

Manual de implementación

Fortalecimiento del diagnóstico a través de

NOTIFICACIÓN ASISTIDA DE CONTACTOS

2019



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH

Manual de implementación

Fortalecimiento del diagnóstico a través de

**NOTIFICACIÓN ASISTIDA
DE CONTACTOS**
2019

“Este manual de implementación “Fortalecimiento del diagnóstico a través de Notificación Asistida de Contactos” es posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este material es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

Nota de género

En este texto se utilizan en forma indistinta y variada términos tales como hijas, hijos, hombres, mujeres y otros similares para evitar repeticiones que puedan entorpecer la lectura. Sin embargo, reconocemos y valoramos la presencia y el protagonismo de las mujeres en estas instituciones y en estos procesos de gestión cultural.

CONTENIDO

ACRÓNIMOS	02
DEFINICIONES OPERATIVAS	03
INTRODUCCIÓN	04
CONTEXTO LEGAL	04
PROCEDIMIENTO	07
ASPECTOS CLAVE DE LA IMPLEMENTACIÓN	10
Tiempo y tipo de contactos sexuales	10
Otros contactos a referir	10
Priorización de la oferta a casos índice	10
Priorización del contacto de contactos	11
Valoración de violencia de pareja	12
Diagnóstico de VIH	12
Cierre de caso	13
REFERENCIAS	14
ANEXOS	16
Anexo 1: Guion para explicación de importancia de notificar a contactos	16
Anexo 2: Guion para explicar estrategias de notificación asistida de contactos	17
Anexo 3: Esquema general de notificación de contactos	18
Anexo 4: Consentimiento informado	19
Anexo 5: Formato de notificación asistida de contactos, caso índice	20
Anexo 6: Formato de notificación asistida de contactos, servicio	22
Anexo 7: Tamizaje HITS para detectar violencia de pareja	23
Anexo 8: Guion para realizar referencia por llamada	24
Anexo 9: Guion para realizar referencia dual	26
Anexo 10: Recomendaciones para el diagnóstico y retesteo de VIH	28
Recomendación para retesteo, dependiendo del lugar de diagnóstico	28
Diagnóstico de VIH por medio de anticuerpos, Guatemala	29
Diagnóstico de VIH por medio de anticuerpos en El Salvador	30
Diagnóstico de VIH por medio de anticuerpos en Honduras	31
Diagnóstico de VIH por medio de anticuerpos en Panamá	32

ACRÓNIMOS

ARV	Antirretroviral
cp/ml	Copias por mililitro. Dimensional para medir resultados de carga viral
CV	Carga viral
HBV	Virus de hepatitis B
HCV	Virus de hepatitis C
HITS	Formulario para valoración de violencia intrafamiliar, por sus siglas en ingles lastimar, insultar, amenazar y gritar
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
PrEP	Profilaxis pre-exposición
PG	Población general
SAI	Servicio de Atención Integral
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
Trans	Transgénero
UAI	Unidad de atención integral
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso índice: es la primera persona notificada, o sea, el primero que toma conocimiento la autoridad sanitaria. En este caso, será la persona con VIH que llega al servicio, a la cual le ofreceremos los servicios de notificación asistida de contactos.

Notificación pasiva: proceso por el cual las personas VIH positivas (caso índice) notifican a su pareja sobre su diagnóstico y sugieren la realización de pruebas a sus contactos sexuales o contactos, para determinar su riesgo potencial a la infección por VIH, sin intervención de un proveedor de salud.

Notificación asistida de contactos: proceso sistemático por el cual, las personas VIH positivas (caso índice) proporcionan su consentimiento para recibir la asistencia técnica de un proveedor de salud, para revelar su diagnóstico y sugerir la realización de pruebas a sus contactos sexuales o contactos, para determinar su riesgo potencial a la infección por VIH.

Referencia por contrato: el caso índice establece un contrato con un proveedor entrenado y acuerdan revelar su diagnóstico y/o vincular para la realización de prueba a su(s) pareja(s) sexuales, en un periodo de tiempo establecido en común acuerdo.

Si el caso índice no cumple el periodo establecido, el proveedor está autorizado a contactar directamente a

la (s) pareja(s) y ofrecerles la realización de la prueba.

Referencia por proveedor: el caso índice proporciona su consentimiento para que el proveedor contacte de manera confidencial a la(s) pareja(s) y les ofrezca realizarse la prueba de VIH. La modalidad de contacto puede variar, realizándose a través de llamada telefónica, mensaje de texto, visita domiciliar, entre otros.

Referencia dual: un proveedor de salud entrenado acompaña al caso índice y provee apoyo al momento de la revelación del diagnóstico hacia la(s) pareja(s). El proveedor además oferta la realización de la prueba a la(s) pareja(s).

Pareja alcanzable: pareja listada por el caso índice la cual es factible contactarle para la vinculación de prueba. Por ejemplo, en una persona que realiza trabajo sexual, una pareja alcanzable podría ser su pareja estable o clientes frecuentes, de los cuales tiene algún mecanismo de contacto.

Pareja no alcanzable: pareja listada por el caso índice de la cual no es factible el contacto, por aspectos de acceso, pareja desconocida u otras situaciones. Por ejemplo, en personas que realizan trabajo sexual, una pareja no alcanzable serán aquellas clientes de los cuales el caso índice no tiene ningún tipo de contacto.

INTRODUCCIÓN

La notificación de contactos es uno de los pilares en el manejo de enfermedades infecciosas desde la perspectiva de salud pública, tanto en programas de infecciones de transmisión sexual, como en enfermedades de contacto como influenza o tuberculosis (1). A nivel de infecciones de transmisión sexual, se ha mostrado como una estrategia efectiva para diagnosticar y tratar ITS, así como evitar infecciones recurrentes (2).

La OMS desde el año 2012, desarrolló lineamientos recomendando la realización de pruebas de VIH para parejas, sin embargo, en 2016, amplió estas recomendaciones para enfocarse en los servicios de notificación asistida de pareja (1). La notificación asistida de pareja se diferencia de los abordajes pasivos, como pueden ser que el caso índice notifique a su pareja o la entrega de cupones por la participación del proveedor de salud en la notificación.

En una revisión sistemática realizada por OMS, se observó que los servicios de notificación asistida aumentaban la realización de la prueba en las parejas, teniendo como resultado además una mayor proporción de casos VIH positivos, aumentando la vinculación a tratamiento, y reportándose pocos efectos adversos en proceso de notificación (3).

Se observó un aumento en 1.5 veces el número de parejas que fueron contactadas y se realizaron la prueba, así como 1.5 veces el aumento de positividad, al comparar con la referencia pasiva (3).

Es importante remarcar que se ha observado, tanto en revisiones sistemáticas (3), como en ensayos clínicos, que la notificación asistida no aumenta el riesgo de violencia de pareja, aún en parejas con historia de violencia (4).

CONTEXTO LEGAL

En una revisión realizada en el año 2016, el 54% de los países contaban con políticas o normativas respecto a la notificación de contactos (1). En muchos de estos países, se considera que la notificación debe de ser obligatoria, sin embargo, la OMS recomienda abordajes alternativos donde se asegura la voluntariedad, con consentimiento informado del caso índice (1).

En Centroamérica, la situación es similar a la observada en este análisis. Como puede observarse en la tabla 1, todos los países incluyen en sus leyes la obligatoriedad de la notificación de contactos, con la principal característica que la responsabilidad recae en el proveedor de salud responsable del diagnóstico, si la persona no cumple la notificación en un tiempo estipulado (5–8).

Sin embargo, ninguno de los países cuenta con normas de atención o procedimientos operativos para realizar notificación asistida (9–12). En el recuadro 1, puede observarse más a detalle lo contenido en cada legislación.

TABLA 1: Legislación y normas relacionadas con notificación a contactos de un caso con VIH

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	PANAMÁ
Notificación a pareja incorporado en ley	Si	Si	Si	Si
Notificación obligatoria a pareja	Si	Si	Si	No
Responsabilidad del trabajador de salud al completar tiempo límite	No indicado, no restringido	Si	No indicado, no restringido	Si
Incorporación de la notificación en norma de consejería / orientación y/o normas de vigilancia	Si	Si	Si	Si
Notificación asistida de pareja en las normas de consejería/orientación	No	No	Si, referencia dual	No

Fuente: Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH

RECUADRO 1: Legislación vigente referente a referencia de contactos

Guatemala: Decreto 27-2000, año 2000

Artículo 24- De la información a la persona: El médico tratante o personal de salud capacitado en VIH/SIDA que informa a una persona de su condición de seropositividad, deberá informar además del carácter infeccioso de ésta y de los medios y formas de transmisión y de prevención, del derecho a recibir asistencia en salud, adecuada e integral, y de la obligatoriedad de proteger a su pareja habitual o casual, garantizando su confidencialidad.

Artículo 25.- De la información del diagnóstico a la pareja: Cuando la persona que vive con VIH/SIDA se negare o no pueda notificar a su pareja habitual o casual de su diagnóstico, el médico tratante o el personal de salud deberá notificar a la misma, según los procedimientos especificados en la reglamentación de esta ley, respetando, en todo momento, la dignidad humana, los derechos humanos y la confidencialidad de las personas.

Honduras: Decreto 147-99, año 1999

Artículo 74.- Todas las personas en conocimiento de su seropositividad al VIH, tienen la obligación de comunicar su condición serológica a las personas con las que hayan establecido, establezcan o vayan a establecer relaciones sexuales a fin de tener el consentimiento informado de la misma.

Artículo 75.- Es deber de toda persona que le ha diagnosticado como portadora del VIH o enferma del SIDA; informar a su cónyuge, compañero o compañera de hogar, o a las personas con las cuales mantiene relaciones sexuales, de su condición serológica.

El Salvador

Art. 15.- ...Toda persona que haya sido notificada de su condición serológica, está obligada a comunicarle tal situación a su pareja ya sea permanente o eventual.

Es obligación de toda persona viviendo con VIH, informar sobre su condición al personal de salud que le atienda. La misma obligación, tendrán los familiares o allegados en caso que la persona con VIH no estuviere en capacidad de informarlo.

Art. 27.- El médico tratante o personal de salud capacitado en VIH que informare a una persona de su condición seropositiva, hará saber además el carácter infeccioso de ésta y de los medios de trasmisión y de prevención, del derecho de recibir asistencia en salud adecuada e integral, y de la obligación de cumplir lo establecido en el artículo 15 de la presente ley, todo con garantía a su confidencialidad.

Panamá: Ley 40, año 2018

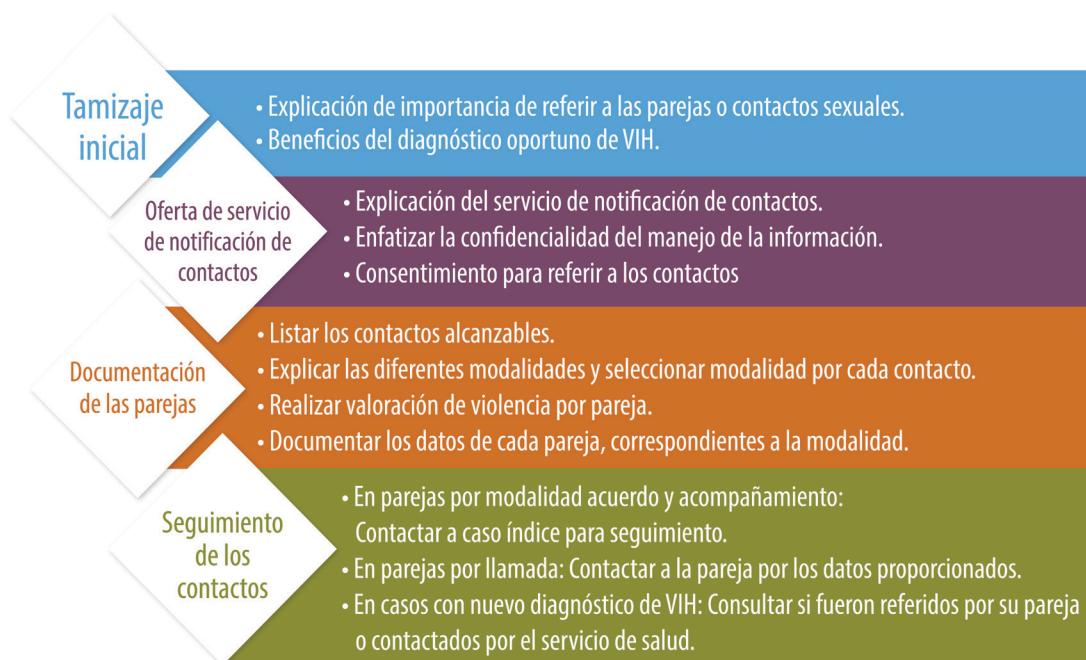
Artículo 4.- Confidencialidad: Principio o propiedad de la información relacionada con la salud de una persona, por el que se garantiza que sea accesible únicamente a aquellos autorizados por el titular de la información, con el fin de proteger y tratar los datos que los profesionales conocen del paciente....
... Ninguna persona natural o jurídica podrá hacer uso de la información relacionada con las ITS y/o VIH sin el consentimiento expreso, previo, informado y libre, salvo en los casos establecidos por la ley.

Artículo 37. Toda persona diagnosticada con ITS y/o VIH debe recibir atención oportuna y en igualdad de condiciones, tanto en la entidad pública como en la privada, y debe respetársele la confidencialidad como paciente. Además, el equipo multidisciplinario proveerá a la persona la orientación e información necesarias para que comunique voluntariamente a sus contactos, a fin de interrumpir la cadena de transmisión.

PROCEDIMIENTO

Para el proceso de referencia de contactos identificaremos cuatro procesos clave: tamizaje inicial, oferta de servicio de contactos, documentación de contactos y seguimiento de contactos (ver gráfico 1).

GRÁFICA 1: Proceso generales de la notificación a contactos de casos índice



En el primer paso, se iniciará a explicar a la persona la importancia de la notificación a sus contactos. Es clave hacer énfasis en el beneficio para la(s) contactos, evitando hacer juicios o generando culpa en la persona. En el anexo 1, se muestran un guion sugerido para iniciar a explicar la importancia de referir a la pareja. Si observa que la persona no está abierta al tema de manera inicial, documente y realice la oferta de referencia de contactos en la próxima cita.

Una vez se ha logrado la apertura de la persona al tema, se iniciará la oferta de los servicios de notificación de pareja.

- Se le explicará a la persona los servicios que puede el personal del servicio apoyarla, incluyendo el apoyo en contactar a la pareja o en proporcionarle de manera conjunta los resultados.
- Se explicarán las tres modalidades de referencia de contactos: por proveedor, por contrato y dual.

Es importante enfatizar el marco legal y de responsabilidad conjunta proveedor/persona con VIH, respecto a la notificación de los contactos, de una manera abierta y proporcionando confianza. De igual modo, se le debe de explicar el manejo de la información, tanto de manera interna como el contacto con los contactos, para garantizar que se proteja la confidencialidad de la persona.

Para más detalle, puede observar el guion en el anexo 2. En caso la persona rechace, se deberá de verificar si la oferta se ha realizado en otro servicio previamente, y documentarlo. En el anexo 3, se observa el esquema general del proceso de notificación de contactos. Se solicitará que la persona firme un consentimiento informado, donde se enmarca en la ley de cada país, el cual se muestra en el anexo 4.

Al momento que la persona acepte la referencia de contactos, se procederá a documentar los contactos alcanzables. Para estos contactos, se procederá a explicar y verificar que la persona entiende las tres modalidades, luego se procederá a que la persona seleccione la modalidad por cada uno de sus contactos. Esto será registrado en el formato de paciente (F-01, anexo 5) y en el consolidado de servicio (F-02, anexo 6). De manera conjunta, se procederá a realizar un tamizaje para ver violencia de pareja (F-03, anexo 7), en caso la persona responda afirmativamente a alguna de las preguntas, no se realizará la notificación de esta pareja.

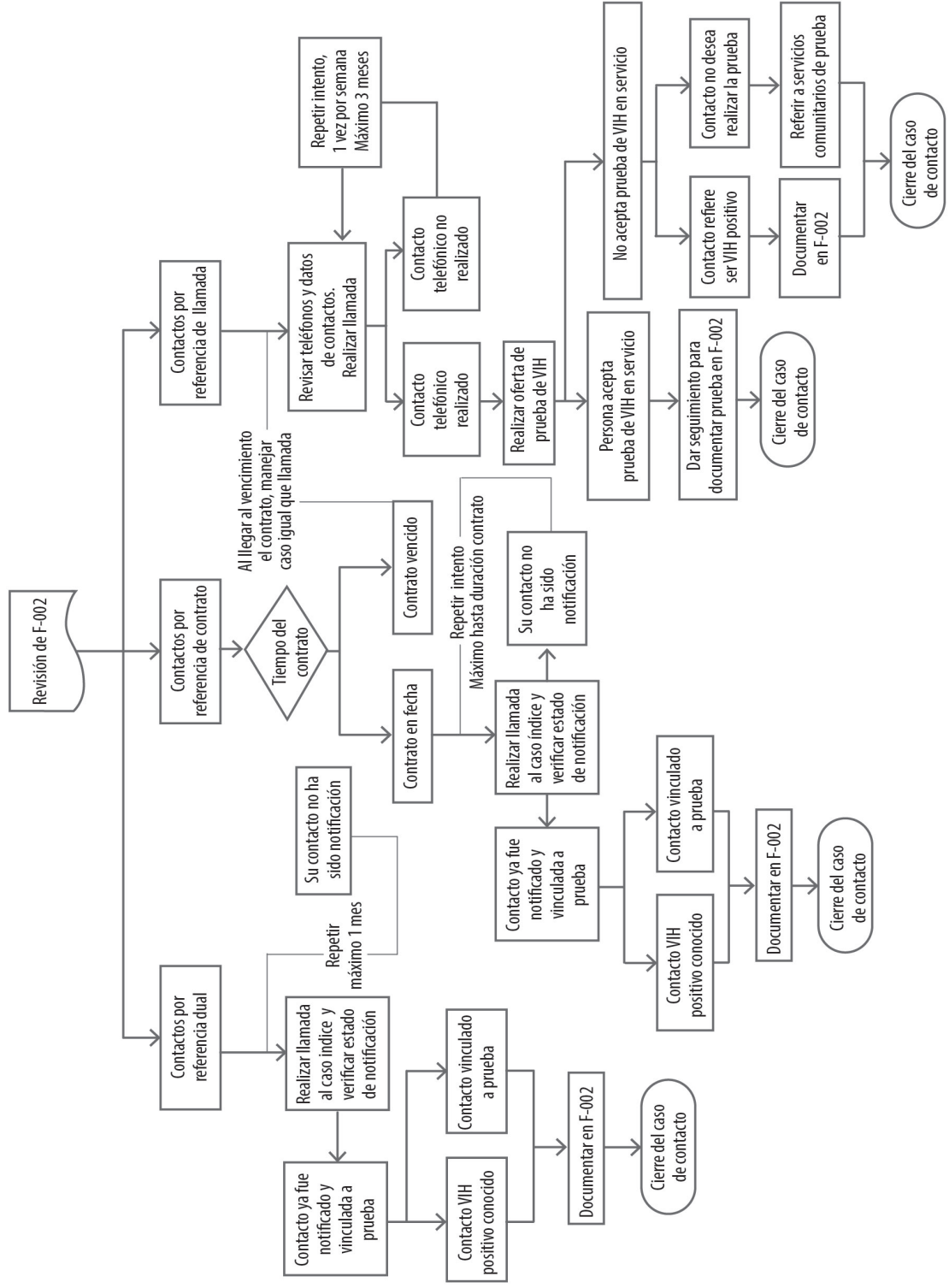
Se vinculará al personal de psicología del servicio, para un seguimiento más detallado de este aspecto si la persona accede. En caso existan contactos no alcanzables, que podrían ser contactadas a través de visita comunitaria u otras estrategias fuera del servicio, se le ofrecerán a la persona el contacto de proveedores de salud que realicen visitas comunitarias.

El seguimiento de los contactos deberá de ser una actividad constante. Se ha podido observar que cuando las personas optan por una modalidad pasiva, si no notifican durante la primera semana, es poco probable que lo realicen posteriormente.

Por tal motivo, el adecuado seguimiento de la notificación a los contactos es clave por parte del personal de salud. En el gráfico 2, se esquematiza el procedimiento para documentar el seguimiento a los contactos.

En el caso de referencia por llamada, en el anexo 8, se incluye un guion de referencia para realizar llamadas, mientras que en anexo 9, dos guiones para referencia dual, dependiendo si el caso índice notificará a la pareja enfrente del consejero o solicitando apoyo al consejero para notificar a la pareja. En caso se reporten personas con reciente diagnóstico que reportan venir referidas de una pareja, pero no sea posible documentar la pareja que los refirió, se documentará en el F-002.

GRÁFICA 2: Flujograma de seguimiento de contactos de casos índice



ASPECTOS CLAVE EN LA IMPLEMENTACIÓN

Tiempo y tipo de contactos sexuales

Se debe de considerar que, el objetivo de la referencia es permitir el acceso de contactos sexuales a la realización de prueba de VIH. Por tal motivo, se busca que el caso índice pueda listar todos los contactos sexuales (o contactos), e identificar de estos cuales son alcanzables, de los últimos 12 meses. Esta temporalidad se sugiere debido a que se considera como un indicador de riesgo reciente, además de ser un tiempo adecuado para evitar sesgo de memoria en las personas.

Es importante identificar que se define como pareja o contacto sexual, todas las personas con las que el caso índice haya tenido relaciones sexuales (anales, orales o vaginales), con o sin condón, durante los últimos 12 meses.

Otros contactos que referir

Aunque la estrategia tiene como objetivo el contacto y referencia asistida de contactos o contactos sexuales, se considera una oportunidad clave para referir otro tipo de contactos que puedan haber estado en riesgo de tener VIH.

En caso de que el paciente refiera tener hijos menores de 5 años, se debe de vincular a los mismos para el diagnóstico; contemplando el algoritmo diagnóstico para menores de 18 meses, en caso sea necesario.

De igual modo, si el paciente refiere utilizar drogas intravenosas, es importante que notifique a otros usuarios de drogas con los que haya compartido agujas en los últimos 12 meses.

Priorización de la oferta a casos índice

Es importante recordar que el riesgo de transmisión de VIH se encuentra directamente relacionado a la carga viral, reportándose una transmisión de cerca de 23 personas por cada 100 personas al año, en aquellas personas con carga viral mayor a 50,000 copias/ml (13). Por tal motivo, la oferta de notificación de pareja debe de estar dirigido a aquellas personas que tienen carga viral alta y sus contactos pueden beneficiarse de manera inmediata de tener acceso a la realización de una prueba de VIH.

Como se puede observar en el gráfico 3, se buscará priorizar personas con nuevos diagnósticos, personas en fallo virológico y personas que abandonaron tratamiento y fueron recuperadas. Estos tres grupos de personas se relaciona la prioridad con la carga viral elevada y el riesgo de transmisión. En el caso de las personas con coinfección con VHB, VHC u otras ITS, la priorización se basa en el riesgo aumentado de transmisión en caso de coinfección con otras ITS, principalmente ITS ulcerativas.

Respecto al grupo de prioridad media, se priorizará a aquellas personas con menos de 12 meses en TAR, considerando que la supresión viral puede tardar de 3 a 6 meses, dependiendo el esquema de terapia con el que iniciaron. Además, considerando que en pacientes con carga viral indetectable, el riesgo de transmisión es nulo, sin embargo, existe algún riesgo bajo de transmisión en aquellas personas con carga viral menor a 1000, pero detectable (14,15). En el caso de coinfección TB/VIH, se busca priorizarlos por el valor agregado de identificar contactos para tuberculosis.

Por último, el grupo de pacientes en TAR con carga viral indetectable tendrán una prioridad baja para la notificación de contactos, ya que el riesgo que ellos lo

transmitan es nulo (14,15), sin embargo, se debe de valorar que su pareja puede tener VIH y no haber tenido acceso previamente a diagnóstico.

GRÁFICA 3: Priorización de casos índice a notificar



Priorización del contacto de contactos

Considerando el contexto de cada servicio y la carga laboral, debe de hacerse énfasis que todos los contactos listados deben de ser contactados. Sin embargo, considerando aspectos logísticos, de tiempo y carga laboral, en caso se tenga que priorizar el contacto de contactos, deberá de

ordenarse de manera que se logre contactar primariamente a aquellos contactos que han estado expuestas a un mayor riesgo de infección, de acuerdo a gráfico 4.

GRÁFICA 3: Priorización de casos índice a notificar



Valoración de violencia de pareja

La violencia de pareja continúa siendo un problema importante en la región, donde en algunos países de la región como Nicaragua, reportan que un tercio de las mujeres ha sufrido violencia física o sexual de sus contactos, mientras que en Guatemala una de cada 10 mujeres (16).

El tamizaje de la violencia de pareja es controversial, debido a que existen infinidad de herramientas para este fin. Para el año 2007, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, realizaron un compendio de instrumentos para identificación de violencia de pareja, donde se identificaron 30 tipos de prueba de tamizaje para este evento (17). Dentro de las diferentes herramientas, la herramienta HITS (lastimar, insultar, amenazar y gritar, por sus siglas en inglés), es una herramienta con resultados adecuados de sensibilidad y especificidad, además de ser una de las pocas que ha sido probada en hombres (18).

En la oferta de referencia de contactos, se deberá de evaluar realizar esta valoración de violencia de pareja. Aunque la efectividad de la referencia de contactos se ha documentado que no se ve afectada en aquellas personas que reportan historial de violencia de pareja(4), esta acción busca proteger la integridad de la persona que accede al servicio de salud. Si la persona responde afirmativamente a alguna de las preguntas del cuestionario, no se procederá a notificar esta pareja. Debe de verificarse de manera verbal lesiones físicas o violencia sexual reciente y ofrecer vincular a la persona a atención médica. Se ofrecerá a la persona vincularla a sicología o salud mental para dar seguimiento.

Diagnóstico de VIH

Un aspecto clave para garantizar el desarrollo adecuado de la estrategia de referencia de contactos representa el diagnóstico de VIH.

En una revisión sistemática realizada, se identificaron que, aunque de diagnósticos incorrectos asociados a falsos positivos es baja, con una mediana de 3.1%, el desempeño óptimo de los algoritmos de diagnóstico fue el factor común más frecuente asociado a diagnósticos incorrectos, principalmente, resultados falso positivos asociados al uso de una prueba de "desempate" para confirmar (19).

Se debe considerar que existen dos tipos de pacientes que serán diagnosticados de VIH: diagnósticos de VIH realizados por otro servicio y vinculados para inicio de TAR y diagnósticos de VIH realizados por el servicio. Para ambos casos, la OMS recomienda la repetición de pruebas (o retesteo) previo al inicio de TAR (20).

Esto principalmente para poder identificar casos de diagnóstico incorrecto, considerando los efectos tanto para la salud del individuo como la carga al sistema de salud. Retesteo se refiere a realizar la secuencia de pruebas de un nuevo espécimen por cada persona con diagnóstico positivo. El objetivo de esto descartar errores técnicos en cualquier fase del proceso (pre analítico, analítico o post analítico). Para más detalle puede revisar el Anexo 10, donde se explica el proceso de retesteo y la secuencia de pruebas recomendada por cada país.

Cierre de caso

Considerando los diferentes aspectos que representa dar seguimiento a las contactos y casos índice para su vinculación, es importante definir límites para poder considerar que un caso ha concluido su seguimiento. Es importante identificar el límite de tiempo de cada una de las intervenciones.

Es importante destacar que, aunque un caso índice se haya cerrado, el caso se deberá de verificar al menos 1 vez al año, mientras la persona continúe en seguimiento en la clínica, considerando que puede cambiar de pareja sexual durante el año.

TABLA 2: Criterios para cierre de caso

TIPO DE CASO	CONDICIÓN	INTERPRETACIÓN	LÍMITE
Caso índice	Caso índice rechaza referencia de contactos	Fracaso en oferta de referencia	-
Caso índice	Caso índice ha referido todos sus contactos	¡Éxito!	-
Caso índice	Contactos que seleccionaron referencia dual no vinculadas	Fracaso en referencia dual	3 llamadas al caso índice, periodo máximo 3 meses
Caso índice	Contactos que seleccionaron llamada telefónica no vinculadas	Fracaso en referencia por llamada	3 llamadas, periodo máximo 1 mes
Caso índice	Contactos que seleccionaron referencia por contrato no vinculadas	Fracaso en referencia por contrato	3 llamadas al caso índice para ver cumplimiento de contrato, periodo máximo, la duración del contrato. Una vez vencido el contrato, manejar igual que referencia telefónica.

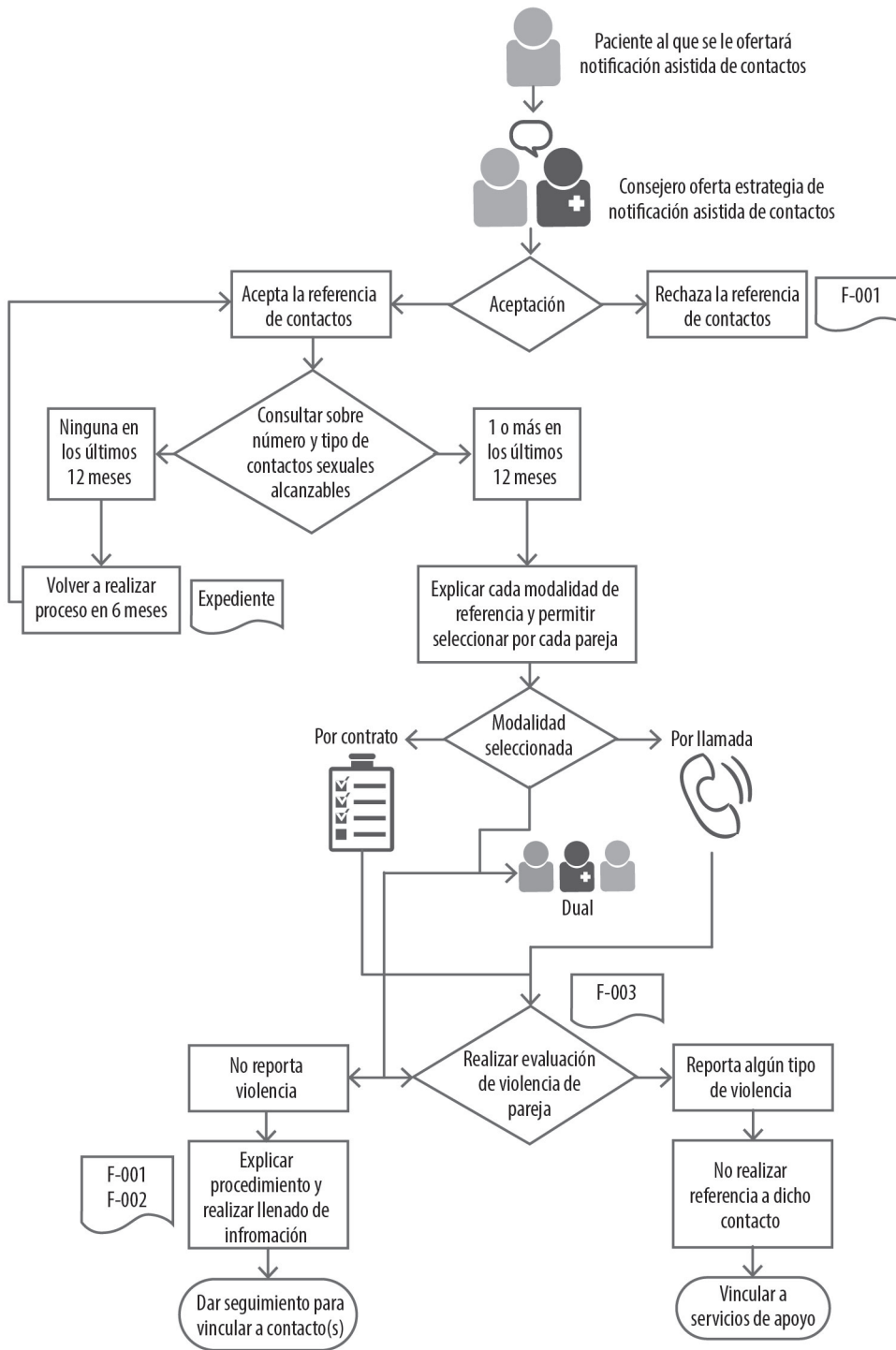
Fuente: Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH

REFERENCIAS

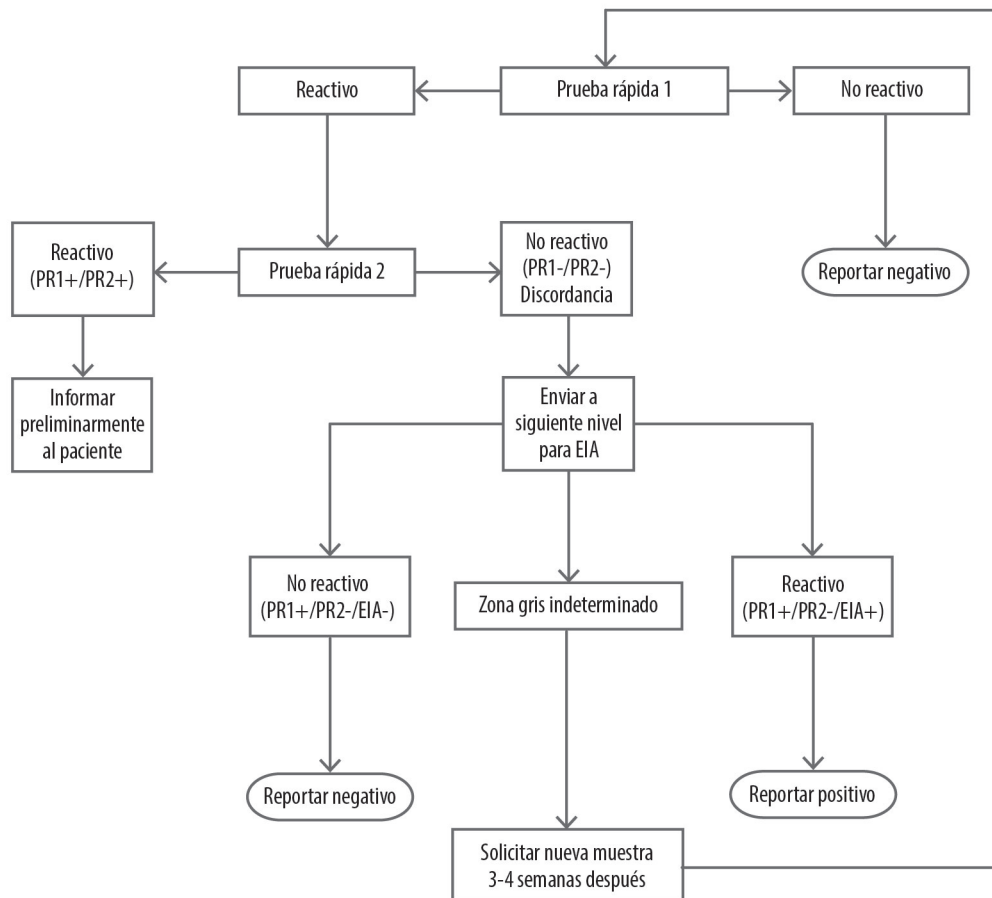
1. WHO. HIV Testing Services: HIV Self-Testing and Partner Notification. 2016;(December).
2. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(10). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002843.pub2>
3. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *Aids*. 2017;31(13):1867–76.
4. Goyette MS, Mutiti PM, Bukusi D, Wamuti BM, Otieno FA, Cherutich P, et al. HIV Assisted Partner Services Among Those With and Without a History of Intimate Partner Violence in Kenya. *J Acquir Immu*. 2018;78(1):16–9.
5. Congreso de la República de Guatemala. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA. Guatemala; 2000 p. 12.
6. Poder Judicial de Honduras. Ley Especial sobre VIH/SIDA [Internet]. Honduras; 1999 p. 16. Available from: <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/LeyEspecialVIHSIDA.pdf>
7. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana. El Salvador; 2016.
8. Asamblea Nacional de Panamá. Ley 40. 2018.
9. MSPAS. Lineamientos para la orientación en ITS, VIH y Sida. 2008.
10. MINSAL. Guía para la consejería previa y posterior a la prueba del VIH-SIDA. 2005.
11. SESAL. Guía de consejería en VIH basada en riesgo. 2017.
12. MINSA. Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA. 2007.
13. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med* [Internet]. 2000 Mar 30;342(13):921–9. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJM200003303421303>
14. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy HIV Transmission in Serodifferent Couples Using Suppressive ARTHIV Transmission in Serodifferent. *JAMA* [Internet]. 2016 Jul 12;316(2):171–81. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
15. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre , prospective , observational study. 2019;6736(19).
16. UNAIDS. UNAIDS Data 2018 [Internet]. Geneva; 2018. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf
17. Basile K, Hertz M, Back S. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1. Atlanta; 2007.
18. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):439–445.e4.

19. Johnson CC, Fonner V, Sands A, Ford N, Obermeyer CM, Tsui S, et al. To err is human, to correct is public health: A systematic review examining poor quality testing and misdiagnosis of HIV status. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 6):7–18.
20. WHO. Consolidates guidelines on HIV testing services. 2015.

Anexo 3: Esquema general de notificación de contactos



Diagnóstico de VIH por medio de anticuerpos en Panamá



Referencia: MINSA. Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. 2016

