

FOVIDA

FOMENTO DE LA VIDA

Profesionales de la Salud

MEJORANDO LA ATENCIÓN EN SALUD



VIGILANCIA SOCIAL EN LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD,
Una perspectiva de derechos de las personas viviendo con VIH y sida

FOVIDA

FOMENTO DE LA VIDA

Profesionales de la Salud



**MEJORANDO LA
ATENCIÓN EN
SALUD**

VIGILANCIA SOCIAL EN LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD,
Una perspectiva de derechos de las personas viviendo con VIH y sida

Material producido por Área de Gobernabilidad Democrática
Ejecutado con el apoyo de:



© **FOVIDA**
FOMENTO DE LA VIDA

Av. Javier Prado Oeste N° 109
Lima 17, Perú
Teléfono: 461 - 4856
Fax: 4610106
Correo electrónico: postmast@fovida.org.pe

Dirección Lima departamento
Directora Norma Rottier Hassinger

Elaboración de contenidos:
Gladys Vía Huerta

Edición:
Gladys Vía Huerta

Diseño, Diagramación e Impresión
ImpresiónArte Perú E.I.R.L.
Av. Petit Thouars 2442 Lince
4213310 - 4213661 - 999698361

Primera Edición
300 ejemplares. Noviembre 2009

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° - 2009-14696
ISBN N°: 978-9972-791-92-5

Índice

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
GENERALIDADES DEL MÓDULO	9
SESIÓN 1: EL VIH Y SIDA Y LOS DERECHOS DE LAS PVVS	11
<i>Actividades</i>	
1. EL SALUDO	14
2. REGLAS DE CONVIVENCIA	15
3. CONOCIENDO EL VIH y sida	17
4. VISUALIZANDO A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH y sida	18
5. CONOCIENDO MIS DERECHOS Y RESPETANDO LOS DERECHOS DE LOS/AS DEMÁS	20
SESIÓN 2: NORMAS TÉCNICAS	29
<i>Actividades</i>	
1. BIOSEGURIDAD - MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN EL HOGAR	33
2. NORMAS TÉCNICAS	43
SESIÓN 3: CALIDAD DE ATENCIÓN	65
<i>Actividades</i>	
1. PROYECTANDO NUESTRA VIDA	71
2. FACTORES QUE DIFICULTAN LA CALIDAD DE ATENCIÓN	72
3. FACTORES QUE PROMUEVEN LA CALIDAD DE ATENCIÓN	74
4. EMPATÍA FRENTE AL VIH y sida	75
SESIÓN 4: COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	77
<i>Actividades</i>	
1. ¿CÓMO COMUNICARME?	81
2. RESOLVIENDO CONFLICTOS	83



Presentación

El Proyecto **“Vigilancia Social en los Servicios Integrales de Salud, Una Perspectiva de Derechos de las Personas Viviendo con VIH y sida”**, se inserta en el Plan de FOVIDA el cual tiene como misión ampliar las capacidades técnicas y políticas de los/as actores/as para el desarrollo local y nacional sostenible. Desde una perspectiva de desarrollo humano adopta el enfoque de derechos centrado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, pues si bien reconocemos que los derechos deben ser garantizados por el Estado, éstos llevan también una contraparte de deberes y responsabilidades¹ pues una vez conquistados deben ser defendidos y su cumplimiento debe ser controlado por la propia ciudadanía.

Desde esta concepción, consideramos la salud como un derecho humano inalienable de todos/as, que debe complementarse con el deber y la responsabilidad frente a ese derecho. El cuidado de la salud requiere, entonces, del cumplimiento permanente del deber y la responsabilidad de los/as prestadores/as de salud, ciudadanos y ciudadanas y de las comunidades organizadas; es decir, de toda la sociedad²

Entendemos la salud integral como el estado de bienestar físico y mental de todas las personas interactuando en sociedad y compartiendo hábitats adecuados que hagan posible el desarrollo y enriquecimiento de sus dimensiones sociales, culturales, políticas y económicas. Esta concepción la salud individual y colectiva se constituye en un factor fundamental para contribuir al mejoramiento de las capacidades de las personas, permitiéndoles mejorar sus oportunidades para contribuir a una mejor calidad de vida, constituyéndose en base sustancial de un desarrollo sostenible.

Las personas viviendo con VIH y sida (PVVS), pertenecen a diversos grupos etareos, adultos/as varones, mujeres y niños/as, y estos/as se encuentran en condiciones inequitativas en salud y son población vulnerable. Esto hace que al padecer una enfermedad como el VIH y sida, además de estigmatizarlas, las discriminan del sistema de atención integral que el mismo Ministerio ha propuesto pero que aún falta implementar adecuadamente.

■
¹ Tejada, David. *La salud como un derecho humano o el derecho de todos a la salud*. En Carrasco, Mery (edit) *Salud de los/as adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad*.

² Tejada, David. *Op cit*. P.35.

En este marco, el proyecto busca fortalecer a los Grupos de Auto ayuda Mutua (GAM) de PVVS mediante la capacitación de promotores/as de los grupos de PVVS en derechos ciudadanos y aplicar instrumentos adecuados que hagan posible ejercerlos efectivamente; asimismo, capacitar a las PVVS y sus familiares en las normas técnicas de atención integral, incluido el acceso a tratamiento gratuito y en protocolos de reclamos, para que puedan hacer valer sus derechos de atención integral y adecuada en salud.

También considera la implementación de una red de vigilancia social, constituida por promotores/as de las mismas organizaciones de PVVS e instituciones involucradas como ONGs u organizaciones sociales de base con el objeto de difundir los derechos de las personas viviendo con VIH y sida, canalizar las demandas o quejas de las PVVS y sus familiares, establecer instancias de coordinación con los/as prestadores/as de salud y promover medidas correctivas tanto administrativas en el Ministerio de Salud (MINSa). Ello con la finalidad de garantizar progresivamente el respeto y el ejercicio de los derechos ciudadanos de las PVVS, fomentando una cultura de derechos en salud en la sociedad que contribuya a una mejor calidad de vida de todos/as los/as peruanos/as.



Introducción

La epidemia del VIH ha sido calificada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) como “la más grande amenaza para la supervivencia humana en los últimos 70 años”. Esa temible afirmación es respaldada contundentemente por las cifras del por la ONUSIDA 2007, las cuales indican que actualmente existen 33.2 millones personas viviendo con VIH y sida (PVVS). En ese mismo reporte se calcula en 2.5 millones el número de nuevas infecciones VIH, año en el cual habrían muerto 2.1 millones de PVVS alrededor del mundo¹.

Si bien la magnitud de la epidemia en el Perú es menor que en otros países de América Latina, la situación de nuestro país no deja de ser preocupante. En el último boletín de la Oficina General de Epidemiología (OGE, Marzo 2007) se indica que existen 48,103 casos de VIH y de sida notificados entre el año 1983 y el mes de marzo del 2007.

En este contexto, la respuesta del Ministerio de Salud con relación al VIH y sida se ha caracterizado por estar sujeta a las políticas dictadas por los gobiernos de turno, por lo que es posible distinguir tres momentos: el primero (1983-1995): se inicia una fase de planificación para enfrentar esta pandemia, mientras que las intervenciones del Ministerio de Salud estuvieron marcadas por una concentración intrasectorial asentada en hospitales. En esta etapa no se desarrollaron acciones de promoción y prevención con la población, existieron sólo algunos discretos elementos de difusión de la presencia de la epidemia. El segundo momento (1995-2000) se caracterizó por una planificación sectorial y la organización de servicios de salud para la atención de pacientes con VIH-sida. Se implementaron estrategias de prevención así como para la captación de pacientes para su tratamiento y se inició la articulación de acciones con la sociedad civil. El tercer momento (2001-2003): estuvo caracterizado por el incumplimiento de las políticas y el resquebrajamiento de las estrategias de prevención y control del VIH y sida previamente desarrolladas.



■
3 http://data.unaids.org/pub/EPI_Slides/2007/071119_epi_pressrelease_en.pdf

Durante esta etapa se formuló un Plan Estratégico para la Prevención y Control del VIH y sida 2001-2004, pero: (1) no fue aprobado formalmente por la Alta Dirección del MINSA, (2) fue una adaptación del Plan CONTRASIDA sin participación de los/as actores/as sociales ni una verdadera articulación multisectorial y (3) no tomó en cuenta mucha de la información disponible en el país al momento de su formulación, referidas a la cultura y comportamientos sexuales en contextos sociales diversos (Policy, 2005). Este proceso se dio en el contexto de la desestructuración del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y sida (PROCETSS) debido a reformas parciales del modelo de atención y a la temporal influencia de políticas públicas conservadoras, ejecutadas sobre todo entre el 2001 y 2003, que no impactaron positivamente sobre la formulación del plan ni sobre los resultados alcanzados en el período. Por otro lado, la consecuencia principal de la ausencia de aprobación formal del plan fue que no se asignara el presupuesto necesario para su implementación.

En junio del 2004, la promulgación de la modificatoria de la Ley Contrásida, Ley 28243, impulsada por el Colectivo por la Vida (organización de ONGs que trabajan en sida), garantiza a las PVVS un marco legal de acceso a tratamiento gratuito y universal a todas las personas viviendo con VIH y sida del país. Hace que un mayor volumen de población afectada se esté visibilizando en los hospitales y centros de salud de referencia, población en su mayoría que aún no participa en organizaciones y que desconociendo sus derechos son vulnerables a ser discriminados en los servicios de salud.

Desde este enfoque, el proyecto busca desarrollar y promover en las organizaciones de PVVS el reconocimiento de sus derechos, la capacidad de decisión sobre su vida libre de riesgos, coacciones o violencia y el respeto a los derechos de los/as demás. Por otro lado, a través de los espacios de concertación, busca promover cambios en las normativas, leyes y políticas, que permitan asegurar el goce de iguales derechos a hombres y mujeres, adultos/as y jóvenes en forma responsable, libre y satisfactoria.



Generalidades del Módulo



FINALIDAD DEL MÓDULO

El presente módulo busca capacitar a los/as profesionales de los servicios de salud, permitiendo ampliar conocimientos sobre los derechos y la calidad de atención de las Personas Viviendo con VIH y sida.

ESTRUCTURA DEL MÓDULO

1. Sesiones:

El módulo consta de cuatro sesiones y está diseñado para ser desarrollado en trece actividades.

La primera sesión tiene por objeto que los/as profesionales de salud conozcan el VIH y sida y los derechos que tienen todas las personas viviendo con el VIH y sida.

La segunda sesión tiene por finalidad que los/as profesionales de salud manejen las normas técnicas para la atención de las personas viviendo con el VIH y sida.

La tercera sesión intenta que los/as profesionales de salud reflexionen sobre la calidad de atención en los servicios que brindan.

La cuarta sesión desarrolla la importancia que los/as participantes logren comunicarse asertivamente y resuelvan conflictos.

Las sesiones están concebidos para 30 personas varones y mujeres. El/la facilitador/a, dependiendo de los grupos de personas participantes determinará el tiempo real de cada actividad, en función del interés y la capacidad del grupo.

Las sesiones de este módulo pueden servir como eje motivador de debates. Es importante que para un mejor logro de los objetivos las actividades deben ser adaptadas en función de la población objetivo, dependiendo de las características que presenta.

2. Perfil del/a facilitador/a:

- El/la facilitador/a deberá ser una persona empática, alegre, dinámica, tolerante, respetuosa, flexible, equitativa y con amplitud de pensamiento.
- El/la facilitador/a deberá tener los conocimientos sobre la temática.

3. Rol del/a facilitador/a:

- El/la facilitador/a deberá contar con la capacidad de dirigir al grupo.
- El/la facilitador/a deberá tener las habilidades para manejar dinámicas grupales.
- El/la facilitador/a deberá motivar en la intervención y participación constante de los/as participantes durante las sesiones.
- El/la facilitador/a deberá aclarar dudas sobre la temática trabajada en las sesiones.
- El/la facilitador/a deberá encargarse de la preparación de materiales de trabajo por cada unidad temática en forma anticipada.

4. Estructura de las unidades temáticas:

La estructura de las unidades temáticas, comprende los siguientes componentes:

1. Presentación
2. Objetivos
3. Conceptos claves
4. Esquema de las actividades
5. Ideas claves
6. Actividades
 - Objetivos de la actividad
 - Tiempo
 - Materiales
 - Guía del/a facilitador/a

METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL MÓDULO

En el módulo se utiliza una metodología que se basa en recoger los saberes previos y promover la reflexión y la construcción de nuevos saberes. Es participativa. Parte de recoger las ideas, opiniones y vivencias de los/as participantes, para luego construir conceptos grupales que sean utilizados por los/as profesionales de la salud en su trabajo a diario. También promueve el desarrollo de las habilidades para la resolución de conflictos.

Durante la primera sesión se procederá a evaluar los conocimientos e información de los/as participantes mediante la prueba de entrada.

En la última sesión de trabajo se evaluarán los aprendizajes obtenidos en el taller mediante las enseñanzas representadas y la puesta en práctica de las experiencias de alguno/a de los/as participantes y se aplicará la prueba de salida.

El seguimiento comprenderá que los/as profesionales de salud repliquen los talleres a sus pares, poniendo en práctica y fortaleciendo los conocimientos y habilidades aprendidas.



[I SESIÓN]

El VIH y sida y los Derechos de las PVVS

1. Presentación

La protección de los derechos humanos es imprescindible para salvaguardar la dignidad humana de las personas. Por lo que se debe promocionar todos los derechos humanos, tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales, y las libertades fundamentales de todos/as, según la normativa internacional vigente de derechos humanos.

2. Objetivo

Que los/as proveedores/as de salud reflexionen sobre sus derechos y responsabilidades para la atención que brindan a las personas que viven con el VIH y sida.



3. Conceptos

EL VIH Y SIDA

Es causado por un virus llamado **Virus de la Inmunodeficiencia Humana** (VIH), el cual puede transmitirse de persona a persona. El estadio avanzado de esta infección es el **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida** (sida).

La persona que vive con VIH no tiene síntomas y se siente totalmente sana, pues su nivel de glóbulos blancos aún no ha disminuido lo suficiente y los que le quedan, aún le sirven para combatir las infecciones o enfermedades. Quien presenta estas características se conoce como una persona no sintomática del VIH. Es decir, que no presenta ningún tipo de síntoma a pesar de portar el virus en su sangre; sin embargo, puede transmitir el VIH.

Este virus tiene la capacidad de insertarse dentro de los linfocitos T4, una clase de glóbulos blancos que hacen parte del sistema inmunológico. El VIH se reproduce dentro de las células mencionadas y termina por destruirlas, produciendo nuevos virus que infectarán a otras células y así sucesivamente (al medir la cantidad del virus que se tiene se llama carga viral). Con los años, los linfocitos disminuyen a tal punto que se debilita la capacidad del cuerpo para combatir otras enfermedades.

El sida está claramente definido como un conjunto de signos y síntomas que incluyen adelgazamiento extremo, diarrea crónica e infecciones y cánceres específicos. Es decir, la persona con sida puede ser víctima de distintas enfermedades.

Actualmente, las personas que viven con el VIH y sida (PVVS) pueden disminuir la cantidad del virus en su cuerpo a través del tratamiento antiretroviral, retrasando la progresión de la infección por medicación específica. Sin embargo, aún no hay cura ni vacuna disponible contra el VIH.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARGA)

El objetivo del tratamiento antirretroviral es prevenir la replicación del virus (impedir que haga más copias de si mismo), lo que resulta en el incremento del recuento de linfocitos T CD4, mejorando la función inmune, retrasando la progresión clínica y prolongando el tiempo de sobrevida. El TARGA ha demostrado beneficios en la disminución de la morbi-mortalidad, con la consecuente mejoría en la calidad de vida.

La Adherencia a la TARGA, es el cumplimiento adecuado de toma de la medicación antirretroviral (dosis, horarios) con el objeto de alcanzar el máximo beneficio del tratamiento para disminuir la carga viral del cuerpo y evitar que el virus se haga resistente al tratamiento.

Para lograr una buena adherencia se debe familiarizar con:

- Los medicamentos que se toma
- Cuántas pastillas, cuantas veces al día
- Tomarlas con alimentos o con el estomago vacío
- Cómo guardarlos
- Cuáles son los efectos secundarios y qué podemos hacer, si los tienen

DERECHOS

Son principios que regulan la vida social de las personas y que han sido consagrados como normas y garantías de los estados a favor de la gente. Los derechos delimitan todo lo que uno/a puede ser, hacer o demandar para si mismo/a. Su ejercicio llega al punto de que puede chocar con el derecho de los/las demás.

Los derechos humanos son internacionalmente reconocidos y cuentan con un conjunto de instrumentos y mecanismos que permiten a la persona ser respetados, protegidos como únicos, independientemente de la edad, raza, creencia, clase social y ser reconocidos como personas de valor y derecho de decidir .

4. Esquema de actividades

ACTIVIDADES

- EL SALUDO
- REGLAS DE CONVIVENCIA
- CONOCIENDO EL VIH y sida
- VISUALIZANDO A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH y sida
- CONOCIENDO MIS DERECHOS Y RESPETANDO LOS DERECHOS DE LOS/AS DEMÁS

5. Ideas Clave

- Los Derechos son normas elaboradas por representantes de diversos países con el propósito de garantizar el ideal común de los pueblos y naciones.
- Garantiza el derecho de cada persona, de recibir información científica, veraz, actualizada de acuerdo a sus requerimientos.
- Acceder a servicios que garanticen la seguridad de su vida y su salud a través de la información de los diversos temas en sexualidad y salud reproductiva como anticoncepción, ETS, Violencia sexual tanto para varón y la mujer.

ACTIVIDAD N°1**OBJETIVO:**

- Que los/as participantes se conozcan.

TIEMPO: 20 minutos**MATERIALES:**
Ninguno**GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:**

- El facilitador/a invitará a los/as participantes a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Es recomendable tener una música de fondo.
- Pide que se presenten con la mano y digan su nombre, en que servicio trabajan, qué le gusta y qué no le gusta de su trabajo.
- Después de esta acción inmediatamente el facilitador da la señal para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que le toque otra persona en frente.
- El animador pide que se saluden con los pies, posteriormente con los codos, los hombros, etc. y pregunten a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar de nuevo y esta vez para finalizar se saludan dándose un abrazo.
- Al finalizar el facilitador/a determinara que es importante no solo conocernos de vista, también es importante conocer mejor a las personas con los que trabajamos en el mismo espacio.

ACTIVIDAD N°2*Reglas de convivencia***OBJETIVOS:**

- Establecer las reglas de convivencia con los/as participantes.
- Generar compromisos de los/as participantes durante la capacitación.

TIEMPO: 15 minutos**MATERIALES:**

Papelógrafos, títulos de las regla de convivencia de los/as participantes y del/a facilitador/a, maskin tape, plumones.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a indicará que para lograr una buena convivencia es necesario, de mutuo acuerdo, determinar algunas reglas que nos comprometemos a cumplirlas ambas partes.
- Se solicitará a los/as participantes, propogan las reglas a tener en cuenta durante el taller, para que los objetivos y expectativas que tengamos se cumplan.
- A continuación el/la facilitadora irá anotando en un papelógrafo las ideas que vayan dando.
- De la misma manera, también el/la facilitadora podrá ir proponiendo algunas reglas que no se tengan en cuenta. Por ejemplo, pueden ser propuestas las siguientes reglas:
 - Iniciar el taller a la hora programada o respetar los horarios programados.
 - Respetar las opiniones de todos/as los/as participantes.
 - Solicitar silencio al momento de las exposiciones.
 - Permanecer atentos durante el desarrollo del taller.
 - No usar celulares o mantenerlos en vibrador.
 - Escuchar atentamente a las demás personas, sin interrumpirlas.
 - Levantar la mano para intervenir.
 - Realizar sugerencias u observaciones constructivas.
 - Recibir positivamente las observaciones de las demás personas.

Reglas para el/la facilitador/a:

- Respeto a las opiniones de los/las participantes.
- Respetar los horarios.
- Explicar los temas con claridad y sencillez.
- Estar dispuesto a aclarar dudas.
- Que tome en cuenta todas las sugerencias de los/as participantes.
- Dar igual oportunidad a los/las participantes para hablar.
- Al terminar de trabajar las normas de convivencia se les indica la importancia de cumplirlas desde los dos niveles y que a continuación se les tomará la prueba de entrada.
- El/la facilitador/a repartirá a cada participante la prueba de entrada y dará diez minutos para que la respondan individualmente.
- Para finalizar el/la facilitador/a reforzará en los/as participantes la importancia de conocer los saberes que ellos/as tienen del tema para iniciar la capacitación.

[PRUEBA DE ENTRADA]

Nombre:

Edad:

Sexo:

1. ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH y sida?

.....
.....
.....
.....

2. ¿Quién es más propenso a infectarse del VIH y sida? ¿El Varón o la Mujer?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Es curable el VIH y sida?

.....
.....
.....
.....

4. ¿Es importante la adherencia?

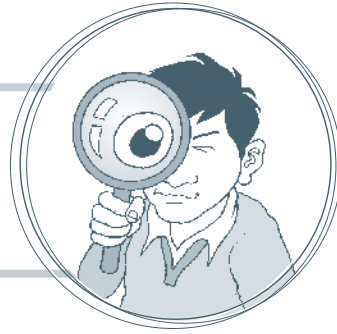
.....
.....
.....
.....

5. ¿Cómo se puede prevenir el VIH y sida en el trabajo?

.....
.....
.....
.....

6. ¿Conoce los protocolos de atención MINSA sobre el VIH y sida?

.....
.....
.....
.....

ACTIVIDAD N°3*Conociendo el VIH y sida***OBJETIVO:**

- Que las PVVS refuercen sus conocimientos sobre el VIH y sida.

TIEMPO: 20 minutos**MATERIALES:**

Caja de fósforos, cartillas de preguntas.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador(a) explicará que en la dinámica se conocerán las percepciones y conocimientos que los participantes tienen acerca del VIH y sida.
- A continuación indicará que la dinámica consiste en que a través del juego del palito de fósforos ellos responderán algunas preguntas.
- Explicará que el juego consiste en que se encenderá un palito de fósforos y se irá pasando de participante en participante hasta que se apague, la persona que esta sosteniendo el palito y se apague será la que conteste la pregunta.
- El/la facilitador(a) cuenta con una cartilla que contiene preguntas relacionadas con el tema, y solicitará a la persona designada a responder la pregunta según su conocimiento y percepción, indicando que exprese lo que piensa y que nos encontramos en el lugar para aprender y compartir.
- Una vez que se responda la pregunta, se encenderá otro palito de fósforos y se procederá de la misma manera, a si sucesivamente hasta que el/la facilitador(a) indique el termino.
- El/la facilitador(a) irá a anotar en un papelografo las respuestas para poder reflexionar sobre lo expuesto, estableciendo las respuestas correctas.
- Al finalizar el/la facilitador/a cerrará la dinámica estableciendo algunos aspectos sobre el VIH y sida con datos estadísticos, tratando de enfatizar que ellos/as no son los/as únicos/as que viven con VIH y que es importante que conozcan del tema, para mejorar nuestra calidad de vida y apoyar a otras personas a prevenir esta enfermedad.

Cartilla de Preguntas:

1. ¿Qué es el VIH y sida?
2. ¿Cuáles son las vías de infección del VIH y sida?
3. ¿Quién es más propenso a infectarse del VIH y sida? ¿El varón o la mujer?
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas del VIH y sida?
5. ¿Cuáles son las etapas del VIH y sida?
6. ¿Existe tratamiento para el VIH y sida?
7. ¿Es curable?
8. ¿Que entendemos por adherencia?
9. ¿Cómo se puede prevenir el VIH y sida?

ACTIVIDAD N°4

Visualizando a las personas que viven con el VIH y sida



OBJETIVO:

- Que los/as participantes exploren sus actitudes hacia PVVS.

TIEMPO: 30-45 minutos

MATERIALES:

Hojas de trabajo, plumones, maskin tape.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a indicará que se van a formar grupos y a cada uno/a de los integrantes se le va a entregar una hoja de papel con algunas preguntas (con un personaje y en el deben de escribir el sexo y edad de la persona. Por ejemplo. mujer de 30 ó 40 años, adolescente de 18 años, gestante de 25 años, etc.). Uno de los personajes tendrá una marca casi imperceptible y con las preguntas realizadas tendrán que crear una historia de vida de cada uno/a de ellos/as. Todos los personajes tendrán un vínculo de parentesco, aunque no necesariamente tienen que ser parte del mismo núcleo familiar.
 - ¿Cuál es el nombre de él o ella?
 - ¿Cuál es su edad?
 - ¿Cuál es su estado civil?
 - ¿Cuál es su relación con los otros personajes (madre, abuela, esposo, tía, primo, etc.)
 - ¿Él o ella tienen hijos/as? ¿Cuántos/as? ¿De qué edades?
 - ¿Él o ella trabaja? ¿Qué hace? ¿En qué? Si él o ella no trabaja, ¿a qué se dedica?
 - ¿Cuál es su estado socio-económico?
 - ¿Cuáles son algunos de sus intereses?
- Se les brindará 10 minutos para responder a las preguntas realizadas.
- El/la facilitador/a solicitará a los/as participantes que muestren sus hojas de sus personajes y el que se encuentre con la marca, significara que es VIH positivo.
- Continuando con el taller se les otorgara a los/as participantes otros 10 minutos para crear una segunda historia, basada en la primera, pero conociendo ahora que personaje es VIH positivo, teniendo en cuenta las preguntas señaladas a continuación.

Para los personajes que no son VIH positivos:

- ¿Sabe este personaje qué personaje es VIH positivo? Si es así,
- ¿cómo se siente él o ella al respecto? ¿Cómo se enteró?

- ¿Qué ha cambiado en la vida diaria del personaje como resultado de saber que el otro personaje es VIH positivo?
- ¿Cuáles son los mayores cambios en su vida como resultado de saber que el otro personaje es VIH positivo?

Para el personaje que es VIH positivo:

- ¿Cómo se infectó?
 - ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?
 - ¿Cómo se siente al ser VIH positivo? (por ejemplo: actitud positiva, sentencia de muerte, confusión, ira, vergüenza, indiferencia, etc)?
 - ¿Muestra él o ella síntomas relacionados al sida?
 - ¿Qué ha cambiado en su vida diaria como resultado de ser VIH positivo?
 - ¿Cuáles son los mayores cambios en su vida como resultado de ser VIH positivo?
 - ¿Cómo ha cambiado su relación con los otros personajes en su hogar, si es que esto hubiera pasado, como resultado de ser VIH positivo?
- Al terminar el trabajo cada grupo elegirá a una persona para presentarlo en plenario.
 - Luego que todos los grupos hayan presentado sus historias, facilite una discusión con todos los grupos, con preguntas motivadores, como por ejemplo:
 - ¿De dónde vinieron las ideas para los personajes de la segunda historia?
 - ¿Provinieron de situaciones que ustedes presenciaron o de historias que han escuchado o que han leído?
 - ¿Cómo se sintieron cuando estaban creando la segunda historia?
 - ¿Usted piensa que esto es representativo de lo que pasa en un hogar o en una comunidad una vez que uno/a de sus miembros/as es VIH positivo?
 - ¿Surgieron ejemplos de discriminación y estigma relacionados al VIH y sida en la historias?
 - ¿En qué forma?
 - El/la facilitador/a concluirá la actividad comentando sobre cómo estas historias muestran los desafíos diarios que tienen que enfrentar las personas que viven con VIH, al igual que sus familias. Subraye cómo el estigma y la discriminación pueden haber influenciado negativamente algunas de las vidas de los personajes, vulnerando derechos reconocidos y pida a los/as participantes que piensen sobre estos personajes a través de toda la capacitación.

ACTIVIDAD N°5

Conociendo mis derechos y Respetando los derechos de los/as demás



OBJETIVOS:

- Que los/as participantes reflexiones sobre los derechos ciudadanos y los derechos de las PVVS.
- Que los/as participantes aprendan la importancia de conciliar diferencias de intereses y derechos existentes entre distintos grupos.

TIEMPO: 60 minutos

MATERIALES:

Tarjetas con conceptos, tarjetas con historias, maskin tape.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a solicitará a los/as participantes a través de la técnica lluvia de ideas que expresen que entienden por derechos las ideas que se van generando se ira anotando sobre un pápelografo. Al finalizar la dinámica se leerá la definición de "derechos".
- El/la facilitador/a solicitará a los/as participantes que se reflexione ¿por qué los Derechos Humanos son importantes en el tema de VIH y sida?, haciendo hincapié que sin ellos no nos permitiría lograr: (**IMPACTO**.- Reducir el estigma y discriminación asociados con el VIH y sida, **VULNERABILIDAD**.- Tratar las condiciones sociales, culturales y económicas subyacentes que hacen a la gente vulnerable a la infección por VIH y **RESPUESTA**.- Crear un ambiente de mayor apoyo y fomentar la participación en el desarrollo y la implementación de la respuesta nacional al VIH y sida).
- El/la facilitador/a comentará que en algunas ocasiones al defender nuestros derechos puede darse un juicio de defensa de las dos partes o personas se enfrentan y en ocasiones ambas están seguras de que tienen la razón, pero gana el/la que logra argumentar mejor, defender mejor sus derechos a través de la exposición de elementos que le dan la razón.
- El/la facilitador/a dirá que recrearemos un jurado para ejemplificar cómo derechos de distintas partes pueden entrar en conflicto y cómo no siempre gana la causa más justa sino la mejor argumentada.
- El/la facilitador/a pedirá que elijan un jurado compuesto por tres miembros/as. Dividirá al resto de los/as participantes en dos grupos, quienes abogarán por causas distintas. El/la jurado/a es quien decidirá, luego de escuchar los argumentos de ambos grupos, a quien dará la razón.
- El/la facilitador/a entregará a cada grupo la postura que deberá tener frente a las seis historias que se planteen otorgándoles 15 minutos para que formulen sus argumentos y contarán con 2 minutos para que un/a miembro/a del grupo las exponga.

- Para cada “juicio” se dará primero la palabra al grupo A; luego el grupo B tendrá la palabra. En este primer momento no se podrán interrumpir cuando el otro grupo esté exponiendo su punto de vista. Luego el jurado motivará por 5 minutos al debate permitiendo que ordenadamente los grupos se hagan las preguntas respectivas. Para finalizar, el jurado discutirá internamente y expondrá su posición ante el pleno.
- El jurado debe tomar nota de los argumentos expuestos por cada grupo, para poder hacer una evaluación más objetiva de ellos y dar así un veredicto apoyado en lo dicho por ambos grupos.
- El/la facilitador/a puede ayudar a moderar el diálogo entre ambos grupos pero tratará de no intervenir demasiado o tomar parte de alguno de los dos grupos.
- Para cerrar el taller, el/la facilitador/a comentará que: No sólo es importante conocer nuestros derechos sino también saber defenderlos con argumentos que puedan convencer al resto. Dirá también que se deben aprender a articular las ideas y expresarlas de una forma adecuada (asertiva, clara, etc.) frente a diferentes audiencias.
- Para solucionar conflictos que se presentan a raíz de confrontaciones entre distintos intereses o posturas, se requiere de un espacio donde ambos puedan escuchar sus razones, con miras a buscar el bien común; es decir, se debe tratar de llegar a acuerdos que signifiquen lo mejor para los distintos grupos y para la comunidad a través de la creación de espacios, foros, etc.
- Para finalizar el/la facilitador/a solicitará que nuevamente se reagrupen los grupos formados anteriormente y cuentan con 15 minutos para que realicen un socio drama sobre la vulneración de un derecho y deben integrar las siguientes preguntas:
 1. ¿Qué derechos fueron vulnerados?
 2. ¿Se puede intervenir en cada uno de los derechos vulnerados? ¿En cuáles sí? ¿En cuáles no?
 3. ¿Qué acciones concretas se harían frente a alguno de los derechos vulnerados?

[HOJA DE TRABAJO]

HISTORIA N° 1

Elizabeth tiene 19 años. Se prepara para ingresar a la universidad y ocupa los primeros puestos en su academia. Jorge, su enamorado, tiene 23 años y ya está en la universidad; trabaja por las tardes para apoyar con los gastos de su casa.

Hace unos días Jorge y Elizabeth descubrieron que están infectados con el VIH pues al parecer tuvieron relaciones sexuales. Ellos saben que esto les traerá consecuencias. No saben si avisar a sus familiares o no.

GRUPO A: Defenderá el derecho de privacidad de los/as jóvenes para no avisar a sus familiares.

GRUPO B: Defenderá la postura de los/las jóvenes de avisar a los/as familiares.



HISTORIA N° 2

Yolanda es médica, y acaba de ser despedida del hospital donde trabajaba porque se descubrió que es portadora del VIH. El argumento del hospital es que es riesgoso para la salud de los pacientes. El argumento de ella es que los procedimientos que realiza no implican riesgos para el paciente pues es médica internista: no trabaja directamente con sangre y ella tampoco está expuesta a sangrar como sí lo está un cirujano.

GRUPO A: Defenderá la postura de Yolanda, la médica despedida.

GRUPO B: Defenderá la postura del hospital.

HISTORIA N° 3

La noticia del día en todos los medios habla que se ha sacado del colegio a un niño de 7 años por estar viviendo con el VIH pues argumentan que los padres de los/las demás niños/as se han opuesto a que continúe porque podría transmitir el virus a los/as otros/as niños/as y lo que desean es prevenir a los otros padres del peligro que corren sus hijos/as en el colegio.

GRUPO A: Defenderá el derecho de los/as familiares y del niño viviendo con el VIH.

GRUPO B: Defenderá el derecho de los/as otros/as padres.



HISTORIA N° 4

Damary estudiante de 17 años ingresa a la universidad. Para matricularse la universidad le solicita que se realice un examen médico en el servicio medico de la universidad. Damary se realiza el examen médico y sin ser informada le toman varias muestras de sangre.

Una semana después, Damary recibe una carta en la que la universidad le comunica que su ingreso a la dicha institución ha sido anulada, pues los resultados de los exámenes médicos determinaron que Damary esta infectada de VIH y la universidad no acepta estudiantes seropositivos/as.

GRUPO A: Defenderá la posición de la universidad.

GRUPO B: Defenderá los derechos de Damary.

HISTORIA N° 5

Patricia es una tecnóloga médica contratada, en el hospital donde trabaja. Por un accidente se infecto con el virus del VIH. El Director del hospital decidió despedirla, aludiendo que es peligroso por que ella saca las pruebas de laboratorio y que puede transmitir el virus a los/as usuarios/as del hospital y le dice que él la va ayudar para que pueda ser atendida gratuitamente en el hospital en la estrategia de ITS y VIH y sida, sugiriéndole que era lo mejor para ella y su familia, por que en el hospital se puede enfermar rápidamente por que su sistema inmunológico esta bajo.

Patricia, sin seguro médico por ser contratada, no puede conseguir otro trabajo, porque al solicitarle referencias de su antiguo trabajo una de sus compañeras refiere que ella esta infectada con el VIH.

GRUPO A: Defenderá la posición Director del hospital.

GRUPO B: Defenderá los derechos de Patricia.

**HISTORIA N° 6**

Almira es una mujer seropositiva que se encuentra embarazada. En el Hospital en el que le realizan los controles pre-natales, saben de su diagnóstico y siempre la atienden al final.

Almira cuando ya presentaba las contracciones para dar a luz se fue al hospital donde se controló su embarazo, pero al llegar el personal que la atendió le dijo que no podían atenderla por que en ese establecimiento no contaban con los antiretrovirales que ella y su bebe necesitarían y que debía ser derivada a otro hospital.

Después del parto a Almira la trasladaron a un cuarto que en la puerta tenía un letrero que indicaba "zona de riesgo", Y al visitar a su bebe se percató que en su cunita había un letrero que decía "madre VIH positiva".

GRUPO A: Defenderá los derechos de Almira.

GRUPO B: Defenderá la postura del hospital.

[HOJA DE TRABAJO]

MARCO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos reconocen la obligación de los Estados de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación de género, edad, raza u opción sexual, sobretodo en lo que se refiere al acceso a servicios de salud y a tratamientos médicos. Los compromisos del Estado peruano están sujetos a convenios internacionales y dispositivos legales vigentes en torno a la problemática.

Tenemos, así, los siguientes instrumentos internacionales de derechos humanos que reconocen la obligación de los Estados de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas que viven con VIH y sida:

Instrumentos Internacionales de carácter vinculante

1. Declaración Universal de Derechos Humanos
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
4. Convención Americana sobre Derechos Humanos de San José de Costa Rica
5. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)
6. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW)
7. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará)
8. Convención sobre los Derechos del Niño

Instrumentos Internacionales de carácter no vinculante

1. Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)
2. Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994)
3. Declaración y Programa de Acción de Beijing (1995)

MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO SOBRE DERECHOS HUMANOS Y VIH y sida

No existe ningún instrumento internacional con carácter vinculante dedicado específicamente a la cuestión de Derechos Humanos y VIH y sida. Sin embargo, se tienen declaraciones, compromisos y recomendaciones específicas, que contienen principios de derechos humanos aplicables al tema:

1. Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH y sida “Crisis mundial – Acción mundial” – UNGASS (27 de junio de 2001)

Documento en el que se plantearon medidas orientadas a la prevención, al mayor y mejor acceso a la atención y tratamiento de la infección, al cuidado de niños y niñas afectados/as por el VIH y sida, a la ampliación de las vinculaciones entre el sector público y el sector privado y a la necesidad de dar una respuesta multisectorial a la epidemia y de contar con recursos en proporción con la crisis.

Respecto al VIH y sida y los derechos humanos, se señala que la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH y sida. Los Principios de la Declaración de UNGASS son los siguientes:

1. **Liderazgo:** "El liderazgo de los gobiernos en la lucha contra el VIH y sida es indispensable y su labor debe complementarse con la participación plena y activa de la sociedad civil, los círculos empresariales y el sector privado".
2. **Prevención:** "La prevención debe ser la base de nuestra acción".
3. **Atención, apoyo y tratamiento:** "La atención, el apoyo y el tratamiento son elementos fundamentales de una acción eficaz".
4. **El VIH y sida y los derechos humanos:** "La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos/as es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH y sida".
5. **Reducción de la vulnerabilidad:** "Los que están en situación vulnerable deben tener prioridad". "La potenciación de la mujer es indispensable para reducir la vulnerabilidad". Las niñas y los niños huérfanos/as y en situación vulnerable a causa del VIH y sida.
6. **Mitigación de los efectos sociales y económicos:** "Hacer frente al VIH y sida es invertir en el desarrollo sostenible".
7. **Investigación y desarrollo:** "Como no hay cura para el VIH y sida, es indispensable avanzar en la investigación y desarrollo".
8. **Recursos:** "No se puede hacer frente al desafío del VIH y sida sin recursos nuevos, adicionales y sostenidos".

2. Recomendación General N° 15 - CEDAW, Naciones Unidas (1990)

Esta recomendación se formuló considerando que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) anunció que el tema del Día Mundial de la Lucha contra el sida, que se celebraría el 1° de diciembre de 1990, sería "La mujer y el sida". El Comité recomienda a los Estados Partes:

- a. Intensificar las medidas de difusión de información para que el público conozca el riesgo de infección con el VIH y el sida, sobre todo para las mujeres y los/as niños/as, así como los efectos que acarrearán para éstos;
- b. Que los programas de lucha contra el sida presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los/as niños/as y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH;
- c. Asegurar la participación de la mujer en la atención primaria de la salud y adoptar medidas para incrementar su papel de proveedoras de cuidados, trabajadoras sanitarias y educadoras en materia de prevención del VIH

3. Observación General N° 3: "El VIH y sida y los derechos del niño" – Comité de la Convención del Niño, Naciones Unidas (17 de marzo de 2003)

Se recomienda a los Estados Partes:

- a. Revisar las leyes vigentes o promulgar disposiciones legislativas con miras a dar pleno cumplimiento al artículo 2 de la Convención y, en particular, a prohibir expresamente la discriminación basada en un estado serológico real o supuesto en relación con el VIH y sida, a fin de garantizar la igualdad de acceso de todos/as los/as niños/as a todos los servicios pertinentes, prestando especial atención al derecho del niño a su intimidad y a la protección de su vida privada, y a otras recomendaciones que hace el Comité en los párrafos anteriores en lo que se refiere a la legislación.

- b. Reexaminar sus actividades de acopio y evaluación de datos relacionados con el VIH a fin de asegurarse de que cubran suficientemente a los/as niños/as tal como se definen en la Convención y estén desglosadas por edad y sexo, a ser posible por grupos de cinco años e incluyan, en lo posible, a los/as niños/as pertenecientes a grupos vulnerables y a los que necesitan una protección especial.
- c. Incluir en sus procesos de preparación de informes, todo lo concerniente a las políticas y programas nacionales de VIH y sida y, en lo posible, sobre las asignaciones presupuestarias y de recursos a nivel nacional, regional y local, e indicando, dentro de estas categorías, la proporción asignada a la prevención, los cuidados, la investigación y la reducción de los efectos.

DIRECTRICES PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DEL VIH Y EL sida – NACIONES UNIDAS (23 A 25 DE SEPTIEMBRE DE 1996)

Son doce recomendaciones colectivas elaboradas por expertos/as en cuestiones sanitarias y de derechos humanos, tanto de la esfera gubernamental como de la sociedad civil, dentro de los que se consideró a personas seropositivas, acerca de la forma en que se deben proteger, promover, respetar y ejercer los derechos humanos en los casos de VIH y sida. Se basan en los principios vigentes en materia de derechos humanos, señalando medidas concretas que deberían adoptarse dentro de una estrategia eficaz contra el VIH y sida.

Primera directriz:

Buscar un marco nacional que permita una actuación coordinada, con participación política y programas sobre el VIH y sida en todas las ramas del Gobierno.

Segunda directriz:

Participación de la comunidad en la formulación de políticas, ejecución y evaluación de los programas relativos al VIH y sida.

Tercera directriz:

Analizar y reforzar la legislación sanitaria relacionada a cuestiones de salud pública.

Cuarta directriz:

Adecuar las leyes penales y penitenciarias para que concuerden con las obligaciones internacionales asumidas por el Estado.

Quinta directriz:

Promulgar o robustecer las leyes que combatan la discriminación.

Sexta directriz:

Adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que se asegure la prevención y atención de casos.

Séptima directriz:

Proporcionar y apoyar servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con VIH y sida.

Octava directriz:

Fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los/as niños/as u otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades que causan dicha vulnerabilidad.

Novena directriz:

Cambio de actitudes discriminatorias y estigmatizantes relacionados con el o con relación al VIH y sida a actitudes de comprensión y aceptación, a partir de programas creativos de educación, capacitación y comunicación fomentados por el Estado.

Décima directriz:

Generar códigos de conducta sobre las cuestiones del VIH y sida, en los sectores público y privado.

Décimo Primera directriz:

Crear instituciones de vigilancia que garanticen la protección de los derechos humanos de las PVVS, sus familiares y su comunidad.

Décimo Segunda directriz:

Cooperar con programas y Organismos de las Naciones Unidas, para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de derechos humanos y VIH y sida.

DERECHOS DE LAS PERSONAS COMO USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD⁴

1. Derecho a la atención de la salud

Toda persona viviendo con VIH tiene derecho a **recibir atención a su salud cuando lo requiera**. El derecho a la atención de la salud abarca las acciones preventivas, curativas, recuperativas y rehabilitadoras. La atención de salud de las PVVS requiere:

- Acceso al tratamiento antiretroviral,
- Atención integral de su salud, y
- Atención de cuanto padecimiento se presente en el curso su enfermedad.

El derecho a la atención de la salud de las personas viviendo con VIH es fundamental porque de esta manera se garantiza la calidad de vida de la persona o la reposición de sus capacidades para el desarrollo de sus actividades.

La garantía de este derecho por parte del sistema de salud es clave para mantener la armonía social. La negativa de la atención sería una grave vulneración de los derechos humanos si es que esta negativa es producto de la no regulación adecuada de los mecanismos que permitan el acceso de todas las personas a los servicios de salud.

Por ello, es importante que el Estado elimine todas las potenciales barreras para el acceso de los/as ciudadanos/as a los servicios de salud, que pueden impedirles el ejercicio de su derecho a la atención de su salud. Estas barreras pueden ser: geográficas, económicas, educativas, culturales, sociales y discriminatorias.

2. Derecho al respeto a su personalidad y dignidad

Las personas viviendo con VIH que acuden a los establecimientos de salud merecen ser tratadas con dignidad y que se le respeten de acuerdo a la personalidad que ellas tienen.

La personalidad es un componente sustantivo del desarrollo de la persona, lo que le permite ser singular y le permite el desarrollo de su autoestima.

El derecho al trato digno es lo que hace que la persona humana sea diferente a otras especies y no se puede ofender a la persona por tener una determinada condición social, raza, sexo, edad, enfermedad o situación de salud. Lo que se trata es de proteger a la persona de cualquier eventual vulneración a su personalidad o dignidad, que son condiciones fundamentales del desarrollo de la persona.

3. Derecho a ser reconocido por su nombre

Toda persona usuaria de los servicios de salud que esté viviendo con el VIH tiene derecho a ser reconocido por su nombre y a ser identificados como tal; su vulneración toca aspectos fundamentales del desarrollo de la identidad de la persona.

■
 4 Adaptado de: "Guía de Capacitación: Derechos de las personas usuarias y resolución de conflictos en los servicios de salud". Asociación Peruana de Derecho Sanitario-APDS, USAID PERU, POLICY. Lima, Abril de 2005. p.51-53

La vulneración de este derecho es frecuente en algunos establecimientos de salud, cuando se le identifica a la persona por su dolencia ("el/la sidoso/a"), por su número de cama o condición. Es también importante la adecuada identificación de la persona en la historia clínica.

4. Derecho a consentir informadamente

El consentimiento es "la autorización autónoma de una intervención médica por la propia persona". La persona usuaria que vive con el VIH tiene el derecho de decidir (aceptar o no) sobre **cualquier tratamiento médico que se le haga** y para esto necesita toda la información relevante.

Aunque el término "consentimiento" implica aceptación de tratamiento, el concepto de consentimiento también puede implicar la negativa al tratamiento, es decir **a disentir**. Las personas tienen el derecho a negarse al tratamiento y obtener toda la información disponible pertinente a la negativa.

5. Derecho a conocer su situación de salud

Toda persona usuaria viviendo con VIH tiene derecho a saber el nivel de evolución o deterioro de su salud, a estar debidamente consciente sobre sus posibilidades, pronósticos o proceso de recuperación.

El derecho a conocer su situación está íntimamente ligado con el derecho a decidir, por ello es importante que la información recibida sea lo más inteligible posible para las personas que asisten a un establecimiento de salud.

Toda persona tiene derecho a que previa a cualquier prueba para determinar un diagnóstico sobre su situación de salud y en especial cuando se le van hacer pruebas con el objetivo de determinar si es reactivo al Elisa, tiene derecho a recibir consejería, donde se le informe de manera completa y comprensible de los objetivos de la prueba y del proceso que va a vivir como persona.

6. Derecho a la reserva de la información y confidencialidad

El derecho a mantener en reserva información que es confiada al profesional por su condición de tal, con el objetivo de que pueda tener mayores elementos para tener el diagnóstico y poder recomendar tratamientos posibles, es vital para la confiabilidad del acto médico. En el caso de las personas que viven con VIH y sida, este deber de confidencialidad esta reiterado en la Ley N° 26626.

Por esta razón, toda información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de la persona que vive con VIH y sida y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente y cuando la causa de la muerte pueda significar riesgo futuro para sus parientes descendientes o ascendientes, estos/as podrían acceder a esa información.

La información confidencial sólo se puede dar a conocer *si* el paciente da su consentimiento explícito. Se puede entregar información a otro personal que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer". La información debe ser protegida de manera adecuada.



[II SESIÓN]

Normas Técnicas

1. Presentación

A nivel mundial la pandemia del VIH y el sida se considera como uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI. Dicha pandemia afecta a todas las personas en general, pero el grupo de mayor vulnerabilidad está conformado por hombres que tienen sexo con otros hombres, así como por mujeres, jóvenes, adolescentes, niñas y niños.

La magnitud de los problemas relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida son cada vez más relevantes. En este contexto, el Ministerio de Salud consciente de la magnitud del problema antes señalado, aprobó políticas con sus respectivas normas técnicas.

Las normas técnicas son los documentos, establecidos por consenso y aprobados por el Ministerio de Salud, que establecen un uso común y repetido, reglas, directivas o características para ciertas actividades con relación al VIH y sida, con el fin de conseguir un grado óptimo en los resultados programados en un contexto dado. Permiten mejorar la eficiencia de las acciones de intervención para la promoción, prevención y atención de las personas viviendo con el VIH y sida o para las personas vulnerables a el.

2. Objetivo

Que los/as proveedores/as de salud reflexionen sobre sus derechos y responsabilidades para la atención que brindan a las Personas que viven con el VIH y sida.



3. Conceptos

- **Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA):** Para las personas que viven con el VIH el TARGA ha demostrado beneficios en la disminución de la morbi-mortalidad, con la consecuente mejoría en la calidad de vida. Implica la combinación de tres o más drogas antiretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente en fase de inmunodeficiencia.





- **Transmisión vertical del VIH:** La transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre infectada al recién nacido puede ocurrir entre el 25 al 30% de casos y se presenta durante la gestación, el momento del parto y/o durante la lactancia materna.
- **Tratamiento antiretroviral Preventivo (Profiláctico):** Incluye medicamentos antiretrovirales utilizados con el fin de disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH (de la madre al niño). Se ha comprobado que tiene un efecto de protección de 65%. De igual manera el uso de medicamentos antiretrovirales en el momento del parto en aquellas mujeres infectadas por el VIH que no recibieron antiretrovirales durante la gestación, tiene un efecto de protección de la transmisión vertical del 50%. La transmisión vertical del VIH por lactancia materna, de igual manera, ha sido comprobada por lo que la infección por el VIH es uno de los pocos motivos por el cual la lactancia materna debe ser suspendida.



- **Prueba de ELISA:** Examen de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH. En caso de niños menores de 18 meses no se considera diagnóstica, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno.
- **Prueba rápida para VIH:** Examen de laboratorio para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH, con resultados que se obtienen en tiempos menores a los 30 minutos y no requiere de equipos sofisticados de diagnóstico, obteniéndose a partir de la sangre total. En caso de niños menores de 18 meses no se considera diagnóstica, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno.
- **Pruebas confirmatorias:** Exámenes de laboratorio que evalúan estructuras virales y por lo tanto confirman su presencia en el organismo. Pertenecen a este grupo la inmunoelectrotransferencia o western blot (WB), inmunofluorescencia indirecta (IFI), radioinmunoprecipitación (RIPA) e inmunoblot con antígenos recombinantes (LIA).
- **PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa, conocida como PCR por sus siglas en inglés. Es una técnica de biología molecular cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular. Sirve para identificar la presencia del VIH.

- **Niño VIH expuesto:** Todo niño nacido de madre infectada por el VIH se mantiene dentro de esta definición hasta los 18 meses de edad o hasta que se diagnostique como niño infectado por el VIH antes de los 18 meses de edad a través de una prueba de PCR.
- **Niño infectado por el VIH:** Todo niño con ELISA reactivo y prueba confirmatoria positiva después de los 18 meses de edad. Se considera infectado a aquél niño VIH expuesto al que se le realice una prueba de PCR (DNA o RNA) con resultado positivo en 2 oportunidades diferentes.
- **Adherencia:** "El grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas para la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), en una comunidad determinada"

4. Esquema de actividades

ACTIVIDADES

- BIOSEGURIDAD - MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN EL HOGAR
- NORMAS TÉCNICAS

5. Ideas Clave

- Fortalecer y establecer un sistema de intervenciones de las ITS y el VIH y sida.
- Fortalecer la red de servicios de atención en ITS y VIH y sida tanto en recursos humanos como logísticos para brindar atención integral oportuna a la población vulnerable con calidad.
- Establecer un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades frente a las ITS y VIH y sida.

ACTIVIDAD N°1*Bioseguridad- Medidas de Protección en los Servicios de Salud y en el Hogar***OBJETIVO:**

- Que los/as participantes utilicen medidas de bioseguridad frente al VIH y sida.

TIEMPO: 45 - 60 minutos**MATERIALES:**

Hoja de trabajo, plumones, maskin tape, papelotes con las definiciones.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a iniciará preguntando a los/as participantes que definan qué consideran por medidas de protección, enfatizando que estas están diseñadas para proteger a todos/as: trabajadores/as de la salud, usuarias PVVS y comunidad en general que se atiende.
- Para ello los/las participantes revisarán las principales prácticas establecidas en las normas de protección, enfocándose en áreas dentro de los centros de salud y los cuidados que se brindan en el hogar. Explique que los cuidados que se tengan en el hogar pueden incluir a los/las trabajadores/as de la salud que acuden a los hogares de sus usuarias PVVS, miembros/as de las familias afectadas por el VIH y sida.
- El/la facilitador/a preparará en un primer papelote las definiciones de medidas de protección; un segundo papelote un listado de:
 1. Lavado de manos
 2. Guantes
 3. Protección para los ojos (gafas)
 4. Ropa de protección
 5. Procesamiento de instrumentos
 6. Manejo de objetos punzocortantes
 7. Limpieza del entorno y desecho de residuos
 8. Manejo y procesamiento de la ropa de cama
- Y un tercer papelote con las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo nos protegen estas prácticas y procedimientos contra la infección de VIH?
 - ¿Cuál es el procedimiento ideal para poner en marcha adecuadamente las normas técnicas?
 - ¿Cuáles son los desafíos mayores para implementar los procedimientos adecuados y cómo pueden ser superados?
- Divida a los participantes en cuatro pequeños grupos. Asigne a los grupos 1 y 2: medidas de protección en los centros de salud, asignando al grupo 1 los primeros cuatro puntos de la lista y al grupo 2 los siguientes cuatro. Asigne a los grupos 3 y 4: medidas de protección en el hogar, asignando al grupo 3 los

primeros cuatro puntos de la lista y al grupo 4 los siguientes cuatro, los grupos deben responder a las preguntas del tercer papelote, indicando que cuentan de 15 minutos para trabajar y presentar las conclusiones posteriormente en plenario.

- Posteriormente el/la facilitador/a entregará un estudio de caso a cada grupo y en función de ellos solicitará que trabajen las medidas de protección y se le determina 15 minutos para que trabajen. Al finalizar el tiempo los grupos exponen sus trabajos.
- Para finalizar el/la facilitador/a cerrará la sesión indicando que las medidas de protección son recomendaciones y prácticas simples que constituyen procedimientos vitales de protección como son el lavado consistente de manos, uso de guantes y cualquier otra ropa para protegerse, evitar tapar las agujas, y desechar apropiadamente cualquier residuo. Estas prácticas deben realizarse tanto en la atención en el centro de salud como en los cuidados que se brindan en el hogar. Deben ser usadas con todos/as los/as usuarios/as, sin importar si están viviendo o no con el VIH y sida.

[HOJA DE TRABAJO]**ESTUDIO DE CASO N° 1**

La Sra. María es madre de dos hijos y acaba de tener su tercer parto en su domicilio. Usted es la persona designada por el servicio de salud para que le realice la visita domiciliaria. Encuentra a la familia preparando a la Sra. María para llevarla al servicio de salud debido a que ha tenido una hemorragia mucho mayor de la que ha tenido en otros partos. Usted observa que su ropa está muy manchada de sangre, lo que indica una hemorragia activa. Usted no tiene guantes estériles en su maletín, pero tiene guantes desechables.

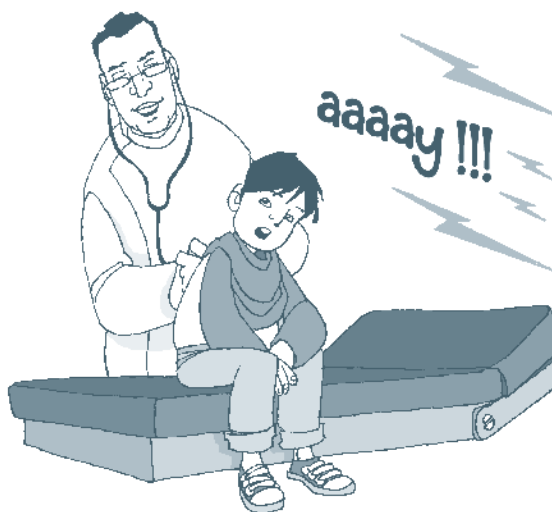
¿Qué debería hacer usted para manejar esta situación, brindar el tratamiento necesario y la protección debida -tanto para usted como para la usuaria - contra los microorganismos de la sangre?

ESTUDIO DE CASO N° 2

Anita trabaja en una clínica que atiende a mujeres y es responsable de extraer unas cuantas gotas de sangre de los dedos para verificar hematocrito. Generalmente, Anita no usa guantes en estos procesos, pero se lava las manos antes de atender al/a siguiente usuario/a. En algunos casos cuando la usuaria es muy delgada y se ve «enferma», Anita usa guantes indicando una preocupación de que este tipo de usuarios/as puedan transmitirle VIH. ¿Es esta una práctica de prevención de infecciones apropiada? ¿Por qué?

ESTUDIO DE CASO N° 3

El Dr. Hernández es el director de un Centro de Salud. El ha organizado una feria de salud. Llegan muchos más miembros/as de la comunidad de los que se puede acomodar en el lugar y se van acomodando por los alrededores del servicio de salud cerca de los desechos. Mientras se da la atención en la feria, se escucha un grito de dolor proveniente de la zona donde se encuentran los desechos, un hombre ha pisado una aguja y jeringa, la cual ahora está clavada en su pie. Al inspeccionar el área en la que el hombre se ha clavado la aguja, el Dr. Hernández encuentra una pila de desechos médicos frescos. El médico siente cólera y confusión, ya que la clínica cuenta con un sistema para eliminar los desechos de las jeringas y no entiende porque fueron colocados allí. El Dr. Hernández discute este tema con el personal responsable de los desechos, quienes le comunican que generalmente reciben más desechos de los que pueden manejarse y a veces colocan los desechos en los tachos de basura.



¿Cuáles son los temas importantes relacionados con el manejo de desechos y que se puede hacer respecto a esta situación?

ESTUDIO DE CASO N° 4

En un servicio de salud sólo cuenta con un contenedor especial para desechar objetos punzocortantes. El contenedor está ubicado en la sala de vacunación, ya que este es el lugar donde se usan la mayoría de las inyecciones. Ocasionalmente los/as usuarios/as necesitan inyecciones en la sala de consulta médica, ubicada al otro extremo del lugar en el que se encuentra el área de vacunación.

Cuando esto ocurre, las enfermeras vuelven a tapar las agujas hipodérmicas, las llevan a la sala de vacunación y las depositan en el contenedor para objetos punzocortantes.

¿Qué se debe cambiar para reducir el riesgo de infección en su clínica?

ESTUDIO DE CASO N° 5

Lávese las manos antes de comenzar a examinar a la Sra. María. Use los guantes desechables para examinarla y determinar el origen de la hemorragia. Una vez concluida el examen, coloque los guantes usados en una bolsa doble de plástico (o pida a la familia que prepare una solución de cloro al 0.5 por ciento y deje remojar los guantes en dicha solución por 10 minutos), luego deseche la bolsa en la casa o en el centro de salud.



Si administro medicamentos vía intramuscular coloque las agujas, jeringas usados en un recipiente resistente a pinchazos y rasgaduras para llevarlo hasta el centro de salud y desecharlo allí. Limpie o indique a los/as miembros/as de la familia que limpien la sangre derramada con una solución de cloro al 0.5%. Asimismo, indique a los/as miembros/as de la familia que remojen las ropas ensangrentadas en forma separada en agua fría con cloro y luego procedan a lavarlas en forma separada en una solución de detergente y agua con cloro. Lávese las manos luego de haber asistido al/a usuario/a. Pregunte a la familia como manejan la placenta; si fuera necesario indique que deben manejar la placenta con guantes o bolsas de plástico intactas cubriendo sus manos.



ESTUDIO DE CASO N° 6

Anita no debe extraer sangre de ninguna usuaria sin usar guantes, sin importar la cantidad de sangre que se extrae. Anita debe colocarse los guantes antes de extraer sangre.

También debe lavarse las manos después de quitarse los guantes y antes de tomar una pluma para continuar con sus anotaciones. Usar guantes cuando hay un posible contacto con sangre u otros fluidos del cuerpo es parte de las precauciones estándar.

Estas precauciones deben seguirse con todos/as los/as usuarios/as sin importar si usted piensa que puede o no estar infectada. Es más seguro actuar como si todos/as los/as usuarios/as están infectados en lugar de aplicar precauciones estándar para algunos y no para otros.

ESTUDIO DE CASO N° 7

Las prácticas inapropiadas en este caso se relacionan a la forma indebida de desechar objetos punzocortantes y de colocar los desechos médicos en áreas que son accesibles a la comunidad.

Luego de tratar el daño y explicar el riesgo potencial al hombre afectado, el Dr. Hernández debe:

- Tener una reunión con el personal responsable del manejo de desechos, describiendo el incidente y el riesgo para la comunidad en este tipo de accidentes.
- Evaluar inmediatamente las prácticas generales de manejo de desechos en todos los niveles del personal.
- Establecer un programa para que el personal separe la basura, para que los desechos que vayan al lugar indicado para este de desecho.
- Realizar cursos de actualización al personal que refuerce su papel en el manejo de desechos para prevenir infecciones, incluyendo el uso seguro de objetos punzocortantes y la forma de desecharlos.
- Realizar evaluaciones de seguimiento periódicas para evaluar la consistencia de las prácticas correctas de manejo de desechos luego del curso de actualización.
- La causa principal de exposición en el trabajo a patógenos de la sangre se debe a pinchazos de agujas, mucho de los cuales ocurren cuando se vuelve a tapar la aguja.
- Para reducir el riesgo de infección entre los trabajadores de la salud, como procedimiento de rutina no se debe volver a tapar las agujas antes de ser desechadas.

ESTUDIO DE CASO N° 8

Los contenedores para desechar objetos punzocortante deben colocarse en todas las salas donde se usen este tipo de objetos. La aguja sin tapar y la jeringa deben desecharse inmediatamente después de su uso en un contenedor resistente a objetos punzocortantes.

RIESGO DE INFECCIÓN DE VIH EN EL TRABAJO

Los/as trabajadores/as de la salud pueden adquirir infecciones causadas por el VIH y otros patógenos de la sangre por vacíos en las prácticas de prevención de infecciones relacionadas a ellos, por ejemplo el lavado de manos, el manejo de instrumentos punzocortantes y otros instrumentos quirúrgicos.

1. El riesgo de infección de VIH ocupacional –infección del personal de salud durante su trabajo- ha sido reconocido desde mediados de la década de los 80. Cuando la piel del trabajador de salud se corta o es perforada con una aguja contaminada u otros instrumentos punzocortantes, el riesgo de transmisión de VIH es muy pequeño, aproximadamente 0.3% (en otras palabras 1 entre 300), dependiendo de varios factores, como son: el tamaño y el lugar de la herida, la cantidad de sangre involucrada y el de virus en la sangre.
2. Cuando la sangre u otros fluidos del cuerpo del/a usuario/a salpican en las membranas mucosas del/a trabajador/a de la salud (por ejemplo ojos, nariz y boca) el riesgo de transmisión del VIH es aún menor que en las lesiones con agujas o instrumentos punzocortantes, cerca del 0.1% (en otras palabras 1 entre 1000). Otras infecciones de la sangre como son hepatitis B y C son más fáciles de transmitir a través de heridas por instrumentos punzocortantes y la exposición de las membranas mucosas.
3. Los/as usuarios/as también están en riesgo de infección cuando los/as trabajadores/as de la salud no siguen apropiadamente las prácticas de prevención de las infecciones, por ejemplo cuando inyectan en forma poco segura o reutilizan instrumentos contaminados.
4. Las prácticas poco seguras para inyectar incluyen la reutilización de los émbolos es una práctica que no ofrecen ninguna seguridad; las jeringas se contaminan debido a la presión negativa que se genera cuando la aguja es removida, inyectando lo que estaba en la aguja hacia la jeringa. Por esta razón, el estándar aceptable para la práctica segura es una jeringa y aguja estéril para cada usuario/a.
5. Los/as miembros/as de la comunidad también se encuentran en riesgo de infección, especialmente por desechar de forma inapropiada los residuos médicos como instrumentos punzocortantes y materiales orgánicos contaminados. Las prácticas que colocan en riesgo a la comunidad incluyen: desechar de forma inapropiada los residuos médicos, incluyendo vendas con secreciones, tejidos orgánicos, agujas, jeringas y hojas de bisturí. Estos artículos pueden ser encontrados por niños/as u otras personas que hurgan en lugares donde se amontona la basura. Los desechos médicos se pueden encontrar esparcidos en tiraderos de basura a cielo abierto, en áreas donde adultos/as y niños/as transitan, colocándolos en riesgo de infección y heridas.
6. Entregar a los/as usuarios/as o a sus familiares ropas manchadas con sangre o fluidos corporales sin envolverlos en bolsas de plástico y sin ofrecer instrucciones para manejar y lavar la ropa en el hogar.
7. Cuando los/as trabajadores/as de la salud visten ropa con secreciones en público y en sus casas.
8. Cuando no se brinda información sobre cómo proteger a los/as miembros/as de la familia o personas que brindan cuidados a personas que viven con VIH o con sida.

REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE VIH

Como trabajadores/as de la salud seguir adecuadamente las prácticas de prevención de infecciones puede reducir drásticamente el riesgo de exposición ocupacional y la transmisión del VIH a usuarios/as y miembros/as de la comunidad. Esta información no sólo ayudará a atender mejor a los/as usuarios/as, también ayudará a comprender mejor el riesgo para una infección de VIH en el servicio y en sus propias vidas.

Los/as trabajadores/as de la salud deben seguir las recomendaciones establecidas con cada usuario/a sin importar si piensan o no que el usuario/a esté infectado/a. Esto es importante debido a que es imposible decir quién está infectado con VIH, sólo viéndolo, y más aún, frecuentemente las personas infectadas no saben que lo están.

Con frecuencia los mitos y conceptos erróneos se enfocan en grupos específicos que son marginados en una comunidad (por ejemplo, trabajadoras del sexo comercial u hombres que tienen sexo con hombres). Es importante que los/as trabajadores/as de la salud reconozcan cómo estos mitos contribuyen a la discriminación contra estos grupos para que podamos ayudar a prevenir el estigma y asegurar que nuestros servicios sean cálidos y accesibles a todos los grupos. Identificar grupos de personas como de «alto riesgo» resulta en estigma y discriminación. Cambiar el lenguaje de «grupos de riesgo» a «conductas de riesgo» es una distinción muy importante que tiene un efecto positivo sobre las actitudes hacia las personas que viven con VIH.

RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

La siguiente información es un resumen de las recomendaciones establecidas para los servicios de salud sobre prácticas de prevención de infecciones.

Las recomendaciones de protección se refieren a un amplio abanico de prácticas diseñadas para ayudar a minimizar el riesgo de exposición a materiales infecciosos, como son la sangre y otros fluidos corporales. Las recomendaciones establecidas ayudan a romper el ciclo de transmisión de enfermedades y disminuyen el riesgo de transmisión de infección tanto a usuarios/as como a trabajadores/as de salud.

Lavado de las Manos

- Lave sus manos con jabón y agua corriente luego de estar en contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excrementos y equipos contaminados, ya sea que haya usado guantes o no. Lave sus manos inmediatamente luego de quitarse los guantes y entre los contactos que mantenga con los/as usuarios/as, para evitar la transferencia de microorganismos entre usuarios/as, así como también en el entorno.

Guantes

- Colóquese guantes cuando esté en contacto con sangre, fluidos del cuerpo, secreciones, excrementos, o equipos contaminados. Colóquese guantes antes de entrar en contacto con membranas mucosas y piel que no esté intacta. Colóquese un nuevo par de guantes entre las tareas y procedimientos que realice en el/la mismo/a usuario/a luego de un contacto con materiales que pueden contener una alta concentración de microorganismos.

- Enjuague las manos enguantadas con una solución de cloro al 0.5 por ciento antes de quitarse los guantes. Luego, quítese los guantes inmediatamente antes de tocar equipo y superficies que no estén contaminadas.
- El personal con lesiones abiertas, cortaduras, dermatitis, erupciones, o manos extremadamente secas, debe evitar contacto directo con los/as usuarios/as y no debe manejar equipos contaminados debido a que las cortaduras en la piel ofrecen puntos para que los microorganismos ingresen en el torrente sanguíneo y causen infecciones.

Protección de los Ojos

- Se debe usar protección para los ojos, máscaras protectoras para rostro y cubre bocas para proteger las membranas mucosas de los ojos, nariz y boca durante los procedimientos (por ejemplo durante el parto, el corte del cordón umbilical) y actividades de atención a los/as usuarios/as que puedan involucrar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones.

Ropa para Protección

- Se deben usar batas (limpias, sin esterilizar) para proteger la piel y prevenir que se ensucie su ropa durante los procedimientos y actividades de atención a los/as usuarios/as que pueden involucrar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones. Si es posible, use una barrera de plástico o látex (por ejemplo delantal) para proteger la ropa si se anticipa que habrá grandes cantidades de fluidos (por ejemplo durante el parto).
- La ropa que ha sido salpicada o manchada debe quitarse inmediatamente, colocándola en un contenedor designado para su descontaminación y a continuación se debe proceder al lavado de las manos.

Procesamiento de Instrumentos

- Procese los instrumentos usados de acuerdo con los lineamientos de prevención de infecciones para descontaminación, limpieza, desinfección de alto nivel y/o esterilización.
- Asegúrese de que los instrumentos reutilizables no sean usados en otro/a usuario/a hasta que se procesen adecuadamente.

Manejo de Instrumentos Punzocortantes

- Maneje los instrumentos punzocortantes con cuidado para evitar lesiones y reducir el riesgo de infección.
- Evite volver a tapar las agujas (use la técnica de tapado con una mano si es absolutamente necesario volver a tapar).
- No doble, rompa o corte las agujas luego de usarlas.
- No saque la aguja de la jeringa antes de desecharla.
- Deseche las agujas usadas en un recipiente resistente a los pinchazos que no esté demasiado lleno luego de que usted lo haya usado.
- Si se lastima con una aguja contaminada o cualquier otro instrumento punzocortantes, lave el área inmediatamente con agua y jabón y siga los lineamientos de profilaxis post exposición de su centro de salud.

Limpieza del Medio Ambiente y eliminación de Desechos

- Mantenga las prácticas para mantener limpio el medio ambiente y la eliminación de desechos siguiendo los lineamientos para prevención de infecciones. Asegúrese que los desechos líquidos se coloquen en un contenedor con una solución desinfectante en cantidad suficiente para mantener su efectividad en la eliminación de organismos.

- Asegúrese de que todos los desechos contaminados (vendajes, tejidos orgánicos, gases, ropas contaminadas con fluidos corporales, etc.) sean colocados en bolsas o contenedores claramente designados o marcados para ser llevados al incinerador u otro tipo de eliminación segura.
- Limpie inmediatamente cualquier superficie que haya sido salpicada con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, con una solución de cloro al 0.5% como desinfectante y luego limpie el área con detergente y agua.

Manejo y Tratamiento de Ropa de Cama

- Cuando se deba manejar la ropa de cama que ha sido contaminada con sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, siempre use guantes y coloque la ropa en bolsas o contenedores claramente designados o marcados. Si está usando una bolsa de plástico, coloque la ropa de cama en dos bolsas de plástico una, una dentro de la otra (doble bolsa). Transporte la ropa sucia de manera que no se perfora la bolsa o que se pierda camino a la lavandería. Lave la ropa de cama sucia usando detergente y germicidas, siguiendo los lineamientos para prácticas de prevención de infecciones.

RECOMENDACIONES DE PROTECCIÓN PARA LOS CUIDADOS EN EL HOGAR

- Las recomendaciones establecidas pueden ayudar a brindar mejores cuidados en el hogar de los/as familiares a cargo del cuidado de una PVVS.
- La persona viviendo con VIH y sida debe ser informado sobre las prácticas de prevención de infecciones para que no interpreten la conducta de los/as familiares que los/as cuidan como rechazo o reproche. Cualquier información que se comparta con la familia y/o las personas que brindan los cuidados, debe incluir como mínimo lo siguiente:

Lavado de Manos

- Lávese las manos con agua y jabón. Si es posible, use guantes cuando tenga la piel lesionada y tenga que curar una herida porque las secreciones podrían tener contacto. Si los guantes no están disponibles o no son accesibles, considere el uso de bolsas de plástico.

Lavar Ropa de Cama y otras prendas

- La ropa de cama y las otras prendas que han sido manchadas con sangre u otras secreciones deben lavarse, usando detergente y soluciones de cloro.

Eliminar Desechos

- Cuando se eliminan los artículos manchados con sangre o secreciones, se deben colocar en una bolsa de plástico para desecharlos.

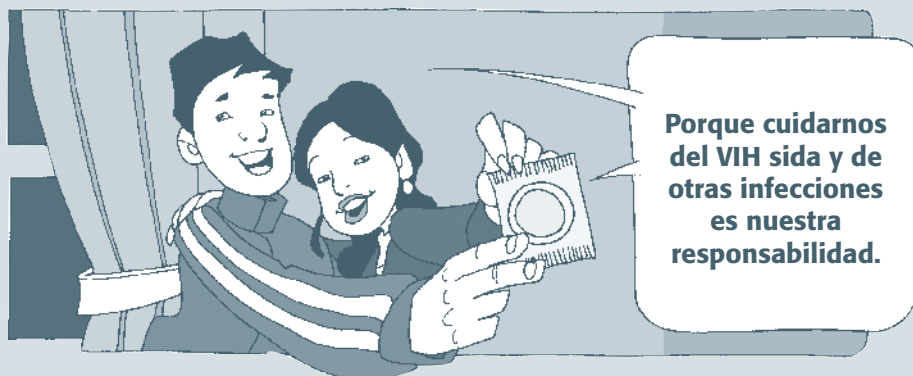
Precauciones con las Agujas

- Si un/a miembro/a de la familia debe aplicar inyecciones, la forma apropiada de manejar y desechar las agujas y jeringas usadas es la siguiente:
- Evite volver a tapar las agujas.
- No doble, rompa o corte las agujas luego de usarlas.
- No saque la aguja de la jeringa antes de desecharla.
- Deseche las agujas usadas en un contenedor resistente a los pinchazos.
- Si usted sufre un pinchazo con aguja, inmediatamente enjuague el área afectada poniéndola bajo el chorro de agua corriente. Debe lavar la herida inmediatamente con agua y jabón, cubrirla y acudir al servicio de salud para evaluación y manejo.

SENSIBILIZAR EN LOS/AS FAMILIARES SOBRE SEXO SEGURO

¿Qué es sexo seguro?

El sexo seguro es cualquier actividad sexual que reduce el riesgo de transmitir ITS y VIH de una persona a otra. El sexo seguro no permite que el semen, el fluido vaginal o sangre ingrese en el cuerpo a través de la vagina, ano o una herida abierta o cortada.



Prácticas sexuales Seguras:

Son actividades que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH:

- Limitar el número de parejas.
- Uso de condones de manera correcta y consistente.
- Alternativas al sexo penetrativo.
- Discutir habilidades de negociación con la(s) pareja(s).⁵



⁵ OMS. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A guide to essential practice. Geneva, 2005.

ACTIVIDAD N°2*Normas Técnicas***OBJETIVO:**

- Que los/as proveedores/as de salud reflexionen sobre las normas técnicas de atención de las personas que viven con el VIH y sida.

TIEMPO: 40 minutos**MATERIALES:**

Tarjetas con los protocolos, hojas de trabajo con historias.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a explica que se van a trabajar las normas técnicas de atención para las PVVS, por lo que se va a proceder a formar grupos.
- A cada grupo de trabajo se les solicitará que a través del análisis de la historia expliquen a los/as asistentes el procedimiento que se realizará al atender a una PVVS.
- El/la facilitador/a terminará concluyendo que es necesario para dar una atención adecuada es fundamental aplicar los protocolos existentes y normados por el Ministerio de Salud.

[HOJA DE TRABAJO]



HISTORIA N° 1

Elizabeth tiene 29 años, es portadora de VIH y no tiene ningún síntoma, pero al realizarle sus análisis de control, sus resultados muestran que su nivel de carga viral es de 65,000 copias/ml y su recuento de Células T CD4 es de 180 cel/mm³. La doctora le ha indicado iniciar tratamiento, pero previo a firmar su consentimiento, acude a ustedes. ¿qué deberían indicarle.

HISTORIA N° 2

Víctor tiene 35 años es una persona viviendo con el VIH y sus análisis de seguimiento de CD4 y carga viral determinan que debe iniciar tratamiento. Previo a la TARGA la doctora le ha solicitado otras pruebas complementarias de laboratorio. Así mismo le ha indicado que sea visto en otros servicios como:

- Oftalmología: descarte de patología ocular que incluya fondo de ojo.
- Ginecología: que incluya PAP y Planificación Familiar.
- Psicología.
- Servicio social.
- Nutrición (condicional).
- Consejería de soporte y familiar confidencial, que incluirá los aspectos de adherencia a la TARGA.

Pero Víctor acude a ustedes para saber si es necesario o no que cumpla con los requisitos solicitados porque refiere que no tiene recursos económicos, ¿Que deberían indicarle?



HISTORIA N° 3

Mario tiene 40 años es una PVVS que inicia TARGA y la doctora le ha indicado que deberá ser sometido a una evaluación clínica, virológica e inmunológica en forma periódica al inicio semanalmente, luego la frecuencia será cada 15 días y luego mensual. Pero ante esta indicación acude a ustedes para decirles que no tiene tiempo ni recursos económicos para estas evaluaciones médicas y de laboratorio. ¿que deberán indicarle ustedes?.

HISTORIA N° 4

Manuel tiene 34 años su recuento de linfocitos CD4 es menor de 200 células/mm³, y además presenta candidiasis oral y la doctora le ha indicado que debe iniciar su profilaxis para evitar algunas enfermedades oportunistas, pero el ha contestado que primero va a conversar con una enfermera que conoce en el hospital. ¿Ustedes que le sugieren?.

[HOJA DE TRABAJO]

NORMAS TÉCNICAS

Son los Instrumentos que permiten la atención de una PVVS.

EN DIAGNÓSTICO DE VIH

(LEY No.28243- ampliación y modificación de la Ley 26626)

- a. Que las pruebas para diagnosticar el VIH y sida sean voluntarias y que se realizan previa consejería obligatoria. Excepto cuando la persona va a donar sangre u órganos, es una madre gestante o en el personal de las fuerzas armadas y policiales.
- b. En los casos de excepción que se realice el análisis correspondiente, y de ser positivo, se procede a dar consejería y orientación a la persona, así misma motivarla a realizarse una prueba voluntaria, para el despistaje confirmatorio, en aras de velar por su salud.

NORMA TECNICA DE ATENCION PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)

Para las personas que viven con el VIH el TARGA ha demostrado beneficios en la disminución de la morbi-mortalidad, con la consecuente mejoría en la calidad de vida, siendo pertinente y necesario ofrecer esquemas de tratamiento de probada eficacia como parte del Programa de Atención Integral para pacientes con VIH, que garantice su adherencia.

El TARGA está diseñada para suprimir la replicación viral, lo que resulta en el incremento el recuento de linfocitos T CD4, mejoría de la función inmune, retraso de la progresión clínica y prolongación del tiempo de sobrevida. La introducción del TARGA es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva introducidas en la última década porque reduce la mortalidad, hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida.

Recuento de linfocitos T CD4: Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcador de superficie CD4 y que constituyen el principal blanco del VIH. Se mide por mm³, siendo los valores normales mínimos de 500 cel/mm³.

Carga viral: Es el total de copias del VIH en sangre total; se mide por ml. Se establece como crítica una cifra superior a 15,000 copias/ml.

- a. Que los pacientes con VIH ingresen al TARGA cuando reúne los siguientes requisitos clínicos: tener una carga viral mayor a 55 mil copias, CD4 por debajo de 200, criterio del medico tratante.
- b. Que el ingreso al TARGA sea de manera voluntaria, previa firma de su consentimiento informado.
- c. Que reciban el paquete de atención integral (análisis clínicos, servicios de nutrición, servicio social y psicológico)
- d. Que se les establezca de cualquier patología de fondo o asociada antes de iniciar el TARGA.

- e. La sostenibilidad del tratamiento, es decir que al paciente con VIH no le falten medicamentos de acuerdo a los esquemas de tratamiento determinados por el tipo de paciente a fin que se consiga la adherencia al tratamiento.
- f. Que las personas con VIH reciban sus medicamentos antirretrovirales en forma gratuita.
- g. Que reciban educación e información en salud integral con respecto a su enfermedad y que ésta incluya a su familia.
- h. Que los exámenes de CD4 y Carga Viral (CD4 al inicio y cada 6 meses y carga viral al inicio y luego a los 3, 6 y 12 meses)
- i. El derecho a la confidencialidad de las personas con VIH (el diagnóstico de las personas con VIH debe ser manejado adecuadamente y con mucha privacidad por el personal de salud).
- j. Que se evalúe su solicitud de cambio de esquema si las evidencias clínicas lo ameritan (dosificación, laboratorio clínico, criterio clínico).
- k. El inicio del TARGA no será considerado *una emergencia*; es indispensable una exhaustiva evaluación y el manejo de infecciones oportunistas agudas y cánceres secundarios.
- l. Si se evidenciara que la paciente está embarazada y cumple los criterios de inicio del TARGA, el Comité de Expertos dará las recomendaciones acerca de los riesgos y beneficios de iniciar el TARGA, y será la paciente quién acepte su inclusión o no al TARGA. Si acepta, deberá firmar la hoja de consentimiento; caso contrario, la paciente, retornará a su Institución de origen para el cumplimiento de la Directiva Conjunta N° 002 – 98 – PMP – PROCETSS – Programa de Salud Materno Perinatal: “Disminución de la transmisión vertical del VIH y manejo de la gestante que vive con VIH”, y posteriormente al parto retornará a fin de ser reevaluada para el inicio del TARGA.

Esquemas TARGA

Se indicará en los pacientes que cumplan los criterios clínicos, inmunológicos y virológicos señalados anteriormente. Se han seleccionado los siguientes esquemas:

Condición previa al Tratamiento	Condición clínica	Recuento de CD4 y Carga viral	Esquema
Nunca Antes Tratado	GRUPO A Asintomático	CD4 mayor o igual 200 cel/mm ³ y CV mayor de 55,000 copias/ml, o ↓ CD4 mayor o igual 100cel/mm ³ por año.	Combinación mínima de tres medicamentos AZT + 3TC + NVP
	GRUPO B Asintomático o Sintomático	CD4 menor de 200 cel/mm ³ y/o CV mayor de 55,000 copias/ml	o AZT + 3TC + EFV (*)

Considerar “Nunca Antes Tratado” a todo paciente que jamás recibió antirretrovirales o que los recibió por un período no mayor de 30 días.

AZT= Zidovudina NVP= Nevirapina d4T= Stavudina
3TC= Lamivudina EFV= Efavirenz DDI = Didanosina

(*) En los casos de pacientes con anemia moderada o severa antes o durante el tratamiento se utilizará d4T ó DDI en lugar de AZT.

- Los pacientes que reciban TARGA deberán ser sometidos a una evaluación clínica, virológica e inmunológica en forma periódica; estos son parámetros imprescindibles para el monitoreo de la eficacia, adherencia y efectos adversos de la TARGA.
- Las evaluaciones clínicas por el médico especialista durante las primeras semanas es indispensable para lograr un adecuada *Adherencia* del paciente a la TARGA en vista de la presencia de efectos secundarios. La frecuencia de los controles médicos serán cada 15 días durante los primeros 2 meses, y luego mensualmente. Se consideran exámenes de laboratorio que miden eficacia como *específicos*:
 - a. carga viral y
 - b. recuento de linfocitos TCD4. Se consideran exámenes de laboratorio que detectan complicaciones como *generales*.
- Se tomarán exámenes de laboratorio específicos: carga viral al inicio y luego a los 3, 6 y 12 meses. T CD4 al inicio y cada 6 meses.
- La monitorización de la tolerancia y los efectos adversos de la TARGA deberán realizarse a la segunda y cuarta semana de iniciada la terapia antiretroviral con la finalidad de hacer los ajustes necesarios y posteriormente, a criterio del médico tratante.
- Se tomaran exámenes generales al inicio, cada 2 semanas durante los 2 primeros meses y luego cada 6 meses.
 1. El médico especialista deberá explicar a su paciente el riesgo de las complicaciones asociadas al TARGA, siendo imprescindible diagnosticarlas y manejarlas tempranamente.
 2. Las reacciones adversas a los medicamentos serán evaluadas y manejadas inicialmente por el establecimiento de origen; si persistien, serán referidas al Comité de Expertos, único nivel que determinará el cambio de tratamiento.

Adherencia a la TARGA

El objetivo del TARGA, es la supresión sostenida de la replicación del VIH. Cuando los antiretrovirales no alcanzan concentraciones terapéuticas adecuadas se produce el **fracaso terapéutico** y se desarrollan cepas resistentes. Es indispensable la **Adherencia** a la TARGA (*definida como el cumplimiento adecuado de la medicación antiretroviral, en un contexto social, afectivo-emocional y educativo, la que debe ser mayor al 95%*) con el objeto de alcanzar un máximo beneficio terapéutico. La entrega de los antiretrovirales estará bajo responsabilidad del personal de Prevención y Control de las ITS y VIH y sida.

- El paciente con VIH y sida y su familia deben ser educados acerca de los beneficios, frecuencia, dosis y efectos adversos del TARGA y deben estar plenamente convencidos de los beneficios de la misma.
- Los consejeros deben intervenir permanentemente en la educación del paciente y de la familia haciendo uso de material educativo con el objetivo de optimizar la *adherencia* a la TARGA.
- El equipo multidisciplinario debe ser capaz de detectar los factores que afecten la *adherencia* (consumo de drogas, alcohol, depresión, etc.); estos deben ser evaluados y estabilizados antes de iniciar y durante la TARGA a fin de tomar las decisiones convenientes.
- La entrega de los antiretrovirales se realizará periódicamente al paciente en los establecimientos señalados para tal fin. En casos especiales en que se detecte problemas de adherencia se podrá programar la entrega en intervalos cortos, pudiendo llegar a ser retirados del programa si el incumplimiento persistiera.

Interrupción Temporal de la TARGA:

1. El médico especialista podrá interrumpir temporalmente la TARGA si se presentaran:
 - Reacciones adversas severas.
 - Interacciones farmacológicas.
 - Primer trimestre del embarazo, si así lo decide la paciente de mutuo acuerdo con el médico especialista.
2. En todos los casos se recomienda la interrupción simultánea de todos los antiretrovirales.

Criterios de cambio de tratamiento

- El parámetro más importante para valorar la respuesta al tratamiento es el nivel plasmático de la carga viral (CV), que debe alcanzar niveles máximos de supresión viral (CV menor de 400 copias/ml).
- Determinan **Fracaso del esquema antiretroviral**, la presencia de incrementos significativos y confirmados de los niveles de viremia que no sean atribuibles a una infección intercurrente o vacunación, independiente de los cambios en los recuentos de linfocitos T CD4.

Terapia de Rescate

Indicado en los pacientes que cumplan los criterios de cambio de terapia. Estos esquemas especiales serán determinados por el Comité de Expertos en el manejo de SIDA del adulto.

La presente Norma Técnica debe ser cumplida en su integridad debido a que el mal uso de los medicamentos antiretrovirales incrementa la posibilidad de aparición de cepas virales resistentes a los tratamientos actualmente disponibles en nuestro país. La adquisición de los medicamentos antiretrovirales es responsabilidad del nivel central del MINSA acorde a las normas.

NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN PARA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

La transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre infectada al recién nacido puede ocurrir entre el 25 al 30% de casos y se presenta durante la gestación, el momento del parto y/o durante la lactancia materna.

Tratamiento antiretroviral Preventivo (Profiláctico): Incluye medicamentos antiretrovirales utilizados con el fin de disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH (de la madre al niño). Se ha comprobado que tiene un efecto de protección de 65%. De igual manera el uso de medicamentos antiretrovirales en el momento del parto en aquellas mujeres infectadas por el VIH que no recibieron antiretrovirales durante la gestación, tiene un efecto de protección de la transmisión vertical del 50%. La transmisión vertical del VIH por lactancia materna, de igual manera, ha sido comprobada por lo que la infección por el VIH es uno de los pocos motivos por el cual la lactancia materna debe ser suspendida

1. A toda gestante que acuda a un establecimiento de salud para su primer control prenatal deberá realizarsele consejería o información grupal especializada y solicitarse la prueba de ELISA o Prueba Rápida para VIH según corresponda.
2. A toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, en el inicio de trabajo de parto y que no tenga control prenatal o no se conozca su estado serológico VIH, deberá solicitarse obligatoriamente la Prueba Rápida de diagnóstico para VIH.
3. Toda gestante que cumpla con las condiciones que definen la infección por el VIH, deberá ser referida al servicio de atención de la gestante del Hospital Nacional, Regional o de Apoyo para su manejo especializado y multidisciplinario. En caso de que el diagnóstico se realice durante el inicio de trabajo de parto, la gestante debe ser evaluada por el profesional responsable de la atención (ginecoobstetra, médico general, obstetrix o profesional de la salud, considerando los niveles de atención) para que decida el manejo preventivo de la transmisión vertical del virus.

De la información grupal antes de la prueba, de la consejería pre, post-prueba y de soporte

1. La información básica puede ser provista en sesiones de grupo por el servidor de salud, debidamente entrenado en consejería VIH, cuando en el establecimiento la carga de pacientes no permita realizar la consejería individualizada a todas las pacientes sino a aquellas identificadas como de mayor vulnerabilidad. La información ofrecida tanto en las sesiones grupales como en la consejería antes de la prueba debe incluir los siguientes puntos:
 - Visión del VIH/SIDA
 - Vías de transmisión y prevención del VIH
 - Enfermedades de transmisión sexual y VIH
 - Transmisión vertical del VIH
 - Procesos de la prueba para VIH
 - Beneficios y riesgos de la prueba para VIH
 - Confidencialidad
 - Implicaciones de los resultados positivos y negativos de la prueba
 - Identificación de los servicios de apoyo a la persona viviendo con VIH
 - Salud sexual y reproductiva

2. La consejería post-prueba positiva debe ser realizada por personal de salud debidamente capacitado para este fin (consejería especializada en VIH) en forma individualizada. La información que debe contener es la siguiente:
 - Explicar las posibles consecuencias para su salud.
 - Explicar las formas de transmisión del VIH de madre-niño
 - Informar sobre las estrategias para disminuir la posibilidad de infección al niño: por ejemplo, la administración de terapia antiretroviral preventiva durante el embarazo, con lo que se logra disminuir significativamente el riesgo para el recién nacido de 30% al 8%; y que este tratamiento es administrado de forma gratuita por el Ministerio de Salud, así como de otras medidas preventivas. Como cesárea electiva, tratamiento profiláctico al bebé, suspensión de la lactancia materna.
 - Informar sobre el proceso de transmisión de anticuerpos maternos al recién nacido y la necesidad de esperar que el niño tenga 18 meses de nacido para saber su estado VIH.
 - Informar sobre servicios de salud y/o grupos de apoyo existentes.
 - Recomendar la participación de la pareja en este proceso de toma de decisiones y de espera.
 - Promover conductas de auto cuidado y de búsqueda de servicios de salud, importancia del control prenatal.
 - Importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de otras ITS.
 - Orientaciones para la culminación del parto.
3. La consejería posprueba rápida en el trabajo de parto se iniciará una vez conocido el resultado y se continuará en el puerperio inmediato.
4. La consejería de soporte se realizará durante el control prenatal y después del nacimiento del niño e incluirán los temas referentes a la adherencia a la profilaxis o tratamiento con antiretrovirales, educación en salud sexual y reproductiva que incluya planificación familiar y la importancia de la protección con el uso de preservativos.
5. Posterior a la consejería toda gestante que va a iniciar profilaxis con antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical firmará la hoja de consentimiento para el uso de este tratamiento.
6. El manejo antirretroviral será de acuerdo a la evaluación médica según escenario clínico.

MANEJO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN ESCENARIO CLÍNICO:

ESCENARIO 1: gestante diagnosticada por primera vez durante el primer control prenatal y que no cumple los criterios para inicio de targa.

- Se debe realizar un estudio de recuento de linfocitos CD4 y una Carga Viral en toda gestante diagnosticada a través del INS. Si no cumple criterios para inicio de TARGA o existe imposibilidad de tener los resultados o realizar los estudios de carga viral y CD4, iniciar tratamiento con zidovudina (AZT) 300 mg/día dos veces al día desde las 28 semanas de gestación hasta el momento del parto.
- La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) sólo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL. En esta situación, la gestante deberá recibir 300mg de zidovudina (AZT) 3 horas antes del inicio de la cirugía.
- De considerarse que el parto será realizado por vía vaginal, independientemente de la razón de esta decisión, la gestante deberá recibir 300 mg de zidovudina (AZT) cada 3 horas hasta que se produzca el nacimiento.

- La administración de zidovudina (AZT) en la madre se suspenderá después del parto
- El niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg/ de peso cada 6 horas por una semana. El tratamiento profiláctico con AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.
- En el caso que la madre hubiese recibido menos de 4 semanas de profilaxis con AZT en el momento del parto se considerará como insuficiente y el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

ESCENARIO 2: gestante diagnosticada por primera vez en control prenatal y cumple criterios de inicio de targa.

- Toda gestante con criterio de inicio de TARGA según la Norma Técnica 124-2004-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para el tratamiento antiretroviral de gran actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana” será informada de los beneficios y riesgos del TARGA durante la gestación y luego de firmar la hoja de consentimiento informado iniciará tratamiento. Iniciar tratamiento triple con:
 - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP) o
 - Stavudina (d4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)
 - Recibirá consejería post-prueba y consejería de soporte.
 - De ser posible la terapia antiretroviral debe iniciarse después del primer trimestre de gestación. Si la gravedad de la infección lo requiere, puede iniciarse el tratamiento en el primer trimestre previa evaluación de riesgos y beneficios.
 - La terapia continuará durante el intraparto y después del parto.
 - No debe utilizarse Efavirenz (EFV) durante el primer trimestre de gestación.
 - La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) sólo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL
 - Después del parto el niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg cada 6 horas por una semana. La administración de AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.
 - En el caso que el esquema de tratamiento antiretroviral recibido por la gestante sea Estavudina (d4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP) o algún otro esquema que no incluya AZT como parte del mismo, el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
 - Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

ESCENARIO 3: gestante que estuvo recibiendo targa antes del embarazo.

- Toda gestante que estuvo recibiendo TARGA durante la gestación no requerirá prueba de diagnóstico pero recibirá consejería de soporte.
- La gestante continuará con el tratamiento que ha estado recibiendo previamente con la excepción del efavirenz (EFV), medicamento que debe ser sustituido con nevirapina (NVP) o un inhibidor de la proteasa durante el primer trimestre de gestación.
- El TARGA continuará en el intraparto y después del parto
- La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) sólo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL
- Después del parto el niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg cada 6 horas por una semana. La administración de AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.

- En el caso que el esquema de tratamiento antiretroviral recibido por la gestante incluya AZT como parte del esquema de TARGA, el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

ESCENARIO 4: gestante que acude al servicio en el momento del parto y que es diagnosticada por primera vez.

- Toda gestante que es diagnosticada mediante Prueba Rápida en el inicio de trabajo del parto por no haber tenido control prenatal o por no conocer su estado serológico VIH, iniciará consejería posprueba inmediatamente después de conocido el resultado y se continuará en el puerperio inmediato.
- La gestante, luego de firmar la hoja de consentimiento informado, recibirá nevirapina (NVP) 200 mg vía oral en una sola dosis. La administración de nevirapina (NVP) en la madre no continuará posterior al parto
- El niño recibirá nevirapina (NVP) 2 mg/Kg en una sola dosis dentro de las 72 primeras horas de vida.
- En caso de ser inminente el parto (dilatación cervical mayor a 4 cm.) no debe administrarse nevirapina (NVP) en la gestante y se manejará al niño según el escenario 5
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

ESCENARIO 5: niño nacido de madre infectada por el VIH o con prueba de tamizaje para VIH reactiva que no recibió tratamiento antirretroviral.

- Al niño nacido de madre VIH positivo que no recibió tratamiento antiretroviral, se le administrará en forma inmediata después del nacimiento nevirapina (NVP) 2 mg/Kg en una dosis única y zidovudina (AZT) 2 mg/Kg cada 6 horas por seis (06) semanas
- Se tendrá como límite máximo de inicio de NVP y AZT a las 8 horas de vida. El tratamiento iniciado posterior a este tiempo no tiene efectos comprobados de prevención.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

De la forma de parto:

A pesar de la evidencia existente acerca de la disminución de riesgo de transmisión vertical mediante la culminación del embarazo por cesárea electiva, debe considerarse la carga viral obtenida en el último trimestre de gestación para decidir la forma de parto aconsejada:

CARGA VIRAL (*)	EDAD GESTACIONAL CALCULADA	RECOMENDACIONES
Mayor o igual 1,000 copias/ml	Mayor de 34 semanas de gestación	Cesárea electiva a partir de las 38 semanas
Menor de 1,000 copias/ml o indetectable	Mayor de 34 semanas de gestación	Parto vaginal

(*) Exámenes realizados en el último trimestre de gestación.

De no contar con una carga viral menor a 1000 copias/ml tomada en el último trimestre de la gestación, deberá considerarse la culminación del embarazo por cesárea electiva a partir de las 38 semanas de gestación, independiente del tratamiento antiretroviral que esté recibiendo la paciente.

Son condiciones para la intervención cesárea electiva como medida preventiva de la transmisión vertical del VIH que la gestante se encuentre con membranas amnióticas íntegras y que la dilatación cervical sea menor a 4 cm.

Del seguimiento de la mujer infectada por el VIH

- En toda gestante diagnosticada de infección por el VIH debe realizarse el descarte de tuberculosis activa según criterios del Programa de Control de Tuberculosis.
- De no considerarse la enfermedad activa se iniciará quimioprofilaxis por un año.
- De considerarse enfermedad activa recibirá tratamiento antituberculoso según normas establecidas.
- Debe ser evaluada por especialistas para el descarte de enfermedades oportunistas u otras infecciones de transmisión sexual. De ser diagnosticadas recibirá el tratamiento respectivo.
- Se solicitará carga viral y cuenta de células CD4, para establecer el inicio de quimioprofilaxis y criterios para inicio de TARGA de acuerdo a la Norma Técnica 124-2004-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para el tratamiento antiretroviral de gran actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana"
- Durante la gestación la mujer infectada por el VIH y que recibe tratamiento antiretroviral debe ser evaluada con exámenes de laboratorio.
- La atención integral de la gestante viviendo con VIH incluye:
 - Oftalmología: descarte de patología ocular que incluya fondo de ojo.
 - Neurología.
 - Salud mental.
 - Servicio social.
 - Nutrición.
 - Consejería de soporte y familiar con autorización de la gestante, que incluirá los aspectos de adherencia al tratamiento antiretroviral.
 - Consejería en salud sexual y reproductiva que incluya planificación familiar en el marco de derechos humanos
 - Odontoestomatología.
- El tratamiento antiretroviral para prevención de la transmisión vertical será entregado por el personal responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH y sida o por el encargado para dicha función por la Dirección del Establecimiento, para lo cual se llenarán los formatos respectivos
- La mujer que no recibe TARGA pero sí tratamiento antiretroviral para la prevención vertical durante la gestación o en el momento del parto, recibirá consejería especializada en el puerperio inmediato y será derivada al consultorio especializado en VIH o al hospital de referencia correspondiente donde continuará su seguimiento clínico, viral e inmunológico hasta establecer los criterios de inicio del TARGA.
- La mujer que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo o inició TARGA durante la gestación, continuará su seguimiento clínico, viral e inmunológico en el consultorio especializado en VIH o en el hospital de referencia correspondiente, una vez finalizada la gestación.

- El seguimiento de la madre infectada por VIH, debe ser obligatorio por lo cual cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la misma.

Del seguimiento del niño de madre infectada por el VIH

- El niño, hijo de madre infectada por el VIH, haya o no recibido profilaxis antiretroviral para la prevención de la transmisión vertical del virus, debe ser considerado como paciente de alto riesgo y por tal motivo debe ser evaluado por un médico pediatra con experiencia o capacitado en el manejo de niños infectados por el VIH o derivado al hospital de referencia correspondiente para su seguimiento especializado.
- Toda madre infectada por el VIH debe recibir consejería referente a la importancia del tipo de alimentación de su hijo. Esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo.
- Está prohibida la lactancia materna a todo hijo de madre infectada por el VIH, considerándose esta como único causal de impedimento de la lactancia natural.
 - Todo hijo de madre infectada por el VIH debe recibir fórmula láctea maternizada gratuita por **seis meses** según el siguiente cuadro de programación:
 - En los establecimientos de salud, la leche maternizada será entregada a la madre o tutor del niño en forma quincenal y se llenará la *Tarjeta de distribución de leche artificial a hijos de madre VIH positivo*. Esta actividad será realizada por el responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH y sida o por el encargado para dicha función por la Dirección del Establecimiento. La monitorización de esta actividad será de responsabilidad conjunta con el encargado del ciclo de vida del niño.
- El seguimiento clínico, viral e inmunológico se realizará de acuerdo a las normas dispuestas en la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 “Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana”
- La prueba de reacción de cadena polimerasa será realizada a los 6 meses de edad según la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 “Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana”. Su resultado positivo será considerado como diagnóstico de infección y se procederá a solicitar recuento de CD4 y Carga Viral para determinar si tiene o no criterios de inicio de TARGA .
- Todo niño VIH expuesto deberá ser evaluado los 18 meses de edad con la prueba de ELISA para establecer su condición de infectado o no infectado por el VIH. De ser reactivo el manejo se realizará de acuerdo a las normas dispuestas en la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 “Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños **infectados por el virus** de la inmunodeficiencia humana”
- El seguimiento de los hijos de madre infectada por VIH, debe ser obligatorio por lo cual cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la misma.

SISTEMA DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN LOS NIÑOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1. Todo niño hijo de madre infectada por el VIH debe ser evaluado y seguido en institutos especializados, hospitales regionales o de referencia, por un equipo multidisciplinario encabezado por un médico pediatra con experiencia o capacitado en el manejo de niños infectados .

2. Los niños seroreactivos pueden ser captados en los diferentes hospitales o centros de salud:
 - a. Como hijos de mujeres diagnosticadas de infección por el VIH que fueron captadas durante la gestación en el control prenatal o durante el trabajo de parto y que recibieron o no antirretrovirales como profiláctico.
 - b. Como niños diagnosticados como seroreactivos al VIH cuando consultan por otra causa diferente al ser portador del VIH.
3. Las mujeres infectadas por el VIH diagnosticadas durante la gestación deben culminar su embarazo en el hospital general, regional, de apoyo o instituto especializado, según norma nacional. En caso de haber sido captada en un centro de salud, debe de ser derivada a un hospital para su manejo.
4. El niño, producto de esta gestación, será controlado en el hospital de referencia para la zona donde nació, según protocolos de manejo del hijo de madre VIH (+) hasta el momento que se realicen los exámenes correspondientes para el diagnóstico de infección en el niño (ELISA o PCR), no siendo necesaria su referencia a otro centro de mayor complejidad a no ser que el hospital no cuente con personal adecuado para este tipo de manejo. El hospital de derivación será al que le corresponde según la red de salud a la que pertenece.
5. Los niños que fueron diagnosticados durante la consulta externa, habiendo acudido por otro motivo diferente al ser portador del VIH continuarán su control en el hospital de origen, o si el diagnóstico se realizó en un centro de salud se derivará al hospital de mayor complejidad que le corresponda, hasta que se obtenga el diagnóstico confirmatorio de infección por el VIH.
6. El seguimiento de los hijos de madres infectadas por el VIH debe realizarse según el protocolo para dicho fin establecido en el Manual de Manejo del Niño Infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Ministerio de Salud, 1999).
7. El diagnóstico de niño infectado por el VIH, para razones de tratamiento antiretroviral, se realizará mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a los 6 meses de edad, y/o la prueba de ELISA para VIH a los 18 meses, y/o cumplan con la definición clínica de sida.
8. Los criterios para inicio de terapia antiretroviral serán los siguientes:
 - a. Todo niño infectado con el VIH por vía perinatal, menor de 18 meses confirmado por PCR o carga viral con o sin clínica de inmunosupresión.
 - b. Todo niño mayor de 18 meses, infectado con el VIH por vía perinatal en las categorías 2 ó 3 de inmunosupresión.
 - c. Para niños asintomáticos infectados mayores de 18 meses con estado inmunológico normal y que presenten:
 - descenso rápido de linfocitos CD4 (con valores que se acercan a la categoría 2 de la clasificación CDC),
 - carga viral mayor de 100,000 copias/ml. en todas las edades y 10,000 a 20,000 copias/ml. en mayores de 30 meses.
9. Una vez que se realizan los exámenes para inicio de tratamiento antiretroviral (carga viral, CD4), la población beneficiaria se dividirá:
 - Niños con criterio para inicio de tratamiento.
 - Niños que no cumplen criterio para inicio de tratamiento.
10. Todos los niños, con o sin criterio para iniciar tratamiento antiretroviral, serán evaluados con una prueba de CD4 trimestral y otra de carga viral cada 6 meses. En los casos de quienes iniciaron tratamiento, esta evaluación se efectuará mientras reciban los esquemas correspondientes.
11. Para el inicio del tratamiento antiretroviral es requisito indispensable la **adherencia** al tratamiento para lo cual el médico pediatra utilizará la estrategia adecuada para este fin con el apoyo del equipo multidisciplinario del centro hospitalario, procediendo a:
 - Evaluar la aceptación del paciente y de la familia hacia la terapia de por vida.

- Coordinar la monitorización del cumplimiento adecuado del tratamiento el cual incluya seguimiento a domicilio semanal de ser posible.
 - Impulsar la consejería permanente para el paciente y la familia.
12. El tratamiento antiretroviral se entregará **sólo por vía oral**, lo que implica que el paciente debe reunir las condiciones clínicas para asegurar la tolerancia y el cumplimiento del tratamiento. De igual manera, al inicio de la terapia, debe solicitarse pruebas de laboratorio.
 13. Todo niño que cumple con los criterios de tratamiento antiretroviral, será reportado por el médico tratante a la jefatura correspondiente (Departamento o Servicio de Pediatría), una vez iniciado el tratamiento, señalando nombres, número de historia clínica y esquema utilizado. De igual manera, reportará periódicamente el número de niños en espera de tratamiento o de exámenes para descartar infección.
 14. Los criterios utilizables para el cambio de tratamiento (**esquema de rescate**) serán dependiendo si los/as niños/as responden o no a la medicación.
 15. Todo niño que cumple con los criterios para **cambio de tratamiento** antiretroviral será reportado por el médico tratante a la jefatura correspondiente (Departamento o Servicio de Pediatría) una vez realizado el cambio de tratamiento señalando nombres, historia clínica y esquema utilizado. Este informe seguirá el trámite administrativo descrito para inicio de tratamiento.
 16. Todo paciente debe tener una hoja de seguimiento donde se especifique criterios de diagnóstico para inicio de tratamiento en pacientes nuevos y de quienes requieren un tratamiento de rescate, incluyendo exámenes auxiliares y medicamentos empleados.
 17. Debe realizarse la monitorización de adherencia al tratamiento y llenar los formatos de reporte de caso de la Oficina General de Epidemiología.

NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS Y TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO A PERSONAS CON VIH y sida

Los síntomas respiratorios se presentan en un 70% de las personas infectadas por el VIH. Muchas veces corresponden a enfermedades indicadoras de estadio SIDA, como en el caso de la tuberculosis y neumonía y se asocian con una alta tasa de mortalidad.

La tuberculosis debe ser considerada como posibilidad diagnóstica en toda persona infectada con VIH que tiene tos.

La eficacia del tratamiento profiláctico a la persona con VIH y sida ha quedado claramente demostrada.

- **Quimioprofilaxis:** Es la administración de Isoniacida en riesgo de ser infectada o de enfermar de tuberculosis. Su objetivo es prevenir la enfermedad tuberculosa.
- **Pacientes NUEVOS:** Se trata de pacientes diagnosticados por primera vez y que nunca han recibido tratamiento antituberculoso y si lo recibieron fue por menos de treinta días consecutivos.
- **Pacientes pulmonares o extrapulmonares antes tratados:** Son los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y que han sido tratados por segunda o más veces, o pacientes que recibieron tratamiento por treinta o más días consecutivos y luego abandonaron.

De la atención de la persona con VIH y sida

1. El médico entrenado o capacitado será el responsable de realizar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, debiendo aplicar los criterios para determinar enfermedad tuberculosa en personas con VIH y sida
2. **Si la persona con VIH y sida es asintomática:** realizar 2 baciloscopías de esputo inducido, incluyendo cultivo para BK y radiografía de pulmones.
 - Si ambas baciloscopías son negativas y la radiografía de pulmones es normal, se iniciará quimioprofilaxis con Isoniacida.
 - Si ambas baciloscopías son negativas y la radiografía de pulmones es anormal, el médico tratante decidirá si se inicia la quimioprofilaxis o se hace el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en un período no mayor de 7 días.
 - Si el resultado de la baciloscopía es positivo (1 ó 2 muestras), pudiendo ser la radiografía de pulmones normal o anormal, se diagnosticará tuberculosis pulmonar frotis positivo y deberá recibir tratamiento bajo responsabilidad del Control de Tuberculosis del establecimiento de salud correspondiente.
3. Si la persona con VIH y sida es sintomático respiratorio: realizar 2 baciloscopías incluyendo cultivo para BK y radiografía de pulmones.
 - a. Si ambas baciloscopías son negativas y la radiografía de pulmones es normal, se iniciará quimioprofilaxis con Isoniacida.
 - b. Si ambas baciloscopías son negativas y la radiografía de pulmones es anormal, el médico tratante realizará diagnóstico diferencial y decidirá si se inicia quimioprofilaxis o se hace el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en un período no mayor de 7 días.
 - c. Si el resultado de la baciloscopía es positivo (1 ó 2 muestras) pudiendo ser la radiografía de pulmones normal o anormal, se diagnosticará tuberculosis pulmonar frotis positivo y deberá recibir tratamiento bajo la responsabilidad del Control de Tuberculosis del establecimiento de salud correspondiente.
4. Si la persona con VIH y sida tiene síntomas constitucionales (fiebre, escalofríos, baja de peso), o presencia de adenopatías, en especial cervicales o axilares, o sospecha

de tuberculosis de otra localización, y en ausencia de síntomas respiratorios (no sintomático respiratorio), se deberán seguir los siguientes pasos

- Realizar 2 baciloscopías en esputo inducido y cultivo para BK,
 - una radiografía de pulmones,
 - baciloscopías y cultivos de las siguientes muestras, según corresponda: orina, sangre, punción y aspiración de adenopatía, biopsia ganglionar (solicitar además estudio histopatológico), y otros fluidos corporales y/o tejidos de acuerdo al cuadro clínico.
5. Si ambas baciloscopías y la histopatología son negativas y la radiografía de pulmones es normal o anormal, el médico tratante realizará diagnóstico diferencial y decidirá si se inicia quimioprofilaxis o se hace el diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar en un período no mayor de 7 días.
 6. Si el paciente tiene baciloscopía positiva y/o histopatología positiva y radiografía normal o anormal, se diagnosticará tuberculosis pulmonar o extrapulmonar frotís positivo y deberá recibir tratamiento supervisado por el Responsable del Control de Tuberculosis del establecimiento de salud correspondiente.
 7. Las personas infectadas con VIH y sida que desarrollan tuberculosis deben recibir tratamiento de acuerdo a lo indicado por el Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud, durante 9 meses, debiendo ser la administración bajo observación directa.
 8. Si durante el seguimiento del paciente en quien se decidió el inicio de quimioprofilaxis con Isoniacida presenta un resultado de cultivo positivo en alguna de las muestras remitidas al laboratorio, se deberá suspender la quimioprofilaxis e iniciar tratamiento antituberculoso supervisado por el Responsable del Control de Tuberculosis, en el establecimiento de salud que le corresponda.
 9. Toda muestra enviada para investigación baciloscópica, deberá ser sometida a cultivo para investigación de *Mycobacterium tuberculosis*, y su respectiva tipificación. El cultivo es gratuito y se deberá realizar en el laboratorio intermedio correspondiente. La tipificación de las cepas estará a cargo del Laboratorio Referencial de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud.
 10. Tratamiento antituberculoso y quimioprofilaxis en la persona con VIH y sida.
 11. Las personas con VIH y sida, con tuberculosis antes tratados (recaídas, abandonos recuperados y fracasos a los esquemas uno o dos) se le administrará los esquemas establecidos en la "Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú" del año 2001.
 12. La persona con VIH y sida en tratamiento antituberculoso, debido a su condición, deberá continuar sus controles en la ESN de Control de las ETS y VIH y sida.
 13. En caso de descartar la presencia de tuberculosis, la persona con VIH y sida iniciará quimioprofilaxis y estará bajo la responsabilidad del CETSS.
 14. Deberá estimularse la descentralización de la atención de la persona con VIH y sida, en la red de servicios de salud (hospitales y centros de salud) para la administración de quimioprofilaxis, favoreciendo la accesibilidad y confidencialidad del paciente.
 15. Ningún servicio de salud deberá rechazar a una persona con VIH y sida para la administración de la quimioprofilaxis o tratamiento antituberculoso, debiendo brindarles un trato digno y respetando la confidencialidad.
 16. Se considerará abandono si la persona infectada con VIH y sida no recibe quimioprofilaxis por más de 30 días.
 17. La quimioprofilaxis así como el tratamiento antituberculoso son gratuitos.
 18. Toda persona con VIH y sida a la que se tenga que administrar quimioprofilaxis o tratamiento para tuberculosis deberá recibir consejería de soporte referente a:
 - El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
 - El beneficio del tratamiento profiláctico con Isoniacida (INH).
 - Los efectos adversos al tratamiento antituberculoso.
 - La importancia del cumplimiento del tratamiento antituberculoso suministrado.
 - La importancia del cumplimiento de los controles programados.

NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO CON COTRIMOXAZOL E INDICACIÓN DE RECUENTO DE LINFOCITOS CD4 EN PERSONAS INFECTADAS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

En los lineamientos de salud a nivel mundial reafirman que el recuento de linfocitos CD4 es prueba clave para definir el inicio de la profilaxis para la mayoría de las infecciones oportunistas. La profilaxis con Cotrimoxazol ha demostrado ser eficaz para prevenir las enfermedades por algunas infecciones bacterianas frecuentes en personas infectadas por el VIH y sida.

- **Profilaxis:** Es la administración de medicamentos a pacientes que nunca han tenido la enfermedad que se quiere prevenir, pero que se encuentran en riesgo de desarrollarla, así como a los que desarrollaron enfermedad que recibieron tratamiento curativo se les quiere evitar la recurrencia.
- **Infecciones oportunistas:** Las infecciones oportunistas engloban un conjunto de patologías que, como su nombre lo indica, aprovechan “oportunamente” la disminución de las defensas en los pacientes VIH positivos para introducirse en el organismo.
- **Recuento de linfocitos CD4:** Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen el marcador de superficie CD4 y que constituyen el principal blanco del VIH. Se mide por mm^3 , siendo los valores normales mínimos de $500\text{cel}/\text{mm}^3$.

De la atención

- Indicaciones para el examen de recuento de linfocitos CD4:
 - a. El Ministerio de Salud, a través del CETSS, ofrece de manera gratuita el análisis de recuento de linfocitos CD4 a todas las personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH que son evaluados en los establecimientos de salud.
 - b. El recuento de linfocitos sirve para el pronóstico y como guía para iniciar profilaxis contra las infecciones oportunistas y terapia antiretroviral, así como para el seguimiento.
 - c. El seguimiento de las personas con VIH y sida debe ser individualizado. La frecuencia de las visitas y los exámenes que se requieran dependerán de si la persona es asintomática o no.
 - d. El recuento de linfocitos CD4 se debe realizar como parte de la evaluación de laboratorio de todo paciente con infección por VIH.
- Indicaciones para la profilaxis con Cotrimoxazol:
 - a. La profilaxis con Cotrimoxazol para las personas con sida es **gratuita** y se administrará a través del CETSS.
 - b. Se administrará profilaxis con Cotrimoxazol a todo paciente que presente una de las siguientes condiciones:
 - Si tiene un examen de recuento de linfocitos CD4 menor de $200\text{ células}/\text{mm}^3$, o
 - Si cumple con los criterios de caso sida (Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el sida en el Perú, pág. 41 - 43).
 - Si no tiene recuento de linfocitos CD4, y presenta candidiasis oral y/o fiebre $>$ de 38.5 °C por más de 2 semanas sin causa conocida.
 - c. La profilaxis se realizará con 1 tableta de Cotrimoxazol (Trimetoprim + Sulfametoxazol) $160/800\text{ mg}$ **diaria de por vida**.
 - d. En caso de reacción alérgica al Cotrimoxazol, se considerará la desensibilización o se usará Dapsona 100mg vía oral diario.
 - e. El CETSS proveerá el Cotrimoxazol a los pacientes ambulatorios y hospitalizados previa notificación al CETSS por los servicios a cargo del paciente.
 - f. Deberá registrarse en la hoja de Monitorización Mensual de Atenciones del PROCETSS:
 - N° de atenciones a pacientes con VIH y sida.
 - N° de atenciones a pacientes con VIH y sida que reciben profilaxis con Cotrimoxazol.

SISTEMA DE MANEJO POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

Los trabajadores de salud están en riesgo potencial de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); a través de la exposición a sangre o fluidos corporales, siendo la exposición percutánea la más frecuente.

La magnitud de este problema viene incrementándose en vista del aumento de los pacientes VIH y sida en nuestros hospitales y la creciente cantidad de personal de salud que están expuestos y en riesgo de infectarse por el VIH.

- Caso fuente: se denomina caso fuente a la persona infectada o instrumento contaminado por el VIH a los que está expuesto el personal de salud.
- Profilaxis post-exposición al VIH: tratamiento específicamente con antiretrovirales para disminuir la transmisión del VIH por accidente laboral.

Del reporte registro y notificación

1. Todo personal de salud que tuviera un accidente post-exposición ocupacional al VIH deberá de informar a su jefe inmediato del hecho para ser derivado al responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH y sida y/o Comité de Infecciones intrahospitalarias para su notificación y manejo inmediato.
2. Se debe hacer el reporte obligatorio a través de los registros diseñados para tal fin, debiendo consignarse datos sobre la evaluación, consejería, tratamiento y seguimiento de los accidentes post-exposición ocupacional al VIH, los mismos que deberán ser anotados en una ficha específicamente diseñada.
3. Se deberá llenar la ficha de notificación y se consignarán los siguientes datos:
 - Fecha y hora de la exposición.
 - Fecha y hora de registro.
 - Detalles sobre el procedimiento realizado (como ocurrió la exposición, tipo de instrumento médico-quirúrgico usado, etc.).
 - Detalles de la exposición: tipo de fluido, material y severidad de la exposición; en exposición percutánea, la profundidad, si se inyectó material o si hubo exposición de membrana mucosa, el estimado del volumen y el tiempo que duró la exposición.
 - Detalles acerca de la fuente de exposición (si el material contenía VIH, el estadio clínico del paciente, historia de uso de antiretrovirales, recuento de linfocitos T CD4 y carga viral VIH).
 - Detalles acerca de la consejería, manejo de la post-exposición y seguimiento.
4. La ficha de notificación del caso será enviada a la Oficina de Epidemiología, acorde a la normatividad vigente de vigilancia epidemiológica. Asimismo, una copia será incluida en la historia clínica.

Procedimiento frente a una exposición ocupacional

- Todo trabajador de salud expuesto por accidente ocupacional a un caso fuente infectado con el VIH, deberá tener acceso de manera inmediata a la evaluación por un médico o equipo multidisciplinario capacitado para establecer el riesgo de exposición y la necesidad de profilaxis con antiretrovirales. Se debe garantizar la atención las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana.

- Si por alguna razón (accidente nocturno, días feriados y fines de semana) no se efectuó la evaluación del riesgo en las primeras horas posteriores al accidente, puede iniciarse la profilaxis, debiéndose efectuar dicha evaluación lo más pronto posible.
- Si se concluye la existencia de riesgo en el accidente ocupacional, el trabajador de salud recibirá profilaxis antirretroviral lo más pronto posible (en un lapso no mayor de 24 horas).
- La atención de los accidentes se realizará en los servicios de emergencia en coordinación con el responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y sida del respectivo hospital, debiendo existir en dichas emergencias fluxogramas de manejo de accidentes ocupacionales .
- Los servicios de emergencia que brinden atención de los accidentes laborales deberán garantizar la provisión de los antiretrovirales a ser administrados en las primeras 24 horas.
- El manejo y la monitorización del personal de salud expuesto, así como la evaluación del caso fuente, estará a cargo del responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y sida del establecimiento correspondiente.
- Durante todo el proceso de atención se deberá garantizar la confidencialidad necesaria.

Tratamiento del sitio de exposición

Cuando ocurre accidente percutáneo o de piel “no intacta” por exposición a sangre o fluidos corporales debe lavarse con agua y jabón sin restregar el sitio de exposición, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2-3 minutos.

Cuando ocurre la exposición de mucosas a sangre y fluidos corporales debe realizarse el lavado con abundante agua.

En el caso de contacto de sangre o fluidos en piel intacta debe lavarse con agua y jabón.

EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

- Debe evaluarse el riesgo de exposición en piel intacta, “no intacta” y mucosas:
 - a. Tipo de exposición:
 - Exposición de piel “no intacta” y mucosas.
 - Exposición percutánea.
 - Exposición a piel intacta.
 - b. Severidad de la exposición:
 - Menos severa:
 - Lesión por aguja sólida.
 - Raspón superficial.
 - Más severa:
 - Lesión profunda.
 - Aguja de grueso calibre.
 - Sangre visible en el instrumental médico quirúrgico (agujas, hojas de bisturí, etc.).
 - Aguja utilizada en la canalización de arteria o vena de paciente VIH y sida.
- La consejería, evaluación clínica y de laboratorio (ELISA VIH, hemograma completo, pruebas de función hepática y renal), del expuesto deberán realizarse lo más pronto posible.



- Verificar la situación clínica del caso fuente: información acerca del estadio clínico, antecedentes de recuento de linfocitos T CD4, carga viral si tuviera, y uso de antiretrovirales.

Si bien es cierto que este protocolo sólo abarca accidentes con fuentes que cuentan con diagnóstico definitivo para VIH, es importante determinar la existencia del VIH tanto en la fuente como en el trabajador de salud expuesto.

Seguimiento post- exposición

- El seguimiento post-exposición se realizará a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses; esto comprenderá la evaluación clínica y ELISA para VIH.
- Es necesario poner en conocimiento del paciente el riesgo de seroconversión y las implicancias de la no-adherencia a la profilaxis antiretroviral.
- Se explicará acerca de los efectos adversos de los antirretrovirales y se monitorizará la toxicidad del esquema de profilaxis antirretroviral mediante: hemograma completo, pruebas de función hepática y renal a las dos semanas y al final de la profilaxis.
- Los trabajadores de salud en tratamiento antiretroviral estarán bajo responsabilidad del médico especialista del hospital según corresponda.

Consejería inicial y de soporte

- Es importante la consejería inicial al paciente respecto de la exposición ocupacional y del riesgo de infección por el VIH. La consejería debe ser oportuna, solidaria, realista, pero no alarmista; debe de informarse los hechos y riesgos en forma simple y directa.
- Se debe recomendar la práctica del sexo seguro, evitar la lactancia materna y no donar sangre u órganos especialmente durante las primeras 6-12 semanas.
- El consejero reforzará lo relacionado al riesgo de seroconversión, adherencia, la eficacia y toxicidad de las drogas administradas en la profilaxis.

Esquemas de profilaxis antirretroviral

El trabajador de salud que sufra una exposición de piel "no intacta", mucosas y exposición percutánea A SANGRE Y FLUÍDOS ALTAMENTE CONTAMINANTES (líquido céfalo-raquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y cualquier fluido corporal con sangre visible), debe recibir profilaxis antiretroviral.

Se hará una evaluación individual en cada caso, para decidir el uso de profilaxis antiretroviral.

Situaciones especiales

En las gestantes se procederá según la presente directiva, siendo necesario que firme un consentimiento informado, con conocimiento de los riesgos y beneficios de la profilaxis antiretroviral. Por su riesgo de toxicidad no debe administrarse en la gestante nelfinavir ni D4T (stavudina).

No se recomienda antiretrovirales en pacientes con hepatopatías crónicas, insuficiencia renal crónica, en pacientes psiquiátricos, farmacodependientes y alcohólicos crónicos.

Responsabilidades

Las disposiciones contenidas en la presente Directiva son de aplicación obligatoria, bajo de todos los funcionarios, Directores Generales, Jefes, Coordinadores de Control de ETS y VIH y sida, médicos, personal asistencial y personal administrativo, que intervendrán en el proceso de atención. Asimismo son responsabilidades:

- Del Nivel Central
- Garantizarán la gratuidad de las pruebas de ELISA (basal, 6 semanas, 3 meses y 6 meses).
- Garantizarán y proveerán gratuitamente al personal de salud, los antirretrovirales incluidos en los esquemas de profilaxis post-exposición.
- De las Instituciones donde se produjo el accidente

Garantizarán y proveerán gratuitamente al personal de salud expuesto, los exámenes de laboratorio (post-exposición, a la segunda y cuarta semana): hemograma completo, pruebas de función hepática y renal. concluirá recapitulando las funciones de cada una de las instancias y sus posibilidades de actuación en casos concretos de vulneración de derechos.



[III SESIÓN]

Calidad de Atención

1. Presentación

Entendemos la calidad de atención como aquella que proporciona el máximo bienestar a quien demanda atención (Donabedian 1984). Para las PVVS la atención de salud debe ser de buena calidad, donde se de solución a sus necesidades, satisfacer sus expectativas, que está fuertemente condicionada por el contexto psico-social, económico y cultural de las mismas. Además de reconocer y promocionar los derechos humanos y el empoderamiento de las personas viviendo o afectadas por el VIH y sida, cuestión que supone esfuerzos que contribuyan a deconstruir las relaciones sociales jerárquicas en términos de edad, género, étnia, orientación sexual, etc.

2. Objetivo

Que los/as profesionales de salud reflexionen sobre el enfoque de calidad de atención.



3. Conceptos

CALIDAD DE ATENCIÓN

Para Eduard Deming, calidad es **atender las expectativas** de los clientes.

Para Feigenbaun calidad es **gerenciar** una empresa. Es decir, la buena gestión de una empresa busca **satisfacer las necesidades de los clientes**.

La calidad es un atributo o característica de la atención en salud que **satisface un conjunto de necesidades- explícitas e implícitas-** que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud.

Elementos de la Calidad: La calidad de los servicios de salud podría ser mejorada con los recursos disponibles si considera estos elementos:

- **Integralidad e interdisciplinabilidad:** se requiere asumir a la persona como un ser integral con características bio-psico-sociales.
- **Aceptabilidad:** Se refiere a la imagen que las personas se forman sobre los servicios, basado en las percepciones y/o experiencias, positivas o negativas, de ellos/as o de otras personas de su entorno como usuarios.

- **Confidencialidad y privacidad:** Se refiere al manejo ético y responsable de la información que brinde la persona a los integrantes del equipo de salud.
- **Elección libre e informada:** Es el reconocimiento del derecho de quien asiste a la consulta a ser informado. Se debe ofrecer una amplia gama de posibilidades de elección para el abordaje de sus dudas o problemáticas, de manera que estén en condiciones de determinar libremente lo más adecuado para su vida, según sus preferencias personales y según su historia de vida. El personal de salud debe facilitar la toma de decisiones, ofreciendo información completa e imparcial que permita tomar decisiones adecuadas en todo aquello que concierne a su salud integral.
- **Información ofrecida:** se requiere establecer relaciones de comunicación: es decir, un intercambio de información efectivo entre el profesional de salud y la persona o cliente. Este debería darse en un contexto de igualdad de poderes, ya que se debe brindar información veraz, detallada, actualizada y en un lenguaje comprensible de aquello que el o la adolescente se encuentre solicitando.
- **Insumos esenciales y Equipamiento:** Este elemento comprende la infraestructura general del establecimiento(agua, desagüe, iluminación, eliminación de basura), las instalaciones (sala de espera, consultorios).
- **Constelación de los servicios:** Supone fomentar la relación de redes entre los servicios del estado y la sociedad civil.
- **Seguimiento:** Implica contar, en un nivel local, con una red de derivaciones cercanas.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Las dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.

Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.

1. Competencia profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.

- Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente.
- La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

- La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia.

2. Acceso a los servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística.

- El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención.
- El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.
- El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.
- El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes. Las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos.

3. Eficacia

La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica.

La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuándo el tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados deseados? y ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?

4. Satisfacción del cliente

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante.

Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Por ejemplo, si no se trata bien al paciente, es probable

que éste no atienda las recomendaciones formuladas por el miembro del grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incómodo por la forma en que fuera tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

5. Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla.

6. Continuidad

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

7. Seguridad

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Por ejemplo, la seguridad es un aspecto importante de la calidad con respecto a las transfusiones de sangre, particularmente desde el advenimiento del sida. Los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan sangre y jeringas también deben protegerse fijando y utilizando procedimientos seguros.

8. Ambientación

La ambientación se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención

médica en el futuro. La ambientación a menudo se relaciona con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad. Por ejemplo, una sala de espera que es confortable tiene asientos cómodos y una decoración agradable; baños limpios y de fácil acceso y salas de consulta que proporcionan privacidad. Todos estos representan algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes. Otras comodidades pueden incluir las características que tornan la espera más placentera, como por ejemplo videos educativos y materiales de lectura.

4. Esquema de actividades

ACTIVIDADES

- PROYECTANDO NUESTRA VIDA
- FACTORES QUE DIFICULTAN LA CALIDAD DE ATENCIÓN
- FACTORES QUE PROMUEVEN LA CALIDAD DE ATENCIÓN
- EMPATÍA FRENTE AL VIH y sida

5. Ideas Clave

FACTORES QUE DIFICULTAN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Estructura jerárquica, lo que pocas acciones pueden desarrollarse al margen de lo establecido por las instancias superiores, la creatividad suele encontrarse limitada.
- Las metas numéricas en el enfoque de calidad, deben ser vistas como un punto de referencia sobre la productividad esperada y como un instrumento de planificación más que como un criterio para evaluar a las personas o servicios.

VENTAJAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Al trabajar con calidad se responde a las necesidades de los/as usuarios/as de la mejor manera y al menor costo.
- Al trabajar con calidad no se desperdicia recursos.
- Al trabajar con calidad se atraerán a más usuarios/as nuevos/as y se alcanza mayor continuidad en el uso de los servicios, aun en el caso que al comienzo la productividad disminuya se debe ver como inversión en el mediano plazo.

ACTIVIDAD N°1

Proyectando Nuestra Vida



OBJETIVO:

- Conocer el enfoque de calidad de atención desde la perspectiva de los/as profesionales de salud.

TIEMPO: 20 minutos

MATERIALES:
Papelgrafo, plumón

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

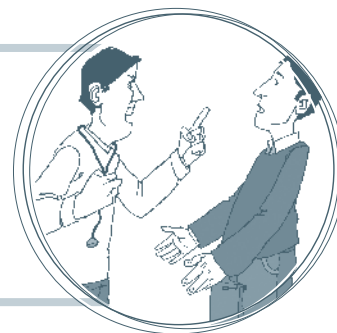
- En plenaria, el/la facilitador/a deberá motivar a través de la técnica lluvia de ideas la discusión sobre el concepto de calidad preguntado a los/as participantes, por ejemplo, ¿qué requisitos exigen para que una atención sea de buena calidad? En un banco, restaurante y en una consulta al dentista.
- El/la facilitador/a irá registrando las respuestas en un papelote.

Restaurante	En un banco	Consulta al dentista
Ordenado y acogedor	Buena presentación	Acogedor
Rápido	Rápido	Sin espera
Limpio	Local adecuado	Respeto de horario
Satisfacción de necesidades	Orientación	Higiénico
Comida fresca	Amabilidad	Trato agradable
Comida bien preparada	Respeto al cliente	Protección
Comida bien presentada	Atención igualitaria	Económico

- A continuación el/la facilitador/a llamara la atención a los/as participantes sobre la similitud de los requisitos o elementos de calidad que exigimos en los tres lugares y la importancia que se le asigna a los aspectos subjetivos.
- Para finalizar el/la facilitador/a establecerá la relación entre las ideas señaladas por los/as participantes con los elementos de calidad y principios de atención en salud que se verán a continuación.

ACTIVIDAD N°2

*Factores que Dificultan
la Calidad de Atención*



OBJETIVO:

- Que los/as proveedores/as de salud analicen el impacto del establecimiento de metas de productividad durante la atención en los servicios de salud.

TIEMPO: 50 minutos

MATERIALES:

Hojas bond, "guía del/a observador/a"

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a explicará a los/as participantes que se va a realizar un concurso que constará de dos momentos. En el primero se evaluará la calidad por resultados, y en el segundo, la calidad de los procesos.
- El/la facilitador/a pide la participación de cuatro personas que no formarán parte de los grupos de trabajo. Su misión será observar el desempeño de éstos/as. A cada observador/a se le entrega una "guía del/a observador/a".
- El/la facilitador/a formará los grupos con el mismo número de personas (requisito imprescindible del trabajo).
- En el primer momento donde se evaluará la calidad por resultados, el/la facilitador/a delante de todos/as los/as participantes enseñará a confeccionar un barco de papel. Se debe de hacer de la mejor manera posible; es decir, cuadrando bien los ángulos, alisando bien el papel, etc.
- A continuación se entregará hojas de papel exactas a cada uno de los grupos y les pedirá que hagan 20 barcos en tres minutos. Indicará que el grupo que haga más barcos será premiado. Se debe alentar la competencia entre los grupos.
- Pasados los tres minutos, se recoge lo trabajado y –en el papelógrafo- se anota para cada grupo un punto por cada barco hecho. Se pide que devuelvan las hojas restantes, y se toma nota de los papeles desperdiciados (malogrados, rotos o perdidos), los que en total deben sumar 30 (barcos confeccionados + papeles devueltos).
- Una vez contabilizada la producción de barcos confeccionados de cada uno de los grupos, se determina la puntuación que hayan alcanzado, dándose un aplauso al grupo ganador.
- Para trabajar el segundo momento que es la calidad de los procesos se entrega 50 hojas a cada uno de los grupos y se les pide que en esta oportunidad hagan 40 barcos en cinco minutos. Los resultados se anotarán de la misma manera que en la dinámica anterior: barcos producidos y papeles desperdiciados.
- Se trata de analizar la calidad de los barcos confeccionados. Para ello se contabiliza el número de papeles desperdiciados restándolo del puntaje final que obtuvo cada uno de los grupos.
- Así mismo, el/la facilitador/a y los/as participantes que estaban de observadores/as revisan los barcos, separan aquellos de mala calidad (que tengan dobleces no marcados, bordes no emparejados, etc) y proceden a quitar dos puntos por cada barco que no esté bien confeccionado. Se compara el resultado de este puntaje con el del primer bloque.
- En la plenaria, el/la facilitador/a pide a los/as observadores/as que expongan sus comentarios de acuerdo a la guía que se les proporcionó para tal función y realizan un comentario sobre los procesos de calidad observados y se sintetizan los puntos de vista planteados complementándolos con las ideas claves siguientes.

[HOJA DE TRABAJO]

Mientras el grupo va realizando la tarea (la confección de barcos de papel), usted debe observar, en el grupo que le ha sido asignado, los siguientes puntos:

NIVEL DE TRABAJO:

¿Hay trabajo en equipo?, ¿Hay algún/a líder/eza que espontáneamente los organizó?

¿COMO AFECTA LA COMPETENCIA DEL GRUPO?

¿El grupo pierde tiempo por preocuparse en ver como desarrollan la consigna los otros grupos? ¿Alguno de su grupo de observación se dedica a hacer "perder el tiempo" a los/as miembros/as de los otros grupos?

¿CÓMO AFECTA AL GRUPO LA PRESIÓN DE LA META?

¿Se presentan tensiones alrededor del grupo por tratar de cumplir la consigna? ¿Aparecen nuevos/as líderes/ezas alrededor de estas tensiones?

LA CALIDAD DEL PRODUCTO

¿El producto (en este caso los barcos de papel) es de buena calidad?



ACTIVIDAD N°3

*Factores que Promueven
la Calidad de Atención*



OBJETIVO:

- Que los/as participantes reflexionen sobre el estigma y la vulneración de los derechos y esto como influencia en la calidad de atención.

TIEMPO: 40 minutos

MATERIALES:

Hojas bond

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a pedirá a los/as proveedores/as que escriban en forma personal: "Yo como usuario/a me gustaría que me atiendan de la siguiente manera..." .Se les pide que hagan el esfuerzo de ponerse "en los zapatos" de los/as usuarios/as que asisten a los servicios.
 1. Posteriormente enunciará a los/as participantes que tienen la libertad para movilizarse y estar activos pero respetando a sus compañeros/as durante la sesión.
 2. El/la facilitador/a explicará que tiene pegatinas en tres colores. Cada color tiene un mensaje:
Verde: Muy bien visto/a, cada uno/a deseará acercarse a un/a verde
Amarillo: Neutral, no tienen inconveniente con el amarillo
Rojo: Muy antipático, evita el contacto con el rojo!
 3. Se solicita que formen un círculo y cierren sus ojos y el/la facilitador/a les colocará a cada participante una pegatina de color diferente sobre la frente. Los/as participantes no podrán decirle a otro/a el color de pegatina que tienen.
 4. Los/as participantes se levantarán y caminarán por la sala reaccionando a las indicaciones que representan cada pegatina en frente de las personas participantes y reaccionando de manera no verbal para lo cual cuentan aproximadamente con 5 minutos para interactuar.
 5. Al finalizar la dinámica se les preguntará,
 - Cómo se sintieron.
 - Si todos/as saben que color de pegatina llevan en la frente, o a que grupo de color pertenecen.
 - De manera voluntaria se solicitará que algunas personas expresen que sucedió.
 - Se solicita la intervención de manera especial a las personas que tienen la pegatina roja que expresen que sintieron y qué sucedía cuando trataban de acercarse a otra persona con diferente color o de su mismo color.
 - A través de este ejercicio podemos reflexionar sobre el significado de estigma y discriminación
 - Si alguien a experimentado en su vida estigma, discriminación o exclusión de cualquier manera.
- Para finalizar el facilitador/a motivará la reflexión y el intercambio de opiniones acerca de la siguiente pregunta: ¿Qué podemos hacer para cambiar esta situación?
- Y reforzará la importancia del ejercicio de los derechos.

ACTIVIDAD N°4*Empatía frente al VIH y sida***OBJETIVOS:**

- Demostrar cómo los temores y preocupaciones sobre el VIH y el sida pueden afectar la calidad de atención a los/as usuarios/as.
- Que los/as participantes exploren sus sentimientos y actitudes acerca de cómo el VIH y el SIDA los han afectado personal y profesionalmente.
- Crear empatía entre los/as participantes hacia las PVVS.

TIEMPO: 45 minutos**MATERIALES:**

Hojas de trabajo, plumones, maskin
tape

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a explicará a los/as participantes que les distribuirá una hoja con algunos enunciados y que se reflexionará de manera individual sobre ellos. Se les brindará unos 20 minutos.
- Se solicitará que de manera voluntaria compartan sus reflexiones, porque el tema del VIH y el sida está cargado de emociones, generalmente relacionadas con el miedo, el estigma y los prejuicios.
- El/la facilitador/a enfatizará que los mitos, malos entendidos y maltrato hacia los/as usuarios/as puede ser el resultado de un sentimiento de pánico asociado al VIH y el sida. Además, hablar a usuarios/as acerca de una enfermedad que amenaza la vida puede ser estresante y abrumar al personal de salud.
- Así mismo los temores y preocupaciones respecto al VIH y al sida en el trabajo pueden incrementar el nivel de estrés del personal de salud, disminuir su satisfacción con el trabajo y afectar negativamente la calidad de los servicios, si es que no se abordan adecuadamente.
- Como trabajador/as de la salud, es importante que estén conscientes de sus sentimientos, pensamientos y actitudes sobre el VIH y el sida. Si no enfrentan sus reacciones y emociones personales, es posible que sin que se lo propongan traten de manera diferente de la forma en que normalmente tratan a otros/as usuarios/as, a los/as usuarios/as VIH positivos o a aquellos/as que se sospechan que están infectados/as o en riesgo de infección, y así disminuir la calidad de la atención que ofrecen.
- Finalmente se reflexionará que el deber profesional es asegurar que sus sentimientos personales, pensamientos y actitudes no interfieran en el desempeño de su trabajo. Si esto sucede, es también su responsabilidad determinar qué acciones deben tomarse para asegurar el derecho de los/as usuarios/as a una atención de calidad que no se vea comprometido (por ejemplo, conversar con un/a supervisor/a sobre estos sentimientos, pensamientos y actitudes inapropiados; referir a las y los usuarios/as a otros/as profesionales de la salud si los temas personales interfieren en la calidad de atención, etc.).

[HOJA DE TRABAJO]

- ¿Cuándo fue la primera vez que usted escuchó hablar sobre el VIH y el sida?
- ¿Cuál fue su reacción y cómo se sintió al respecto?
- ¿Si usted estuviera infectado/a con el VIH, le gustaría saberlo?
- ¿Qué le motivaría a querer conocer su diagnóstico de VIH?
- ¿Cómo se sentiría si alguien le realizara una prueba del VIH sin su conocimiento o sin su permiso?
- ¿Si le dijeran que tiene VIH, de qué manera cambiaría su vida?
- ¿Si le dijeran que tiene VIH, con quién desearía compartir esta información? ¿De qué forma compartiría esta información con ellos/ellas?
- ¿Si le dijeran que tiene VIH, con quiénes no compartiría esta información? ¿Cómo haría para mantener esta información en secreto?
- ¿Cómo se sentiría si otras personas divulgaran la información sobre su infección de VIH, sin su conocimiento o permiso?
- ¿Qué pasaría con su trabajo si su jefe o sus colegas supieran sobre su infección?
- ¿Si viviera con VIH, cómo le gustaría que le traten los/as demás?
- ¿Si tuviera VIH, como le gustaría que lo trataran en los servicios de salud?
- Si usted trabajara directamente con usuarios/as que vivan con VIH. ¿Cómo se sentiría brindar servicios de salud a esa persona?
- ¿Usted piensa que los/as usuarios/as VIH positivos deben ser tratados/as de forma diferente a otros/as usuarios/as que no están infectados/as? ¿Por qué sí, o por qué no?
- ¿Cuáles son sus temores respecto a brindar servicios de salud a usuarios/as que están o pueden estar infectados/as con VIH?



[IV SESIÓN]

La Comunicación y Resolución de Conflictos

1. Presentación

Las relaciones interpersonales satisfactorias y sin conflictos se basan en la comunicación clara y directa, pero pueden surgir problemas cuando la comunicación es confusa o agresiva.

Entre las personas, por su naturaleza social, el proceso de comunicación está presente constantemente, tanto de manera consciente como involuntaria. Así, toda situación de interacción entre dos o más personas implica un proceso de comunicación. Aún cuando no haya expresión verbal, los gestos, actitudes, expresiones, movimientos y, hasta silencios, están comunicando algo, ya que todo comportamiento transmite algún mensaje a los/las demás provocando un sin número de respuestas muy variadas.

La comunicación es el medio más utilizado para las personas viviendo con VIH y sida ya que les permite intercambiar y expresar sus opiniones sobre la enfermedad y es muy bueno para ellos/as ser escuchados/as y transmitir sus pensamientos y sentimientos.

2. Objetivo

Que los/as participantes reflexionen sobre la comunicación asertiva en las personas.



3. Conceptos

En forma general, la comunicación puede ser de dos formas. Verbal y no Verbal y en la medida en que se complemente entre sí, lo que se intenta transmitir será comprendida en forma clara por las otras personas. En el plano de la sexualidad, la comunicación no verbal es frecuente, por lo tanto, el ser consiente en la forma que una trasmite algo a través de gestos, expresiones y posiciones del cuerpo y tratando que estos refuercen las palabras, incrementará el éxito en lograr comunicar lo que se desea comunicar.

EXISTEN TRES TIPOS DE COMUNICACIÓN:

La Comunicación Pasiva: no permite decir lo que se siente o piensa; no se defienden nuestros derechos y dejamos que las otras personas hagan lo que ellos/as desean.





Comunicación Agresiva: No permite decir en forma adecuada lo que pensamos y sentimos, y muchas veces actuamos de manera hostil, imponiendo nuestro punto de vista sin respetar los derechos de los/as demás.



Comunicación Asertiva: Implica la habilidad de saber decir no y si de acuerdo a lo que realmente se siente y piensa, expresar dudas, temores y opiniones, aunque los/as demás no estén de acuerdo.

4. Esquema de actividades

ACTIVIDADES

- ¿CÓMO COMUNICARME?
- RESOLVIENDO CONFLICTOS

5. Ideas Clave

TIPOS DE COMUNICACIÓN:

Las personas pasivas son...

- Aquellas que son incapaces o tienen mucha dificultad para expresar sus sentimientos, pensamientos, sus opiniones.
- Son incapaces de decir "no".
- No defienden sus derechos e intereses personales.
- Respetan a los/as demás pero no a si mismos/as.

En la comunicación pasiva...

- Se evita la mirada del que te está hablando.
- Apenas se le oye cuando habla.
- Su postura corporal es tensa, su cara tensa y sus dientes apretados.
- Nervios, movimientos inapropiados o tics.
- Tartamudea, habla poco fluida.
- Muestra inseguridad para saber qué hacer o qué decir.

Las personas agresivas son...

- Defienden en exceso sus derechos e intereses personales sin tener en cuenta los de los/as demás.
- Muchas veces ofenden, insultan, humillan, amenazan.
- Son muy hostiles.

En la comunicación agresiva...

- Se emplean gestos amenazantes: mirada desafiante.
- El lenguaje es con un doble sentido que ofende.
- Desprecio por lo que los/as demás opinen.
- Tono de voz elevado.
- Habla tajante.
- Tendencia al contraataque.
- La cara y las manos tensas que invaden el espacio del otro.

Las personas asertivas son...

- Expresan directamente lo que sienten, sus necesidades, sus derechos y sus opiniones, respetando los derechos de los/las demás.
- No piensan en ganar sino en llegar a un acuerdo.

En la comunicación asertiva...

- Se expresan libremente sus sentimientos tanto positivos como negativos.
- La cara es tranquila, el cuerpo relajado y la voz es firme.
- Se mira de frente a los ojos pero no de manera desafiante.
- Se defiende sin agredir a los/as demás.
- Posee la capacidad de hablar de sus propios gustos e intereses.
- Puede pedir aclaraciones.
- Puede decir "no" sin sentirse culpable de ello.

ASERTIVIDAD ES...

Es defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara, y en un momento oportuno, respetando a los/as demás.

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, CLARA Y DIRECTA TIENE MUCHAS VENTAJAS:

- Incrementa la confianza en sí mismo/a y la autoestima.
- Favorece la obtención del aprecio y respeto de los/as demás.
- Proporciona bienestar emocional, ya que la gente que se expresa abiertamente siente alivio y disminución de la tensión interna.
- Permite la satisfacción de las necesidades y deseos.
- Favorece el establecimiento de relaciones interpersonales constructivas y maduras basadas en una comunicación recíproca.

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EXIGE DE CADA PERSONA:

- Reconocer, aceptar y entender en forma clara los propios sentimientos, pensamientos y deseos.
- Controlar las propias emociones y/o sentimientos, de tal manera que el temor, la ansiedad o la cólera no impidan expresar lo que realmente se quiere decir.
- Expresar los sentimientos, pensamientos y deseos en forma directa, honesta y en el momento y situación oportunos. Esto significa que no sólo es importante la forma en que se exprese algo, sino también el momento y el lugar. Para evitar las ambigüedades es necesario ser directo y asumir la responsabilidad de lo que se dice, para lo cual es muy útil acostumbrarse a iniciar la comunicación con palabras como: Yo quiero, Yo pienso, Yo opino.
- Confirmar lo que se ha escuchado para evitar interpretaciones y malos entendidos. Es importante hacer preguntas como: ¿Estás diciendo qué?, Por lo que me dices entiendo qué..., O si no he comprendido: No entendí, ¿me lo podrías volver a explicar?

ACTIVIDAD N°1*¿Cómo comunicarme?***OBJETIVO:**

- Que los/as participantes reflexionen sobre la comunicación para intercambiar opiniones con las PVVS.

TIEMPO: 30 minutos**MATERIALES:**

Hoja de trabajo, papelotes, plumones

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- Se comenzará la sesión reforzando la importancia de la empatía con la PVVS en el proceso de su enfermedad y fortalecer los lazos de comunicación existentes.
- Para ello se explicará los tipos de comunicación existentes, promoviendo que la forma más adecuada de comunicarse es la asertiva.
- Se separarán a los/as participantes en 4 grupos y se les dará ejemplos, utilizando los tres tipos de comunicación; luego se les dará un tiempo para que los/as participantes reflexionen acerca de cuál fue el tipo de comunicación más indicada.
- A continuación el/la facilitador(a) preguntará a los/as participantes cuál es la forma de comunicarse que más a menudo utilizan, haciendo una lluvia de ideas.
- Esta lluvia de ideas los llevará a darse cuenta de lo negativo de algunos tipos de comunicación y lo positivo de otros.
- A continuación se les preguntará, si están dispuestos/as a hacer algo para que lo negativo cambie, para esto se les entregará un papel para que escriban cómo lo harán comprometiéndose a cumplir con lo pactado.

[HOJA DE TRABAJO]

CASO

Maria tiene 28 años y es una comerciante a la que le va muy bien en sus negocios, por lo cual puede mantener a toda su familia, pero hace un tiempo viene saliendo con un joven menor que ella, que lastimosamente le ha transmitido el VIH. Ahora Maria le ha contado a la profesional de salud que es portadora y que se le va hacer un poco difícil trabajar y el/la profesional le responde:

- A:** Muy enfadado/a le grita que es una mala mujer y que no sabia protegerse con tanta información que hay.
- B:** No se sorprende; conversa con ella; le pregunta que va hacer a partir de ahora. La escucha; llegan a un acuerdo y empiezan a trabajar juntos/as.



GUÍA PARA COMPROMISO

- ¿Cómo es el tipo de comunicación que tienes con la PVVS?
- ¿Por qué?
- ¿Cómo crees que se siente él con esto?
- ¿Cómo le gustaría a él que sea su relación?
- ¿Que puedes poner de tu parte para que lo sea?
- ¿Te comprometerías a poner de tu parte?

Firmante

ACTIVIDAD N°2*Resolviendo conflictos asertivamente***OBJETIVOS:**

- Que las personas aprendan una forma adecuada de resolver conflictos y la pongan en práctica.

TIEMPO: 60 minutos**MATERIALES:**

Papelógrafo, maskin tape, plumones, hoja de recursos para el/la facilitador/a.

GUÍA DEL/A FACILITADOR/A:

- El/la facilitador/a comentará que a menudo nos enfrentamos a situaciones donde pueden ocurrir conflictos o situaciones problemas de desacuerdos o diferencias, donde una o varias personas no piensan de la misma manera y se comunican agresivamente. Una persona tiene que contar con esas habilidades y aprender una forma adecuada de resolver los conflictos que pueden aparecer en su organización, y el día de hoy lo vamos a aprender.
- El/la facilitador/a agrupa en parejas a los/as participantes y les dice que piensen en una situación que puedan comentar en la cual han tenido un conflicto y no han sabido resolverlo.
- Luego que ambos/as se comentan la situación de conflicto la ejemplificarán uno/a poniéndose en la situación del otro/a tratando de resolverla de la forma que crean más conveniente.
- El/la facilitador/a explica el nuevo modelo que podemos utilizar y que es muy útil. De lo que se trata es de intentar resolver el conflicto enmarcándolo en 4 formas de explicarlo siempre tomando en cuenta que para en este momento debemos ser asertivos/as. Es por ello que tenemos que hablar en primera persona e ir tratando el problema. En este momento utilizar la hoja de recursos para el/la facilitador/a y colocar en un papelógrafo las 4 formas.
- Luego de ello, cada pareja tendrá que poner en práctica lo enseñado; es decir, la persona del conflicto hablará según las 4 formas y la otra persona en silencio esperará a que el/la termine. Podrá contestarle si es que le parece correcto o equivocado en cuanto a la primera (lo que yo veo) y a la última frase (lo que yo quiero) pues sobre lo que pensamos y piensan las otras personas no necesariamente se puede concensuar y sobre los que sentimos tampoco porque es válido que cada uno/a sienta de forma diferente.
- Luego de ello se comentan los cambios que se dieron para resolver el conflicto de forma asertiva y si es que se pudo solucionar el conflicto.
- El/la facilitador/a cerrará la sesión haciendo énfasis en las diferencias que ha habido al tratar de solucionar los conflictos de forma asertiva buscando acuerdos. Este es un proceso el cual poco a poco iremos aprendiendo. De lo que se trata es de ser honestos, fomentar la confianza en los/as demás y respetándolos/as.
- De igual forma se comentará que muchas veces existen varios conflictos. En ese momento lo que tenemos que hacer es priorizarlos e ir solucionando asertivamente cada uno.

[HOJA DE TRABAJO PARA EL/LA FACILITADOR/A]

LO QUE YO VEO...

Aquí solo se expresa el comportamiento o la conducta que vemos en la otra persona.

Por ejemplo: Lo que yo veo es que cuando yo doy mi opinión tu te ríes de mi.

LO QUE YO PIENSO...

Se dice lo que estoy pensando o imaginando al ver el comportamiento de esa persona y se hace notar que puedo estar equivocado/a.

Por ejemplo: Lo que yo pienso es que te burlas de mi.

LO QUE YO SIENTO...

En este momento se dice lo que estoy sintiendo con respecto a lo que he visto y he pensado.

Por ejemplo: Lo que yo estoy sintiendo es cólera porque no te he hecho nada para que te burles de mi.

LO QUE YO QUIERO...

Aquí se tiene que decir nuestra propuesta para solucionar la situación de conflicto.

Por ejemplo: Lo que yo quiero es que aclaremos las cosas, me digas porque lo haces y si es que yo he hecho algo que te ha molestado.

Bibliografía

FOMENTO DE LA VIDA. 2005
Formando Líderes Para el Cuidado de Nuestra Salud Sexual y Reproductiva. Lima, FOVIDA.

FOMENTO DE LA VIDA. 2006
Aprendiendo a Cuidar Nuestra Salud Sexual y Reproductiva. Lima, FOVIDA.

MINISTERIO DE SALUD. 2008
Creando un ambiente seguro y amigable a los niños VIH positivos en la escuela.

USAID México (Diciembre, 2004). Reducción del Estigma y la Discriminación Relacionados con el VIH y el sida /Manual del Facilitador.

USAID México (Diciembre, 2004). Reducción del Estigma y la Discriminación Relacionados con el VIH y el sida /Manual del Participante.

ISBN: 978-9972-791-92-5



FOVIDA

FOMENTO DE LA VIDA

Av. Javier Prado Oeste 109. Magdalena del Mar.

Lima 17 / Telef: 461 4856

E-mail: postmast@fovida.org.pe

Web: www.fovida.org.pe