

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Catalano H, Milione H y col. Controversias acerca del test VIH para todos. *Rev Arg Med* 2017;5[2]:111-114

Recibido: 27 de febrero de 2017.

Aceptado: 10 de abril de 2017.

¹Especialista en clínica médica. Profesor de Medicina Interna de la UBA. Presidente de la SAMIG. Miembro de la CD de la SAM. Integrante de la Comisión de Prevención Cuaternaria de la SAM.

²Especialista en clínica médica. Profesor de Medicina Interna de la UNLaM. Miembro de la CD de la SAM. Presidente de la Comisión de Prevención Cuaternaria de SAM.

³Especialista en clínica médica. Docente Adscripto de la UBA. Miembro de la CD de la SAM. Integrante de la Comisión de Prevención Cuaternaria de SAM.

⁴Especialista en Clínica Médica. Profesor de Medicina Interna de la UBA y la UNLaM. Presidente de la SAM. Integrante de la comisión de prevención cuaternaria de la SAM.

⁵Especialista en Enfermedades Infecciosas. Miembro de la SADI. Asesor del Ministerio de Salud de CABA. Subdirector de la carrera de Especialista de Enfermedades Infecciosas de la UBA.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Silvio Payaslian. Correo electrónico: spayaslian@hotmail.com

CONTROVERSIAS ACERCA DEL TEST VIH PARA TODOS

CONTROVERSIES ABOUT HIV TEST FOR EVERYBODY

Comisión de Prevención Cuaternaria de la Sociedad Argentina de Medicina
Hugo Catalano,¹ Hugo Milione,² Silvio Payaslian,³ Pascual Valdez,⁴ Daniel Pryluka⁵

RESUMEN

El 12 de enero de 2017, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina publicó en el Boletín Oficial la Resolución 55 – E/2017 que dispone una serie de obligaciones y recomendaciones para los miembros de los equipos de salud con respecto a la realización del test del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y establece, entre otras cosas, la obligatoriedad de ofrecer el test en determinados casos y la no obligatoriedad de contar con una orden médica para acceder al testeo en el ámbito público de la República Argentina. De inicio, el análisis crítico de la resolución nos enfrenta a dos interrogantes centrales a responder: ¿cuál es la evidencia que sostiene las definiciones principales de la resolución? Y ¿cuáles son los potenciales daños que conlleva la misma? Más allá de los análisis y la falta de evidencias duras que avalen la práctica, seguimos fortaleciendo el diálogo en el marco de las decisiones compartidas pero, a la vez, pensamos que hay que realizar un análisis detallado de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del sistema, antes de emitir estas recomendaciones, además de brindar más herramientas a los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE. Test de VIH, prevención, normativas, prevención cuaternaria, morbilidad, mortalidad, metas de la Organización Mundial de Salud (OMS), conflictos de interés, antirretrovirales.

ABSTRACT

On January 12, 2017, in Resolution 55 - E/2017 of the Official Gazette, the Ministry of Health of the Argentine Nation published a series of obligations and recommendations for members of healthcare teams regarding the performance of the test of human immunodeficiency virus (HIV). The publication establishes, inter alia, the obligation to offer the test in certain cases without requiring a doctor's order in the public level of the Argentine Republic. At the outset, a critical analysis of the resolution poses two central questions to answer: what is the evidence that supports the main definitions of the resolution? And what are the potential damages that it entails? Besides the analysis and the lack of material evidence supporting the practice, we continue to endorse the dialogue within the frame of shared decisions. However in turn we think that it must be carried out a detailed analysis of the strengths, opportunities, weaknesses and threats of the system before issuing these recommendations, in addition to providing more tools to healthcare professionals.

KEY WORDS. HIV test, prevention, regulations, quaternary prevention, morbidity, mortality, aims of the World Health Organization (WHO), conflicts of interest, antiretroviral drugs.

Introducción

El 12 de enero de 2017, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina publicó en el Boletín Oficial la Resolución 55 – E/2017 que dispone una serie de obligaciones y recomendaciones para los miembros de los equipos de salud con respecto a la realización del test del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y establece, entre otras cosas, la obligatoriedad de ofrecer el test en determinados casos y la NO obligatoriedad de contar con una orden médica para acceder al testeo en el ámbito público de la República Argentina. Los artículos que conforman el núcleo de la resolución son:

Artículo 1º: Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test de diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana con información a personas que en la consulta médica se verifiquen las patologías o circunstancias anunciadas en el ANEXO I.

Artículo 2º: Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana con información a la pareja de la mujer embarazada.

Artículo 3º: Recomiéndase a todos los miembros del equipo de salud informar y ofrecer la prueba de detección del VIH con información a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud independiente de la causa.

Artículo 4º: Establécese la no obligatoriedad de una orden firmada por un médico para la realización y/o procesamiento de las pruebas para detección del virus del VIH, en todo el sistema público, bastando la simple solicitud y la firma del consentimiento informado de las personas interesadas en cualquier lugar donde se realicen los test.

La resolución completa, con sus fundamentos, artículos y anexos, se encuentra en <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/cHhzd1pmTGFDSHMrdTVReEh2ZkU0dz09>.

La Comisión de Prevención Cuaternaria de la Sociedad Argentina de Medicina realizó un análisis crítico de la Resolución 55 – E/2017 con el fin de buscar evidencia que la sostenga, para generar luego una posición o recomendación que hace pública mediante este artículo.

Discusión

El análisis crítico de la resolución nos enfrenta de inicio con dos interrogantes centrales y otras inquietudes colaterales:

1. ¿Cuál es la evidencia que sostiene las definiciones principales de la resolución?

El primer aspecto a considerar, que subyace en los fundamentos de la resolución pero que, sin embargo, es el punto de partida para el análisis de la evidencia respaldatoria de la misma, es determinar si el testeo del VIH tiene buena relación costo-efectividad. Al respecto se puede comprobar que existe una extensa literatura que considera que este test es costo-efectivo, especialmente en poblaciones con una seroprevalencia mayor o igual al 0,1% (1-6). Establecido esto, se buscó evidencia que respondiera:

a. ¿La realización de VIH de manera universal y rutinaria permite detectar un mayor número de pacientes seropositivos que la pesquisa dirigida por riesgo?

Con respecto a este punto, ya en el año 2006 el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) modificó recomendaciones propias previas que sugerían indicar el test de VIH sólo para pacientes de alto riesgo y embarazadas a fin de recomendar la realización del test de VIH de forma rutinaria y voluntaria a todos los pacientes (7). Los fundamentos de esta nueva recomendación del CDC se basaron en que, primero, el VIH era un problema de salud serio que podía diagnosticarse antes de que aparecieran los síntomas; segundo, el VIH podía detectarse de manera confiable, económica y no invasiva; tercero, el tratamiento temprano, antes del inicio de los síntomas, podía brindarle al paciente más años de vida y cuarto, el costo-beneficio del testeo era razonable. En el mismo sentido se destacan algunos ensayos al azar y controlados, realizados con el objetivo de determinar si es mejor realizar testeo de VIH dirigido por riesgo o de manera universal. Dos de estos estudios, uno hecho en el ámbito de la atención primaria de Londres y el otro en el departamento de emergencias del Hospital Universitario de Cincinnati, mostraron que es mayor la posibilidad de encontrar pacientes seropositivos si se realiza el test de VIH de manera rutinaria y universal por sobre el testeo dirigido por riesgo (8,9). En la misma dirección, puede destacarse un trabajo argentino que consistió en el ofrecimiento del test de VIH a todo paciente que era internado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante un período de seis meses. Durante este estudio, se analizaron factores demográficos, tasa de aceptación del test, razones del rechazo y nuevos diagnósticos realizados. La conclusión de este trabajo argentino fue que el ofrecimiento universal del test de VIH, en esas circunstancias, era una práctica aceptable y potencialmente efectiva para diagnosticar nuevos pacientes infectados con el virus (10).

b. ¿La detección temprana del VIH mejora el pronóstico de los pacientes?

En lo referente a este punto, la bibliografía muestra una reducción de la morbimortalidad de los pacientes que realizan terapia antirretroviral y profiláctica temprana con respecto a aquellos que comienzan un tratamiento tardío (11-15). De todos modos, es necesario destacar que el trabajo quizás más importante de todos estos, el INSIGHT START, aceptado por toda la comunidad médica mundial como un hallazgo excepcional, se detuvo tempranamente por beneficio, situación que pudo haber sesgado sus resultados; además de ser un estudio abierto. También es remarcable que la provisión de las drogas para el estudio fue sostenida por algunos de los laboratorios fabricantes de antirretrovirales más grandes, como se menciona muy brevemente al final del trabajo y en letra más pequeña. El estudio HPTN 052 (16) muestra que los pacientes tratados transmiten menos la enfermedad que los no tratados y, aunque no era su objetivo, también muestra que el tratamiento temprano disminu-

ye el número de eventos clínicos. No obstante, este estudio tampoco está exento de conflictos de interés.

Al mismo tiempo que se trata de contestar estas dos preguntas, es evidente que existen algunas razones epidemiológicas explicitadas en la resolución como argumento de su génesis, que merecerían una fundamentación mayor a la brindada:

- En 2015 la Argentina suscribió a las metas regionales 90-90-90 de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) mediante las que se aspira al diagnóstico del 90% de la población infectada con VIH para el año 2020; a que de esa población, el 90% esté bajo tratamiento y que, de este grupo, el 90% tenga niveles indetectables de carga viral. Ese mismo año, en nuestro país, entró en vigencia la recomendación de la oferta universal de tratamiento desde el momento del diagnóstico para las personas que tienen el virus.
- Según las últimas estimaciones publicadas en el boletín epidemiológico de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, presentado en diciembre de 2016, en la Argentina viven 120 mil personas con VIH, de las cuales el 30% tiene el virus y no lo sabe. Las cifras de diagnósticos tardíos, obtenidas a partir de las notificaciones, reportan un 33,3% de diagnósticos tardíos en varones y un 23,8% en mujeres.

De estos dos párrafos, el primero se basaría en los fundamentos emanados del INSIGHT START, cuyas objeciones se mencionan más arriba y el segundo se basa en suposiciones y proyecciones pobremente validadas. Por todo esto, ambos considerandos pueden entenderse como frágiles.

Para concluir con la evidencia que fundamentaría la resolución, se observa que UpToDate recomienda realizar un test de *screening*, al menos una vez, a TODO adulto y adolescente de entre 13 y 75 años sin factores de riesgo para adquisición de VIH, en lugar de realizar un test de *screening* basado en riesgo (GRADE 1B) (17). Además, recomienda la solicitud del test a toda embarazada, en cada embarazo, en una aproximación *opt-out* (es decir, se le pide de rutina, salvo que expresamente lo rechace). Para realizar estas recomendaciones UpToDate se apoya en que, en primer lugar, existe una fuerte evidencia sobre la relación costo-efectividad del testeo de VIH; en segundo, 1,2 millones de personas estaban infectadas por el VIH en los EE.UU. en 2011 y 14% de ellos lo desconocían; en tercero, la OMS reportó en 2015 que el 54% de los pacientes infectados en todo el mundo no conocían su condición de tal; cuarto, identificar a los pacientes con VIH permitiría que comenzaran con una terapia antirretroviral temprana, lo que reduciría su morbimortalidad; quinto, también permitiría que tengan cuidados preventivos adecuados (inmunizaciones y antibióticos profilácticos) y sexto, identificar a los pacientes con VIH permitiría también reducir la transmisión del virus.

Así, el análisis de la evidencia realizado apoyaría algunos fundamentos de la resolución, pero existen aún algunos

puntos oscuros, bien sea porque la resolución omite algunas precisiones sobre la evidencia utilizada o porque parte de la bibliografía analizada es pasible de cuestionamientos. Cuando se lee con cuidado la resolución, se observa que algunos fundamentos podrían tener un carácter más político que basado en evidencias. Eso podría entenderse porque existen corrientes sanitarias mundiales que muchas veces condicionan las acciones en salud pública. En ese sentido, hay que destacar que la Organización Mundial de la Salud redactó una guía sobre testeo de VIH que está en consonancia con lo determinado en la resolución (18).

2. ¿Cuáles son los daños que podría traer la aplicación de la resolución?

En primer lugar, la resolución no tiene en cuenta los daños potenciales del planteo. Por ejemplo, el peligro de los falsos positivos que, si bien son pocos, existen, aunque debe tenerse en cuenta que, de seguirse el algoritmo, siempre se exige prueba confirmatoria. Otro aspecto no contemplado es que el artículo 4 empodera a aquellas personas que quieran hacerse una determinación de VIH a solicitar un test sin orden médica, lo que podría ser una forma de medicalización, ya que podría habilitarlos a solicitar el mismo derecho para cualquier prueba diagnóstica. Esto implica un riesgo potencial de “medicina *shopping*”. Si bien es cierto que muchos pacientes piden estudios y el médico trata de explicar por qué NO (cuando corresponde), en este caso no se ve la forma de decir NO si alguien solicita el test del VIH, ya que seguramente tiene una razón que probablemente no es la hipocondría. En este escenario (consultorio) y con la idea de la transparencia con quienes nos consultan, resultaría difícil encontrar un NO para este pedido. De todas formas, ya existen en el mundo métodos de autodiagnóstico de VIH (www.oraquick.com; www.homeaccess.com/products) que en algún momento llegarán a Argentina y que, además de generar inequidad —pues no todos podrán acceder a esos métodos—, podrán colocar a un paciente con un eventual test positivo que se acerca al sistema de salud para una consulta (con las eventuales demoras por los turnos) frente a un profesional que no sólo no le solicitó el test sino que tampoco conoce su historial.

Otro aspecto discutido es que la resolución no considera el impacto emocional de promover la prueba a quienes no la solicitan. Esta problemática generada por el que pregunta «¿Por qué a mí?» podría subsanarse explicando que no hay sospecha de enfermedad en esa persona sino que se trata de una solicitud en bien del ser humano individual y la comunidad en general.

Finalmente, en lo relativo al artículo 4, la resolución tampoco dice nada de la realización del testeo en el ámbito privado, por lo que su aplicación en ese sector es toda una incógnita. Es probable que el laboratorio no pueda reembolsar del prepago el costo del test hecho por un afiliado en forma voluntaria, si no presenta la orden firmada y sellada por el profesional.

Reflexiones

Se podría afirmar que, en la práctica, las definiciones de la resolución no cambiarán radicalmente las conductas que ya se están tomando en el consultorio: pedir el test cuando se sospecha VIH-sida o se está ante pacientes con conductas de riesgo y aceptar la solicitud del test de cualquier otro paciente que así lo requiere. A partir de ahora, la diferencia radicaría en tomar una actitud proactiva en recomendar, con entrega de información pertinente, la realización del test del VIH en el paciente sin conductas de riesgo y que no viene a solicitarlo. La omisión de la recomendación, por otro lado, no debería generar un riesgo legal para el profesional porque: a) se trata de una recomendación y no de una obligación (artículo 3) y b) el paciente ya no tiene el requisito de la orden médica para el testeo y si quisiera podría ir a realizárselo sin ella (artículo 4).

Así, los artículos 1 y 2 no modificarían la conducta actual pero los artículos 3 y 4 causan polémica.

Respecto al artículo 3, acerca de la recomendación de informar y ofrecer el test de VIH a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud, significa que quien consulte a un especialista no clínico por una patología de cualquier índole, este le ofrecerá el test pero ¿ese profesional luego lo va a seguir? ¿Está capacitado en comunicación de malas noticias, contención, seguimiento? O ¿va a derivarlo a un especialista y sobrecargar así la consulta de este?

Respecto del artículo 4, empoderar a la población desde el plano de la gestión superior para que se realice el test parece

una buena medida pero si se hace fuera del marco de una consulta médica, donde se toman decisiones compartidas o al menos dialogadas, después el paciente, con el eventual test positivo en mano, debe solicitar turnos en sus diferentes sistemas, con las demoras habituales y toda la carga emocional involucrada. Si consulta a una guardia para acortar los tiempos, probablemente no encuentre la contención y orientación necesaria. Y para el profesional, tener la primera consulta de un paciente que le acerca un test positivo que se hizo por un *screening* solicitado por "el sistema" puede llegar a generarle una situación poco cómoda, si se considera que no todos los médicos se encuentran preparados en comunicación de malas noticias (máxime en una noticia de un paciente que acaba de conocer, con una historia biológica y biográfica que no conoce). Para no caer en el modelo paternalista, ni en el del médico hegemónico, se podría sugerir también que se le entregue información acerca de la prueba a aquellos que se acercan a un hospital público, a fin de ser "transparentes" con quienes adquieren el poder de solicitar un estudio sin un proceso de decisiones compartidas. Este acto involucraría respetar al paciente como un especialista en sí mismo y al médico como un especialista en el tema de consulta.

Seguimos fortaleciendo el diálogo en el marco de las decisiones compartidas pero, a la vez, pensamos que hay que realizar un análisis minucioso de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del sistema, antes de emitir estas recomendaciones, además de brindar más y mejores herramientas a los profesionales de la salud. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

- Hutchinson AB, Farnham PG, Duffy N, et al. Return on public health investment: CDC's Expanded HIV Testing Initiative. *JAIDS* 2012;59(3):281-6
- Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352(6):586-95
- Walensky RP, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Routine human immunodeficiency virus testing: an economic evaluation of current guidelines. *Am J Med* 2005;118(3):292-300
- Paltiel AD, Walensky RP, Schackman BR, et al. Expanded HIV screening in the United States: effect on clinical outcomes, HIV transmission, and costs. *Ann Intern Med* 2006;145(11):797-806
- Long EF, Brandeau ML, Owens DK. The cost-effectiveness and population outcomes of expanded HIV screening and antiretroviral treatment in the United States. *Ann Intern Med* 2010;153(12):778-89
- Branson BM. To screen or not to screen: is that really the question? *Ann Intern Med* 2006;145(11):857-9
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(RR-14):1-17
- Leber W, McMullen H, Anderson J, et al. Promotion of rapid testing for HIV in primary care (RHIVA2): a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet HIV* 2015;2(6):e229-35
- Lyons MS, Lindsell CJ, Ruffner AH, et al. Randomized comparison of universal and targeted HIV screening in the emergency department. *JAIDS* 2013;64(3):315-23
- Socías ME, Hermida L, Singman M, et al. Routine HIV Testing among Hospitalized Patients in Argentina. Is it Time for a Policy Change? *PLoS One* 2013;8(7):e69517
- Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 2006;194(1):11-9
- Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) of IeDEA. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One* 2013;8(12):e81355
- Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaudo HJ, et al; HPTN 052-ACTG Study Team. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *The Lancet. Infectious diseases* 2014;14(4):281-90
- Danel C, Moh R, Gabillard D, et al; TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *N Engl J Med* 2015;373(9):808-22
- Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al; INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med* 2015;373(9):795-807
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011;365:493-505
- Bartlett JG, Sax PE. Screening and diagnostic testing for HIV infection. *UpToDate*. Disponible en: UpToDate. Acceso: 3 de junio de 2017
- World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1