento fundamentado, es decir que la realización de la prueba debe ser informada y voluntaria;
- sea de alta calidad: los proveedores del servicio de pruebas y orientación deben velar por mantener una gran calidad de los servicios que ofrecen las pruebas de detección y la funcionalidad del mecanismo de garantía de la calidad, con el fin de respaldar la entrega de **resultados correctos de la prueba**. Este aspecto puede incluir el uso de indicadores internos y externos de garantía de la calidad y debe contar con el apoyo del Laboratorio Nacional de Referencia; y
- se debe ofrecer al mismo tiempo que la conexión con una atención de alta calidad a las personas y las parejas que se hacen la prueba de detección del VIH y también a las personas a quienes se ofrece la prestación pero la rechazan. En otras palabras, se debe vincular a todas las personas y las parejas con los servicios adecuados, sin considerar si optaron por aceptar la prueba o rechazarla.

Además de los cinco componentes imprescindibles, los servicios de pruebas y orientación deben lograr que las personas reconocidas como seronegativas frente al VIH y las parejas que son serodiscordantes o seroconcordantes negativas se vinculen con los servicios de prevención de la infección por el VIH.

### 10.1 UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS

El diálogo relacionado con la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH ha evolucionado durante el último decenio, desde una perspectiva muy cautelosa inicialmente, hasta considerar hoy que las personas tienen el derecho de acceder a las pruebas y la orientación voluntarias y a la prestación continua de prevención, atención y tratamiento. En todo tipo de prestación, ya sea iniciada por el usuario o por iniciativa del proveedor, con base en un establecimiento sanitario o un entorno comunitario, las ventajas siempre deben superar todo posible riesgo o perjuicio a las personas. Además, la principal razón de proponer las pruebas siempre debe ser el beneficio de las personas que las aceptan. Por lo tanto, por ejemplo, la ampliación de escala de prestación de las pruebas no se justifica solo con el fin de aumentar la aceptación del servicio o de alcanzar las metas propuestas con las pruebas de

detección del VIH, sino con el propósito de ofrecer un acceso equitativo a los servicios apropiados y de gran calidad y vincular esta prestación con los demás servicios. La ampliación de los modelos de prestación de pruebas y orientación sobre el VIH debe adoptar un enfoque basado en los derechos. Por esta razón, las pruebas de detección y la orientación siempre deben ser voluntarias y el consentimiento debe ser informado, gracias al suministro de información antes de la prueba. Además, la prestación de pruebas y orientación se debe vincular con los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Independientemente del modelo de la prestación, estos servicios deben proteger, respetar y cumplir con los principios y las normas de derechos humanos. La prestación nunca debe ser obligatoria ni forzada y no se debe respaldar cuando las personas que obtienen un resultado positivo pueden ser penalizadas o discriminadas por la ley o por las políticas administrativas.

Un enfoque de prestación de pruebas de detección y orientación sobre el VIH fundamentado en los derechos humanos favorece el cumplimiento de un procedimiento ético en la realización de la prueba (véase la sección 3, Panorama). Las personas tienen derecho a conocer su estado con respecto a la infección por el VIH y derecho de acceder a los servicios apropiados y de gran calidad (UNCHR/UNAIDS, 2006). Se debe informar a las personas que prestan su consentimiento para hacerse una prueba de detección y recibir la orientación sobre las implicaciones de un resultado positivo de la prueba, y es necesario protegerlas de la estigmatización y la discriminación, ya sea que la prestación tenga lugar en un establecimiento de salud o en otros centros como las prisiones o en entornos comunitarios. Las personas tienen además el derecho de rehusar hacerse la prueba y recibir orientación, en los medios donde se ofrecen en forma sistemática, y esta negativa no debe impedir su acceso a los servicios de gran calidad que no dependen de conocimiento de su estado con respecto a la infección por el VIH.

## 10.2 LA REPETICIÓN DE LAS PRUEBAS

Es preciso disminuir la repetición innecesaria de las pruebas en las personas que ya conocen su situación frente a la infección por el VIH, a fin de evitar el desperdicio de los recursos y la sobrecarga laboral de los proveedores que las prestan. La mayoría de las personas con un resultado seronegativo de la prueba diagnóstica del VIH no requiere una repetición de la misma con el fin de validar el resultado. Sin embargo, la práctica de una nueva prueba puede ser importante en las personas que presentan un riesgo continuo de contraer la infección, como la pareja no infectada en una relación serodiscordante, las embarazadas y las poblaciones clave (por ejemplo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que consumen drogas inyectables) y las personas en las epidemias generalizadas con alta prevalencia. La OMS ha formulado recomendaciones sobre la repetición de las pruebas, con base en el contexto y en el riesgo individual (WHO, 2010). Estas recomendaciones deben guiar la formulación de los mensajes de orientación posteriores a la prueba, con el fin de lograr encauzar adecuadamente la repetición de las pruebas hacia las personas en quienes puede ser útil y disminuir la repetición innecesaria de las pruebas en las personas seronegativas y con bajo riesgo de contraer la infección.

Una dificultad que surge con la repetición de las pruebas consiste en que todos los consejeros se capacitan sobre la forma de orientar a las personas que se hacen la prueba por primera vez, pero también necesitan conocimientos y aptitudes complementarias en materia de orientación de quienes repiten la prueba. Los proveedores que prestan servicios de pruebas y orientación pueden necesitar una capacitación adicional sobre la adaptación de los mensajes ordinarios de orientación después de la prueba, con respecto a la repetición de la misma durante el período silente (WHO, 2010) o sobre la forma de prestar el servicio a las personas que se presentan con el fin de repetir las pruebas periódicamente, por ejemplo las personas con un posible riesgo continuo, como los miembros de parejas serodiscordantes o las personas seronegativas que toman profilaxis previa a la exposición.

---

### **10.3 EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE EL VIH**

Los servicios de orientación y pruebas del VIH que se prestan en un establecimiento o en entornos comunitarios deben ser de gran calidad, a fin de procurar servicios que sean aceptables y los utilice la población a la cual están dirigidos. Los servicios de buena calidad de orientación y pruebas de detección son aquellos que son accesibles y satisfacen las necesidades y las exigencias de los usuarios y los proveedores, se ajustan a las normas reconocidas de la prestación (los cinco componentes imprescindibles), cuentan con medidas vigentes de garantía de la calidad de los servicios, incluida la garantía externa de la calidad de la prueba y están en consonancia con las directrices nacionales. A fin de alcanzar una gran calidad, los servicios deben disponer de recursos adecuados y apropiados, incluidos los suministros convenientes y suficientes recursos económicos y humanos. Además, los proveedores de salud deben estar respaldados por mecanismos continuos de tutoría y supervisión y, según sea necesario, recibir capacitación de perfeccionamiento. En algunos entornos las pruebas de detección del VIH están a cargo de personal no especializado. La capacitación adecuada, el apoyo y la supervisión constante del desempeño son aspectos esenciales para todo el personal que practica las pruebas de detección del VIH a escala comunitaria, independientemente de su grado de formación.

Con el fin de lograr y mantener un sistema coherente y operativo de gestión de la calidad, que responda a las inquietudes nacionales, subnacionales, de los establecimientos y de la comunidad, es importante supervisar, evaluar y mejorar la calidad en cada instancia, con la participación activa de todos los interesados directos. Durante los dos últimos decenios, se ha aplicado en la atención sanitaria una variedad de métodos de garantía de la calidad y de mejoramiento de la calidad en los países de ingresos medianos y bajos. La decisión sobre el método utilizado en la prestación de la orientación y las pruebas de detección del VIH dependerá del contexto del país, del compromiso de las instancias normativas y los directores de programas, y de la complejidad de los problemas que se deben abordar.

La OMS ha puesto al alcance un manual que aporta indicaciones prácticas en materia de mejoramiento de los servicios de pruebas de detección y orientación relacionadas con el VIH (WHO, 2011a).

### **10.4 LA DELEGACION DE TAREAS**

La ampliación de la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH, sobre todo en los entornos con recursos limitados, puede requerir la delegación de las tareas de esta prestación a personas con una menor capacitación y menos calificadas. Reforzar la capacidad de los consejeros no especializados, las redes de personas infectadas por el VIH, los voluntarios o los agentes sanitarios de la comunidad en materia de práctica de la orientación y las pruebas de detección en los establecimientos sanitarios o en la comunidad podría fortalecer la capacidad del sistema de salud de prestar estos servicios y contribuir a la sostenibilidad de la ampliación del alcance. Los consejeros no especializados o los agentes sanitarios de la comunidad necesitarán una capacitación sobre los principios de realización de las pruebas y la orientación y sobre la forma de utilizar las pruebas de detección rápidas, incluida la garantía externa de la calidad. Las políticas nacionales tendrán que autorizar la realización de las pruebas por estos trabajadores. Estas recomendaciones están en consonancia con otras recomendaciones y directrices mundiales de la OMS (WHO, 2008a). Los consejeros legos pueden constituir una parte eficaz de la fuerza laboral, a condición de que los programas inviertan en su capacitación, la supervisión constructiva y los materiales de apoyo pertinentes.

## **10.5 EL COMPROMISO POLÍTICO Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS INTERESADOS DIRECTOS Y LA COMUNIDAD**

La ampliación sostenible de la prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH exige compromiso político y movilización de los interesados directos y de la comunidad. Un compromiso político que respalde la planificación y la movilización de los recursos es fundamental y puede lograr que los servicios reciban recursos suficientes, tengan una gestión apropiada y podría promulgar la reducción del estigma y la discriminación. Además, la ampliación de escala de estos servicios requiere la movilización y la participación de los interesados directos, incluidas las personas infectadas por el VIH, las Organizaciones No Gubernamentales, las organizaciones religiosas, las instituciones académicas, el sector privado, los proveedores de atención de salud, los líderes de la comunidad y los líderes tradicionales.

Un entorno favorable a la ampliación de la prestación de las pruebas de detección y la orientación también requiere medidas que eviten la práctica de pruebas obligatorias, la revelación del estado frente al VIH y otras posibles consecuencias negativas que puede acarrear la realización de las pruebas, como el estigma y la discriminación. Las políticas y las leyes que protegen a las personas y a las parejas que se hacen la prueba y reciben la orientación pueden adquirir una importancia particular en las poblaciones clave. De manera análoga, es necesario eliminar las políticas o las leyes que limitan o impiden el acceso de las poblaciones clave a los servicios de prestación de pruebas y orientación en relación con el VIH.

La movilización de la comunidad es esencial en la promoción de una mayor demanda de servicios de orientación y pruebas de detección, pues faculta a las personas a apreciar las ventajas de estos servicios. La movilización de las comunidades a abordar el tema del VIH y a respaldar la prestación de pruebas de detección y orientación puede contribuir a aminorar el estigma y la discriminación que se asocian con el VIH y con las pruebas de detección y ayudar así a normalizar la práctica de las pruebas de detección.

---

## 11. LA FIJACIÓN DE LAS METAS, LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN, LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA Y LAS INSUFICIENCIAS DE LOS DATOS CIENTÍFICOS

### 11.1 LA FIJACIÓN DE LAS METAS DE LA PRESTACIÓN DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

En la actualidad, la mayoría de los países recopila información anual sobre el número de personas que se hacen la prueba de detección y estas cifras se comunican en el informe hacia el acceso universal de la OMS<sup>1</sup>. Se recogen otros datos sobre la cobertura de las pruebas del VIH y la orientación de las embarazadas en la atención prenatal y de los pacientes con diagnóstico o presunción clínica de tuberculosis en los consultorios de atención de esta enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los países no recopila en forma sistemática las estadísticas del programa sobre la cobertura con las pruebas y la orientación en la población general. En algunos países, no obstante, las encuestas poblacionales como las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Indicadores del Sida reúnen periódicamente información sobre los siguientes aspectos:

- el cálculo de la proporción de personas infectadas por el VIH que conocen su estado;
- los porcentajes de mujeres y hombres entre los 15 y los 49 años de edad que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron los resultados de su última prueba (Encuestas de Demografía y Salud);
- los porcentajes de las poblaciones clave afectadas en quienes se ha practicado la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron los resultados de su última prueba (Encuestas de Demografía y Salud);
- el porcentaje de embarazadas que recibieron orientación y se hicieron la prueba de detección del VIH (Encuestas de Demografía y Salud);
- los porcentajes de mujeres y hombres entre los 15 y los 49 años de edad que se han hecho alguna vez a la prueba del VIH y que recibieron los resultados de su última prueba (Encuestas de Indicadores del Sida).

Con el fin de evaluar los nexos entre la prestación de pruebas de detección y orientación sobre el VIH y los servicios de atención sanitaria, se ha propuesto el siguiente indicador adicional (WHO, 2011c):

- la razón entre el número de pacientes nuevos inscritos en los servicios de atención previa al tratamiento antirretroviral y de tratamiento antirretroviral y el número de personas que obtuvieron por primera vez un resultado positivo en la prueba de detección del VIH.

El aumento del número total de pruebas realizadas o de las poblaciones que se hicieron a la prueba pueden no reflejar de manera útil la ampliación del acceso al servicio, sobre todo en los países con epidemias de bajo nivel y concentradas, cuando no existen datos específicos sobre las poblaciones a las que se le han hecho la prueba, por ejemplo, si ha aumentado el acceso y la cobertura de las pobla-

<sup>1</sup> Se puede consultar en: <http://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/es/index.html>

ciones clave. Los programas deben vigilar el acceso y la cobertura de los servicios en las poblaciones clave con riesgo de contraer la infección y vulnerables a la misma. Este aspecto se aplica también, al seguimiento del número de establecimientos que ofrecen los servicios de pruebas y orientación sobre el VIH: un aumento no constituye siempre una imagen completa de la situación, a menos que se cuente con información sobre las poblaciones destinatarias de los servicios.

Cuando los países se han comprometido con ofrecer acceso universal al tratamiento y la prevención, también deberían respaldar el acceso universal a las pruebas de detección. Por esta razón, los programas nacionales deben fijar las metas de los servicios de pruebas de detección y orientación, considerar la mejor combinación de estrategias que lograría una cobertura total con el servicio y adoptar los indicadores apropiados, a fin de vigilar el progreso y evaluar los efectos de la ejecución de una combinación estratégica de modelos de prestación de estos servicios.

Cuando los países se han comprometido con ofrecer acceso universal al tratamiento y la prevención, también deberían respaldar el acceso universal a las pruebas de detección.

En las epidemias de bajo nivel y concentradas, la eficiencia de los enfoques de prestación de pruebas y orientación encaminados a detectar a las personas seropositivas frente al VIH constituye un factor esencial y se debe medir mediante la proporción de personas que aceptaron la prueba y que obtuvieron un resultado positivo. La decisión de practicar la prueba a todas las embarazadas, por ejemplo, exige una consideración cuidadosa de los aspectos epidemiológicos, sociales y de eficacia en función de los costos.

## 11.2 LOS INDICADORES Y LOS RESULTADOS

Los indicadores deben ser específicos, cuantificables, alcanzables, realistas y con plazos establecidos y deben reflejar las metas del programa de prestación de pruebas de detección y orientación con relación al VIH. Por ejemplo, los programas que buscan aumentar la prestación de este servicio a las parejas, quizá deseen fijar metas sobre la proporción de usuarios que aceptan las pruebas en pareja. Es preciso realizar de manera periódica un análisis operativo con el objeto de determinar la forma de mejorar la ejecución de los modelos ampliados de prestación del servicio.

La OMS ha publicado las directrices sobre el seguimiento y la evaluación de los programas de prestación de pruebas de detección y orientación en relación con el VIH (WHO, 2011c).

## 11.3 EL SEGUIMIENTO, LA EVALUACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA

La ampliación de escala de la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH se debe ejecutar en forma simultánea con un mecanismo eficaz de seguimiento y evaluación y la posibilidad de llevar a cabo una investigación operativa, con el fin de orientar la ejecución del programa y procurar que se establezcan y se mantengan la eficiencia, la eficacia, la calidad de la atención y la aceptabilidad. El seguimiento y la evaluación contribuyen a velar por una prestación de servicios que potencie al máximo las ventajas para los usuarios y reduzca al mínimo toda consecuencia adversa posible. La investigación operativa puede evaluar los obstáculos y los factores que facilitan el acceso a las pruebas de detección y la orientación y también puede reconocer todo punto débil en los procedimientos de remisión o de conexión con los demás servicios. La calidad y la aceptabilidad de los diferentes modelos de pruebas de detección del VIH varían en función del entorno. Comprender estos aspectos de la prestación de estos servicios es crucial a fin de potenciar al máximo su utilización.

---

Asimismo, es importante que los países y los programas evalúen no solo qué tan bien detectan a las personas infectadas por el VIH los diferentes modelos de prestación de pruebas de detección y orientación, ya sea individualmente o en combinación, sino también la eficacia con que los modelos vinculan a las personas con los servicios de atención, tratamiento y apoyo.

## **11.4 LAS NORMAS ESENCIALES DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH DE BUENA CALIDAD**

Toda ejecución de la prestación de servicios de pruebas de detección y orientación con relación al VIH requiere los mismos elementos básicos que se exigen a las pruebas de detección y la orientación (WHO/UNAIDS, 2007). Es necesario vigilar la disponibilidad y la calidad de cada modelo. Los requisitos básicos son los siguientes:

### **Las normas de ejecución de la prestación de los servicios de pruebas de detección y orientación sobre el VIH**

- un acceso equitativo a los servicios de pruebas de detección y orientación;
- un espacio apropiado y seguro dedicado a la orientación, donde la entrevista puede ser confidencial;
- mecanismos funcionales de remisión y seguimiento; y
- un personal capacitado y en número suficiente, que incluya:
  - » consejeros, trabajadores de salud, consejeros no especializados y pares, con participación de personas infectadas por el VIH;
  - » garantía de la calidad y medidas que mejoren la calidad a fin de apoyar y mantener la calidad de las pruebas; y
  - » medidas que mejoren la calidad a fin de apoyar y mantener la calidad de la orientación.

### **El mecanismo de realización de las pruebas de detección y la orientación sobre el VIH**

- Vigilancia, tutoría y supervisión continuas del personal, con el fin de procurar el mantenimiento de la calidad en la prestación de servicios y el respaldo al personal encargado.
- La capacidad de realización de las pruebas de detección del VIH, que comporta:
  - » la capacidad adecuada de laboratorio (a fin de llevar a cabo la detección inicial y las pruebas confirmatorias);
  - » las reservas suficientes de estuches de pruebas y suministros;
  - » un sistema eficaz de gestión de la cadena de suministros y medios de acción que incluyan la gestión de los desechos médicos; y
  - » la participación en un sistema externo de garantía de la calidad.

### **Los resultados de la prestación de orientación y pruebas de detección del VIH**

- proveer conexiones con los servicios de prevención, atención y tratamiento y vínculos de seguimiento (entre ellos con los servicios de pretratamiento antirretroviral, tratamiento antirretroviral, prevención de la transmisión maternoinfantil y tuberculosis);
- prestar servicios integrados como la detección de los síntomas de la tuberculosis y la remisión de los pacientes;
- proveer nexos y vínculos de seguimiento con los servicios de circuncisión masculina, atención de las infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y salud maternoinfantil; y
- captar y registrar la realización de las pruebas, la conexión con los servicios, vigilar la aceptabilidad por parte de los usuarios y registrar todo desenlace adverso.

---

## 12. LA INSUFICIENCIA DE LOS DATOS CIENTÍFICOS EXISTENTES

Si bien se cuenta con datos fidedignos sobre la asociación entre los modelos de prestación de servicios de pruebas de detección y orientación y la utilización de las pruebas de detección del VIH por los usuarios, son insuficientes los datos con respecto a los siguientes aspectos:

- La eficacia en función de los costos y la repercusión de la prestación de pruebas y orientación iniciadas por el proveedor en los servicios de atención prenatal y otros entornos clínicos, sobre todo en las epidemias de bajo nivel y concentradas.
- Los medios de evaluar y aumentar la eficacia del nexo de las personas con los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, a fin de prevenir que se pierdan personas durante el seguimiento, después de las pruebas de detección y la orientación prestadas por conducto de los diversos enfoques.
- La eficacia de los diversos enfoques usados por la comunidad y los grupos comunitarios a fin de fomentar el vínculo con los servicios de atención después de haber establecido el diagnóstico de infección por el VIH. Los proyectos experimentales podrían consistir en el trabajo conjunto de los proveedores de atención de salud y los grupos de la comunidad con el objeto de reconocer los factores que obstaculizan las conexiones y el seguimiento y superarlos.
- Los medios de evaluar la **calidad de la prestación comunitaria de pruebas de detección y orientación**, incluida la calidad de las pruebas cuando se usan los estuches en el punto de atención.
- **Los factores relacionados con el mejoramiento de la aceptación de las pruebas y los medios de lograrlo** en los diferentes modelos de prestación y con el acceso a las poblaciones y las personas que son difíciles de alcanzar y que más necesitan los servicios de pruebas, entre ellas las poblaciones clave afectadas, los adolescentes, los prisioneros y los trabajadores migratorios y los hombres y las poblaciones pobres, rurales y vulnerables.
- La **aceptabilidad** de los diferentes modelos de prestación de servicios de pruebas de detección y orientación sobre el VIH y la **motivación** de los diferentes grupos para buscar los servicios. Aunque existen indicios en favor de la buena aceptación por los pacientes de las pruebas y la orientación iniciadas por los proveedores en los establecimientos de salud, son escasos los datos fidedignos sobre la aceptabilidad y las enseñanzas aprendidas con modelos específicos de prestación de estos servicios. La aceptabilidad relativa de los diversos modelos de prestación influirá sobre el acceso y la utilización. En consecuencia, se requieren datos sobre las perspectivas y la aceptabilidad a escala personal.
- No se conoce el cociente de **personas que se hacen la prueba por primera vez y las personas que repiten la prueba** en función de los diversos modelos de prestación. En las epidemias generalizadas con alta incidencia de infección por el VIH en la población general y en las personas con un riesgo continuo de contraer la infección, es útil repetir periódicamente la prueba (cada año) en las personas con resultados negativos. Sin embargo, la repetición no se recomienda en muchos otros entornos. Un mejor análisis de la

razón entre las personas que aceptan la prueba por primera vez y las que la repiten puede contribuir a que los programas definan si el número cada vez mayor de pruebas realizadas corresponde a que más personas conocen su estado o a que más personas buscan repetir la prueba. Con el uso de los resultados de este análisis, los programas pueden ajustar sus estrategias de pruebas de detección y orientación en relación con el VIH en función de la cobertura actual y las consideraciones epidémicas.

- **Las pruebas autoadministradas de detección del VIH.** Existe un interés creciente acerca de las posibilidades que representa las pruebas autoadministradas en materia de aumento del acceso a la prueba diagnóstica en las personas que se encuentran subatendidas por las estrategias actuales. Este tipo de pruebas puede ofrecer un medio de evaluar a las personas que no desean o que no pueden acudir a los establecimientos o que se preocupan por la confidencialidad o el estigma. En la actualidad, existe escasa experiencia operativa en relación con estas pruebas. Es necesario emprender programas experimentales y evaluarlos antes de poder formular recomendaciones formales.

## ANEXO 1. LA EJECUCIÓN ESTRATÉGICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS RELACIONADAS CON EL VIH CON BASE EN EL CONTEXTO Y LA POBLACIÓN DESTINATARIA

El uso del siguiente cuadro puede contribuir a determinar el modelo de prestación de pruebas de detección y orientación que sea más apropiado, según el contexto epidemiológico local o las poblaciones clave, que por consiguiente se deben visar específicamente. Las puntuaciones asignadas a cada categoría se basan en un análisis de la bibliografía publicada e inédita y en las experiencias de los programas.

| Modelo de prestación de las pruebas y la orientación | Poblaciones |                    |         |                              |  |  |                        |       |        |             | Menor costo | Menor posibilidad de estigma | Condiciones de una ejecución eficaz |              |  |
|--|-------------|--------------------|---------|------------------------------|--|--|------------------------|-------|--------|-------------|-------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
|  | General     | Concentrada o baja | Hombres | Jóvenes (menores de 24 años) | Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | Personas que consumen drogas inyectables | Profesionales del sexo | Rural | Urbana | Supervisión |             |                              | Delegación de tareas                | Capacitación |  |
| Voluntaria   | √/√         | √                  | √       | √                            | -  | -  | -                      | x     | √      | -           | -           | √                            | √                                   | √            |  |
| Iniciada por el proveedor <sup>1</sup>               | √/√         | √                  | √       | x                            | √  | √  | √                      | -     | √      | √           | √           | √                            | √                                   | √/√          |  |
| Domiciliaria puerta a puerta                         | √/√         | x                  | √/√     | √/√                          | -  | -  | -                      | √/√   | √      | x           | √           | √/√                          | √/√                                 | √/√          |  |
| Domiciliaria con un caso conocido                    | √/√         | √                  | √/√     | √/√                          | -  | -  | -                      | √/√   | √      | x           | x           | √/√                          | √/√                                 | √/√          |  |
| Móvil o servicios de extensión                       | √           | √/√                | √/√     | √/√                          | √/√  | √/√                                      | √/√                    | √/√   | √      | x           | √/√         | √/√                          | √/√                                 | √/√          |  |
| Lugar de trabajo                                     | √           | x                  | √       | x                            | -  | -  | -                      | √     | √      | √           | -           | √                            | √                                   | √            |  |

1: A fin de obtener información sobre la forma y el lugar donde se debe aplicar la prestación de pruebas y orientación iniciadas por el proveedor, consúltese: Directrices sobre las pruebas y la orientación relacionadas con el VIH iniciadas por el profesional en los establecimientos de salud (WHO/UNAIDS, 2007) y Directrices sobre las pruebas y la orientación relacionadas con el VIH en los entornos donde acuden las personas que se inyectan drogas: mejorar el acceso al tratamiento, la atención y la prevención (WHO/SEARO/UN, 2009)

Conveniones:

√: Se recomienda. En las condiciones de ejecución: necesaria.

√/√: Firmemente recomendada y se debería considerar como una estrategia clave. En las condiciones de ejecución: sumamente necesaria.

X: No se considera eficaz en este contexto o para esta población. En las condiciones de ejecución: no es necesaria.

Donde no aparecen símbolos, los datos o la experiencia existente son insuficientes.

## ANEXO 2. LOS PUNTOS FUERTES Y LOS PUNTOS DÉBILES DE DIVERSOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH

| Modo de prestación de las pruebas de detección y la orientación | Población destinataria  | Ventajas   | Desventajas  |
|---|---|--|--|
| <b>Prestación basada en un establecimiento</b>                  |   |  |  |
| <b>Pruebas y orientación voluntarias</b>                        | Público en general por conducto de servicios independientes         | <p>Fomenta la modificación del comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensayo clínico aleatorizado de la oferta de pruebas voluntarias comparada con la oferta de información sanitaria básica: las personas que aleatoriamente recibieron las pruebas y la orientación voluntarias comunicaron menos comportamientos sexuales riesgosos con su pareja sexual principal y con otras parejas sexuales (Denison et al, 2008; VCT Group, 2001)</li> </ul> <p>Puede facilitar el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo.</p> <p>Puede facilitar el acceso de las poblaciones clave, en función del diseño y del contexto.</p> <p>Procura atención individualizada.</p> <p>Puede ser anónimo.</p> | <p>Múltiples obstáculos al acceso limitan la aceptación de los servicios entre ellos: la percepción de un bajo riesgo personal de contraer la infección, la orientación extensiva antes y después de las pruebas, las percepciones negativas de los servicios existentes y la escasez de consejeros.</p> <p>Puede atraer en gran parte a los usuarios más motivados, con mayores ingresos y mayor nivel de educación y por lo tanto no alcanza a las poblaciones clave, como los adolescentes.</p>   |
| <b>Pruebas de detección y orientación</b>                       | Pacientes con signos o síntomas indicativos de infección por el VIH | <p>Disminuye las oportunidades desaprovechadas de establecer el diagnóstico de infección por el VIH en los centros de atención sanitaria.</p> <p>Vincula a las personas con diagnóstico de infección por el VIH con los servicios de tratamiento, atención y apoyo.</p>  | <p>No se recomienda como la única estrategia en las epidemias concentradas, pues se pasan por alto muchos más casos de infección que con la estrategia de pruebas y orientación iniciada por los proveedores.</p> <p>Retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH: hasta que no aparezcan los signos y síntomas de la infección, es posible que muchas personas no se sometan a la prueba, lo cual da lugar a muchas oportunidades de diagnóstico desaprovechadas.</p> <p>El acceso y por consiguiente la aceptación se limita a las poblaciones que acuden a los centros de atención sanitaria.</p> |

## Continuación Anexo 2

| Modo de prestación de las pruebas de detección y la orientación | Población destinataria  | Ventajas  | Desventajas  |
|---|---|---|--|
| <p><b>Pruebas y orientación iniciadas por el proveedor</b></p>  | <p>Los pacientes que acuden a los centros sanitarios, por ejemplo, de atención prenatal, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, consulta externa, circuncisión masculina, o salud de la madre y el niño.</p> <p>Ejecución en centros específicos, según el contexto epidemiológico.</p> | <p>Integración a los servicios de salud existentes.</p> <p>Aumento de la aceptación de las pruebas de detección del VIH por las poblaciones que acuden a los centros de atención sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En un análisis de la prestación iniciada por el proveedor en entornos de atención prenatal se observó que la oferta sistemática de pruebas voluntarias del VIH puede aumentar su aceptación entre 13% y 65% (Hensen et al, 2001)</li> <li>También se han comunicado altas tasas de aceptación en los consultorios de atención de la tuberculosis y las infecciones transmitidas sexualmente. (Odhiambo et al, 2008; Weaver et al; 2008).</li> </ul> <p>Puede normalizar la práctica de las pruebas del VIH al promover las pruebas y la orientación como parte de la atención médica corriente.</p> <p>Disminuye las oportunidades desaprovechadas de diagnosticar la infección por el VIH; el diagnóstico más temprano y con ello el acceso a los servicios de tratamiento antirretroviral, de prevención de la transmisión materno infantil, de atención de la tuberculosis y otros.</p> <p>Evita los obstáculos inherentes al acceso a las pruebas y orientación voluntarias, entre ellos la escasa motivación para buscar las pruebas, la orientación extensiva antes y después de las pruebas, la necesidad de un consentimiento informado por escrito.</p> <p>Los datos científicos están en favor de la aceptabilidad en los entornos de atención prenatal y de tuberculosis (Byamugisha et al, 2010; Corneli et al, 2008).</p> | <p>El acceso y por consiguiente la aceptación se limita a las poblaciones que acuden a los centros de atención sanitaria.</p> <p>Existe inquietud sobre la coerción intencional o involuntaria, la cual se puede abordar mediante la capacitación y la prestación de pruebas y orientación iniciadas por los proveedores, como parte de las normas de atención básica en los centros sanitarios.</p> <p>Puede no constituir una prioridad para el personal de salud en entornos clínicos con gran volumen de trabajo; por esta razón la prestación iniciada por el proveedor a escala de los consultorios podría ser limitada, a menos que se establezca como una prioridad.</p> <p>Podría no ser el modelo de prestación de pruebas y orientación sobre el VIH más eficaz en función de los costos en los entornos de baja prevalencia.</p> |
| <p><b>Prestación basada en la comunidad</b></p>                 |   |   |  |
| <p><b>Todos los modelos</b></p>                                 | <p>Específico del modelo y del contexto</p>   | <p>Elimina algunas barreras estructurales, logísticas y sociales a la práctica de las pruebas.</p> <p>Aumenta la aceptación por parte de las poblaciones clave y los grupos difíciles de alcanzar.</p> <p>Podría normalizar la práctica de las pruebas al disminuir el estigma que se asocia con la prestación de pruebas y orientación en relación con el VIH.</p>   | <p>Existe poca información sobre la forma como los diversos modelos de prestación vinculan a las personas con los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo.</p> <p>Se cuenta en la actualidad con pocos datos de investigación sobre la asociación entre la prestación de pruebas y orientación sobre el VIH mediante el modelo basado en la comunidad y las modificaciones del comportamiento.</p>  |

## Continuación Anexo 2

| Modo de prestación de las pruebas de detección y la orientación | Población destinataria   | Ventajas   | Desventajas   |
|---|--|--|---|
| <p><b>Campañas nacionales</b></p>                               | <p>La población general o dirigidas a las poblaciones clave; también se puede prestar mediante un enfoque basado en un establecimiento sanitario</p> | <p>Pueden alcanzar a un gran número de personas, por ejemplo, cerca de 12 millones de personas se hicieron la prueba durante un año en una campaña realizada en Sudáfrica (Motsaedi, 2011).</p> <p>Se pueden integrar a otras campañas de prevención de enfermedades. Por ejemplo, la campaña nacional en Kenya se integró al suministro de mosquiteros impregnados de insecticida de acción prolongada, sistemas de purificación del agua y de preservativos (Lugada et al, 2010); en la campaña en Sudáfrica se practicó además el tamizaje de la hipertensión arterial y la diabetes (SANAC, 2011).</p> | <p>Precisan mucha planificación.</p> <p>Exigen una gestión intensiva y la seguridad de la disponibilidad de los recursos, sobre todo en las campañas generales.</p> <p>Pueden tener poco efecto sobre la motivación de las personas que se hacen la prueba por primera vez o el alcanzar a las poblaciones clave y, cuando se practican las pruebas en establecimientos de salud, es posible que se llegue sobre todo a las mujeres y a las personas sintomáticas.</p> <p>La calidad y la cobertura pueden constituir aspectos difíciles en las campañas nacionales.</p> <p>Pueden no vincular de manera adecuada a las personas con los servicios de prevención y atención.</p> <p>Pueden dar lugar a una asociación entre las pruebas y las campañas y tener como resultado la disminución de la demanda de los servicios después de las campañas.</p> <p>Las campañas de pruebas de detección y orientación en relación con el VIH dirigidas a la población general pueden tener una repercusión limitada en las epidemias de bajo nivel y concentradas, pues puede ser muy bajo el porcentaje de personas en quienes se establece el diagnóstico de infección por el VIH.</p> |

## Continuación Anexo 2

| Modo de prestación de las pruebas de detección y la orientación | Población destinataria  | Ventajas  | Desventajas   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Prestación domiciliaria</b></p>                           | <p>La población general (cuando se practica de puerta a puerta) o las parejas, los hijos o los miembros del hogar de un paciente con presunción clínica o con diagnóstico establecido de infección por el VIH o tuberculosis, después de haber obtenido el consentimiento del paciente.</p> | <p>Mejora el acceso de las poblaciones rurales y las poblaciones vulnerables subatendidas por el sistema formal de salud o quienes tienen acceso limitado a los servicios.</p> <p>Puede alcanzar a las personas más temprano en la evolución de la infección, que la prestación iniciada por el proveedor en un establecimiento sanitario.</p> <p>Evita a los usuarios los costos de desplazamiento hasta los establecimientos de salud.</p> <p>Provee una cobertura sistemática.</p> <p>Alta aceptación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En un estudio de prestación de pruebas y orientación puerta a puerta en una zona rural de Kenya, 97,6% de las personas que aceptaron la visita domiciliaria, aceptaron la prueba y la orientación (Negin et al; 2009). En Uganda 99% de los mayores de 14 años de edad aceptaron la oferta de pruebas y orientación domiciliaria (Were et al, 2006).</li> <li>En Zambia, en un ensayo aleatorizado que comparaba las pruebas y orientación voluntarias en un consultorio o en el domicilio, se comunicó 56% de aceptación en la prestación domiciliaria, en comparación con 12% de aceptación en la prestación basada en el consultorio (riesgo relativo: 4,7) (Fylkesnes et al, 2004).</li> </ul> <p>Este tipo de prestación puede aumentar el acceso a los servicios de los hombres, los jóvenes, las personas que se hacen la prueba por primera vez y las personas que no acuden a los servicios en los establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En un estudio en zona rural en Malawi, más de 75% de las personas aceptaron una oferta de pruebas y orientación domiciliaria con entrega inmediata de los resultados (Helleringer et al, 2009). En el pasado, la aceptación de la prestación basada en el establecimiento de salud por esta misma población había sido inferior a 25%.</li> <li>En el caso de las mujeres más pobres, la oferta domiciliaria elimina la necesidad de pedir la cobertura de los costos del transporte a sus compañeros o cónyuges, lo cual puede limitar el acceso a los servicios prestados en los establecimientos de salud. (Matovu et al, 2007).</li> </ul> <p>El modelo con un "caso conocido" alcanza una alta cobertura y puede detectar una alta proporción de personas positivas frente al VIH y de parejas serodiscordantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En Uganda, en un estudio que ofrecía las pruebas y orientación a los miembros del hogar de un caso nuevo que comenzaba el tratamiento antirretroviral, 98,7% de los hombres aceptaron la prestación (Were et al, 2006).</li> <li>En un estudio en Uganda que ofrecía las pruebas y la orientación a los miembros del hogar de un paciente conocido con infección por el VIH, 64,1% de las parejas casadas o en cohabitación aceptaron las pruebas en pareja. En un componente de prestación puerta a puerta, 35,9% de las parejas aceptaron las pruebas (Menzies et al, 2009).</li> <li>El modelo domiciliario con un caso conocido se puede aplicar donde los agentes sanitarios de la comunidad ya realizan visitas a los hogares con el fin de prestar otros servicios como la atención de la tuberculosis o el tratamiento antirretroviral</li> </ul> | <p>Existe inquietud por la seguridad de los proveedores de atención de salud que llevan a cabo la visitas domiciliarias.</p> <p>Los proveedores de atención de salud pueden tener que desplazarse grandes distancias.</p> <p>Dependiendo del momento en el día, las visitas domiciliarias pueden no ofrecer acceso a las personas con un empleo formal.</p> <p>Garantizar la calidad de las pruebas del VIH constituye un imperativo.</p> <p>Pueden ser difíciles de proteger la privacidad y la confidencialidad.</p> <p>Existe la posibilidad de estigmatización de los hogares visitados por los proveedores profesionales de salud (puede variar en función del contexto epidémico).</p> <p>El modelo con un caso conocido puede no ser eficaz en función de los costos en las epidemias generalizadas, pues no se visita a la mayoría de los hogares, solo aquellos donde ya se ha detectado a una persona con infección por el VIH.</p> |

## Continuación Anexo 2

| Modo de prestación de las pruebas de detección y la orientación | Población destinataria   | Ventajas  | Desventajas  |
|---|--|---|--|
| <b>Prestación móvil y en servicios de extensión</b>             | Comunidades específicas o en poblaciones clave difíciles de alcanzar, sobre todo en las epidemias concentradas; el público general | <p>Se pueden promover en los eventos deportivos u otros eventos públicos.</p> <p>Provee acceso a las poblaciones difíciles de alcanzar: las poblaciones clave, entre ellos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, las personas que consumen drogas inyectables, las poblaciones rurales subatendidas por el sistema formal de salud, los hombres, las personas jóvenes y las personas que se hacen la prueba por la primera vez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un estudio aleatorizado de pruebas y orientación sobre el VIH de base comunitaria en Tailandia, Zimbabwue y la República Unida de Tanzania, se comunicó una mayor aceptación de los servicios de pruebas del VIH en las personas entre los 16 y los 32 años de edad en las comunidades donde se ofreció la prestación comunitaria, que en las poblaciones donde se ofrecieron los servicios en un establecimiento de salud (Sweat et al; 2011).</li> <li>• Se han notificado altas tasas de aceptabilidad. En Zimbabwue 98,8% de 1099 usuarios de un servicio móvil de pruebas y orientación sobre el VIH, escogieron recibir los resultados de su prueba diagnóstica en el mismo día (Morin et al, 2006).</li> </ul> | <p>Requiere gran cantidad de recursos, sobre todo cuando los servicios son totalmente móviles (Grabbe et al, 2010).</p> <p>Puede necesitar movilización continua de la comunidad, como actividades de promoción, con el fin de dar a conocer continuamente la disponibilidad de los servicios.</p> <p>Las remisiones pueden ser difíciles, cuando los centros de referencia son distantes.</p> <p>Garantizar la calidad de las pruebas del VIH puede ser difícil.</p> <p>Es preciso prestar especial atención a la conexión con los servicios de atención.</p> |
| <b>En el lugar de trabajo o en centros escolares</b>            | Las poblaciones con un empleo formal o que asisten a una escuela   | <p>Ofrece acceso en su lugar de actividad a las personas que no pueden acceder a los servicios por causa de su empleo o de sus obligaciones escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La comodidad de contar con servicios de pruebas en el lugar de actividad puede aumentar la aceptación de las mismas por parte de las poblaciones de trabajadores, como lo puso en evidencia un estudio aleatorizado en grupos realizado en Zimbabwue (Corbett et al, 2006).</li> </ul> <p>Puede además alcanzar a los compañeros, los cónyuges y los hijos de los empleados.</p>  | <p>Existen inquietudes sobre la confidencialidad y la posibilidad de coerción intencional o involuntaria.</p> <p>La conexión con los servicios de atención es variable.</p>  |

## REFERENCIAS

- Adewole DA, Lawoyin TO. (2004). Characteristics of volunteers and non-volunteers for voluntary counseling and HIV testing among unmarried male undergraduates. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2:165–170.
- Alcorn K. (2010). *South Africa to launch mass HIV testing drive in April, to test 15 million in one year*. NAM aidsmap. <http://www.aidsmap.com/South-Africa-to-launch-mass-HIV-testing-drive-in-April-to-test-15-million-in-one-year/page/1438260/>
- Anglemyer A et al. (2011). Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Número 5. Artículo Num.: CD009153.
- Baggaley R et al. (en proceso de publicación). From caution to urgency: the evolving response to HIV testing and counseling in Africa. *Bulletin of the World Health Organization* (Aceptado para publicación en agosto de 2012)
- Bateganya M, Abdulwadad OA, Kiene SM. (2010). Home-based HIV voluntary counseling and testing (VCT) for improving uptake of HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Número 7. Artículo Num.: CD006493. 4.
- Bayer R, Edington C. (2009). HIV testing, human rights, and the global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(3):301–323.
- Braitstein P et al. (2008). Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration. *Journal of Women's Health*, 17(1):47–55.
- Byamugisha R et al. (2010). Attitudes to routine HIV counseling and testing, and knowledge about prevention of mother to child transmission of HIV in eastern Uganda: a cross-sectional survey among antenatal attendees. *Journal of International AIDS Society*, 13:52.
- Cambodia Ministry of Health, National Center for HIV/AIDS Dermatology and STIs, United Nations Children's Fund East Asia and the Pacific Regional Office (UNICEF EAPRO) (2007). Scaling up voluntary counseling and testing services: lessons learned from Cambodia. Bangkok, UNICEF EAPRO. [http://www.unicef.org/eapro/VCT\\_report.pdf](http://www.unicef.org/eapro/VCT_report.pdf)
- Chandisarewa W et al. (2007). Routine offer of antenatal HIV testing ("opt-out" approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(11):843–850.
- Chemaitelly H et al. (2012). Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 88:51–57.
- Coenen T et al. (2008). Optimal HIV testing and earlier care: the way forward in Europe. *HIV Medicine*, 9:1–5.
- Cohen MS et al. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 365(6):493–505.
- Corbett E et al. (2006). Uptake of workplace HIV counseling and testing: a cluster-randomised trial in Zimbabwe. *PloS Medicine*, 3(7):e238.
- Cornell M et al. (2009). The impact of gender and income on survival and retention in a South African antiretroviral therapy programme. *Tropical Medicine & International Health*, 14(7):722–731.
- Corneli A et al. (2008). Patient and provider perspectives on implementation models of HIV counseling and testing for patients with TB. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 12(3):S79–84.
- Denison JA et al. (2008). HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 12(3):363–367.
- Ethiopia Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (FHAPCO), M&E Department. Millennium AIDS Campaign in Ethiopia. Addis Abeba, FHAPCO, 2007.
- Eyawo, O et al. (2010). HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 10(11):770–777.
- Fairall T et al. (2008). Effectiveness of antiretroviral treatment in a South African program. *A cohort study*. *Archives of Internal Medicine*, 168(1):86–93.
- Farquhar C et al. (2001). Partner notification by HIV-1 seropositive pregnant women: association with infant feeding decisions. *AIDS*, 15(6):815–817.

- Ferrand RA et al. (2009). AIDS among older children and adolescents in southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic. *AIDS*, 23(15):2039–2046.
- Ferrand RA et al. (2010). Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6):428–434.
- Ferrand RA et al. (2010a). Causes of acute hospitalization in adolescence: burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic: a prospective survey. *PLoS Medicine* 7(2): e1000178.
- Fylkesnes K, Siziya S. (2004). A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counseling and testing. *Tropical Medicine and International Health*, 9(5):566–572.
- Grabbe KL et al. (2010). Increasing access to HIV counseling and testing through mobile services in Kenya: strategies, utilization, and cost-effectiveness. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54(3):317–323.
- Granich, RM et al. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet*, 373:48–57.
- Grinstead OA et al. (2001). Positive and negative life events after counseling and testing: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS*. 15(8):1045–1052.
- Helleringer S et al. (2009). Increasing uptake of HIV testing and counseling among the poorest in sub-Saharan countries through home-based service provision. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2:185–193.
- Hensen B et al. (2011). Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing and counseling. *Tropical Medicine and International Health*, 17:59–70.
- Hirschall G, Schwartlander B. (2011). Treatment 2.0: catalysing the next phase of scale-up. *The Lancet*, 378(9787):209–211.
- Kahn J et al. (2012). Integrated HIV testing, malaria, and diarrhea prevention campaign in Kenya: modeled health impact and cost-effectiveness. *PLoS One*, 7(2).
- Keiser O et al. (2008). Antiretroviral therapy in resource-limited settings 1996 to 2006: patient characteristics, treatment regimens and monitoring in sub-Saharan Africa, Asia and Latin America. *Tropical Medicine and International Health*, 13(7):870–879.
- Khumalo-Sakutukwa G et al. (2008). Project Accept (HPTN 043): A community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49(4):422–431.
- Kigozi I et al. (2009). Late disease stage at presentation to an HIV clinic in the era of free antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 52(2):280.
- Kirsten I et al. (2011). Adherence to combination prophylaxis for prevention of mother-to-child-transmission of HIV in Tanzania. *PLoS One*, 6 (6): e21020.
- Kranzer K et al. (2011). Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. *PLoS ONE*; 5(11):e13801. *The Lancet* (2011). School: a place for children to learn their HIV status? *The Lancet*, 377(9765):528.
- Lesotho Ministry of Health and Social Welfare, World Health Organization (WHO). (2008). "Know Your Status" Lesotho Campaign Review. Ginebra, OMS.
- Lugada E et al. (2010). Rapid implementation of an integrated large-scale HIV counseling and testing, malaria, diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PLoS One*, 5(8).
- Mahler HR et al. (2011). Voluntary medical male circumcision: matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa region, Tanzania. *PLoS Med*, 8(11).
- Mathews C et al. (2009). The quality of HIV testing services for adolescents in Cape Town, South Africa: Do adolescent-friendly services make a difference? *Journal of Adolescent Health*, 44(2):188–190.
- Matida LH et al. Eliminating vertical transmission of HIV in São Paulo, Brazil: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57 Suppl 3:S164–170.
- Matuvo J, Makumbi F. (2007). Expanding access to voluntary HIV counseling and testing in sub-Saharan Africa: alternative approaches for improving uptake, 2001–2007. *Tropical Medicine and International Health*, 12(11):1315–1322.
- Menzies N et al. (2009). The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 23:395–401.
- Morin SF et al. (2006). Removing barriers to knowing HIV status: same-day mobile testing in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 24:218–224.

- Mutale W et al. (2010). Home-based voluntary HIV counseling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *Bio Med Central Public Health*, 10(1):347.
- Mutanga JN et al. (2012). Institutionalizing provider-initiated HIV testing and counseling for children: an observational case study from Zambia. *PLoS One*, 7(4):e29656.
- Namakhoma I et al. (2010). Negotiating multiple barriers: health workers' access to counseling, testing and treatment in Malawi. *AIDS Care*, 22 Suppl 1(1):68–76.
- Napierala Mavedzenge S et al. (2011). HIV self-testing among health workers. A review of the literature and discussion of current practices, issues and options for increasing access to HIV testing in sub-Saharan Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501033\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501033_eng.pdf)
- Negin J et al. (2009). Feasibility, acceptability and cost of home-based HIV testing in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 14(8):1–7.
- Odhiambo J et al. (2008). Provider-initiated HIV testing and counseling for TB patients and suspects in Nairobi, Kenya. *International Journal of TB and Lung Disease*, 12(3):S63–S68.
- Oosterhof P et al. (2008). Dealing with a positive result: routine HIV testing of pregnant women in Vietnam. *AIDS Care*, 20(6):654–659.
- Parrott FR et al. (2011). Combining qualitative and quantitative evidence to determine factors leading to late presentation for antiretroviral therapy in Malawi. *Plos One*, 6(11):e27917.
- Peltzer K et al. (2009). Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: results from a population-based HIV survey. *Bio Med Central Public Health*, 9:174.
- Perez F et al. (2006). Acceptability of routine HIV testing ("opt-out") in antenatal services in two rural districts of Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(4):514–520.
- Pettifor AE et al. (2004). *HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24 year olds*. Johannesburg, SA, Reproductive Health Research Unit, University of the Witwatersrand.
- Postma MJ et al. (1999). Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 318(7199):1656–1660.
- Sands A et al. (2012). Poor antigen sensitivity of three innovative rapid diagnostic tests (RDTs) for detection of HIV-1 p24 antigen and HIV-1/2 antibodies. (Presentado como resumen de última hora a la XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, D.C., 2012)
- Sekandi J et al. (2011). High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *Bio Med Central Public Health*, 11:730.
- South African National AIDS Council (SANAC). (2010). The National HIV Counselling and Testing Campaign. Pretoria, SANAC. [http://www.capecteway.gov.za/other/2010/6/hct\\_campaign\\_strategy\\_2\\_3\\_10\\_final.pdf](http://www.capecteway.gov.za/other/2010/6/hct_campaign_strategy_2_3_10_final.pdf)
- Spielberg F, Levine RO, Weaver M. (2003). Home self-testing for HIV: directions for action research in developing countries. CHER, University of Washington.
- Spielberg F et al. (2003a). Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(3):318–327.
- Spielberg F, Levine RO, Weaver M. (2004). Self-testing for HIV: a new option for HIV prevention? *The Lancet*, 4(10):640–646.
- Sweat M et al. (2011). Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16–32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study. *The Lancet*, 11(7):525–532.
- Tumwesigye E et al. (2010). High uptake of home-based, district-wide, HIV counseling and testing in Uganda. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(11):735–741.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011). *Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. Nueva York, UNICEF. [http://www.unicef.org/aids/files/Opportunity\\_in\\_Crisis-Report\\_EN\\_052711\(4\).pdf](http://www.unicef.org/aids/files/Opportunity_in_Crisis-Report_EN_052711(4).pdf)
- United Nations Children's Fund (UNICEF), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2010). *Children and AIDS: fifth stocktaking report*. Nueva York, UNICEF. <http://www.unicef.org.uk/Documents/Publications/stocktaking10.pdf>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011a). *El estado mundial de la infancia 2011: la adolescencia, una época de oportunidades*. Nueva York, UNICEF. [http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf)
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *Policy statement on HIV testing and counseling in health facilities for refugees, internally displaced persons and other persons of concern*. Ginebra, UNHCR. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/refugees/en/index.html>

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *HIV testing and counseling in prisons and other closed settings. Technical Paper*. Nueva York, UNODC. [http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc\\_prisons/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prisons/en/index.html)
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (UNCHR), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2006). *International guidelines on HIV/AIDS and human rights*. Ginebra, ONUSIDA. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1252-internguidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007). *Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*. Ginebra, ONUSIDA. [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practical\\_guidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practical_guidelines_es.pdf)
- United States Agency for International Development (USAID). (2008). *Voluntary counseling and testing events: a toolkit for implementers* (document de trabajo). Washington, D.C., Health Systems 20/20. <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1893/>
- United States Agency for International Development (USAID)/AIDSTAR-One. (2009). *Home-based counseling and testing: program components and approaches. Report on Technical Consultation*. Washington, D.C., USAID/AIDSTAR-One.
- USAID | Deliver Project, Task Order 4. (2011). *Quantification of health commodities: laboratory commodities companion guide- forecasting consumption of laboratory commodities*. Arlington, Va. USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 4.
- Van der Borgh SF et al. (2010). Long-term voluntary counseling and testing (VCT) uptake dynamics in a multicountry HIV workplace program in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*, 22(2):195–205.
- Venkatesh KK et al. (2011). Who gets tested for HIV in a South African urban township? Implications for test and treat and gender-based prevention interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56(2):151–165.
- The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *The Lancet*, 356:103–112.
- Wachira J et al. (2012). What is the impact of home-based HIV counseling and testing on the clinical status of newly enrolled adults in a large HIV care program in western Kenya? *Clinical Infectious Diseases*, 54(2):275–281.
- Weaver M et al. (2008). Routine HIV testing in the context of syndromic management of sexually transmitted infections: outcomes of the first phase of a training programme in Botswana. *Sexually Transmitted Infections*, 84:259–264.
- Were W et al. (2003). Home-based model for HIV voluntary counseling and testing. *The Lancet*, 362(9368):1569.
- Were WA et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):91–95.
- Wolff B et al. (2005). Evaluation of a home-based voluntary counseling and testing intervention in rural Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2):109–116.
- World Health Organization. (2003). *The right to know: new approaches to HIV testing and counseling*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right\\_know\\_a4E.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2004). *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates, barriers, and outcomes*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>. Actualizada en el 2004.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Rapid HIV tests: guidelines for use in HIV testing and counseling services in resource-constrained settings*. Ginebra, OMS. <http://www.emro.who.int/aiecf/web28.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2008a). *Task shifting to tackle health worker shortages: global recommendations and guidelines*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/index.html](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/index.html)
- World Health Organization (WHO). (2010). *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counseling in adults*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html)
- World Health Organization (WHO). (2010a). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Recommendations for a public health approach*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/mctc/antiretroviral2010/en/index.htm>
- World Health Organization (WHO). (2010b). *Recommendation on the diagnosis of HIV infection in infants and children*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en/index.html>
- World Health Organization (WHO). (2010c). *Towards universal access. Scaling up priority interventions in the health sector. Progress Report*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/ch2\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/ch2_en.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2011). *HIV testing in young children*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/vct/WHO\\_HIV\\_11\\_02/en/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/WHO_HIV_11_02/en/)
- World Health Organization (WHO). (2011a). *Handbook for improving HIV testing and counseling services: field test version*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

- World Health Organization. (2011b). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm\\_guidelines2011/es/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/es/index.html)
- World Health Organization (WHO). (2011c). *Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counseling programs: field test version*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241501347/en/index.html>
- World Health Organization (WHO). (2011d). *Guideline on HIV disclosure counseling for children up to 12 years of age*. Ginebra, OMS.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Guidance on couples HIV testing and counseling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/index.html>
- World Health Organizations (WHO). (2012a). *WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/index.html)
- World Health Organization Regional Office for Africa (WHO AFRO). (2008). Know Your Status HIV campaign receives praise for the achievements accomplished in Lesotho. Lesotho, WHO AFRO. <http://www.afro.who.int/en/lesotho/press-materials/item/323-know-your-status-hiv-campaign-receives-praise-for-the-achievements-accomplished-in-lesotho.html>
- World Health Organization Regional Office for Africa (WHO/AFRO). (2011). Operational guidelines on HIV testing and counselling of infants, children and adolescents for service providers in the African region. Brazzaville, Republic of Congo, WHO/AFRO. <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/acquired-immune-deficiency-syndrome/features/2883-operational-guidelines-on-hiv-testing-and-counselling-of-infants-children-and-adolescents-for-service-providers-in-the-african-region.html>
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia (SEARO) and Regional Office for the Western Pacific. (2011).
- Development of national health library policy and plan. Nueva Delhi, SEARO. [http://www.wpro.who.int/health\\_technology/documents/docs/Nationalhealthlab2\\_OF38.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/documents/docs/Nationalhealthlab2_OF38.pdf)
- World Health Organization (WHO), U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), United States Agency for International Development (USAID), Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM). (2012). Planning, implementing, and monitoring home-based HIV testing and counselling: a practical handbook. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/vct/home\\_based\\_care/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/home_based_care/en/index.html)
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007). Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/op\\_guidance/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/op_guidance/en/index.html)
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2010). *Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/treatment/es/index.html>
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV/AIDS Alliance, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. (2005). *Scaling-up testing and counseling services: a toolkit for programme managers*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/counsellingtestingtoolkit.pdf>
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund. (2009). *Towards universal access. Scaling up priority interventions in the health sector: progress report*. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/es/index.html>
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund. (2011). *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2010*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/es/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/index.html)
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. (2010). *Policy requirements for HIV testing and counseling of infants and young children in health facilities*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/testing\\_counselling/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/testing_counselling/en/index.html)
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/es/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/index.html)
- World Health Organization (WHO), WHO Regional Office for South East Asia, United Nations. (2009). *WHO guidance on testing and counseling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Ginebra, OMS. [http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo\\_wpro\\_tc/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/index.html)
- Ziraba AK et al. (2011). Determinants for HIV testing and counseling in Nairobi urban informal settlements. *Bio Med Central Public Health*, 11:633.







