

Del testeo al cuidado integral: una buena práctica de salud sexual desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el Hospital Mariano y Luciano de La Vega de Moreno, Argentina (2021-2026)

From testing to care: a good practice in comprehensive sexual health based on a primary health care strategy at Mariano y Luciano de la Vega Hospital in Moreno, Argentina (2021-2026)

Au

Yesica Itatí Ocampo ¹
Paola Vieito ¹
Carlos Borrajo ¹

Licenciada en Enfermería
Licenciada en Enfermería
Médico generalista

¹ Servicio de Área Programática y Redes en Salud, Hospital Mariano y Luciano de la Vega de Moreno, Argentina

ocampoyesicaitati@gmail.com

Rs

RESUMEN

El diagnóstico oportuno del VIH y otras infecciones de transmisión sexual constituye una estrategia central de salud pública, pero su potencial puede verse limitado cuando el testeo se ofrece como una práctica aislada. Este trabajo documenta una buena práctica desarrollada por el Servicio de Área Programática y Redes en Salud del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, en Moreno, provincia de Buenos Aires, Argentina. El dispositivo comenzó en septiembre de 2021 asociado al espacio de interrupción voluntaria y legal del embarazo, en un contexto sanitario todavía atravesado por la pandemia de COVID-19, y a comienzos de 2022 fue trasladado al hall central del hospital con modalidad de demanda espontánea para ampliar la accesibilidad. La mayor heterogeneidad de las consultas impulsó una transformación de la consejería: además de abordar VIH, sífilis y prácticas sexuales cuidadas, la escucha se amplió hacia otras necesidades de salud y barreras de acceso. Emergieron así demandas vinculadas con otras ITS, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, violencias, acceso a medicación y dificultades para ingresar o permanecer en circuitos asistenciales. La respuesta requirió consolidar articulaciones con Infectología, Laboratorio, Medicina General, Enfermería, Trabajo Social, equipos de violencias y otros actores y favoreció el desarrollo de un consultorio de salud sexual articulado con el dispositivo. La experiencia amplió además sus espacios de acceso mediante redes con instituciones y organizaciones de la comunidad. Se concluye que el valor del testeo rápido no reside únicamente en ampliar el diagnóstico, sino también en su capacidad para constituirse en puerta de entrada a un cuidado integral, accesible, coordinado y centrado en las personas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; VIH; Prueba de VIH; Enfermedades de Transmisión Sexual; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente

Ab

ABSTRACT

Timely diagnosis of HIV and other sexually transmitted infections is a key public health strategy; however, its potential may be limited when testing is offered as an isolated practice. This paper documents a good practice developed by the Programmatic Area and Health Networks Service of Mariano y Luciano de la Vega Hospital, Moreno, Buenos Aires Province, Argentina. The service began in September 2021 in connection with care for voluntary and legal termination of pregnancy, in a health-care context still shaped by the COVID-19 pandemic. In early 2022, it was moved to the hospital's main hall as a walk-in service to improve accessibility. The greater diversity of consultations prompted a transformation in counselling: in addition to HIV, syphilis and safer sexual practices, the scope of listening was broadened to include other health needs and barriers to access. As a result, needs related to other sexually transmitted infections, noncommunicable chronic diseases, mental health, violence, access to medication, and barriers to accessing or remaining in care pathways emerged. Responding to these needs required a stronger coordination with Infectious Diseases, Laboratory, General Medicine, Nursing, Social Work, gender-based violence teams and other services. This coordination also facilitated the development of a sexual health clinic linked to the testing service. Access was also expanded through networks with community institutions and organizations. The experience suggests that the value of rapid testing lies not only in expanding access to diagnosis but also in its potential to become an entry point to comprehensive, accessible, coordinated and person-centred care.

Keywords: Primary Health Care; HIV; HIV Testing; Sexually Transmitted Diseases; Health Services Accessibility; Continuity of Patient Care

In

INTRODUCCIÓN

El VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan constituyendo un desafío para la salud pública. Según el Boletín N.º 42 de Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en diciembre de 2025, se estima que alrededor de 140.000 personas viven con VIH en el país, aproximadamente el 13% desconoce su diagnóstico y cerca de la mitad de los diagnósticos se realiza en estadios avanzados de la infección (1). El diagnóstico temprano permite iniciar oportunamente el tratamiento, evitar infecciones oportunistas y fortalecer las estrategias de prevención.

Las recomendaciones contemporáneas sobre servicios de testeo de VIH proponen superar una concepción centrada exclusivamente en la realización de la prueba. La Organización Mundial de la Salud sostiene que los servicios de testeo deben garantizar consentimiento, confidencialidad, consejería, resultados correctos y vinculación efectiva con prevención, atención y tratamiento. Asimismo, promueve la integración del testeo con otros servicios relevantes (2-3).

En la provincia de Buenos Aires, la estrategia de implementación de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C plantea el diagnóstico rápido como una política de acceso oportuno y define el asesoramiento como una herramienta para fortalecer la autonomía en el cuidado. También propone aprovechar la consulta para abordar otras ITS, vacunación, prácticas sexuales cuidadas y circuitos de derivación, tratamiento y seguimiento (4).

Este enfoque dialoga con los atributos de la Atención Primaria de la Salud (APS). La APS comprende el primer contacto, la accesibilidad, la integralidad, la longitudinalidad y la coordinación como dimensiones centrales del cuidado (5). La Organización Panamericana de la Salud ubica a las redes integradas como una expresión operativa de la APS, orientada a reducir fragmentación, garantizar continuidad y organizar servicios centrados en las personas, familias y comunidades (6).

Desde esta perspectiva, un dispositivo de testeo puede constituir mucho más que una práctica diagnóstica. La interacción breve generada alrededor de la prueba puede convertirse en una oportunidad para escuchar necesidades, identificar barreras de acceso y articular respuestas dentro y fuera de la institución. El trabajo interdisciplinario resulta especialmente relevante cuando las demandas exceden los límites de una disciplina o servicio y requieren construir respuestas frente a problemas complejos (7).

El presente artículo documenta la experiencia del dispositivo de tests rápidos del Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) del Hospital Mariano y Luciano de la Vega de Moreno. Su objetivo es describir y analizar el proceso mediante el cual una estrategia inicialmente centrada en el diagnóstico rápido se transformó

progresivamente en una puerta de entrada al cuidado integral, destacando sus adaptaciones, articulaciones, aprendizajes, limitaciones y posibilidades de replicabilidad.

Descripción de la buena práctica

Contexto y origen

La experiencia se desarrolla en el Servicio de Área Programática y Redes en Salud del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, en el partido de Moreno, provincia de Buenos Aires. El dispositivo comenzó a funcionar en septiembre de 2021, en el marco de la implementación de la estrategia provincial de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C.

Su puesta en marcha se produjo en un contexto sanitario todavía atravesado por la pandemia de COVID-19, en el que la circulación de las personas y la organización de los espacios y servicios asistenciales continuaban condicionadas. En ese escenario, la atención vinculada a las interrupciones voluntarias y legales del embarazo (IVE/ILE) constituía una de las prácticas priorizadas por el equipo, al mismo tiempo que comenzaban a recuperarse progresivamente otras prestaciones y modalidades de atención. En esta primera etapa, el dispositivo de testeo funcionó físicamente en consultorios externos, articulado con el espacio de atención de IVE/ILE, ambos correspondientes al Servicio de Área Programática y Redes en Salud. Luego de la consejería correspondiente a esa consulta, se ofrecía a las personas la posibilidad de realizar pruebas rápidas de VIH y sífilis. El equipo había desarrollado previamente instancias de capacitación para personal de enfermería y de los servicios involucrados.

Esta modalidad permitió iniciar la estrategia en un contexto todavía restrictivo y organizar circuitos ante resultados reactivos. Sin embargo, a medida que se recuperaba la circulación dentro del hospital y se ampliaban las posibilidades de atención, comenzó a evidenciarse la necesidad de extender la estrategia hacia una población más amplia. Durante los primeros meses se observó que la oferta permanecía fuertemente vinculada a personas que ya habían logrado acceder al consultorio de IVE/ILE. Si bien el dispositivo resultaba cómodo y protegido para el equipo, su capacidad de alcanzar a la población general era reducida. Esta observación condujo al equipo de enfermería que lo sostenía a revisar la estrategia desde la perspectiva de la accesibilidad.

Primera adaptación: del consultorio al hall central

A comienzos de 2022 el dispositivo fue trasladado al hall central del hospital y comenzó a funcionar como un dispositivo de demanda espontánea. La decisión buscó

aprovechar un espacio de circulación y acercar la oferta de testeo a personas que concurrían al establecimiento por motivos diversos (Figura 1).

La utilización de un espacio abierto obligó a resolver una tensión entre visibilidad y confidencialidad. La posta se organizó delimitando físicamente el sector mediante mobiliario y cartelería, separando el lugar de consejería del espacio de espera para el procedimiento y los resultados. Una integrante del equipo colaboraba en la

organización de la circulación, con el objetivo de preservar la intimidad en un entorno público.

El proyecto institucional definió posteriormente como población objetivo a las personas que accedieran al servicio mediante la demanda espontánea y explicitó objetivos vinculados con la accesibilidad, la promoción de la salud, la construcción de entramados institucionales y la captación de situaciones complejas que requirieran abordaje interdisciplinario.



Figura 1. Jornada institucional vinculada a la estrategia de testeo y cuidado integral “Día Nacional del Testeo, 2026”. Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno

Fuente: Archivo fotográfico del Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS).

La consejería como espacio de escucha, cuidado y acompañamiento

El traslado al hall central modificó no sólo el volumen sino también la heterogeneidad de las consultas. A partir de esta experiencia, la consejería pretest fue ampliando su alcance. Junto con las preguntas sobre testeos previos, antecedentes de sífilis, período ventana, prácticas sexuales y redes de apoyo, el equipo comenzó a incorporar una pregunta sencilla: qué había llevado a la persona al hospital ese día.

Esta pregunta permitió reconocer necesidades que no necesariamente se relacionaban con VIH o sífilis. Aparecieron personas con dificultades para obtener turnos, acceder a medicación o sostener el seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, demandas de salud mental, situaciones de violencia y vulnerabilidad social, otras ITS, necesidades de anticoncepción y prevención y personas que llevaban períodos prolongados sin contacto con el sistema de salud. Sin embargo, este

proceso no se limitó a ampliar el tamizaje o la pesquisa de otros problemas. La escucha comenzó a constituirse como una dimensión central de la práctica de cuidado.

De este modo, una intervención inicialmente organizada alrededor de una prueba diagnóstica se transformó progresivamente en una oportunidad para escuchar, alojar y acompañar. Cuando se identificaba una necesidad adicional, el equipo procuraba construir simultáneamente una respuesta posible, evitando reducir la intervención a una orientación o derivación administrativa. Esta transformación permitió comprender la accesibilidad desde una perspectiva relacional: como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud y que involucra tanto las condiciones y discursos institucionales como las condiciones y representaciones de las personas (7). Desde esta perspectiva, la consejería adquiere valor como tecnología de cuidado y el testeo puede constituirse en el punto de partida de una vinculación más amplia con el sistema de salud (Figura 2).

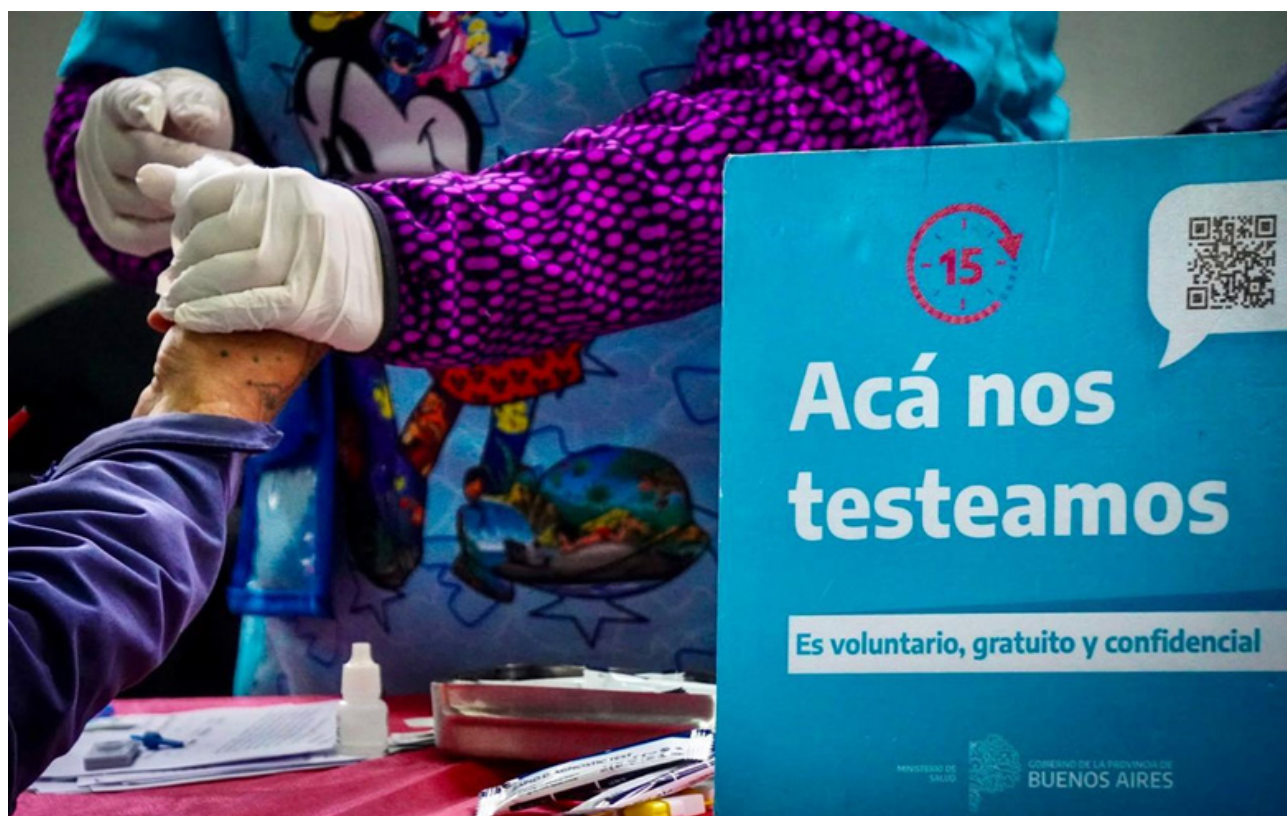


Figura 2. Instancia de testeo y consejería en un espacio de atención del Hospital Mariano y Luciano de la Vega
Fuente: Archivo fotográfico del Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS).

Circuitos asistenciales y gestión del cuidado

El dispositivo incluye consejería pretest, consentimiento informado, realización de la prueba rápida y consejería postest. Ante un resultado preliminar reactivo para VIH se activa una derivación protegida a Infectología para la confirmación diagnóstica y la continuidad del cuidado. Frente a un resultado reactivo para sífilis se articula el tratamiento oportuno con penicilina, la realización de serología no treponémica¹ y el seguimiento según antecedentes y evaluación clínica. En personas con antecedentes de sífilis, la interpretación considera la posibilidad de cicatriz serológica o reinfección y evita utilizar de manera aislada una prueba treponémica para definir la actividad de la infección, de acuerdo con las recomendaciones provinciales (4). Como parte del mismo circuito, el equipo responsable del dispositivo realiza el registro y la notificación correspondiente en el sistema de vigilancia epidemiológica (SISA).

La ampliación de las necesidades identificadas mostró que Enfermería no podía responder de manera aislada a todas las situaciones. Esto impulsó el fortalecimiento del trabajo con otros equipos y la consolidación de un consultorio de salud sexual articulado con el dispositivo. Actualmente, se construyen circuitos con Infectología para la atención de personas con resultados reactivos para VIH y el acceso a

profilaxis preexposición (PrEP) y posexposición (PEP), con Laboratorio para la confirmación diagnóstica y el seguimiento, con Enfermería para el tratamiento de la sífilis y con Medicina General y el consultorio de salud sexual para el seguimiento clínico. Según las necesidades identificadas, se articulan además respuestas con Trabajo Social, Salud Mental y el Equipo Descentralizado de Violencias Relacionadas al Género.

En este proceso, Enfermería asumió un papel central en la coordinación de la línea de cuidado. Su intervención no se limita a la realización del procedimiento técnico, sino que comprende la consejería, la identificación de necesidades, el acompañamiento de las personas, la articulación con otros equipos y la construcción de circuitos que permitan sostener la continuidad del cuidado. Esta ampliación del campo de intervención permite reconocer una dimensión de gestión del cuidado, que incluye planificación, coordinación, liderazgo e integración de respuestas centradas en las necesidades de las personas. Experiencias recientes en APS han vinculado estas dimensiones con el desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería (8). En este artículo, esta referencia se utiliza como marco para analizar dimensiones de la práctica y no para afirmar que el dispositivo constituya formalmente un modelo de Enfermería de Práctica Avanzada. La organización de los principales componentes y circuitos del dispositivo se sintetiza en la Figura 3.

¹ Prueba no treponémica en VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), cuyo resultado cuantitativo, expresado en títulos, se interpreta junto con los antecedentes de diagnóstico y tratamiento de sífilis. Esto permite orientar la valoración de la actividad de la infección, reinfección o posible cicatriz serológica, de acuerdo con el algoritmo provincial vigente.

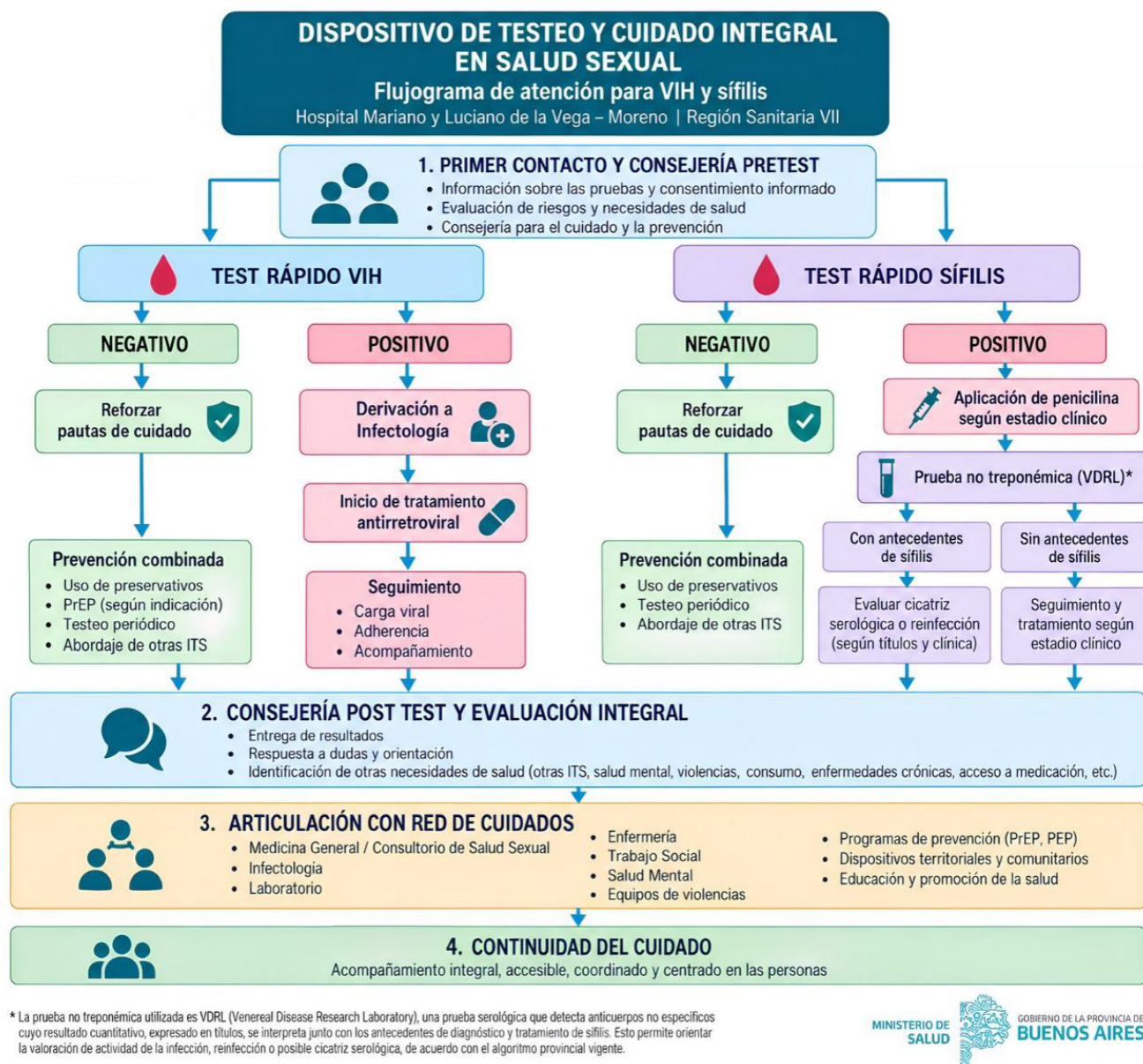


Figura 3. Flujograma del dispositivo de testeo y cuidado integral en salud sexual para VIH y sífilis

Fuente: Elaboración del Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno.

Construcción de redes y ampliación de los espacios de acceso

La ampliación del dispositivo por fuera del espacio hospitalario se desarrolló progresivamente a partir de la construcción de vínculos con instituciones y organizaciones de Moreno. Más que el simple traslado de la práctica hacia otros espacios, la experiencia fue consolidando una red de articulaciones que permitió ampliar los ámbitos de acceso al testeo y sostener circuitos de cuidado vinculados con el hospital.

Durante 2025 se conformó en Moreno la Mesa Intersectorial de VIH, otras ITS y hepatitis virales, a partir del encuentro entre actores institucionales y comunitarios en un contexto de preocupación por la sostenibilidad de las

políticas vinculadas al VIH y otras ITS. La Mesa reúne actores de distintos niveles y sectores, entre ellos la Secretaría de Salud municipal, áreas de Desarrollo Social, el Hospital Mariano y Luciano de la Vega —dependiente de la provincia de Buenos Aires— y organizaciones sociales y comunitarias vinculadas al acompañamiento de personas que viven con VIH.

La participación en esta red favoreció el encuentro entre actores que desarrollan acciones vinculadas con VIH e ITS y permitió ampliar los espacios en los que se ofrece el dispositivo. A partir de estas articulaciones se realizan actividades en organizaciones sociales y comunitarias, instituciones municipales, espacios educativos y otros ámbitos que convocan al equipo. Estas intervenciones mantienen vinculación con el dispositivo hospitalario y con

el consultorio de salud sexual, de manera que las necesidades identificadas puedan incorporarse a los circuitos asistenciales construidos. La Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires provee los insumos necesarios para el desarrollo de la estrategia.

Resultados y transformaciones observadas

La transformación más evidente fue la ampliación del acceso. En la etapa inicial, asociada al consultorio de IVE/ILE, el número de personas testeadas por jornada era reducido. Luego del traslado al hall central, el equipo observó un aumento marcado de la demanda, con jornadas que habitualmente alcanzaban aproximadamente entre 15 y 20 consultas. Dado que estos valores provienen del registro operativo del equipo y requieren consolidación para su análisis cuantitativo, en este artículo se presentan como un indicador descriptivo de la ampliación del alcance y no como una estimación de impacto.

Más allá de esta ampliación cuantitativa, una de las principales transformaciones observadas fue de carácter cualitativo y se relacionó con el modo de concebir y organizar el cuidado. El dispositivo dejó progresivamente de estructurarse alrededor de la realización de una prueba para constituirse en un espacio de escucha, acompañamiento y vinculación con diferentes respuestas del sistema de salud. Esta transformación implicó modificar no sólo el contenido de la consejería, sino también los procesos de trabajo del equipo y los circuitos construidos alrededor de las necesidades identificadas.

Las demandas emergentes impulsaron la consolidación del consultorio de salud sexual y de circuitos más estables con otras áreas. Algunas prestaciones que inicialmente no formaban parte de los circuitos disponibles pudieron incorporarse progresivamente a la red de cuidado. La identificación de personas potencialmente candidatas a profilaxis preexposición (PrEP), por ejemplo, requirió construir mecanismos de articulación con Infectología para facilitar su evaluación y acceso. De manera similar, las necesidades vinculadas con otras ITS, enfermedades crónicas, acceso a medicación, salud mental, violencias y vulnerabilidad social promovieron nuevas articulaciones con otros equipos y servicios. En este sentido, uno de los resultados de la experiencia puede reconocerse en la capacidad del propio dispositivo para ampliar y transformar la red de respuestas disponible a partir de las necesidades de las personas.

Estos resultados deben interpretarse como resultados de implementación y aprendizaje organizacional. Tampoco se dispone aún de una sistematización consolidada que permita informar con precisión cuántas personas lograron vinculación efectiva con cada uno de los servicios posteriores al testeo. Avanzar en este análisis constituye una línea necesaria para la evaluación futura. El aporte de esta experiencia radica en documentar una modalidad concreta para ampliar accesibilidad, transformar prácticas de cuidado y construir continuidad.

Elementos innovadores

La innovación de la experiencia no reside en la prueba rápida como tecnología, ya incorporada a las políticas sanitarias, sino en el modo en que el equipo la adaptó a un ámbito hospitalario y la utilizó como organizadora del cuidado. La estrategia provincial fue diseñada para favorecer el acceso al diagnóstico y la atención integral. Además, la adaptación local trasladó esos principios a una posta visible, de demanda espontánea y territorial.

Un segundo elemento innovador fue ampliar el contenido de la consejería. Preguntar por el motivo de presencia en el hospital permitió que una consulta aparentemente específica funcionara como oportunidad para reconocer otras necesidades. Este desplazamiento evita reducir el encuentro a un resultado de laboratorio y recupera dimensiones sociales, subjetivas y asistenciales del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Finalmente, la experiencia convirtió la identificación de problemas en una responsabilidad de articulación. La persona no es simplemente derivada: el equipo procura construir un circuito posible y reducir pasos innecesarios. Esta lógica es consistente con modelos integrados y centrados en las personas que buscan mejorar acceso, coordinación y continuidad (3,6).

Factores de éxito

Entre los factores que favorecieron la sostenibilidad de la práctica se identifican la capacitación del personal, el protagonismo de enfermería, la disponibilidad de pruebas e insumos, la existencia de servicios hospitalarios con los cuales articular, la construcción progresiva del consultorio de salud sexual, la capacidad del equipo para revisar la práctica a partir de lo observado, la construcción de acuerdos interdisciplinarios y el desarrollo de redes con actores institucionales y comunitarios.

La accesibilidad física y organizacional resultó especialmente relevante. El cambio de ubicación disminuyó la dependencia de un turno o de una consulta previa específica. Al mismo tiempo, la visibilidad del dispositivo requirió desarrollar estrategias para proteger la confidencialidad e intimidad.

Otro factor relevante fue la construcción progresiva de un modo de trabajo interdisciplinario. La incorporación de diferentes disciplinas no se limitó a ampliar las posibilidades de derivación ni a sumar servicios al circuito asistencial. La complejidad de las situaciones que comenzaron a emerger durante la consejería requirió generar intercambios entre Enfermería, Medicina General, Infectología, Trabajo Social, Salud Mental y otros equipos, desde los cuales fue posible construir lecturas compartidas de las necesidades y acordar formas de abordaje, seguimiento y acompañamiento. Desde la perspectiva de Stolkiner (9), la interdisciplina supone un posicionamiento teórico y práctico que interpela los saberes disciplinares

frente a problemas complejos y requiere construir formas de trabajo compartidas. En esta experiencia, esa construcción se expresó en acuerdos sobre procesos de trabajo, circuitos compartidos y formas de acompañamiento que fueron modificándose a partir de las situaciones concretas. Los circuitos asistenciales pueden comprenderse, así, como un resultado organizativo de esa construcción interdisciplinaria y no como su equivalente.

Limitaciones y desafíos

La experiencia presenta limitaciones y desafíos que deben ser explicitados. En primer lugar, si bien el dispositivo cuenta con registros sistemáticos de su actividad, persisten dificultades para su procesamiento, análisis e interpretación desde una perspectiva epidemiológica. La disponibilidad de tiempo destinado específicamente al análisis de la información y la necesidad de fortalecer las capacidades del equipo para el manejo e interpretación de los datos constituyen barreras para aprovechar plenamente la información producida. En este sentido, uno de los principales desafíos es avanzar en la sistematización de los registros y en la construcción y análisis de indicadores que permitan caracterizar con mayor precisión la población alcanzada, el acceso al dispositivo, las derivaciones realizadas, la vinculación efectiva con otros servicios, la continuidad del cuidado y la resolución de las necesidades identificadas. A partir de lo desarrollado anteriormente, se piensa como posibilidad la ampliación de la mirada generando acuerdos con otros actores a nivel local dentro de la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno, específicamente el área de epidemiología con la cual ya existe vínculo para la viabilización de situaciones relacionadas a salud sexual.

En segundo lugar, la ubicación en el hall central favorece la visibilidad y accesibilidad del dispositivo, pero exige sostener medidas organizativas que garanticen la privacidad y confidencialidad durante todo el proceso de atención. Asimismo, su continuidad requiere disponibilidad de recursos humanos e insumos y depende, en parte, de la capacidad de respuesta de los diferentes servicios con los que se construyen los circuitos de cuidado.

Otro desafío consiste en profundizar la participación de las personas usuarias y de las organizaciones comunitarias en el diseño, evaluación y mejora de la estrategia. Si bien existe una construcción de redes con actores institucionales y comunitarios, la incorporación sistemática de la perspectiva de las personas que viven con VIH y de otras poblaciones alcanzadas por el dispositivo constituye una línea de desarrollo a fortalecer.

Finalmente, la ampliación de los espacios de acceso plantea el desafío de evitar que las acciones por fuera del hospital se constituyan únicamente como intervenciones aisladas. La participación de los distintos actores de la red no siempre puede sostenerse de manera regular y, en algunos casos, depende de la disponibilidad y del compromiso de personas concretas dentro de las instituciones. Las

diferencias entre tiempos, recursos y lógicas institucionales de organismos provinciales, municipales y organizaciones comunitarias también desafían la continuidad de los acuerdos. Por ello, resulta necesario sostener mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento que vinculen cada actividad con una red asistencial efectiva.

Lecciones aprendidas

La experiencia permitió reconocer que aumentar la oferta de testeo no garantiza por sí mismo una accesibilidad integral. La localización del dispositivo, la modalidad de ingreso, las condiciones de confidencialidad y, especialmente, la capacidad de responder a las necesidades que emergen durante la consulta condicionan el alcance real de la estrategia.

Asimismo, la consejería puede constituirse en una tecnología de cuidado. La incorporación de preguntas abiertas sobre las necesidades actuales de las personas permitió reconocer barreras y problemáticas que permanecían invisibilizadas cuando la consulta se estructuraba exclusivamente alrededor de la realización de la prueba. En este sentido, ampliar la escucha implica también ampliar la capacidad de respuesta. Reconocer situaciones sin construir respuestas capaces de alojarlas puede generar nuevas barreras o frustraciones. Por ello, la articulación entre equipos y la construcción de redes no constituyen un complemento del dispositivo, sino condiciones para que la integralidad pueda traducirse efectivamente en cuidado.

La experiencia también mostró que las buenas prácticas pueden construirse mediante adaptaciones sucesivas. El dispositivo no fue diseñado desde el inicio con su configuración actual, sino que se transformó a partir de las limitaciones identificadas, las demandas expresadas por las personas usuarias y los aprendizajes construidos por el propio equipo. Esta capacidad de revisar la práctica y modificarla en función de las necesidades detectadas, constituyó uno de los elementos centrales de su desarrollo. Finalmente, el testeo rápido puede constituirse como un primer contacto con el sistema de salud incluso dentro de un hospital de mayor complejidad. Esta experiencia permite recuperar la APS no exclusivamente como un nivel de atención o un espacio físico determinado, sino como una estrategia capaz de orientar prácticas accesibles, integrales, coordinadas y continuas y de promover la construcción de redes entre servicios, instituciones y actores comunitarios.

Sostenibilidad y replicabilidad

La práctica presenta condiciones favorables para su adaptación en otros efectores porque utiliza una tecnología sencilla y circuitos que pueden construirse progresivamente. Sin embargo, la replicabilidad no depende de reproducir una mesa de testeo en un hall, sino de preservar los componentes que le otorgan sentido:

acceso espontáneo, confidencialidad, consejería centrada en la persona, disponibilidad de insumos, capacitación, tratamiento o derivación protegida y articulación con una red capaz de responder a necesidades diversas.

Para sostenerla se requieren acuerdos institucionales, responsables identificables de coordinación, registros que permitan monitorear el recorrido de las personas, provisión continua de insumos y espacios periódicos de revisión del

funcionamiento. La integración con organizaciones sociales y la participación de personas usuarias deberían fortalecerse como componentes de sostenibilidad y mejora.

La OMS recomienda que los servicios de testeo se integren con prevención, atención y tratamiento y se adapten a las necesidades de las personas y de los contextos (2-3). En ese sentido, esta experiencia puede ser transferible como lógica de organización, más que como un formato rígido.

Cn

CONCLUSIONES

La experiencia del Servicio de Área Programática y Redes en Salud del Hospital Mariano y Luciano de la Vega de Moreno muestra que un dispositivo de testeo rápido puede trascender su función diagnóstica cuando se organiza desde una perspectiva de APS y cuidado integral. El traslado hacia un espacio de demanda espontánea amplió el contacto con una población más heterogénea. Del mismo modo, la transformación de la consejería permitió construir un espacio de escucha, cuidado y acompañamiento y los acuerdos entre equipos favorecieron la construcción de circuitos asistenciales capaces de vincular las necesidades identificadas con diferentes respuestas del sistema de salud.

El principal aprendizaje no es que el testeo resuelva problemas complejos, sino que puede crear un encuentro de escucha, orientación y coordinación. En este sentido, su valor no debería evaluarse únicamente por el número de pruebas realizadas, sino también por su capacidad para reducir barreras organizacionales, favorecer continuidad y conectar a las personas con respuestas sanitarias pertinentes.

Documentar esta experiencia permite recuperar una práctica construida progresivamente por los equipos y señalar una posibilidad concreta: transformar una intervención puntual en una puerta de entrada al cuidado. Su consolidación futura requiere fortalecer registros, evaluación, participación comunitaria y mecanismos de seguimiento, sin perder el principio que orientó su evolución: organizar la respuesta a partir de las necesidades de las personas.

AGRADECIMIENTOS

A los equipos de Laboratorio, Infectología, Consultorios Externos de Enfermería y del Consultorio de Salud Sexual del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, por su participación y compromiso en la construcción y sostenimiento de los circuitos de cuidado que acompañan al dispositivo. A la Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, por el acompañamiento y la provisión de insumos necesarios para el desarrollo de la estrategia. A la Mesa Intersectorial de VIH, otras ITS y hepatitis virales de Moreno. A las organizaciones sociales y comunitarias del territorio que, mediante la articulación sostenida y la generación de espacios de trabajo conjunto, contribuyen al desarrollo de la práctica y posibilitan acercarla a diferentes ámbitos de la comunidad.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 42: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin-42-respuesta-vih-las-its-1-12-2025.pdf>
2. World Health Organization. Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378162/9789240096394-eng.pdf>
3. World Health Organization. Consolidated HIV guidelines: service delivery [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240124233>
4. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud. Dirección de Prevención de VIH, ITS y hepatitis virales. Estrategia de implementación de pruebas rápidas de VIH, ITS y hepatitis C en el Primer nivel de atención [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2023/09/ESTRATEGIA-DE-IMPLEMENTACION-DE-PRUEBAS-RAPIDAS-DE-VIHSI-FILIS-Y-HEPATITIS-C-EN-EL-PRIMER-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>
5. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology [Internet]. New York: Oxford University Press; 1998 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195125429.001.0001>
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: actualización del marco conceptual y operacional para la Región de las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2025 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330500>
7. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu Investig [Internet]. 2007 [Acceso jul. 2026];14:201-9. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019
8. Gobato BC, Geremia DS, Brehmer LCF, Cunha CLF, Erdmann AL, Mendonça AVM et al. Gestión del cuidado: práctica avanzada de enfermería en la atención primaria de salud. Acta Paul Enferm [Internet]. 2025 [Acceso jul. 2026];38(spe1):e-SPE06e. Disponible en: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE06e>
9. Stolkner A. El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud/salud mental y la perspectiva de derechos. En: Fernández Castrillo B, compiladora. Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos [Internet]. Montevideo: Psicolibros Universitario; 2017. p. 185-206 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Ocampo YI, Vieito P, Borrajo C. Del testeo al cuidado integral: una buena práctica de salud sexual desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el Hospital Mariano y Luciano de La Vega de Moreno, Argentina (2021-2026). Salud Pública [Internet]. 2026 Oct [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.