

**PROCOLO DE RESCATE DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH QUE
ABANDONAN CONTROLES MÉDICOS Y/O TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD**

2019



Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud “PROTOCOLO DE RESCATE DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH QUE ABANDONAN CONTROLES MÉDICOS Y/O TRATAMIENTO ANTI RETROVIRAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD 2019”.

Versión Final.



Responsable Técnico Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano. Mg. Psicología de la Adolescencia. Diplomada en Bioética. PhD en Ciencias de la Educación. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>

Elaboradores:

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.

<p>Angelo González Lamadrid Enfermero Matrón. Jefe Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.</p>	
<p>María Teresa Silva Quilodrán Matrona.</p>	<p>Karina Loo Ribot Matrona.</p>
<p>Edith Ortiz Núñez Enfermera. Mg. (e) Salud Pública.</p>	<p>Rafael Vidal Ortiz Psicólogo. Mg en Psicología Clínica.</p>
<p>Mayra Torres Cisternas Matrona.</p>	<p>Irene Escribano Veloso Profesora de Filosofía. Mg. (e) Salud Pública.</p>
<p>Carolina Peredo Couratier Matrona. Mg. Salud Pública y Planificación Sanitaria.</p>	<p>Leonardo Chanqueo Cornejo Médico Internista especialista en Infectología.</p>

Profesionales de otras Divisiones del Ministerio de Salud

<p>Solange Burgos Estrada, Matrona Departamento GES, Redes de Alta Complejidad y Programáticos División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>
<p>Juan Herrera Burott, Matrón Departamento de Gestión de Cuidados División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>
<p>Yasmína Viera Bernal Abogada División Jurídica</p>

ABREVIATURAS	
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Fase avanzada de la infección por VIH
TAR	Terapia Antiretroviral
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PVVIH	Personas viviendo con VIH
APS	Atención Primaria de Salud



INDICE

ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
ALCANCE	8
MODO OPERATIVO/DESCRIPCIÓN.....	8
PROCESO DE MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN.....	13
ANEXOS.....	14
1.- Formulario de rescate	14
2.- Carta de citación.....	15
3.- Carta certificada	16
4.- Formulario de reporte	17
5.- Indicadores de Monitoreo.....	18
REFERENCIAS	20



INTRODUCCIÓN

En Chile, la información epidemiológica disponible evidencia el aumento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, con especial énfasis en población joven. En este contexto, estas enfermedades se han constituido en una prioridad sanitaria para el país, debido al alto impacto social, psicológico y biomédico que implica, haciéndose necesario intensificar los esfuerzos que en esta materia se han venido desarrollando.

Para abordar este complejo escenario sanitario, el Ministerio de Salud, a través de sus Objetivos y Metas Sanitarias, contempla estrategias basadas en los determinantes sociales de salud, combinando y potenciando acciones promocionales y preventivas que permitan anticiparse a la exposición al riesgo, además de la detección y diagnóstico precoz para que las personas accedan a la atención integral disponible y con ello disminuir la transmisibilidad del VIH e ITS (1).

Con el propósito de avanzar en la meta comprometida en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: “disminuir la mortalidad por SIDA”; así como alcanzar los objetivos propuestos por ONUSIDA en la estrategia 90-90-90, Chile ha definido el inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) independiente del compromiso inmunológico, virológico y clínico, con antirretrovirales con menos reacciones adversas, con mayor barrera genética y con formulaciones en dosis únicas o dual, lo que favorece la adherencia a los tratamientos, mejora la calidad de vida y disminuye la resistencia a los antirretrovirales (2).

Un elemento importante a considerar, es la adopción por parte de los sistemas de salud o los trabajadores de la salud, de actitudes y prácticas de estigmatización o discriminación a las personas que viven con el VIH o a las personas con conductas sexuales que los expongan a la infección por el VIH. Esto hace menos probable que accedan a los servicios y se obstaculizan los esfuerzos para alcanzar los objetivos de tratamiento y las metas 90-90-90 (3).

El miedo a la revelación diagnóstica también puede desalentar a las personas que viven con VIH a inscribirse en la atención e iniciar la terapia antirretroviral. Una revisión de diez estudios de países de bajos y medianos ingresos encontró una asociación significativa entre el estigma y la presentación tardía para recibir atención del VIH,

donde es 2,4 veces más probable que las personas que viven con VIH, que percibieron un gran estigma relacionado a su diagnóstico, se presenten tardíamente para recibir una prestación sanitaria. Los estudios han encontrado que el estigma relacionado con el VIH en los niveles “intrapersonal, interpersonal y estructural” compromete la capacidad de las personas para cumplir satisfactoriamente con la terapia antirretroviral. Una explicación para esto es que el estigma interfiere con los procesos psicológicos, como el afrontamiento adaptativo y el apoyo social que ayudan a las personas a seguir el tratamiento (3).

Según estudios realizados en Chile, las personas podrían asociar el diagnóstico seropositivo con una muerte inminente, lo que precipita estados de fuerte desorientación afectiva que impactan en las primeras consultas médicas y en el inicio de los tratamientos, lo cual junto a otros indicadores podrían constituir importantes índices de riesgo para el abandono de TAR (4).

Las actuales evidencias científicas señalan que el inicio temprano de tratamiento antirretroviral, la adherencia al tratamiento y alcanzar la supresión virológica, tiene un impacto beneficioso en la salud pública al disminuir la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión sexual de la infección y disminuir la mortalidad por SIDA (2).

Por todo esto, cobra gran importancia establecer procedimientos para buscar y reincorporar a la atención a aquellos usuarios que por diversos motivos han abandonado tanto los controles como el tratamiento.



OBJETIVO GENERAL

Establecer un procedimiento de rescate de usuarios/as viviendo con VIH que han abandonado sus controles en los establecimientos con centros de atención para personas con VIH y/o tratamiento antirretroviral, en la Red Asistencial Pública de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reintegrar a los usuarios/as en abandono de tratamiento antirretroviral a los establecimientos con centros de atención para personas con VIH de la red pública de salud.
- Reintegrar a los usuarios/as en abandono de sus controles de salud en los establecimientos con centros de atención para personas con VIH de la red pública de salud.

ALCANCE

Integrantes de los equipos de salud que realizan atención de las personas viviendo con VIH en la Red Asistencial Pública.

MODO OPERATIVO/DESCRIPCIÓN

Se entenderá por rescate de usuarios/as todas aquellas acciones realizadas por el equipo de salud que permitan que el usuario/a que está en abandono de controles y/o tratamiento, retome los servicios de atención disponibles en VIH/SIDA.

Antes de describir los procesos para realizar rescate de los usuarios/as, es importante señalar las siguientes precisiones:

- **Abandono de controles:** Corresponde a aquellos usuarios/as que no se presentan a citación médica y permanecen inasistentes en los siguientes 3 meses consecutivos o más. Por ejemplo, un usuario está citado en marzo y no se presenta a su citación, de

no acercarse en forma espontánea a solicitar nueva citación al establecimiento en los 3 meses seguidos, se debe activar el sistema de rescate.

- **Abandono de tratamiento:** Corresponde a los usuarios/as que no han retirado tratamiento antirretroviral (TAR) en un periodo de 3 meses consecutivos o más.
- **Citación efectiva:** Es aquella situación en que se tomó contacto directo con el usuario/a, utilizando cualquiera de los siguientes mecanismos, con respaldos correspondientes: llamada telefónica, visita domiciliaria o carta certificada. Cabe señalar que en caso que se establezca contacto con el usuario/a para entregar la fecha de citación, se asume este contacto como cita efectiva (5).
- **Citación no efectiva:** Es aquella situación en la cual no se logra tomar contacto con el usuario/a, con cualquiera de los 3 mecanismos establecidos para contactar.
- **Contacto no corresponde:** Es aquella situación en la cual los datos entregados por el usuario/a, a través de los distintos registros habilitados para este fin, no permiten efectuar las citaciones.
- **Usuario/a no contactado:** Se califica esta condición cuando se han agotado todas las gestiones factibles para lograr contacto, debiendo contar con todos los respaldos que acrediten dicha gestión, los cuales deben resguardarse en la ficha clínica, en los sistemas de información escritos, digitales o en grabación según corresponda, que hayan sido validados por el establecimiento para esos fines (5).

Usuarios/as rescatados:

El rescate de los usuarios/as consta de las siguientes etapas:

1. Cada equipo de salud debe definir el profesional o equipo a cargo de implementar este protocolo.
2. Cada establecimiento debe obtener, de acuerdo a sus procedimientos y estrategias definidas, el registro de usuarios/as inasistentes a controles médicos y al retiro de tratamiento antirretroviral (TAR), y de aquellos inasistentes a la atención (a controles y a tratamiento), durante los últimos 3 meses o más, anteriores a la fecha de reporte.

3. Una vez identificados los usuarios/as inasistentes a control y/o retiro de tratamiento antirretroviral se debe proceder a la recaptación. Dicho rescate puede ser realizado por el equipo encargado, encabezado por el profesional a cargo, equipo psicosocial, equipo administrativo o coordinar con los establecimientos de APS para las personas inscritas validadas en un centros de salud, según lo definido por cada Establecimiento Hospitalario.

En todo el proceso deberá velarse por la confidencialidad de los datos de carácter sensible del usuario, especialmente cuando el rescate sea realizado por personal que no se encuentra vinculado directamente a la atención de salud del usuario.

4. Se deberá contactar al usuario/a a través de los siguientes mecanismos:

a. Contacto telefónico:

Al realizar llamado telefónico, en caso de no lograr contacto con el primer intento, se indica realizar próximos llamados en distintas fechas y horarios, incluyendo un intento después del horario administrativo, realizando máximo 3 llamadas (5). Si se logra contacto efectivo con el usuario/a, se debe coordinar citación para retomar controles o tratamiento. Si el contacto efectivo se logra con un familiar u otro, indicar fecha de citación según protocolo local, o bien, quien realiza el llamado debe indicar número telefónico y nombre del profesional con el cual el usuario/a debe contactarse, a la brevedad para coordinar la citación.

Se debe registrar cada una de estas llamadas, señalando fecha, hora, número al que se llamó, nombre de la persona a quien se contactó y nombre del funcionario que la realizó. También se debe registrar el resultado del contacto como: contacto efectivo usuario/a, contacto efectivo familiar, celular apagado, usuario/a no contesta y número no corresponde (6).

- b. Visita domiciliaria:** Si no es posible el contacto telefónico, se debe realizar visita domiciliaria. Esta consiste en la visita de un funcionario de un establecimiento de salud de la Red Asistencial, al domicilio registrado por el usuario/a de manera de hacer efectivo el contacto para la citación. En caso de no lograr contacto porque

la persona no vive allí (dirección incorrecta), la casa está deshabitada o la dirección no existe, se debe dejar respaldo de la gestión realizada registrando fecha, hora y nombre del funcionario que realizó la visita (5).

El resultado de la visita se registrará como: Contacto efectivo usuario/a, contacto efectivo familiar u otro, residencia sin moradores o dirección incorrecta. Según el resultado de la visita, se entrega citación al usuario/a, familiar u otro; en su defecto, en caso de residencia sin moradores, se deja citación en domicilio con medios de contacto del profesional del establecimiento de salud que corresponda (6). Ver anexo nº2.

- c. **Carta certificada:** esta opción debe utilizarse en caso de no haber establecido un contacto efectivo vía telefónica o en la visita domiciliaria. Deberá ser enviada utilizando el procedimiento definido en el establecimiento, a la dirección señalada por el usuario/a, indicando día y hora a la que debe presentarse. Ver anexo nº 3.

Si ya hay evidencia con la visita domiciliaria del no contacto, por dirección incorrecta o inexistente, o domicilio deshabitado, la carta certificada no es recomendable por su bajo rendimiento.

Todas estas acciones deben registrarse en la ficha clínica del usuario/a.

En la utilización de los mecanismos de comunicación precedentes, no podrá hacerse alusión al diagnóstico o tipo de tratamiento que ese encuentra pendiente para el usuario.

Como apoyo a la gestión en Anexo 1 se encuentra “Formulario de rescate” sugerido para registro de acciones de recaptación. Cabe destacar que en caso de utilizar este formulario debe adjuntarse y permanecer en la ficha clínica. En aquellos establecimientos que tengan ficha clínica electrónica proceder según los lineamientos locales para el archivo de este tipo de documentación.

5. Si usuario/a no acude en fecha estipulada tras los 2 contactos efectivos por medio de las vías antes señaladas, se cierra proceso de rescate. Sin perjuicio de lo anterior, posteriormente, puede reactivarse nuevamente el proceso de rescate.

Los equipos de salud deben realizar revisión de los usuarios/as inasistentes a control y/o tratamiento de manera trimestral para poder identificarlos oportunamente, realizar el rescate y resguardar que el periodo de abandono no sea superior a 3 meses.

Dado que la atención para las personas que viven con VIH (PVVIH) no tiene territorialidad, es decir, pueden atenderse en el establecimiento de salud que estimen conveniente independiente de su comuna de residencia, para realizar el rescate de aquellos que estén inasistentes tanto a controles médicos como a retiro de TAR, el profesional encargado de coordinar el rescate debe enviar antecedentes al referente del Programa VIH de su Servicio de Salud. El referente deberá enviar a su contraparte del Servicio de Salud al cual pertenece el domicilio del usuario/a que debe ser rescatado, los antecedentes pertinentes y datos de contacto (domicilio) para que coordine con la red una visita domiciliaria y realice las acciones de acuerdo a lo señalado en este documento. Dichos antecedentes y datos de contacto deben enviarse a través de documento reservado y/o correo electrónico institucional con los archivos encriptados para resguardar la confidencialidad.

Se debe recalcar que en ningún método de recaptación se debe incluir el diagnóstico del usuario, o algún otro dato que pudiese vulnerar la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada. Asimismo, y en cumplimiento de estas leyes, ninguna de las metodologías de rescate o recaptación que los niveles locales diseñen para aplicar el presente protocolo, puede incluir procedimientos, hechos o acciones que pudieran implicar vulneraciones a éstas. Además si un usuario/a no desea iniciar TAR, asistir a controles o ser recaptado, a pesar de haber recibido educación sobre las potenciales repercusiones que ello implica en su

estado de salud, debe quedar registrado en su ficha clínica junto con los motivos de su decisión, con firma del involucrado/a.

PROCESO DE MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación de este protocolo y los resultados obtenidos serán monitoreados a través del Formulario de reporte (ver anexo 4). El profesional encargado de la ejecución de este protocolo en el establecimiento de salud, deberá enviar dicho formulario al Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de la Subsecretaría de Salud Pública, al Profesional a cargo de VIH/SIDA e ITS de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al referente del Programa VIH de su Servicio de Salud.

El reporte deberá enviarse de manera semestral, con fecha de envío 31 de julio y 31 de enero.



ANEXOS

1.- Formulario de rescate

RUT:.....

Fecha inicio rescate:.....

Motivo de rescate:

	Abandono controles		Abandono tratamiento (retiro de TARV)		Ambos
--	--------------------	--	---------------------------------------	--	-------

Contacto telefónico:

Fecha	Hora	Número contacto	de	Nombre de persona con quien se hace contacto	Nombre profesional del que realiza contacto	Resultado del contacto	Fecha citación

Visita domiciliaria

Fecha	Dirección	Resultado de la visita

Carta certificada

Fecha	Dirección	Resultado



2.- Carta de citación

Estimado/a

.....

Junto con saludar, informo que hoy (fecha)a lashrs, usted ha sido visitado/a por el equipo de salud funcionarios del Establecimiento

.....

El objetivo de esta visita es conocer los motivos por los cuales está inasistente a sus controles y/o tratamiento, y coordinar su próxima citación para retomar las atenciones en el Establecimiento de Salud.

Estamos ubicados en.....

Le extendemos la presente citación para el día....., a las.....horas.

En caso de presentar dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo al teléfono o correo electrónico..... para poder agendar una nueva fecha de citación.

Saluda cordialmente,

.....

Nombre y firma de Equipo de Salud Responsable



3.- Carta certificada

Estimado/a

.....

Junto con saludar y dado que se han realizado varios intentos de comunicación por vía telefónica y visita domiciliaria para conocer los motivos por los cuales está inasistente a sus controles y/o tratamiento, nos permitimos enviar citación para retomar las atenciones en el Establecimiento de Salud.

Estamos ubicados en.....

Debe presentarse el día....., a las.....horas.

En caso de presentar dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo al teléfono o correo electrónico..... para poder agendar una nueva fecha de citación.

Saluda cordialmente,

.....

Nombre y firma del Equipo de Salud Responsable



4.- Formulario de reporte

Primer semestre (fecha de envío 31 de julio)	
Resultados	Número
Total de usuarios/as rescatados/as	
Reingresos	
Inubicables	
Traslado a otro establecimiento	
Inasistentes	
Fallecidos	
En proceso de rescate	

Segundo semestre (fecha de envío 30 de enero)	
Resultados	Número
Total de usuarios/as rescatados/as	
Reingresos	
Inubicables	
Traslado a otro establecimiento	
Inasistentes	
Fallecidos	
En proceso de rescate	

5.- Indicadores de Monitoreo

Nombre del Indicador	Usuarios/as viviendo con VIH reintegrados a los controles de salud
Definición del indicador	<p>Porcentaje de usuarios/as que retoman sus controles de salud posterior al rescate, a la fecha de corte.</p> <p>Usuarios rescatados: son todos aquellos usuarios inasistentes a control médico y/o tratamiento antirretroviral a quienes se han aplicado las acciones descritas en este protocolo para que retome sus controles de salud, logrando una citación efectiva.</p> <p>Usuarios que retoman controles: son todos aquellos usuarios que asisten a su control de salud posterior al rescate.</p>
Resumen	Este indicador nos permite medir el % de usuarios/as que retoman controles de salud y evaluar eficacia de protocolo.
Numerador	Número de usuarios/as viviendo con VIH que retoman sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior al rescate, a la fecha de corte.
Denominador	Número total de usuarios/as viviendo con VIH en abandono de controles de salud y/o tratamiento antirretroviral que fueron rescatados (con citación efectiva), a la fecha de corte.
Cálculo	$\text{Numerador/Denominador} * 100$
Metodología de los Datos estadísticos	<p>Se considera en el numerador aquellos usuarios/as que asisten a la citación de control de salud posterior al rescate.</p> <p>Se considera en el denominador todos los usuarios/as en abandono de sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral que fueron rescatados (con citación efectiva).</p>
Frecuencia	Semestral
Desagregación	<p>Los usuarios/as rescatados se desagregarán de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reingresos • Inubicables • Traslado a otro establecimiento

	<ul style="list-style-type: none">• Inasistentes• Fallecidos• En proceso de rescate <p>El reporte debe realizarse semestralmente. Ver formato en anexos</p> <p>Fechas de reporte 31 de julio y 30 de enero.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019. 2019. Disponible en:
https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf
2. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. 2017. Disponible en:
<https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-la-inmunodeficiencia-adquirida-vih-sida/descripcion-y-epidemiologia/>
3. ONUSIDA. Hacer frente a la discriminación. Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más Ila [Internet]. 20 Avenue Appia 1211 Ginebra 27 Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2017. (ONUSIDA/JC2908E). Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf.
4. Ministerio de Salud. Cortes, J y otros. Estudio para la elaboración de Índice de Riesgo de Incumplimiento y/o Abandono de Tratamiento Antirretroviral (TARV) y diseño de Modelo de Intervención, para Personas Viviendo con VIH (PVVIH). 2016
5. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. ORDINARIO C26/Nº 2134, Actualiza Instrucciones y Cumplimiento de Gestión de Garantías y Casos GES en SIGGES. 11 de mayo 2018.
6. Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Protocolo de Rescate y Adherencia en Pacientes Inasistentes a retiro en farmacia del Programa de detección, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA. 2019.