

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH

2009



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

La elaboración de este documento fue producto del trabajo colaborativo e integrado entre las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, el Instituto de Salud Pública y del valioso y fundamental aporte de las Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios de Salud del país.

Decreto Exento N° 835 del 10 de marzo de 2010 del Ministerio de Salud,
aprueba Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH.

COMITÉ EDITORIAL

EU Edith Ortiz Comisión Nacional del SIDA
Ing. Consuelo Navarro División de Planificación Sanitaria
Dra. Beatriz Heyermann Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dr. Aníbal Hurtado, Comisión Nacional del SIDA
Mat. Natalia Meta Comisión Nacional del SIDA

AUTORES, COLABORADORES

Subsecretaría de Salud Pública Comisión Nacional del SIDA

Dr. Aníbal Hurtado
EU Edith Ortiz
EU Gloria Berríos
Ps. Humberto Hernández
Mat. Mayra Torres
Mat. Natalia Meta

División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Cecilia Morales

División de Planificación Sanitaria

Ing. Consuelo Navarro
Dr. Osvaldo Salgado

Departamento de Epidemiología

Ps. Claudia González
Dra. Andrea Olea
Dra. Janepsi Díaz
EU Maritza García

Departamento de Estadísticas e Información en Salud

Dra. Danuta Rajs
Dra. Mónica Briceño

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Dra. Beatriz Heyermann
Dr. Luis Vera
Dr. Héctor Fuenzalida
Dr. Mario Ramírez
Nelly Contreras
Noelia Espinoza
Dra. Nancy Dawson

Instituto de Salud Pública

Dra. Judith Mora
BQ Carolina San Martín

REVISIÓN

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Arica –Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso,
O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes, Región Metropolitana.

Servicios de Salud

Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota, Aconcagua,
Metropolitano Norte, Metropolitano Central, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente,
Metropolitano Sur - Oriente, Metropolitano Sur, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Biobío, Arauco,
Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén, Magallanes.

Comité ejecutivo Plan Nacional de Sangre

Dra. Marcela Contreras
Dr. Pedro Meneses
Dr. Federico Liendo
Dra. Cristina Martínez
Dra. Gisela Alarcón
T.M Leonor Armanet
T.M María Amalia Carcamo
T.M Cecilia Lyng

VALIDACIÓN

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Tarapacá, Metropolitana, Los Ríos

Servicios de Salud

Iquique, Metropolitano Central, Valdivia

COORDINACIÓN GENERAL

Mat. Natalia Meta

© Ministerio de Salud

Mac-Iver 541, Santiago de Chile

Inscripción N°

ISBN:

Editora Responsable: Natalia Meta

Edición y Producción editorial
Jose Luis Moncada

Diseño y diagramación
Paola Savelli

Correcciones de texto
Verónica Jiménez

Impreso en Chile por

Santiago de Chile 2010

ÍNDICE

I. Presentación	13
II. Objetivos	17
1 Objetivo general.	17
2 Objetivos específicos.	17
III. Introducción	21
1 Reseña histórica.	21
2 VIH/SIDA en Chile.	22
a. Detección.	23
b. Diagnóstico.	24
c. Control y tratamiento.	25
IV. Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.	29
V. Proceso atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.	33
1 Hitos del proceso.	33
a. Consentimiento informado.	37
b. Toma de muestra.	40
c. Procesamiento y análisis de la muestra.	43
d. Análisis en el Instituto de Salud Pública, confirmación de exámenes.	44
e. Prueba de identidad.	46
f. Entrega de resultados: consejería post resultado de examen de detección del VIH (consejería postest).	47
g. Ingreso a control en centro de atención de especialidad.	48

2. Ingreso de usuarios al Sistema de Salud.	50
3. Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención.	51
a. Proceso y flujo de donantes de sangre u órganos.	51
b. Proceso y flujo en usuarios/pacientes de atención ambulatoria: por control en programas de salud, consulta médica y consultantes por iniciativa propia.	55
c. Atención ambulatoria: caso específico diálisis.	58
d. Atención ambulatoria: caso específico organismos no gubernamentales (ONG).	59
e. Paciente hospitalizado.	63
f. Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo.	74
g. Personas víctimas de violencia sexual.	75
h. Establecimientos privados de salud.	76
i. Situaciones específicas.	78
4. Roles y funciones en el proceso de atención.	81
a. En los establecimientos de salud.	81
b. En los Servicios de Salud.	82
c. En el Ministerio de Salud.	83
d. El Instituto de Salud Pública.	84
5. Especificidad de actos administrativos para asegurar el seguimiento de los usuarios/pacientes.	86
a. Procedimientos para citación de usuarios/pacientes.	86
VI. Proceso de vigilancia epidemiológica.	91
1. Hitos del proceso.	94
a. Registro de datos a través de formularios establecidos.	94
b. Control de calidad de datos.	96

c.	Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información.	98
d.	Elaboración de informes epidemiológicos.	98
e.	Definición de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	99
f.	Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	99
2.	Puntos críticos del proceso de vigilancia.	100
a.	Registro de datos a través de formularios establecidos.	100
b.	Control de calidad de datos.	100
c.	Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información y elaboración de informes epidemiológicos.	100
d.	Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	100
e.	Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	100
3.	Roles y funciones en el proceso de vigilancia.	101
a.	Registro de datos a través de formularios establecidos.	101
b.	Control de calidad de datos.	102
c.	Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información.	104
d.	Elaboración de informes epidemiológicos.	105
e.	Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	106
f.	Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	107
VII.	Proceso de planificación y gestión de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica asociados a la infección por VIH.	111
1.	Hitos en la instalación del proceso de VIH/SIDA.	114
a.	Definición del proceso, con la identificación de sus límites.	115
b.	Identificación de personas clave que participan en el proceso.	116
c.	Planificación participativa de las actividades a desarrollar.	116

d. Elaboración, mejoramiento o adaptación de procedimientos locales.	117
e. Elaboración de indicadores clave.	117
f. Definición de roles, funciones y responsables.	118
g. Elaboración de flujogramas especificando lugar de realización de las actividades en la red de atención.	119
h. Difusión del proceso.	119
i. Control de proceso.	120
j. Retroalimentación de puntos críticos.	120
k. Acciones correctivas.	120
l. Evaluación o análisis del proceso.	121
m. Reingeniería de procesos.	121
2. Roles y funciones en el proceso de planificación y gestión por procesos.	122
a. Proceso de atención clínica.	122
b. Proceso de vigilancia epidemiológica.	126
VIII. Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH.	131
IX. Marco jurídico vigente sobre y asociado al VIH/SIDA en el sector salud.	145
X. Anexos.	153
a. Referencias de modelos de consentimiento informado donantes de sangre.	153
b. Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia adquirida Humana).	155
c. Vigilancia epidemiológica. Solicitud de envío de muestras para confirmación de VIH/SIDA por el ISP, en adultos.	157
d. Puerta de entrada: centros de sangre, bancos de sangre.	170
e. Puerta de entrada: establecimientos de atención primaria de salud.	177
f. Puerta de entrada: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad.	184

g. Puerta de entrada: anexo puerta de entrada, hospitalización.	190
h. Puerta de entrada, atenciones de urgencia.	199
i. Guión para citación telefónica.	200
j. Texto de citación por carta certificada.	201
k. Texto citación por visita domiciliaria.	202
l. Tabla de procesos: definiciones.	203
m. Indicadores de desempeño.	205
n. Confidencialidad y ficha clínica.	209
o. Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14.12.01, que establece normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.	212
p. Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.	219

I. PRESENTACIÓN

I. Presentación

La detección y el diagnóstico de la infección por VIH tienen asociados hitos, procedimientos y actividades, que involucran tanto a los usuarios del sistema de salud como a los diferentes establecimientos y a quienes laboran en ellos y que forman parte de la red de atención del sector. Estos hitos, procedimientos y actividades son particularmente complejos, ya que involucran aspectos humanos, culturales, técnicos y legales.

La base de este Manual es el reconocimiento de estas complejidades. La descripción de las actividades a realizar en cada etapa de los procesos asociados, así como la definición de las funciones y responsabilidades específicas de cada actor en el sector público y privado, están destinadas a dar continuidad a la cadena de articulaciones y coordinaciones indispensables para cumplir con los objetivos de atención al usuario.

El presente Manual busca, fundamentalmente, ser una guía para el óptimo cumplimiento de los hitos, procedimientos y actividades relacionadas con el VIH, desde la solicitud del examen de detección hasta la referencia para el inicio de controles médicos; es decir, busca facilitar, en el marco del proceso de atención clínica, el acceso oportuno de las personas al diagnóstico de la infección por VIH, su control y tratamiento, si corresponde.

Asimismo, este documento plantea y define otros dos procesos para abordar la infección por VIH: la vigilancia epidemiológica y la planificación y control de procesos. El primero, destinado a fortalecer la información que apoye la organización de la red asistencial y la planificación sectorial de acciones de prevención y control de la epidemia; el segundo está orientado a apoyar a los equipos de trabajo en el desarrollo de instrumentos que permitan monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos de la atención clínica y la vigilancia epidemiológica.

Este documento fue elaborado basándose en la revisión y evaluación de los hitos, procedimientos y actividades de los procesos en cada instancia involucrada del sector público y privado. Ordena el marco legal, describe y clarifica responsabilidades de los diferentes actores e instancias participantes en los procesos y define flujogramas básicos determinados por la puerta de entrada al sistema de salud y el tipo de usuario/paciente.

El óptimo desarrollo de los contenidos de este Manual –que deberán ser adaptados a las realidades regionales y a la organización de cada red asistencial pública y privada– permitirá entregar elementos e información a los usuarios para la toma de decisiones, cumpliendo con las normas y los requerimientos de confidencialidad y respeto por las condiciones personales. Del mismo modo, esperamos que facilite el avance hacia estados de salud en que las responsabilidades sean plenamente asumidas y compartidas entre las personas/usuarios y el sistema de salud.

Este documento es producto de un análisis y trabajo conjunto y coordinado entre las distintas instancias del Ministerio de Salud involucradas en estos procesos, a saber: División de Integración de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Comisión Nacional del SIDA, Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud de la Subsecretaría de Salud Pública e Instituto de Salud Pública. Especial reconocimiento merecen los equipos humanos de las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de los 29 Servicios de Salud que trabajaron arduamente en la revisión, validación y elaboración de propuestas para este Manual.

Finalmente, es importante destacar que este Manual sitúa las acciones sectoriales en el marco de las características de la epidemia VIH/SIDA en Chile: una epidemia concentrada.

II. **Objetivos del Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH**

El presente Manual se inserta en el marco del trabajo del Ministerio de Salud para proporcionar a los usuarios del sistema de salud chileno las mejores condiciones de acceso y calidad de la atención.

1. Objetivo general

Estandarizar los procedimientos para la detección, diagnóstico e información de resultados de infección por VIH en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los niveles de atención del sector público y privado de salud, en el marco legal y normativo vigente.

2. Objetivos específicos

- Identificar hitos, procedimientos y actividades, funciones y responsabilidades asociadas a tres procesos principales: el proceso de atención clínica asociado a la detección y diagnóstico, control y tratamiento del VIH, la vigilancia epidemiológica y la planificación y gestión de procesos.
- Señalar los hitos de registro para la obtención de información estandarizada y de calidad que permita realizar un seguimiento oportuno, cautelando la continuidad de la atención del usuario y la adecuada vigilancia epidemiológica a través de la notificación.
- Optimizar la aplicación del marco jurídico vigente respecto del VIH/SIDA en Chile.

III. Introducción

III. Introducción

1. Reseña histórica *

El análisis mundial de casos ha demostrado que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida comienza a mediados de los años 70 y que el punto de partida para la diseminación del VIH estaría al término de esa década, desde dos áreas geográficas: África Central y el Caribe/Norteamérica. No obstante, la epidemia se desarrolla y se hace evidente a comienzo de los 80 en EE.UU. y Europa Occidental.

En junio de 1981, en la Facultad de Medicina de la Universidad de California se describió por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los primeros casos reportados en el mundo fueron a mediados de 1981, y en 1984 se identificó el virus responsable del SIDA, un retrovirus denominado VIH.

Desde entonces, más de 25 millones de personas en el mundo han muerto por causa del SIDA. Las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de 33 millones de personas en el mundo viven con el VIH. De ellas, un 67% corresponde a habitantes de África subsahariana.

El número de nuevas infecciones en el mundo el año 2007 fue de 2,7 millones y, pese a que esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, en especial en África, hay que destacar que a partir del año 2005 la mortalidad por SIDA ha disminuido, lo que se atribuye en gran medida al aumento en la disponibilidad de terapia antirretroviral. Pese a ello, de los 9,7 millones de personas de países en desarrollo que en 2007 se estimó necesitaban terapia, sólo 3 millones la recibieron. Ese mismo año, sólo 33% de las mujeres infectadas por el VIH habían recibido medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de la madre al niño.

* Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

Los estudios revelan que los mecanismos que favorecen la rápida diseminación del virus, son:

- relaciones sexuales sin protección,
- exposición a productos sanguíneos o fluidos corporales contaminados, incluyendo el uso de agujas no esterilizadas para inyección en contexto sanitario o inyección de drogas;
- transmisión vertical desde una madre infectada a su hijo, antes o durante el parto y a través de la lactancia materna.

En cuanto a eficacia de los mecanismos de transmisión, se estima alrededor 0,1% para el contacto sexual y sobre el 90% para la transfusión sanguínea.

2. VIH/SIDA en Chile

En términos generales, la epidemia en nuestro país se define como concentrada, que es aquella en que el virus se transmite fundamentalmente en grupos específicos de la población y no está implantada fuertemente en la población general. Este nivel de epidemia, de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), presenta prevalencias sobre el 5% en poblaciones consideradas de mayor riesgo, como lo son consumidores de drogas intravenosas, las personas que ejercen el comercio sexual, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y, bajo el 1% en las mujeres embarazadas en zonas urbanas. Este nivel de prevalencia en estos tipos de población revela la existencia de comportamientos de riesgo en los grupos más afectados.

Las características principales de la epidemia en Chile son:

- Concentrada: en hombres homobisexuales, con baja prevalencia en embarazadas.
- De transmisión sexual (95% de los casos notificados).
- Predominantemente en hombres adultos jóvenes (entre 20 y 39 años).
- Afecta principalmente a personas con menores niveles de escolaridad.

- Mortalidad muestra una tendencia a la disminución.
- Aumento de la sobrevivencia, atribuible a la disponibilidad de terapia antiretroviral.

Los contenidos del presente Manual están destinados a mejorar el acceso a las acciones de detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH en el escenario de una **epidemia concentrada**.

a. Detección

A nivel mundial, en 1985 se desarrollaron las primeras pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH y se comenzaron a utilizar en los productos sanguíneos en EEUU y Japón. En la actualidad, se usan de un modo rutinario en los laboratorios de microbiología clínica y en los bancos de sangre o centros de transfusiones en varios países del mundo. El test ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay- Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas), ha sido el más utilizado para la detección de anticuerpos anti-VIH que el organismo genera como respuesta a la infección.

Los tamizajes para VIH son altamente sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos, por lo que pequeñas interferencias de sustancias similares podrían conducir a un resultado falso positivo, cuya probabilidad es mayor cuanto más baja es la prevalencia del VIH en la población estudiada. Por ello, es obligatorio que los exámenes con resultados positivos sean repetidos para reafirmar la positividad. Cuando la positividad se repite, se confirman los resultados con otras técnicas de alta especificidad, usualmente con técnicas de Inmunoblot o Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Además, se debe solicitar una segunda muestra de sangre para confirmar la identidad del paciente y evitar posibles equivocaciones en la manipulación de las muestras de sangre o suero que conduzcan a confusión de los resultados entre una persona y otra.

Internacionalmente se ha establecido un periodo de tres meses después de adquirido el virus como periodo de tiempo en que la mayoría de las personas desarrollan anticuerpos anti-VIH detectables¹ por el examen. A este tiempo se le denomina Periodo de Ventana y es el que transcurre desde que una persona adquiere VIH hasta que el organismo crea anticuerpos suficientes para ser detectados por el examen.

² www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm.

En Chile, la detección del VIH se hace principalmente a través de un examen de tamizaje, que puede efectuarse en establecimientos de salud de atención abierta o cerrada del sistema público o privado de salud. Está establecido que este examen debe ser voluntario, confidencial y acompañado de consejería³.

El examen se puede realizar en el sector público en:

- Establecimientos de atención primaria
- Centros ambulatorios de especialidad
- Hospitales

El examen se puede realizar en el sector privado en:

- Clínicas
- Laboratorios clínicos
- Mutuales
- Centros médicos
- Fundaciones
- Hospitales clínicos universitarios
- Hospitales institucionales
- Organismos no gubernamentales (ONG) que cumplen con los requisitos normativos para toma de exámenes.

b. Diagnóstico

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas con una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV), y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera, la persona infectada se mantiene asintomática (etapa A). Sin embargo,

³ Ley 19.779 y Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005.

después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento.

La detección de la infección por VIH se basa en exámenes sanguíneos estándar, como la prueba de anticuerpos para VIH, si estos resultan reactivos, el Instituto de Salud Pública realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten confirmar el diagnóstico serológico.⁴

Aproximadamente, un 55% de los tamizajes reactivos que ingresan al Instituto de Salud Pública, Laboratorio de Referencia Nacional para la confirmación, son confirmados como positivos y alrededor de un 66% de éstos corresponde a exámenes provenientes del sector público. La tasa poblacional de exámenes de VIH positivos confirmados por el ISP se mantuvo relativamente estable entre 1999 y 2004 (12,9 a 12 por 100.000 hab.) Entre 2005 y 2007 aumentó de 12,2 a 14,2.

Después de que el paciente es confirmado como VIH + por el ISP, y realizada la prueba de identidad, procede la determinación de la fase del VIH en la cual se encuentra el paciente —la etapificación. Para ello, el profesional médico realiza un análisis integral del paciente, que considera la evaluación clínica y la medición de los CD4, la carga viral, así como otros exámenes complementarios.

En nuestro país los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados y notificados hace 25 años. Desde esa fecha hasta diciembre del año 2008, los casos reportados al sistema de vigilancia alcanzaron a 9.193 casos de SIDA y 10.767 infecciones VIH.

c. Control y tratamiento

La atención médica integral (controles médicos) debe ser sistemática y considerar la evaluación de la necesidad de tratamiento antirretroviral, lo cual se realiza de acuerdo con las orientaciones técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud, en el marco de la Guía Clínica y el Protocolo de Tratamiento establecido.

⁴ Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 y Norma técnica de vigilancia de laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.

La decisión de inicio de TAR nunca debe basarse en una medición aislada de CD4 y/o CV y debe considerar el análisis integral del paciente en un Centro de Atención VIH, de los Centros de Especialidades y una preevaluación de la adherencia a la terapia.

Tratamiento antirretroviral

En 1993 se inicia la terapia antirretroviral (TAR) con una droga (monoterapia), en 1997 se adiciona una segunda droga (biterapia), y en 1999 la tercera, lo que significa que nuestro país logra los tratamientos denominados de alta eficacia. Posteriormente, en el año 2000, se inicia el programa de acceso expandido a TAR, llegando a un 100% de cobertura hacia fines de 2003.

El año 2005, se inicia la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), en la cual se incluye la terapia antirretroviral, por lo cual es un derecho exigible por la población adscrita al sistema de salud público y privado. La ley otorga tres garantías a los beneficiarios de ambos subsistemas: acceso a TAR, exámenes de monitoreo y oportunidad en el acceso y protección financiera.

El beneficio de la triterapia en VIH/SIDA se aprecia en la disminución de la mortalidad, letalidad y hospitalizaciones, lo que demuestra una alta rentabilidad económica y social del tratamiento antirretroviral y un alto impacto en la sobrevivencia de las personas beneficiarias. La sobrevivencia, medida el año 2008, alcanzó a 91,2% a tres años de seguimiento (línea base 2005: 85%). En el mismo periodo, la incidencia de infecciones oportunistas disminuyó de un 8,3% a 3%, mientras que la tasa de mortalidad comenzó a disminuir lentamente a partir de 2002, de 3,5 en 2001 a 2,4 en 2007.

Prevención de la transmisión vertical

La reducción de la transmisión vertical del VIH constituye uno de los **objetivos sanitarios** del país. En 2005 se comienza la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que considera la oferta universal del test VIH a todas las embarazadas en el segundo control de embarazo, el que se encuentra garantizado por el Examen de Medicina Preventiva (EMP).

El tratamiento antirretroviral para la madre VIH + y su hijo, se encuentra protocolizado y está garantizado a través del GES. La aplicación de este protocolo ha permitido la reducción de la tasa de transmisión desde 30% (tasa observada sin protocolo) a menos de 5%.

IV. Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.

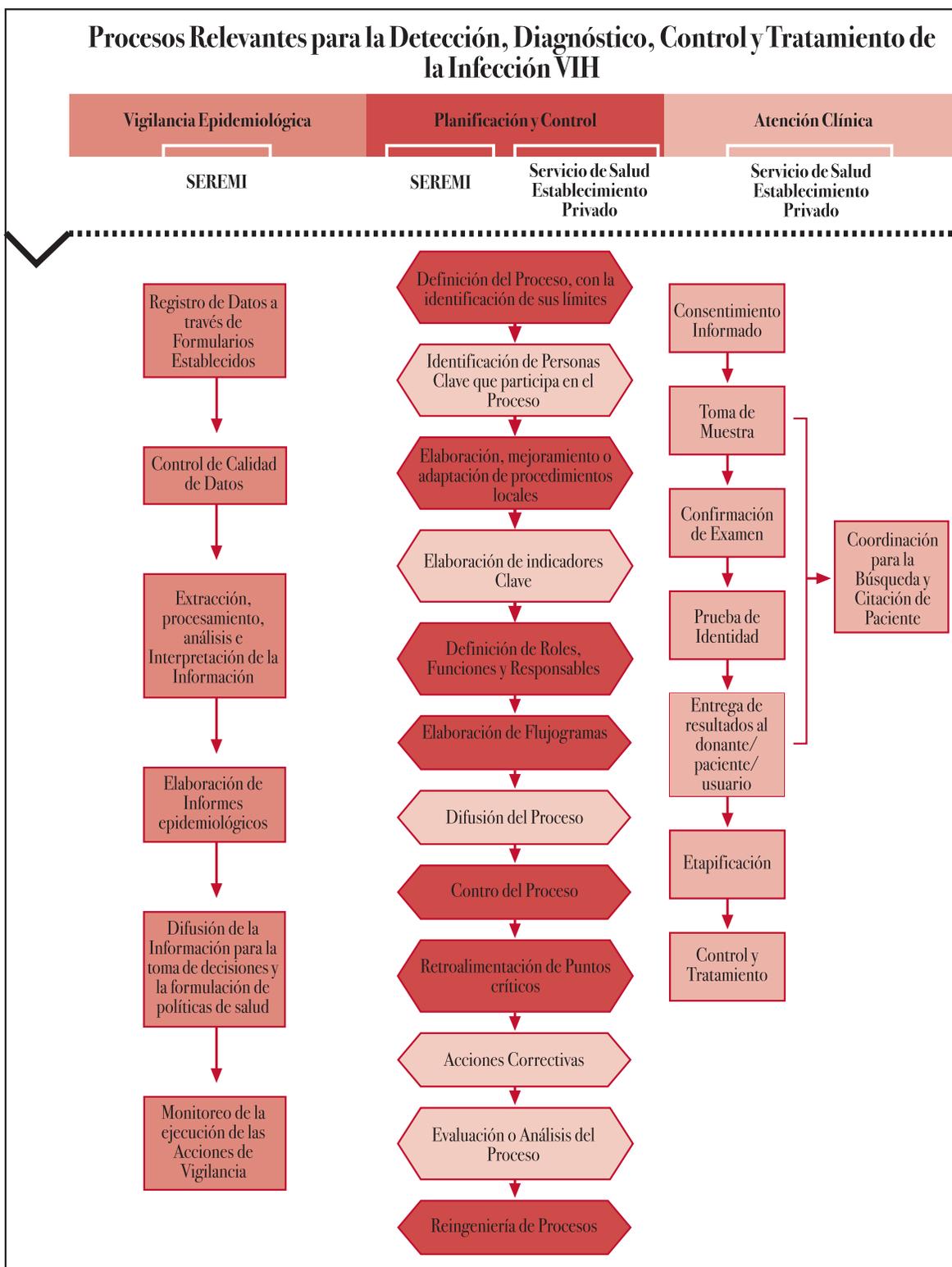
IV. Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.

En la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH se identifican tres procesos fundamentales. (ver ilustración 1)

- *El proceso de atención*, que sigue a las acciones realizadas al usuario –paciente o donante– a lo largo de la red de atención pública y privada.
- *El proceso de vigilancia epidemiológica*, que corresponde a la recolección sistemática, el seguimiento, el análisis y la interpretación de los datos, sobre eventos de salud (en este caso el VIH) o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de salud, con el fin de lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.
- *El proceso de planificación*, desde el cual se asegura la instalación y desarrollo de los procesos de atención y vigilancia epidemiológica, permitiendo monitorear y evaluar la oportunidad y calidad de la atención, en lo individual, y el impacto sobre el curso de la epidemia de VIH/SIDA, en lo colectivo.

Ilustración 1: procesos relevantes

Procesos



V.
**Proceso de atención clínica para
la detección, diagnóstico,
control y tratamiento del VIH/
SIDA.**

V. Proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.

En los próximos capítulos, nos referiremos en especial al proceso de atención clínica, identificando las especificidades y considerando cada una de las probables puertas de entrada y los tipos de usuarios o grupos de interés que ingresan a través de ellas.

Una de las premisas básicas para que una persona pueda realizarse el test de detección del VIH es la **voluntariedad** de dicha decisión. Supone considerar el impacto que el resultado tendrá en la vida del individuo, por lo cual debe ser un acto voluntario, una decisión personal tomada sobre la base de información consistente, actualizada y con evidencia científica. Se debe tener en consideración algunos elementos éticos y técnicos para que el proceso se realice de una manera que garantice el ejercicio de la ciudadanía y el respeto por la persona.

Asimismo, es necesario que el sistema de salud resguarde los principios de voluntariedad, confidencialidad de la información, confiabilidad del examen, eficacia en la referencia a los centros responsables de la atención y tratamiento de la red de atención pública o privada y acceso oportuno a control y tratamiento.

Así, en el proceso de diagnóstico confluyen los usuarios y el sistema de salud. Desde esta perspectiva, se trata de un proceso con responsabilidades compartidas, en el cual el sistema debe proporcionar el acceso oportuno al diagnóstico, la atención, control y tratamiento, y la persona debe comprometerse a retirar e informarse de los resultados de su examen, a asistir a los controles médicos y mantenerse adherente a los tratamientos.

1. Hitos del proceso

El flujo habitual se inicia en el momento que se realiza la solicitud u oferta del examen de detección del VIH al usuario/paciente⁵ y termina con la entrega de la información del resultado del examen a dicha persona y la deri-

⁵ Usuario: se refiere a una persona que solicita el examen de detección del VIH por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Paciente: se refiere a cualquier persona que está en control ambulatorio por alguna causa en un establecimiento de salud o que se encuentra hospitalizado en algún servicio clínico de un establecimiento de atención cerrada.

vacación al centro de atención correspondiente para la etapificación e ingreso a control y tratamiento si corresponde. La solicitud del examen debe quedar registrada en la ficha clínica y la orden de examen debe consignar los siguientes datos:

Datos de origen

- Fecha de emisión de la orden.
- Servicio de Salud y establecimiento de origen de la orden.
- Especialidad de origen de la orden.

Datos clínicos⁶

- Identificación de la prestación requerida.

Datos del paciente

- RUN
- Nombres, apellido paterno, apellido materno.
- N° de ficha clínica.
- Clave o código de identificación del usuario/paciente.

Datos del profesional solicitante⁷

- Nombres, apellido paterno, apellido materno de profesional solicitante.
- RUN del profesional solicitante

En el caso de los donantes⁸ que son confirmados por el Instituto de Salud Pública como positivos, entran al mismo proceso asistencial.

En el siguiente cuadro se muestran los hitos más importantes del proceso de atención clínica, los cuales serán analizados en detalle en este documento.

⁶ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

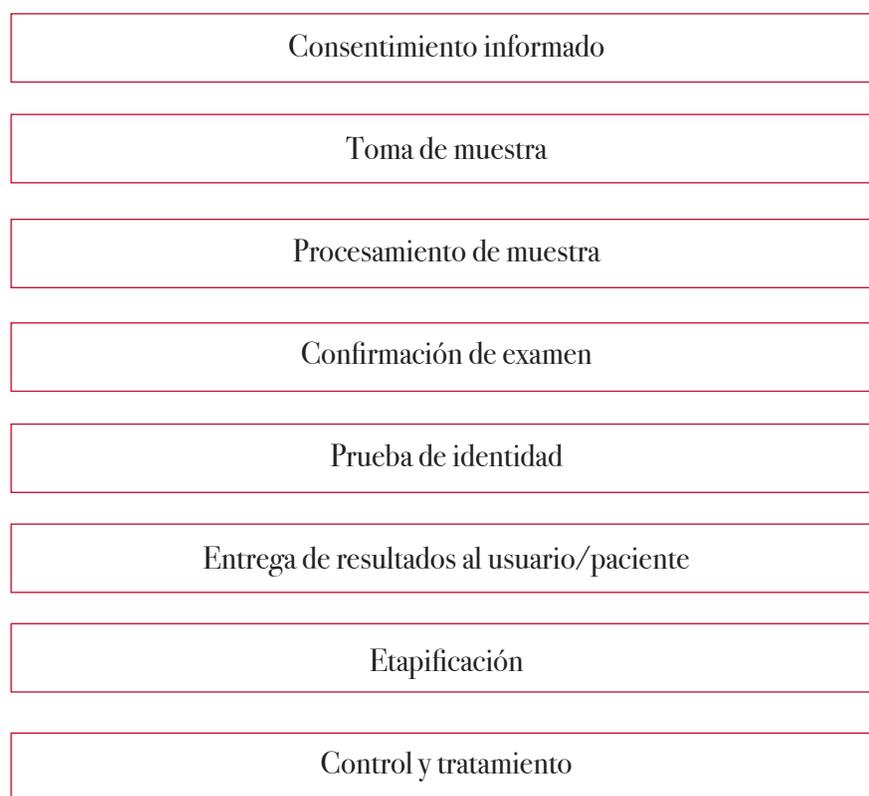
⁷ Ídem.

⁸ Donante: se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar sangre u órganos.

Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso. Es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.

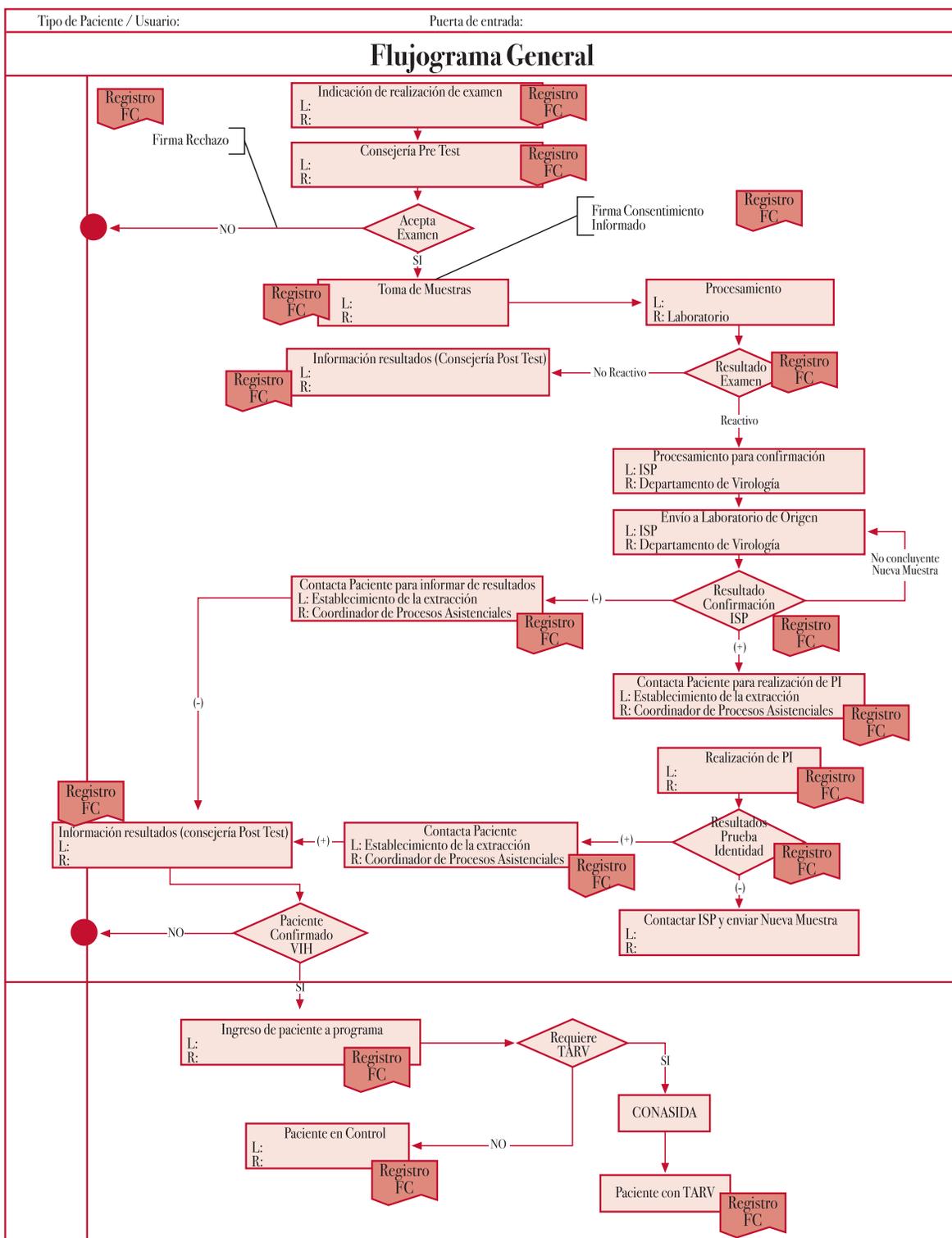
Los hitos que se grafican en la ilustración 2 han sido identificados como puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente. Por ello, se han establecido como tales, entendiendo que para su cumplimiento cabal se requiere de todas las acciones asociadas al mismo, las cuales se describen en este Manual.

Ilustración 2: hitos del proceso



A partir de los hitos identificados e indicados en el cuadro previo, se presenta el siguiente flujograma estándar, en el que se reflejan las principales etapas que se deben realizar en el proceso de atención clínica y del diagnóstico de laboratorio. Este corresponde a un proceso estándar que puede tener algunas diferencias según la puerta de entrada al sistema de atención y el tipo de persona al que se está ofreciendo el examen. Las diferencias se tratan en detalle entre las páginas 51 y 80, Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención.

Ilustración 3: flujograma general



Simbología:

registro en ficha clínica

salida del proceso de atención

decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

A continuación se describe el proceso de atención clínica, a partir de cada uno de los hitos identificados previamente.

a. Consentimiento informado

En Chile, la Ley 19.779 y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Minsal, establecen que el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre **confidencial y voluntario**, debiendo constar por escrito el **consentimiento** del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.

Tanto la entrega de información preexamen como la firma del consentimiento informado y la entrega del resultado del mismo se realizan en una actividad de **consejería**⁹, que debe ser realizada por personas capacitadas en informar tanto acerca de las características, la naturaleza y las consecuencias de la infección, como de las medidas preventivas científicamente comprobadas como válidas.

Todo el proceso se realiza en un contexto de **confidencialidad** que, según el artículo 2° del Reglamento de la Ley N°19.779, indica quiénes intervienen en el proceso del examen y, por lo tanto, están sujetos a mantener la confidencialidad de la información¹⁰.

En los establecimientos de la red pública y privada de salud, la actividad deberá ser realizada por personal capacitado en consejería en VIH/SIDA e ITS y se deberá implementar en lugares que cuenten con condiciones para atención de público y que garanticen privacidad (ver marco normativo en capítulo IX). Estos lugares pueden corresponder tanto a establecimientos de atención ambulatoria públicos –tanto de nivel primario como de especialidad– como a establecimientos privados –consultas médicas, clínicas y

⁹ Ésta puede formar parte de una consulta o un control, o ser una actividad independiente.

¹⁰ Artículo 2° del Reglamento de la Ley N° 19.779: “El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización de un examen de este tipo deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las normas sobre secreto profesional: las de la Ley N° 19.628, el Estatuto Administrativo y demás normas legales sobre la materia. Asimismo, estarán sujetas a este deber de confidencialidad las personas que laboren para el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud que tengan conocimiento de información sobre exámenes de esta naturaleza en razón de la recolección de datos estadísticos sobre la materia y del estudio y elaboración de políticas, planes o programas para enfrentar la transmisión del virus.”

laboratorios privados. También en establecimientos hospitalarios públicos y privados, en sus diferentes unidades y servicios (servicios clínicos, centros de sangre o bancos de sangre).

La consejería asociada al examen de detección del VIH se complementa con la consejería para la prevención del VIH e ITS, en aquellos casos que requieren de un mayor proceso de análisis del riesgo personal, de planificación de estrategias de prevención y de apoyo para su implementación.

Consejería asociada al examen de detección del VIH

Sus objetivos son:

- Apoyar la toma de decisiones informadas respecto del examen de detección del VIH y sus resultados.
- Entregar el resultado del examen de detección del VIH y derivar a los Servicios de Salud pertinentes, si se requiere.

Los tipos de consejería asociada al examen de detección del VIH, los tipos de usuarios y las respectivas definiciones corresponden a lo indicado en el cuadro siguiente:

Tipos de consejería según tipos de usuarios

Tipo de consejería asociada al examen de detección	Tipo de usuario	Definición
Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos	▶ Donantes de sangre y órganos	Se realizará a todas las personas que se les aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto N°182/05 del Minsal. Los <i>screening</i> practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH. La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, con el fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye. (ver actividades en capítulo VIII, pág. 132 y 134)

Tipo de consejería asociada al examen de detección	Tipo de usuario	Definición
<p>Consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen</p>	<p>▶ Embarazadas¹¹; personas en control por TBC¹²; víctimas de violencia sexual¹³; personal de salud que se haya expuesto a accidentes cortopunzantes de riesgo para la transmisión del VIH¹⁴; personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual¹⁵; consultantes con sintomatología sugerente de Infecciones de Transmisión Sexual¹⁶; personas en control de salud sexual (comercio sexual)¹⁷; pacientes en diálisis¹⁸; pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH.</p> <p>Ver también «situaciones específicas», entre las páginas 78 y 80.</p>	<p>Es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario que consulta en un establecimiento de salud. El objetivo principal es permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente.</p> <p>Se realizará a aquellas personas a las que se les ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan. (ver actividades en capítulo VIII, pág. 132 y 134)</p>
<p>Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario</p>	<p>▶ Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.</p>	<p>Es aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico. (ver actividades en capítulo VIII, pág. 133 y 137)</p>

¹¹ Norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005.

¹² *Manual de organización y normas técnicas*, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005. Aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

¹³ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud, Chile.

¹⁴ Norma general técnica N° 48 sobre manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH. Aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo de 2000 del Ministerio de Salud, Chile.

¹⁵ Norma de manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de julio de 2008 del Ministerio de Salud.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Decreto N° 2357 de 2005 y su modificación Decreto N° 558 de 2001 que aprueba reglamento sobre centros de diálisis. Artículo 17. Y Resolución Exenta N° 60 de 2007, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966.

b. Toma de muestra

Una vez que la persona está de acuerdo con la realización del examen, se le ha realizado la consejería pretest y haya firmado el consentimiento informado (ver formato sugerido en anexo b), se le realizará la toma de muestra de sangre. Esto puede ocurrir en el mismo establecimiento en donde se le realizó la consejería, o bien, ser derivado a otro establecimiento público o privado de referencia. Es en este último establecimiento dónde se deben registrar todos los datos del usuario/paciente:

- RUN
- Nombres y apellidos
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Previsión
- Comuna de residencia
- Dirección
- Teléfono(s) de contacto, fijo y móvil
- Establecimiento de atención primaria en el cual está inscrito (en caso de ser FONASA)
- Número de ficha
- Código de identificación del usuario/paciente
- Código de barra o identificación específica de la muestra

Posteriormente, debe construirse el código de identificación del usuario al cual se le ha solicitado el test de detección del VIH, según lo establecido como sigue.

Clave o código de identificación

Para respetar la confidencialidad, las muestras se rotulan con un código del paciente/usuario que reserva el nombre. El código se codifica y decodifica en el establecimiento de origen de toma de la muestra, ya que éste es el que debe tener registrada toda la información del paciente/usuario en la ficha, la cual tiene legalmente carácter confidencial.

El código de identificación del usuario debe construirse al momento de la toma del examen para rotular el tubo que contiene la muestra de sangre, lo cual debe realizarse con la cédula de identidad de la persona a la vista.

El código se elabora de la siguiente manera:

- Inicial del primer nombre y de los dos apellidos, es decir, se registran tres letras.
- Fecha de nacimiento con el formato dd/mm/aa.
- Tres últimos dígitos del RUN y dígito verificador.

Por ejemplo: Juan Alejandro López Muñoz, fecha nacimiento 03 de febrero de 1964 y RUN 9.457.883-2, código: JLM 030264 883-2

Si el paciente no dispone de RUN, como es el caso de los recién nacidos, se debe completar la clave de recién nacido de la siguiente forma:

- RN/inicial del primer nombre y de los dos apellidos de la madre y fecha de nacimiento del niño con el formato dd/mm/aa.
- El código definitivo se construirá una vez se disponga del RUN y se reemplazará en los registros respectivos.

Si la persona tiene un solo apellido, el código se construye con la primera letra del primer nombre y la primera letra del apellido. En el espacio correspondiente a la inicial del segundo apellido se completará con el signo #.

Si la persona tiene un apellido compuesto se utiliza sólo la primera letra del apellido compuesto, por ejemplo: Jorge López Del Canto, las iniciales que inician el código son: JLD. Si el apellido fuese Carlos San Martín De la Rúa, el código correspondería a: CSD.

Excepcionalmente, una persona puede no disponer del RUN al momento de la toma de muestra de sangre, como son los casos de los extranjeros de paso por el país o en proceso de regularización o pacientes que al momento de la toma de muestra no tienen el documento y no es posible disponer de él inmediatamente:

El código debe construirse de la siguiente manera:

- Inicial del primer nombre y dos apellidos
- Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
- En los espacios correspondientes al RUN se completa con ABC-D

Una vez que se disponga del documento RUN se debe reemplazar en los registros. En todo caso se priorizará la toma de examen con el RUN disponible

Cabe señalar que en la mayor parte de los establecimientos los SOME, o las oficinas de estadística, tienen acceso a la base de datos de identidades del Registro Civil¹⁹, por lo que se debe recomendar a los funcionarios que registran la toma de muestra consultar a esas instancias en el establecimiento, para reducir el número de casos sin información.

El tubo con la muestra de sangre tomada debe rotularse con una etiqueta que debe registrar los siguientes datos:

- Código de Identificación del usuario/paciente
- Código de barra o identificación específica de la muestra. Esta identificación deberá estar consignada en la orden de examen
- Fecha toma de muestra

Posteriormente, la muestra rotulada se enviará al laboratorio asignado o definido en cada establecimiento privado o público y red de atención para su procesamiento.

¹⁹ Ord. B52/1963 del 17 de julio de 2007

c. Procesamiento y análisis de la muestra

El análisis de la muestra de sangre se realiza en el laboratorio del hospital para los usuarios/pacientes, centro de sangre o banco de sangre, para el caso de los donantes. En el caso del sector privado de salud el análisis se realiza en laboratorios clínicos, laboratorios de clínicas o establecimientos de salud de atención abierta o cerrada.

Al realizar el procesamiento de la muestra, se pueden obtener dos resultados: un resultado no reactivo o un resultado reactivo. En los casos en que la muestra sea insuficiente o existan problemas que impidan su procesamiento se solicitará la toma de una nueva muestra para procesar.

Los informes de los exámenes realizados deberán entregarse en documentos en que conste el nombre del laboratorio, técnica empleada, resultados y valores de referencia, fecha de entrega, nombre y firma del profesional responsable del examen²⁰. Los informes de resultados deben tener una identificación clara del examen, sin ambigüedades, incluyendo el método de medición (letra a del punto 5.8.3 de la NCh 2547, oficio 2003).

Resultado no reactivo local, es decir, no se detectó anticuerpos/antígeno específicos para VIH, o la muestra los contiene pero están por debajo del límite de detección de la prueba utilizada.

El laboratorio envía el resultado al lugar de la toma de muestra, que es el único que posee la información de identificación del paciente. Éste, según el flujo definido en cada red —ya sea pública o privada—, deberá proporcionar este antecedente a la persona a cargo de informar al paciente de su resultado, a través de la consejería postest.

Resultado reactivo local, es decir, se detectó anticuerpos/antígeno específicos para VIH, al ser sometido a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje y se obtuvo «resultados positivos en a lo menos dos de los tres exámenes señalados en este artículo, deberá el laboratorio requerir al Instituto de Salud Pública de Chile un examen suplementario para confirmación de especificidad de los anticuerpos detectados, enviando la misma muestra.»²¹

²⁰ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

²¹ Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005.

Los procedimientos específicos a realizar frente a ambos resultados se describen en el punto Ingreso de usuarios al Sistema de Salud (puertas de entrada, páginas 50 a 74).

d. Análisis en el Instituto de Salud Pública, confirmación de exámenes

En el caso de ser un resultado reactivo a nivel local, el laboratorio debe enviar la muestra al laboratorio de virología del Instituto de Salud Pública.²²

Para que el ISP realice el análisis de la muestra oportunamente, es imprescindible que cada establecimiento y laboratorio clínico efectúe el control de procesos pertinente, con el fin de optimizar los tiempos para la realización de la prueba de identidad y la entrega del resultado al paciente. Para ello, cada establecimiento, tanto público como privado, debe verificar el cumplimiento y la adecuada ejecución de los siguientes puntos:

- Formulario de envío de muestras al ISP completo, es decir, enviar con todos los datos solicitados.
- Coherencia entre el código del tubo y el del formulario.
- Volumen de muestra suficiente (1 ml de suero)²³
- Cuando se solicite sangre con anticoagulante se deben enviar 4 ml y utilizar EDTA (pediátricos y adultos)²⁴.
- Envío de las muestras al ISP a la brevedad posible, en un plazo no mayor a 5 días después de realizado el tamizaje a nivel local y transporte de acuerdo con la norma técnica²⁵.
- Cuando el laboratorio que derivó la muestra disponga de estafeta acreditado ante el ISP, el retiro de resultados debe hacerse de manera periódica (Instructivo 09-01). El estafeta se acredita mediante carta dirigida al jefe de sección SIDA y debe registrarse en el ISP.

²² Ídem

²³ Norma Técnica de Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública y Norma Técnica para el Transporte de Substancias Infecciosas a Nivel Nacional hacia el ISP, 2008.

²⁴ Ídem.

²⁵ Norma Técnica para el Transporte de Substancias Infecciosas a Nivel Nacional hacia el ISP, 2008.

Observación: los resultados se envían por correo certificado. Para agilizar el sistema, el laboratorio, si lo requiere, puede utilizar el sistema de estafeta acreditado.

Los resultados del ISP pueden ser de tres tipos:

- Resultado negativo
- Resultado positivo
- Resultado indeterminado o no concluyente

Si el informe del ISP da como resultado:

Negativo: el ISP remite el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Se deberá proceder de acuerdo con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo que se encuentra descrito entre las páginas 50 y 74.

El establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que reciba el resultado debe utilizar el mismo procedimiento descrito con el resultado de tamizaje no reactivo, es decir, enviar el informe al establecimiento de origen, en caso de haberse realizado la toma de muestra en otro establecimiento.

Positivo: el ISP remite el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Este último deberá solicitar al establecimiento que tomó la muestra inicial, en caso de ser otro establecimiento, la toma de una nueva muestra de sangre para la realización de la prueba de identidad (PI). La citación del paciente se realizará en coherencia con el flujo y mecanismos definidos en cada red y las recomendaciones de este Manual, lo cual se encuentra descrito entre las páginas 86 y 88.

Indeterminado o no concluyente: Si los análisis realizados por el ISP de acuerdo al algoritmo establecido no son concluyentes, este organismo remitirá el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Este último deberá solicitar al establecimiento que tomó la muestra inicial, la toma de una nueva muestra de sangre para continuar con el algoritmo definido por el ISP.

La citación del paciente se realizará en coherencia con el flujo y mecanismos definidos en cada red de establecimientos del Servicio de Salud y de cada establecimiento o red de salud privada y las recomendaciones de este Manual, a saber: páginas 86 a 88.

e. Prueba de identidad

La prueba de identidad debe realizarse antes de entregar el resultado positivo confirmado por el ISP al paciente. Esto requiere de la solicitud y la toma de una nueva muestra de sangre para la realización del respectivo test de tamizaje, el que, de resultar reactivo, confirma la identidad del paciente y determina que el procedimiento no tiene errores, por lo tanto, se debe entregar el examen confirmado por el ISP.

Si el resultado es no reactivo, se debe contactar al ISP y tomar una nueva muestra de sangre al usuario/paciente para su estudio. Asimismo, y de acuerdo con lo establecido por el ISP, se debe realizar a nivel local una completa revisión de los procedimientos y la auditoría de procesos correspondiente.

Uno de los puntos críticos del proceso corresponde a la ubicación del paciente para la toma de una nueva muestra de sangre a fin de realizar la prueba de identidad. Desde el ISP el resultado es enviado al establecimiento que derivó la muestra con el código del paciente. Dado que los datos de identificación de la persona son registrados y se encuentran en el establecimiento de la toma de muestra, se debe coordinar para que el resultado, codificado y disponible en el establecimiento que recibe el resultado, se pueda comparar y complementar con los datos de la persona, los cuales fueron recopilados y registrados al momento de la toma de muestra y también se encuentran en la respectiva ficha del paciente.

En muchos establecimientos públicos los equipos responsables de la toma de muestra o de los laboratorios de los establecimientos, se han hecho cargo de la citación de los pacientes para la realización de la prueba de identidad, subutilizando los mecanismos habituales de la red pública destinados a esta tarea, según los cuales los laboratorios no deben ser responsables de contactar a los pacientes, ya que esta es una función del establecimiento que otorgó la atención clínica y puede ser realizada por otras unidades o departamentos con funciones y atribuciones específicas más acordes a esta tarea.

Con el fin de cautelar la confidencialidad de la información propia de las personas y del proceso, entre las cuales está incluido el diagnóstico, se deben desarrollar procedimientos para la citación como en el resto de los problemas de salud (ver páginas 86 a 88).

Las acciones implementadas para la realización de la prueba de identidad deben registrarse en los respectivos instrumentos de registro del establecimiento –ficha clínica u otro en formato papel y electrónico.

f. Entrega de resultados: consejería posresultado de examen de detección del VIH (consejería postest)

En nuestro país la entrega de resultado del examen de detección del VIH está regulada por la Ley 19.779 y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Ministerio de Salud. Este último explicita que:

Artículos 3° y 4°

La entrega de los resultados se establece como un proceso personal y reservado que no impide las notificaciones epidemiológicas que se requieran para fines estadísticos.

Artículo 9°

La entrega del examen, tanto si es positivo como negativo, se hará con consejería al interesado, en lo posible por la misma persona que efectuó la consejería previa al test. En ella, junto con darle a conocer el resultado del mismo, se le dará la información que le permita tomar decisiones informadas respecto de sus comportamientos futuros, tanto para permanecer sin infección como para integrarse y mantenerse en los sistemas de control y tratamiento, si sus exámenes han resultado positivos para el VIH. En caso de resultado positivo, dicha entrega sólo se verificará una vez que se hayan realizado todos los exámenes confirmatorios establecidos en el artículo anterior.

Se deben considerar los siguientes casos en la entrega de resultados y la realización de consejería posttest:

No reactivo local/negativo postanálisis ISP

A los únicos usuarios que no se les realizará la consejería y no se les entregará el resultado del test cuando sea no reactivo local o negativo postanálisis ISP, será a los donantes de sangre u órganos. Al resto de los usuarios, con resultado de examen no reactivo o negativo, se les entregará el resultado de acuerdo con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo cual se encuentra descrito en capítulo VIII, pág. 139.

Confirmado como positivo (+) por el ISP

La consejería será realizada sólo cuando se haya completado todo el proceso de confirmación, incluyendo la prueba de identidad e independiente del tipo de situación que dio origen al examen y al tipo de consejería. Lo anterior se realizará en coherencia con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo cual se encuentra descrito en el punto 2 de este capítulo, pág. 50 a 80 y en el capítulo VIII, pág. 140 y 141.

Las acciones realizadas deben registrarse en los respectivos instrumentos de registro –ficha clínica u otro en formato papel y electrónico– de acuerdo con lo indicado en el capítulo VIII.

g. Ingreso a control en centro de atención de especialidad

El sistema de salud público brinda atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA, adultos y pediátricos, en los centros de atención de personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH), los que se encuentran en los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Atención de Especialidades (CAE) o Centros de Especialidad (CE) de la red de establecimientos de los Servicios de Salud del país. En cada uno de estos centros hay un equipo encargado de la recepción, diagnóstico, control, tratamiento y atención continua de los usuarios.

Respecto de los pacientes provenientes del sector privado, ellos deben consultar en sus respectivos seguros acerca de cuál(es) es(son) el(los) centro(s)

de atención de especialidad en el(los) que pueden ser controlados y tratados, de modo de ingresar al GES en caso de requerir tratamiento antiretroviral.

Las personas ingresan a control en los establecimientos públicos derivadas desde los establecimientos de atención primaria, o de alguna unidad o servicio clínico de los hospitales y centros ambulatorios (banco de sangre, servicios clínicos centro de ITS, servicios de urgencia, trasladadas de un centro de atención de VIH/SIDA de otro Servicio de Salud). También pueden ser derivadas de organizaciones no gubernamentales y sociales en convenio o coordinadas con la red de atención.

Los requisitos generales para que las personas puedan ingresar a los programas de estos centros de atención son:

- Ser beneficiario/a del Sistema Público de Salud, a través de FONASA o del Programa de Reparación en Atención Integral en Salud o Derechos Humanos (PRAIS).
- Tener un diagnóstico serológico VIH (+) confirmado por el ISP.
- Al ingreso deben presentar su cédula de identidad en el SOME para verificar sus antecedentes, domicilio, previsión de salud y abrir ficha si no la tuvieran.
- Los usuarios deben solicitar hora para ingresar al programa, de acuerdo con los procedimientos definidos en cada uno de los centros de atención.
- La primera atención de ingreso al programa de control y seguimiento es realizada por un profesional de la salud —enfermera o matrona—, quien hace el ingreso, verifica el resultado de la confirmación realizada por el ISP, solicita exámenes complementarios y cita al paciente para atención con un médico.
- Debe existir agenda para cada uno de los profesionales que realicen atenciones, además de hojas diarias de atenciones.

2. Ingreso de usuarios al sistema de salud (puertas de entrada)

Las personas pueden ingresar al proceso de diagnóstico y confirmación del VIH a través de diferentes establecimientos que constituyen puertas de entrada a los establecimientos de las redes públicas y establecimientos privados del sistema de salud. Cada una de estas puertas de entrada tiene sus particularidades, las que van a depender en parte de su especificidad, como también del grupo de origen –tipo de usuario– que accede.

En la figura siguiente se detallan las principales puertas de entrada y los grupos de origen que mayoritariamente acceden a través de ellas.



* Se han incorporado estos usuarios en ambas puertas de entradas ya que éstas variarán de acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada.

En cada una de estas puertas de entradas, y según el tipo de paciente o usuario que ingrese, puede haber algunas variaciones al proceso general descrito en los capítulos anteriores. En los siguientes párrafos se describen las acciones específicas de acuerdo con estos criterios y se describen los principales puntos críticos que deben ser considerados para asegurar la continuidad de la atención.

3. Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención clínica

Los puntos críticos corresponden a etapas clave del proceso para la continuidad de la atención del usuario.

a. Proceso y flujo de donantes de sangre

Puerta de entrada: casas de donantes de centros de sangre, y bancos de sangre de establecimientos públicos y privados.

Tipo de usuario: donante de sangre.

La puerta de entrada en este caso debe ser entendida como el lugar físico dónde se extrae la sangre, ya sea de donantes altruistas voluntarios o donantes de reposición.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Información de resultado no reactivo al tamizaje y negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad y derivación a la red asistencial en caso de confirmación positiva por parte del ISP, para entrega de resultado/consejería posttest, control y tratamiento definido en la red.

Consejería pretest

En este caso se aplica la **consejería y detección del VIH en donantes** de sangre, descrita en el capítulo VIII de este Manual, pág. 132 y 134. La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, a fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye. Se debe enfatizar en que los *screening* practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza –entre otros– el test de detección del VIH, permitiendo con ello disponer de sangre y productos sanguíneos que garanticen la seguridad para el donante y el receptor.

Existe en la ficha de cada donante un documento de consentimiento informado²⁶. Éste tiene por objetivo que el usuario esté en conocimiento de los exámenes que se le realizarán a la sangre donada.

Asimismo, el documento señala que en caso de que estos exámenes resulten positivos (cualquiera de ellos) se le comunicará al usuario, según el procedimiento establecido por cada red.

Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativos posanálisis del ISP

En este caso **no se informan los resultados al donante**²⁷, dado que esta regla aplica cuando se trata de pacientes²⁸ y usuarios²⁹. Si un donante cuyo examen resultó no reactivo solicita la entrega del mismo, se debe derivar al lugar definido en la red de establecimientos públicos o privados para la entrega del resultado con consejería post – test.

Realización de la prueba de identidad y derivación a la red asistencial en caso de confirmación positiva (ISP), para entrega de resultado consejería posttest, control y tratamiento.

La cartera de servicios ofertada por el banco de sangre tiene relación con exámenes realizados sobre la muestra para la entrega de productos seguros (componentes sanguíneos para transfusión), por lo tanto, cuando una mues-

²⁶ Véase modelo sugerido en anexo a páginas 153 y 154.

²⁷ Donante: se refiere a aquella persona que acude a un Establecimiento de Salud a donar sangre u órganos.

²⁸ Paciente: se refiere a cualquier persona que está en control ambulatorio por alguna causa en Establecimientos de Salud, o que se encuentra hospitalizado en algún servicio clínico de un Establecimiento de atención cerrada

²⁹ Usuario: se refiere a una persona que solicita el examen de detección del VIH por iniciativa propia en un establecimiento de salud.

tra es confirmada como positiva por el ISP, el donante pasa a ser paciente, por lo que las acciones a partir de la prueba de identidad deben realizarse en la red asistencial más cercana a la residencia del paciente. Para asegurar la continuidad de la atención de los pacientes, se requiere que una vez que se detecte que ese donante tiene una confirmación positiva para el VIH sea derivado a un establecimiento de la red de atención, cercana a su residencia o a la inscripción en un establecimiento de atención primaria, para que se le realice la prueba de identidad y se le informe de su condición a través de la consejería posttest. En el caso de los donantes pertenecientes al sector privado que hayan donado en establecimientos públicos, se les deberá citar para realizar la prueba de identidad e informar su resultado, indicándoles que deben acudir a un establecimiento de la red de su seguro de salud para continuar con su proceso de atención.

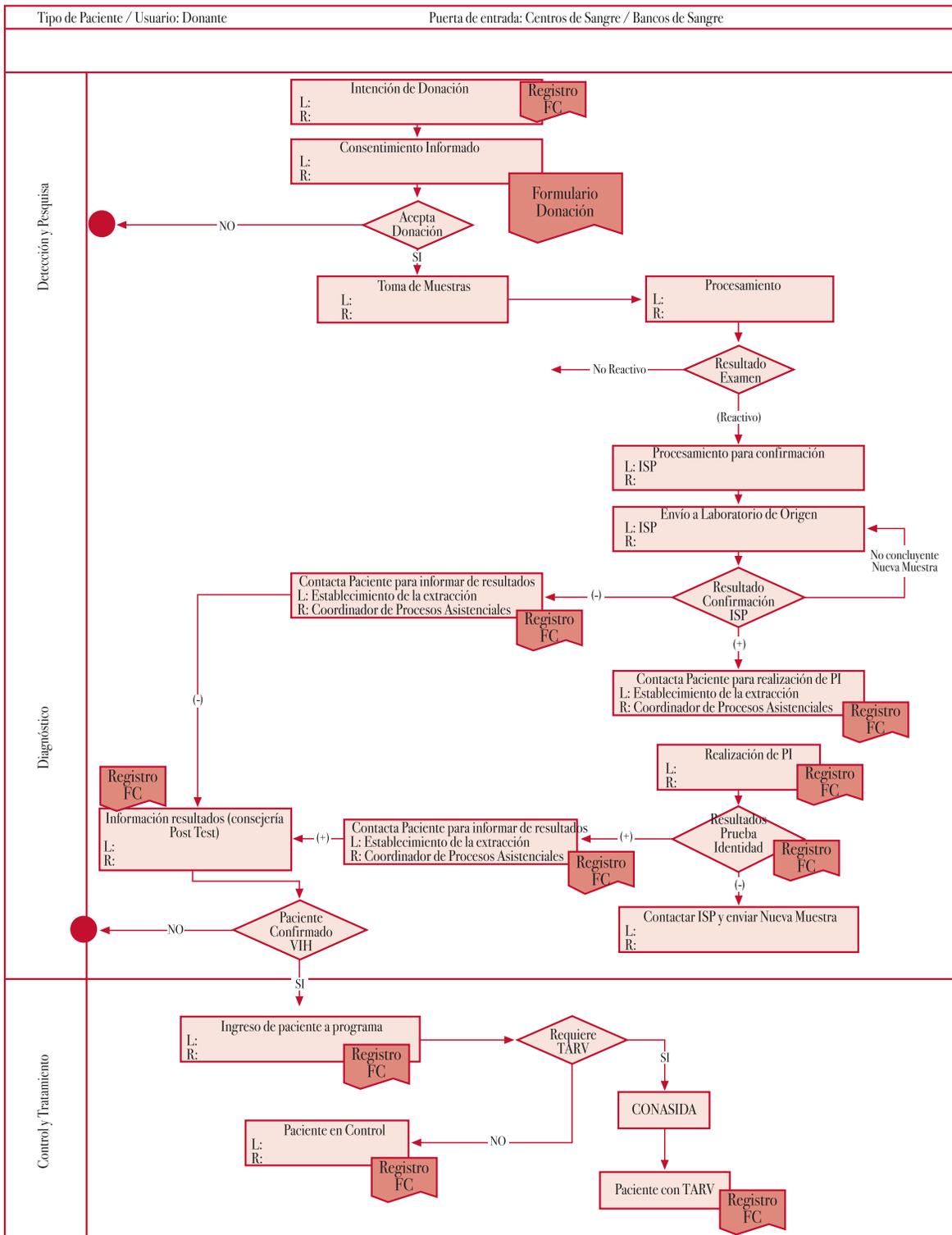
Dado que el resultado positivo llega al banco de sangre del establecimiento, éste debe informar, en el caso de los establecimientos públicos, al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento al cual pertenece (ver página 82), con el fin de que este último realice las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la prueba de identidad. la citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

Si el paciente reside en una jurisdicción de otro Servicio de Salud, el coordinador de procesos asistenciales del establecimiento deberá enviar oficialmente los antecedentes, a través de un oficio reservado, al coordinador del Servicio de Salud de dicha red (ver página 82), para que éste gestione el envío oficial, a través de un oficio reservado de director a director de Servicio de Salud, y coordine con el Servicio de Salud respectivo la citación del paciente a la realización de la prueba de identidad, manteniendo la confidencialidad de los datos del paciente durante todo el procedimiento.

En el caso de los centros de sangre en los cuales se centraliza el procesamiento, será éste el que recibirá el informe de confirmación del ISP y deberá referirlo al establecimiento en el cual se extrajo la sangre, con el fin de que éste realice la prueba de identidad en coherencia con lo ya indicado.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, el paciente debe ser derivado a la red asistencial establecida para la entrega de resultado con consejería posttest e ingresado a control y tratamiento, si este último corresponde.

Ilustración 4: flujograma centro de sangre-banco de sangre



Simbología:

registro en ficha clínica

salida del proceso de atención

decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Considerando el marco conceptual y flujograma previo, en el anexo d páginas 170 a 176, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados con el examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

b. Proceso y flujo en usuarios/pacientes de atención ambulatoria: por control en programas de salud, consulta médica y consultantes por iniciativa propia

Puerta de entrada: consultas médicas; establecimientos de atención primaria del sector público; consultas de especialidad.

Tipos de usuarios

- Embarazadas³⁰
- Personas en control por TBC
- Pacientes en diálisis
- Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo para el VIH.
- Consultantes espontáneos a cualquier establecimiento ambulatorio público o privado que deseen, por iniciativa propia, tomarse el examen.
- Consultantes por ITS en el sector público o privado o personas en control en Unidades de Atención y en Control de Salud Sexual (UNACESS).
- Pacientes en los que el médico, y/o profesional de la salud, indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH.
- Víctima de violencia sexual³¹.

³⁰ En el caso de una embarazada con edad gestacional avanzada cuyo test de detección resulta reactivo, deberá ser referida al centro de atención de PVVIH con el fin de evaluar la pertinencia de inicio de Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical y su derivación al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

³¹ De acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada, este usuario puede ingresar por esta puerta de entrada o por la puerta de entrada hospitalización.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento.

Consejería pretest

La oferta o solicitud del examen de detección del VIH se realiza por indicación de normativas ministeriales, por situaciones clínicas en las cuales el médico y/o profesional de la salud, indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH, o bien por consultantes que por iniciativa propia soliciten realizarse el mismo.

Las consejerías que se aplican en este caso corresponden a:

- Consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen.
- Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario.

En el capítulo VIII de este Manual se encuentra la descripción en detalle de ambas consejerías, pág. 135 a 138 y en el anexo b, pág. 155 se encuentra un formato sugerido de consentimiento informado.

Información de resultados no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen (ver capítulo VIII, pág. 139)

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería posttest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, si así se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por el establecimiento tiene relación con la realización del examen con fines diagnósticos. Ello para la toma de decisiones relacionadas con la disminución de los riesgos asociados a la infección por VIH. En términos generales, se busca acceso a diagnóstico, control y tratamiento oportunos³³.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio del establecimiento del cual fue derivado, este último debe informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que originó la muestra (Ver página 82).

El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la realización de la prueba de identidad, en el caso en que éste se encuentre inasistente a la citación (fecha acordada en la consejería pretest

La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88. En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que el profesional que solicitó el examen entregue los resultados/consejería posttest al paciente y lo derive al lugar de control y tratamiento definido en la red. Si esto no fuese posible, el establecimiento debe definir y oficializar el procedimiento que se realizará.

Considerando el marco conceptual y flujograma previo, en los anexos e y f y pág. 177 a 189, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados al examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

³³ En el caso de las embarazadas se busca evitar o disminuir la transmisión vertical, en las personas en control por TBC, dado la alta asociación TBC-VIH, se pretende realizar el diagnóstico precoz con el objetivo de mejorar el pronóstico de ambas patologías y adecuar los esquemas terapéuticos a esta asociación. En el caso de los consultantes por ITS o personas en control en UNACESS, y dado que la presencia de ITS es un factor de vulnerabilidad frente al VIH, se busca acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos. Por otro lado, se busca incidir en la prevención secundaria para quienes ya viven con el VIH.

c. Atención ambulatoria: caso específico diálisis

Puerta de entrada: centros de diálisis

Tipo de usuario: pacientes en diálisis

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest
- Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definido para control y tratamiento, si este último se requiriera.

Consejería pretest

La oferta o solicitud del examen de detección del VIH se realiza en el contexto de la normativa ministerial sobre la diálisis.

En este caso se aplica la consejería y detección del VIH en que el profesional de salud ofrece el examen. En el capítulo VIII de este Manual, pág. 132, 135 a 137, se encuentra la descripción en detalle de esta consejería y en el anexo b (ver página 155) se encuentra un formato sugerido de consentimiento informado.

Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen (ver capítulo VIII, pág. 139 y 140).

Realización de la prueba de identidad en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, si se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por el establecimiento tiene relación con la realización del examen con fines diagnósticos. Ello para la toma de decisiones relacionadas con la disminución de los riesgos asociados con la infección por VIH.

En términos generales, se busca acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio del cual fue derivado, este último debe informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento público o privado que originó la muestra. El coordinador es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento público o privado, para la citación del paciente a la prueba de identidad. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que el profesional que solicitó el examen entregue los resultados/consejería postest al paciente y derive al lugar de control y tratamiento definido en la red de atención pública o privada. Si esto no fuese posible, el establecimiento público o privado debe definir y oficializar el procedimiento que se realizará.

d. Atención ambulatoria: caso específico organismos no gubernamentales (ONG)

Puerta de entrada: organismos no gubernamentales (ONG) que cumplen con los requisitos normativos para toma de exámenes.

Tipo de usuario: Persona que se acerca por iniciativa propia al organismo para solicitar el examen y conocer su estado serológico.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest

- Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si este último se requiriera.

Consejería pretest

En este caso se aplica la consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario, descrita en el capítulo VIII, pág. 137 y 138.

Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen, de acuerdo con lo indicado en el capítulo VIII, pág. 139 y 140.

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si así se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por la organización en términos generales se relaciona con el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos, así como a la promoción de conductas preventivas.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio al cual la ONG envió el examen para su procesamiento, debe estar claramente explicitado lo siguiente:

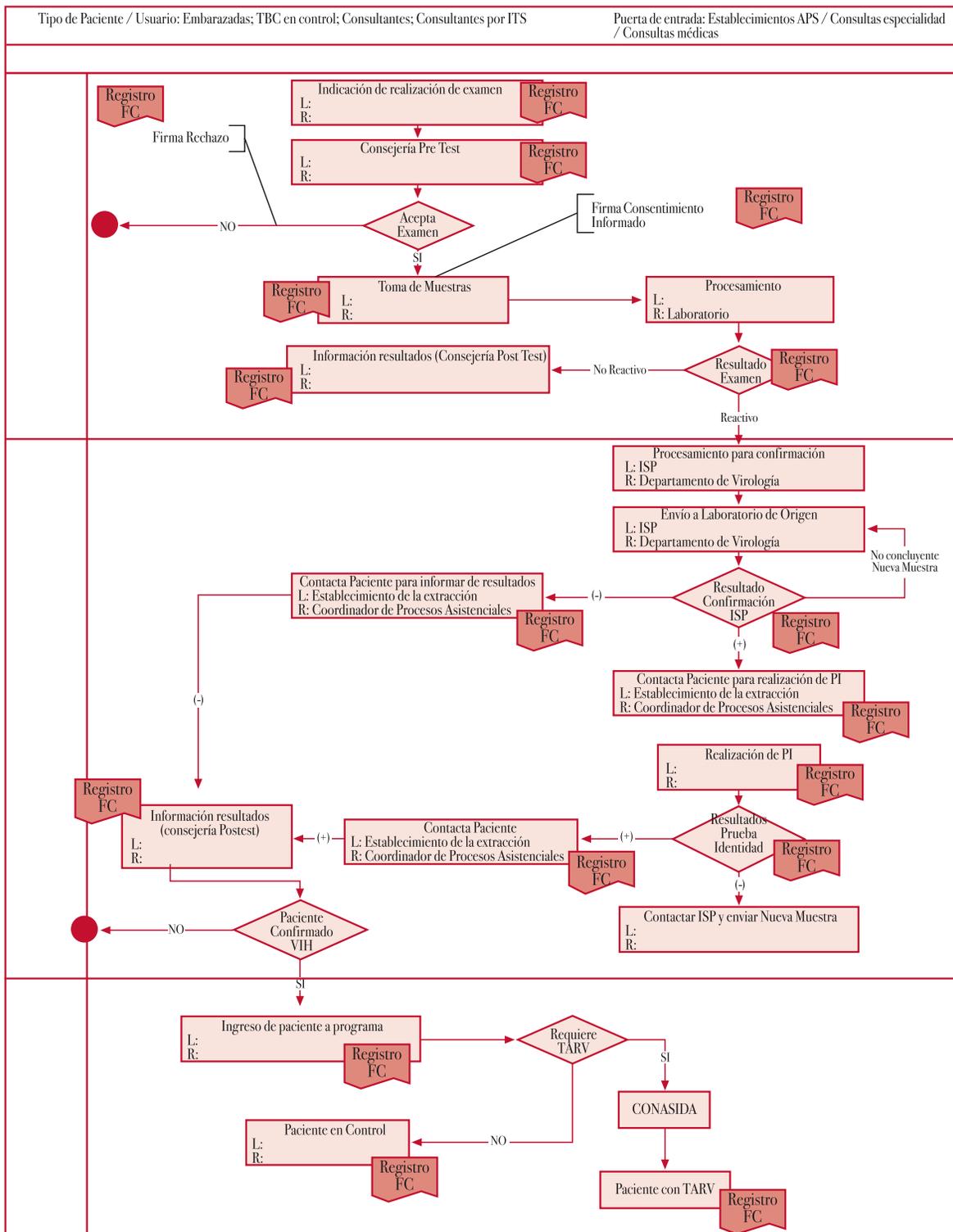
- Procedimiento para comunicación y envío de resultado del ISP desde el laboratorio a la ONG.
- Procedimiento de citación de la persona y lugar para realización de la prueba de identidad.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que la persona que realizó la consejería pretest y solicitó el examen entregue los resultados/consejería postest al paciente, capítulo VIII, páginas 140 y 141.

Respecto de la derivación a un centro de atención a personas viviendo con VIH, con el fin de que la persona acceda a control y tratamiento si lo requiere, se debe considerar lo siguiente:

- Si el paciente es beneficiario del sector público de salud, la ONG debe establecer la coordinación y/o convenio con uno o más Servicios de Salud para tales efectos.
- Si el paciente es beneficiario del sector privado de salud se derivará de acuerdo a la red de atención de su seguro de salud y/o a la que decida el paciente.

Ilustración 5: flujograma usuario/paciente atención ambulatoria



Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser
definido localmente en cada una de las redes.

R: responsable de la acción. Esto debe ser defini-
do localmente en cada una de las redes.

e. Paciente hospitalizado

Puerta de entrada: hospitalización.

Tipos de pacientes:

- Pacientes hospitalizados en servicios clínicos de establecimientos de salud públicos o privados.
- Embarazadas que llegan a la maternidad sin examen de detección previa.
- Recién nacidos hijos de madres VIH +.
- Donantes de órganos.

Pacientes hospitalizados en servicios clínicos

El servicio clínico en el cual está hospitalizado el paciente y solicita el examen es el responsable de realizar la consejería pretest. El tipo a realizar corresponde a la consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen. Asimismo, se debe cumplir con todos los procedimientos relativos a la toma de muestra de sangre y rotulación del tubo de acuerdo a lo descrito entre las página 40 y 42.

El punto crítico en este proceso es el momento del alta del paciente:

- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis ISP;
- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH y la respectiva confirmación del ISP.

El resultado del ISP llegará al laboratorio del establecimiento que originó la muestra. El responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento (ver página 82).

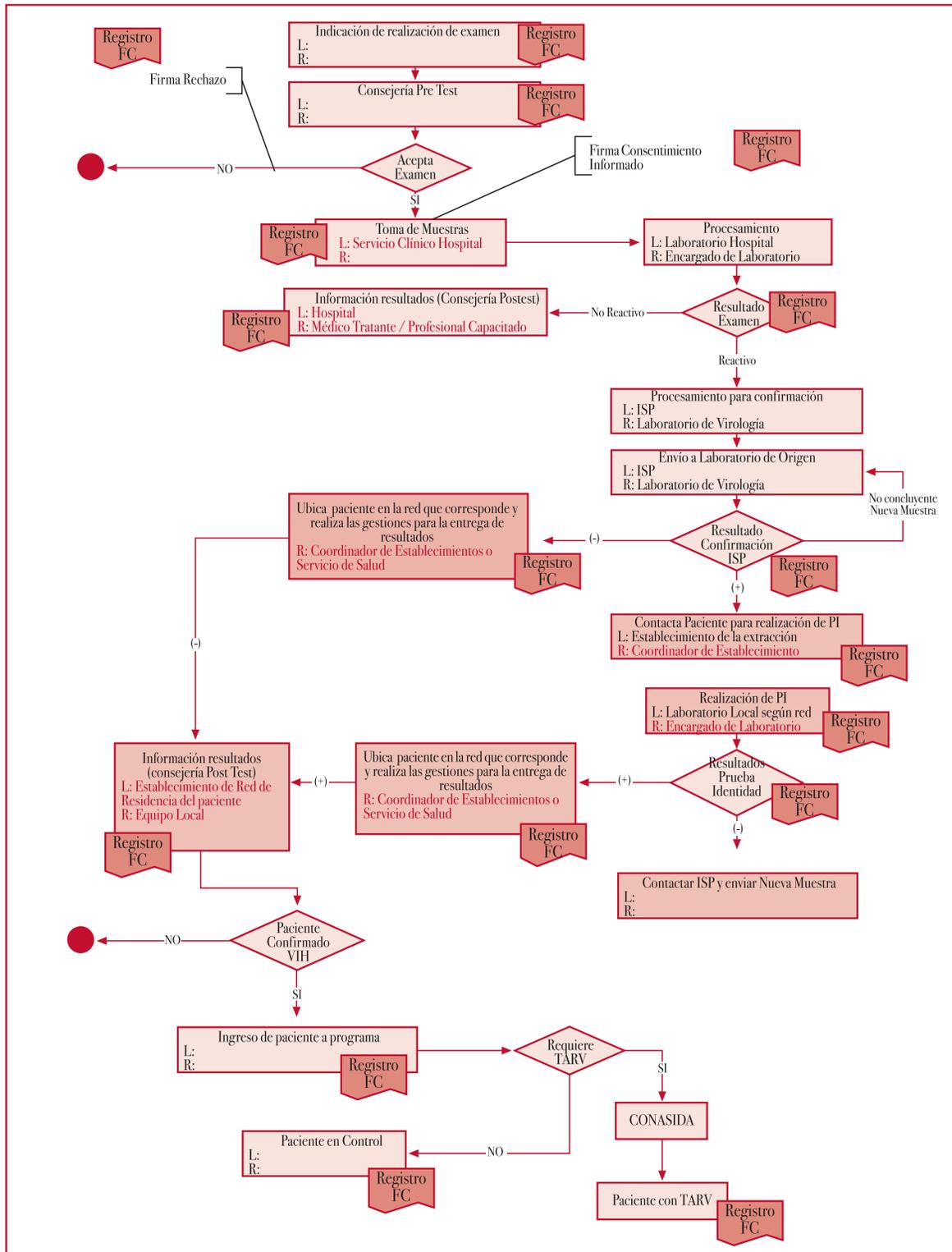
El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de destino es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la entrega de resultado/consejería postest no reactivo o negativo, y la citación del paciente a la prueba de identidad, cuando el examen fue confirmado por el ISP. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, tanto la entrega del resultado del examen/consejería postest al paciente como la derivación al lugar de control y tratamiento definido en la red asistencial, deben ser realizadas por un profesional capacitado en consejería, por lo cual el establecimiento debe definir y oficializar el procedimiento respectivo.

Existe la posibilidad de que a pacientes que estén hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente, se les soliciten y tomen exámenes de detección aún cuando el flujo habitual debiera ser solicitar y tomar estos exámenes de manera ambulatoria, en caso de ser requerido. En esta situación, se deberá seguir el mismo flujo antes descrito para la solicitud y toma del examen de detección del VIH, lo cual no debe interferir en la decisión del procedimiento quirúrgico.

Ilustración 6: flujograma usuarios/pacientes hospitalizados



Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Embarazadas que ingresan a maternidad sin que el equipo de salud conozca la realización y el resultado del examen de detección del VIH durante el embarazo.

Los **puntos críticos** en este proceso corresponden a:

- ingreso al establecimiento, ya sea para el parto u hospitalización en servicio de alto riesgo obstétrico;
- después del resultado reactivo local y la llegada del resultado negativo posanálisis ISP;
- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH y la respectiva confirmación del ISP.

La indicación de la toma del examen de detección de VIH a una embarazada que ingresa a la maternidad de un establecimiento, se realiza si el equipo de salud desconoce si la paciente se ha controlado el embarazo o si efectivamente no se lo ha controlado³⁴.

Si la paciente se controló el embarazo, la toma del examen se registrará en el carné de control. Complementariamente, debe implementarse un mecanismo de coordinación entre los establecimientos de atención primaria o los encargados de realizar los controles en el caso del sector privado, con el establecimiento y los respectivos profesionales en el cual la paciente tendrá su parto, con el fin de optimizar la toma del examen, no realizarlo nuevamente y conocer oportunamente el resultado del mismo.

Si está indicada la realización del examen, y el establecimiento cuenta con acceso oportuno al análisis del test de tamizaje utilizado de RUNina para detección del VIH, durante el parto deberá utilizarse este procedimiento. Si, por el contrario, no se dispone de este servicio, se deberá aplicar el test rápido que cuente con la evaluación y recomendación del ISP, junto con todos los procedimientos asociados, es decir, consejería pretest y firma del consentimiento informado³⁵ (ver capítulo VIII, pág. 135 a 137). No obs-

³⁴ Oferta y toma de muestra para test de tamizaje para VIH, o test rápido según procedimiento descrito en: Norma General Técnica N° 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005, o versión posterior si es que hubiere, y *Guía clínica síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida VIH/SIDA, Garantía Explícita en Salud vigente*.

³⁵ En el caso que la paciente no dé su consentimiento, y respecto de la realización del test de detección de VIH al recién nacido, cabe señalar que una vez nacido el menor es una persona independiente de su madre y si ella no concede la autorización para la realización del examen es posible recurrir a los tribunales en defensa del menor, a través de un recurso de protección en resguardo de su derecho a la vida, y obtener de los tribunales autorización para proceder.

tante lo anterior, se debe completar el algoritmo diagnóstico definido por norma.

Cuando el examen es reactivo local, se deberá aplicar el protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH a la paciente y al recién nacido, y se enviarán muestras de sangre de la madre y del recién nacido al ISP para su respectivo análisis. Se deberá informar a la paciente sobre el resultado reactivo del examen de detección, enfatizando en que el mismo debe ser confirmado por el ISP y que el beneficio de la aplicación del protocolo supera ampliamente los riesgos de su uso en caso de falsos positivos. Los resultados de los análisis realizados por el instituto llegarán al laboratorio del establecimiento que originó la muestra. El responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento (ver página 82).

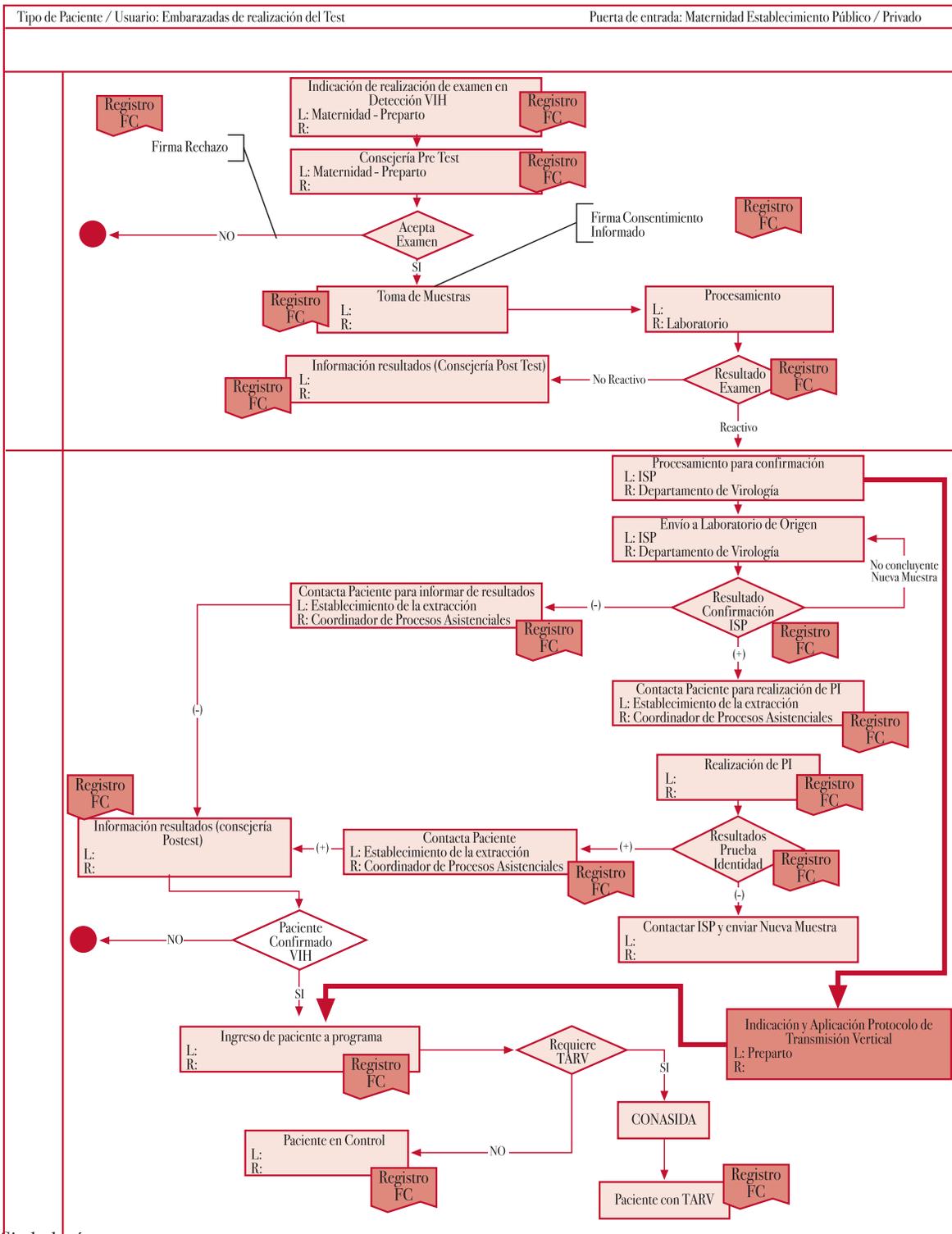
Al momento del alta, la madre y el recién nacido serán citados a control a los centros de atención de VIH para adulto y pediátrico, respectivamente, definidos en la red del Servicio de Salud, o al establecimiento privado que corresponda según su previsión, para seguimiento específico de ambos. Asimismo, se deberá asegurar que el recién nacido reciba el beneficio de la leche maternizada.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al centro de atención a personas viviendo con VIH al cual fue referida la madre y al servicio de atención pediátrica definido en la red del Servicio de Salud para la atención y seguimiento del recién nacido. Asimismo, deberá informar las acciones realizadas al Servicio de Salud. En el caso del sector de salud privado, debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo con la organización de cada establecimiento.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se encuentra el centro de atención a personas viviendo con VIH y el servicio de atención pediátrica son los responsables de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el mismo para la entrega de resultado/consejería postest negativo posanálisis del ISP y la citación de la paciente a la prueba de identidad, cuando el examen fue confirmado por el ISP. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88. En el caso del sector privado de salud debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo a la organización de cada establecimiento.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, tanto la entrega del resultado del examen/consejería posttest a la paciente deberá realizarse por un profesional capacitado en consejería en el centro de atención al cual fue referido al momento del alta de la maternidad. En el caso del sector de salud privado, debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo con la organización de cada establecimiento.

Ilustración: flujograma maternidad embarazadas sin conocimiento realización examen detección VIH



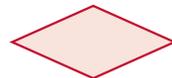
Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Recién nacido hijo de madre VIH (+) conocida

Los puntos críticos del proceso son:

- previo al ingreso de la embarazada para el parto;
- durante el preparto, parto para aplicación del protocolo de la prevención de la transmisión vertical;
- durante el postparto, para la aplicación del protocolo de la prevención de la transmisión vertical al recién nacido,
- posterior al momento del alta de la madre y el recién nacido.

Dado que durante el embarazo la paciente del sector público estará simultáneamente en control en el centro de atención a personas viviendo con VIH y en el policlínico de alto riesgo obstétrico, es esencial la coordinación entre estas instancias y el establecimiento en el cual se programará el parto, así como con el servicio de atención de SIDA pediátrico y la farmacia del establecimiento. Los profesionales encargados de la coordinación de ambos establecimientos, en caso de ser diferentes, son responsables de comunicarse y coordinar con los profesionales del establecimiento en que ocurrirá el parto para su programación, y la preparación para la aplicación de la Norma y Protocolo de la Prevención de la Transmisión Vertical, tanto a la madre como al recién nacido. Esto implica la comunicación oportuna al servicio de SIDA pediátrico de la red del Servicio de Salud, a los turnos que recibirán a la paciente en obstetricia y al recién nacido en neonatología. El sector de salud privado, igualmente, debe cumplir con el control de embarazo adecuado y la preparación para la atención del parto y tratamiento oportuno del recién nacido.

Una vez que la paciente ingresa al establecimiento en el cual ocurrirá el parto, se debe aplicar la Norma y Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH a la paciente en el preparto, parto y postparto, así como al recién nacido.

Después del parto se realizará la evaluación clínica del recién nacido, con asesoría de la unidad a cargo del tratamiento y seguimiento de los casos de SIDA pediátrico, y se tomarán los exámenes de sangre para el diagnóstico de la infección por VIH dentro de las primeras 48 horas de vida, los cuales serán enviados al ISP con el formulario de muestras para SIDA pediátrico para

su respectivo análisis. Todas las acciones realizadas con la madre y el recién nacido deben quedar registradas en las fichas clínicas respectivas.

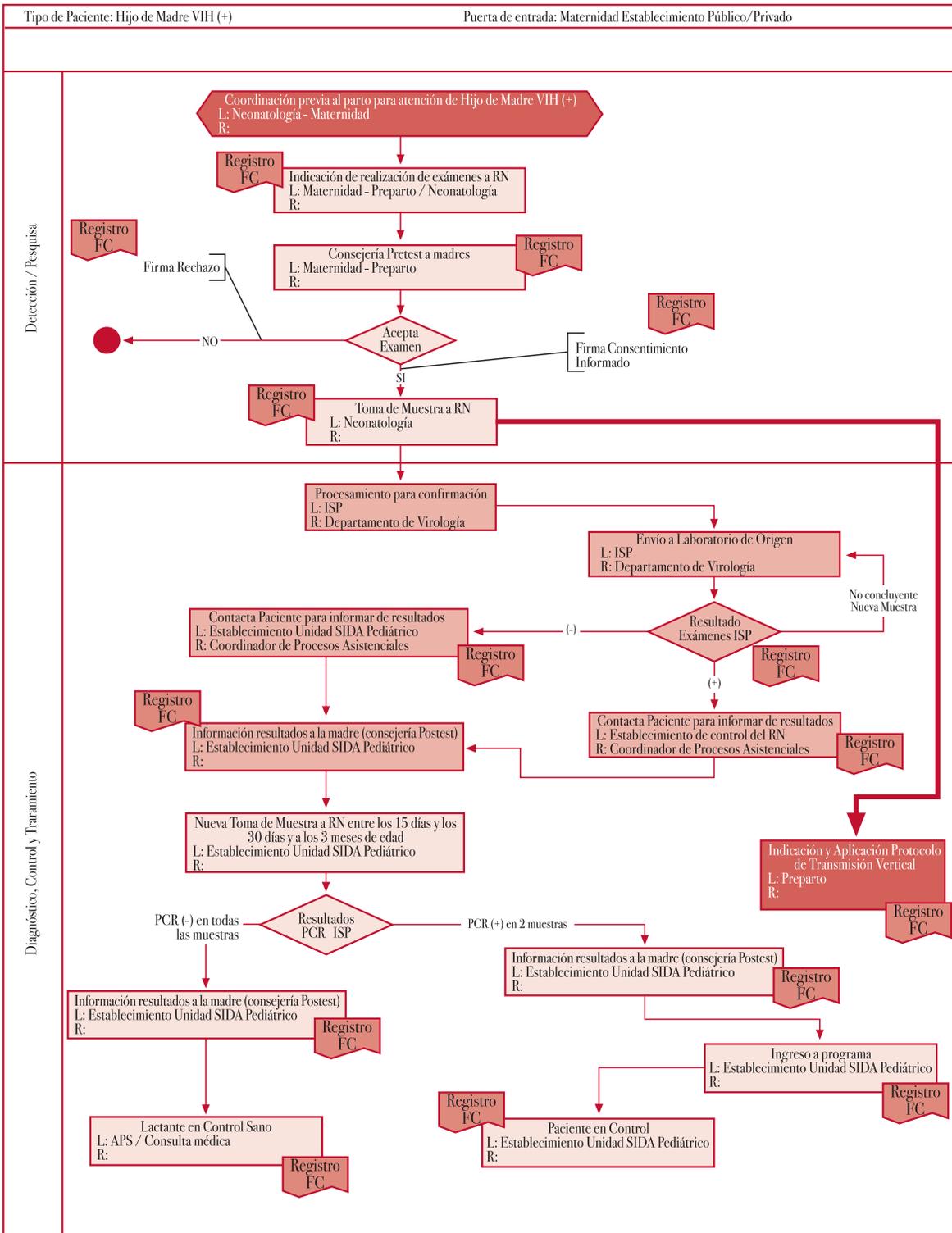
Al momento del alta, la madre se citará a control al establecimiento en el cual se controlaba previamente. En el caso del recién nacido se dejará citado al servicio de SIDA pediátrico definido en la red para el seguimiento del mismo. Se deberá asegurar que el recién nacido reciba el beneficio de la leche maternizada.

Los resultados del análisis del ISP llegarán al laboratorio del establecimiento que originó la muestra, donde deberá ser remitido al coordinador de procesos asistenciales.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación a los servicios clínicos a los cuales fueron referidos la madre y el recién nacido e informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se encuentran el centro de atención a PVVIH y el servicio de SIDA pediátrico es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el mismo, para realizar el seguimiento de la madre y concluir el proceso diagnóstico del recién nacido. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

Flujograma atención recién nacido hijo de madre VIH (+)



Simbología:



registro en ficha clínica



salida del proceso de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Considerando el marco conceptual y flujograma previo, en el anexo g, pág. 190, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados al examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

Donantes de órganos

Donante cadáver

En este caso, lo que se requiere cautelar es la seguridad del órgano a trasplantar. Es por ello que el flujo parte con la toma de muestra de sangre para la realización del examen de detección del VIH, cuyo resultado determinará si dicho órgano es aceptado o rechazado para ser trasplantado. Respecto de un resultado confirmado como positivo por el ISP, ver paginas 79 y 80.

Donante vivo

El proceso es similar al donante de sangre. Se identifican los mismos puntos críticos y el abordaje de ellos son los mismos (ver página 51).

Atenciones de urgencia

Tipos de usuarios:

- Víctima de violencia sexual³⁶.
- Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo.
- Atenciones de urgencia habituales.

Esta puerta de entrada actúa sólo como toma de muestra, por lo tanto, es la responsable de realizar la consejería pretest.

En el caso de que estas personas consulten en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y puesto que estos establecimientos no consideran en su cartera de servicios la resolución de estos problemas, se deberá

³⁶ De acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada, este usuario puede ingresar por esta puerta de entrada o por la puerta de entrada atención ambulatoria.

realizar la atención a través de una consulta de morbilidad y derivar el caso al establecimiento definido en la red de establecimientos del Servicio de Salud como puerta de entrada para estos casos.

Los puntos críticos corresponden a los mismos mencionados en la puerta de entrada hospitalización:

- La información de resultados no reactivos al tamizaje o negativos post-análisis del ISP.
- La realización de la prueba de identidad.
- La información de resultados postprueba de identidad/consejería posttest, y la derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, este último si se requiriese.

El laboratorio del establecimiento que recepciona la muestra de sangre derivada desde el servicio de urgencia enviará el resultado, cualquiera que este sea, al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento, el cual deberá proceder de acuerdo con la situación del paciente, es decir, hospitalización o alta, situaciones que fueron descritas previamente.

Considerando el marco previo (en el anexo h, pág. 199), se realiza una descripción específica de procedimientos asociados con el examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

f. Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo

Los procedimientos a realizar frente a una exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo de un trabajador de salud se encuentran descritos específicamente en la Norma General Técnica N° 48 sobre Manejo Post Exposición Laboral a Sangre, en el Contexto de la Prevención de la Infección por VIH, aprobada por el Decreto Exento N° 561, del 7 de marzo de 2000, del Minsal.

En los establecimientos debe designarse a un profesional del comité local de infecciones intrahospitalarias como responsable del sistema de vigilancia y seguimiento de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta designación es responsabilidad de la máxima autoridad del establecimiento.

El profesional designado será responsable del cumplimiento de la norma, elaboración de documentos con información acerca del seguimiento y evaluación de la misma para su inclusión en la memoria del establecimiento, así como el envío de una copia a la dirección de Servicio de Salud respectiva.

El cumplimiento de la norma indicada debe incluir:

- evaluación del riesgo de exposición;
- oferta del test de tamizaje para VIH para el personal de salud y caso índice, si procede;
- cumplimiento del protocolo;
- seguimiento de los casos;
- contacto con mutual o INP para el tratamiento, abastecimiento o devolución de fármacos, y control de las reservas de éstos.

Cada Servicio de Salud es responsable de elaborar, difundir y disponer en cada establecimiento de la red, de un manual de procedimientos que explicita claramente el flujograma de derivación y atención de un trabajador de salud que ha tenido una exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo, así como de evaluar la aplicación de la norma.

g. Personas víctimas de violencia sexual

Los procedimientos a realizar frente a una persona víctima de violencia sexual, específicamente en relación al VIH/SIDA, se encuentran descritos en las Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual.

«La persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual y que consulta en un servicio de urgencia, debe recibir una atención que le permita acceder a actividades de acogida, de exploración clínica, de tratamiento de sus lesiones, de tratamiento preventivo, de orientación y derivación, de toma y conservación de muestras y de elaboración del informe pericial correspondiente.»³⁷

³⁷ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud.

«Para ello, es necesaria la coordinación y trabajo conjunto entre los servicios de urgencia y maternidades, carabineros, Servicio Médico Legal y el Ministerio Público. En este último caso, tanto con fiscales como con las unidades de atención a las víctimas y testigos, con el objetivo de asegurar la atención expedita, privada y respetuosa de la difícil situación de la víctima. Evitar la repetición de procedimientos y trámites, entregar la mejor información y orientación que le permita hacer valer su derecho a que se juzgue al agresor, la proteja de nueva violencia, reciba el o los tratamientos que necesita para recuperar su salud física sexual y mental, y prevenir las consecuencias que para la persona pueda tener la violencia sexual sufrida.

En consecuencia, los servicios de urgencia y maternidades deben disponer de la guía clínica y los protocolos de atención de personas que han sufrido violencia o abuso sexual vigentes y de los insumos para el diagnóstico y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre las que está el VIH/SIDA y embarazos no deseados producto de una violación.»³⁸

Cada Servicio de Salud es responsable de elaborar, difundir y disponer en cada establecimiento de la red de un manual de procedimientos que explicita claramente el flujograma de derivación y atención de una persona víctima de violencia sexual, así como de evaluar la aplicación de la norma.

h. Establecimientos de salud privados

Puerta de entrada

Establecimientos de salud privados: clínicas, hospitales, centros médicos, prestadores individuales y laboratorios clínicos.

Tipos de usuarios

Usuarios/pacientes a los cuales el profesional de salud solicita u ofrece el examen en el contexto de normativas ministeriales, por criterios clínicos, o por iniciativa del usuario.

En las regiones donde esta implementada la Reforma Procesal Penal desde 2004 la R.P. Penal está en todo Chile.

³⁸ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Entrega de resultado no reactivo y negativos posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control médico y tratamiento (si se requiere), de acuerdo a previsión y decisión del paciente.

Consejería pretest es de responsabilidad del profesional solicitante y, en el caso que el usuario acuda directamente a un laboratorio clínico, son los profesionales de este último los responsables de realizarla.

Entrega de resultado no reactivo local, o negativo posanálisis del ISP

La responsabilidad de la entrega del resultado no reactivo local, o negativo posanálisis del ISP es del profesional solicitante.

En el caso que el usuario se hubiese realizado directamente el test en un laboratorio clínico, son los profesionales de éste último los responsables de realizarla.

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si este se requiriera.

Cualquiera sea la vía de solicitud del examen, si el resultado es reactivo local³⁹, el laboratorio que realiza el análisis del examen es el responsable de:

- Enviar muestra y formulario de muestras al ISP, de acuerdo a lo indicado en Norma de Vigilancia de Laboratorio, de 2006, del Instituto de Salud Pública.

³⁹ De acuerdo con el reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

- Registrar en formato papel y electrónico del laboratorio, fecha, responsable y resultado del análisis, profesional y establecimiento que solicita el examen, fecha y responsable de envío de la muestra al ISP para confirmación.⁴⁰

Si resultado del ISP es negativo (-): se indicó procedimiento previamente.

Si resultado de ISP es positivo (+): se debe realizar la prueba de identidad de acuerdo con el mecanismo informado al paciente al momento de la consejería pretest.

No obstante lo anterior, si el examen fue solicitado por un prestador privado diferente al laboratorio, se debe derivar el resultado al profesional que solicitó el examen para que éste gestione la realización de la prueba de identidad y, una vez realizada, informe al paciente con consejería postest y derive a control médico de acuerdo con la previsión y decisión del paciente.

Si el examen se realizó por iniciativa del usuario, el laboratorio realizará la prueba de identidad, informará el resultado al paciente, realizará la consejería postest y derivará a control médico de acuerdo con la previsión y decisión del paciente.

Si el paciente es citado y no acude a realizarse la prueba de identidad o a buscar el resultado de su examen se sugiere proceder de acuerdo a lo indicado entre las páginas 86 y 88 de este Manual.

Todas las acciones realizadas durante este proceso deberán ser registradas en la ficha clínica u otros mecanismos establecidos para estos efectos.

i. Situaciones específicas

Solicitud por indicación judicial

El establecimiento deberá implementar la solicitud judicial, dado que, en caso contrario, incurriría en desacato. La persona debe ser puesta a disposición del establecimiento que va a tomar el examen, por el tribunal. Igualmente, el establecimiento deberá realizar la consejería pretest.

⁴⁰ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

Personas privadas de libertad

El examen se realiza en coherencia con la Ley 19.779, que establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Minsal.

Los exámenes se toman en los recintos penitenciarios y el procesamiento de la muestra puede realizarse a través de tres modalidades:

- Procesamiento en hospital penitenciario.
- Envío de muestra a laboratorio de hospital del sistema público de salud local o regional.
- Envío de muestra a laboratorios privados.

Si la persona ingresa a la red pública de salud se procederá de acuerdo con la puerta de entrada o lugar de atención, procedimientos que fueron descritos previamente.

Paciente que se encuentra impedido para recibir la consejería en forma previa a la toma de muestra

Si esta situación ocurriere, la consejería se efectuará con posterioridad, una vez que el afectado se encuentre en situación de recibirla o, si esto no ocurre, la información se hará a su representante legal o tutor.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el párrafo anterior, será evaluada y calificada por un médico cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor. Los procedimientos específicos se realizarán de acuerdo a la puerta de entrada o lugar de atención del sistema público de salud indicado previamente.

Examen de detección de VIH en pacientes adultos con compromiso de conciencia

- **Si es una situación de urgencia**, en la que se justifica la realización del test para establecer diagnóstico diferencial y conocer el estado

serológico del paciente influirá en la conducta terapéutica a seguir –casos poco frecuentes– puede procederse a tomar el test. La información y el consentimiento pueden realizarse a través de su representante legal o tutor y si esto no fuese posible la consejería se efectuará con posterioridad, una vez que el afectado se encuentre en situación de recibirla.

- **Si no es una situación de urgencia**, la consejería pretest y la toma de examen se realizarán una vez que el paciente se encuentre en situación de recibirlas.
- **Si el paciente estuviese incapacitado** para recibir el resultado del examen confirmatorio del ISP (VIH +) de manera no momentánea, el resultado deberá ser entregado en el marco de una consejería para VIH a su representante legal, apoderado o familiar que lo acompañe, a falta de los anteriores.

Personas afectadas por enfermedades mentales

El artículo 12 del Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Minsal, dispone que:

«Las personas afectadas por enfermedades mentales deberán decidir por sí si desean, o no, someterse al examen de que trata este reglamento, salvo situaciones particulares, transitorias o permanentes, de su enfermedad que involucren pérdida o disminución de su capacidad de consentimiento.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el inciso anterior, será evaluada y calificada por un médico cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor.»

A fin de cumplir con lo indicado en el párrafo previo, el Servicio de Salud deberá definir el o los flujogramas de derivación en la red de establecimientos, para que el paciente sea evaluado oportuna y adecuadamente por un médico cirujano.

4. Roles y funciones en el proceso de atención

En relación con el proceso de atención descrito previamente, y considerando los puntos críticos identificados, se definen los siguientes roles y funciones en la red de atención.

a. En los establecimientos de salud

Los profesionales de los establecimientos que constituyen puertas de entrada al proceso deberán ofrecer el examen a los usuarios definidos en las normativas ministeriales, así como a aquellos pacientes a los cuales se requiere para efectos diagnósticos y deberán indicarlo en los casos en que la persona lo solicite por iniciativa propia. Este ofrecimiento se hará en el marco de una consejería pretest según las definiciones entregadas en este Manual, y su aceptación deberá constar en un consentimiento informado escrito (ver modelo sugerido en anexo b, pág. 155) el cual pasará a formar parte de la ficha clínica del paciente.

Las personas responsables de la toma de muestra en los establecimientos deberán asegurarse de la identidad del usuario, utilizando para ello el documento de identidad correspondiente y registrando en los instrumentos establecidos (ficha clínica u otro, en formato papel y electrónico) toda la información que permita la posterior ubicación de la persona para la entrega de los resultados. Dada la importancia de la codificación de la muestra, los funcionarios deberán cumplir estrictamente las indicaciones establecida entre las páginas 40 y 42. La rotulación de la muestra y el posterior envío al laboratorio para su procesamiento, debe asegurar la trazabilidad⁴¹ del proceso. Tanto la recolección como el envío deben cumplir las especificaciones establecidas para ello por el ISP⁴². La confidencialidad de los datos del paciente debe resguardarse en todo momento por todos los funcionarios involucrados en el procedimiento.

Los encargados de laboratorio serán responsables de analizar las muestras de sangre que reciben desde las diferentes instancias de toma de mues-

⁴¹ Según la norma ISO 8402: La trazabilidad o rastreabilidad es la “aptitud para rastrear la historia, la aplicación o la localización de una entidad mediante indicaciones registradas”.

⁴² Norma técnica vigilancia de laboratorio, de 2006, del Instituto de Salud Pública y Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.

tra de los establecimientos de salud; derivarlas para confirmación al ISP, si es necesario, cumpliendo con los requerimientos definidos (ver páginas 44 y 45); recepcionar los resultados del ISP; disponer metódicamente la entrega de la información al coordinador de procesos asistenciales que le permita a éste gestionar las acciones para la ubicación del paciente, ya sea para la información de resultados o la toma de una nueva muestra en los casos que sea necesario. Finalmente, son los responsables de registrar la información de cada muestra en los registros definidos para ello.

La coordinación de procesos asistenciales de los establecimientos tendrá como función principal vigilar y garantizar la continuidad del proceso. Por otra parte, le corresponderá a esta coordinación relacionarse con la coordinación del Servicio de Salud, en aquellos casos en que la persona que se realizó el examen resida en un Servicio de Salud diferente, de modo de facilitar el contacto. Para la realización de la tarea de ubicación y citación del paciente, se podrán utilizar los mecanismos habituales existentes en el establecimiento para la citación de usuarios/pacientes: lista de espera de consultas o intervenciones quirúrgicas y de acuerdo a lo indicado entre las páginas 86 y 88.

En el caso de que la toma de muestra se realice en un establecimiento diferente al del procesamiento y recepción de resultados desde el ISP, el coordinador del establecimiento en el cual se encuentra el laboratorio deberá interactuar, metódicamente, con el coordinador del establecimiento respectivo, para la ubicación del paciente y realización de la nueva toma de muestra, o de la información de los resultados al paciente.

b. En los Servicios de Salud

En términos generales corresponde a los Servicios de Salud:

- La resolución integral de los problemas de salud del individuo y de las comunidades, para lo cual requiere la complementación de acciones y servicios entre ofertas de diversa complejidad y la actuación coordinada, efectiva e informada para el usuario.

La coordinación de procesos asistenciales de los Servicios de Salud tendrá como función principal, velar y garantizar la continuidad del proceso de atención clínica en la red. Por otra parte, le corresponderá a esta coordina-

ción relacionarse con las coordinaciones de los otros Servicios de Salud. En aquellos casos en que la persona que se realizó el examen resida en el área geográfica de un Servicio de Salud diferente, a fin de facilitar el contacto.

El equipo encargado del problema de salud del Servicio de Salud (GES, gestión de redes asistenciales, etc.), deberá trabajar planificada y sistemáticamente con el coordinador de proceso en el seguimiento y evaluación del proceso de atención de modo de detectar problemas y definir las acciones correctivas.

Los roles y las funciones descritas previamente se enmarcan en la legislación vigente que rige a los servicios de salud⁴³ (ver aspectos destacados entre las página 123 y 125).

c. En el Ministerio de Salud

La Subsecretaría de Salud Pública, es responsable de:

- Proponer protocolos referenciales de atención y aquellos que por razones sanitarias deban ser obligatorios, para lo que deberá coordinarse con la Subsecretaría de Redes⁴⁴.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es responsable de:

- «Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de atención de salud y articulación de la red asistencial, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto⁴⁵.»
- Definir metodologías de monitoreo y evaluación del proceso de atención clínica que se realiza en la red de los Servicios de Salud, y que deberá ser implementada por este último nivel de organización. Ello permitirá detectar puntos críticos y dificultades, corregirlos y facilitar la coordinación y operación en las redes y entre las redes.

⁴³ Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N° 140 de 2004, publicado en Diario Oficial de 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006.

⁴⁴ Capítulo II, artículo 27 letras f y g del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 del 13 de octubre de 2008.

⁴⁵ Ídem.

La Comisión Nacional del SIDA de la Subsecretaría de Salud Pública y la División de Integración de Redes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales son responsables de entregar las definiciones y normas para el proceso de atención del problema de salud.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Como hemos expresado previamente, la implementación del proceso de atención clínica descrito es de responsabilidad de los prestadores de salud públicos y privados. El control, seguimiento y evaluación del proceso de atención en el sector público es responsabilidad del gestor de red, es decir, del Servicio de Salud. Desde estas definiciones, la Seremi no tiene una función directa en el proceso de atención clínica a usuarios/pacientes, ya que no es del ámbito de sus competencias.

Las funciones de la Seremi de Salud respecto del proceso de atención clínica del VIH que se realiza en la red asistencial pública y privada, corresponden a:

- Medición de indicadores de impacto regional de las medidas y normas indicadas y dictadas por el Minsal en este ámbito, a fin de coordinarse con los Servicios de Salud y el sector de salud privado para que estos reorienten sus acciones, si es necesario. Ejemplos de ello son:
 - Tasa de transmisión vertical del VIH, etapa de la infección del VIH en que son diagnosticados quienes viven con VIH/SIDA en la región.
 - Fiscalización del cumplimiento de reglamentos y normativas relativas al proceso de atención clínica, en general, y del VIH, en particular, en establecimientos de salud privados: laboratorios, clínicas, prestadores individuales.

d. El Instituto de Salud Pública (ISP)

El ISP es el Laboratorio de Referencia Nacional para la confirmación del VIH. Ejerce específicamente las siguientes funciones:⁴⁶

⁴⁶ Art. 19 Reglamento ISP.

- Normalizar técnicas y preparar instrucciones de utilizaciones para uso en laboratorios clínicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, incluidos, para estos efectos, los laboratorios que formen parte de los bancos de sangre de esos servicios;
- Realizar acciones de apoyo a la vigilancia epidemiológica y a programas ministeriales en el campo de su competencia;
- Evaluar la calidad de las prestaciones de los laboratorios clínicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- Conocer e informar la reclamaciones que se deduzcan contra los resultados de exámenes o análisis que practiquen en materia sanitaria los Servicios de Salud, los que estos utilizan en los diferente puntos del país o hayan obtenido su reconocimiento como laboratorio de salud pública. y
- Enviar oportunamente los resultados de los exámenes a los establecimientos que originaron la solicitud.

5. Especificidad de actos administrativos para asegurar el seguimiento de los usuarios/pacientes

a. Procedimientos para citación de usuarios/pacientes

En este capítulo se indican los momentos en los cuales se debe citar al paciente/usuario, ya sea para:

- Entrega de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.
- Citación para repetición del examen cuando el ISP informa resultado como indeterminado o no concluyente.
- Realización de prueba de identidad (PI).
- Entrega de resultado positivo confirmado por el ISP, una vez realizada la PI.

Esta citación se realizará al día siguiente de la inasistencia, en el caso que el usuario no asista en la fecha fijada para la entrega del resultado durante la consejería pretest. En los casos en que no hubiese programada una citación, ésta se gestionará inmediatamente recibido el resultado.

Para que una citación sea válida se debe realizar un **contacto efectivo**, es decir, debe cumplirse con la definición: aquella situación en la que se tomó contacto directo con el paciente/usuario, utilizando cualquiera de los mecanismos definidos en este Manual para la citación al establecimiento.

Los mecanismos para citar al paciente corresponden a los que se indican a continuación, debiendo optimizarse de acuerdo con su uso en otros problemas de salud y manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información del paciente y de su examen.

- **Llamada telefónica con contacto efectivo:** debe ser efectuada por un funcionario del establecimiento responsable de realizar la citación, al teléfono (red fija o celular) indicado por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo i, pág. 200 encontrará texto sugerido para la llamada. En ningún caso se deberán comunicar

los resultados telefónicamente. Se registrará la realización de la llamada y su resultado en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro).

- **Visita domiciliaria en la cual se entregará una citación en sobre cerrado dirigido al usuario.** Esta opción debe utilizarse en caso de no contar con número de teléfono de contacto, o no haberse realizado un contacto efectivo telefónico.

Deberá ser realizada utilizando los procedimientos definidos en el establecimiento y en coordinación con la red, a la dirección indicada por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo k, pág. 202 encontrará texto sugerido para la visita domiciliaria y citación escrita. En ningún caso se deberá comunicar los resultados al paciente. Se registrará la realización de la visita domiciliaria y sus resultados en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro). Se deberá disponer de un libro/cuaderno en el cual se registre la firma de recepción de la citación por el usuario. Sólo se podrá entregar la citación a una persona diferente al paciente, si éste firmó la autorización de entregarla durante la consejería pretest a otra persona identificada con nombre y número de RUN; la identidad debe ser corroborada con la Cédula de Identidad.

- **Carta certificada al domicilio registrado en la ficha.**

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 indicada por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo j, pág 201 encontrará texto sugerido para la carta. Se registrará el envío de la misma y sus resultados en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro). En ningún caso se deberá comunicar los resultados.

Seguimiento y citación

Tal como se ha descrito, la responsabilidad de la continuidad del proceso de atención (asistencia a citaciones, adherencia a los tratamientos, etc.) es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud y el usuario/paciente. El usuario/paciente debe entregar la información fidedigna que permita el contacto para la citación a las diferentes etapas del proceso, actualizándola cuando corresponda, e informando de la eventual inasistencia. El establecimiento del Servicio de Salud debe registrar y actualizar los datos del usuario, y realizar las gestiones necesarias para citar al paciente y mantener la adherencia al tratamiento. Desde esta perspectiva, en la tabla 2, se señalan los límites de seguimiento y ubicación del usuario/paciente.

Tabla 2:
Causales de límite de seguimiento y ubicación del usuario/paciente

Situación- causal	Concepto	Registro
Tres inasistencias a citación efectiva sin previo aviso.	Corresponde a la inasistencia, a la citación efectiva por cualquiera de los tres mecanismos descritos, sin previo aviso.	Fechas y mecanismo de citación e inasistencias registradas en sistema electrónico o papel del establecimiento.
Rechazo a la citación para la realización de la prueba de identidad, o la asistencia a consulta profesional para entrega de información de situación serológica.	Corresponde a la renuncia o rechazo que realiza el paciente del establecimiento, profesional o prestación.	Fecha de verificación de la situación, registrada en sistema electrónico o papel del establecimiento.
Fallecimiento		Fecha verificación con el Registro Civil.
Contacto no corresponde.	Corresponde a la imposibilidad de ubicar al paciente por error en los datos de contacto (fonos, dirección).	Fecha verificación de todos los datos de contactos erróneos registradas en sistema electrónico o papel del establecimiento.

VI. Proceso de vigilancia epidemiológica

VI. Proceso de vigilancia epidemiológica

El desarrollo actual de la vigilancia epidemiológica enfatiza en el análisis y estudio de los problemas colectivos de salud, como apoyo a la gestión en salud pública. Las modernas metodologías para la recolección y análisis de información permiten obtener y transmitir información en forma rápida, vigilando una gran variedad de situaciones, para la acción oportuna, toma de decisiones y formulación de políticas de salud.

La vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA, es un proceso regular y continuo que permite monitorear el comportamiento de la epidemia, los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH y vías de transmisión. Tiene como objetivo conocer la magnitud, tendencia y características de la epidemia en nuestro país, permitiendo evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas en Chile.

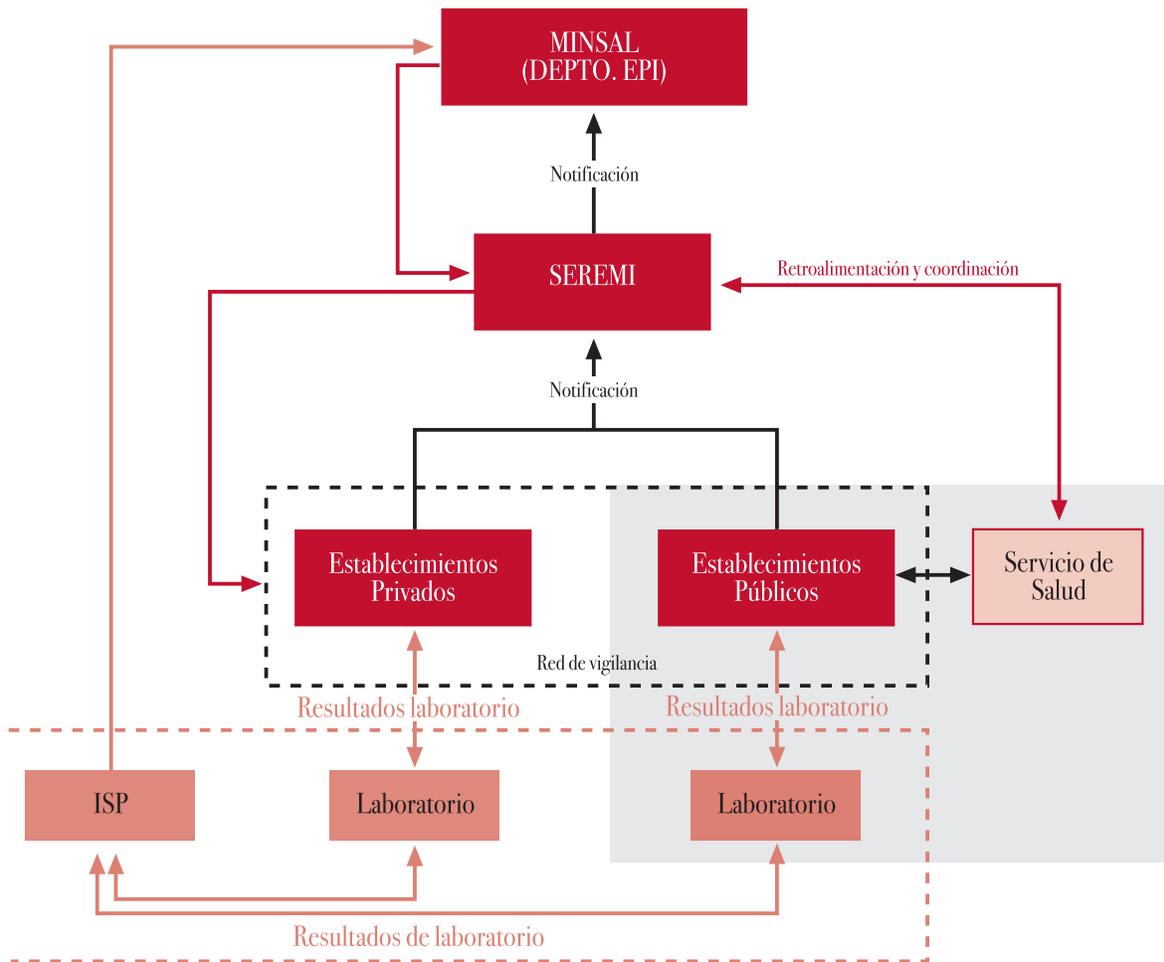
Este proceso se realiza mediante la interacción de las siguientes instancias que conforman la red de vigilancia epidemiológica:

- establecimientos de salud públicos y privados (de atención abierta, cerrada y prestadores individuales).
- laboratorios de la Red Pública de Salud, laboratorios privados e Instituto de Salud Pública (ISP).
- Autoridad Sanitaria Regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud).
- Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud-DEIS).

La red de vigilancia se desarrolla en tres niveles cuyos roles y responsabilidades se diferencian según el proceso en cuestión:

- proceso de vigilancia local (establecimientos de salud y Servicios de Salud).
- proceso de vigilancia regional (Seremi).
- proceso de vigilancia país (Ministerio de Salud)

Ilustración 5: Flujograma de información del proceso de vigilancia



Bajo el amparo del Decreto Supremo N° 158 del 22/10/2004 (Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria) actualmente vigente, se establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria. De acuerdo al artículo 6ª del mencionado Decreto “Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados en que se proporcione atención ambulatoria, notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento.

Si éstos pertenecieran a la dotación de establecimientos asistenciales públicos o privados de atención abierta o cerrada, dicha notificación será responsabilidad del Director del mismo y se realizará por la persona a quién éste haya designado para ello, quien servirá como vínculo oficial de comunicación entre la autoridad sanitaria y el establecimiento. El Director deberá comunicar a la autoridad sanitaria el nombre de la persona designada y cualquier cambio que se produzca en su designación”.

Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículos 9º y 10º, DS. N° 58), debiendo los laboratorios clínicos y los bancos de sangre públicos y privados en que se identifique VIH, enviar al Instituto de Salud Pública la muestra reactiva con el formulario correspondiente.

El proceso de vigilancia debe entregar la información sobre la magnitud y evolución del fenómeno en Chile, constituyéndose en un insumo para orientar los procesos de planificación y diseño de las políticas para el manejo del VIH/SIDA en nuestro país, incluyendo a todos los actores relevantes.

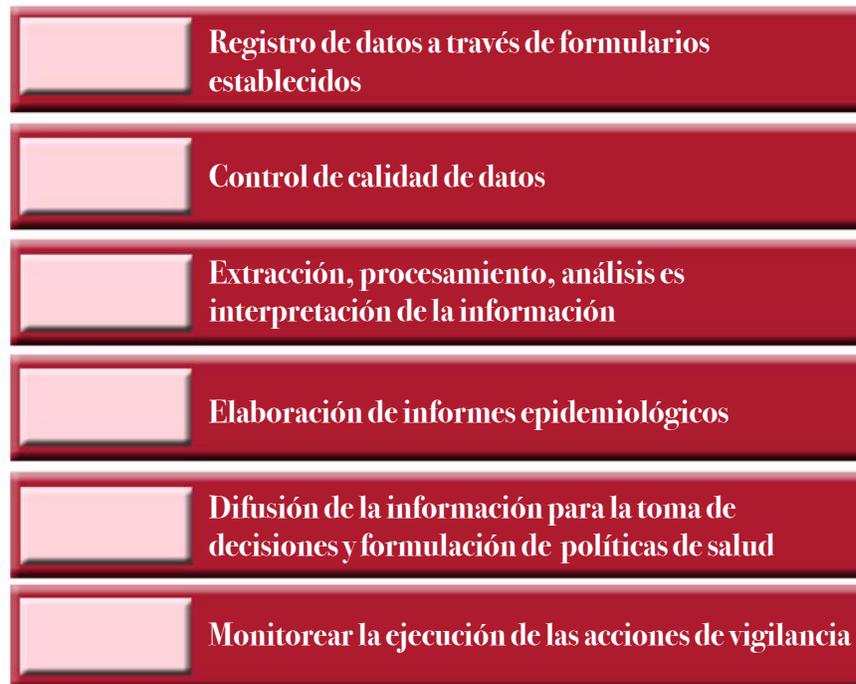
Es por la relevancia de este proceso, que se debe cautelar la ejecución de las distintas actividades involucradas, poniendo especial énfasis en el control de los puntos críticos que pueden llevar a errores y al incumplimiento de las metas relativas al proceso.

El proceso de vigilancia se inicia con la notificación de un caso confirmado de VIH /SIDA, a través del Boletín de enfermedades de notificación obligatoria (ENO) (Circular B51/18 del 21 de marzo de 2007) a la autoridad sanitaria regional. Es esta última la que verifica, procesa y analiza la información proveniente de todos los establecimientos asistenciales (públicos y privados) de la región. Los Servicios de Salud deben asegurar que la información proveniente de los establecimientos de su jurisdicción llegue a la autoridad regional de manera oportuna y con la calidad adecuada.

Finalmente, la información se envía desde la Seremi al Ministerio de Salud, donde se integra para entregar la visión nacional. En cada una de estas instancias se realizan una serie de procesos y actividades que se detallan a continuación.

Los hitos¹ relevantes en el proceso de vigilancia se muestran en la siguiente ilustración:

Ilustración 6: Hitos del proceso de vigilancia



1. Hitos del proceso

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Los registros se efectuarán en formularios estandarizados (ver anexo c); localmente se deben definir las personas que tendrán la responsabilidad de realizar el llenado de estos.

¹ Aplica la misma definición de hito descrita en el proceso de atención, Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso, es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.

Los hitos han sido identificados como puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente, por ello se han establecido como tales, entendiéndose que para su cumplimiento cabal se requiere de todas las acciones asociadas al mismo, las cuales se describen en este Manual.

Formularios:

Boletín Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Este formulario permite recoger los siguientes datos: identificación del paciente, diagnóstico, domicilio, fecha de notificación y establecimiento que notifica. Esta información permite conocer la magnitud y tendencia de la enfermedad, y contribuye a la toma de decisiones por parte de las autoridades en el diseño, modificación de planes y programas de intervención, normas y leyes en salud.

Dada la relevancia de esta información El registro de los datos contemplados en el boletín ENO está regulado por el Decreto Supremo N° 158 de 2004, Reglamento de Enfermedades Transmisibles

El boletín ENO debe ser llenado por el profesional que el director del establecimiento haya delegado para esta función, generalmente el Delegado de epidemiología. Un vez completo se enviará a la Seremi de salud correspondiente. Donde se incorporará al sistema informático disponible para estos fines.

Se debe tener presente, que esta notificación ocurrirá siempre antes de tomar la prueba de identidad al paciente. Esto, porque para esta vigilancia lo que interesa es conocer el número de casos confirmados, independiente de la identidad que se asocia al resultado del examen.

Excepcionalmente, frente a la ocurrencia de un caso en que la prueba de identidad no fuese coincidente (realizando todas las medidas explicadas en el capítulo del proceso asistencial) se deberán corregir los datos del boletín ENO. Esto será de suma importancia, para la obtención de información fidedigna, identificación de casos duplicados y realizar las correcciones en los registros.

En aquellos casos, en los cuales la confirmación de VIH + emanada por el ISP se recibiera posterior al fallecimiento del paciente, se deberá emitir el formulario ENO según el procedimiento habitual. Con el fin de conocer si el paciente fue notificado anteriormente, se deben revisar las bases de datos disponibles (listados del ISP, ENO, notificación de caso VIH/SIDA, de terapia antiretroviral y de certificados de defunción.

Formulario de notificación de caso VIH/SIDA:

Se aplica una vez que se realiza el diagnóstico clínico al paciente y se asocia con el hito de etapificación del proceso asistencial. Permite describir el perfil de las personas afectadas y entrega información para caracterizar la epidemia de VIH/SIDA: datos sociodemográficos, comportamentales, de exposición al riesgo y de etapa clínica del paciente.

Este formulario debe ser llenado en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico que realiza la atención.

Este formulario también debe ser enviado a la Seremi de salud y sigue el mismo flujo descrito anteriormente.

En caso de pacientes fallecidos, se deberá completar este formulario con la información que se disponga en el establecimiento.

Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA:

Tiene por objetivo conocer el momento del cambio de “etapa VIH a etapa SIDA”, y por lo tanto se llena una sola vez en la evolución de cada paciente.

Este formulario, al igual que el anterior, se llena en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico tratante.

Formulario de envío de muestra al ISP:

Es el formulario que acompaña a la muestra que se envía al ISP para la confirmación del examen reactivo local. Debe contener todos los datos a fin de identificar correctamente cada caso.

Nómina de resultados informados positivos elaborado por el ISP:

El ISP debe enviar mensualmente una nómina al Minsal con los casos positivos analizados por ellos; con esta información, el Minsal confeccionará nóminas regionales que enviará a las Seremis.

b. Control de calidad de datos

La notificación debe ser sistemática y ajustada a la definición de caso a vigilar (circular B51/18 de 21 de marzo de 2007). Es por ello que los datos

ingresados en los formularios de notificaciones VIH/SIDA deben tener las siguientes características:

- consistencia (datos lógicos),
- pertinencia (referidos a los objetivos de la vigilancia),
- exactitud (sin errores),
- oportunidad (disponible en el momento preciso)
- integridad (contener todos los datos y variables necesarias).

En el punto de Roles y funciones del proceso de vigilancia se describen las distintas acciones a realizar por cada nivel que interviene en el proceso. A continuación se describen los indicadores de calidad de la vigilancia, que deben ser medidos a nivel local, lo que no invalida que cada establecimiento pueda elaborar otros indicadores según sus propios intereses o necesidades.

Los indicadores de **Calidad de la vigilancia** se obtienen desde los sistemas de información vigentes: EPIVIGIL (Sistema de registro de enfermedad de notificación obligatoria, ENO) y Plataforma DEIS. Los indicadores son los siguientes:

- **Oportunidad de notificación:** tiene como objetivo medir el tiempo que transcurre entre la notificación de “caso de VIH/SIDA” y la de “cambio de etapa”, por parte del establecimiento a la Seremi y su recepción en el Minsal. Este lapso de tiempo no debe ser superior a 28 días (4 semanas). El indicador está constituido por el porcentaje de Formularios de Notificación de Caso de VIH/SIDA recibidas en el Minsal con 4 semanas o menos desde la fecha en que el establecimiento de atención lo envía a la Seremi (Fórmula: notificaciones oportunas / total de notificaciones en el período).
- **Formularios de notificación completos:** debe contener al menos el 90% de la información en el formulario llenado en el nivel local. Para esto, el formulario debe contar al menos con la información pertinente a las siguientes variables: Fecha de notificación, Servicio de Salud y establecimiento desde el cual se realiza la notificación, autoridad sanitaria correspondiente, RUT, código de identificación, sexo, fecha de

nacimiento, edad, escolaridad, profesión u oficio, ocupación, comuna de residencia, nacionalidad, datos del estado de salud y del diagnóstico de la persona completos, fecha de confirmación del ISP, número de registro del ISP, conducta sexual declarada, factores de riesgo, estandarización inmunológica y clínica con la respectiva clasificación final e identificación completa de la persona que notifica el caso.

- **Concordancia de las fuentes de notificación:** hace referencia a la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. El indicador compara el número de casos notificados al Minsal con los casos confirmados por el ISP, entendiendo que estos corresponden al 100% de los casos existentes en el país.

c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información

El sistema de vigilancia epidemiológica actual permite a los profesionales a cargo de la vigilancia (epidemiólogos o los que ejercen esa función) en los distintos niveles, extraer la información en forma automática y en tiempo real para su procesamiento y análisis, utilizando para ello los registros de notificaciones y los de confirmaciones. No obstante, para realizar un análisis completo de la epidemia, es necesario utilizar otras fuentes de información disponibles, como por ejemplo, base de datos de mortalidad o de egresos hospitalarios, entre otros.

Para el análisis de la información es necesario contar con la visión de la red asistencial sobre la evolución del fenómeno, incluyendo a los delegados de epidemiología de los establecimientos, así como a los Servicios de Salud.

Asimismo, la comparación permanente entre los casos confirmados por el ISP y los casos que están siendo notificados, constituye un elemento que permite detectar y corregir errores en el proceso de la vigilancia.

d. Elaboración de informes epidemiológicos

Se deberán elaborar informes regionales semestrales, así como un informe anual que resuma la situación de la epidemia en la región. Asimismo, se elaborará un informe anual nacional que incluya análisis de la mortalidad, morbilidad, distribución por sexo, grupos de edad, y otras variables sociodemográficas y socioculturales que sean de interés regional y nacional. Este informe debe entregar información sobre los factores de riesgo, la tenden-

cia de la enfermedad, e identificar las áreas en que se pueden desarrollar medidas de prevención y control.

e. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Un objetivo importante de la vigilancia epidemiológica es entregar la información analizada a todos los actores del proceso, así como a otros interesados en el tema y a la comunidad en general.

Por ello la Seremi debe retroalimentar a la red de vigilancia, constituida por todos los delegados de epidemiología de establecimientos públicos y privados y a los Servicios de Salud, que son los que generan la información para poder desarrollar la vigilancia. Es fundamental que estos informes se den a conocer a través de reuniones de trabajo, boletines escritos o digitalizados, entre otros. Esta devolución de la información permitirá a los equipos locales visualizar el objetivo de lo que realizan, aportando a la planificación de actividades.

También se debe difundir la información a otros sectores involucrados, como el gobierno regional y organizaciones sociales. De esta manera, se contribuye a una mejor comprensión y manejo de la epidemia.

Lo mismo ocurre con la información que se genera a nivel nacional.

f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Este hito se debe realizar en los tres niveles (local, regional y nacional) y consiste en garantizar la realización correcta de los distintos hitos del proceso de vigilancia.

Consiste en contar con un mecanismo que verifique la aplicabilidad de las acciones previstas, así como verificar en qué medida estas acciones están cumpliendo los objetivos propuestos por las autoridades en salud.

2. Puntos Críticos del proceso de vigilancia

Los puntos críticos corresponden a etapas claves del proceso que son cruciales para el cumplimiento del proceso de la vigilancia epidemiológica.

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Los puntos críticos aquí corresponden al no registro o al registro por debajo de los estándares de calidad definidos. Los datos registrados son la base del sistema de vigilancia, por lo tanto es fundamental generar información confiable y fidedigna.

b. Control de calidad de datos

El punto crítico es la falta o insuficiencia de sistemas de control implementados que aseguren la calidad de la información. Por lo cual, el desarrollo de sistemas de control es básico.

c. Extracción, procesamiento, análisis e Interpretación de la información y elaboración de informes epidemiológicos

Insuficiencia en el análisis de la información; falta de integración de fuentes de información.

d. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Inadecuada o insuficiente mecanismos de difusión de la información a los distintos niveles.

e. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Insuficiente acciones de monitoreo por parte de los Servicios de Salud y de las Seremis.

3. Roles y funciones en el proceso de vigilancia

Como se mencionó anteriormente forman parte de este proceso, los Servicios de Salud con sus respectivos establecimientos de atención abierta y cerrada, los establecimientos privados, laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (Seremi) y Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e información en salud-DEIS). Cada uno de ellos participa con distintos roles y funciones en los hitos del proceso de vigilancia, según lo señalado a continuación.

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Establecimientos de salud públicos y privados

El rol en este hito consiste en la realización de las notificaciones necesarias para alimentar de datos al sistema de vigilancia. Se identifican diferentes actores definidos según sus responsabilidades:

Médico que realiza la atención: una vez realizado el diagnóstico clínico, deberá completar el formulario de notificación ENO, el de Caso de VIH/SIDA y el Formulario de notificación cambio de etapa VIH/SIDA, según corresponda. Deberá realizar la coordinación y procedimiento, según flujo interno establecido, para que los formularios lleguen al delegado de epidemiología del establecimiento.

Delegado de epidemiología:

Recolectar, recibir los formularios y enviarlos oportunamente a la Seremi.

Notificar a través del boletín ENO (cuando se le ha delegado esa función) todos los casos con confirmación por el ISP que ocurren en el establecimiento. En forma diaria se enviarán a la Seremi, sin esperar la confirmación de identidad, ni el diagnóstico clínico.

Instituto de Salud Pública (ISP)

El ISP, como laboratorio de referencia nacional, debe confirmar los casos de VIH. Debe confeccionar un listado de casos y enviarlo mensualmente al Minsal, resguardando la confidencialidad.

Laboratorios clínicos, centros y bancos de sangre públicos y privados

Deben registrar toda muestra reactiva local y enviarla al ISP para su confirmación (Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud). Para ello se debe utilizar el Formulario de Envío de Muestras para Confirmación de VIH/SIDA por el ISP (adulto y pediátrico). Deberá registrar rigurosamente los datos asegurando la confidencialidad e integridad de éstos

Nivel regional- Secretaría Regional Ministerial de Salud:

Epidemiólogo: deberá recibir los formularios desde los establecimiento e ingresarlos a los sistemas informáticos dispuestos para ello.

b. Control de calidad de datos

Nivel local – Establecimientos de Salud públicos y privados

Delegado de epidemiología:

Su función en este hito es:

- Verificar que los formularios de notificación estén completos y que la información sea consistente. Asimismo, debe velar por que no se omitan notificaciones. Esta última tarea se realizará en coordinación con la Seremi y el Servicio de Salud.
- Retroalimentar a los responsables del llenado del formulario sobre la calidad del registro.
- Tomar las medidas o acciones correctivas en caso de no contar con los datos requeridos para el proceso de vigilancia.

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Realizar la verificación de la calidad del registro mediante la revisión de copias de los formularios.

- Retroalimentar a los directores de establecimientos y delegados de epidemiología sobre la calidad de los datos.
- En el caso de tomar acciones correctivas informar al encargado de la Seremi de dichas acciones.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi

La unidad de epidemiología del departamento de salud pública de la Seremi ejerce las funciones de supervisión y control de la calidad de los datos generados en el proceso de vigilancia epidemiológica.

Epidemiólogo:

- Verificar la calidad y oportunidad de la información enviada desde los establecimientos públicos y privados..
- Comparar los casos de la planilla del ISP con aquellos notificados por los establecimientos de la región. En caso de encontrar casos no notificados, deberá informar al Servicio de Salud, y coordinarse con el delegado de epidemiología del establecimiento en cuestión, para regularizar la situación.
- Coordinación con el Servicio de Salud correspondiente o con los delegados de los establecimientos públicos y del sector privado para corregir problemas detectados en la calidad de las notificaciones.
- Retroalimentar a los niveles locales que notifican.

Nivel Nacional – Ministerio de Salud

A nivel central la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública cuyas funciones en este hito son:

Departamento de epidemiología

- Analizar los indicadores de calidad de vigilancia mensualmente.
- Recibir la base de datos de los casos confirmados desde el ISP mensualmente y enviar los datos que le corresponden a cada Seremi de salud (esta actividad se realizará hasta que la información pueda ser obtenida en línea desde las Seremis).
- Retroalimentar a las SeremiS respectivas

c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información

Nivel local – establecimiento de salud público y privado

Delegado de epidemiología:

- Integrar y validar la información generada por su establecimiento
- Generar, procesar y analizar la información básica

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Con la información epidemiológica analizada por la Seremi de Salud correspondiente, con los datos y variables de registros propios de provisión de servicios, este nivel podrá contar con insumos para mejorar la gestión de la atención de la red asistencial.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi

Epidemiólogo:

- Comparar mensualmente los listados de los casos confirmados por el ISP con los registros de notificación provenientes de establecimientos públicos, privados y prestadores individuales, tanto los boletines ENO como el formulario de notificación de casos de VIH/SIDA.

- Analizar los datos, para la correcta elaboración del informe regional.
- Incorporar a las redes asistenciales, a través de los delegados de epidemiología y de los Servicios de Salud, en el análisis de la información.
- Proporcionar información a los Servicios de Salud, a fin de integrar la visión e interpretación de éstos datos.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de Epidemiología:

- En base a los requerimientos nacionales de información para la vigilancia epidemiológica, consolida, analiza, compara datos regionales y procesa la información.

d. Elaboración de informes epidemiológicos

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Epidemiólogo:

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al plan de análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel regional.
- Elaborar el informe regional.
- Enviar este informe a sus autoridades respectivas.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de epidemiología:

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al plan de análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel nacional.

- Elaborar anualmente el informe nacional.
- Enviar este informe a las autoridades nacionales respectivas.

e. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Nivel local – establecimiento de salud público y privado

Delegado de Epidemiología:

- Proporcionar la información elaborada por la Seremi al equipo de salud del establecimiento.

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Difundir a los establecimientos de su red el informe epidemiológico elaborado por la Seremi, con el fin de orientar o reorientar acciones de competencia de la Red en los niveles locales.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Epidemiólogo:

- Informar a las autoridades correspondientes de su Seremi y al nivel central departamento de epidemiología del Ministerio de Salud.
- Difundir a la red de vigilancia (delegados de epidemiología) de su región el informe epidemiológico, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.

Seremi:

- Informar a las autoridades del nivel central.

- Difundir a la dirección(es) del(los) servicio(s) de salud, directores de establecimientos públicos y privados de su región el informe epidemiológico correspondiente, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Difundir a otras instancias gubernamentales, con el fin de coordinar acciones con el intersector.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de epidemiología:

- Difundir a la red de vigilancia regional (Seremi) el informe epidemiológico nacional, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Proporcionar información relevante a la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública y a las diferentes instancias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Informar a las autoridades correspondientes del nivel central.

El Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) será el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios (departamento de epidemiología, CONASIDA, DIREC, entre otros).

f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Nivel local – Servicio de Salud:

- Supervisar a los establecimientos de salud garantizando el cumplimiento de los procesos involucrados en la vigilancia del VIH/SIDA, facilitando su evaluación y ejecución de acciones locales indicadas desde el nivel central o la autoridad sanitaria regional.
- Retroalimentar a la Seremi de los resultados de las acciones de vigilancia realizadas.

- Utilizar la información generada en el monitoreo o supervisión para mejorar la gestión y organización de los establecimientos de la red a su cargo en el cumplimiento de las acciones de vigilancia.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Seremi:

- Coordinar instancias de trabajo entre Seremi, Servicios de Salud, direcciones médicas de establecimientos privados para análisis, complemento de informaciones, evaluación de los procesos y corrección de los mismos, si fuera necesario y ejecución de las acciones planteadas por la autoridad ministerial.
- Supervisar el cumplimiento de los procesos involucrados en la vigilancia del VIH/SIDA en los establecimientos privados, facilitando su evaluación y ejecución de acciones locales indicadas desde el nivel central o la autoridad sanitaria regional.

Nivel nacional - Ministerio de Salud

- Coordinar y desarrollar plan de trabajo con el objetivo de facilitar el desarrollo de procesos y la ejecución de las acciones a nivel nacional. Esta función estará a cargo del departamento de epidemiología de la División de planificación sanitaria, la Comisión nacional del SIDA de la División de prevención y control de enfermedades, ambas de la Subsecretaría de Salud Pública, la División de integración de redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Instituto de Salud Pública.
- Evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e implementar medidas de mejoría si es pertinente.

VII.
**Proceso de planificación y
gestión de los procesos de
atención clínica y de vigilancia
epidemiológica asociados a la
infección por VIH.**



VII. Proceso de planificación y gestión de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica asociados a la infección por VIH.

En el marco de este Manual, y dado que se han descrito previamente dos de los procesos clave en lo que se refiere a la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH: proceso de atención clínica y proceso de vigilancia epidemiológica, resulta necesario indicar cómo se instalan, desarrollan y gestionan los mismos.

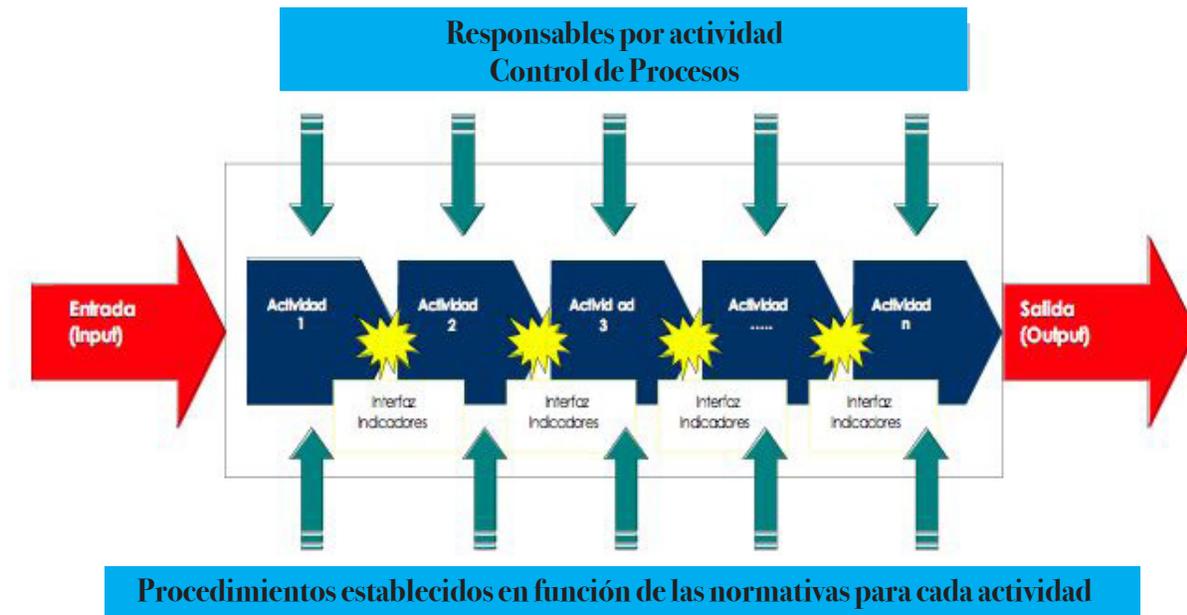
Cuando un proceso está bien consolidado, ocurre una mejora del mismo, la que está cautelada a través de uno de los hitos que se señalarán más adelante, a saber: evaluación o análisis del proceso. En el caso de los procesos asociados al VIH/SIDA ya mencionados, se dispone de procedimientos regulados, circulares y normativas que abordan y resguardan los aspectos relevantes. Sin embargo, requiere de una mejor organización, por lo cual hablamos de reingeniería o rediseño de proceso.

Definición de proceso:

Al hablar de **proceso** o **gestión por procesos** es imprescindible definirlo. Se pueden encontrar diferentes definiciones, sin embargo, todas apuntan a lo mismo:

- Un proceso es un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más *inputs* (entradas) los transforma, generando un *output* (resultado).
- Un proceso es una sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido; con una organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico.

Ilustración 5: Gestión por procesos



Hay que tener presente que un proceso define qué es lo que se hace, a diferencia de un procedimiento (comúnmente se confunden estos términos) que es un conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado.

En el anexo I, pág. 203 se presentan algunas definiciones relacionadas con los procesos.

Características o condiciones que todo proceso debe cumplir:

- Poder identificar y describir las entradas y las salidas del mismo.
- Cruzar uno o varios límites organizativos funcionales.
- Cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Fijar metas y fines en lugar de acciones y medios.
- Ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

Requisitos básicos de un proceso

- Todo proceso tiene que tener un responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia.
- En cada proceso se debe:
 - Determinar los resultados a lograr.
 - Planificar las actividades que se van a realizar.
 - Ejecutar las actividades propuestas o programadas.
 - Comprobar y verificar si las actividades se han realizado bien, y si los resultados obtenidos se corresponden con los objetivos.
 - Analizar los resultados obtenidos para realizar las acciones correctivas o para continuar estudiando nuevas mejoras y para ajustar los objetivos —cuando sea necesario.
- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser diseñados en la etapa inicial, para luego ser utilizados en las etapas restantes.

Complejidad en la instalación de un proceso

- Delimitar los procesos.

A veces no es tan evidente cuándo comienza y termina un proceso. La importancia de fijar los límites radica en el control de gestión y por ende en la responsabilidad del encargado del proceso y sus coordinaciones con cada uno de los responsables de los hitos definidos.

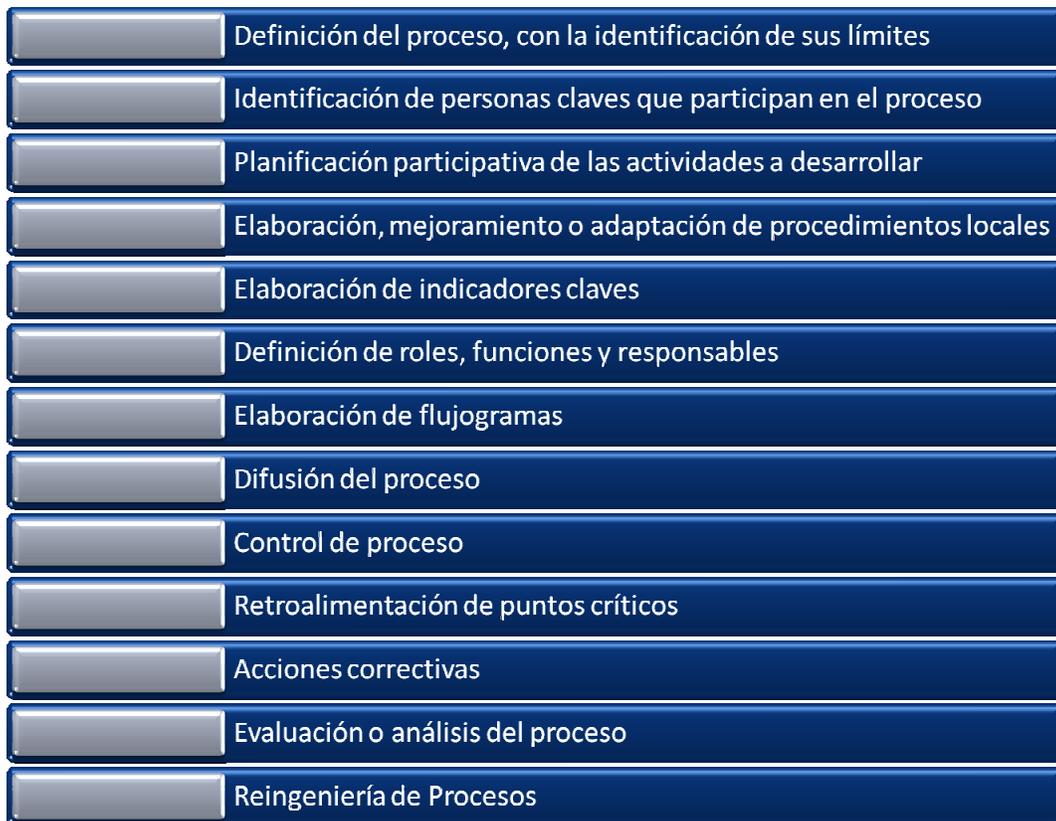
- Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo departamento. Sin embargo, los procesos más complejos fluyen en la organización a través de diferentes áreas funcionales y departamentos. Esto último aplica para los procesos definidos en este Manual, y por ende la complejidad radica en poder tener bajo control las distintas interfaces.

- La intervención de distintos departamentos en el proceso dificulta su control y gestión, diluyendo la responsabilidad que esos departamentos tienen sobre el mismo. Cada área se responsabilizará del conjunto de actividades que desarrolla. Es fundamental nombrar un encargado del proceso.

Para la particularidad del proceso de VIH/SIDA se pueden identificar los siguientes hitos que se deben cumplir para afianzar correctamente los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica.

1. Hitos en la instalación del proceso de VIH/SIDA

Ilustración 6: hitos del proceso de planificación



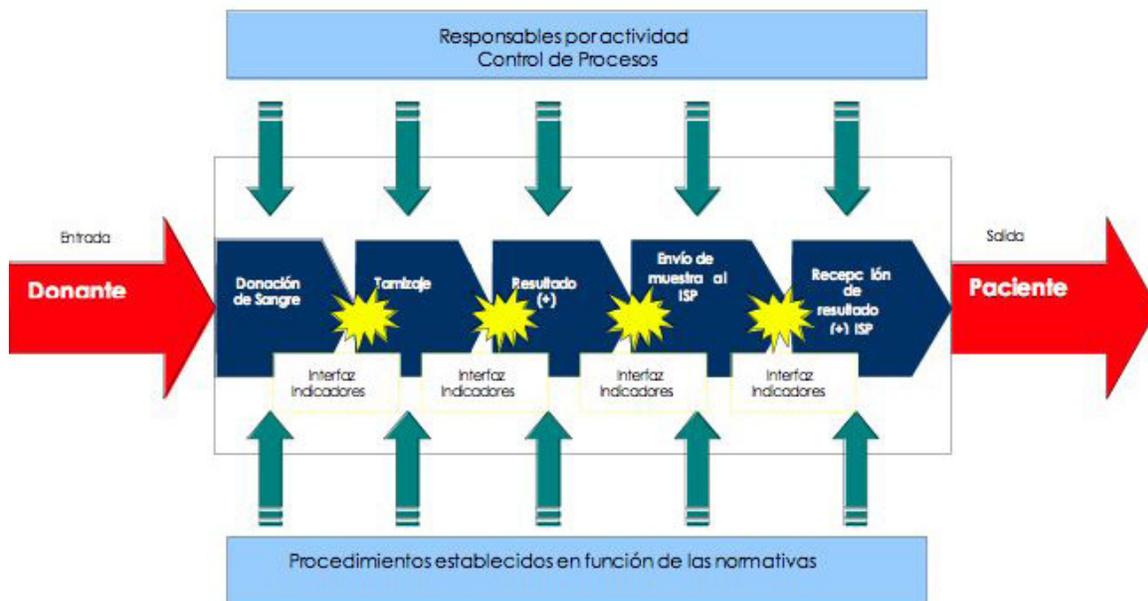
A continuación se describe cada uno de los hitos relevantes en la instalación y desarrollo del proceso. Cabe destacar que esta descripción tiene validez tanto para la instalación de procesos macros como también subprocesos.

a. Definición del proceso, con la identificación de sus límites

En este caso ya se han definido los procesos clave para el VIH/SIDA: el proceso de atención clínica y el proceso de vigilancia epidemiológica. No obstante, cada institución responsable, departamento, unidad, servicio, etc. deberá realizar este mismo ejercicio en cuanto a los subprocesos o actividades.

Ejemplo de un subproceso del proceso de atención clínica es el proceso de diagnóstico de VIH + con tipo de usuario donante, que gráficamente se describe de la siguiente forma:

Ilustración 7: proceso de donante



Si uno cambia el límite de este subproceso y establece que este debe finalizar con la información al paciente se pueden visualizar los siguientes cambios:

Ilustración 8: proceso de paciente donante informado



Procedimientos establecidos en función de las normativas

La diferencia entre el proceso principal abordado y los dos subprocesos en el ejemplo, radica principalmente en que el primero ocurre en un servicio y el otro ocurre entre servicios, aumentando por consiguiente la complejidad. Igualmente, para ambos se deben definir todos los hitos descritos.

Por lo tanto en este hito, es indispensable que se definan todos los subprocesos asociados con cada uno de los responsables.

b. Identificación de personas clave que participan en el proceso

Una vez identificado el proceso con todos sus hitos se procede a identificar quienes son los actores fundamentales. Es deseable que se identifiquen personas que tienen poder de decisión, dado que se tomarán decisiones, que en pos de la optimización del proceso incidirán en cómo se debe realizar y planificar el trabajo, que por lo general va asociado a cambios de gradualidad diversa.

c. Planificación participativa de las actividades a desarrollar

La planificación, generalmente, cuenta con una propuesta inicial del proceso con sus actividades, que sirve de punto de partida para la primera reunión a realizar con todos los actores clave, y en la cual debe existir la claridad de lo que se va hacer, para definir en conjunto cómo se va a hacer. Esta propuesta

debe estar a cargo de quien lidere o a quien se le encomiende la instalación o rediseño del proceso en cuestión. Generalmente la definición va asociada con la responsabilidad dentro de la organización. Lo esperable, después de la planificación participativa, es que la propuesta inicial cambie por una más enriquecida. Los beneficios se obtienen durante el desarrollo de la discusión del proceso, en el cual todos los participantes pueden conocer las actividades que realizan las distintas personas –valorar la importancia que todos tienen en el proceso– y así mejorar el nivel de coordinación que tienen entre ellas.

d. Elaboración, mejoramiento o adaptación de procedimientos locales

En esta etapa se deben revisar las regulaciones internas y externas existentes. Para cada actividad del área clínica y administrativa deben existir procedimientos establecidos. Incluso para algunos existen normativas específicas que se deben poner en práctica. Se debe verificar si existen las condiciones de ser implementadas. En caso de las regulaciones externas como normativas, leyes, etc. se deben establecer las condiciones para su implementación, y en caso de las regulaciones internas se pueden revisar, mejorar o adaptar los procedimientos establecidos en cada caso.

e. Elaboración de indicadores clave

Los indicadores son una herramienta que entrega información cuantitativa respecto del logro o resultado en la entrega de los bienes o servicios generados por la organización, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Es una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con periodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño de la organización –se definen a nivel de unidad, departamento, servicio, etc.

Los indicadores deben cubrir los aspectos más significativos de la gestión, privilegiando los principales objetivos de la organización, pero su número no puede exceder la capacidad de análisis de quienes van a utilizar su información.

Los indicadores clave deben proporcionar información relevante a los responsables del proceso o subproceso y entregar:

- certeza de que el proceso está bien y bajo control;

- alertas, que señalen la ocurrencia de desviaciones (tomar medidas correctivas).

Es por eso que en el diseño de indicadores se debe tener claridad de situaciones que pudieran generar puntos críticos –generalmente asociados con las interfaces– y cuáles son los parámetros que se medirán. Por lo tanto, se deben fijar con claridad las metas a alcanzar para poder medir las desviaciones. Hay algunas consideraciones generales que se deben tener presentes al momento de construir un indicador:

- Debe ser medible: se debe contar con los datos dentro de la organización y la fuente debe ser fidedigna.
- Los datos deben obtenerse de procesos establecidos (no se pueden instalar procesos paralelos para la obtención de datos).
- Los mecanismos de recolección de información deben ser simples.
- La frecuencia de medición debe ser la adecuada para controlar el proceso y esto se cruza con la cantidad de indicadores posibles de analizar por cada responsable.

Los indicadores se pueden construir en relación a su dimensión –eficacia, eficiencia, economía y calidad–, a su ámbito de control –procesos, productos, resultados intermedios, resultados finales o de impacto–. Para mayor profundización, ver anexo m, pág. 204.

f. Definición de roles, funciones y responsables

Una vez diseñado el proceso completo, se debe definir al responsable general y los responsables de cada una de las actividades o subprocesos establecidos como relevantes.

El responsable general asume la globalidad de la gestión del proceso y su mejoramiento continuo. Por ello debe tener la suficiente autoridad para implantar los cambios que conduzcan a la mejora de resultados. Deberá contar con la colaboración de un equipo –formado por personas directamente vinculadas en el proceso que generalmente pertenecen a distintas unidades, departamentos o dependencias–, generalmente lo conforman los mismos actores clave que participaron en la etapa de planificación. Dentro de sus funciones están:

- Asumir la responsabilidad sobre el proceso y asegurar su eficacia y su eficiencia de manera continua.
- Generar relación con otros procesos y establecer requerimientos adecuados.
- Documentar debidamente el proceso.
- Distribuir la información a todas las personas involucradas.
- Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso en forma continua.

Estas mismas responsabilidades le corresponden a los actores clave, pero cada uno centrado en su actividad o subproceso.

g. Elaboración de flujogramas especificando lugar de realización de las actividades en la red de atención

Una vez determinados los procedimientos en cada uno de los casos definidos, aclarando los roles y sus respectivas funciones, es necesario establecer qué se va a realizar en cada uno de los lugares definidos de la red, para optimizar los recursos y facilitar el flujo de la atención. Esto considera la definición de los responsables para cada una de las acciones determinadas y de los procedimientos para la relación entre cada uno de los subprocesos que participan en el proceso.

Para la realización de los flujogramas es necesario revisar las carteras de servicio de cada uno de los establecimientos y definir los mecanismos de contingencia ante las eventualidades.

h. Difusión del proceso

Constituye uno de los hitos más relevantes. Se puede disponer de un óptimo diseño del proceso, pero si las personas que están involucradas no conocen su participación puntual o su contribución, no es posible obtener el valor agregado que persigue la gestión por proceso.

Al difundir y tratar de implementar los cambios introducidos en el trabajo habitual, se pueden visualizar aspectos, que al momento del diseño no eran

evidentes, y además contar con la retroalimentación de los técnicos, que por lo general contribuirán con soluciones. El rol de los actores clave en este hito es fundamental, porque tendrán que lograr el compromiso de las personas a su cargo, para lograr los resultados esperados.

Si los cambios en los procesos además afectan a los clientes o usuarios, se debe también informar a los puestos de información (OIRS, guardias, recepción, etc.) para no generar un impacto negativo en las personas que se beneficiarán de las mejoras de los procesos.

i. Control de proceso

El control es un elemento del proceso administrativo que incluye todas las actividades que se imparten para garantizar que las operaciones reales coincidan con las operaciones planificadas *

Es importante en esta etapa realizar eguimiento, –según la frecuencia establecida–, de los indicadores que permitan alertar sobre situaciones críticas.

j. Retroalimentación de puntos críticos

Con los datos o alertas obtenidos en el control de proceso se deberá retroalimentar a los niveles que corresponda, según responsabilidad, cuando se trata de un punto crítico que no es de resolución de un solo responsable. En esta retroalimentación siempre es relevante informar al responsable del proceso, dado que tiene la visualidad completa de este y puede actuar como facilitador, cuando sea ese el requerimiento.

k. Acciones correctivas

Éstas se aplican dependiendo de la gravedad de las desviaciones informadas, para reaccionar o para continuar estudiando nuevas mejoras. En el caso que sea necesario también se pueden reajustar los objetivos. Ejemplos de acciones correctivas son:

* www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/gen1/controladmin.htm

- Cambios puntuales en algunas tareas a realizar.
- Cambios de procedimientos.
- Establecer nuevas tareas o actividades por vacíos en el diseño original del proceso.

Estas acciones correctivas también se deben difundir con el equipo relacionado.

l. Evaluación o análisis del proceso

La evaluación del proceso aplica también en distintos niveles. En el caso de realizar acciones correctivas, la evaluación corresponde a la eficacia de éstas. En el caso de los subprocesos será la evaluación de cada uno de los responsables, independiente de la aplicación de las medidas correctivas. En este análisis se puede contemplar, aparte de los indicadores u otras actividades de medición, la adhesión del equipo involucrado o si se puede optimizar el proceso aun más. Desde la evaluación del proceso general se pueden considerar los mismos parámetros pero de manera macro: adhesión de las distintas unidades, departamentos, servicios, otros establecimientos, etc.

m. Reingeniería o rediseño de procesos

La reingeniería de procesos significa volver a empezar de nuevo; no es hacer más con menos, es con menos o igual dar más y mejor al cliente/usuario. El objetivo es hacer lo que ya estamos haciendo, pero hacerlo mejor, trabajar más inteligentemente. Es rediseñar los procesos de manera que estos no estén fragmentados.

La reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

La reingeniería ocurre después de periodos prolongados (aproximadamente tres años) de funcionamiento de un proceso y tiene relación con los distintos cambios que van sucediendo. Por ejemplo: cambios tecnológicos, cambios en las expectativas de los clientes, cambios demográficos, etc.

La propuesta realizada en este Manual corresponde justamente a este último hito. A la luz de los datos obtenidos a nivel país, que se recogieron de distintas fuentes (Servicios de Salud, Seremis, establecimientos de salud privados y públicos, auditores, ISP, etc.) y utilizados para realizar la evaluación del proceso actual del VIH/SIDA, se generó la necesidad de realizar reingeniería.

2. Roles y funciones en el proceso de planificación y gestión por procesos

a. Proceso de atención clínica

Este proceso corresponde a la función de provisión de servicios. En el caso del programa de VIH/SIDA corresponde desarrollar todos los subprocesos asociados a la detección, el diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH a los usuarios del sistema de salud.

Desde esta perspectiva, y en el marco de gestión por procesos corresponde implementar, entre otras, las siguientes funciones por instancia:

Establecimientos públicos⁴⁵ y privados de salud

A partir de las indicaciones de este Manual, le corresponde realizar la reingeniería del proceso y subprocesos en los cuales está involucrado:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de atención (clínico–asistencial).
- Identificación de las personas/funcionarios claves que participan en el proceso.

⁴⁵ El marco legal que sustenta la implementación de estos hitos, particularmente en los hospitales del sector público, es el Reglamento de los Servicios de Salud que indica en su título V, artículo 46: “Cada hospital e instituto, estará a cargo de un director, el que será responsable de ejecutar, con los recursos asignados, las acciones integradas de salud que éste deba cumplir en el ámbito de su competencia, de conformidad con las políticas, normas, planes y programas a que ellas deban sujetarse y bajo la supervisión y control de la dirección del Servicio a que pertenezca. En conformidad a lo anterior le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar todas las actividades del hospital para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, sin perjuicio de las facultades que el Director de Servicio le delegue”.

- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Servicio de Salud

El Servicio de Salud, específicamente el Departamento subdirección de gestión asistencial o su equivalente, es responsable de realizar la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH que se desarrollan en la red de establecimientos que la conforman:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de atención (clínico–asistencial).
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.

- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

El marco legal que sustenta la realización de los hitos descritos por parte del Servicio de Salud es el reglamento de los Servicios de Salud⁴⁶.

Planificación y análisis⁴⁷

«Desarrollar procesos de planificación permanente de la red asistencial. Entre otros, las áreas de articulación de la red asistencial, gestión clínica, gestión de cuidados.»

Gestión de los programas de las personas

«Programar y evaluar la ejecución de los planes, programas, y las acciones que realiza la red respecto de la atención de salud de las personas, y la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento.»

Articulación y desarrollo de la red

«Diseñar y proponer al director del servicio estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contra derivación, así como supervisar el cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos, conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto.»

⁴⁶ Decreto N° 140 de 2004, publicado en el Diario Oficial del 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006.

⁴⁷ Título II: de la Organización de los Departamentos Subdirecciones y sus funciones, párrafo I, del Departamento Subdirección de Gestión Asistencial, artículo 21, El Departamento Subdirección de Gestión Asistencial.

Control de la gestión

«En el aspecto de gestión asistencial, monitorear y evaluar el cumplimiento de la implementación de los planes y programas de salud convenidos o aprobados por el Ministerio de Salud.»

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Basado en el Reglamento del Ministerio de Salud⁴⁸, y en relación a los ámbitos de prestación de servicios y regulación⁴⁹ de las normativas relativas al VIH/SIDA, le corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales:

- Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas concernientes a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema, en particular las relativas al ámbito de los recursos humanos y la inversión en infraestructura y equipamiento para el sistema; los estándares para el desarrollo de sistemas de información a que deberán atenerse los establecimientos del sistema; y las normas de derivación y coordinación de la atención entre Servicios de Salud, establecimientos y niveles de complejidad, para una efectiva articulación de las redes
- Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de atención de salud y articulación de la red asistencial, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto.

Subsecretaría de Salud Pública: Comisión Nacional del Sida

Basado en el Reglamento del Ministerio de Salud⁵⁰, y en relación al ámbito de rectoría relativa al proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH, le corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la Comisión Nacional del SIDA de la División de Prevención y Control de Enfermedades:

⁴⁸ Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 Publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 de octubre de 2008.

⁴⁹ La función de regulación ordena las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud, y permite verificar el cumplimiento concreto de las disposiciones legales y normativas.

⁵⁰ Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 del 10 del 2008.

- Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas respecto de las materias relativas a la prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.
- Proponer protocolos referenciales de atención y aquellos que por razones sanitarias deban ser obligatorios, para lo que deberá coordinarse con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de salud pública, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias para tal efecto.

b. Proceso de vigilancia epidemiológica

Se refiere al desarrollo de todos los subprocesos asociados a la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA que deben ser implementados en la red de vigilancia de los establecimientos públicos y privados de salud. Desde esta perspectiva y en el marco del desarrollo del Proceso de Planificación corresponde desarrollar entre otras, los siguientes hitos por instancia para realizar la reingeniería de este proceso:

Establecimientos públicos y privados

Les corresponde, realizar la reingeniería del proceso y subprocesos en los cuales están involucrados en función de los hitos definidos en este Manual:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.

- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Servicios de Salud

Los Servicios de Salud son responsables de la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la vigilancia epidemiológica que se desarrolla en su red de establecimientos públicos, en coordinación con la Seremi y los delegados de epidemiología de sus establecimientos:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios claves que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Secretaría Regional Ministerial de Salud

La Secretaría Regional Ministerial de Salud, específicamente el Departamento de salud pública, es responsable de realizar la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la vigilancia epidemiológica que se desarrolla en la red de establecimientos públicos y privados de salud de la región:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

VIII. Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH

VIII. Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un conjunto de intervenciones prioritarias para la prevención, atención, control y tratamiento del VIH/SIDA en el sector salud, las cuales deben ser analizadas, adaptadas y desarrolladas en función de las características de la epidemia, del contexto sociocultural, de las características del sistema de salud y de la disponibilidad de recursos financieros y humanos de cada país.⁵¹

Parte de estas intervenciones sectoriales corresponden a las realizadas en los establecimientos de salud que forman parte de la red de atención, tales como actividades relacionadas con la consejería, información, educación y entrega de insumos y servicios para prevenir la transmisión del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Estas acciones se concretan en la oferta del examen para la detección del VIH, la aplicación de protocolos para la prevención de la transmisión vertical y la atención oportuna de consultantes de ITS y personas que viven con el VIH⁵².

En este marco, la OMS plantea incrementar el número de personas, particularmente de las poblaciones más vulnerables, que conozcan su situación serológica a través de la detección del VIH, con consejería ya que ello es fundamental para ampliar el acceso a la prevención, atención y tratamiento del VIH. Lo anterior buscando establecer sinergias entre la ética médica, los derechos humanos y los objetivos clínicos y de salud pública.

El principio fundamental de la detección del VIH es que se debe acompañar de información previa, de manera que permita al usuario decidir con conocimiento de causa y voluntariamente realizarse el test. La OMS propone garantizar el principio de las «3C» (consentimiento informado, consejería y confidencialidad).⁵³

La OMS definió la consejería —o asesoramiento—, en el contexto del VIH/SIDA, como una relación y diálogo con dos objetivos generales: prevenir la infección y la transmisión del VIH y dotar de apoyo psicosocial a las personas directa o indirectamente afectadas por él.⁵⁴

⁵¹ Interventions Prioritaires, Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA, Versión 1-2 avril 2009, Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web_fr.pdf

⁵² Ídem

⁵³ Ídem

⁵⁴ Asesoramiento y pruebas voluntarias: Actualización técnica del ONUSIDA, septiembre de 2000.

En Chile se ha diferenciado la consejería para el VIH en dos líneas temáticas sinérgicas:

- Consejería para la prevención del VIH e ITS, que considera la evaluación de las vulnerabilidades y riesgos personales, la actualización de la información y la planificación de estrategias de prevención más adecuadas a cada persona. La oferta del examen se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización.
- Consejería para el examen VIH y la entrega de su resultado. Se sustenta principalmente en orientar y apoyar la toma de decisiones informadas respecto de la realización del examen y de la entrega del resultado de manera oportuna, finalizando con la derivación a los establecimientos de salud para la atención clínica, si se requiere.

La OMS y la Agencia de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) definen tres categorías principales sobre la consejería y la detección del VIH.⁵⁵⁻⁵⁶

Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos

Los *screening* practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH. Ello permite proporcionar una provisión de sangre y productos sanguíneos garantizando la seguridad para el donante y el receptor.

La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, a fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye.

Consejería y detección del VIH por iniciativa del profesional de salud

La consejería y la detección del VIH por iniciativa del profesional de salud es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario que consulta en un establecimiento de salud. El objetivo principal es

⁵⁵ Ídem a cita 53.

⁵⁶ Scaling –up HIV Testing and Counselling Services. A Toolkit Programme Managers. OMS, UNAIDS, 2005.

permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente.⁵⁷

Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario/paciente

Se denomina consejería y detección por iniciativa del usuario aquella que se realiza a una persona que se acerca a un establecimiento de salud para conocer su estado serológico por iniciativa propia.

Este Manual trata principalmente sobre la consejería relacionada con el proceso de la solicitud u oferta del examen de detección para el VIH

Situación nacional: en las páginas 37 y 38 se describe el marco legal en el cual se inserta la consejería asociada al examen de detección del VIH.

La consejería asociada al examen de detección del VIH implica una planificación y una ejecución en la cual se deben considerar los siguientes aspectos:

Los objetivos de la consejería asociada al examen:

- Apoyar la toma de decisiones informadas respecto al examen de detección del VIH y sus resultados.
- Entregar el resultado del examen de detección del VIH y derivar a los servicios de salud pertinentes, si se requiere.

Tipos de usuarios de la consejería asociada al examen:

- Donantes de sangre y órganos.
- Usuarios a los que el profesional de salud ofrece el examen.
- Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.

⁵⁷ Ídem

Consejería pretest en donantes de sangre y órganos

En Chile, esta consejería se realiza a todas aquellas personas a las que se les aplica el procedimiento que la Ley 19.779 y el Decreto N° 182/05 del Ministerio de Salud, que establecen como condición el examen de detección del VIH.

Las actividades de esta consejería están incorporadas a la entrevista al donante que debe realizarse previo a la donación, para permitir que identifique su riesgo, analice su situación y decida la donación o exclusión.

Esta actividad debe ser realizada directamente por personal capacitado.

Actividades consideradas

- Informar el motivo del requerimiento del examen y su vinculación con la transmisión del VIH por esta vía, enfatizando la importancia y el objetivo para la donación.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el procedimiento, análisis de la sangre y los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento (formato sugerido en anexo a, pág. 153 y 154).
- Informar las acciones que se realizarán si el examen de la sangre donada detecta el VIH.
- Registrar la actividad en ficha del donante y/o medios electrónicos establecidos lo siguiente.
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.

- Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono(s).

Consejería pretest en el que el profesional de salud ofrece el examen

Es la consejería que se realizará a aquellas personas a las que un profesional de salud ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan.

Destinatarios de la consejería en que el profesional de salud ofrece el examen, es decir, forma parte de la atención del paciente:

- Embarazadas.⁵⁸
- Personas en control por TBC.⁵⁹
- Víctimas de violencia sexual.⁶⁰
- Personal de salud que se haya expuesto a sangre y fluidos corporales de riesgo para la transmisión del VIH.⁶¹
- Personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual.⁶²
- Consultantes con sintomatología sugerente de infecciones de transmisión sexual.⁶³
- Personas en control de salud sexual (comercio sexual).⁶⁴

⁵⁸ Norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005.

⁵⁹ Manual de organización y normas técnicas, programa nacional de control de la tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005, aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

⁶⁰ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Minsal.

⁶¹ Norma general técnica N° 48 sobre manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH, aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo del Minsal.

⁶² Norma de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de julio de 2008.

⁶³ Ídem

⁶⁴ Ídem

- Pacientes en diálisis.⁶⁷
- Pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH.

La consejería debe ser realizada directamente por el profesional que ofrece el examen y está capacitado, o por medio de otro personal con capacitación, asegurando su realización en forma oportuna.

Actividades consideradas

- Informar el motivo de la oferta del examen y su vinculación con la transmisión del VIH.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el examen, sus procedimientos y de los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (formato sugerido en anexo b, pág. 155).
- Tomar acuerdos para la entrega del resultado.
- Derivar a consejería con énfasis en la prevención primaria si se requiere.
- Registrar lo siguiente en ficha clínica y/o medios electrónicos establecidos:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que solicita el examen.
 - Fecha de solicitud del examen.
 - Identificación del profesional que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.

- Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono(s).
- Datos solicitados en consentimiento informado. Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
- Mecanismos y fecha de citación para entrega de resultados.

Consejería pretest por iniciativa del usuario

Se denomina consejería y detección por iniciativa del usuario a aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico⁶⁶.

Esta consejería debe ser realizada por personal de salud capacitado, que debe estar disponible en cada establecimiento de salud.

Actividades consideradas

- Precisar el motivo de consulta que genera la solicitud del examen por el consultante.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el examen, sus procedimientos, periodo de ventana y de los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (formato sugerido en anexo b, pág. 155).
- Tomar acuerdos para la entrega de resultado.

⁶⁶ Interventions Prioritaires. Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA. Versión 1-2 avril 2009, Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web_fr.pdf

- Registrar lo siguiente en ficha clínica y/o medios electrónicos establecidos:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que solicita el examen.
 - Fecha de solicitud del examen.
 - Identificación del profesional/técnico que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono (s).
 - Datos solicitados en consentimiento informado. Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
 - Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
 - Mecanismos y fecha de citación para entrega del resultado.

Si la situación del usuario lo requiere se ofrecerá, además, consejería para la prevención del VIH e ITS que privilegia, en otro contexto, la evaluación del riesgo individual así como el abordaje del impacto del VIH en la salud, en el entorno familiar y social, y las estrategias para disminuir los riesgos.

Otros destinatarios a considerar

Otros destinatarios de la actividad de consejería serán todas las personas que actúen como tutor o representante legal de niños, niñas, adolescentes y/o de personas incapacitadas de dar su consentimiento, quienes deberán firmar el consentimiento de aceptación o rechazo del examen.

Entrega de resultados: consejería pos resultado del examen de detección del VIH

Las recomendaciones nacionales en esta materia, coherentes con las de la OMS y del ONUSIDA, son las siguientes:

- Si las personas son seronegativas se debe orientar acerca de la prevención, a fin de que se mantengan en esta situación. La recomendación de un nuevo examen dependerá del cumplimiento del periodo de ventana y/o la existencia de otras situaciones de riesgo.
- Si las personas son seropositivas se deberán orientar acerca de cómo prevenir la transmisión del VIH a otras personas y mantener un buen estado de salud general, así como deberán ser referidos a los servicios de atención para su evaluación clínica u otros servicios que fuesen necesarios.

El marco normativo respecto de la entrega del examen ya fue descrito en la página 47.

Consejería postest no reactivo local/negativo posanálisis del ISP

A los únicos usuarios que no se les realizará esta consejería y no se les entregará el resultado del test cuando sea no reactivo local o negativo posanálisis del ISP, es a los donantes. Si un donante cuyo examen resultó no reactivo al test de detección solicita la entrega del mismo, se debe derivar al lugar definido en la red de establecimientos públicos o privados para la entrega del resultado con consejería postest.

Al resto de los usuarios, en esas situaciones, se les entregará el resultado y se considerarán las siguientes acciones:

- Entregar el documento enviado por el laboratorio con resultado del examen.
- Explicar claramente significado del resultado.
- Solicitar al consultante firmar la recepción del resultado del examen.
- Promover medidas de prevención,

- Evaluar recomendación de nuevo examen (por período de ventana).
- Derivar si se considera pertinente, a consejería en prevención del VIH/SIDA y las ITS.
- Registrar en ficha clínica y/o medios establecidos, lo siguiente:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que entrega el resultado y realiza consejería postest.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Resultado del examen.
 - Firma de recepción examen por parte del paciente.
 - Acciones de derivación si corresponde.

Consejería postest confirmado por el ISP como positivo

Esta actividad debe ser realizada cuando se haya completado todo el proceso de confirmación incluyendo la prueba de identidad, e independiente del tipo de situación que dio origen al examen y al tipo de consejería.

Se considerarán las siguientes acciones:

- Entregar el formulario con la confirmación del ISP en original.
- Informar sobre las implicancias de vivir con VIH o estar desarrollando SIDA.
- Derivar a un centro de atención de VIH/SIDA.
- Promover conductas de autocuidado y prevención de transmisión de VIH.
- Proponer que la persona informe de su estado serológico a su/sus pareja/as sexual/es, recomendando la consejería y detección del VIH.
- Solicitar al consultante firmar la recepción del resultado del examen.

- Registrar en ficha clínica y/o medios establecidos, lo siguiente:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que entrega el resultado y realiza consejería postest.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Resultado del examen, fecha de Informe del ISP.
 - Firma de recepción del examen por parte del paciente.
 - Lugar de derivación, en lo posible coordinar en ese momento fecha y hora de citación a centro de VIH/SIDA.

IX. **Marco jurídico vigente asociado al VIH/SIDA en el sector salud**

IX. Marco jurídico vigente asociado al VIH/SIDA en el sector salud

Definición

Marco jurídico es el conjunto de normas y disposiciones de distinto rango que sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en esta materia. En orden descendente de importancia son la Constitución Política de la República, las leyes y decretos con fuerza de ley, reglamentos y decretos. Según la naturaleza que tenga una norma específica, debe ajustarse a las que preceden en la escala señalada. Además, en el orden interno del sector salud, hay resoluciones y oficios circulares de orden obligatorio.

Marco global de las políticas de salud

El marco global respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo 9º.- «El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presen a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;»

Marco específico de las políticas de salud

Las normas fundamentales que regulan el sector salud son:

- Código Sanitario, aprobado por DFL N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud. Trata las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes.

- Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, Ley Orgánica de los organismos que configuran el sector: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimiento del Sistema, Superintendencia de Salud. Además, contiene las disposiciones de la ley N° 18.496 que regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Nota Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

La colección ordenada de reglas o preceptos, procurada por la autoridad sanitaria para la ejecución del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, está dada por los siguientes reglamentos:

- Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 de octubre de 2008. Define la naturaleza y alcance del Minsal, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respecto a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.
- Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N° 140 de 2004, publicado en Diario Oficial el 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006. Define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones. Asimismo, indica roles y funciones en relación con la atención primaria de salud; incorpora disposiciones sobre gestión financiera y acciones referidas a los establecimientos de salud.

Marco específico de las políticas de salud en VIH/SIDA

En relación específicamente al VIH, indicamos a continuación en orden de jerarquía, los instrumentos normativos actuales:

- Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial, el 14 de diciembre de 2001, que establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas.
- Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

- Decreto N° 466, de 1987, del Ministerio de Salud, imparte Norma para la aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.
- Resolución Exenta N° 561 de 2000, del Ministerio de Salud, Norma Técnica N° 48, Norma Manejo posexposición Laboral a Sangre en el contexto de la Prevención de la Infección por VIH.
- Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles, Decreto Supremo N° 158 de 2004, del Ministerio de Salud.
- Resolución Exenta Minsal N° 622, 17 de octubre de 2005, Norma Técnica N° 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
- Resolución Exenta N° 328 D.O.F. 1986, establece Normas Mínimas de Bioseguridad para el Manejo de Muestras de Pacientes con riesgos de Infección del Virus HTLV III SIDA, en Laboratorios Clínicos.
- Circular N° B51/18 de 2007, Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA.
- Ordinario B51 N°/ 1817 del 07 de mayo de 2009 referido a instrucciones para la Construcción de Código examen para VIH.
- Ordinario 22B/ N° 4220, del 28 de octubre de 2009, codificación examen de VIH.

Otras regulaciones sanitarias que abordan aspectos del VIH/SIDA

También es preciso mencionar que hay cuerpos legales que corresponden a otras áreas temáticas sectoriales, y que especifican aspectos del VIH/SIDA, tal es el caso de:

- Decreto N° 2357 de 1994, del Ministerio de Salud, modificado por Decreto N° 531/99 y Decreto N° 558 de 2001, aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis.
- Resolución Exenta N° 444 de 2005, Ministerio de Salud, Manual de Organización y Normas Técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.

- Decreto N° 44/07 de 2005, modificado por Decreto 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto N° 206, de 2007 del Minsal, Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
- Resolución Exenta N° 394 de 2008 del Ministerio de Salud, aprueba Guía de Procedimientos por Infracción al Decreto Supremo N° 158 de 2004 del Minsal.
- Resolución Exenta N° 60 de 2007, del Ministerio de Salud, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley 19.966, modificada por Resolución Exenta N° 296 de 2007 del Ministerio de Salud.
- Resolución Exenta N° 458 de 2007, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 96, sobre Colecta Móvil de Sangre.
- Resolución Exenta N° 424 de 2008, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Norma Técnica Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.
- Circular 4F/53 del Minsal del 19 de diciembre de 1995, Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre.
- Circular 4C/21 del Minsal de 22 de marzo de 2000. Normas para la selección del Donante de Sangre.
- Ordinario C6/N° 850 del 26 de marzo de 2009, informa sobre Donantes de Sangre, indica conducta a seguir frente a donantes con exámenes de tamizajes positivos, que residen en un área geográfica diferente en la cual realizó la donación.
- Ordinario C63/N° 2344 del 23 de julio de 2009, Política Nacional de Servicios de Sangre.

Marco regulatorio relativo a establecimientos que realizan exámenes diagnósticos y atención clínica

Finalmente, haremos mención a la normativa relativa a los establecimientos en los cuales se realiza el examen y la atención de usuario, que rige para cualquier atención en salud:

Decreto N° 161/82, del Ministerio de Salud, Reglamento de Hospitales y Clínicas, y sus modificaciones: Decreto N° 129/89, Ministerio de Salud, Decreto N° 570/98, Ministerio de Salud, Decreto N° 216/03, Ministerio de Salud, publicado, Decreto N° 152/05, Ministerio de Salud.

Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de Laboratorios Clínicos.

Decreto N° 15 de 2007, del Ministerio de Salud, Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud.

Decreto Exento N° 18 de 10 de marzo de 2009, del Ministerio de Salud, aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. El decreto se refiere a establecimientos que brindan tanto atención cerrada como abierta, ya sea en el sector público como privado. Forman parte de este instrumento legal el *Manual de acreditación para la atención abierta* y el *Manual de acreditación para la atención cerrada* y sus respectivos anexos.

Normas Técnicas Básicas para obtener Autorización Sanitaria en Establecimientos de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

Oficio 4F/522 del Instituto de Salud Pública de 1996, exige la participación de todos los Bancos de Sangre del país, en control anual realizado por el ISP.

Oficio N° 4220 del Instituto de Salud Pública de 2006, participación obligatoria de todos los laboratorios en control anual realizado por el ISP.

Marco regulatorio sobre confidencialidad y ficha clínica

Se refiere a la normativa vigente relacionada con el manejo de los datos del usuario/paciente en el marco de la confidencialidad y la ficha clínica (ver detalles en anexo m, pág. 209)

Ley N° 17.374/70 (INE) o Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas.

Resolución Exenta N° 926 del 14 de junio de 1989 del Minsal, Manual del SOME, capítulo IV, separata estadística, punto 10.- Confidencialidad de la Historia Clínica.

Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada o Protección de Datos de Carácter Personal, DOF 28 de agosto de 1999.

Código Penal, artículos números 246 y 247.

Decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.

X.

Anexos

X. Anexos

a. Referencias de modelos de consentimiento informado donantes de sangre

FICHA DONANTE DE SANGRE – DONANTE NUEVO		ANTIAGREG.
FECHA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> HORA INGRESO <input type="text"/> : <input type="text"/>		Donación N° <input type="text"/>
NOMBRE <input type="text"/>		Lugar Colección <input type="text"/>
RUT N° <input type="text"/> - <input type="text"/>	FECHA DE NAC. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DIRECCION <input type="text"/>		
FONO FIJO <input type="text"/>	CEL. <input type="text"/>	EMAIL <input type="text"/>
ESTADO CIVIL <input type="text"/>	Nombre del paciente <input type="text"/>	Tipo de donante
ESTUDIOS <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	Parentesco <input type="text"/>	ALTRUISTA N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD <input type="text"/>	Servicio / Institución <input type="text"/>	REPOSICIÓN N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
HORA <input type="text"/> : <input type="text"/>	Entrevista <input type="checkbox"/>	
ASPECTO GRAL. <input type="text"/>	Chequeo de Hb Normal <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	
PESO <input type="text"/> Kg TALLA <input type="text"/> cm	Resultado Microhematocrito..... %	
PA <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	Reposición	
PULSO <input type="text"/> T° <input type="text"/> °C	Cuidado Durante la Donación	
	Finalización / toma de muestras	
	Ingreso al sistema informático	
	Reconciliación	
<p>Consentimiento Informado – debe ser firmado en presencia de algún miembro del equipo</p> <p>1. He leído y entendido el Folleto Informativo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre las dudas que se hayan presentado y éstas han sido contestadas.</p> <p>2. Hasta donde yo sé, no estoy en riesgo de tener ninguna enfermedad que se pueda transmitir por la transfusión de sangre.</p> <p>3. Estoy de acuerdo con que mi sangre sea estudiada para VIH, SÍfilis, Chagas, Hepatitis B y C, y HTLV I. Encaso de resultar alterados será informado al respecto por el Centro de Sangre.</p> <p>4. Comprendo el proceso de donación y acepto los riesgos poco comunes asociados a este.</p> <p>5. Autorizo al Centro de Sangre del Bo. S.C. a conservar mis datos personales, antecedentes de salud y número de donaciones.</p> <p>6. Doy mi sangre al Centro de Sangre del Bo. S.C. para ser utilizada en beneficio de los pacientes.</p>		
FIRMA PROFESIONAL <input type="text"/>	FIRMA DONANTE <input type="text"/>	
<p>VERIF. IDENTIDAD <input type="checkbox"/> VERIF. NÚMEROS <input type="checkbox"/></p> <p>HORA INICIO <input type="text"/>: <input type="text"/></p> <p>HORA TÉRMINO <input type="text"/>: <input type="text"/></p> <p>DURACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> min</p> <p>BOLSA</p> <p>N° LOTE <input type="text"/></p> <p>N° SERIE <input type="text"/></p> <p>TIPO <input type="text"/> MARCA <input type="text"/></p> <p>AGITADOR <input type="text"/></p> <p>BRAZO D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/></p>	<p>REACCIONES ADVERSAS</p> <p>RVV leve <input type="checkbox"/> RVV moderada <input type="checkbox"/> RVV severa <input type="checkbox"/></p> <p>INCIDENTES: P. Fallida <input type="checkbox"/> Vena R. <input type="checkbox"/> E. Lenta <input type="checkbox"/></p> <p>Manejo y Evolución <input type="text"/></p> <p>Observaciones <input type="text"/></p> <p>Firma Responsable <input type="text"/></p> <p>HORA EGRESO <input type="text"/>: <input type="text"/></p>	

CENTRO METROPOLITANO DE SANGRE Y TEJIDO

FICHA DONANTE DE SANGRE

RECEPCION

N° DONACION

Nombre

RUT

Fecha Nac.

Dirección

Ciudad

Teléfono

email

ENTREVISTA: Exámen Físico

HORA				HEMOGLOBINA	Normal		Bajo	
PESO		TALLA		HEMATOCRITO				%
PRESIÓN		PULSO		GRUPO SANGUINEO				
ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA								

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoy he concurrido a donar sangre por libre y propia voluntad.

- 1.- He leído el Folleto Informativo correspondiente a: "Información antes de Donar" y "Preguntas antes de la Donación"
- 2.- Consulté las dudas que se me presentaron, recibí respuestas satisfactorias a mis preguntas y contesté con la verdad en la entrevista profesional.
- 3.- Hasta donde yo sé, no estoy en riesgo de tener ninguna enfermedad que se pueda transmitir por la transfusión de sangre.
- 4.- Estoy de acuerdo que mi sangre sea estudiada para: VIH (SIDA), Sífilis, Chagas, Hepatitis B y C y HTLV-I. En caso de resultar alterados seré informado al respecto por el Centro de sangre.
- 5.- Comprendo el proceso de donación y acepto los riesgos poco comunes asociados.
- 6.- Autorizo que los componentes de mi sangre sean usados para transfundir a recién nacidos, niños, adultos y/o para la preparación de productos sanguíneos (albúmina, inmunoglobulina).

Certifico que mis datos personales son los correctos y acepto que el Centro Metropolitano de Sangre y Tejido no conserve así como también los números de donación.

Acepto la responsabilidad de la seguridad de la sangre que voy a donar.

FIRMA MINISTRO DE FE

FIRMA DONANTE

EXTRACCION

VERIF. IDENTIDAD		Presión Post Donación	
VERIF. NUMEROS		Manejo y Evolución de reacciones adversas:	
HORA INICIO		Observaciones:	
DURACIÓN		HORA DE EGRESO	
BOLSA			
N° LOTE		RECONCILIACION	
N° SERIE		Entrevista	
TIPO		Venopunción	
MARCA		Cuidado durante la donación	
N° AGITADOR		Finalización / Toma de muestra	
PESO BOLSA		Ingreso al sistema informático	
BRAZO	D I		
INCIDENTE DE LA VENOPUNCIÓN			
Hematoma			
Punción	arterial nerviosa		
Mala Punción			

b. Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia adquirida Humana)

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley N° 19.779 y en la normativa del Ministerio de Salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus. La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre.

El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (período de ventana).

El examen se debe ofrecer con **consejería Pretest**, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Postest en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden. Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

YO, RUN declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

Frente a esto decido:

Si, acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante
o representante legal

Fecha próxima citación:

Nombre y firma
Profesional capacitado/a en consejería

No acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante
o representante legal

Entrega del resultado examen detección del VIH

Con fecha _____ yo, _____ RUN _____ ,

he recibido el resultado del examen de detección del VIH, con consejería, en la que se me ha explicado el significado del resultado y se me ha informado sobre medidas de prevención y alternativas de atención de salud, si lo requiero.

Nombre y firma consultante: _____
o representante legal

Nombre y firma profesional capacitado en consejería _____

c. Vigilancia epidemiológica. Solicitud de envío de muestras para confirmación de VIH/SIDA por el ISP, en adultos.



FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH

1. DATOS DEL PACIENTE (Ver instrucciones)

Clave

Edad Sexo M F Nacionalidad

Clasificación: Donante ETS Hospitalizado Embarazada Otro

2. PROCEDENCIA

Profesional Responsable

Laboratorio / Hospital

Dirección Ciudad

Fono Fax Mail

3. DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de obtención

Tipo de muestra: Suero Plasma Sangre con anticoagulante EDTA

TECNICA REALIZADA

• **Técnica Visual**

Acon Smartest Vikia Inmunocomb Otro

• **Técnica Instrumental**

AxSYM Architect Uniform Vidas HIV Combi Advia Vítros

Otro

Reactividad	Cut- Off	Lote	Vencimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. DATOS CLINICOS

Asintomático Sintomático Diagnóstico

FACTOR DE RIESGO

Hombres que tiene sexo con hombres (HSH) Trabajador(a) sexual

Accidente corto punzante Otro

INSTRUCCIONES:

- La clave del paciente se compone de la inicial del primer nombre y de los dos apellidos, fecha de nacimiento (dd/mm/aa), tres últimos dígitos del RUT y el código verificador.
Ejemplo: Esteban San Martín Chandía, fecha de nacimiento el 20 de julio de 1975 y RUT 9.457.882-5, clave: **ESC 200775 882-5**.
En el caso de un **paciente extranjero** la clave del paciente se compone con la inicial del primer nombre, apellido y fecha de nacimiento.

- Para consultas contactarse con la Sección SIDA:
Teléfonos: 575 5455 – 575 5456 Telefonía IP: 255 455 – 255 456
Fax: 3507583 Mail: seccionsida@ispch.cl

Instructivo formulario de notificación de caso de VIH/SIDA

INSTRUCTIVO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE VIH-SIDA

El formulario de notificación de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ha sido desarrollado con la finalidad de recoger la información necesaria para ampliar el conocimiento de la epidemia VIH/SIDA.

Este informe es confidencial y será utilizado sólo con fines estadísticos y epidemiológicos.

Los datos deben ser escritos claramente, llenando sólo las casillas que correspondan en el formulario que consta de dos copias, una para el Establecimiento de Salud que diagnostica el caso, y una para la Autoridad Sanitaria Regional. El envío debe ser realizado en un sobre cerrado, manteniendo estricta reserva.

El formulario consta de 4 secciones:

- Datos que identifican el Centro Asistencial que notifica el caso (N° 1 al 4).
 - (A) Datos de identificación y sociodemográficos del (de la) enfermo(a) (N° 5 al 19).
 - (B) Datos del Estado de Salud y del Diagnóstico (N° 20 al 26).
 - (C) Datos de persona que notifica el caso.
- 1.- Fecha de notificación: registre la fecha de notificación del caso, con la modalidad dd,mm,aaaa.
 - 2.- Establecimiento: indique nombre del establecimiento donde se origina la notificación. Si es una Consulta Privada, escriba CONSULTA.
 - 3.- Servicio de Salud: indique nombre del Servicio de Salud que emite la notificación.
 - 4.- SEREMI: indique nombre de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, de la región a la cual pertenece el Servicio de Salud que emite la notificación.

A) DATOS

- 5.- RUT: registre el RUT del (de la) enfermo(a), (dato resguardado con la colocación de una cinta adhesiva protectora).
- 6.- Código: registre en el siguiente orden:
 - a: 1ra. letra del primer nombre
 - b: 1ra. letra del apellido paterno
 - c: 1ra. letra del apellido materno
 - d, d: día de nacimiento
 - e, e: mes de nacimiento
 - f, f: año de nacimiento
 - g, g, g: tres últimos dígitos del RUT, más dígito verificador.
- 7.- Sexo: marque con una X en el casillero que corresponda al sexo del (de la) enfermo(a).
- 8.- Transgénero: registre sólo una alternativa.
- 9.- Fecha de nacimiento: indique Día, Mes y Año de Nacimiento (dd,mm,aaaa).
- 10.- Edad: registre el número equivalente a la edad que tiene el (la) enfermo(a).
- 11.- Unidad de medida de la edad: anote 1, si el (la) enfermo(a) es mayor de un año; anote 2 si se trata de niños(as) menores de un año.
- 12.- Escolaridad: seleccione sólo una categoría, marcando con X el casillero que corresponde.
- 13.- Años aprobados: seleccione sólo una alternativa que tiene relación directa con el número anterior (escolaridad).
- 14.- Profesión u Oficio: anote con letra clara la Profesión u Oficio que el (la) enfermo(a) declara al momento de la notificación.
- 15.- Ocupación: anote con letra clara la Ocupación que el (la) enfermo(a) manifiesta desempeñar al momento de la notificación.
- 16.- Comuna de residencia: registre nombre de la Comuna, donde se ubica el domicilio del (de la) enfermo(a) al momento de la notificación.
- 17.- Nacionalidad: Autoexplicativo
- 18.- País de origen y/o visitado últimamente: si en los últimos 6 meses estuvo en el extranjero, registre nombre del país.
- 19.- Pertenencia declarada a algunos de los siguientes pueblos originarios: indique la etnia a la cual el (la) enfermo(a) declara pertenecer o sentirse identificado.

B) DATOS DEL ESTADO DE SALUD Y DEL DIAGNÓSTICO

- 20.- Condiciones especiales: marque con una "X" la(s) condición(es) del (de la) enfermo(a) en la(s) alternativa(s) que corresponda.
- 21.- Motivación del examen: seleccione la(s) alternativa(s) que motivaron al (a la) enfermo(a) a realizarse el examen.
- 22.- Datos de laboratorio
 - 22.1- Fecha de confirmación ISP: registre la fecha de confirmación del resultado del examen informada por el Instituto de Salud Pública. Con la modalidad de dd, mm, aaaa.
 - 22.2- Número de registro ISP: transcriba fielmente el número entregado por el Instituto de Salud Pública.
- 23.- Conducta sexual declarada: seleccione con una "X" sólo una de las alternativas.
- 24.- Factores de riesgo: anote con una "X" frente al Sí o frente a No, las alternativas que correspondan.
- 25.- Etapificación:
 - 25.1- Inmunológica
 - Recuento de linfocitos TCD4: registre el número de linfocitos TCD4 por mm³ del primer examen realizado. Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso, según el nivel de linfocitos TCD4 del primer examen (Circular notificación VIH-SIDA).
 - 25.2- Clínica
 - Patología: registre la(s) patologías que presente el (la) enfermo(a). Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso según patologías marcadoras.
 - 25.3- Clasificación final
 - Registre sólo una alternativa de acuerdo a resultado de linfocitos TCD4 y/o patologías marcadoras.
- 26.- Observaciones: escriba con letra legible, información del (de la) enfermo(a), que considere relevante.

C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

- Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno: anote con letra legible nombre y apellidos de la persona que notifica el caso.
- RUT: anote el RUT de la persona que notifica el caso.
- Teléfono: registre número telefónico de la persona que notifica.
- Fecha de notificación a la SEREMI: registre la fecha cuando el Establecimiento de Salud notifica el caso a la Autoridad Sanitaria Regional, con la modalidad dd, mm, aaaa.
- Fecha de recepción en la SEREMI: La Secretaría Regional Ministerial de Salud debe registrar la fecha cuando recibe la notificación del caso desde el Establecimiento de Salud.

Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN CAMBIO ETAPA VIH-SIDA

1. FECHA DE NOTIFICACIÓN: - -

Día Mes Año

2. ESTABLECIMIENTO:

3. SERVICIO DE SALUD:

4. SEREMI:

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

5. RUT: -

6. CODIGO: -

a b c d d e e f f f f

7. SEXO: Hombre
 Mujer

8. TRANSGÉNERO: Si
 No
 No Responde

9. FECHA DE NACIMIENTO: - -

Día Mes Año

10. EDAD:

11. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: 1. AÑOS
 2. MESES

B) DATOS DEL ESTADO DE SALUD Y DEL DIAGNÓSTICO

12. ETAPIFICACIÓN

12.1 Inmunológica
Recuento de linfocitos TCD4: mm³

Etapiación: 1 2 3

12.2 Clínica
Patología:

12.3. Clasificación final:

A1	<input type="checkbox"/>	A2	<input type="checkbox"/>	A3	<input type="checkbox"/>
B1	<input type="checkbox"/>	B2	<input type="checkbox"/>	B3	<input type="checkbox"/>
C1	<input type="checkbox"/>	C2	<input type="checkbox"/>	C3	<input type="checkbox"/>
N1	<input type="checkbox"/>	N2	<input type="checkbox"/>	N3	<input type="checkbox"/>

13. FECHA DE DIAGNÓSTICO: - -

Día Mes Año

C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

Nombre:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

RUT:

TELEFONO:

FECHA DE NOTIFICACIÓN (a la SEREMI): - -

Día Mes Año

FECHA DE RECEPCIÓN (en la SEREMI): - -

Día Mes Año

Instructivo formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA

INSTRUCTIVO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN CAMBIO ETAPA VIH-SIDA

El formulario de notificación de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ha sido desarrollado con la finalidad de recoger la información necesaria para ampliar el conocimiento de la epidemia VIH/SIDA.

Este informe es confidencial y será utilizado sólo con fines estadísticos y epidemiológicos.

Los datos deben ser escritos claramente, llenando sólo las casillas correspondientes en el formulario que consta de dos copias, una para el Establecimiento de Salud que notifica el cambio de etapa, y una para la Autoridad Sanitaria Regional. El envío debe ser realizado en un sobre cerrado manteniendo estricta reserva.

El formulario consta de 4 secciones:

- Datos que identifican el Centro Asistencial que notifica el cambio de etapa (N° 1 al 4).
- (A) Datos de identificación y sociodemográficos del (de la) enfermo(a) (N° 5 al 9).
- (B) Datos del Estado de Salud y del Diagnóstico (N° 10 al N° 11).
- (C) Datos de persona que notifica el cambio de etapa.

- 1.- Fecha de notificación: registre la fecha de notificación del cambio de etapa. (dd,mm,aaaa).
- 2.- Establecimiento: indique nombre del establecimiento donde se origina la notificación. Si es una Consulta Privada, escriba CONSULTA.
- 3.- Servicio de Salud: indique nombre del Servicio de Salud que emite la notificación.
- 4.- SEREMI: indique nombre de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, de la región a la cual pertenece el Servicio de Salud que emite la notificación.

A) DATOS

- 5.- RUT: registre el RUT del (de la) enfermo(a), (dato resguardado con la colocación de una cinta adhesiva protectora).
- 6.- Código: registre en el siguiente orden:
 - a: 1ra. letra del primer nombre
 - b: 1ra. letra del apellido paterno
 - c, c : día de nacimiento
 - d, d: mes de nacimiento
 - e, e: año de nacimiento
 - f, f, f: tres últimos dígitos del RUT, más dígito verificador
- 7.- Sexo: marque con una X en el casillero que corresponda al sexo del (de la) enfermo(a).
- 8.- Transgénero: marque **sólo** una alternativa.
- 9.- Fecha de nacimiento: registre Día, Mes y Año de Nacimiento. (dd,mm,aaaa).
- 10.- Unidad de medida de la edad: anote 1 si el (la) enfermo(a) es mayor de un año; anote 2 si se trata de niño (as) menores de un año

B) DATOS DEL ESTADO DE SALUD Y DEL DIAGNÓSTICO

11.- Etapificación:

- 11.1.- Inmunológica.-
 - **Recuento de linfocitos TCD4:** registre el número de linfocitos TCD4 por mm³ del primer examen realizado.
 - Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso, según el nivel de linfocitos TCD4 de primer examen (Circular notificación VIH-SIDA).
- 11.2.- Clínica.-
 - **Patología:** registre la(s) patologías que presente el (la) enfermo(a).
 - Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso según patologías marcadoras.
- 11.3.- Clasificación final.-
 - Registre sólo una alternativa de acuerdo a resultado de linfocitos TCD4 y/o patología marcadoras.

12.- Fecha de diagnóstico: registre la fecha que de acuerdo al recuento de linfocitos TCD4 y la clínica, permite diagnosticar que el (la) enfermo(a) cambia la condición de infección por VIH a SIDA. (dd.mm.aaaa)

C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

- Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno: anote con letra legible nombre y apellidos de la persona que notifica el cambio de etapa.
- RUT: anote el RUT de la persona que notifica el cambio de etapa.
- Teléfono: registre número telefónico de la persona que notifica.
- Fecha de notificación a la SEREMI: registre la fecha cuando el Establecimiento de Salud, notifica el cambio de etapa a la Secretaría Regional Ministerial (dd,mm,aaaa).
- Fecha de recepción en la SEREMI: la Secretaría Regional Ministerial de Salud debe registrar, la fecha cuando recibe la notificación del cambio de etapa desde el Establecimiento de Salud.

Formulario boletín de declaración Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

BOLETIN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (ENO)					
1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO:		Código establecimiento		3. SEREMI:	Código SEREMI
2. OFICINA PROVINCIAL:		Código Oficina Provincial		4. N° HISTORIA CLÍNICA:	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					
5. NOMBRE DEL (DE LA) PACIENTE:			6. RUT		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
7. SEXO:	1. Hombre 2. Mujer	8. FECHA DE NACIMIENTO:	9. EDAD	10. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:	1. Días 2. Meses 3. Años
11. NACIONALIDAD (Solo extranjeros)		Código	12. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO	1. Atacama 2. Antofagasta 3. Arica 4. Coquimbo 5. Magallanes	6. Mapuche 7. Quechua 8. Rapa Nui 9. Yámana (Yagán) 0. Ninguna
13. DOMICILIO:			15. TELÉFONO		
Calle		Nro.	Depto.	Población	Código Postal
14. COMUNA DE RESIDENCIA:			Código Comuna		
16. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		17. OCUPACIÓN		18. CATEGORÍA OCUPACIONAL	
0. Inactivo(a) 1. Activo(a)				1. Patrón/Empleador 2. Empleado 3. Obrero 4. Trabajador independiente	
DATOS CLÍNICOS:					
19. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO:				CIE 10	
20. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO (Registrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC)				CIE 10	
21. FECHA 1 ^{er} SÍNTOMAS		22. PAÍS DE CONTAGIO		PAÍS	
Día Mes Año		1. Chile 2. Extranjero			
23. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN		26. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA		27. EMBARAZO	
1. Sí 3. Ignorado 2. No 4. No corresponde		1. Clínica (incluye Imunogenética) 2. Epidemiológica 3. Frotis 4. Gúfiro 5. Serología 6. Biopsia 7. Autopsia		1. Sí 2. No 3. No corresponde	
24. FECHA ÚLT. DOSIS		25. NÚMERO DOSIS			
Día Mes Año					
COMPLETAR SÓLO SI LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC					
28. INDICAR SI CORRESPONDE A:		1. Caso nuevo 2. Recaída		29. SÓLO PARA RECAÍDAS	
				1. Igual Localización 2. Otra	
DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA					
30. NOMBRE:			32. RUT:		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
31. TELÉFONO			Correo electrónico		
FECHA DE NOTIFICACIÓN					
33. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:			34. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL:		
Día Mes Año			Día Mes Año		

Instructivo boletín notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Boletín ENO)

INSTRUCTIVO BOLETIN NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (BOLETÍN E.N.O.)

1. **Nombre Establecimiento:** Indique Nombre y Código asignado al Establecimiento que emite la notificación, según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
2. **Oficina Provincial:** Cuando corresponda indique Nombre y Código asignado a la Oficina Provincial o según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
3. **SEREMI:** Indique Nombre y Código asignado a la SEREMI según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
4. **N° Historia Clínica:** Registre el número foliado de la carátula de la Historia Clínica del (de la) enfermo (a)
5. **Nombre del (de la) paciente:** Escriba con letra legible, el apellido paterno, el apellido materno y los nombres (en ese orden) del (de la) enfermo (a).
6. **RUT:** Registre el RUT del (de la) enfermo(a), sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guión.
7. **Sexo:** Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo del (de la) enfermo (a).
8. **Fecha de nacimiento:** Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) enfermo (a), en la modalidad dd, mm, aaaa.
9. **Edad:** Registre numéricamente la edad del (de la) enfermo(a).
10. **Unidad de medida de la edad:** Registre 1 si se trata de un enfermo (a) menor de un mes de vida; 2 si es mayor de un mes y menor de un año; o 3 si el enfermo (a) tiene uno o más años.
11. **Nacionalidad:** sólo cuando se trate de enfermo(a) extranjero(a) este dato deberá ser completado con el nombre del país. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
12. **Pueblo originario declarado:** La pregunta debe ser: ¿pertenece Ud. (el(la) paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, colla, diaguita, mapuche, quechua, rapa nui, yámana (yagán) o ninguno. Registre el número que corresponda al pueblo originario **declarado por el(la) paciente.**
14. **Comuna de residencia:** Indique el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio habitual del (de la) enfermo. Ante dudas de los nombres de las comunas, consulte en el sitio <http://deis.minsal.cl>, "División Política Administrativa"
15. **Teléfono:** Registre el número telefónico del (de la) enfermo (a) o el número de contacto.
16. **Condición de actividad:** Indicar si el (la) enfermo(a) es Activo(a) o Inactivo(a)
17. **Ocupación:** Registrar la ocupación Ej.: Labores de casa, estudiante, jubilado(a), profesor, ingeniero, etc.
18. **Categoría ocupacional:** Anote en el recuadro el número que identifica la Categoría Ocupacional a la que pertenece el(la) enfermo(a).
No completar si están declaradas las siguientes ocupaciones: Labores de casa, Estudiante, Rentista, Jubilado, Inválido o Recluido, Otros, Ninguna
19. **Diagnóstico confirmado:** Registrar el diagnóstico confirmado (nombre de la afección) y el código que corresponde a la CIE-10 (escala oficial). Para el(la) enfermo(a) que presente 2 o más afecciones de declaración obligatoria, éstas deberán ser registradas en FORMULARIOS SEPARADOS para cada una. Sólo en caso de Tuberculosis se registrará en la 2da. línea otro diagnóstico relacionado con esta afección.
20. **Otro diagnóstico confirmado:** Llenar solo si en el diagnóstico confirmado se declara una **Tuberculosis**.
21. **Fecha 1ros. síntomas:** Indicar la fecha de inicio de síntomas detectadas por anamnesis, no omitir dato.
22. **País de contagio:** Indicar en la celda que corresponda si la enfermedad fue adquirida en Chile o fuera del país. Si sucedió en el extranjero, registrar el nombre del país de eventual procedencia (por anamnesis).
23. **Antecedente de vacunación:** Registrar número que corresponda, según respuesta del(de la) paciente
24. **Fecha última dosis:** registrar día, mes y año (dd,mm,aaaa) de la última dosis de la vacuna correspondiente.
25. **Número dosis:** indicar número de dosis recibidas, de la vacuna correspondiente.
26. **Confirmación diagnóstica:** Colocar "1" en la celda que corresponda a la confirmación diagnóstica.
27. **Embarazo:** Registrar en la celda el número correspondiente.
Celdas 26 y 27: Completar sólo para TBC.
28. **Registrar según corresponda**
29. **Sólo para recaídas:** Indicar si es la misma localización u otra.
- 30, 31 Y 32. **Datos del(la) profesional que hace la declaración:** Registrar Nombre: apellido paterno, materno y nombres. RUT, número de teléfono y correo electrónico
33. **Fecha de notificación en el establecimiento:** Indicar la fecha de la declaración del caso. NO OMITIR.
34. **Fecha de notificación desde la SEREMI al MINSAL:** Registrar la fecha en la que la SEREMI, envía notificación al Ministerio de Salud.

versión julio 2009

Vigilancia de VIH/SIDA

Instructivo para notificación en línea de casos y de cambio de etapa.

Cada unidad de epidemiología, de las Seremis de Salud, cuenta con una clave de acceso, la que será modificada una vez al mes, a fin de garantizar la confidencialidad de los datos ingresados.

I. Sistema de notificación

Epidemiología de cada Seremi de salud debe ingresar los datos, al menos una vez por semana, o la información se ingresa caso a caso, una vez que se cuente con el formulario completo II.

Procedimiento

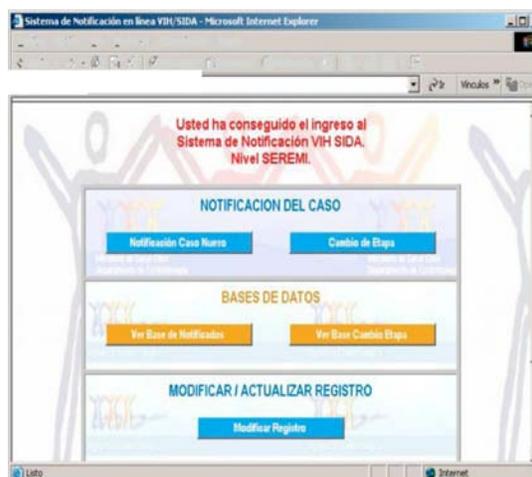
- 1) Para ingresar al sistema se debe digitar el nombre de usuario y contraseña. Esta última, será modificada mensualmente por el administrador del sitio web (Ministerio de Salud), y enviada en forma reservada, al jefe de la unidad de epidemiología de la autoridad sanitaria regional (ASR).



Digite su clave de usuario

- 2) Al entrar, aparece la pantalla de administración del sistema, donde se puede:

- Notificar un caso nuevo o un cambio de etapa de VIH/SIDA (esta última opción es válida sólo para casos ya notificados anteriormente).
- Ver base de datos de su región, con excepción del RUN.
- Modificar/actualizar registros.



Opción: Notificación de caso de VIH/SIDA

Al ingresar a la opción notificación de caso de VIH/SIDA se desplegará la pantalla que contiene todas las variables del formulario en papel, debiendo registrar todos los campos.

A 1. a 4. Autoexplicativos. El menú del establecimiento y servicio de salud, contiene aquellos datos correspondientes a su región.

B 5. RUN: si no tiene la información al digitar el RUN, éste se puede reemplazar por 99999999-9, para ser completada posteriormente. Este dato será encriptado por el sistema una vez digitado.

6. Código de identificación: debe ser ingresado en el orden correspondiente al formulario de notificación de caso.

7 y 8. Seleccione la opción que corresponda de acuerdo a lo consignado en el formulario.

9. Fecha de nacimiento: información obligatoria.

10 y 11. Edad: anote la edad, seleccionando la opción años o meses (si corresponde a menores de un año).

12 y 13. Escolaridad y años aprobados: sólo una alternativa.

14 y 15. Profesión u oficio y ocupación: anote como se consigna en el formulario en papel.

16 a 19. Desplegables.

20 y 21. Condiciones especiales y motivación del examen: puede ingresar más de una.

22. Datos del laboratorio: asegúrese de digitar la fecha y número de registro del ISP.

23. Conducta sexual declarada: sólo una.

24. Factores de riesgo: marque lo que corresponda.

25. Etapificación: verifique que el recuento de TCD4 y las patologías, estén consignados. De acuerdo al ingreso del recuento de TCD4, el sistema automáticamente clasificará inmunológicamente el caso (categorías 1, 2 ó 3), según lo establecido en la circular de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA (<http://epi.Ministerio de Salud.cl>).

25.1.- Clasificación final: marque sólo una.

C. **Identificación de la persona que notifica el caso: asegúrese de completar todos los datos.**

- Fecha de notificación a la Seremi: no se digita.
- Fecha de recepción en la Seremi: anote en forma completa debido a que esta variable permite el cálculo del indicador de oportunidad.
- Fecha de notificación al Ministerio de Salud. Quedará registrada automáticamente al iniciar un registro en el formulario electrónico.

Oportunidad de notificación: es una variable generada en forma automática por el sistema y corresponde a la diferencia entre la fecha de digitación de los datos (fecha de notificación al Ministerio de Salud) y la fecha de recepción en la Seremi. Si supera los 28 días, aparecerá en color rojo, lo que implica que el indicador no se cumple.

Al finalizar

Guarde la información haciendo clic en el botón guardar información. Si más adelante, hay algún dato que modificar, haga clic en el botón modificar datos. Esta opción se encuentra ubicada en el menú inicial y sólo permite modificar los datos del formulario de notificación de caso VIH/SIDA (nuevo).

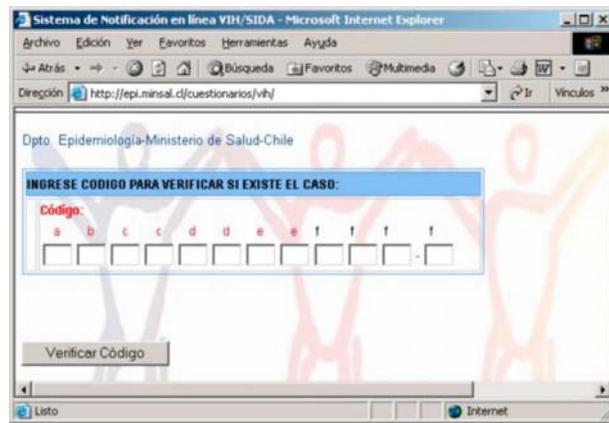
Al guardar, aparecerá el número correlativo nacional del caso y aparecerá la opción de continuar ingresando otro caso o salir del sistema.

Opción: notificación de cambio de etapa VIH/SIDA

Al ingresar a la opción notificación de cambio de etapa VIH/SIDA se desplegará una pantalla con la siguiente información:

Código de identificación.

Debe ser ingresado en el orden correspondiente al formulario de notificación de caso o de cambio de etapa de VIH/SIDA. Al verificar código, entra en el formulario electrónico de cambio de etapa.



Cada vez que un caso cambie de etapa y haya sido previamente ingresado al sistema de vigilancia (base de datos previa a 2007 o nuevo sistema), se generará una alerta indicando que el código ya existe. Si el sexo u otras variables no son coincidentes con el caso que se está ingresando, se deberá interrumpir la digitación hasta que los datos sean verificados, a fin de determinar con certeza que la información corresponda al mismo caso.

El formulario de cambio de etapa contiene:

1 a 4. Autoexplicativos. El menú de establecimiento y Servicio de Salud, contiene aquellos datos correspondientes a su región.

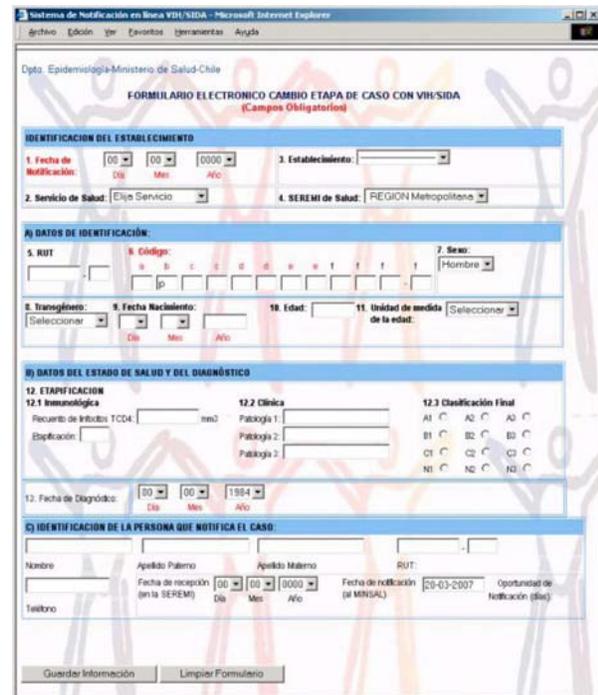
A. Datos de identificación

5. RUN. Si no tiene la información al digitar el RUN, éste se puede reemplazar por 99999999-9, para ser completada posteriormente. Este dato será encriptado por el sistema una vez digitado.

6, 7 y 9. Código, sexo y fecha de nacimiento. Se encontrarán registrados al ingresar a esta página.

8. Seleccione la opción que corresponda de acuerdo a lo consignado en el formulario.

10 y 11. Anote la edad, seleccionando la opción años, o meses (si corresponde a menores de un año).



B. Datos del estado salud y del diagnóstico

12.- Etapificación: Esta es la sección del formulario que consigna el cambio de etapa de la enfermedad.

Verifique que el recuento de TCD4, y las patologías, estén consignados. De acuerdo al ingreso del recuento de TCD4, el sistema automáticamente clasificará inmunológicamente el caso (categorías 1, 2 ó 3), según lo establecido en la circular de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA (<http://epi.Ministerio de Salud.cl>).

12.3.- Clasificación final: marque sólo una.

13.- Fecha de diagnóstico: autoexplicativa.

C. Identificación de la persona que notifica el caso: completar todos los datos

- Fecha de notificación a la Seremi: no se digita.
- Fecha de recepción en la Seremi: Anote en forma completa debido a que esta variable permite el cálculo del indicador de oportunidad.
- Fecha de notificación al Ministerio de Salud: quedará registrada automáticamente al iniciar un registro en el formulario electrónico.

Oportunidad de notificación: Es una variable generada en forma automática por el sistema y corresponde a la diferencia entre la fecha de digitación de los datos (fecha de notificación al Ministerio de Salud) y la fecha de recepción en la Seremi.

IMPORTANTE: RECUERDE SIEMPRE GUARDAR ANTES DE SALIR

Opción: ver base de datos

Se despliegan en pantalla todas las variables contenidas en la base de datos correspondiente a su región, con excepción del RUN.

Ante dudas y observaciones al formulario, contáctese con el departamento de epidemiología, Ministerio de Salud a los teléfonos: (02) 574 00 91 – (02) 5740123 o al correo electrónico jmanriquez@ministeriodesalud.cl y fsoto@ministeriodesalud.cl

Nota: este instructivo se actualizará a medida que se incorporen nuevas herramientas al sistema.

d. Puerta de entrada: centros de sangre, bancos de sangre

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Entrevista para la selección del donante.</p> <p>Realización de consejería pretest y orientación respecto al resultado del examen.</p> <p>Firma del documento consentimiento informado en el marco de la donación de sangre.</p>	<p>Anexo 1 del Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> <p>Circular 4C/21 del Ministerio de Salud del 22 de marzo de 2000, Normas para la selección del donante de sangre.</p> <p>aprueba Norma General Técnica N°96, sobre colecta móvil de sangre.</p> <p>Datos solicitados en consentimiento informado o rechazo de la donación.</p> <p>Se informará al donante sobre las posibilidades que se abren frente al análisis de su sangre y que el VIH es una de las patologías posibles de detectar. Asimismo se indicará que si su examen es confirmado por el Instituto de Salud Pública se le contactará a través de los mecanismos indicados en este Manual.</p> <p>Firma del consentimiento informado.</p>	<p>Profesional de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios, capacitado en consejería.</p>	<p>Datos de identificación del lugar de realización, fecha y profesional que realiza la entrevista y la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente (RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfonos).</p> <p>Ficha del donante en formato papel y</p> <p>Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, decreto N°182 de 2005.</p>	<p>sistema electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos.</p> <p>Formato documento consentimiento informado.</p> <p>Resolución Exenta N°458 del 8 de mayo de 2007,</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Recolección de sangre y muestra para análisis.	Circular 4C/25 del 3 de abril de 2000, Normas para la extracción de sangre de donantes de sangre completa, Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 328 del 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.	De acuerdo a lo indicado en punto 3, Recolección de sangre de circular 4C/25 del Ministerio de Salud del 3 de abril de 2000.	Fecha y funcionario que realiza la colección de la sangre. Datos de identificación del lugar de solicitud y realización. Datos de identificación del paciente (RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfonos).	Ficha del donante en formato papel y sistema electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.
Identificación de la bolsa y muestras para análisis de sangre.	Se realizará previo a la extracción de sangre y se confirmarán los datos del donante al momento de la misma. Punto 3.6 de la circular 4C/21 del Ministerio de Salud del 22 de marzo de 2000, Normas para la selección del donante de sangre.	De acuerdo a lo indicado en punto 3, Recolección de sangre de circular 4C/25 del Ministerio de Salud del 3 de abril de 2000.	Identificación de la donación y productos sanguíneos por medio de código del banco de sangre. Fecha, lugar de realización, responsable, y fecha lugar al que se envía la muestra para procesamiento.	Bolsa. Muestras para análisis. Registros en formato papel y sistema electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.
Procesamiento y análisis de la muestra de sangre en laboratorio, centro o banco de sangre.	Recepción de la muestra. En esta instancia se realiza el test de detección de VIH, aplicando Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, decreto 182 de octubre de 2005.	Jefe de laboratorio o lugar de procesamiento de la muestra.	Fecha recepción/ingreso de muestra para análisis. Datos de identificación del establecimiento que originó la muestra. Datos de identificación del donante y código de la muestra. Resultados del tamizaje. Fecha y responsable de envío del resultado final a centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios, cuando corresponda.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio, centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo.</p>	<p>Si el primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se informa al lugar de origen: centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.</p>	<p>Profesional de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción del resultado y registro de la información. Resultado del tamizaje. Registros en formato papel y electrónico.</p>	<p>nico con resultados derivados desde el laboratorio al lugar de toma de muestra. Acciones referidas al resultado.</p>
<p>tado del examen cuando es reactivo local. Reactivo de acuerdo a</p>	<p>Reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud. Codificación y envío de muestra para análisis al ISP de acuerdo a Ordinario 22B/N° 4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH y la Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP 2006. Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.</p>	<p>Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable del análisis. Resultados de tamizaje. Llenado formulario de envío de muestras al ISP, codificado de acuerdo a instrucciones para VIH. Fecha y responsable de envío de muestra al ISP.</p>	<p>Formulario de envío de muestras al ISP. Registros en formato papel y electrónico de laboratorio, centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.</p>
<p>Confirmación diagnóstica por el ISP. Envío informe con resultado desde ISP a laboratorio, centro de sangre o banco de sangre.</p>	<p>Procesamiento de la muestra de acuerdo a Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p>	<p>Jefe laboratorio de virología del ISP.</p>	<p>Fecha recepción, identificación del lugar que derivó la muestra. Identificación de la muestra. Resultado análisis. Fecha y responsable de envío de informe con resultados y solicitud de nueva muestra al lugar de origen, si esto último fuese necesario.</p>	<p>Registros en formato papel y sistema registro electrónico del ISP.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Recepción de resultados de confirmación del ISP en laboratorio, centro de sangre, o bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.	Si la confirmación de ISP es negativo (-) se envía el resultado al lugar de origen: centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.	Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable envío de resultados negativo (-) al lugar de origen de extracción de la sangre.	Registros en formato papel y sistema registro electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registros con resultados de análisis para envío a lugar de origen de extracción de la sangre.
	Si el resultado es indeterminado o no concluyente , se solicita nueva muestra al lugar de origen.	Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable que coordina/solicita al lugar de origen la muestra nueva.	Registros en formato papel y electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen
	Si el resultado es positivo (+) , se informa al coordinador de procesos asistenciales de establecimiento.	Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable de coordinar la realización de prueba de identidad.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorios, centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registro con solicitud PI.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Realización Prueba de Identidad (PI)	<p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento realizará las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la PI.</p> <p>Si el paciente reside en una jurisdicción de otro Servicio de Salud, el coordinador de procesos asistenciales del establecimiento debe enviar, oficialmente, los antecedentes al coordinador del Servicio de Salud de dicha red, para que el director del Servicio de Salud informe oficialmente, y coordine con el Servicio de Salud respectivo la citación del paciente a la PI en el establecimiento de la red asistencial, establecido para ello.</p> <p>Ordinario C6/Nº850 del 26 de marzo de 2009. Informa sobre donantes de sangre.</p>	<p>Coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p> <p>Coordinador VIH/SIDA, Servicio de Salud que deriva y que recepciona.</p>	<p>Fecha, y responsable de citación.</p> <p>Mecanismo, fecha y lugar de citación.</p> <p>Fecha, y responsable de derivación.</p> <p>Fecha, mecanismo y responsable de citación.</p> <p>Fecha y lugar de citación.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de establecimiento origen de la donación, Servicio de Salud.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de Servicio de Salud receptor de los antecedentes y del paciente y del establecimiento que realiza la prueba de identificación (PI).</p>
	<p>Toma de muestra en establecimiento de la red asistencial establecido para ello.</p> <p>Fecha y responsable de toma de muestras.</p>	<p>Profesional responsable de unidad de toma de muestras o responsable designado.</p>	<p>Fecha, de envío y/o recepción de las mismas a laboratorio.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico.</p>	<p>Formulario de Servicio de Salud receptor, y establecimiento que realiza la PI.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento de PI	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio definido localmente.	Tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha, responsable y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico del establecimiento que realiza el análisis de PI.
	Si la PI es negativa , se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el lugar de origen para iniciar todo el proceso nuevamente, y realizar auditoría de procesos.	Coordinador de procesos asistenciales y jefe de laboratorio del establecimiento. Fecha, responsable de re-	sultado del tamizaje, de la revisión de procesos, y de comunicación con ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP. Registros en formato papel y electrónico	nico de centros de sangre, bancos de sangre del establecimiento. Si la PI es positiva , se debe
	informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra. Jefe de laboratorio del establecimiento,	o responsable designado. Fecha, responsable de información y envío de	resultado a coordinador de procesos asistenciales del establecimiento. Registros en formato papel y electrónico del establecimiento.	Citación del paciente a consejería postest. El coordinador de procesos
asistenciales del establecimiento que tomó la muestra, gestionará la citación	del paciente a la entrega de resultado/consejería postest, a la unidad definida para ello. Coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.	los antecedentes. Fecha, responsable y mecanismo de citación.	Lugar, fecha y hora de citación. Registros en formato papel y electrónico del establecimiento.	

Lugar, fecha, responsable que recibe

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega/comunicación de resultado positivo (+) al donante con consejería postest.	Realización consejería postest.	Profesional de unidad definida en el establecimiento, para entrega de resultado a la persona capacitada en consejería.	Fecha de recepción de resultado del examen confirmatorio del ISP.	Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento para entrega de resultado.
Entrega de documento de confirmación del ISP. Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.	Entrega de documento confirmación del ISP. Firma de la recepción de resultados por parte del paciente. Adjuntar copia de confirmación del ISP en ficha clínica. Derivación a establecimiento definido en la red, para ingreso a control y tratamiento si se requiere.		Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest. Fecha de informe del ISP. Fecha de entrega y recepción de confirmación del ISP por parte del usuario. Lugar del Servicio de Salud al cual se deriva para ingreso a control del VIH. Fecha de la citación.	
Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Profesional del centro de atención de VIH/SIDA o personal designado.	Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.	Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento para ingreso a control.
	Evaluación por profesional especializado, etapificación de la infección, indicaciones	Médico tratante de VIH/SIDA	Evaluación médica. Indicaciones.	Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento (ficha clínica).

c. Puerta de entrada: establecimientos de atención primaria de salud

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Oferta/solicitud de examen para la detección del VIH. Reglamento del examen Realización de consejería pretest. Firma de documento consentimiento informado.	para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005. Norma Técnica N° 81, Prevención de la transmisión vertical del VIH, Resolución Exenta Ministerio de Salud N° 622, 17 de octubre de 2005. Decreto N° 206, de 2007 del Ministerio de Salud. Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Manual de organización y normas técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta N° 444 de 2005, Ministerio de Salud.	Embarazadas: matron(a) que realiza el control prenatal, capacitado en consejería. Pacientes programa TBC: médico o profesional de la salud capacitado en consejería. Consultantes que deseen tomarse voluntariamente el examen: profesional capacitado en consejería en el establecimiento de acuerdo a lo definido en el mismo. Datos de los pacientes co lo solicite de acuerdo a criterios clínicos.	Datos de identificación del establecimiento, unidad y profesional que solicita el examen. Indicación de examen datos de identificación del profesional que realiza la consejería. Fecha de realización de la consejería. paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección y teléfonos, N° de ficha. Datos solicitados en formato consentimiento informado. Datos solicitados en orden de examen.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro). Libro foliado con datos completos y códigos para facilidad de ubicación del paciente (libro de acceso restringido). Formato documento consentimiento informado. Orden de examen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Citación para entrega de resultado al usuario	<p>Se indicará al usuario el día, hora y lugar de entrega del resultado del examen. Esta fecha no debe exceder los 30 días hábiles posteriores al día de la toma del examen, y será registrada en el formato documento de consentimiento informado.</p> <p>Asimismo, se informará que ante la inasistencia a la citación se procederá de acuerdo a lo indicado en este Manual.</p> <p>Se registrará en el carné de control, la fecha, hora y lugar de citación para entrega de resultado.</p>	Profesional responsable que solicita el examen, de acuerdo a los puntos anteriores.	Fecha, hora y lugar de citación. Responsable de la citación.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica y carné de control).
Toma de muestra de sangre/recolección de sangre. Identificación/codificación de la muestra de sangre/rotulación de envase. Envío de muestra a laboratorio para procesamiento.	<p>Resolución Exenta N° 328/86 del Ministerio de Salud, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p> <p>Instrucciones para elaborar clave identificatoria. Ordinario 22B/N°4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH.</p> <p>Se realizará al momento de la toma de muestra, de acuerdo a lo indicado en este Manual. Se debe confirmar los datos del usuario con RUN a la vista.</p>	Profesional responsable, o responsable designado.	<p>Datos de identificación del establecimiento, servicio clínico y profesional que solicita el examen.</p> <p>Fecha de toma de muestra de sangre.</p> <p>Datos de identificación del laboratorio que realiza la toma de muestra.</p> <p>Código identificatorio.</p> <p>Fecha, establecimiento y clave identificatoria del paciente/usuario.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento y fecha de toma de muestra de sangre, código del paciente.</p>	<p>Orden de examen.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de la unidad de toma de muestras.</p> <p>Libro foliado de registro de exámenes tomados para envío a laboratorio, de la unidad de toma de muestras.</p> <p>Rótulo de envase.</p> <p>Planilla de registro de exámenes de detección de VIH tomados y enviados al laboratorio con copia para ser entregado en laboratorio.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento de la muestra de sangre en laboratorio.	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VIH, aplicando Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de octubre de 2005.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 de 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del Virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha de ingreso y responsable de recepción de la muestra para análisis.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento, servicio clínico de origen de la muestra, clave identificatoria del paciente/usuario.</p> <p>Datos de identificación del paciente/usuario y código de identificación de la muestra.</p>	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo .	Si el primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se envía al establecimiento de atención primaria de origen para ser entregado en dicha instancia, como resultado final al usuario, con consejería postest.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha y responsable de análisis y envío de resultado al establecimiento de atención primaria de origen de la muestra.</p> <p>Resultado del tamizaje.</p> <p>Identificación codificada del usuario.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registros con resultado de examen para envío al establecimiento de origen.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	<p>Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de octubre de 2005;</p> <p>Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.</p> <p>Norma técnica vigilancia de laboratorio, 2006, ISP.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha y responsable recepción de la muestra.</p> <p>Fecha y responsable del análisis de la muestra.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado de formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable envío de muestra y formulario de envío de muestras al ISP.</p>	<p>Formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Confirmación diagnóstica por ISP. Envío informe con resultado desde ISP al laboratorio.	Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.	Jefe de laboratorio de virología del ISP.	Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó y de la muestra. Resultado de análisis. Fecha y responsable de envío del informe con resultado y solicitud de nueva muestra al lugar de origen, si esto último fuese necesario.	Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.
Recepción de resultado de confirmación del ISP en laboratorio.	Si la confirmación del ISP es negativo (-) se envía el resultado al establecimiento de atención primaria de origen.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha y responsable de recepción de examen del ISP. Establecimiento de origen de la muestra. Identificación codificada del usuario. Resultado del ISP. Fecha y responsable envío de resultado negativo (-) a establecimiento de atención primaria de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registros con resultado de análisis para envío a lugar de origen de toma de muestra. Si el resultado es indeter-
	minado o no concluyente , se solicita nueva muestra al establecimiento de atención primaria de origen. Jefe de laboratorio, o responsable	designado. Fecha y responsable que	solicita nueva muestra al establecimiento de atención primaria de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registros con resultado de análisis para envío a lugar de origen.
	Si el resultado es positivo (+) , se solicita al establecimiento de atención primaria de origen toma de nueva muestra para PI. La solicitud formal debe ser realizada al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de atención primaria.	Jefe de laboratorio, o responsable designado	Fecha y responsable que solicita al establecimiento de atención primaria de origen de la muestra, la toma de nueva muestra para la realización de prueba de identidad (PI).	Registros en formato papel y electrónico laboratorio. Registros con solicitud al lugar de origen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Solicitud de realización PI.	El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la realización de la PI.	Profesional coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de atención primaria.	Fecha de recepción de solicitud de realización de PI por laboratorio. Nombre del responsable de realizar la citación para la realización de la PI. Fecha, día, hora y mecanismo de citación para la PI.	Registros en formato papel y electrónico del establecimiento de atención primaria (ficha clínica u otro).
Toma de muestra de PI y envío para análisis a laboratorio.	Toma de muestra para PI. Envío muestra rotulada/codificada a laboratorio.	Profesional responsable, o responsable designado de la unidad de toma de muestras del establecimiento de atención primaria.	Establecimiento, fecha y responsable de toma de muestra, y envío a laboratorio.	Registros en formato papel y electrónico del establecimiento de atención primaria y laboratorio.
Procesamiento de PI en laboratorio.	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio. Si la PI es negativa (-) , se deben revisar los procesos y contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el establecimiento de origen para iniciar todo el proceso nuevamente y realizar auditoría.	Tecnólogo médico, o responsable designado. Jefe de laboratorio. Profesional responsable de la unidad de toma de muestras.	Fecha y resultado del tamizaje. Profesional que solicitó el examen. Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio. Registros en formato papel y electrónico del laboratorio y establecimiento de origen de la muestra.
	Si la PI es positiva (+) , se debe enviar resultado al establecimiento de atención primaria de origen junto al examen confirmatorio original y copia del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la PI. Fecha, responsable de envío de resultado a lugar de origen.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega/comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería posttest.	Recepción de resultado final en el establecimiento de atención primaria de origen y derivación al profesional que solicitó el examen. Verificación de fecha de citación para entrega del resultado o citación para entrega del resultado. Realización de consejería posttest.	Profesional encargado de unidad de toma de muestras. Profesional que realizó consejería pretest (óptimamente) del establecimiento de atención primaria.	Fecha de recepción y resultado del examen. Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería posttest.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).
Entrega/comunicación de resultado positivo (+) al usuario con consejería posttest. Entrega de documento de confirmación del ISP. Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.	Realización de consejería posttest. Entrega del documento de confirmación del ISP. Firma de la recepción del resultado por parte del usuario. Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA definido por el Servicio de Salud.	Profesional que realizó la consejería pretest (óptimamente).	Fecha de recepción y resultado del examen. Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería posttest. Fecha de entrega de documento de confirmación del ISP. Fechas, responsables y resultado de las acciones para citar al paciente, si no se presenta a citación. Lugar, fecha y responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud. Firma y fecha de recepción del resultado por parte del usuario.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros). Copia de documento de confirmación de ISP.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH. Confirmar que el documento del ISP se encuentra en la ficha, así como el registro del profesional responsable de la derivación.	Profesional del centro de atención de VIH/SIDA, o personal designado.	Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).
	Evaluación por profesional especializado y etapificación de la infección	Médico tratante de VIH/SIDA	Evaluación médica. Indicaciones.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).

f. Puerta de entrada: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Oferta/indicación de examen para la detección del VIH.</p> <p>Realización de consejería pretest</p> <p>Firma de documento de consentimiento informado.</p>	<p>Los pacientes adscritos a programas TBC, de acuerdo a lo indicado en:</p> <p>Manual de organización y normas técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005, aprobada por Resolución Exenta N°444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud.</p> <p>Los pacientes en control o consultantes de especialidades a los que indique el médico de la misma, de acuerdo a criterios clínicos.</p> <p>Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de 2005.</p> <p>A los consultantes y personas en control en unidades de atención y control de salud sexual (UNACESS) ex centros de enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo a lo indicado en:</p> <p>Decreto N° 206, Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual, de 2007, del Ministerio de Salud.</p>	<p>Profesionales de servicios clínicos capacitados en consejería.</p> <p>Médico que solicita el examen y profesionales capacitados en consejería.</p> <p>Profesional de UNACESS que solicita el examen capacitado en consejería.</p>	<p>Datos de identificación del establecimiento / indicación de examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que solicita el examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que realiza la consejería.</p> <p>Fecha de realización de la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfonos.</p> <p>Datos solicitados en formato consentimiento informado.</p> <p>Datos solicitados en orden de examen.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico.</p>	<p>nico de establecimientos (ficha clínica u otro).</p> <p>Formato documento de consentimiento informado con copia al usuario.</p> <p>Orden de examen.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Citación para entrega de resultados al paciente/usuario.	Se indicará al usuario el día, hora y lugar de entrega de resultado del examen/consejería postest. Esta fecha no debe exceder los 30 días hábiles posteriores al día de la toma del examen, y será registrada en el formato documento de consentimiento informado y se le entregará una copia al paciente. Asimismo, se informará que ante la inasistencia a la citación se procederá de acuerdo a lo indicado en este Manual.	Profesional responsable que solicita el examen, de acuerdo a los puntos anteriores.	Fecha, hora y lugar de citación. Responsable de la citación.	Registros en formato papel y electrónico de establecimientos (ficha clínica u otro). Carné de control.
Toma de muestra de sangre/recolección de sangre. de sangre /rotulación envase. Envío de muestra a laboratorio para procesamiento. Se realizará al momento	Resolución Exenta N° 328 de 1986, del Ministerio de salud, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos. Instrucciones para elaborar clave identificatoria. Ordinario 22B/N°4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH. de la toma de muestra, de acuerdo a lo indicado en este Manual. Se debe confirmar los datos del usuario con RUN a la vista.	Profesional responsable de unidad de toma de muestras, o responsable designado.	Datos de identificación del establecimiento y fecha de toma de muestra de sangre. Datos de identificación del funcionario que realiza la toma de muestra. Datos de identificación del paciente/usuario: RUN, nombres, apellidos, N°ficha. Código identificatorio de acuerdo al punto siguiente: Fecha, establecimiento y responsable de toma de muestra y envío a laboratorio para procesamiento. Clave identificatoria del paciente/usuario.	Libro foliado de la unidad de toma de muestras con registro de exámenes tomados para envío a laboratorio. Identificación de la muestra Registros en formato papel y electrónico de la unidad de toma de muestras. Planilla de registro de exámenes de detección de VIH tomados y enviados al laboratorio con copia, para ser entregado en laboratorio.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento de la muestra de sangre en laboratorio.	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VIH, aplicando el Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 del 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha de ingreso y responsable de la recepción de la muestra para análisis.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento de origen de la muestra.</p> <p>Datos de identificación del paciente/ usuario y código de identificación de la muestra.</p>	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo .	<p>Si el primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se envía al establecimiento de origen, para ser entregado al usuario como resultado final.</p> <p>Jefe de laboratorio, o responsable</p>	<p>designado.</p> <p>Fecha y responsable de</p>	<p>análisis y envío de resultados al lugar de origen de la muestra.</p> <p>Resultado del tamizaje.</p> <p>Identificación codificada del usuario.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	<p>Se procede de acuerdo al Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Ministerio de Salud ;</p> <p>Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p> <p>Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2000.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha y responsable de recepción de la muestra.</p> <p>Fecha y responsable del análisis de la muestra.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado de formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable de envío de muestra y formulario al ISP.</p>	<p>Formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Confirmación diagnóstica por el ISP.</p> <p>Envío de informe con resultado desde el ISP al laboratorio.</p>	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>Procesamiento de la muestra de acuerdo a Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p>	<p>Jefe de laboratorio de virología del ISP.</p>	<p>Fecha de recepción de la muestra.</p> <p>Resultado de análisis.</p> <p>Fecha y responsable de envío del informe con resultado y solicitud de nueva muestra al lugar de origen, si esto último fuese necesario.</p>	<p>Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.</p> <p>Recepción de resultado de confirmación del ISP en laboratorio.</p>
<p>Recepción de resultado del ISP en laboratorio.</p>	<p>Si la confirmación del ISP es negativo (-) se envía resultado al establecimiento de origen: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNAGESS).</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción de resultados desde el ISP.</p> <p>Fecha y responsable de envío de resultados negativo (-) al establecimiento que tomó la muestra.</p> <p>Resultados análisis del ISP.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registro con resultado de análisis para envío al establecimiento que tomó la muestra.</p>
	<p>Si el resultado es indeterminado o no concluyente, se solicita nueva muestra al lugar de origen: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNAGESS).</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable que solicita al establecimiento de origen toma de nueva muestra: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNAGESS).</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con resultado de análisis para envío a lugar de origen de toma de muestra.</p> <p>Si el resultado es positivo</p>
	<p>(+), se solicita al lugar de origen toma de nueva muestra para la realización de prueba de identidad (PI).</p> <p>La solicitud formal debe ser realizada al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra.</p> <p>Jefe de laboratorio, o responsable</p>	<p>designado.</p> <p>Fecha y responsable que</p>	<p>coordina/solicita al lugar de origen toma de nueva muestra para realizar la PI.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con solicitud a lugar de origen.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Solicitud de realización de la PI	El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la PI.	Profesional coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra.	Fecha y responsable de citación. Mecanismo de citación, fecha y lugar de citación.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).
	Toma de muestra o recepción de la misma (de acuerdo a los procedimientos establecidos a nivel local) en laboratorio.	Profesional responsable de la unidad toma de muestras o responsable designado.	Fecha y responsable de toma de muestra, de envío y/o recepción de las mismas en laboratorio.	Registros en formato papel y electrónico establecimiento, y unidad de toma de muestras.
Procesamiento de PI	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio.	Tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.
	Si la PI es negativa (-) , se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP. Coordinar con lugar de origen para iniciar todo el proceso nuevamente, realizar auditoría.	Jefe de laboratorio o responsable designado.	Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP y de auditoría.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio y del ISP. Informe al establecimiento que tomó la muestra.
	Si la PI es positiva (+) , se debe enviar resultado al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de origen. Se acompaña con informe original del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la PI. Fecha, responsable de envío de resultado a establecimiento de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.

Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.				Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procedimiento						
Entrega/comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería posttest.	Revisión, verificación de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entrega de resultado. Realización de consejería posttest.	Profesional que realizó consejería pretest (óptimamente) de centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad (UNACCESS).	Fecha de recepción y resultado de exámenes. Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería posttest.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).		
Entrega/comunicación de resultado positivo (+) al usuario con consejería posttest. Entrega de documento de confirmación del ISP. Derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud. Revisión, verificación	de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entrega de resultado. Realización de consejería posttest. Entrega de documento de confirmación del ISP. Firma de la recepción de resultados por parte del usuario. Derivación de ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud. Profesional que realizó consejería	pretest (óptimamente) de centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, (UNACCESS). Fecha de recepción y resultado de examen.	Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería posttest. Fechas, responsables y resultado de las acciones para citar al paciente. Lugar, fecha y responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud. Firma y fecha de recepción del resultado por parte del paciente. Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros)	Copia de documento de confirmación del ISP. Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.		
Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Confirmar que documento del ISP se encuentra en la ficha, así como el registro del profesional responsable de la derivación. Profesional del centro de atención de VIH/SIDA, o personal designado. SIDA. Ficha clínica.	Registro de ingreso y apertura de ficha clínica. Registros en formato papel	y electrónico (ficha clínica u otros) Evaluación por profesional especializado (ficha clínica u otros)	lizado y etapificación de la infección. Médico tratante de VIH/		

g: Puerta de entrada, hospitalización.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Oferta/indicación de examen para la detección del VIH.</p> <p>Realización de consejería pretest.</p> <p>Firma de documento de consentimiento informado.</p> <p>Verificación en ficha clínica de datos del paciente.</p>	<p>Si el médico que atiende al paciente estima pertinente contar con el examen de detección del VIH/SIDA para el proceso de diagnóstico, éste se debe realizar con consejería pretest en el servicio clínico en el cual está hospitalizado, por profesionales de dicha unidad y de acuerdo al Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Médico o profesionales del servicio clí-</p>	<p>nico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitados en consejería.</p> <p>Datos de identificación del servicio clínico y profesio-</p>	<p>nal que indica el examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que realiza la consejería.</p> <p>Fecha de realización de la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección y teléfonos.</p> <p>Datos solicitados en formato de consentimiento informado.</p> <p>Datos solicitados en orden de examen.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico (ficha clínica u otro).</p>	<p>Libro foliado con datos completos del paciente y código para facilidad de ubicación del paciente (libro de acceso restringido a profesional coordinador del servicio clínico que tomó la muestra).</p> <p>Formato de documento de consentimiento informado.</p> <p>Orden de examen.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega de resultado al paciente.	<p>Entrega de resultado de examen:</p> <p>Si el paciente sigue hospitalizado, la entrega del resultado se realizará con consejería postest por un profesional del mismo servicio clínico en el cual se solicitó el examen.</p> <p>Si el paciente es dado de alta, se le informará que lo contactarán desde la subdirección médica del establecimiento indicando el lugar, día y hora en el cual se le entregará el resultado del examen. También se le debe entregar un nombre y teléfono al cual pueda consultar (idealmente el del coordinador de procesos asistenciales del establecimiento). Esta información será registrada tanto en la ficha clínica como en el documento consentimiento informado y se le entregará copia al paciente.</p> <p>Médico o profesionales del servicio clínico</p>	<p>nico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitados en consejería</p> <p>Profesional del servicio clínico en el cual se tomó el examen.</p> <p>Fecha y responsable de entrega de información y</p>	<p>consentimiento informado.</p> <p>Nombre del profesional y teléfono del establecimiento al cual consultar.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico (ficha clínica u otro).</p>	<p>Consentimiento informado.</p> <p>Toma de muestra de sangre/recolección de sangre.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 de 1986 del Ministerio de Salud, establece Normas</p>
mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de	<p>infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p> <p>Profesional responsable o responsable designado</p> <p>Datos de identificación del profesional que solicitó el examen, establecimiento,</p>	<p>servicio clínico, y fecha de toma de muestra de sangre</p>	<p>Datos de identificación del laboratorio que realiza la toma de muestra.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de establecimientos (ficha clínica u otro).</p> <p>Libro foliado de registro de los</p>	<p>exámenes tomados en este servicio y enviados a laboratorio.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Identificación/codificación de la muestra de sangre/rotulación de envase.</p> <p>Envío de muestra a laboratorio para procesamiento.</p>	<p>Se realizará al momento de la toma de muestra de sangre, de acuerdo a lo indicado. Ordinario 22B/N°4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH.</p> <p>Se deben confirmar los datos del paciente con RUN a la vista.</p>		<p>Fecha, establecimiento, servicio clínico, y clave identificatoria del paciente.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de identificación del servicio clínico, establecimiento, fecha de toma de muestra y código del paciente.</p>	<p>nico del servicio clínico.</p> <p>Libro foliado de registro de los exámenes tomados en este servicio y enviados a laboratorio.</p> <p>Procesamiento de la muestra de sangre en</p>
<p>laboratorio.</p> <p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza</p>	<p>el test de detección de VIH , aplicando reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Resolución Excenta N° 328 de 1986 del Ministerio de Salud, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p> <p>Jefe de laboratorio o responsable designado.</p>	<p>Fecha de ingreso y responsable de la recepción de la muestra para análisis.</p>	<p>Datos de identificación del establecimiento, servicio clínico de origen de la muestra.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico</p> <p>Datos de identificación del paciente/usuario y código de identificación de la muestra.</p>	

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo.</p>	<p>Si el primer análisis (tamizaje) de un paciente hospitalizado es no reactivo, el laboratorio envía el resultado al servicio clínico dónde se encuentra hospitalizado, para ser entregado en dicha instancia como resultado final al paciente con consejería posttest.</p> <p>Si el paciente fue dado de alta, el jefe de laboratorio enviará el resultado, e informará oficialmente al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario, es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de destino es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento, para la entrega de resultado/consejería posttest no reactivo o negativo.</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p> <p>Profesional de servicio clínico capacitado en consejería.</p> <p>Jefe de laboratorio.</p> <p>Coordinador de procesos asistenciales.</p>	<p>Fecha y responsable del análisis.</p> <p>Resultado de tamizaje.</p> <p>Fecha y responsable del envío de resultados al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento si el paciente fue dado de alta.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a lugar correspondiente.</p> <p>Registro formato papel y electrónico del servicio clínico.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	Se procede de acuerdo al reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Ministerio de Salud; Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006. Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha y responsable del análisis de la muestra. Resultados de tamizaje. Llenado del formulario de envío de muestras al ISP. Fecha y responsable del envío de la muestra y formulario de envío al ISP.	Formulario de envío de muestras al ISP. Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
Confirmación diagnóstica por el ISP, 2006.	Recepción de muestra Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP. Envío de informe con resultados desde ISP a laboratorio de origen.	Jefe de laboratorio de virología del ISP.	Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó. Resultado de análisis. Fecha y responsable de envío de informe con resultados y solicitud de nueva muestra a laboratorio de origen, si esto último fuese necesario.	Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.
Recepción de resultados de confirmación del ISP en laboratorio.	Si la confirmación del ISP es negativo (-) en un paciente hospitalizado, el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al servicio clínico donde se encuentra hospitalizado el paciente, para que éste entregue el resultado del examen/consejería postest al paciente. En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.	Jefe de laboratorio, o responsable designado. Profesional de servicio clínico capacitado en consejería.	Fecha y responsable recepción de resultados desde el ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable de envío de resultado negativo (-) al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento. Fecha y responsable de recepción de documentación de paciente y resultado de examen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales. Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico y del establecimiento.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	Se procede de acuerdo al reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Ministerio de Salud ; Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006. Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha y responsable del análisis de la muestra. Resultados de tamizaje. Llenado del formulario de envío de muestras al ISP. Fecha y responsable del envío de la muestra y formulario de envío al ISP.	Formulario de envío de muestras al ISP. Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
Confirmación diagnóstica por el ISP.	Recepción de la muestra Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP. Envío de informe con resultados desde ISP a laboratorio de origen.	Jefe de laboratorio de virología del ISP.	Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó. Resultado de análisis. Fecha y responsable de envío de informe con resultados y solicitud de nueva muestra a laboratorio de origen, si esto último fuese necesario.	Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.
Recepción de resultados de confirmación del ISP en laboratorio.	Si la confirmación del ISP es negativo (-) en un paciente hospitalizado, el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al servicio clínico donde se encuentra hospitalizado el paciente, para que éste entregue el resultado del examen/consejería postest al paciente. En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.	Jefe de laboratorio, o responsable designado. Profesional de servicio clínico capacitado en consejería.	Fecha y responsable recepción de resultados desde el ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable de envío de resultados negativo (-) al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento. Fecha y responsable de recepción de documentación de paciente y resultado del examen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales. Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico y del establecimiento.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Continuación cuadro página anterior	<p>Si el resultado de un paciente hospitalizado es positivo (+), se solicita al servicio clínico en el cual el paciente se encuentra tomar la muestra para realizar la PI.</p> <p>En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de destino, es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento, para la citación del paciente para la realización de la prueba de identidad (PI).</p>	<p>Jefe de laboratorio. Coordinador de procesos asistenciales. Establecimiento de origen de la muestra.</p> <p>Coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de destino.</p>	<p>Fecha y responsable que solicita toma de nueva muestra para la PI.</p> <p>Fecha y responsable de recepción de documentación del paciente al cual se solicita toma de muestra para PI.</p> <p>Fecha y responsable acciones de envío de documentación del paciente, al cual se le solicita toma muestra para la PI a establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente.</p> <p>Fecha, responsable de recepción de documentación, mecanismo de citación del paciente para la realización de la PI.</p> <p>Fecha, día y hora de citación.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a servicio clínico de origen.</p>
Realización de la PI	<p>Paciente hospitalizado: toma de muestra, rotulación, registro y envío a laboratorio para análisis.</p> <p>Paciente dado de alta: toma de muestra o recepción de la misma (de acuerdo a los procedimientos establecidos a nivel local) en laboratorio.</p>	<p>Profesionales del servicio clínico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente. Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de toma de muestra y envío para análisis en laboratorio.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento prueba de identidad	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio	Tecnólogo médico, o responsable designado	Fecha y responsable de recepción de la muestra Fecha, responsable y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.
	Si la PI es negativa (-) , se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el lugar de origen de toma de muestra para iniciar todo el proceso nuevamente, realizar auditoría.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP y de auditoría.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio y del ISP. Informe al establecimiento que tomó la muestra.
	Si la PI es positiva (+) , se debe enviar resultado al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se tomó la muestra. Se acompaña con informe original del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la PI. Fecha, responsable de envío de resultado a establecimiento de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.
Entrega/comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería posttest.	Recepción de resultado final en lugar que se informará al paciente Realización consejería posttest. Entrega de resultado de examen. Firma de la recepción de resultados por parte del paciente.	Profesional del servicio clínico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitado en consejería. Profesional del establecimiento de la red que entregó el resultado capacitado en consejería.	Fecha de recepción y resultados de examen. Datos de identificación del lugar responsable de entrega resultado/consejería posttest. Firma de la recepción de resultado por parte del paciente.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Entrega comunicación de resultado positivo (+) con consejería posttest.</p> <p>Entrega de documento confirmación del ISP.</p> <p>Derivación ingreso a control a centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p>	<p>Revisión y verificación de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entregar resultado.</p> <p>Realización consejería posttest.</p> <p>Entrega de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Firma de recepción del resultado por parte del usuario.</p> <p>Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p>	<p>Profesional capacitado en consejería</p>	<p>Fecha de recepción y resultado de exámenes.</p> <p>Datos de identificación del lugar de posttest.</p> <p>Fechas, responsables y resultado de las acciones para citar al paciente.</p> <p>Lugar, fecha y responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p> <p>Firma de la recepción del resultado por parte del paciente.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>
<p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH</p>	<p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.</p> <p>Confirmar que documento del ISP se encuentra en la ficha, así como el registro del profesional responsable de la derivación</p> <p>Evaluación por profesional especializado, etapificación de la infección, indicaciones.</p>	<p>Profesional del centro de atención de VIH/SIDA o personal designado.</p> <p>Médico tratante de VIH/SIDA.</p>	<p>Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.</p> <p>Evaluación médica.</p> <p>Indicaciones.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros) del establecimiento.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>

h. Puerta de entrada, Atenciones de urgencia

Lugar de ingreso del paciente al sistema	Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Servicio de urgencia del hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta/indicación de examen para la detección del VIH. - Realización consejería pretest. - Firma de documento de consentimiento informado. - Verificación en ficha clínica de datos del paciente. 	<p>Si el médico que atiende al paciente estima pertinente contar con el examen de detección del VIH para el proceso diagnóstico, éste se debe realizar con consejería pretest en el servicio de urgencia y por profesionales del mismo, de acuerdo al Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Debe ser firmado por el paciente. Un ejemplar queda en la ficha clínica y otro debe ser entregado al paciente.</p> <p>Si el paciente no está en condiciones de recibir la consejería se procede de acuerdo a lo indicado en el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de 2005 y este manual.</p>	Médico o profesionales del servicio de urgencia del hospital capacitados en consejería.	<p>Datos de identificación del establecimiento de indicación de examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que solicita el examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que realiza la consejería.</p> <p>Fecha de realización de la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección y teléfonos.</p> <p>Datos solicitados en consentimiento informado.</p> <p>Datos solicitados en orden de examen.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del servicio de urgencia (ficha clínica u otro).</p> <p>Libro foliado con datos completos y código para facilidad de ubicación del paciente (libro de acceso restringido a profesional coordinador del servicio clínico que toma el examen).</p> <p>Formato de documento de consentimiento informado.</p> <p>Orden de examen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de resultados al paciente. 	<p>Si el paciente es hospitalizado en un servicio clínico del hospital se deben aplicar los procedimientos descritos previamente en lugar de ingreso del paciente al sistema: hospitalización.</p> <p>Si el paciente fue dado de alta se procede de acuerdo, paciente dado de alta, definido previamente.</p>	De acuerdo a lugar de hospitalización o derivación al alta.	<p>Fecha, hora, lugar y responsable de citación.</p> <p>Mecanismo de citación y resultados.</p>	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).

i. Guión para citación telefónica

A. Contenidos de citación para entrega de resultados de examen de detección del VIH

Llamado telefónico. Contacto con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de quién llama e institución que representa: mi nombre es..... y soy funcionario del(nombre del establecimiento).
3. Explicitación del motivo de la llamada: le llamo a fin de que se acerque al..... (nombre del establecimiento) para la entrega del resultado del examen que se tomó el díaen.....le agradeceremos presentarse el día.....a las.....hrs. en.....
4. Información sobre contacto posible para justificar inasistencia (teléfono y/o correo electrónico): Si no pudiese asistir en la fecha de la citación le agradeceremos llamar al fono para indicarle una nueva fecha para la entrega de su examen.
5. Despedida: muchas gracias.

B. Contenidos para citación realización de prueba de identidad (PI)

Llamado telefónico. Contacto con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de quién llama e institución que representa: mi nombre es..... y soy funcionario del(nombre del establecimiento)
3. Explicitación motivo de llamada: le llamamos a fin de que se acerque al.....(nombre del establecimiento) para la toma de un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.
4. Entrega de datos de citación para la toma del examen (fecha, hora y lugar).

Le agradeceremos presentarse el día.....a las.....hrs en.....
5. Información sobre contacto posible para justificar inasistencia (teléfono y/o correo electrónico). Si no pudiese asistir en la fecha de la citación le agradeceremos llamar al fono para indicarle una nueva fecha para la toma del examen.
6. Despedida: muchas gracias.

j. Texto de citación por carta certificada

A. Contenidos para citación entrega de resultados del examen de detección del VIH vía carta certificada

Estimado sr:

Con el fin de hacerle entrega del resultado del examen de sangre que se tomó el día..... en.....
(nombre del establecimiento de salud), le extendemos la presente citación para el día _____ a las _____
hrs en la oficina _____ (nombre del establecimiento y dirección) donde será
atendido por el señor _____.

En caso de tener dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo directamente al
señor _____ al teléfono _____ o al correo electrónico _____,
para poder indicarle una nueva fecha para la entrega de su examen.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

FIRMA ESTABLECIMIENTO

B. Contenidos para citación realización prueba de identidad vía carta certificada.

Estimado sr:

Le extendemos la presente citación para el día _____ a las _____ hrs en la oficina
_____ donde será atendido por el señor _____
para la toma de un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.

En caso de tener dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo directamente al
señor _____ al teléfono _____ al correo electrónico _____,
para poder indicarle una nueva fecha de toma del examen.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

FIRMA ESTABLECIMIENTO

k. Texto citación por visita domiciliaria

A. Contenidos para citación entrega de resultados de examen de detección del VIH

Visita domiciliaria. Entrevista con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de la persona que realiza actividad e institución que representa: mi nombre es..... y soy funcionario del..... (nombre del establecimiento).
3. Explicitación motivo de visita domiciliaria: le estoy realizando esta visita para que se acerque al..... (nombre del establecimiento) para la entrega del examen que usted se tomó el día.....en.....
4. Entrega de sobre con citación: En este sobre se encuentra la información de la fecha, hora y lugar al cual usted debe asistir.
5. Se entrega citación escrita y en sobre cerrado con datos para entrega de resultado (fecha, hora y lugar). Texto citación igual al de la carta certificada.
6. Firma de recepción de citación
7. Despedida: muchas gracias.

B. Contenidos para citación realización de prueba de identidad visita domiciliaria. Entrevista con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de persona que realiza actividad e institución que representa.
Mi nombre es..... y soy funcionario del (nombre del establecimiento).....
3. Explicitación del motivo de la visita domiciliaria: le estoy realizando esta visita para que se acerque al..... (nombre del establecimiento) para tomarse un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.
4. Entrega de sobre con citación: en este sobre se encuentra la información de la fecha, hora y lugar al cual usted debe asistir. Se entrega citación escrita y en sobre cerrado con datos para toma del examen de sangre (fecha, hora y lugar). Texto citación igual al de la carta certificada.
5. Firma de recepción de la citación
6. Despedida: muchas gracias.

I. Tabla de procesos: definiciones

Término	Definición
Procesos clave	Son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del área de interés.
Hito	Es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso. Es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.
Subprocesos	Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.
Procedimiento	Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y cómo se debe llevar a cabo; qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.
Actividad	Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso. Habitualmente se desarrolla en un departamento o función.
Indicador	Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.
Gestión por procesos	<p>Es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor agregado sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente, este último puede ser interno o externo a la organización.</p> <p>La gestión por procesos aporta una visión y herramientas con la que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a la necesidad de los clientes. No hay que olvidar que los procesos los realizan las personas y los productos los reciben personas.</p> <p>El ámbito de la salud permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.</p>

Está dirigida a aumentar la satisfacción de los clientes y a facilitar las tareas de los técnicos y profesionales.

Interfaz

Este término proviene del ámbito informático, no obstante se ha ido introduciendo y adaptando al área de la gestión por procesos. Una interfaz define el límite de comunicación entre 2 elementos (entre hitos, actividades, subprocessos, etc.) Es un conjunto de métodos para lograr la interactividad entre los elementos en cuestión. Es la zona de comunicación entre un usuario y otro.

Control de procesos

Son todas aquellas actividades que se realizan en pos de tener un proceso bajo control. Por ejemplo, verificación de que los procedimientos se utilizan en función de lo establecido por la institución, o que se cumplan las normativas emanadas de un organismo técnico regulador, etc. También se refiere a la realización de actividades tendientes a verificar que las metas fijadas por la organización y el logro de los objetivos trazados se cumplan. Monitorear indicadores que permitan alertar sobre situaciones críticas que impidan el curso establecido del proceso.

Input

Es la entrada al proceso que al ser transformada permite obtener los resultados definidos.

Output

Son los posibles resultados al final del proceso establecido.

m. Indicadores de desempeño

Dimensiones del desempeño

Las dimensiones o focos de la gestión de una institución que son factibles y relevantes de medir a través de un indicador son su eficacia, eficiencia, economía y calidad. A continuación se describen cada uno de estos conceptos:

■ Eficacia

Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, en qué medida el área o la organización como un todo está cumpliendo con sus objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

Es posible obtener medidas de eficacia, en tanto exista la claridad respecto de los objetivos de la institución. Así, Servicios que producen un conjunto definido de prestaciones orientadas a una población acotada, pueden generar medidas de eficacia tales como cobertura de los programas, focalización, etc.

■ Eficiencia

Describe la relación entre dos magnitudes: la producción física de un producto y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese nivel de producto. En otros términos, se refiere a la ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio, utilizando el mínimo de recursos posibles. Se pueden obtener mediciones de productividad física relacionando el nivel de actividad, expresado como número o cantidad de acciones, beneficios o prestaciones otorgadas, con el nivel de recursos utilizados (gasto en bienes y servicios, dotación de personal, etc.)

Otro tipo de indicadores de eficiencia es el que relaciona volúmenes de bienes y servicios o recursos involucrados en su producción, con los gastos administrativos incurridos por la organización.

■ Economía

Este concepto se relaciona con la capacidad de una organización para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros para el logro de su misión.

En el marco de la misión institucional, la administración de recursos exige siempre el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la caja, del presupuesto, de la preservación del patrimonio, y de la capacidad de generar ingresos.

Algunos indicadores de economía de una institución pueden ser su capacidad de autofinanciamiento, la capacidad de ejecutar su presupuesto o su nivel de recuperación de préstamos, entre otros.

■ Calidad

La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la organización para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios. Son elementos de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención.

Ámbitos de control

Los indicadores de desempeño pueden utilizarse para obtener información de los diferentes ámbitos necesarios de controlar en la implementación de políticas, programas, etc.

■ Procesos

Se refieren a las actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para producir los productos, incluyen actividades o prácticas de trabajo tales como procedimientos clínicos y administrativos, procesos tecnológicos y de administración financiera. Los indicadores de proceso ayudan en la evaluación del desempeño en áreas donde los productos o resultados son difíciles de medir.

■ Productos

Se refieren a los bienes y/o servicios productivos entregados y corresponden a un primer resultado de la acción de un programa o acción pública o privada. En este marco, la calidad de los bienes y servicios entregados por el programa también se considera una medición a nivel de producto.

■ Resultados intermedios

Se refiere a los cambios en el comportamiento, estado, actitud o certificación de los beneficiarios o clientes, una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública o privada. Su importancia radica en que se espera que conduzcan a los resultados finales y, en consecuencia, constituyen una aproximación a estos.

■ Resultados finales o impacto

Son resultados a nivel del fin de los bienes o servicios entregados e implican un mejoramiento en las condiciones de la población objetivo atribuible exclusivamente a éstos. En algunas oportunidades es difícil realizar estas mediciones, principalmente, por la dificultad de aislar los efectos de otras variables externas y/o porque muchos de estos efectos son de largo plazo.

Tanto los resultados intermedios como finales deben medirse desde la perspectiva del usuario y no desde la perspectiva de la organización.

Diseño de indicadores

La presentación de los indicadores y sus metas anuales se efectúa identificando, para cada indicador, el producto estratégico o de gestión interna con el que se vincula, el nombre del indicador, la fórmula de cálculo, la dimensión del desempeño y el ámbito de control, valores efectivos en años recién pasados y los medios de verificación.

El nombre del indicador de desempeño debe describir la forma de medición del indicador y lo que mide, de manera que no sea necesario ver la fórmula para entender lo que se está midiendo.

La fórmula de cálculo del indicador es la expresión matemática que permite cuantificar el nivel o magnitud que alcanza el indicador en un cierto periodo –anual, semestral, etc– de acuerdo a los valores de las variables correspondientes (operandos). Es necesario precisar el dato que se va a colocar en el numerador o en el denominador, de manera que se eviten arbitrariedades al momento de poblar el indicador.

Se debe contar con los medios de verificación –las fuentes de información– que permiten corroborar la veracidad de los datos proporcionados. Estas fuentes pueden provenir de formularios o fichas, bases de datos o software y reportes o informes. Para cualquiera de las fuentes indicadas se debe tener claridad del nombre del medio de verificación y el centro de responsabilidad o unidad responsable.

Consideraciones metodológicas para el diseño de indicadores

En el marco de los requisitos definidos para la elaboración de indicadores de desempeño y con el objeto de optimizar dicho proceso y orientar las acciones necesarias para avanzar en las mediciones, la identificación y elaboración de indicadores debe considerar los aspectos y elementos que se señalan a continuación:

■ Temporalidad

La identificación de los indicadores de desempeño debe considerar el momento en que los diferentes resultados deberían ocurrir y, por tanto, comenzar a medirse. Este momento dependerá de la naturaleza de los objetivos (proceso/productos/resultados).

Lo anterior es particularmente importante en el caso de productos cuyos resultados son de mediano y largo plazo y, por tanto, si bien es posible identificar indicadores, éstos no podrán ser medidos en lo inmediato. No obstante, esta identificación es útil al desarrollar los procesos necesarios para disponer de la información para las mediciones, cuando sea técnicamente recomendable realizarlas.

Asimismo, las mediciones pueden tener diferentes frecuencias, es decir, su periodo de medición puede ser semestral, anual, bianual, etc.

■ Mecanismos de recolección de información

Se debe tener presente cuál debería ser la forma de obtención de información para efectuar las mediciones. En muchas oportunidades la información requerida para las mediciones constituye, razonablemente, debe formar parte de los procesos regulares de gestión de la institución y, por tanto, obtenerse a través de instrumentos que formen parte de sus actividades, ya sea a nivel censal o muestral, recogidos como estadísticas a través de encuestas, pautas de observación, etc. dependiendo del aspecto a medir.

Las fuentes de obtención de información son identificables, aunque no estén disponibles y, por tanto, deben ser diseñadas o rediseñadas con el objeto de obtener las mediciones. La periodicidad de las mediciones en estos casos puede tener una mayor frecuencia (anual, semestral, trimestral, etc.).

■ Desagregación por sexo

La incorporación del enfoque de género en los indicadores de desempeño, tiene por objetivo dar cuenta de situaciones de equidad entre hombres y mujeres, y/o identificar la evolución de brechas que informan sobre inequidades de género en el ámbito de acción del servicio. En términos prácticos, para establecer si corresponde desagregar por sexo un indicador de desempeño para incorporar enfoque de género, hay que tener en cuenta tres factores: pertinencia, factibilidad y relevancia.

La pertinencia de incorporar género está dada por la naturaleza del producto estratégico o subproducto en el que se enmarca el indicador. La factibilidad está dada por la posibilidad real de desagregar por sexo los datos. Por lo tanto, en segundo lugar es necesario verificar si es factible desagregar los indicadores por sexo. Sólo es posible desagregar las unidades de medición que corresponden a:

- Personas: hombres y mujeres
- Unidades relacionadas con personas. Por ejemplo: encuestas respondidas por hombres o mujeres, propiedad de bienes o de unidades productivas asociadas a personas.
- Grupos representados por una persona. Por ejemplo: jefatura de hogar, unidades productivas a cargo de mujeres/hombres, grupos compuestos por personas de un solo sexo.

La relevancia está dada por el hecho de que los datos desagregados informen sobre situaciones de equidad o de una situación de inequidad de género detectada por el servicio y factible de ser modificada por el mismo.

n. Confidencialidad y ficha clínica

Ficha o historia clínica: la ficha clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier centro de salud público o privado, en el cual se registra la historia médica de una persona y de su proceso de atención médica. Es un documento reservado y secreto, de utilidad para el paciente, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia.

1.1. Ley N° 17.374/70 (INE) o Ley orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas:

- Art.29°.- El Instituto Nacional de Estadísticas; organismos fiscales; semi-fiscales y empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas, de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades.

El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el «secreto estadístico». Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto y penado por el artículo 247 del Código Penal, debiendo en todo caso aplicarse pena corporal.

- Art.30°. «Los datos estadísticos no podrán ser publicados o difundidos con referencia expresa a las personas o entidades a quienes directa o indirectamente se refieran si mediase prohibición del o los afectados».

1.2. Artículos 246 y 247 del Código Penal establecen el castigo por la violación de secretos, con dos figuras penales diferentes y que son aplicables a la materia en estudio: la violación del secreto funcionario (figura que comprende dos hipótesis diferentes: la revelación de secretos públicos y la revelación de secretos privados) y la violación del secreto profesional.

Art. 246. «El empleado público que revelare los secretos de que tenga conocimiento por razón de su oficio o entregare indebidamente papeles o copia de papeles que tenga a su cargo y no deban ser publicados, incurrirá en las penas de suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio o multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales, o bien en ambas conjuntamente.

Si de la revelación o entrega resultare grave daño para la causa pública, las penas serán reclusión mayor en cualquiera de sus grados y multa de veintiuna a treinta unidades tributarias mensuales. Las penas señaladas en los incisos anteriores se aplicarán, según corresponda, al empleado público que indebidamente anticipare en cualquier forma el conocimiento de documentos, actos o papeles que tenga a su cargo y que deban ser publicados».

Art. 247. «El empleado público que, sabiendo por razón de su cargo los secretos de un particular, los descubriere con perjuicio de éste, incurrirá en las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.

Las mismas penas se aplicarán a los que ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelen los secretos que por razón de ella se les hubieren confiado».

- 1.3. Decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, en el artículo 22, dispone que toda la información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en tales establecimientos, tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional y agrega, que sólo el director técnico del establecimiento podrá proporcionar o autorizar la entrega de dicha información a los tribunales de justicia y demás instituciones legalmente autorizadas para requerirla.
- 1.4. Manual del SOME, indicado en el capítulo IV, separata estadística, punto 10.- Confidencialidad de la Historia Clínica. Este Manual hace notar que el uso legal de dicha información se restringe exclusivamente a la entrega a solicitud de los tribunales de justicia y entidades facultadas para ello.
- 1.4. Ley 19.628, sobre Protección de la vida privada

La Ley 19.628 define en su artículo 2° los siguientes conceptos:

- «e) Dato estadístico, el dato que, en su origen, o como consecuencia de su tratamiento, no puede ser asociado a un titular identificado o identificable.
- f) Datos de carácter personal o datos personales, los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables.
- g) Datos sensibles, aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

Luego, en su artículo 7° establece: «Las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales, tanto en organismos públicos como privados, están obligadas a guardar secreto sobre los mismos, cuando provengan o hayan sido recolectados de fuentes no accesibles al público, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con el banco de datos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo.»

Y continúa:

Artículo 10.- No pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

Artículo 11.- El responsable de los registros o bases donde se almacenen datos personales con posterioridad a su recolección deberá cuidar de ellos con la debida diligencia, haciéndose responsable de los daños.

Artículo 23.- La persona natural o jurídica privada o el organismo público responsable del banco de datos personales deberá indemnizar el daño patrimonial y moral que causare por el tratamiento indebido de los datos, sin perjuicio de proceder a eliminar, modificar o bloquear los datos de acuerdo a lo requerido por el titular o, en su caso, lo ordenado por el tribunal.

La acción consiguiente podrá interponerse conjuntamente con la reclamación destinada a establecer la infracción, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil. En todo caso, las infracciones no contempladas en los artículos 16 y 19, incluida la indemnización de los perjuicios, se sujetarán al procedimiento sumario. El juez tomará todas las providencias que estime convenientes para hacer efectiva la protección de los derechos que esta ley establece. La prueba se apreciará en conciencia por el juez.

El monto de la indemnización será establecido prudencialmente por el juez, considerando las circunstancias del caso y la gravedad de los hechos.

Y finalmente, en su artículo 24 establece:

«Agrégase los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos, al artículo 127 del Código Sanitario:

Las recetas médicas y análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados. Sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito. Quien divulgare su contenido indebidamente, o infringiere las disposiciones del inciso siguiente, será castigado en la forma y con las sanciones establecidas en el Libro Décimo.

Lo dispuesto en este artículo no obsta para que las farmacias puedan dar a conocer, para fines estadísticos, las ventas de productos farmacéuticos de cualquier naturaleza, incluyendo la denominación y cantidad de ellos. En ningún caso la información que proporcionen las farmacias consignará el nombre de los pacientes destinatarios de las recetas, ni el de los médicos que las expidieron, ni datos que sirvan para identificarlos.».

- o. Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14 de diciembre de 2001 que establece normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
mm.

**ESTABLECE NORMAS RELATIVAS AL VIRUS DE
INMUNO DEFICIENCIA HUMANA Y CREA BONIFICACION
FISCAL
PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**

LEY N° 19.779

Publicada en el Diario Oficial de 14.12.01

MODIFICACIONES:

- Ley N° 20.077, publicada en el Diario Oficial de 24.11.05

ACTUALIZADA A NOVIEMBRE DE 2005

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
Mmh.

ESTABLECE NORMAS RELATIVAS AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA
HUMANA Y CREA BONIFICACION FISCAL
PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

LEY N° 19.779

Publicada en el Diario Oficial de
14 de diciembre de 2001

CAPITULO I
Disposiciones generales

Artículo 1. La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.

Artículo 2. El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores.

En todo caso, será aplicable, en lo pertinente, la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

CAPITULO II

De la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud

Artículo 3. El Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes para dichos fines, poniendo especial énfasis en las campañas de prevención.

Tales acciones se orientarán además a difundir y promover los derechos y responsabilidades de las personas portadoras y enfermas.

Artículo 4. El Estado promoverá la investigación científica acerca del virus de inmunodeficiencia humana, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país. Impulsará asimismo las medidas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura.

Del mismo modo fomentará la creación de centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad.

Artículo 5. El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.

Sin perjuicio de ello, respecto de quienes se hallaren privados de libertad, y del personal regido por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional; por el decreto con fuerza de ley N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto supremo N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan los respectivos reglamentos. El examen deberá practicarse siempre en los casos de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, trasplantes y cualesquiera otras actividades médicas que pudieren ocasionar contagio.

Sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.

Serán aplicables en esta materia las disposiciones de la Ley 19.628 sobre protección de datos personales.

El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales se realizará el examen, la entrega de sus resultados, las personas y situaciones que ameriten la pesquisa obligatoria y la forma en que se entregará la información de los casos de contagio a la autoridad sanitaria.

Artículo 6. El Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana, en el marco de las políticas públicas definidas en los artículos 1° y 2° de esta ley.

En todo caso, deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo con lo previsto en dicho cuerpo legal.

CAPITULO III **De la no discriminación**

Artículo 7. No podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, a los resultados del examen destinado a detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen.

Sin perjuicio de ello, respecto del personal regido por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el decreto con fuerza de ley N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto supremo N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan los reglamentos respectivos para el ingreso a las instituciones. Sin embargo, la permanencia en el servicio, la renovación de los empleos y la promoción, no podrán ser condicionadas a los resultados del examen.

De igual manera, no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos.

Asimismo, ningún establecimiento de salud, público o privado, cuando sea requerida su intervención de acuerdo con la ley, podrá negar el ingreso o atención a personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana o condicionar lo anterior a la realización o presentación de resultados del referido examen.

CAPITULO IV

Sanciones y procedimientos

Artículo 8. La infracción a lo dispuesto en el artículo 5° será sancionada con multa a beneficio fiscal de 3 a 10 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la obligación de responder de los daños patrimoniales y morales causados al afectado, los que serán apreciados prudencialmente por el juez.

Si la infracción fuese cometida por dos o más personas, podrá condenárselas a responder solidariamente de la multa y la indemnización.

Artículo 9. La infracción a lo dispuesto en el artículo 7° será sancionada con multa a beneficio fiscal de 10 a 50 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la responsabilidad por los daños causados.

Artículo 10. En caso de reincidencia en las infracciones señaladas, los montos mínimos y máximos de las multas establecidas en los artículos precedentes se duplicarán.

Artículo 11. Tratándose de los funcionarios de la Administración del Estado, las sanciones establecidas en los artículos anteriores se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad administrativa que pudiere corresponderles, conforme con el estatuto que los rija.

Artículo 12. Será competente para conocer de las infracciones sancionadas en este Capítulo el juzgado de policía local correspondiente al domicilio del afectado, sin perjuicio de la competencia que corresponda a los juzgados del trabajo y al tribunal aduanero o criminal respectivo, en su caso.

Artículos transitorios

Artículo 1° transitorio. A contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso cuarto y hasta el 31 de diciembre del año 2006¹, las personas que reúnan los requisitos que más adelante se señalan podrán solicitar una bonificación fiscal. Dicha bonificación será equivalente hasta el monto de los derechos e impuestos que se hubieran pagado por la importación de los medicamentos de alto costo utilizados en el tratamiento específico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) determinados mediante decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

Podrán impetrar el beneficio establecido en este artículo, las personas que reúnan los siguientes requisitos:

a) que padezcan de VIH - SIDA y para cuyo tratamiento los medicamentos determinados sean indispensables y ajustados en las dosis.

¹ Guarnismo modificado, como aparece en el texto, por el Art. 1°, N° 1) de la ley N° 20.077

Lo anterior se acreditará mediante certificado emitido por un médico especialista, sin perjuicio de los informes y verificaciones adicionales que se dispongan en el reglamento;

b) que acrediten insolvencia económica en relación con el costo del tratamiento;

c) que no tengan acceso a los referidos medicamentos a través de los planes de salud públicos o del régimen de salud al que se encuentren afiliadas, y

d) que efectúen la importación a través de instituciones sin fines de lucro que se acrediten y registren ante el Ministerio de Salud y sus organismos competentes, quienes las representarán con las más amplias facultades conforme a lo que establezca el reglamento. La importación podrá ser considerada de despacho especial según lo determine el Servicio Nacional de Aduanas.

El beneficio podrá solicitarse respecto de los medicamentos determinados que se importen y sean prescritos a las personas beneficiarias a contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso siguiente y su concesión sólo procederá hasta por el monto de recursos para su pago que se considere en el presupuesto correspondiente a la anualidad respectiva, debiendo darse prioridad a las personas de menores ingresos.

Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, que se dictará dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley, fijará los requisitos de constitución, objeto, finalidad, especialidad y demás que se estimen necesarios, que deberán reunir las instituciones señaladas en la letra d) anterior para su acreditación y registro y establecerá el modo de impetrar el beneficio, la documentación exigible, los criterios de prioridad en su otorgamiento, los procedimientos de concesión, pago y fiscalización de su uso y toda otra norma necesaria para la cabal aplicación de este artículo.

Con todo, la acreditación y registro de las referidas instituciones serán dispuestos mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Los montos que perciban las personas por aplicación de este artículo no constituirán renta para ningún efecto legal y, en consecuencia, no serán tributables ni estarán afectos a descuento alguno.

Las instituciones acreditadas y registradas para representar a los beneficiarios serán excluidas de su reconocimiento como tales, por el solo ministerio de la ley, cuando se compruebe que hubieren incurrido en contravención a este artículo y a la normativa legal y reglamentaria aplicable sobre la materia, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, tributaria o aduanera de los representantes de dichas

entidades, del beneficiario de la bonificación y de las demás personas involucradas y de la obligación de restituir las sumas indebidamente percibidas.

Artículo 2º transitorio. Las personas que padezcan de las enfermedades catastróficas determinadas por reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, podrán impetrar en idénticas condiciones, el mismo beneficio señalado en el artículo 1º transitorio, para lo cual se aplicarán todas las disposiciones contempladas en dicho precepto.

Para los efectos señalados en el inciso anterior, se entenderá por enfermedades catastróficas aquellas con riesgo inminente de muerte y aquellas incurables y con dicho riesgo.

Artículo 3º transitorio. El beneficio que se establece en los artículos anteriores será de cargo fiscal y se financiará con los recursos que se contemplen al efecto en el programa 04 del presupuesto de la Subsecretaría de Salud. Durante el año 2001 se destinarán \$700.000 miles mediante transferencia del ítem 50-01-03-25-33.104 de la Partida Tesoro Público de la Ley de Presupuestos vigente.

El gasto que irrogue la aplicación de esta ley durante el año 2005 se financiará mediante reasignaciones en el presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública. Durante el año 2006, se destinarán al otorgamiento de bonificaciones \$800.000.000 con cargo al aporte fiscal que se incluirá en el presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública.²

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévase a efecto como Ley de la República.

Santiago, 4 de diciembre de 2001.-

RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Michelle Bachelet Jeria, Ministra de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.

² Inciso agregado, como aparece en el texto, por el Art. 1º, N° 2) de la ley N° 20.077

- p. **Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.**

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURIDICA

**REGLAMENTO DEL EXAMEN PARA LA DETECCION DEL
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

DECRETO N° 182 DE 2005

Publicado en el Diario Oficial de 09.01.07

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURIDICA

**REGLAMENTO DEL EXAMEN PARA LA DETECCION DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

N° 182.-

Publicado en el Diario Oficial de 09.01.07

Santiago, 10 de agosto de 2005.-

Visto: Lo dispuesto en el artículo 5º, de la ley N° 19.779; en los artículos 4º y 6º del decreto ley N° 2.763 de 1979 y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política de la República,

Decreto:

Apruébase el siguiente Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana:

Artículo 1º.- Los exámenes para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, que se efectúen en el país, tanto en el sector público como en el privado, deberán ajustarse a las disposiciones del presente reglamento.

Sin embargo, quedan excluidos de esta normativa los que se refieran a las personas que se encuentren privadas de libertad recluidos en establecimientos penales, y los del personal regido por el DFL N° 1 de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el DFL N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior y por el DFL N° 1 de 1980 del Ministerio de Defensa Nacional, todos los cuales se regirán por sus respectivos reglamentos.

Artículo 2º.- El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización de un examen de este tipo deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las normas sobre secreto profesional, las de la ley N° 19.628, el Estatuto Administrativo y demás normas legales sobre la materia.

Asimismo, estarán sujetas a este deber de confidencialidad las personas que laboren para el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud que tengan conocimiento de información sobre exámenes de esta naturaleza en razón de la recolección de datos estadísticos sobre la materia y del estudio y elaboración de políticas, planes o programas para enfrentar la transmisión del virus.

Artículo 3º.- Los resultados de los exámenes destinados a detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana serán entregados en forma reservada solamente al interesado, por el laboratorio que lo llevó a cabo a través de personas debidamente preparadas para ello conforme a los contenidos establecidos por el Ministerio de Salud para esta capacitación. Excepcionalmente, si el afectado estuviere incapacitado para recibirlo en forma no momentánea, será entregado a su representante legal, apoderado o familiar que lo acompañe, a falta de los anteriores.

Artículo 4º.- La confidencialidad de los resultados de los exámenes que se establece en este reglamento, no obstará a la notificación mediante código confidencial de aquellos que resulten positivos a la respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud para efectos del control estadístico y epidemiológico de la enfermedad, diseño de políticas, planes y programas y determinación de derechos de personas, de conformidad con la normativa sobre notificación obligatoria de determinadas enfermedades transmisibles.

Artículo 5º.- El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre voluntario. Nadie podrá ser obligado a practicarse uno contra su voluntad.

Sin embargo, el examen se efectuará siempre en los casos de donación de sangre o de órganos para trasplante, en la elaboración de plasma y en cualesquiera otras actividades médicas que puedan ocasionar contagio y sean consideradas de riesgo, de acuerdo a las normativas sanitarias vigentes. En todos estos casos se respetará igualmente la confidencialidad de los resultados del examen en la forma establecida en este reglamento.

Artículo 6º.- En forma previa a la toma de la muestra, debe dejarse constancia del consentimiento prestado para que se lleve a cabo el examen de detección de VIH, en un documento firmado por la persona a la que se le efectuará o de su representante legal. Dicho documento debe guardarse junto a la copia del resultado del examen con la ficha clínica del afectado.

Artículo 7º.- El médico-cirujano que indique a una persona un examen para detectar el VIH, y el responsable del laboratorio clínico en caso de solicitud espontánea, deben realizar, por medio de personal capacitado, consejería previa a la toma de muestra.

La consejería debe tratar sobre la petición del examen, el derecho de la persona a negarse a que se le efectúe, el virus de la inmunodeficiencia humana y su acción en el organismo, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de infección y medios de prevención.

Artículo 8º.- Toda muestra de adultos y niños mayores de dos años, que en el tamizaje-screening tenga resultado positivo para anticuerpos contra el VIH, deberá ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje.

En caso de obtenerse resultados positivos en al menos dos de los tres exámenes señalados en este artículo, deberá el laboratorio requerir al Instituto de Salud Pública de Chile un examen suplementario para confirmación de especificidad de los anticuerpos detectados, enviando la misma muestra.

Si dicho Instituto confirma el resultado positivo de la muestra enviada, el laboratorio que solicitó el examen deberá tomar una segunda muestra de sangre al paciente para certificación de la identidad, realizando solamente un nuevo test con el sistema de tamizaje usado originalmente.

Artículo 9º.- La entrega del examen, tanto si es positivo como negativo, se hará con consejería al interesado, en lo posible por la misma persona que efectuó la consejería previa al test. En ella, junto con darle a conocer el resultado del mismo, se le dará la información que le permita tomar decisiones informadas respecto de sus comportamientos futuros, tanto para permanecer sin infección como para integrarse y mantenerse en los sistemas de control y tratamiento si sus exámenes han resultado positivos para el VIH.

En caso de resultado positivo, dicha entrega sólo se verificará una vez que se hayan realizado todos los exámenes confirmatorios establecidos en el artículo anterior.

Artículo 10.- En los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de la salud que atiende a la víctima le hará consejería sobre la posibilidad de haber adquirido la infección de VIH, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de transmisión y medios de prevención y se ofrecerá tratamiento post exposición.

Artículo 11.- En caso de exposición laboral a la transmisión de VIH de un trabajador de la salud, se realizará examen al paciente de quien proviene el riesgo, previo informe y consejería a éste de los hechos ocurridos, del alcance del examen y sobre el VIH.

En caso de que no sea posible efectuar dicha consejería en forma previa a la toma de muestra debido a que el paciente se encuentra impedido por cualquier causa para recibirla, ésta se efectuará con posterioridad a ella una vez que el

afectado se encuentre en situación de recibirla o, si esto no ocurre, la información se hará a su representante legal o tutor.

El resultado de este examen se empleará para adoptar las decisiones necesarias para la profilaxis del trabajador expuesto.

Artículo 12.- Las personas afectadas por enfermedades mentales deberán decidir por sí, si desean o no someterse al examen de que trata este reglamento, salvo situaciones particulares, transitorias o permanentes, de su enfermedad que involucren pérdida o disminución de su capacidad de consentimiento.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el inciso anterior, será evaluada y calificada por un médico-cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor.

Anótese, tómesese razón y publíquese.- RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud.