



INTERVENCIÓN DE CONTROL DE RUTINA UNIVERSAL PARA HIV



Center for
Innovation and
Engagement



Antecedentes del Financiamiento

El Programa Ryan White de VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) proporciona un sistema exhaustivo de cuidado médico primario de VIH, servicios esenciales de apoyo y medicación para personas de bajos ingresos que viven con VIH, que no cuentan con seguro médico y que están desatendidas. El Programa otorga subvenciones para estados, ciudades, condados y organizaciones locales de base comunitaria para proveer del cuidado y tratamiento necesarios a las personas que viven con VIH y así mejorar los resultados de su salud y reducir la transmisión del VIH dentro de las poblaciones de difícil acceso.

El Centro para la Innovación y el Involucramiento (CIE, por sus siglas en inglés) de NASTAD está financiado por la Oficina de VIH/SIDA de la HRSA (HRSA HAB, por sus siglas en inglés), Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS, por sus siglas en inglés), bajo una iniciativa trianual titulada Enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que viven con VIH. El propósito de esta iniciativa es identificar, catalogar, difundir y apoyar la replicación de los enfoques y las intervenciones fundamentados en la evidencia para involucrar a las personas con VIH (PWH, por sus siglas en inglés) que no están recibiendo atención médica de VIH, o aquellas que están a riesgo de discontinuarla.

Reconocimientos

Autores de NASTAD:

Alexander Perez, Gerente,
Equidad en Salud

Bishar Jenkins, Becario,
Equidad en Salud

Rosy Galván, Directora,
Equidad en Salud

Equipo de Desarrollo de Intervenciones:

Thomas Giordano, Especialista en
Enfermedades Infecciosas

Nancy Miertschin, Gerente de Proyectos VIH

Jennifer Haejin Kin, Coordinadora de Programa

Michael Ruggerio, Gerente de Proyectos VIH

Colaboradores

Natalie Cramer, Directora Sénior, NASTAD

Tia Clark, Impact Marketing + Communications

Tara Kovach, Impact Marketing + Communications

Sarah Cook-Raymond, Impact Marketing + Communications

Este proyecto está financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. bajo la subvención número U90HA31882, “Enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que viven con VIH”. Este proyecto es parte de un otorgamiento total de \$4,899,570, con la totalidad de fondos financiados por fuentes gubernamentales. La información, los contenidos y las conclusiones de este documento son exclusivos del autor y no deben considerarse como opinión o política oficial, ni debe suponerse un aval, de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) o el gobierno de los Estados Unidos. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).

Citación recomendada: NASTAD. Intervención de control de rutina universal para VIH. [Guía de implementación de intervenciones SPNS.] Abril de 2021.



Resumen de la intervención y consejos para su replicación

¿Por qué esta intervención?

En su implementación en el departamento de emergencias y en entornos clínicos ambulatorios, la intervención Control de Rutina Universal para VIH (RUSH, por sus siglas en inglés) tuvo como resultado una mejora significativa en las tasas de retención en la atención médica y la supresión viral de las personas que habían sido diagnosticadas con VIH. Esta intervención facilita la conexión a la atención médica, y la retención dentro de la misma, a través de la realización de pruebas de VIH con opción a negarse (*opt-out*) para pacientes que han sido diagnosticados con VIH en el departamento de emergencias, u otros entornos clínicos. RUSH incluye exámenes de control de VIH para todos los pacientes mayores de 16 años a los cuales se les haya colocado una vía intravenosa y se les haya realizado una extracción de sangre, cualquiera fuera el motivo, mientras se encontraban en el departamento de emergencias.

RUSH fue implementada inicialmente en el departamento de emergencias de los hospitales Ben Taub y Lyndon B. Johnson, en Houston, Texas. Antes de la intervención, se había retenido en la atención al 32.6 por ciento de los pacientes que visitaron el departamento de emergencias y fueron diagnosticados con VIH. Seis meses después de la implementación, se retuvo al 47.1 por ciento de los pacientes (razón de momios ajustada [*odds ratio*, OR] = 2.75, IC: 2.31–3.28, $p < 0.001$), y la tasa de supresión viral aumentó del 22.8 por ciento antes de la intervención al 34 por ciento después de la intervención (OR ajustada = 2.61, IC: 2.15–3.16, $p < 0.001$).¹ Otro beneficio notable de la intervención RUSH es que aprovecha el personal y los procesos de trabajo clínico existentes para incorporar la realización de pruebas de VIH en la atención de rutina cada vez que se efectúa una extracción de sangre, reduciendo de esta manera la necesidad de personal extra y limitando la interrupción del flujo de pacientes.¹

Panorama de la intervención

Esta sección describe la intervención RUSH para ayudar a los replicadores a evaluar los pasos necesarios para su replicación. La intervención fue llevada a cabo en el departamento de emergencias de dos hospitales financiados por fondos públicos dentro del Harris Health System en Houston, Texas. RUSH está planeada para ser utilizada en los departamentos de emergencias y otros entornos de atención médica, incluidas las clínicas.



Paso 1

Aborde las necesidades de contratación de personal y de procesos de trabajo

El éxito de la intervención dependerá fuertemente de un proceso optimizado de conexión a la atención una vez que los pacientes reciben un diagnóstico de VIH. Es fundamental tener al menos un miembro del personal dedicado a trabajar con pacientes para asegurar que reciban la atención de seguimiento. Esta persona debería trabajar estrechamente con el personal existente en el desarrollo de un proceso de trabajo integrado que abarque el procesamiento del laboratorio, la comunicación de los derechos sobre las pruebas a los pacientes, consejería de pacientes luego de las pruebas y cualquier otra área dónde puedan existir carencias en el servicio. Los trabajadores de conexión deberían apuntar a establecer citas de seguimiento con los pacientes antes de que dejen el establecimiento clínico donde le diagnosticaron el VIH. Si actualmente no emplea a un trabajador de conexión por separado, considere reconvertir al personal existente para las actividades de RUSH o contratar a un trabajador de conexión de tiempo completo para que se sume a su equipo actual.



Paso 2

Asegure la aceptación organizacional

Involucre al liderazgo y al personal existente para evaluar su disposición a integrar las estrategias de RUSH en su trabajo y su apoyo a la contratación de personal adicional si fuera necesario. Utilice esta oportunidad para identificar a un impulsor de la intervención dentro de la organización para que abogue por la implementación de RUSH y mantenga la aceptación. Debido a que RUSH está diseñada para ser integrada dentro de los procesos de trabajo clínicos existentes, la conversación de la integración y la optimización es clave para asegurar que los servicios no sean interrumpidos.



Paso 3

Establezca un comité directivo



Un comité interdisciplinario es esencial para el diseño de un programa que sea ampliamente aceptado y apoyado en toda la organización y para aconsejar acerca de los cambios a medida que se desarrolla el proyecto. Utilice el comité para evaluar la viabilidad de integrar el control de rutina de VIH dentro del proceso de trabajo clínico actual. Las conversaciones deben incluir el consentimiento de los pacientes, el procesamiento de laboratorio (prueba rápida vs. prueba no rápida) y los procedimientos de rechazo de realización de la prueba.



Paso 4

Determine avenidas de financiamiento

Determine las avenidas de financiamiento para la realización de pruebas de VIH con pacientes independientemente de la condición de su seguro médico. Esta tarea debería incluir trabajar con cobertura de Medicaid o Medicare donde sea posible e identificar avenidas de financiamiento adicional si el seguro público no respalda las pruebas de VIH o los servicios de conexión. Por ejemplo, el financiamiento de RWHAP puede ser utilizado para pagar los servicios de conexión.

 <p>Paso 5</p>	<p>Contrate personal adicional</p> <p>Los trabajadores de conexión especialmente dedicados a RUSH son esenciales. Según el tamaño de su organización y la cantidad de casos estimada, podría ser útil la contratación de personal administrativo adicional dedicado a apoyar el aspecto logístico de la capacitación de RUSH, la comunicación, la gestión de datos y otros procesos. Capacite a los trabajadores de conexión en enfoques basados en trauma, así estarán preparados para asistir y apoyar a los pacientes que hayan sido recientemente diagnosticados con VIH. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).</p>
 <p>Paso 6</p>	<p>Desarrolle materiales promocionales</p> <p>Cree carteles, volantes, formularios de consentimiento y otra documentación que claramente comunique los procedimientos de pruebas a los pacientes y describa su capacidad para rechazarlas. Coloque esos materiales en las áreas de registro de pacientes y en cada puesto de extracción de sangre para asegurar que los pacientes tengan múltiples oportunidades de leer sobre el proceso y comprender que su participación es voluntaria.</p>
 <p>Paso 7</p>	<p>Capacite al personal del departamento de emergencias sobre los procedimientos de RUSH</p> <p>Capacite al personal a lo largo de todos los procesos de trabajo para que comprenda los procedimientos de las pruebas, los procedimientos de rechazo de las mismas y los materiales de consentimiento. Los proveedores de los centros de la implementación original recibieron una capacitación anual durante los primeros años. Si la intervención es realizada en varios centros, un trabajador de conexión y un proveedor de atención primaria son responsables de visitar los centros para asegurar la fidelidad de los procedimientos de la intervención entre los proveedores clínicos y el resto del personal. Asegúrese de que el personal esté bien informado y tenga voluntad de implementar estrategias alentadoras (como la atención informada por el trauma) para la conexión de los pacientes.</p>
 <p>Paso 8</p>	<p>Implemente y mantenga la continuidad de RUSH</p> <p>Integre los procedimientos en sus procesos de trabajo y comience a realizar pruebas de VIH en individuos como parte del chequeo de rutina. Enfóquese en reforzar la cultura organizacional e identificar un proceso para transmitir el conocimiento institucional al personal nuevo.</p>

Análisis de costos

La evaluación RUSH fue apoyada por un complemento para el Center for AIDS Research del Baylor College of Medicine-University of Texas Houston financiado por el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés), fondos complementarios para el Developmental Center for AIDS Research del Distrito de Columbia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), las instalaciones y recursos del Departamento de Asuntos de Veteranos, y las instalaciones y recursos del Harris Health System. Dentro del Health System, la Parte A del RWHAP fue usada principalmente para respaldar la realización de pruebas y actividades de conexión a servicios. La hoja de datos del RWHAP de la HRSA provee más información sobre las diferentes partes. Asimismo, el Aviso Aclaratorio 16-02 sobre las normas del RWHAP describe los detalles de los costos permitidos. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).

Un análisis de costos más detallado no se encontraba disponible en el momento del desarrollo de este manual. Sin embargo, para estimar el costo de la implementación de la intervención en su organización, puede utilizar el Calculador de Costos CIE. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).



Lista de evaluación de recursos

Antes de implementar la intervención RUSH, su organización debería repasar la siguiente lista de evaluación (o de preparación) de recursos para verificar si posee la capacidad operativa de realizar este trabajo. Si su organización no cuenta con estos componentes, es recomendable desarrollar dicha capacidad para llevar a cabo esta intervención de manera exitosa. Las cuestiones para considerar incluyen lo siguiente:

- ¿Ha identificado a alguien que sea un gran impulsor de la intervención?
- ¿Tiene el respaldo para la implementación de RUSH del personal de liderazgo clave en el centro de atención?
- ¿Su clínica tiene:
 - Un laboratorio interno?
 - Un sistema de gestión de datos con fines de monitoreo?
 - Un sólido proceso para conectar pacientes con los servicios de atención de VIH si esos servicios no se ofrecen dentro de la clínica?
- ¿Su clínica está comprometida con integrarse a los enfoques de prestación de servicios basados en el trauma que alienten y apoyen a las personas con identidades interseccionales que han recibido un diagnóstico nuevo de VIH?
- ¿Su clínica tiene la capacidad de contratar a un asistente social que esté especialmente capacitado para conectar pacientes a la atención médica?
- ¿Puede contratar personal para coordinar el consentimiento para las pruebas y organizar la capacitación del personal clínico?

Preparando el escenario

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los EE.UU., se estima que hay 1.2 millones de personas con VIH en los Estados Unidos.² Durante 2018, aproximadamente un 75.7 por ciento de las personas con VIH recibió atención médica, se retuvo dentro de la atención médica al 57.9 por ciento y un 64.7 por ciento alcanzó la supresión viral.³ Las personas con VIH que reciben atención continua y regular tienen más probabilidad de tener una carga viral significativamente menor, un recuento de células CD4 más alto, morbilidad y mortalidad reducidas y una mejor salud general en comparación con aquellos que han incumplido aunque sea una visita médica durante un período de dos años.⁴ “La recepción de atención médica” se define como la realización por parte del paciente de una o más pruebas (CD4 o carga viral) en el año medido. Aunque se han logrado avances significativos en asegurar que las personas con VIH progresen efectivamente a lo largo del espectro de la atención de VIH, estos números demuestran que la retención en la atención sigue siendo un tema fundamental. En 2014, aproximadamente un 38 por ciento de las personas con VIH no estaban dentro de los servicios de atención y tenían, por lo tanto, menos probabilidad de lograr la supresión viral.⁴ Mejorar el involucramiento y reinvolucramiento de pacientes en la atención médica es una prioridad nacional, con medidas de retención específicas establecidas por la Estrategia Nacional de VIH/SIDA (NHAS, por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la iniciativa End the HIV Epidemic (EHE), entre otras.⁵

En 2006, el CDC publicó una serie de directrices que recomiendan controles de rutina de VIH, que fueron destinadas para todos los proveedores de salud de los sectores públicos y privados, incluyendo aquellos que trabajan en los departamento de emergencias de hospitales, clínicas de atención de urgencia, servicios de internación, clínicas de tratamiento de consumo de drogas, clínicas de salud pública, clínicas comunitarias, instalaciones de atención médica en establecimientos correccionales y centros de atención primaria.⁶ Lo que hacen los programas de controles de rutina con opción a negarse (*opt-out*)



es, esencialmente, incorporar las pruebas de VIH a la infraestructura de atención existente en una clínica. Tales programas de realización de pruebas han demostrado ser eficientes para aumentar de manera aceptable la cantidad de pacientes que se hacen la prueba de VIH, particularmente en los departamentos de emergencia.¹ La realización de pruebas a gran escala en los departamentos de emergencia ha ayudado a identificar una porción de la población con VIH en los Estados Unidos que desconocía su condición serológica positiva.⁷ Al proporcionar una oportunidad para acceder a los servicios de realización de pruebas en una fase temprana de la progresión de la enfermedad, dichos programas de realización de pruebas pueden ser particularmente útiles para abordar las disparidades en las pruebas de VIH que sufren las personas de color.⁸

La intervención RUSH fue originalmente implementada en dos hospitales financiados por fondos públicos dentro del Harris Health System en Houston, Texas. El Harris Health System es el sistema de salud con fondos públicos más grande de Texas, y brinda servicios de salud para pacientes con o sin seguro médico.¹ Los centros iniciales de la intervención fueron los departamentos de emergencia de los hospitales Ben Taub y Lyndon B. Johnson. La intervención fue ampliada más tarde para incluir 13 centros de salud comunitarios, un hospital comunitario, 12 clínicas en refugios de personas sin hogar y una unidad móvil, los cuales, en conjunto, realizaron 100,000 pruebas de VIH al año.⁷

RUSH fue evaluada en un estudio de cohorte retrospectivo que revisó las historias médicas de personas que se realizaron una prueba de VIH en un departamento de emergencias entre 2008 y 2012 y que habían recibido un resultado positivo documentado de la prueba de VIH al menos un año antes de su visita a ese departamento de emergencias.¹ Los registros de las pruebas fueron extraídos de bases de datos electrónicas de laboratorios y fueron cruzadas con datos de monitoreo locales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de la ciudad de Houston para identificar casos diagnosticados previamente. Los datos sobre visitas provistas por clínicas financiadas por RWHAP en el área metropolitana elegible circundante fueron extraídos del Sistema Centralizado de Gestión de Datos de Atención de Pacientes. Los resultados de interés del momento previo a la visita del

paciente al departamento de emergencias fueron comparados con los resultados posteriores a la “visita índice” (por ejemplo, la primera visita al departamento de emergencias entre el 2009 y 2012 con un resultado positivo de prueba de VIH). Estos resultados incluyeron la retención en la atención (definida como dos visitas de atención primaria de VIH con al menos 90 días de distancia entre sí, dentro de un período de 12 meses) y la supresión viral (definida como una carga viral de menos de 200 copias/mL en cualquier momento de un período de 12 meses). Durante el período de implementación de RUSH, la retención en la atención aumentó del 32.6 por ciento al 47.1 por ciento (OR ajustada = 2.75, IC: 2.31–3.28, $p < 0.001$) y la supresión viral aumentó del 22.8 por ciento al 34 por ciento (OR ajustada = 2.61, IC: 2.15–3.16, $p < 0.001$).¹

Descripción del modelo de intervención

La intervención RUSH facilita la conexión a la atención médica, y la retención dentro de la misma, a través de la realización de pruebas de rutina de VIH con opción a negarse (*opt-out*) efectuadas en un departamento de emergencias u otros entornos clínicos, en conjunto con los servicios de conexión para pacientes diagnosticados con VIH. La incorporación de la realización de pruebas de VIH en los procesos de trabajo de las clínicas sirve para identificar pacientes que pueden desconocer su condición de VIH y para retenerlos eficazmente en la atención médica de VIH. Los implementadores de RUSH utilizaron una mezcla de financiamiento específico para investigaciones para la evaluación de la intervención descrita aquí pero utilizaron financiamiento de la Parte A de RWHAP para respaldar las actividades relativas a la realización de pruebas y a la conexión con servicios. El financiamiento de la Parte A de RWHAP puede ser útil para replicadores potenciales en lo que respecta a las actividades relacionadas con los servicios médicos esenciales (por ej., Programa de Asistencia con Fármacos para SIDA [ADAP, por sus siglas en inglés], tratamientos, servicios de intervención temprana, servicios de salud mental, servicios ambulatorios para el abuso de sustancias, etc.) y servicios de apoyo (por ej.,

servicios de transporte con fines médicos, bancos de alimentos, vivienda, apoyo psicosocial, etc.). Esta intervención se implementa en siete fases:

1. Aborde las necesidades de contratación de personal y de procesos de trabajo

RUSH está diseñada para incorporar la realización de pruebas de VIH en los procesos de trabajo de atención médica ya existentes en la clínica, mediante la utilización del personal existente sin generar una carga adicional de tiempo. Sin embargo, el éxito de RUSH depende fuertemente de un proceso sólido de conexión a la atención y de la disponibilidad de un servicio de laboratorio interno. Un servicio de laboratorio interno permite una respuesta rápida y un mejor involucramiento en la atención. Esto es porque los pacientes típicamente reciben sus resultados de las pruebas y se encuentran con un trabajador de conexión antes de abandonar el departamento de emergencias. De manera similar, un trabajador de servicios de conexión (SLW, por sus siglas en inglés), con dedicación exclusiva, genera un puente entre los controles de rutina y servicios específicos de VIH, especialmente si estos servicios no están ya integrados en el espectro de la atención de una organización. Los SLW trabajan

estrechamente con los médicos para entregar los resultados de las pruebas de VIH a los pacientes y brindarles consejería y servicios de gestión de casos no médicos a pacientes con diagnóstico, previo o reciente, de VIH. Adapte los servicios de conexión a las necesidades de los pacientes y retenga a estos pacientes en los casos del SLW hasta que estén conectados o reconectados con la atención médica. Los SLW deberían estar familiarizados con la atención informada por el trauma, la entrevista motivacional u otras estrategias para ayudar a conectar de modo alentador a los pacientes con la atención médica.



Adaptación

Aunque no fue utilizada por los implementadores de RUSH en Houston, la prueba rápida puede ser una opción para pruebas preliminares y de confirmación, como una manera de eliminar la necesidad de una extracción de sangre y el procesamiento de laboratorio cuando no se dispone de un laboratorio interno.

2. Asegure la aceptación por parte de la organización y establezca un comité directivo

Es fundamental involucrar a los líderes de la organización y al personal existente para asegurar el apoyo para la contratación de personal adicional y la capacitación. Identifique a un impulsor del proyecto dentro de la estructura de liderazgo que pueda ayudar a mantener la aceptación y el apoyo necesarios de todas las partes interesadas, incluyendo los directores de agencias, supervisores, proveedores de la primera línea y personal clínico. Para asegurar la aceptación, considere destacar los beneficios de que RUSH alcance las metas de VIH nacionales, tales como cerrar potencialmente la brecha del diagnóstico tardío de VIH que sufren muchas personas de color en los Estados Unidos.⁸

Identifique individuos para conformar un comité directivo de base amplia que incluya un impulsor de la intervención que pueda influenciar a diferentes niveles de liderazgo

en todo el espectro de la atención médica. El comité directivo debería consistir en personal administrativo de niveles superiores, personal clínico, técnicos de laboratorio, personal de sistemas informáticos, líderes de gestión de enfermería y, de ser posible, miembros del equipo legal y de comunicaciones. El comité directivo de la intervención RUSH original incluyó enfermeros, abogados, directores médicos y un profesional de comunicaciones corporativas, que fue fundamental en “vender” la intervención a los ejecutivos de alto nivel.

Un comité directivo de base amplia puede ayudar a normalizar rápidamente la integración de la realización de pruebas de VIH, abordar la reticencia del personal de la clínica y ocuparse de las preocupaciones sobre la confidencialidad y el consentimiento que puedan surgir en la discusión sobre la viabilidad de la implementación. Un comité directivo sólido también ayudará a minimizar las interrupciones en los servicios internos de la clínica e identificar el personal en puntos clave del espectro de la atención médica que puedan asegurar la fidelidad de la intervención.

El comité directivo debería priorizar las discusiones sobre el tipo de pruebas (por ejemplo, rápida vs. no rápida), estrategias de coordinación para transmitir resultados de laboratorio, consentimiento de pacientes, financiación para pacientes, cantidad de casos esperada y el ingreso de datos dentro del sistema de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés) para evaluar los posibles obstáculos al momento de buscar la aceptación.

Defina las necesidades de sistemas (I.T.) para asegurar una amplia comprensión de las necesidades relacionadas al ingreso de datos y la migración. Es fundamental establecer un sólido sistema de gestión de datos antes de la implementación.

3. Determine avenidas de financiamiento

La financiación de las pruebas de VIH es una consideración importante cuando se explore la condición del seguro médico de los pacientes y los cambios en su cobertura a lo largo del tiempo. Cree un modelo claro para el pago de las pruebas basado en la situación particular

de cada paciente y para el abordaje de los cambios en la cobertura del seguro médico que pudiesen limitar la continuidad del acceso a los controles de rutina. Evalúe las fuentes de financiamiento locales y estatales disponibles para su organización y discuta las oportunidades para coordinar diferentes avenidas de financiamiento que aseguren la continuidad del proyecto. Los desarrolladores de la intervención RUSH en Houston utilizaron el financiamiento de la Parte A y la Parte C para respaldar los esfuerzos de conexión. Cuando estuvieron disponibles, los desarrolladores de la intervención RUSH usaron fondos del CDC para complementar algunos de los esfuerzos de conexión.

4. Contrate personal adicional

RUSH está diseñada para aprovechar el personal ya existente en su organización, por lo tanto, explore las maneras en que puede asignar el personal actual a RUSH. Sin embargo, si el personal existente no está disponible para brindar un apoyo exclusivo a RUSH, seleccione SLW que puedan integrarse fácilmente dentro de los procesos de trabajo de la atención. Idealmente, los SLW a contratar estarán familiarizados con los servicios de apoyo de la jurisdicción de la intervención, serán representativos o tendrán experiencia en el trabajo con las comunidades

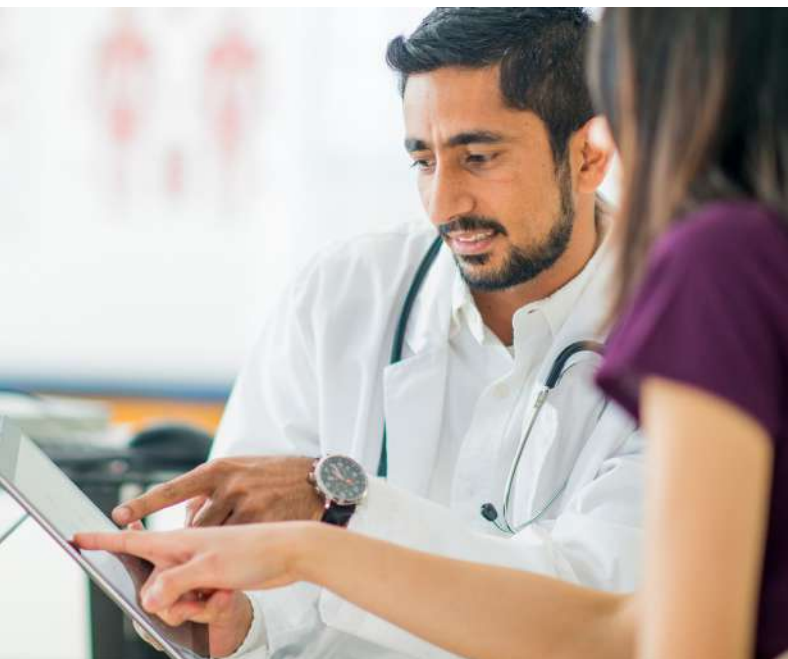
que su organización atiende y tendrán habilidades y conocimientos de entrevista motivacional y estrategias de atención basadas en el trauma.

El reclutamiento de personal adicional puede permitirle incrementar la diversidad de su plantilla y alcanzar más fácilmente a grupos marginalizados que puedan estar experimentando dificultades complejas para el acceso a las pruebas y al involucramiento en la atención. Considere, por ejemplo, contratar individuos con orígenes culturales diversos, habilidades lingüísticas y experiencias personales similares a las de aquellas poblaciones atendidas por su organización.

Según el tamaño de su organización y la cantidad de casos estimada, puede llegar a considerar la contratación de más de un SLW. El departamento de emergencias en Houston asignó dos SLW para trabajar directamente con RUSH. Debido a que varios miembros del personal clínico con gestión de casos pueden tener restricciones significativas de tiempo, considere reclutar personal administrativo destinado a la capacitación, comunicación y otros aspectos logísticos del programa RUSH.

5. Desarrolle materiales promocionales

Desarrolle materiales que comuniquen claramente los procedimientos actualizados de pruebas y resalten que la participación es voluntaria. Los materiales pueden incluir carteles, volantes y formularios legales de consentimiento. Los materiales deberían ser diseñados considerando la accesibilidad y la inclusividad (por ejemplo, escritos en varios idiomas, con vocabulario accesible y adhiriéndose a las normas de accesibilidad para personas con discapacidades, etc.). Cuando sea posible, obtenga opiniones y comentarios de los miembros de la comunidad sobre la accesibilidad y la pertinencia de los materiales para asegurarse de que el contenido sea comprensible para un público diverso y que llegue a aquellos que más necesitan los servicios de RUSH. Coloque los materiales en lugares de registro de pacientes y de extracción de sangre, y en cualquier otro lugar que se considere relevante o útil. Considere colocar carteles de forma permanente en las salas de espera para informar a los pacientes que se les efectuará una prueba de VIH como parte de su control de rutina.



Considere distribuir panfletos informativos sobre la realización de prueba de VIH durante el registro del paciente. Los implementadores de la intervención RUSH original adaptaron el contenido de la Cruz Roja y la información básica sobre pruebas y atención de VIH de los panfletos del CDC. También puede considerar desarrollar elementos promocionales como bolígrafos o plumas y llaveros para distribuirlos al personal como una manera sutil de reforzar el programa RUSH y fortalecer el ánimo.

6. Capacite al personal del departamento de emergencias sobre los procedimientos de RUSH

Capacite a todo el personal del departamento de emergencias para que comprenda los procedimientos de las pruebas de VIH y de conexión a la atención para asegurar la optimización del apoyo a los pacientes que sean diagnosticados con VIH. La estructura de la capacitación y los participantes que la requieran variarán de acuerdo a las necesidades de su organización. Sin embargo, todo el personal de la clínica debería recibir capacitación en procedimientos específicos como el consentimiento, pruebas, conexión y la opción de los pacientes de negarse. Los trabajadores de registro de pacientes deberían estar capacitados para dirigir la atención de estos a los carteles y a otros recursos de RUSH y conectarlos con un SLW si tienen preguntas.

Para mantener la fidelidad de la intervención, realice una sesión de capacitación de repaso para el personal clínico al menos una vez por año durante los primeros años de la implementación. Los SLW deberían recibir capacitación en estrategias de entrevista motivacional, si es que no están certificados y también, si aún no lo han hecho, sobre tratamiento antirretroviral y acceso a servicios (ARTAS, por sus siglas en inglés). (Vea el cuadro Recursos Adicionales).

El personal que se vincula directamente con pacientes (como los SLW, proveedores, trabajadores de recepción) debería tener conocimiento sobre estrategias de atención basadas en el trauma, y sentirse cómodos para implementarlas, porque estas estrategias son muy útiles para alentar a los pacientes a lo largo

del espectro de la atención. Asegúrese de que el personal tenga conocimiento en cuestiones específicas de capacitación requeridas por los financiadores o por las reglamentaciones de la jurisdicción (por ejemplo, capacitación en competencias culturales de la Parte A de RWHAP, capacitación obligatoria en respuesta de emergencia).

Si realiza la intervención en varios lugares, haga que un SLW o un proveedor de atención primaria sea responsable de visitar los centros para asegurar la fidelidad de la intervención. Asegurar la fidelidad de la intervención también puede ayudar a establecer consistencia, con miras al futuro, para pacientes en distintos centros de implementación. Durante el esfuerzo inicial de la intervención, asegúrese de que los SLW se comuniquen con el personal clínico en cada cambio de turno para reforzar los procedimientos de la intervención y establezca una relación mediante la provisión de pequeños incentivos (por ejemplo, una caja de donuts; elementos promocionales como bolígrafos o llaveros de RUSH).

Los implementadores de RUSH recomiendan que, si es posible, visite y observe los centros que realizan pruebas de VIH de rutina en su jurisdicción. Estas visitas pueden ayudarlo a evaluar las cosas que pueden dificultar o facilitar la implementación e identificar estrategias de capacitación útiles para su personal.



7. Implemente y mantenga la continuidad de RUSH

Con los recursos y el personal ya establecidos, comience con las pruebas universales de VIH y conecte a la atención médica a los pacientes que hayan sido diagnosticados con VIH. Es importante monitorear de cerca los procesos de trabajo durante los esfuerzos iniciales para abordar las dificultades proactivamente a medida que vayan surgiendo. Converse con el personal para evaluar cómo podrían optimizarse los procedimientos y reducir la carga del personal clínico. Las reuniones periódicas con el personal pueden también ayudar a reforzar la integración de RUSH en la cultura de su organización.

La fase de implementación de una intervención como RUSH ofrece una excelente oportunidad para utilizar estrategias de entrevista motivacional y basadas en el trauma con los pacientes y promover los elementos positivos de estas estrategias dentro de la cultura de su personal. La entrevista motivacional puede animar a su personal a utilizar estilos de comunicación más compasivos y alentadores, mejorando la eficiencia del trabajo en equipo. De manera similar, los enfoques basados en el trauma pueden ayudar

a crear resiliencia en el equipo al alentar la comprensión y la vulnerabilidad en el lugar de trabajo, lo cual se traduce orgánicamente en mejores interacciones proveedor-paciente.

Es importante señalar que los protocolos para negarse a la prueba de VIH de rutina serán diferentes según la estructura de los registros médicos electrónicos y los procesos de trabajo de la atención. Es fundamental identificar un momento adecuado en el espectro de la atención de un paciente para el consentimiento y las preguntas que pudiera tener. Los implementadores de RUSH en Houston trabajaron estrechamente con los departamentos del Harris Health System y a través del sistema de atención de RWHAP para compartir información de pacientes y conectar adecuadamente a éstos con los servicios auxiliares (vivienda, transporte, bancos de alimentos).

También sería conveniente desarrollar un proceso para difundir contenido específico de RUSH durante períodos de rotación de personal. Para este fin, sería útil tener un impulsor del proyecto dentro del personal (como el coordinador administrativo o un SLW) y dentro del liderazgo.

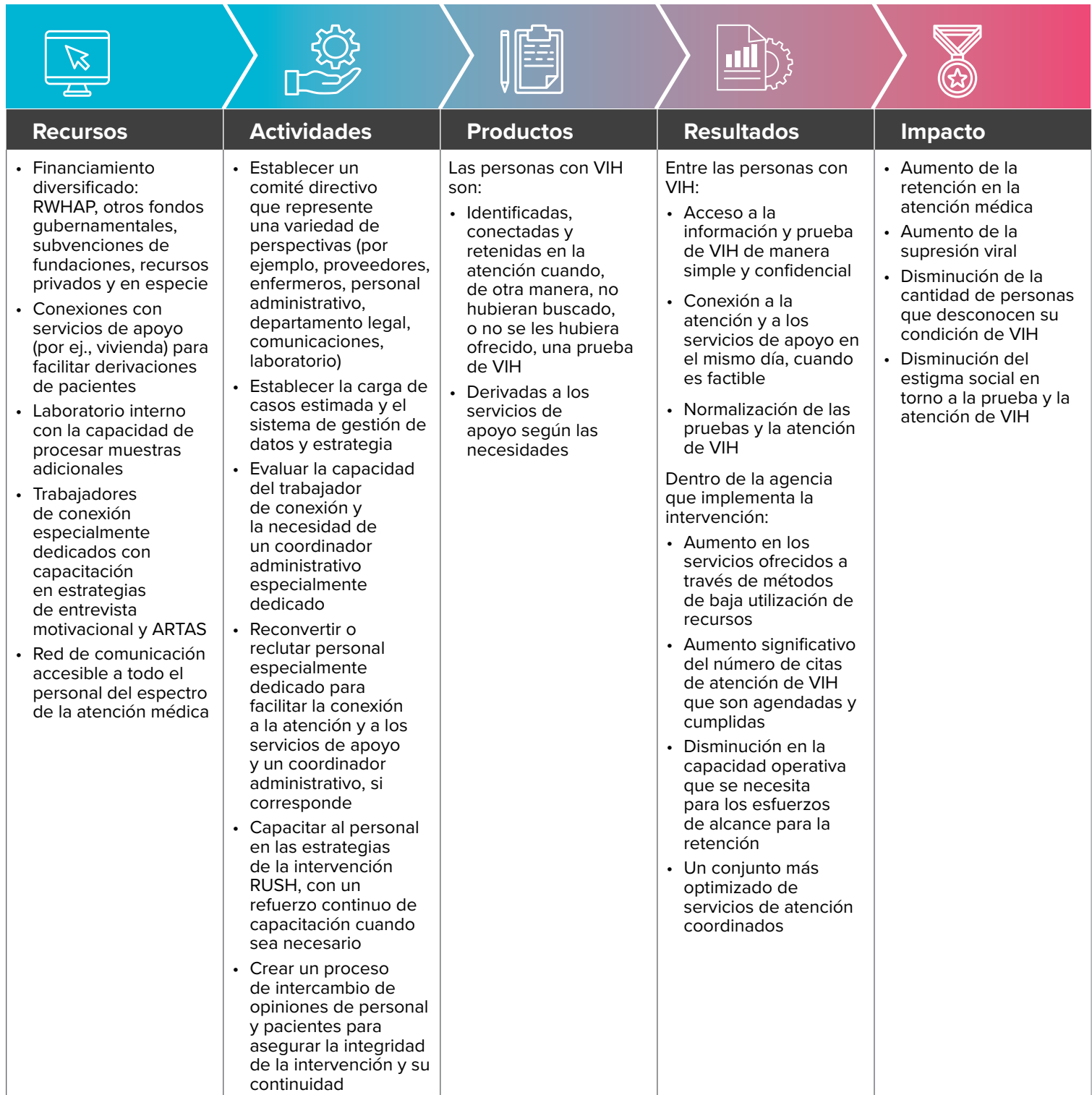
[Sobre la importancia de reforzar los procedimientos de RUSH y fortalecer el ánimo]

“... Nuestro coordinador de servicios de conexión iba a Ben Taub a las seis o siete de la mañana cuando cambiaban los turnos, y llevaba una caja de donuts y les daba un repaso rápido de capacitación al personal de enfermería o les hacía un recordatorio de cinco minutos ... Teníamos esas plumas, bolígrafos que parecen una aguja hipodérmica que decían ‘RUSH’, con una punta roja que hacía referencia al tubo de sangre usado para las pruebas de VIH ... a todo el mundo le encantaban esos bolígrafos.”

– GERENTE DE PROYECTOS DE VIH DEL THOMAS STREET HEALTH CENTER E
IMPLEMENTADOR ORIGINAL DE RUSH EN EL HARRIS HEALTH SYSTEM

Modelo lógico

Los modelos lógicos son herramientas efectivas para ayudar en la planificación, implementación y manejo de intervenciones. El siguiente modelo lógico destaca los recursos, actividades, productos, resultados e impactos de la intervención RUSH descrita a lo largo de esta guía.



Consideraciones y requerimientos para la contratación de personal

Competencias del personal

La intervención RUSH aprovecha el personal y los procesos de trabajo clínico existente para incorporar la realización de pruebas de VIH en la atención de rutina cada vez que se efectúa una extracción de sangre, mientras que depende en gran medida de un SLW designado exclusivamente para conectar y retener a los pacientes en la atención de manera eficaz. El personal administrativo dedicado especialmente a la intervención RUSH también puede ayudar a generar responsabilidad y optimizar la comunicación entre los diferentes roles dentro del espectro de la atención médica.

Las siguientes son descripciones de los puestos de trabajo que los desarrolladores de RUSH recomiendan para fomentar una replicación exitosa de RUSH. Sin embargo, es importante pensar acerca de las necesidades organizacionales específicas para identificar puestos adicionales que puedan mejorar los resultados de la intervención (por ejemplo, gerentes de datos, personal que sea representativo de las comunidades que atiende y que tenga experiencia en las necesidades interseccionales de los pacientes, etc.).

- *Trabajador de servicios de conexión (SLW):* Un SLW destinado a dedicarse a los pacientes es fundamental para que estos logren mejores resultados. El SLW debería estar capacitado en ARTAS y estrategias de entrevista motivacional y tendría, idealmente, experiencia de trabajo con las comunidades atendidas por su organización y un conocimiento absoluto de los servicios de apoyo disponibles en la comunidad. El SLW debe estar familiarizado con los enfoques basados en el trauma y aplicarlos cómodamente cuando interactúe con los pacientes. Según la cantidad de casos de su organización debería considerar la contratación de más de un SLW. Las responsabilidades principales de este puesto incluyen:
 - Entregar los resultados de las pruebas de VIH utilizando un enfoque basado en trauma (Vea el cuadro Recursos Adicionales);
 - Proporcionar servicios de gestión de casos no médicos (como agendado de citas, determinación de elegibilidad, ayuda con transporte, conexión de pacientes con servicios de apoyo social);
 - Proveer educación y consejería de VIH;
 - Facilitar la conexión con la atención para pacientes con diagnóstico nuevo de VIH; y
 - Facilitar el alcance de pacientes y los esfuerzos de retención.
- *Coordinador administrativo:* Aunque este puesto no es obligatorio, se recomienda la contratación de personal administrativo, de dedicación exclusiva, para optimizar la logística específica de RUSH a lo largo del espectro de la atención. La persona en este puesto debe conocer bien los procesos de trabajo de su organización y los procedimientos de RUSH. Las responsabilidades de este puesto pueden incluir:
 - Planificar y coordinar sesiones de capacitación;
 - Contratar y supervisar a los SLW;
 - Comunicarse con proveedores y personal clínico sobre procedimientos de la intervención o cambios;
 - Colaborar con el departamento legal para desarrollar formularios de consentimiento;
 - Colaborar con los miembros del comité directivo para asegurar contribuciones representativas en el desarrollo del programa, la adhesión a los requerimientos clínicos y normativos y la aceptación de la intervención en todo el sistema; y
 - Colaborar en la capacitación del nuevo personal sobre los procedimientos de RUSH.

Características del personal

Las competencias principales del personal de RUSH deberían incluir:

- Excelentes habilidades organizacionales y de trabajo en equipo;
- Experiencia en el trabajo con personas con VIH, particularmente aquellas que pertenecen a comunidades marginalizadas;
- Conocimiento y experiencia en el trabajo con servicios de apoyo social en su organización y comunidad;
- Una actitud de aceptación, compasión y apoyo de la autonomía;
- Compromiso con el aprendizaje y la disposición al cambio; y
- Pasión por mejorar la vida de las personas con VIH.

Las competencias principales de todo el personal deberían incluir:

- Compromiso con el aprendizaje y la disposición al cambio;
- Adaptabilidad;
- Voluntad de integrar el trabajo específico de VIH en sus procesos de trabajo de atención médica de rutina;
- Comprensión de los derechos de confidencialidad y consentimiento de las personas con VIH; y
- Excelentes habilidades organizacionales y de trabajo en equipo.



Consejos para la replicación de los procedimientos de la intervención y el involucramiento de pacientes

Idealmente, el establecimiento de ciertas acciones permitirá a las organizaciones replicar los procedimientos de la intervención RUSH exitosamente:

- Asegúrese de que su organización tenga el personal necesario para facilitar la conexión con la atención médica;
- Utilice un sistema eficaz de gestión de datos con fines de monitoreo; y
- Colabore con los socios del departamento de salud para asegurar que el personal se someta a la capacitación necesaria que requieren los financiadores y las reglamentaciones locales para la realización de pruebas de una manera culturalmente competente y alentadora.

Debido a que el departamento de emergencias tiene más probabilidades de ser una fuente de atención primaria para personas con VIH en comparación con otros lugares, los departamentos de emergencias son especialmente adecuados para interceptar personas con VIH no diagnosticado y personas con diagnóstico de VIH que no están involucradas en la atención médica.⁷ El uso del departamento de emergencias como una fuente de atención primaria es particularmente cierto para personas de color y otros grupos marginalizados, los cuales históricamente se han sumado a las pruebas de VIH y los servicios de atención mucho más tarde que otros grupos.⁸ Un diagnóstico tardío de VIH puede resultar en un incremento de la morbilidad y mortalidad, que complejiza los riesgos que enfrentan las comunidades marginalizadas que quizás ya estén sufriendo dificultades para acceder a la atención médica.

Cuando alguien recibe un resultado positivo de VIH, los departamentos de emergencias deberían tener la capacidad de conectar a las personas con la atención médica rápidamente, de manera que fomente la retención de pacientes. Por lo tanto, una persona específica del personal (por ejemplo, un SLW) debería ser designada para coordinar los servicios de conexión a la atención para el departamento de emergencias. Si los pacientes necesitan ser derivados a servicios externos,



el SLW facilitará ese proceso para asegurar la prestación exitosa de servicios y transferirlos cálidamente a un servicio fuera de la clínica.

Establecer y mantener un sistema de gestión de datos eficaz, junto con un SLW dedicado exclusivamente, será fundamental para asegurar la conexión eficiente del paciente. Obtenga consenso entre los líderes de la organización respecto de los parámetros de datos y los resultados de monitoreo esperados para optimizar la recopilación de datos tanto como sea posible una vez que las pruebas estén en marcha. Establezca también una estructura clara sobre cómo y cuándo los datos son reportados y quién puede acceder a esa información.

La replicación de la intervención requiere el establecimiento de protocolos para la capacitación del personal clínico para asegurar la fidelidad de las directrices de RWHAP y la capacitación continua para los gerentes de casos y trabajadores de conexión. Debido a la naturaleza confidencial de las pruebas de VIH y el componente de la opción a negarse que forma parte de esta intervención, debería haber un miembro del personal que no sea un SLW que obtenga el consentimiento de los pacientes

para las pruebas de VIH, se comunique con los proveedores respecto de las actualizaciones de los protocolos de capacitación y coordine la capacitación en entrevista motivacional para el personal. Por favor tenga en cuenta que algunos de los requerimientos de capacitación son variables y específicos a la jurisdicción de cada clínica. Considere colaborar con los

departamentos de salud y otras agencias de salud locales que tengan experiencia con el cumplimiento de los requisitos federales para el personal clínico y no clínico. Las agencias locales de salud también pueden ofrecer estrategias y recomendaciones para la implementación de programas de pruebas y para mantener el involucramiento del personal.

Asegurar la aceptación

El éxito de la intervención RUSH dependerá de conseguir la aceptación de las partes interesadas tanto a nivel de liderazgo como del personal para asegurar una integración óptima de los procedimientos de la intervención. Considere el empleo de las siguientes estrategias para asegurar la aceptación:

- **Desarrolle una relación de trabajo entre el liderazgo y el personal a través de la conformación de un comité directivo:** Un comité ayudará a establecer líneas claras de comunicación entre los diferentes sectores del espectro de la atención y asegurar que todas las preocupaciones hayan sido escuchadas y atendidas. De manera similar, establecer una relación sólida entre los SLW y el personal administrativo y clínico o de laboratorio fomentará una colaboración cruzada más fluida y facilitará las actividades
- **Realice una capacitación integral del personal:** Incluya en la capacitación de RUSH al personal de recepción, trabajadores de registro y todo aquel involucrado en el fichaje de pacientes, así estarán bien equipados para conversar con los pacientes sobre la prueba de VIH. Como mínimo, el personal de fichaje debería resaltar los recursos existentes sobre la prueba de VIH y saber cómo conectar al paciente con un SLW para responder cualquier otra pregunta. El personal de fichaje capacitado puede ayudar a promover la



aceptación de los pacientes al asegurar que éstos puedan tomar decisiones autónomas e informadas.

- **Disminuya la carga de tiempo para el personal clínico siempre que sea posible mediante la utilización de personal especialmente dedicado a la intervención RUSH:** Esto se puede lograr con un SLW que proporcione recordatorios para el personal clínico durante los cambios de turno, con la contratación de alguien que se dedique exclusivamente a la coordinación de la logística, y con la colaboración con proveedores y personal clínico para identificar oportunidades para evitar el trabajo adicional. El personal estará más interesado en adoptar una nueva intervención si considera que ésta se integra orgánicamente en su trabajo.
- **Destaque las ventajas que la intervención RUSH puede ofrecer a su organización:**
 - Mínimos requerimientos de recursos y posibilidad de ahorros financieros, particularmente si se implementa en el entorno de un hospital público al aprovechar los recursos de personal existente y las redes hospitalarias.
 - Potencial intrínseco de la implementación al no tener un impacto significativo en la carga de trabajo del personal o el flujo de pacientes. Por ejemplo,
 - El uso del personal clínico existente para obtener muestras reduce la necesidad de personal adicional para administrar las pruebas de VIH;
 - Si utiliza una prueba basada en suero, los métodos automatizados de muestreo pueden reducir errores de reporte; y
 - Las estrategias de recolección de muestras limitan la interrupción del flujo de pacientes porque a éstos ya se les extrajo sangre para otras pruebas.



- La incorporación de las pruebas de rutina en los entornos hospitalarios permite al personal médico identificar un gran porcentaje de la población que ha sufrido una interrupción de su atención médica o que desconocía su condición de VIH y conectarla al apoyo médico o de otro tipo.
- Las pruebas de rutina pueden ayudar a abordar las brechas raciales y étnicas en los diagnósticos tardíos de VIH, disminuyendo, en última instancia, las disparidades de salud.

Superación de los desafíos de la implementación

Es importante considerar las dificultades potenciales específicas de su organización durante las conversaciones iniciales sobre la implementación de RUSH con el liderazgo. Algunos de los desafíos previstos, así como las posibles soluciones, se describen a continuación.

- **Falta de aceptación:** No puede implementar efectivamente RUSH en su organización sin obtener la aceptación del liderazgo y de los niveles gerenciales. Los replicadores deben identificar un impulsor dentro de la organización que crea en la intervención y pueda promocionarla ante el liderazgo. Para obtener la aceptación, es importante destacar los beneficios de la utilización de RUSH, incluyendo la naturaleza rentable de larga data del control de rutina de VIH.¹⁷
- **Falta de cobertura fuera de hora del SLW:** La falta de un SLW que esté disponible para atender pacientes fuera de hora puede obstaculizar el contacto y seguimiento de pacientes al día siguiente, particularmente para centros que están abiertos las 24 horas, como los departamentos de emergencias. Considere la ampliación de la cobertura del SLW de visitas después de hora o la contratación de un SLW que se dedique a realizar el seguimiento de pacientes que no están conectados a la atención luego de recibir un diagnóstico de VIH.
- **Rotación del personal y capacitación continua de RUSH:** La capacitación de RUSH puede ser un problema cuando se integra la intervención en los distintos niveles organizacionales. Se anima a los replicadores a conversar con el comité directivo sobre los potenciales problemas o dificultades existentes para brindar la capacitación, y desarrollar una estrategia para la que la capacitación llegue al personal nuevo. Las organizaciones también deben orientar a los miembros del personal enfocado en RUSH para crear un conocimiento institucional que pueda ser fácilmente transmitido al personal nuevo.
- **Falta de financiamiento diverso:** Una falta de financiamiento diverso puede dificultar la asignación de fondos para los componentes de pruebas y conexión de la intervención, particularmente en el entorno de los departamentos de emergencias. Pregunte sobre la disponibilidad de financiamiento de la Parte A de RWHAP anticipadamente, así los equipos pueden formular estrategias sobre las maneras de compensar costos si tal financiamiento no estuviese disponible. De ser factible, discuta la reconversión del financiamiento existente y la petición al liderazgo organizacional de un financiamiento más sostenible. Considere colaborar con otras agencias que puedan tener fondos de RWHAP u otras avenidas de financiamiento diverso disponibles.

[Sobre la importancia de tener un impulsor del proyecto]

“Tuvimos suerte de tener un sólido impulsor en ... el doctor que era el jefe del departamento de emergencias de Ben Taub en ese momento, y él encabezó los esfuerzos para conseguir que se redacten las órdenes médicas, lo que incluía todo lo que se necesitaba para la prueba de VIH”.

– GERENTE DE PROYECTOS DE VIH DEL THOMAS STREET HEALTH CENTER E
IMPLEMENTADOR ORIGINAL DE RUSH EN EL HARRIS HEALTH SYSTEM

- **Leyes de pruebas de VIH:** Las cuestiones legales en torno al consentimiento para la prueba del VIH pueden ser generalizados, especialmente si se estigmatiza el activismo público sobre las pruebas de VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Aprenda de las organizaciones que hayan implementado intervenciones similares para identificar los enfoques que pueden funcionar bien en su jurisdicción. Tome conciencia también de las leyes sobre pruebas en otras jurisdicciones que promueven pruebas

de rutina de VIH con opción a negarse (*opt-out*). Por ejemplo, en 2010, el estado de Nueva York enmendó sus leyes para que las pruebas de rutina de VIH estén disponibles más fácilmente en una variedad de establecimientos de salud al mismo tiempo que facilitó la manera en que los pacientes podían otorgar su consentimiento. Esta política permitió que personas de 13 años o más de edad puedan acceder a pruebas de rutina de VIH con opción a negarse en establecimientos ambulatorios y de atención primaria.



Promover la continuidad del proyecto

La replicación exitosa de la intervención RUSH puede requerir que las organizaciones analicen varias fuentes de financiamiento, particularmente fuentes que respalden los servicios de conexión y pruebas para pacientes con diferentes situaciones de cobertura del seguro médico.

Durante las conversaciones iniciales con el liderazgo y el comité directivo, discuta la cantidad de pruebas que se estima, los tipos de datos a ser recopilados y las estrategias para gestionar eficazmente los datos nuevos. Esto asegurará que la recopilación de datos sea precisa y oportuna y fomentará un buen flujo de información entre los proveedores y el equipo de RUSH.

Las clínicas también pueden recolectar opiniones de especialistas de conexión, proveedores, personal y pacientes de diversas maneras (por ejemplo, reuniones individuales o grupales o encuestas). Mediante la creación de un proceso intencional y consistente de intercambio de opiniones, las clínicas pueden asegurar que los esfuerzos de alcance sean eficaces y que las preocupaciones sean priorizadas a medida que vayan surgiendo.

Análisis SWOT

SWOT es un acrónimo de las palabras inglesas para fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Un análisis SWOT es un método de planificación estructurada que puede evaluar la viabilidad de un proyecto o intervención. Al realizar un análisis SWOT antes de una intervención, las organizaciones pueden identificar proactivamente los desafíos antes de que ocurran y pensar cuál sería la mejor manera de aprovechar las fortalezas de la organización y las oportunidades de mejorar el desempeño futuro. Un análisis SWOT de la intervención RUSH identificó lo siguiente:



FORTALEZAS

RUSH aumenta la supresión viral en las personas con VIH y las retiene en la atención mediante:

- Integración de los servicios de pruebas de VIH en los servicios de atención existentes,
- Tiempos de respuesta rápidos para el procesamiento de muestras y la entrega de los resultados de las pruebas, y
- Empleo de un trabajador de conexión especialmente dedicado que retiene al paciente dentro de sus casos hasta que éste haya sido conectado con la atención y otros servicios de apoyo.



DEBILIDADES

Las agencias encontrarán dificultades para implementar la intervención RUSH sin:

- Personal clínico flexible y receptivo que esté dispuesto a integrar la intervención en su trabajo diario,
- Aceptación por parte de las partes interesadas y financiamiento para respaldar adecuadamente los esfuerzos continuos de pruebas y conexión,
- Un laboratorio interno (si se utilizan pruebas no rápidas) y trabajadores de conexión especialmente dedicados, y
- Acceso al equipamiento de prueba rápida o capacitación (si se utiliza la prueba rápida).



OPORTUNIDADES

La intervención RUSH ofrece oportunidades para:

- Optimizar los servicios de conexión y retención a través de trabajadores de conexión que se conectan con el equipo clínico general,
- Proporcionar un método rentable, de baja utilización de recursos, para la integración de servicios de prueba de VIH,
- Disminuir el estigma social en torno al VIH y la prueba de VIH,
- Disminuir las inequidades de salud mediante el ofrecimiento de pruebas accesibles para abordar la brecha del diagnóstico tardío de VIH entre las comunidades marginalizadas y las no marginalizadas, y
- Apoyar la iniciativa “Ending the HIV Epidemic” mediante la disminución del número de personas que desconocen su condición de VIH.



AMENAZAS

Las amenazas al éxito de la intervención RUSH en una organización pueden incluir:

- Incapacidad de asegurar la continuidad de fondos para apoyar las pruebas y los esfuerzos de conexión,
- Falta de estrategias para mitigar el impacto de la rotación de personal,
- Fracaso en identificar, reclutar y asegurar la aceptación de las partes interesadas clave,
- Falta de voluntad de integrar las pruebas de rutina dentro de la carga de trabajo diario, y
- Falta de voluntad o conocimiento del uso de estrategias alentadoras (por ejemplo, atención informada por el trauma) para conectar a personas con diagnóstico reciente de VIH a la atención médica.



Conclusión

La intervención RUSH permite a los departamentos de emergencias y otros establecimientos clínicos incorporar pruebas de VIH con opción a negarse, dentro de los servicios de atención médica existentes para abordar las brechas en la retención dentro de la atención. Al utilizar la infraestructura de personal disponible de una organización y tener personal destinado a facilitar la conexión de los pacientes con los servicios de atención médica, las organizaciones pueden identificar y retener a personas con VIH que desconocen su condición o que han sufrido una interrupción de su atención médica. El CDC ha recomendado los controles de rutina de VIH por más de una década. Los controles de rutina de VIH también se consideran un método eficaz y aceptable de examinar personas que, de otro modo, no hubieran buscado hacerse una prueba de VIH, o a quienes no se les ofrecen estas pruebas en otros establecimientos.

RUSH proporciona un enfoque de bajo costo y sin complicaciones para mejorar la retención en los servicios de atención médica y la supresión viral en las personas con VIH. Los resultados de la intervención original RUSH incluyen un aumento en la retención de pacientes que va de 32.6 por ciento antes de la intervención a 47.1 por ciento luego de la intervención, y un aumento de la tasa de supresión viral de 23 por ciento previo a la intervención a 34 por ciento luego de la intervención.¹

Recursos adicionales

Hoja de datos del programa Ryan White de VIH/SIDA

hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Publications/factsheets/program-factsheet-program-overview.pdf

Servicios del Programa Ryan White de VIH/SIDA: Aviso Aclaratorio 16-02 sobre las normas de utilización permitida de fondos e individuos elegibles

hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/program-grants-management/ServiceCategoryPCN_16-02Final.pdf

Calculador de análisis de costos CIE

CIEhealth.org/innovations

Caja de herramientas de enfoques basados en el trauma de NASTAD

nastad.org/trauma-informed-approaches

Tratamiento antirretroviral y accesos a servicios (ARTAS)

cdc.gov/hiv/effective-interventions/treat/artas?Sort=Title%3A%3Aasc&Intervention%20Name=ARTAS

Notas finales

¹Flash, C. A., Pasalar, S., Hemmige, V., Davila, J. A., Hallmark, C. J., McNeese, M., . . . Giordano, T. P. (2015). Benefits of a routine opt-out HIV testing and linkage to care program for previously diagnosed patients in publicly funded emergency departments in Houston, TX. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 69, Suppl 1(0 1), S8–S15. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000578>

²Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. HIV Surveillance Report, 2018 (Updated); vol. 31. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Publicado en mayo de 2020. Consultado el 4 de noviembre de 2020.

³Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2018. HIV Surveillance Supplemental Report 2020;25(No. 2). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Publicado en mayo de 2020. Consultado el 4 de noviembre de 2020.

⁴Tripathi A, Youmans E, Gibson JJ, & Duffus WA. The Impact of Retention in Early HIV Medical Care on Viro-Immunological Parameters and Survival: A Statewide Study. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2011 27(7), 751+. <https://doi.org/10.1089/aid.2010.0268>

⁵La Casa Blanca. Estrategia Nacional de VIH/SIDA para los Estados Unidos: Actualizado al 2020. 2020;74. <https://files.hiv.gov/s3fs-public/nhas-update.pdf>

⁶Branson, B. M., Handsfield, H. H., Lampe, M. A., Janssen, R. S., Taylor, A. W., Lyss, S. B., . . . Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in healthcare settings. *MMWR. Recommendations and Reports*, 55(RR-14), 1–CE4.

⁷Medford-Davis, L. N., Yang, K., Pasalar, S., Pillow, M. T., Miertschin, N. P., Peacock, W. F., . . . Hoxhaj, S. (2016). Unintended adverse consequences of electronic health record introduction to a mature universal HIV screening program. *AIDS Care*, 28(5), 566–573. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1127319>

⁸Li, F., Juan, B. K., Wozniak, M., Watson, S. K., Katz, A. R., Whiticar, P. M., . . . Wasserman, G. M. (2018). Trends and Racial Disparities of Late-Stage HIV Diagnosis: Hawaii, 2010-2016. *American Journal of Public Health*, 108(S4), S292–S298. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304506>