

# Hacia la implementación del autotest de VIH: estudio de aceptabilidad en poblaciones clave

Autores: Mercedes Nadal<sup>1</sup>, José Barletta<sup>2</sup>, Marysol Orlando<sup>3</sup>, Natalia Cochón<sup>4</sup>, Ariel Adaszko<sup>3</sup> y Julia Recchi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Área de Prevención, <sup>2</sup>Área de Asistencia, <sup>3</sup>Información Estratégica y <sup>4</sup>Gestión del Laboratorio Bioquímico, de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

## Por qué el autotest

Desde su inicio, la dinámica de la epidemia de VIH en nuestro país refleja tanto las profundas desigualdades sanitarias y socioeconómicas como la discriminación y el estigma que afectan en particular a las poblaciones clave, y que se traducen en una incidencia desproporcionada en comparación con la de los adultos y adultas de la población general. En este sentido, el Plan Estratégico 2021-2026 de ONUSIDA propone maximizar el acceso a los servicios relacionados con el VIH y derribar las barreras que impiden que las poblaciones clave accedan a ellos, como pilares fundamentales para alcanzar el fin de la epidemia (1).

El autotest de VIH es el proceso en el que una persona recolecta su propia muestra clínica (por ejemplo, sangre o saliva), realiza la prueba e interpreta sus resultados (2, 3). A escala individual, el autotest de VIH es una herramienta adicional en la respuesta a la epidemia, que permite a las personas hacerse el test en forma autónoma y privada, cuando y donde prefieran. Desde el punto de vista programático, además, favorece la descentralización de los servicios de diagnóstico y estimula la generación de demanda en las poblaciones clave, entre quienes por su mayor incidencia de VIH el testeo frecuente resulta prioritario, y que no son suficientemente alcanzadas por las estrategias actualmente implementadas (2).

Los autotest de VIH hoy disponibles en el mercado en otros países de la región muestran un desempeño comparable al de los métodos estándar para diagnóstico y varios de ellos fueron precalificados por la Organización Mundial de la Salud, que recomienda su incorporación a las políticas nacionales de diagnóstico con especial foco en las poblaciones clave (4-7). Más allá de su performance analítica, la implementación del autotest requiere evaluar su aceptabilidad en las poblaciones destinatarias; es decir, cuantificar en qué medida la estrategia responde a las necesidades de las personas usuarias de manera de motivarlas a utilizarla apropiadamente.

## El estudio de aceptabilidad

Por su mayor incidencia de VIH en comparación a las adultas y adultos de la población general, y porque a menudo enfrentan barreras significativas en el acceso a los servicios de salud que reflejan el estigma y discriminación asociados a sus prácticas e identidades, acercar estrategias innovadoras de diagnóstico que puedan ser implementadas en el lugar donde las personas que pertenecen a las poblaciones clave viven, trabajan y se relacionan es un salto de calidad sin precedentes en la respuesta al VIH en nuestro país.

Para evaluar la aceptabilidad de la estrategia en poblaciones clave (Figura 1), es necesario involucrar directamente

a las personas destinatarias en la generación de evidencia. Este proceso tiene como objetivo no solo proveer conocimiento novedoso sino también guiar el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a y centradas en las personas, y que apuntan a responder a determinantes que condicionan la situación de mayor vulnerabilidad y exclusión.

El estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina nace en 2019 como una iniciativa de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis en conjunto con OPS/OMS, con la colaboración y asesoramiento técnico del Consejo Consultivo Bioquímico de la Dirección. Con el apoyo técnico y financiero de OPS, el estudio multicéntrico se inició en 2021 y constó de dos etapas: una instancia de validación del dispositivo y la técnica, cuya dirección técnica y coordinación estuvo a cargo del Laboratorio Central del Ministerio de Salud de Córdoba, y una segunda etapa multicéntrica de evaluación de la aceptabilidad y desempeño, de la que participaron las provincias de Córdoba, San Luis y Salta; se estimó un tamaño muestral por conveniencia de 600 voluntarios/as. Los centros participantes fueron elegidos en función de su articulación con la sociedad civil y en particular con poblaciones clave, su experiencia previa en investigación y su contexto epidemiológico. El protocolo fue evaluado por la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación y aprobado por los comités de Ética en Investigación de los centros participantes, y conducido de acuerdo a las normas nacionales e internacionales de buena práctica clínica. En esta primera instancia, el estudio incluyó a mujeres trans, varones trans, varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis y trabajadores y trabajadoras sexuales; la población objetivo fue definida en función de su alta prevalencia de VIH y de la necesidad de generar evidencia que permita guiar la generación de políticas públicas específicamente dirigidas a estas poblaciones clave.

Se invitó a participar del piloto a poblaciones clave que concurrían a testearse a los centros intervinientes y tanto los programas provinciales de VIH como las organizaciones de la sociedad civil involucradas participaron activamente en la difusión del estudio y en el reclutamiento de voluntarios y voluntarias.

Figura 1. Definición operativa de poblaciones clave

### Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis (HSH)

*Cis* refiere a las personas en quienes la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer; y *relaciones sexuales* refiere a la práctica de sexo anal (receptivo o insertivo) u oral. Esta definición es independiente de la orientación sexual informada por las personas y de su identificación con cualquier comunidad o grupo social. Este grupo no incluye a las mujeres trans (véase más abajo).

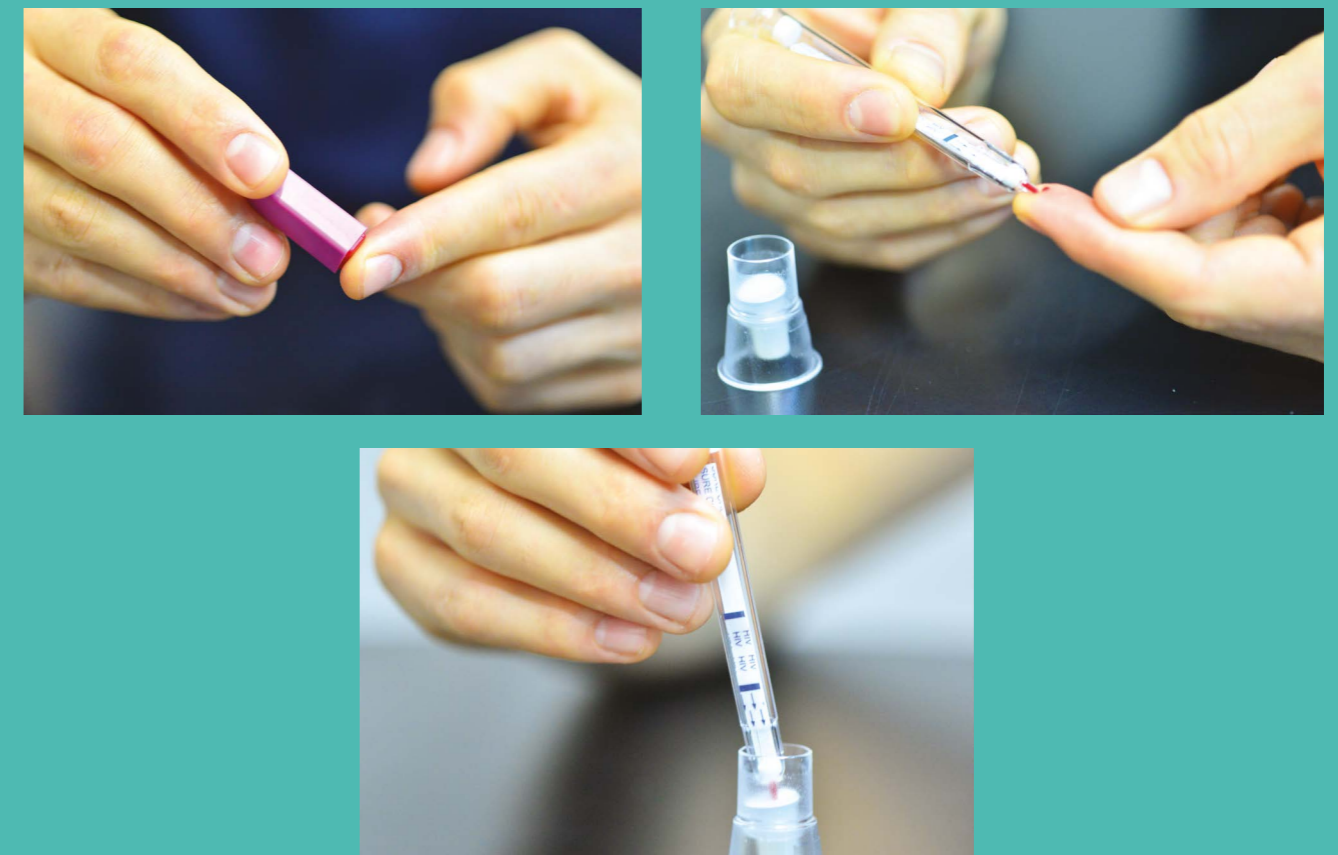
### Personas trans

*Trans* es un término que refiere a las personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer.

### Trabajadores y trabajadoras sexuales

Incluye a personas que reciben dinero, bienes o servicios a cambio de servicios sexuales ocasional o regularmente. La definición es independiente de que la persona se autoidentifique a sí mismo/a como trabajador/a sexual.

Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. 2019. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf). [consultado: 25/6/2020].



El dispositivo de autotest empleado en el estudio es una inmunocromatografía de flujo lateral que detecta anticuerpos anti VIH-1/2 que está precalificado por OMS. Fue empleado en sangre entera obtenida por punción digital realizada por los participantes. El dispositivo se entregó a los participantes en forma de un kit de uso único que contenía el dispositivo de autotest y un instructivo de uso junto con un soporte, una toallita desinfectante, una lanceta, una gasa estéril y un apósito autoadhesivo.

## Los resultados

El inicio del estudio y el reclutamiento de participantes se vieron seriamente afectados por la pandemia de COVID-19, que implicó un desafío sin precedentes para los equipos de salud involucrados. Las dificultades en el acceso de las personas a los servicios de diagnóstico durante la pandemia de COVID-19 también se reflejaron en el ritmo de reclutamiento del estudio: en las primeras semanas fueron muy pocas las personas que fueron a los centros a testearse, por lo que los equipos tuvieron que desarrollar estrategias específicas para acercarse a las poblaciones objetivo. Estas acciones fueron principalmente territoriales y todas estuvieron centradas en las personas y sus necesidades. Algunas de ellas fueron: la articulación con organizaciones de la sociedad civil con pertenencia a poblaciones clave, la ampliación geográfica de la oferta mediante la instalación de dispositivos en el interior de las provincias, el entrenamiento de promotores/as de salud para la difusión y promoción de las acciones, la instalación de dispositivos en zonas de circulación y participación comunitaria de poblaciones clave por fuera del sistema de salud, la oferta de autotest acompañada por otras prestaciones de salud (como servicios de ginecología y vacunación). Cabe mencionar una situación particular que se dio en dos de las tres provincias participantes: al difundir la convocatoria mediante spots y materiales gráficos, los equipos recibieron duras críticas y reclamos por parte de algunas organizaciones de la sociedad civil, que consideraron a priori discriminatorio el recorte de las poblaciones destinatarias.

## Perfil de la población del estudio

Aunque la muestra se había estimado inicialmente en un total de 600 participantes, por dificultades en el reclutamiento producto de la pandemia por COVID-19 se alcanzó



una muestra final total de 420 voluntarios/as, 99 en la primera etapa (realizada únicamente en Córdoba) y 321 personas en la segunda: 155 en Córdoba (casi todas en el Laboratorio Central), 110 en Salta (Centro de Salud N° 48) y 56 en San Luis (Gráfico 1).

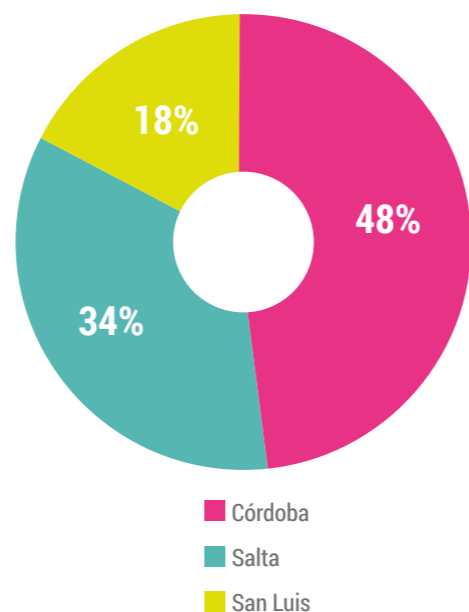
La mediana de edad de las personas que se realizaron el autotest fue de 29 años, con un rango de 16 a 59 años. Como se muestra en el Gráfico 2, la edad de casi la mitad de los participantes se concentra en la franja comprendida entre los 20 y 29 años.

En relación con el género, 213 personas participantes dijeron ser varones cis (66,4%); 46, mujeres trans (14,3%); 46, mujeres cis (14,3%); 7, varones trans (2,2%) y 9 personas indicaron como género la categoría "otro" (Gráfico 3).

El 41% de los participantes completó la educación media y el 58% había empezado o completado un estudio terciario o universitario. En este número pesa la alta proporción de HSH en la muestra, que reportaron un nivel de instrucción mayor que el de los otros colectivos (Gráfico 4).

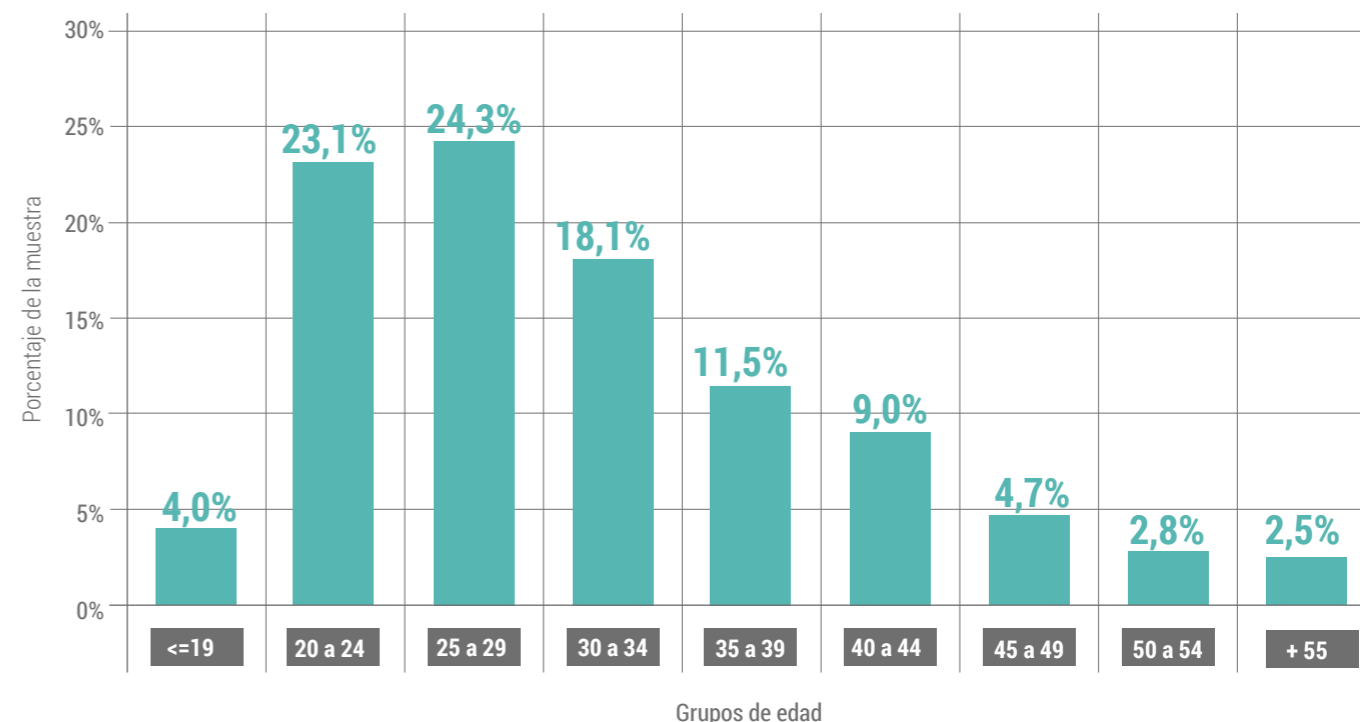
Respecto de las medidas de cuidado en las relaciones sexuales, apenas el 30,8% refirió haber usado "siempre" preservativo en las relaciones sexuales de los últimos tres meses durante una penetración vaginal u anal, aunque no se hizo distinción entre pareja/s estable/s u ocasional/es. El 27,7% de las personas participantes dijo haberlo utilizado "casi siempre"; el 24,6%, "a veces"; y el 16,2%, "nunca".

Gráfico 1. Distribución porcentual de casos de la muestra según provincia de testeo. N=321.



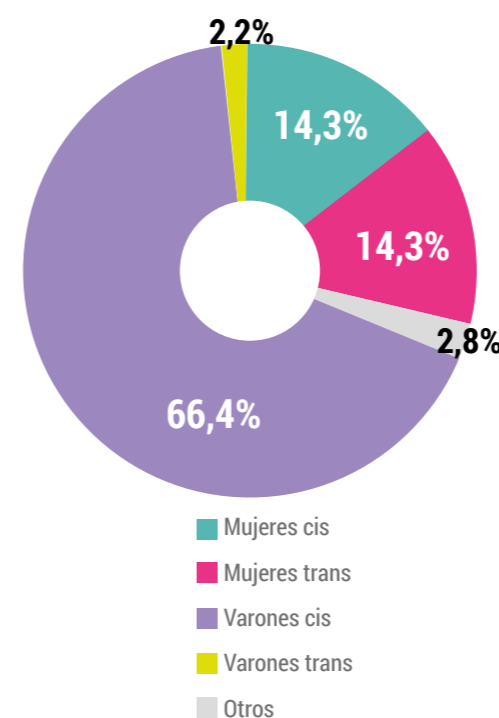
Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 2. Distribución porcentual de casos de la muestra, según edad agrupada.



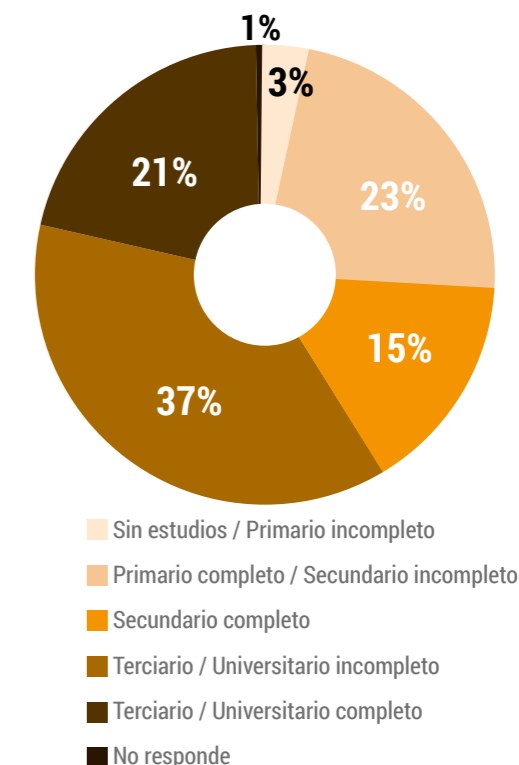
Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 3. Distribución porcentual de casos de la muestra, según género autopercibido.



Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 4. Distribución porcentual de casos de la muestra, según máximo nivel educativo alcanzado.



Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

## Testeos previos y dificultades para el acceso al testeo por la pandemia COVID-19

El 22% de los participantes nunca antes se había hecho un test de VIH. Al indagar sobre el testeo en los últimos doce meses, un 35,8% declaró no haberse hecho y un 33% dijo haberse testado solo una vez.

El 27% de las personas participantes dijo que vio afectado el acceso al testeo por motivo de la pandemia COVID-19, mientras que el 51% no lo vio afectado y el 22% no respondió esta pregunta. No obstante, al consultarles por situaciones específicas, se observa que el 45% consideraba que “los centros de salud/hospitales estaban cerrados o solo atendían personas con COVID-19”, el 41% acordó con que le daba miedo concurrir a un efector de salud a testearse por miedo de contagiarse el COVID-19, el 40% indicó que no sintió la necesidad de testearse porque se expuso menos o no se expuso al VIH por la pandemia o la cuarentena y el 39% indicó que no sabía dónde ir a testearse (Gráfico 5).

## Experiencias de los participantes en la realización del autotest

En su gran mayoría las personas participantes pudieron interpretar el resultado en forma correcta, en concordancia con el test rápido convencional.

Las discordancias, por su parte, fueron las siguientes:

- 2 personas realizaron lecturas incorrectas:
  - 1 resultado negativo interpretado como indeterminado
  - 1 resultado positivo interpretado como negativo
- 5 personas indicaron que no entendían el resultado que marcaba el autotest:
  - 2 resultados eran negativos
  - 3 resultados eran positivos

Se presentaron 12 casos positivos, lo que estableció un porcentaje de positividad del 3,7%: 9 eran HSH y 3, mujeres trans. En cuanto las edades, una persona tenía 58 años y las demás, entre 23 y 34 años.

En relación con la satisfacción en el uso del autotest, el 96% indicó que la realización del autotest le había resultado fácil, el 95% encontró que las instrucciones eran claras, en el 88% de los casos indicaron que les había resultado sencillo interpretar los resultados, al 89% le resultó confiable el resultado del autotest, el 94% planteó que lo usaría de nuevo si estuviera disponible en forma gratuita (por ejemplo, en efectores de salud), el 92% consideró que se testearía más seguido si el autotest estuviera disponible en farmacias o servicios de salud y el 94% recomendaría su uso a otras personas.

Por otro lado, el 91% de las personas participantes indicaron que consultarían con el equipo de salud ante un resultado positivo y solo el 20% indicó que el tiempo de espera para el resultado del autotest le había resultado demasiado largo. En cuanto al momento de la realización del autotest, el 52% de las personas participantes indicó que optaría por usarlo acompañado de alguien de su confianza.

Las ventajas principales indicadas fueron: la privacidad al momento de hacerse el análisis (42%), la comodidad (33%) y la posibilidad de elegir si estar acompañado/a o solo/a durante la realización del autotest (16%).

Al consultar por las desventajas, el 54% de las personas participantes indicó que no encontraba desventajas. El 22% respondió que no sabría qué hacer si el test le diera positivo, mientras que el 13% expresó que le gustaría estar acompañado por el equipo de salud durante la realización del testeo.



Gráfico 5. Dificultades encontradas en relación con el acceso al testeo por la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento/distanciamiento, en porcentajes.

Los centros de salud/hospitales estaban cerrados o solo atendían personas con COVID-19	45%
Me dio miedo ir al hospital/centro de salud a testearme y contagiarme COVID-19	41%
No sentí la necesidad de testearme porque no me expuse/me expuse menos al VIH por la pandemia o la cuarentena	40%
No sabía dónde ir a testearme	39%
No podía circular para ir a testearme por las restricciones de la cuarentena	36%
Los centros de salud/hospitales estaban abiertos pero no ofrecían testeo para VIH	33%
Busqué información sobre dónde testearme (ej.: en internet) pero no la encontré	22%
No tenía plata para viajar al centro de testeo porque mis ingresos se redujeron por la pandemia y la cuarentena	15%

Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

## Próximos pasos

Los resultados de este estudio demuestran que la incorporación del autotest como estrategia de testeo tiene el potencial de lograr un alto impacto en la ampliación del acceso al diagnóstico de las poblaciones clave, al menos en dos sentidos: por un lado, acercar el testeo a personas que nunca antes se habían testado y por el otro, aumentar la frecuencia del testeo en quienes ya acceden pero lo hacen con una frecuencia insuficiente.

Desde la DRVIHVyT nos proponemos desarrollar recomendaciones para que los equipos de salud ofrezcan el autotest con el fin de promover acciones que puedan abarcar la heterogeneidad de necesidades de las poblaciones objetivo y de facilitar su implementación a escala programática. En este sentido, la articulación con la sociedad civil y el desarrollo de acciones territoriales para la difusión, implementación y seguimiento de la estrategia resultan fundamentales para lograr una mayor llegada y asegurar el acompañamiento de las personas usuarias.

## Agradecimientos

A los programas de VIH, los equipos de salud y a las OSC que con esfuerzo y compromiso lograron completar el estudio, aún en circunstancias sumamente desfavorables, y a todas las personas que participaron de él, por su predisposición y tiempo.

## Equipos de trabajo

### Córdoba

Diosnel Siro Bouchet (Investigador principal), María Gabriela Barbás, Griselda María Cuellos, Mariel Borda, Susana Gignard, Florencia Fattore, Natalia Altamirano, Laura Gutiérrez, María Agustina Fragueiro, Gabriela Urfulian, Camila Rosso, Agustín Sosa, Valentina Monzón, Lucía Garbarino, Belén Jordan, Ayelén Gutiérrez, Naiara Picco, Evelyn Vergara, Julia Barrientos Díaz, Marcos Balangero, Valentín Leonardo Londero Montini.

### Salta

Laura Caporaletti (investigadora principal), María Abán, Mónica Soto, Javier Álvarez, Javier Ghilarardoti, Amalia Mendilarzu, Centro de Salud Nro. 48 Barrio Ceferino Guardia.

### San Luis

Juan Millan (investigador principal), Sebastián A. Cinquemani, Jessica Miranda, Romina Evelyn Méndez, Víctor A. Martínez Núñez, Analía Ribolzi, Roxana Poblete, Romina Gatica, Alejandra Cuello, Noelia Soledad Videla, Cynthia Domínguez.

## Referencias

1. UNAIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 — End Inequalities. End AIDS. el 25 de marzo de 2021;164.
2. World Health Organization. WHO recommends HIV self-testing – evidence update and considerations for success [Internet]. 2019 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261506/retrieve> [consultado: 16/1/2020].
3. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services for a a changing epidemic - Policy brief [Internet]. 2019 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261990/retrieve> [consultado: 11/12/2019].
4. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics. PUBLIC REPORT. Product: OraQuick HIV Self-Test. WHO reference number: PQDx 0159-055-01 [Internet]. 2018 Disponible en: [https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/evaluations/pq-list/180622\\_amended\\_final\\_pqpr\\_0159\\_055\\_01\\_hiv\\_self\\_test\\_v8.pdf](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/180622_amended_final_pqpr_0159_055_01_hiv_self_test_v8.pdf) [consultado: 30/1/2019].
5. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics PUBLIC REPORT. Product: OraQuick HIV 1/2 Rapid Antibody Test. WHO reference number: PQDx 0159-055-00 [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/evaluations/pq-list/hiv-rdts/160616\\_amended\\_final\\_public\\_report\\_0159\\_055\\_00\\_v3.pdf](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/hiv-rdts/160616_amended_final_public_report_0159_055_00_v3.pdf) [consultado: 12/12/2019].
6. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics Programme. PUBLIC REPORT. Product: SURE CHECK® HIV 1/2. Assay Number: PQDx 0054-006-00 [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/evaluations/180604\\_amended\\_final\\_pqpr\\_0054\\_006\\_00\\_v2.pdf?ua=1](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/180604_amended_final_pqpr_0054_006_00_v2.pdf?ua=1) [consultado: 12/12/2019].
7. World Health Organization. WHO Prequalification of Diagnostics Programme. PUBLIC REPORT. Product: INSTI® HIV Self Test. WHO reference number: PQDx 0002-002-01 [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/evaluations/pq-list/181130\\_pqdx\\_0002\\_002\\_01\\_pqpr\\_insti\\_self\\_test.pdf?ua=1](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/181130_pqdx_0002_002_01_pqpr_insti_self_test.pdf?ua=1) [consultado: 12/12/2019].
8. Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS, ONUSIDA; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf> [consultado: 13/7/2018].



Foto: Equipo coordinador del estudio en la provincia de Córdoba.