



Estrategia Distrital Para La Respuesta Ante El Vih

Ponte a Prueba

Convenio de asociación no. 1541 – 2013 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud – la Secretaría Distrital de Salud y la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida “ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH CON ÉNFASIS EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO”

La Respuesta ante el Vih en Bogotá

En la actualidad la respuesta ante el Vih en el distrito capital está en cabeza de dos espacios:

- 1. Estrategia Distrital para la respuesta ante el Vih “Ponte a Prueba”** – Convenio de asociación 1543 de 2013 entre la Secretaría Distrital de Salud y Liga Colombiana de Lucha Contra El Sida. La población sujeto de sus acciones es Población general (PG).
- 2. Proyecto VIH - Fondo Mundial** que en Bogotá tiene como Entidad Ejecutora (EE) a la U.T. Alianza Vhida (Corporación Red Somos, Fundación Huellas de Arte y Fundación Fergusson).

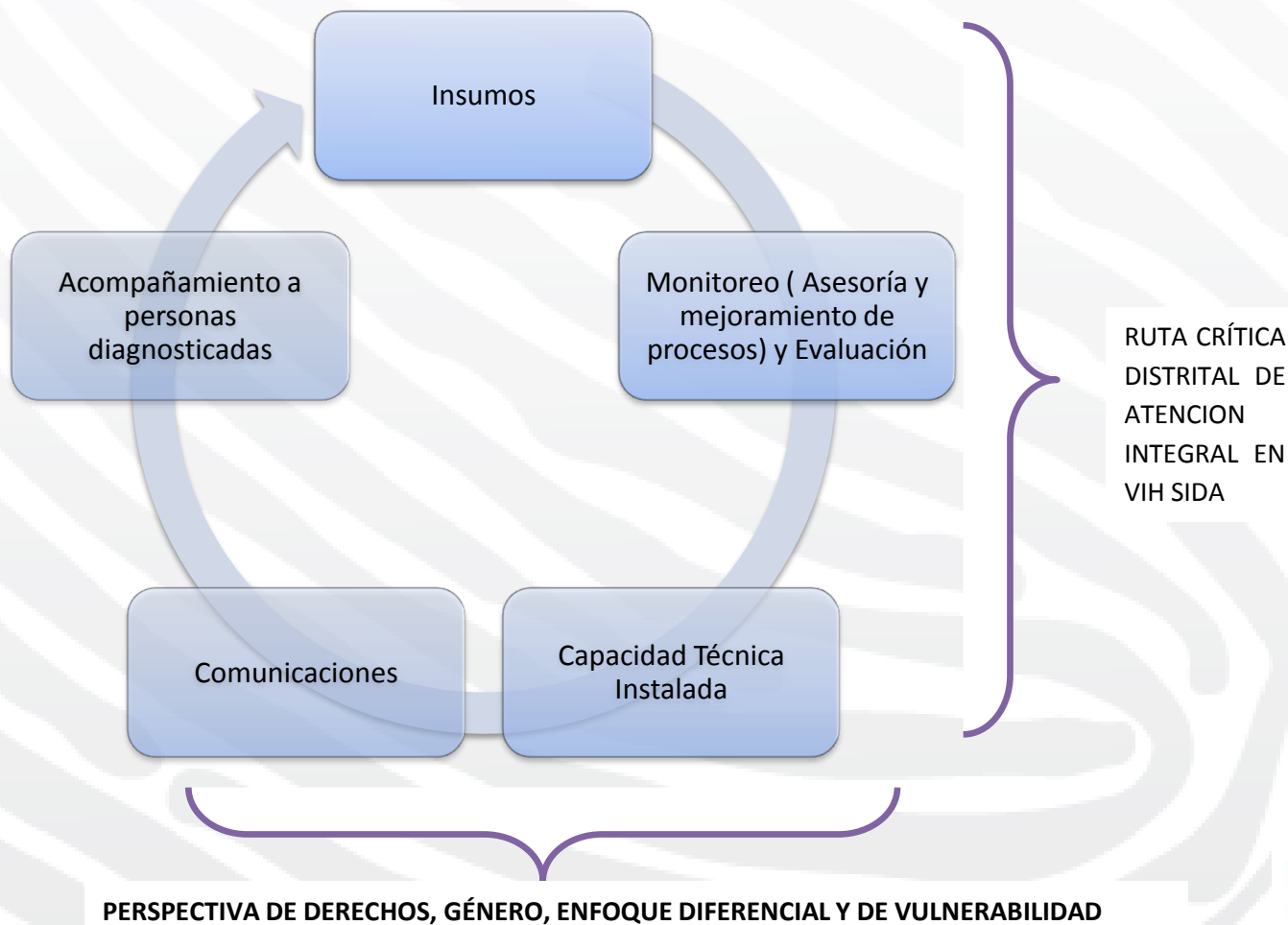
Aborda específicamente poblaciones en mayor vulnerabilidad a la epidemia de VIH, las cuales son: Habitantes de Calle (HC), Hombres Gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres (HSH), Mujeres Trans (MT), Mujeres trabajadoras sexuales (TS) y Personas con Vih (PVS).

La Respuesta ante el Vih en Bogotá

Acciones que ofrecen ambas respuestas:

Ponte A Prueba – SDS – Liga Sida	Fondo Mundial – Alianza Vhida
Pruebas de Vih - Población General (PG)	Pruebas de Vih – HSH-Trans-TS – HC -
Pruebas de sífilis	Pruebas confirmatorias para Vih
Lancetas, isopañines (algodón-alcohol)	Guardianes, Lancetas, isopañines
Condomes – Población General (PG)	Las pruebas se entregan con 18 preservativos
<i>Formatos Unificados para APV (Consentimiento, registro individual, relación de pruebas, relación pruebas confirmatorias)</i>	
Asesoría y acompañamiento Técnico (APV. Derechos APV, Barreras de acceso a APV, canalización)	Capacitación en modelo de gestión programática
Certificación APV y Prueba Rápida	Capacitaciones en Estigma y discriminación
Talleres en derechos en salud, APV y barreras de acceso a la APV	Sensibilización sobre la prueba y apoyo a la canalización hacia los servicios de salud a partir de 250 líderes pares y organizaciones de base comunitaria.
Estrategias lúdicas para promoción de prueba de Vih – Teatro – video animado	
Rutas de acceso HC, PPL, PG y directorio	

Promoción de la APV



Promoción de la APV

Insumos (Pruebas rápidas Vih, Sífilis) – Ponte a Prueba

Dentro de la estrategia se tiene a disposición de todas las instituciones de la red Pública y privada de salud pruebas rápidas de Vih y Sífilis. Así mismo, se tienen condones para entregas institucionales y programas de atención en SSR.

Las pruebas se entregan bajo compromiso de que estas no sean cobradas por las instituciones.

Insumo	Características
Condomes	Látex – Masculino
Pruebas Rápidas Vih Marca XERION X 20 unidades cada caja	Casette empacado individualmente – HIV 1/2 – Sensibilidad 99,9% - Especificidad 99,9%
Pruebas Rápidas Sífilis Marca CTK Biotech X 30 Unidades cada caja	Casette empacado individualmente - Sensibilidad 100% - Especificidad: 99,7%

Promoción de la APV

Insumos (Pruebas rápidas Vih, Sífilis) – PARA TENER EN CUENTA

- a) Las pruebas tanto de Vih como sífilis entregadas por la Estrategia Distrital Ponte A prueba están destinadas a población general (PG). Es decir, no están sujetas a requerimientos poblacionales para utilizarlas.
- b) Junto con las Pruebas que entrega “Ponte a Prueba” se suministrarán lancetas e isopañines (Algodón con alcohol) el numero de estos insumos tiene relación directa con las pruebas solicitadas y entregadas.
- c) Las cantidades a entregar deben estar soportadas en cifras reales de atención con el fin de hacer un uso responsable y coherente de estos recursos. Por tanto en las solicitudes se deben relacionar las acciones de toma de prueba que se llevarán a cabo.
- d) Las solicitudes de pruebas o insumos (Condomes o piezas comunicativas) se debe hacer con 15 dias de anterioridad al correo jmgama@ligasida.org.co mediante oficio.
- e) El reporte de las pruebas realizadas se debe hacer el último viernes de cada mes en físico.

APV – Proyecto FM -VIH

- a) Dado que son poblaciones de difícil alcance es importante coordinar la realización de pruebas con los referentes de población LGBTI de la ESE y con los líderes comunitarios y organizaciones comunitarias que apoyan el proyecto con el fin de que se pueda articular las acciones de educación, la convocatoria y canalización al servicio de prueba. Para ponerse en contacto con nuestros equipos pueden comunicarse al correo profesionalsalud.alianzavhida@gmail.com o al tel 3143936802 con Erika García.
- b) LA ESE puede definir una programación en forma de jornadas, establecer horarios y puntos de atención y/o prestar la asesoría en espacios extramurales (espacios comunitarios o institucionales mas cercanos a la población como las CIO, CDCLGBT, entre otros). Las jornadas pueden ser apoyadas con técnicos que tenemos en cada localidad que son asesores.
- c) De acuerdo a la programación (ojalá mensual) la ESE hace el cálculo de los insumos que necesita y los solicita en el formato establecido para este fin, allí debe especificarse la programación. Este formato debe ser enviado al correo profesionalsalud.alianzavhida@gmail.com.
- d) La solicitud se revisa y aprueba inmediatamente, una vez la solicitud sea aprobada, vía mail, pueden pasar a recoger los insumos solicitados a la **CRA 25 No 27 A 37**.

APV – Proyecto FM -VIH

e) El 25 de cada mes o el día hábil anterior debe entregarse el reporte de las pruebas realizadas. *No se requiere un informe, solo se requiere el formato “RELACIÓN de pruebas”.*

f) En caso de una prueba rápida reactiva, inmediatamente debe tomarse la muestra para la segunda elisa y prueba confirmatoria en papel filtro. Estas muestras, con el formato de remisión deben ser llevadas a la **CRA 25 No 27 A 37** lo más pronto posible para enviar al laboratorio para su análisis. **SOLAMENTE SE PUEDEN UTILIZAR ESTAS PRUEBAS PARA LAS POBLACIONES PRIORIZADAS POR EL PROYECTO FM.**



g) La ESE debe hacerse responsable de la notificación al SIVIGILA y la canalización al programa de VIH correspondiente según la afiliación del usuario. Este seguimiento debe ser consignado en el formato “seguimiento de pacientes”, este reporte también será recibido mensualmente en el correo profesionalsalud.alianzavhida@gmail.com.

Formatos


Junto con los insumos se entregarán por parte del proyecto Fondo mundial y de “Ponte A Prueba” formatos de Consentimiento informado, registro individual de asesoría y toma de prueba, Relación de pruebas y remisión de pruebas confirmatorias (Según el caso en relación con poblaciones sujeto de Fondo Mundial).

Estos formatos son los mismos para ambos proyectos pues son fruto de la articulación entre ambas respuestas. En el formato de relación de pruebas existen casillas específicas para registrar pruebas de Vih o de sífilis.





[illegible]

Formato Relación De Pruebas para Vih y Sifilis



 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH		<small>F-IM-7.0.1 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</small>
<p>Yo _____ identificado(a) con _____ No. _____ de _____, certifico que he leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.</p> <p>Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas), en esta información también se me indicó que ésta es una prueba presuntiva que indica la posibilidad de estar infectado(a) con VIH y que en caso de tener un resultado reactivo se tomará una segunda muestra que confirmará mi diagnóstico y será entregado en otro momento.</p> <p>También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré asesoría POST-PRUEBA (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados confirmatorios) y que estoy de acuerdo con el proceso.</p> <p>Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados.</p> <p>Este consentimiento se firma el día _____ del mes de _____ del año 201____.</p>		
Firma de quien da el consentimiento. Nombre: _____ Tipo de Documento: _____ No de documento: _____		Firma de Asesor. Nombre: _____

Consentimiento informado

 REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS		<small>F-IM-7.0.2 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</small>																								
<small>Información diligenciada por el Servicio (este formato se conserva en el Servicio)</small>																										
Fecha: dd / mm / aa Entidad que realiza APV: <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> OTRA Datos de quien firma consentimiento informado para la prueba de VIH: Nombre y apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa Edad: _____	Departamento: _____ Municipio: _____ Documento de identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC No. identificación: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Grupo poblacional: <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> TRANS <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> HC Quien le informa de la prueba: <input type="checkbox"/> Líder/esa <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> E.E <input type="checkbox"/> OTRO Cui: _____ Etnia: <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Rom Asegurado al Sistema de Salud <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SI, Régimen: <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidado <input type="checkbox"/> Especial Si la respuesta es NO, Tiene encuesta SISBEN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es régimen especial, cual: <input type="checkbox"/> Fuerzas militares y de policía <input type="checkbox"/> Magisterio <input type="checkbox"/> Ecopetrol <input type="checkbox"/> Universidades públicas Entidad aseguradora: _____ IPS donde es atendido: _____																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Proceso</th> <th>Fecha</th> <th>Nombre Asesor</th> <th>Firma usuario servicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asesoría pre</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prueba rápida</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asesoría post</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entrega de resultados</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prueba confirmatoria</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Proceso	Fecha	Nombre Asesor	Firma usuario servicio	Asesoría pre				Prueba rápida				Asesoría post				Entrega de resultados				Prueba confirmatoria			
Proceso	Fecha	Nombre Asesor	Firma usuario servicio																							
Asesoría pre																										
Prueba rápida																										
Asesoría post																										
Entrega de resultados																										
Prueba confirmatoria																										
Resultado prueba rápida: <input type="checkbox"/> Reactiva <input type="checkbox"/> No reactiva Número de Condones Entregados _____ Resultado prueba confirmatoria: <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Indeterminado Código del papel de filtro prueba confirmatoria _____ Número del lote prueba rápida _____ Código Único: _____																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">  REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS </th> <th> <small>F-IM-7.0.2 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</small> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Fecha: dd / mm / aa Departamento: _____ Municipio: _____ Nombre y apellidos: _____ Lugar donde se hizo la prueba: _____ Tipo de entidad: <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> OTRA Nombre entidad: _____ Resultados de la prueba rápida: <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Reactiva Código del papel de filtro prueba confirmatoria "si es reactiva" _____ Descripción Técnica: _____ Número de Condones Entregados: _____ Nombre y Firma del Asesor _____ </td> <td> Código Único: _____ </td> </tr> </tbody> </table>			 REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS		<small>F-IM-7.0.2 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</small>	Fecha: dd / mm / aa Departamento: _____ Municipio: _____ Nombre y apellidos: _____ Lugar donde se hizo la prueba: _____ Tipo de entidad: <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> OTRA Nombre entidad: _____ Resultados de la prueba rápida: <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Reactiva Código del papel de filtro prueba confirmatoria "si es reactiva" _____ Descripción Técnica: _____ Número de Condones Entregados: _____ Nombre y Firma del Asesor _____	Código Único: _____																			
 REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS		<small>F-IM-7.0.2 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</small>																								
Fecha: dd / mm / aa Departamento: _____ Municipio: _____ Nombre y apellidos: _____ Lugar donde se hizo la prueba: _____ Tipo de entidad: <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> OTRA Nombre entidad: _____ Resultados de la prueba rápida: <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Reactiva Código del papel de filtro prueba confirmatoria "si es reactiva" _____ Descripción Técnica: _____ Número de Condones Entregados: _____ Nombre y Firma del Asesor _____	Código Único: _____																									



Registro Individual



REMISIÓN AL LABORATORIO

Seguimiento a pacientes



<p>PROYECTO VIH FONDO MUNDIAL</p>   <p>Global Communities Comunidades del Mundo Mejor</p>	<h2 style="margin: 0;">CARTA DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A LA ENTIDAD EJECUTORA</h2>	<p>F-FM-12.1 Versión: 01 Fase 2 01/Nov/13</p>																										
<p>Fecha: dd / mm / aa ID: (NO DILIGENCIAR)</p>																												
<p>Departamento: _____ Municipio: _____</p>																												
<p>La/EI _____ (nombre Entidad que requiere los productos) solicita a la</p>																												
<p>Entidad Ejecutora del Proyecto VIH Fondo Mundial _____ (nombre Entidad Ejecutora)</p>																												
<p>los siguientes productos:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">PRODUCTOS</th> <th style="width: 30%;">CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			PRODUCTOS	CANTIDAD																								
PRODUCTOS	CANTIDAD																											
<p>Los anteriores productos serán distribuidos en las siguiente/s actividades:</p>																												
<p>Descripción de cada actividad con lugar, fecha y tipo de población _____</p>																												
<p>Datos persona responsable de la solicitud en la Entidad solicitante:</p>																												
Nombre _____	Cargo _____	Firma _____																										

Solicitud de productos

Formatos – Código único

El código único sirve para identificar cada usuario (a) que accede a las acciones de prueba voluntaria de Vih en ambos proyectos de respuesta que tiene la ciudad de Bogotá (Ponte A Prueba y Fondo Mundial).

El código consta de:

Dos primeras letras del primer nombre, dos primeras letras del primer apellido, mes de nacimiento, año de nacimiento y población (Trans, HSH, HC (Habitante de Calle), TS (Mujer Trabajadora Sexual) y PG (Población general). La población general es toda aquella que no se puede encuadrar en las poblaciones específicas).

Ejemplo: Mario Gama - Nacido el 20 de septiembre (mes 9) de 1980

Código Único: MA GA 09 80 PG

Promoción de la APV

Se elaboró video como pieza comunicativa para dar inicio a los talleres. Y como insumo para los servicios de atención en SSR el cual puede ser emitido continuamente en estos lugares.

Este video tiene como énfasis derechos y deberes ante la APV .

Personajes Video introductorio para talleres.

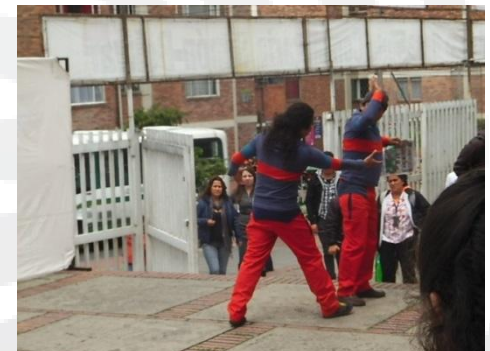


Promoción de la APV

Como estrategia para promocionar la prueba de Vih y hablar sobre Salud Sexual y reproductiva se tienen dos obras de teatro que están a disposición de los servicios de salud que los requieran.

La población target de estas acciones es población en general.

La solicitud de estas obras se deben realizar con mínimo 10 días de anterioridad al correo jmgama@ligasida.org.co

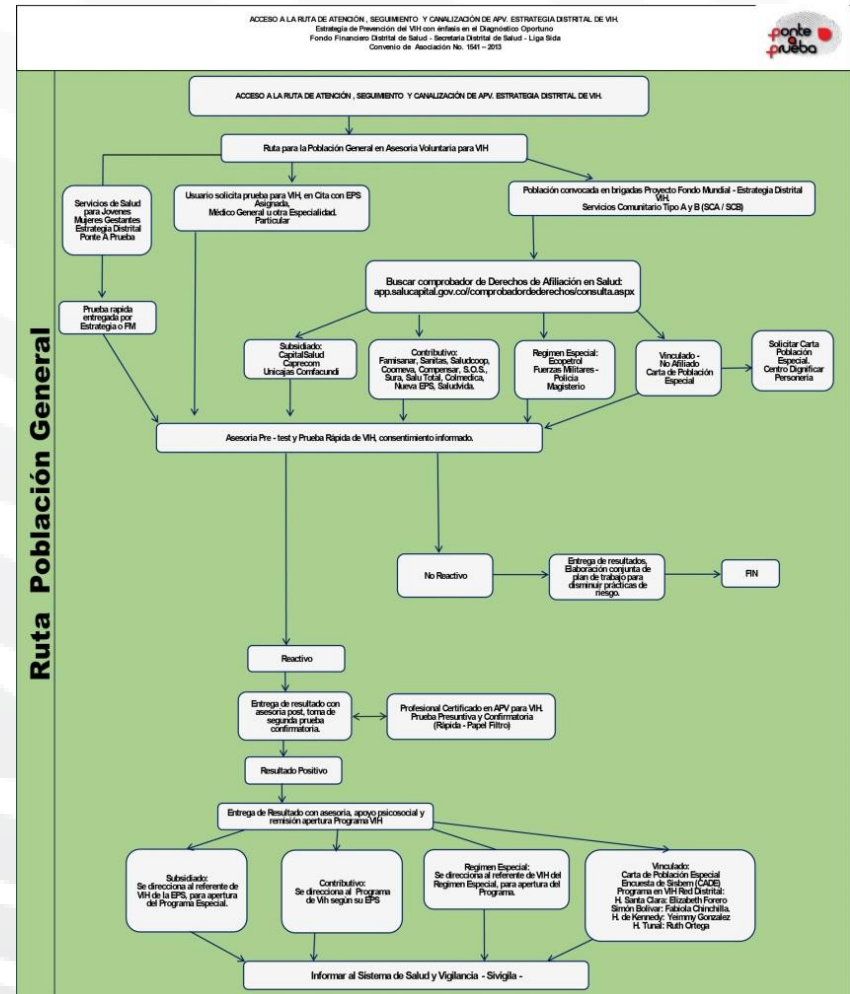


Monitoreo de barreras APV

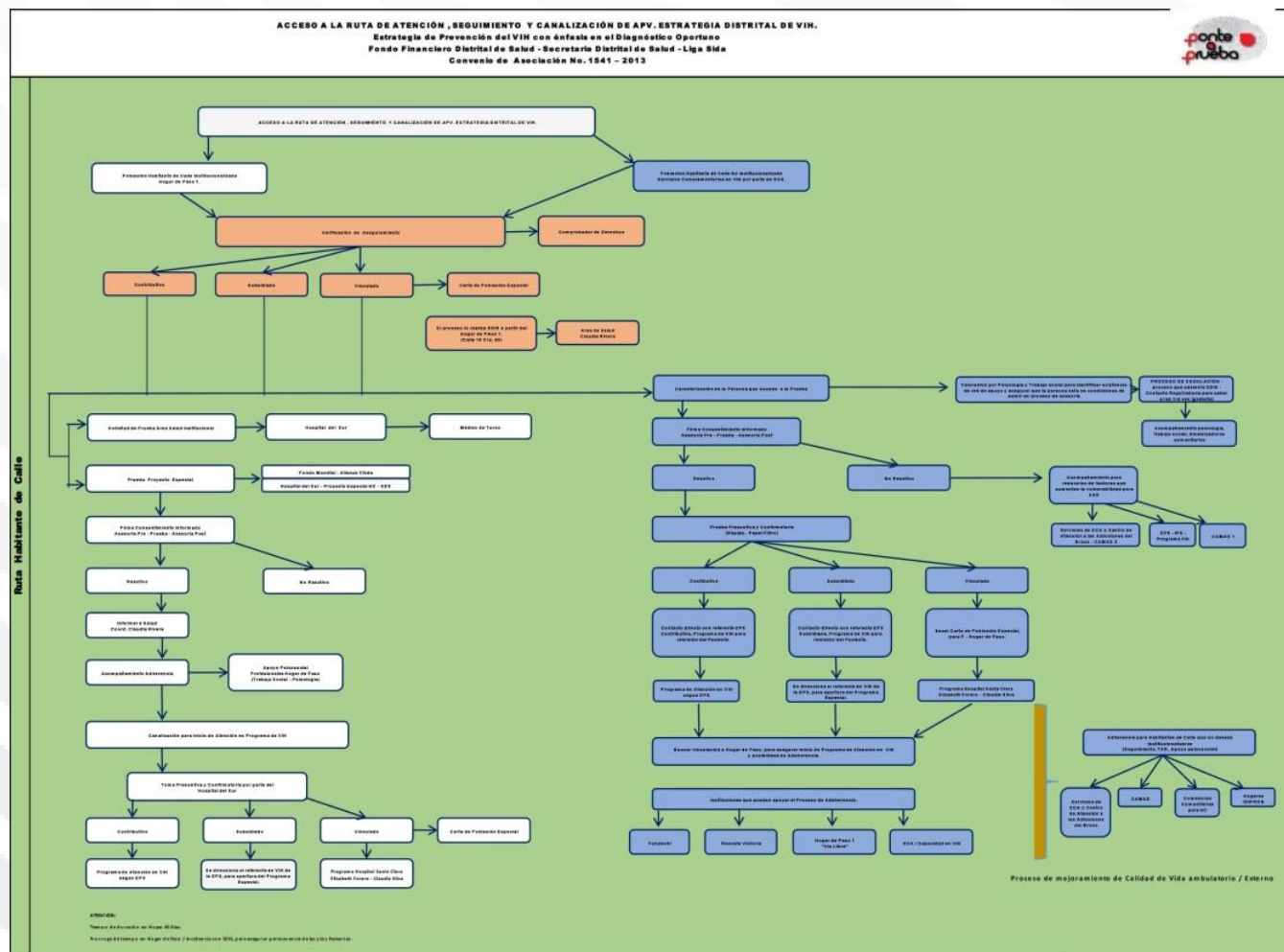
1. Documento de Línea de Base Sobre Barreras de Acceso.
2. El equipo de dinamizadorxs realiza acciones de asesoría y apoyo técnico a servicios de salud que lo requieran en Vih, Estigma y discriminación, APV y procesos relacionados con la asesoría.
3. Encuesta de Barreras de acceso y entrevistas semi estructuradas con personas que acceden a los servicios de prueba de Vih.
4. Acciones de mejoramiento a servicios de salud para prestar servicios de APV ajustados a derechos, criterios diferenciales y poblacionales.

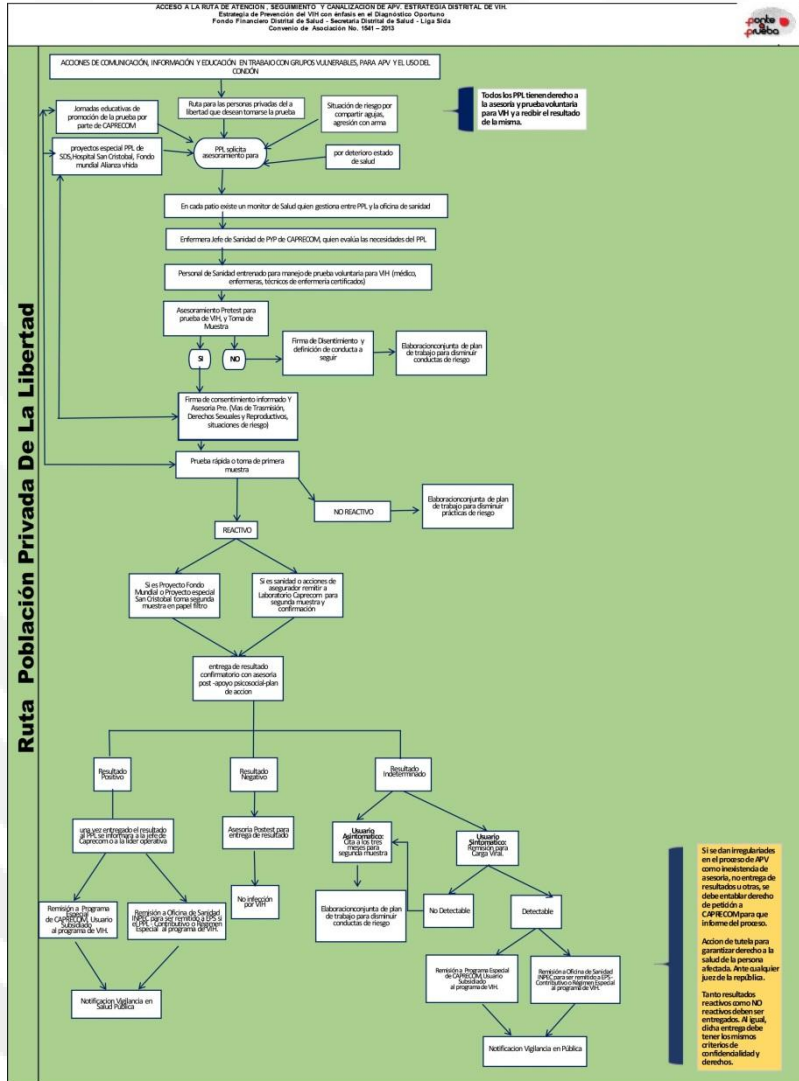
Canalización y acompañamiento

Se construyeron las Rutas de Atención para diagnóstico Vih para población general, Personas Privadas De La Libertad y Habitantes De Calle con el fin de que sean entregadas a los servicios de salud que brindan servicios de APV (Asesoría y Prueba Voluntaria para Vih) con el fin de que se puedan realizar acciones de canalización y acompañamiento a personas con nuevos diagnósticos.



Canalización y acompañamiento





Canalización y acompañamiento

También se construyó junto con las rutas un directorio distrital en el cual las instituciones pueden encontrar datos actualizados de referentes de atención en todo tipo de aseguramiento (Subsidiado, contributivo o régimen especial) y referentes de programas de atención para Vih para canalización de nuevos casos.

Capacidad Técnica Instalada

Certificación APV y Prueba Rápida

1. Curso de capacitación en Asesoría para Vih
2. Curso de prueba Rápida

El curso es de tres (3) días y de 24 horas de intensidad que serán complementados con las acciones de acompañamiento a los servicios. Horarios de 8:30 am a 5pm. Se realiza un (1) curso por mes.

Para estos cursos se han destinado 10 cupos para profesionales que tienen a cargo atención directa a población.

La solicitud de cupos para estos espacios se deben realizar con mínimo 10 días de anterioridad al correo jmgama@ligasida.org.co

Para registro se requiere de nombres de profesionales, cédula, teléfono de contacto, profesión.

OJO: El derecho a certificación se pierde con la inasistencia a más del 10% del curso.

Capacidad Técnica Instalada

Espacios de Formación y Capacitación

Talleres de 2 horas y de 20 minutos

Estos espacios están enfocados a profesionales, técnicos en salud y funcionarios de servicios de atención con énfasis en derechos y deberes acerca de la APV.

La solicitud de estas capacitaciones se deben realizar con mínimo 10 días de anterioridad al correo jmgama@ligasida.org.co



www.ponteapruebabogota.blogspot.com

@ponteapruebabog

<https://www.facebook.com/ponteapruebabogota?fref=ts>