



## Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas

Expansion of HIV counseling and testing strategies: technical challenges and ethical-political tensions

**Mora Cárdenas**, Claudia Mercedes<sup>1</sup>; **Monteiro**, Simone<sup>2</sup>; **Moreira**, Carlos Otávio Fiúza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga. Doctora en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. claudiamoraca@hotmail.com

<sup>2</sup>Psicóloga. Pos-Doctora en Salud Pública. Investigadora en Salud Pública, Jefa del Laboratorio de Educación en Ambiente y Salud, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. msimone@ioc.fiocruz.br

<sup>3</sup>Licenciado y Bacharel en Filosofía. Doctor en Educación. Profesor e investigador en Salud Pública y Educación, Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. otavio@ensp.fiocruz.br

**RESUMEN** Los incentivos en el acceso universal a la terapia antirretroviral para el control del VIH-sida, estimularon la diversificación de los modelos de testeo del VIH, que se expresa en la coexistencia del *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) y *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC). Este artículo analiza los conceptos, los fundamentos y la aplicación de los modelos VCT y PITC con respecto a la consejería, la confidencialidad y el consentimiento informado en Brasil y en otros países, a partir de una revisión de la bibliografía en las bases Lilacs, Medline, Sociological Abstracts y Cochrane, publicada entre 2000 y 2013. Según los estudios, el PITC aumenta las tasas de testeo en relación con el VCT, pero reduce los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía de los usuarios. Estos resultados señalan los desafíos técnicos y las tensiones éticas entre el paradigma de la *excepcionalidad* y la *normalización* del test. Se destaca la necesidad de conciliar el aumento en el acceso al examen con la capacidad local de cuidado integral a las personas que viven con VIH-sida y se recomienda ampliar los estudios interdisciplinarios sobre los efectos sociales del VCT y PITC.

**PALABRAS CLAVES** Serodiagnóstico del SIDA; Consentimiento Informado; Confidencialidad; Consejo Dirigido; Revisión.

**ABSTRACT** Incentives to provide universal access to antiretroviral therapy in order to control the HIV/AIDS epidemic also encouraged the diversification of HIV testing strategies, as demonstrated by the simultaneous existence of Voluntary Counseling and Testing (VCT) and Provider-Initiated HIV Testing and Counseling (PITC). This paper analyzes the concepts, principles and implementation of the VCT and PITC models regarding counseling, confidentiality and informed consent in Brazil and other countries, based on a literature review of works in the Lilacs, Medline, Sociological Abstracts and Cochrane databases published between 2000 and 2013. According to the literature, PITC increases rates of testing in comparison with VCT, but reduces sexual and reproductive rights and the autonomy of users. These findings suggest technical challenges and ethical tensions between the paradigm of *exceptionalism* and the *normalization* of HIV testing. The necessity to reconcile increased access to HIV tests with the local capacity to offer comprehensive care for people living with HIV/AIDS is highlighted. It is recommended that interdisciplinary studies about the social effects of VCT and PITC be amplified.

**KEY WORDS** AIDS Serodiagnosis; Informed Consent; Confidentiality; Directive Counseling; Review.

## INTRODUCCIÓN

En la última década se ha ampliado la oferta de la prueba del VIH en convergencia con los compromisos de la United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) (1), gracias al incremento de la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) y del financiamiento de los programas nacionales de VIH-sida, además de las perspectivas de uso del tratamiento como prevención. Esto propició la diversificación de las estrategias de testeo, por lo que actualmente predominan dos modelos. Uno de ellos, formulado en la década de 1980 es conocido como *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) o *Client-Initiated HIV Testing and Counseling* (CITC) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). Esta estrategia, en adelante denominada *prueba voluntaria*, pretende atender las demandas espontáneas de los usuarios sobre su estado serológico en servicios especializados en consejería y prueba del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El otro modelo, surgido en años recientes en el ámbito de los servicios generales de salud, es denominado por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (3) como *Routine Counseling and Testing* (RCT) o *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) por la OMS (4). Este modelo será referido como *prueba diagnóstica*.

La concomitancia de los modelos de prueba voluntaria y prueba diagnóstica ha suscitado un debate internacional sobre dos posturas técnicas y ético-políticas distintas. La primera se refiere a la conservación del *paradigma de la excepcionalidad* del examen para la detección del VIH que, fundamentada en el principio de la autonomía y en los derechos humanos, busca promover acciones de prevención a través de la consejería y testeo. La segunda se caracteriza por el giro hacia la *normalización del examen* que valoriza los beneficios colectivos derivados del acceso al tratamiento, en detrimento de derechos como la autonomía individual (5).

Frente a la importancia de este debate para la planeación de los programas de control y prevención de las ITS y el VIH-sida, a partir de una revisión de la bibliografía internacional y brasileña, este trabajo buscó caracterizar los modelos de prueba voluntaria y prueba diagnóstica con énfasis

en la forma en que se conciben los principios de *consejería*, *confidencialidad* y *consentimiento informado*. La diversificación de las estrategias de testeo en un contexto nacional es ejemplificada con base en el análisis de los estudios y discusiones desarrollados en Brasil.

## MÉTODO

La revisión bibliográfica siguió el método *scoping review* (6), centrado en el mapeo de los estudios sobre la diversificación de las estrategias de consejería y prueba del VIH y los derechos humanos, sin priorizar abordajes metodológicos específicos. Dado que el proceso analizado data de la última década, el relevamiento de los artículos publicados en las bases de datos Lilacs, Medline, Sociological Abstract y Cochrane de Revisiones Sistemáticas contempló el periodo 2000 y 2013. Los términos de búsqueda utilizados en cada base fueron los siguientes: *"aids"*, *"counseling"*, *"ethics"*, *"HIV diagnosis"*, *"HIV screening"*, *"routine testing"*, *"PITC"*, *"VCT"*, *"voluntary testing and counseling"*, *"human rights"*. A partir del uso combinado de estos términos fueron encontradas 105 referencias. Teniendo como criterio de selección la temática de las estrategias de testeo del VIH, luego de la lectura del total de referencias fueron seleccionadas 38 (Lilacs [5], Medline [18], Sociological Abstract [14], Cochrane [1]). Este relevamiento fue complementado con una búsqueda manual de referencias bibliográficas citadas en los artículos seleccionados, de recomendaciones internacionales (ONUSIDA, CDC) y de Brasil (Ministerio de la Salud de Brasil) y de capítulos de libros internacionales y brasileños sobre las estrategias de testeo para VIH divulgados principalmente en Brasil y EE.UU. A partir de esta búsqueda fueron encontrados 29 estudios adicionales sobre el tema.

La interpretación de los argumentos presentes en el total de los 67 trabajos seleccionados (38 de las bases de datos y 29 a partir de estrategias adicionales de búsqueda) fue organizada en tres ejes de análisis: 1) los objetivos, el impacto y las adecuaciones de las estrategias de prueba voluntaria y prueba diagnóstica; 2) los consensos y controversias suscitados por las concepciones

de consejería, confidencialidad y consentimiento informado en cada modelo; 3) la ampliación del testeado en Brasil.

## RESULTADOS

### Consejería y prueba voluntaria: objetivos, impacto y adecuaciones

La estrategia de prueba voluntaria fue adoptada por países industrializados y en desarrollo hace aproximadamente dos décadas atrás. Considerando las circunstancias sociales de los usuarios, el modelo parte de la premisa de que la búsqueda voluntaria del diagnóstico, junto a la oferta de consejería o asesoría, posibilita el desarrollo de reflexiones sobre la prevención de las ITS y del VIH-sida, y promueve la adherencia al cuidado integral de las personas que viven con VIH-sida (7).

La estrategia tiene dos etapas complementarias: el *pretest*, que consiste en el diálogo entre un consejero (profesional de salud, agente comunitario o persona que vive con VIH-sida) y el usuario, sobre las prácticas de riesgo, las posibilidades del resultado y sus consecuencias. Esta etapa incluye el uso del *consentimiento informado*, que garantiza al usuario la confidencialidad, la explicación de los riesgos (efectos físicos, emocionales, sociales) y beneficios del examen; también el usuario ejerce el derecho a afirmar o declinar su consentimiento. El resultado es entregado en el *postest*, en el que el profesional ofrece apoyo emocional y discute las estrategias de reducción de riesgo más adecuadas para el usuario. En los casos de diagnóstico positivo, el consejero ofrece orientaciones para la comunicación del resultado a familiares y parejas sexuales y hace la referencia a otros servicios si es necesario (8).

La bibliografía que da cuenta de los efectos de la estrategia de prueba voluntaria muestra un mayor uso del condón, principalmente entre personas seropositivas y parejas serodiscordantes (2,7,9) y la reducción en el número de parejas sexuales entre personas atendidas en servicios de VCT (2). Sin embargo, se registran barreras en la negociación del uso del preservativo y en la toma de decisiones sexuales entre las mujeres atendidas, asociadas a las desigualdades de poder en las

relaciones de género, en los relacionamientos heterosexuales estables y en las relaciones sexuales a cambio de bienes y dinero (7,9). Los estudios sobre la aceptabilidad y acceso de los jóvenes a la prueba voluntaria mencionan que la garantía de la confidencialidad y de la comunicación de los resultados a los familiares son importantes para la adherencia de esa población a estos servicios (7).

Por otro lado, algunos autores señalan las limitaciones en la evaluación de la efectividad de la estrategia de prueba voluntaria debido a las variaciones en los instrumentos utilizados en los estudios (7), a las imprecisiones de los indicadores (2) y a la carencia de medidas que permitan realizar comparaciones más precisas sobre los efectos positivos y negativos de acciones preventivas, como el VCT, el marketing de preservativos y la consejería entre pares (10). Teniendo en cuenta la falta de crítica sobre la primacía de los “cambios comportamentales” como indicador de eficacia de estas acciones, ciertos autores resaltan la ampliación del alcance de los resultados esperados como, por ejemplo, la prevalencia de las ITS y del sida en las comunidades (11), y la inclusión de las variaciones en la organización interna de los servicios y los tipos de consejería ofrecidos en los estudios de impacto de la prueba voluntaria (2).

Otro aspecto destacado se refiere a las implicancias morales y éticas de la consejería y las dificultades asociadas a los contextos de los servicios. Tal perspectiva es ilustrada por un análisis sobre la interpretación y aplicación de las recomendaciones internacionales entre los consejeros de Malawi (12); así como por un estudio realizado en Kenia sobre el potencial de abuso emocional, físico y sexual en el ambiente de los servicios de VCT, hecho que refleja las desigualdades de género existentes en esa región (13).

La bibliografía indica que uno de los principales motivos que inhiben la demanda del examen está asociado a los procesos de estigma y discriminación reproducidos en el contexto de los servicios de salud y en las relaciones socio-afectivas (22-25).

En cuanto a la necesidad de ajustes en la estrategia de prueba voluntaria, un conjunto de referencias describe nuevas modalidades que aspiran a reducir las barreras estructurales y subjetivas de acceso, promover actitudes positivas con respecto a la realización del examen y minimizar sus

consecuencias negativas como, por ejemplo, las pruebas domiciliarias (14,15) y la combinación de la movilización comunitaria con servicios móviles de testeo (16). En el ámbito de estos esfuerzos técnicos se denota la participación de las gestantes en la estrategia de prueba voluntaria, dada la efectividad en la prevención de la transmisión vertical y horizontal del VIH, sífilis y otras ITS (17). Con el fin de mitigar los efectos negativos del diagnóstico entre las mujeres y el fortalecimiento de la relación entre parejas serodiscordantes se han incorporado unidades de testeo para parejas en los servicios prenatales (18). Esta iniciativa está relacionada con las consecuencias de la revelación del diagnóstico entre mujeres de países de bajos ingresos, en situación de inequidad de género, económica o social como, por ejemplo, la violencia física y sexual, el abandono o ruptura de las relaciones afectivas (19-22).

Acorde con los principios de la salud basada en los derechos humanos, ciertas investigaciones recomiendan que las futuras evaluaciones de los programas de testeo observen los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y alcance de los resultados en grupos poblacionales, según los diferentes contextos regionales (26). Con respecto a la importancia de la consejería pretest y del consentimiento informado, sugieren la producción de evidencias sobre la duración y calidad de la consejería adecuadas para garantizar la toma de decisiones autónomas y voluntarias de los usuarios (27).

### Prueba diagnóstica: objetivos, impacto y adecuaciones

Una revisión sistemática sobre la prueba diagnóstica en países de bajos y medianos ingresos ilustra la diversificación de la oferta del examen en los servicios de salud, tales como: planificación familiar, prenatal, obstétrica y pediátrica, tuberculosis, tratamiento de ITS y de mantenimiento con metadona (28). Esta expansión del examen se afina en el modelo de testeo de rutina (RCT) (3) y en la estrategia de consejería y prueba iniciada por los profesionales de salud (PITC) (4). Ambos modelos ponderan los beneficios del acceso precoz al TARV, en términos de bienestar individual y de la reducción de la transmisión del virus.

Bajo el marco del RCT, se argumenta que la consejería pretest y el consentimiento informado representan barreras para el examen y aumentan la ansiedad en los usuarios (3). Teniendo como precedente las críticas suscitadas por la iniciativa RCT, pues la *normalización del examen* refleja un abordaje menos complejo de la epidemia, las recomendaciones del modelo PITC pasaron por un debate ético-político entre académicos, activistas y agencias como la Human Rights Watch, que buscó conciliar la ampliación del testeo con el compromiso de la OMS/ONUSIDA frente a los derechos humanos (5). En relación con el consentimiento informado, las recomendaciones contemplan dos abordajes: el *opt-in*, que consiste en la obtención de la anuencia del usuario a través del consentimiento (verbal o escrito) especialmente entre las poblaciones más vulnerables, y el *opt-out*, a ser aplicado en los usuarios de los servicios de salud en los países con epidemia generalizada, a menos que estos expliciten su desacuerdo. También se definió un conjunto de informaciones mínimas para ser comunicadas al usuario antes del examen, tales como: los beneficios clínicos y preventivos de la prueba, los servicios de referencia y el derecho a rechazar el examen (4).

Los estudios indican que los modelos de prueba diagnóstica (RCT y PITC) tienen relevancia estratégica para el avance en la detección oportuna de la infección e inicio del tratamiento y, por tanto, en la disminución de la mortalidad por sida. Además de contribuir significativamente en el incremento de la cobertura del examen, existen evidencias de que la prueba diagnóstica impacta positivamente en las prácticas preventivas de los sujetos (reducción en el número de parejas sexuales, aumento del uso del condón), pero también negativamente (abandono de los anticonceptivos orales). Frente a la heterogeneidad de los resultados y a la reducción del proceso de consejería, se sugiere cautela con respecto a la implementación de la prueba diagnóstica a gran escala (28).

Con relación al impacto, un grupo de artículos aborda el papel de los profesionales de salud en la implementación de la prueba diagnóstica. A causa de los límites comunicativos y sesgos morales involucrados en la evaluación de los riesgos de los usuarios, un estudio realizado

en Vietnam resalta la pertinencia de recomendar el examen a todos los públicos atendidos (29). En otros contextos fue observado que la aceptación de la prueba entre las gestantes, obedece al énfasis en los beneficios para el feto y la menor interpe-lación sobre las cuestiones morales asociadas a su trayectoria sexual (21).

Otros textos indican los aspectos éticos y legales del testeo de rutina en los EE.UU., frente a las potenciales contradicciones entre las recomendaciones del CDC y preceptos constitucionales, como el derecho a la intimidad y las leyes estatales, los códigos de práctica profesional, entre otros. Se pondera que estas disonancias reducen los principios de justicia y equidad en la realización del diagnóstico (30). De acuerdo con otro estudio, los profesionales de los servicios de emergencia consideran importante discutir las implicancias tanto éticas como preventivas del testeo de rutina. La búsqueda de un equilibrio entre los deseos y las necesidades de los usuarios también representa un aspecto a ser examinado (31). Asimismo, en relación con el papel de los profesionales de enfermería en el África subsahariana, se plantea que para cumplir con los objetivos preconizados en la estrategia de prueba diagnóstica deben garantizarse las condiciones de formación y organización de los procesos de trabajo (32).

Otros estudios desarrollados en países de África y Asia y en los EE.UU. evidencian que su decisión por la estrategia de testeo de rutina resulta de la evaluación de las circunstancias epidémicas (generalizada o concentrada), de las creencias locales atribuidas al hecho de vivir con el virus y del cuestionamiento acerca de la universalidad de los valores esenciales al paradigma de la *excepcionalidad* (33). También se identificaron estudios sobre las implicancias de las iniciativas de diagnóstico prenupcial en tales países. Aunque estas no hayan sido vinculadas a las recomendaciones del CDC o de la OMS/ONUSIDA, los autores mencionan que las pruebas obligatorias del VIH (explícita o implícitamente), además de reforzar la discriminación, aminoran derechos irrevocables como el derecho a la intimidad y a la dignidad (24,34,35).

En síntesis, a pesar de que la implementación de las políticas de la prueba diagnóstica no ha interferido en el retorno de los usuarios a los servicios de salud, como fue observado en Uganda, Congo Democrático y Botsuana (21), existen

reservas en relación con sus potenciales beneficios individuales y colectivos, teniendo en vista las inconsistencias en materia de derechos humanos y el impacto en la reducción de nuevas infecciones (11-20). Se destaca que la oferta sistemática del examen debe corresponder a la disponibilidad del TARV y del cuidado integral (11), puesto que las limitaciones en el soporte (social, psicológico, asistencial) pueden comprometer los objetivos de la prueba diagnóstica, tanto en la adherencia al tratamiento como en el bienestar general de las personas que viven con VIH-sida (36).

### **Algunas indagaciones suscitadas por la coexistencia de las estrategias de prueba voluntaria y prueba diagnóstica**

#### ***¿Reactualizar el paradigma de la excepcionalidad o promover la normalización del test?***

La valorización de la prueba voluntaria (paradigma de la excepcionalidad) se fundamenta en la oferta de la consejería y su contribución a la prevención. La observación de las características individuales y socioculturales refuerza la confianza de las personas seropositivas en el TARV y contribuye a que la prueba voluntaria sea percibida como sensible y responsiva a las comunidades, con beneficios a largo plazo (37). Sin embargo, el impacto de la prueba voluntaria depende de la calidad del servicio. La atención de la demanda espontánea a través del examen, en sistemas de salud con recursos escasos, se ve limitada por las condiciones estructurales (restricciones de tiempo e instalaciones, sobrecarga de los profesionales y entrenamiento insuficiente para atender adecuadamente a las poblaciones más vulnerables) y de acción (motivación y valorización de los profesionales con respecto a la práctica) (21,37,38). Además de cualificar la consejería y diversificar los servicios, es importante la promoción tanto del diagnóstico así como de otras estrategias preventivas (19,20).

Por otra parte, debido a las fallas en el control de la epidemia en África, en 2002 se propuso un modelo de testeo alineado con el paradigma de la *normalización* (39). Desde esa perspectiva se priorizan las acciones de diagnóstico de las mujeres en período de gestación o lactancia, portadores

de ITS, etc., y el testeo universal de los usuarios de los servicios (40). Las acciones de prevención y asistencia se basan en el estado serológico de los individuos, en la notificación a los contactos sexuales y en la divulgación masiva de informaciones sobre el VIH-sida.

Las diferencias entre los dos escenarios descritos, debido a los distintos pesos atribuidos a la autonomía individual y a la protección de los intereses colectivos, traen a colación reflexiones sobre las relaciones entre la ética y la salud pública. Un estudio que analiza el derecho a la intimidad (41), como fundamento de la prevención del sida, considera que la garantía de los intereses individuales y colectivos debe conciliar los principios de la dignidad humana y de la equidad, articulando intereses aparentemente disyuntivos, tales como: liberales-comunitarios o autonomía-justicia. El autor reitera que la concepción voluntaria y consentida del examen del VIH se fundamenta en los principios de igual respeto por la vida (principio de no maleficencia) y de igualdad de oportunidades (principio de justicia) (41). Una revisión crítica sobre las implicancias de los modelos de testeo (42) discute, por otra parte, si es posible la formulación de políticas con base en una proposición universal que equilibre los intereses individuales y colectivos, lo que denota la potencial contribución de los estudios sobre poblaciones y la ética en salud pública para dirimir tal asunto (42).

En el marco de las estrategias existentes se observan brechas en la garantía de los principios de equidad y justicia en el acceso al examen entre las poblaciones más vulnerables. El alcance de la prueba diagnóstica es relativo al grado de accesibilidad de los diversos segmentos sociales al sistema de salud como un todo y a las variaciones en la búsqueda de los servicios según el género, la clase, la generación, entre otros marcadores sociales, incluso en condiciones de acceso relativamente homogéneas (37).

El debate en torno a la reactualización del paradigma de la *excepcionalidad* o el giro hacia la *normalización del examen*, sustentado en buena medida por argumentos morales que valorizan o critican ambas posturas, puede ser mejor esclarecido a partir de avances teóricos y empíricos que fundamenten un marco ético convergente con los intereses individuales y colectivos (42).

### ¿Desvincular la prueba del VIH de la prevención?

La concepción fragmentada de la consejería en el modelo de prueba diagnóstica disminuye las posibilidades de promover y mantener actitudes de cuidado y prevención a largo plazo (37,43) y limita la expresión de las implicancias objetivas y subjetivas del resultado (44). Tales límites se relacionan con el contexto de las prácticas, en la medida en que en el ámbito clínico se priorizan las acciones individualizantes y raramente las posturas de los profesionales tienen en cuenta la interpretación de los usuarios sobre las informaciones divulgadas. De este modo, se prevé que temas claves en la prevención de las ITS y del sida, como la sexualidad y el uso de drogas, difícilmente serán abordados en profundidad (19), por lo que se destaca la importancia de la consejería para la prevención en contraposición al simple acto de realizar el test.

El abordaje *opt-out* es criticado debido a sus implicancias en los planos jurídico, ético y clínico (30,45). La justificación para ese abordaje es cuestionada al evidenciarse que la eliminación de la consejería y del consentimiento informado de hecho no contribuye en la reducción de la ansiedad de los usuarios (27). La prevención masiva de nuevas infecciones a través de la dispensación precoz del tratamiento también es cuestionada, pues durante el mayor periodo de infección (ocho semanas después de la adquisición del virus) la búsqueda de prevención a través del examen es infrecuente y las personas que viven con VIH-sida pueden continuar su actividad sexual (protegida y desprotegida) (19). Entretanto, la oferta de la consejería pretest en el ámbito de las prácticas de atención primaria es valorizada y se sugiere que tal procedimiento sea optativo con el fin de respetar la autonomía del usuario (46), pero tal visión no es unánime dado que otro autor pondera que en los servicios de ginecología y de cuidado a la salud sexual y reproductiva la consejería debe ser realizada sistemáticamente (47).

La virtual desvinculación de la prueba del VIH de la consejería y la emergencia de nuevas tecnologías preventivas estimula la reformulación de las estrategias de prevención de las ITS y del sida y por ende los discursos acerca del cuidado de la salud sexual.

### **¿Qué implicancias trae el modelo de prueba diagnóstica para los Derechos Sexuales y Reproductivos?**

En el modelo de la prueba diagnóstica la autonomía en la aceptación del examen es relativizada, debido al papel de factores como la escasez de servicios, la sumisión de los usuarios frente a la autoridad de los profesionales de salud y las desigualdades sociales de modo general (5,28). Además, la mera recomendación del examen puede promover la idea de que la prueba es obligatoria o sujeta a prescripción médica (36,47). De modo más amplio, la reproducción de prácticas de asistencia y prevención que reducen los deberes y derechos, tanto de los usuarios como de los profesionales de salud, puede prolongarse a otras prácticas de salud; hecho que contradice un principio de la práctica clínica: la participación de los pacientes en su plan terapéutico (48,49).

En el ámbito de las políticas de salud sexual y reproductiva, algunos países como el Reino Unido y Brasil incluyeron la oferta del examen para VIH en el cuidado prenatal, tutelada por el principio de la voluntariedad. Teniendo en cuenta las implicancias de la detección temprana del virus entre las gestantes, algunos autores ponderan la pertinencia de abordar esta población a través del abordaje *opt-out* (40,50). Otros, por el contrario, indican que la adherencia de la población femenina a las acciones de reducción de la transmisión vertical del virus depende del abordaje y reconocimiento de los derechos a la autonomía, a la integridad corporal, a la no discriminación y a la intimidad (48). Las redes globales de personas que viven con VIH-sida sostienen que las acciones coercitivas conducen al no retorno de las gestantes, al abandono del tratamiento y al atraso en el diagnóstico de los recién nacidos (22).

Otro punto significativo observado en la bibliografía es el derecho a la confidencialidad de las informaciones y al consentimiento de la persona antes de la comunicación del diagnóstico a sus parejas (51). Debido al desconocimiento de estos derechos por parte de los profesionales, la ocurrencia de la revelación inapropiada del diagnóstico en el contexto clínico es plausible (30). Adicionalmente, visiones acerca de la prevención del sida fundadas en el derecho y el deber de cuidar la salud sexual propia y de los compañeros

sexuales sugieren la exigencia del examen entre las parejas como una medida de protección (52). Esta situación puede contribuir a la criminalización de la exposición y transmisión horizontal y vertical del VIH, en contextos de violencia de género y en los países que poseen legislación específica al respecto (20,53,54).

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos, ciertos autores recomiendan a los gestores observar los vacíos o contradicciones entre los principios éticos y recomendaciones operacionales en las directrices internacionales (5), verificar la potencial falta al principio del menor maleficio a la población (27) e impulsar estrategias de acceso universal al examen con énfasis en la equidad de género en las políticas nacionales (42). Estos cuidados sumados a la elección de un enfoque preventivo idóneo pueden contribuir a que las iniciativas de testeo no refuercen las desigualdades sociales.

### **Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH en Brasil**

Brasil adoptó el modelo de prueba voluntaria a partir de 1988, con la implementación de los *Centros de Testagem e Aconselhamento* (CTA) –servicios especializados en consejería y prueba del VIH y otras ITS–, que para 2012 contaban con 515 unidades en el país. En la última década se promovió la política de descentralización del examen junto a la implementación del diagnóstico del VIH por medio de pruebas rápidas (55). Las directrices del testeo en los CTA y en las unidades de atención primaria de salud tienen una base ética común, que contempla la consejería, el consentimiento informado y la confidencialidad (8,56). Sin embargo, la bibliografía indica que el cumplimiento pleno de esos preceptos aún no ha sido alcanzado. Un estudio transversal sobre actitudes y prácticas (realizado en el periodo 1998-2005) identificó un incremento en el acceso a la prueba del VIH entre mujeres en edad reproductiva, excepto en las mujeres con más de cuatro parejas sexuales en los últimos cinco años o que se percibían en alto riesgo. No obstante, en cuanto a la garantía de los derechos humanos se observó una escasa realización de la consejería y la omisión de la autonomía en la opción por el examen

especialmente entre las gestantes. También se advirtió la sistemática inaccesibilidad a la consejería y prueba entre hombres y mujeres jóvenes (16 a 19 años), analfabetos, de bajos ingresos y de las regiones Norte y Nordeste (57). Un estudio etnográfico ilustra los procesos de vulnerabilidad social y regional al describir cómo las personas en condiciones de extrema desigualdad y exclusión social evitaban conocer su estado serológico, a pesar de percibirse en situación de riesgo, por recelo a los procesos de estigma (58). Cabe agregar que la cobertura de la red de servicios de consejería y prueba del VIH necesita ser ampliada especialmente en los municipios prioritarios, además de contemplar los usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres (59).

En relación con las acciones preventivas y el cumplimiento de las metas de UNGASS en Brasil, se advierte sobre la necesidad de cualificar la consejería a partir de la formación y acompañamiento de los profesionales (60). Estudios de corte etnográfico apuntan que esta práctica debe ser orientada efectivamente por el abordaje centrado en la persona. Frente a los elementos simbólicos y sociales movilizados por el sida y la sexualidad, se comprende que las acciones de prevención y diagnóstico del virus deben atender, dentro de sus objetivos y prácticas, las demandas y motivaciones de los usuarios, minimizando los hiatos entre los discursos y representaciones del profesional de salud (consejero) y del usuario (61,62).

De acuerdo con las reflexiones sobre las políticas de prevención en Brasil, uno de sus desafíos consiste en traducir el discurso de la vulnerabilidad en nuevas tecnologías de intervención psicosocial y desarrollar modelos para evaluar tales prácticas (63,64). Hace parte de ese desafío rever las prácticas de cuidado a partir del reconocimiento de su dimensión técnica, circunscrita a los saberes formales, y a la dimensión del cuidado, derivado del saber hacer de los profesionales en el encuentro intersubjetivo con los usuarios (65).

Las transformaciones en la respuesta a la epidemia, en el ámbito internacional y nacional, como la despolitización de la prevención y la radicalización de los abordajes normativos, contribuyen a una invisibilidad de las estrategias de prevención (66). Por lo tanto, se considera tan relevante comprender los efectos del optimismo

generado por las nuevas tecnologías preventivas, por ejemplo, la profilaxis posexposición del VIH, como documentar las intervenciones estructurales y comunitarias desarrolladas en Brasil (63).

Con certeza, la oferta de la prueba diagnóstica es una estrategia importante para el control de la epidemia, que debe ser adecuada a las políticas de cada país, incluyendo sus variaciones regionales y poblacionales. Sin embargo, para evitar la re(producción) inadvertida de escenarios de vulnerabilidad programática es relevante observar el debate en boga en el escenario internacional, sobre las implicancias de la flexibilización de los principios de consejería, consentimiento informado y confidencialidad (57). Dada la interdependencia de estos principios, se considera que las motivaciones para la prueba y sus potenciales repercusiones en los usuarios no pueden ser desconsideradas, bien sea en el escenario de la prueba voluntaria o diagnóstica.

## CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la revisión crítica de la bibliografía internacional, este trabajo describe las estrategias y principios de los modelos globales de consejería y prueba del VIH y señala algunas cuestiones éticas y técnicas derivadas de su coexistencia. Al tratarse de un mapeo de fuentes secundarias, la revisión tiene algunos límites ligados al recorte temporal de las fuentes bibliográficas. Sin embargo, las referencias analizadas permitieron caracterizar el proceso de ampliación de la prueba del VIH a partir de un conjunto diverso de abordajes (estudios empíricos, evaluaciones, revisiones sistemáticas, ensayos), saberes (salud pública, bioética, derecho, enfermería) y contextos nacionales (países de África y Asia; EE.UU. y Brasil). Cabe resaltar los vacíos referentes a las revisiones bibliográficas sobre la coyuntura de cambio en las políticas de consejería y prueba del VIH con foco en América Latina y el Caribe y la importancia de desarrollar estudios en esa dirección, frente a la necesidad de definir las políticas de testeo según las especificidades locales.

Además, se recomienda que el debate sobre el paradigma de la *excepcionalidad* y de la *normalización* del examen sea ampliado y esclarecido

con el auxilio de abordajes empíricos interdisciplinarios y de las herramientas de la ética en salud pública (42). También, pueden contribuir al debate, los estudios sobre las nuevas formas de aplicar la confidencialidad y el consentimiento informado en las prácticas regionales y locales (21), al igual que el monitoreo y evaluación de las estrategias de prueba diagnóstica y voluntaria (2,19,28).

Algunos autores advierten que, debido a la persistencia de los procesos de estigma y discriminación en las prácticas sociales y de salud y sus consecuencias (psicosociales, laborales, afectivas, reproductivas, bienestar físico, etc.), la *normalización del examen* puede traer importantes perjuicios en materia de derechos humanos, especialmente para las mujeres que viven con y sin VIH (47,49,67). Además, se destaca un vacío de análisis empíricos sobre las relaciones entre los modelos de testeo y los procesos de estigma vinculados al sida (42).

En síntesis, las críticas señaladas por investigadores, gestores y personas que viven con VIH-sida acerca del modelo de prueba diagnóstica, centradas en el escaso reconocimiento de la autonomía de los usuarios en los servicios generales de salud y de los derechos sexuales y reproductivos, tendrán que ser sopesadas por los organismos internacionales. Por otro lado, la diversificación del modelo de prueba voluntaria imprime el desafío de renovar su alcance (individual, social, estructural), objetivos y discursos, con el fin de superar las barreras de acceso a los servicios de consejería y prueba del VIH.

La presente revisión permitió identificar un vacío en los estudios sobre el principio y la práctica de la consejería, particularmente en cuanto a los elementos centrales que promueven transformaciones en el cuidado a la salud sexual a largo plazo (7,10,21). La construcción de esta práctica, a partir de un abordaje sociocultural de la sexualidad, que incluya las relaciones de género, la diversidad y los significados de las trayectorias sexuales, puede contribuir a la ampliación de las acciones preventivas primarias y secundarias (62). El proceso de formación de los consejeros debe incluir, además, la aplicación de los aspectos éticos involucrados en el examen (49) y la reflexión con respecto a los aspectos morales implícitos en la consejería (68).

Si bien se reconoce la ampliación del testeo en Brasil y la consolidación de estrategias eficaces como la prevención de la transmisión vertical del VIH (63); se considera relevante comprender las brechas entre las prácticas de los profesionales y las recomendaciones nacionales, en cuanto a la aplicación de la consejería y del consentimiento informado.

Teniendo en cuenta el liderazgo de este país en el enfrentamiento a la epidemia de VIH-sida, bajo la perspectiva de la salud y los derechos humanos, un importante desafío actual es entonces conjugar en sus políticas de testeo del VIH: las recomendaciones internacionales, las nuevas tecnologías preventivas y las tecnologías centradas en la persona.

---

## AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Kenneth Camargo (IMS-UERJ) por sus contribuciones en la lectura de la primera versión del artículo. Al Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CAPES-CNPq) de Brasil por la beca de estudios otorgada a la primera autora (2010-2014).

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração de Compromiso sobre o VIH/SIDA. Sessão extraordinária da Assembleia Geral sobre o VIH/SIDA. Portugal: ONU; 2001.
2. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior

in developing countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(9):CD001224. DOI: 10.1002/14651858.CD001224.pub4.

3. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*. 2006;55(RR14):1-17.

4. World Health Organization. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: WHO/UNAIDS; 2007.
5. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2009;34(3):301-323.
6. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
7. Joint United Nations Program on AIDS. The impact of voluntary counseling and testing: A global review of the benefits and challenges. Geneva: UNAIDS; 2001.
8. Ministério da Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 1999.
9. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickman NL. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997. *American Journal of Public Health*. 1999;89:1397-1405.
10. Bollinger L, Cooper-Arnold K, Stover J. Where are the gaps?: The effects of HIV-prevention interventions on behavioral change. *Studies in Family Planning*. 2004;35(1):27-38.
11. Yeatman SE. Ethical and Public Health considerations in HIV counseling and testing: policy implications. *Studies in Family Planning*. 2007;38(4):271-278.
12. Angotti N. Working outside of the box: how HIV counselors in Sub-Saharan Africa adapt Western HIV testing norms. *Social Science & Medicine*. 2010;71(5):986-993.
13. Hamilton C, Okoko D, Tolhurst R, Kilonzo N, Theobald S, Taegtmeier M. Potential for abuse in the VCT counselling room: service provider's perceptions in Kenya. *Health Policy and Planning*. 2008;23(6):390-396.
14. Fylkesnes K, Sandøy IF, Jürgensen M, Chipimo PJ, Mwangala S, Michelo C. Strong effects of home-based voluntary HIV counselling and testing on acceptance and equity: a cluster randomised trial in Zambia. *Social Science & Medicine*. 2013;86:9-16.
15. Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Social Science & Medicine*. 2013;81:18-25.
16. Kawichai S, Celentano D, Srithanaviboonchai K, Wichajarn M, Pancharoen K, Chariyalertsak C, Visrutaratana S, Khumalo-Sakutukwa G, Sweat M, Chariyalertsak S. NIMH Project Accept (HPTN 043) HIV/AIDS community mobilization (CM) to promote mobile HIV voluntary counseling and testing (MVCT) in rural communities in Northern Thailand: modifications by experience. *AIDS and Behavior*. 2012;16(5):1227-1237.
17. Hong H, Xu G, Zhang D. Voluntary counseling and testing services for HIV and sexually transmitted infections among pregnant women in China. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;116(2):173-174.
18. Mlay R, Lugina H, Becker S. Couple counselling and testing for HIV at antenatal clinics: views from men, women and counsellors. *AIDS Care*. 2008;20(3):356-360.
19. Kippax S. A public health dilemma: A testing question. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*. 2006;18(3):230-235.
20. Tarantola D, Gruskin S. New guidance on recommended HIV testing and counseling. *The Lancet*. 2007;370:202-203.
21. Obermeyer C, Osborn M. The utilization of testing and counseling for HIV: A review of the social and behavioral evidence. *American Journal of Public Health*. 2007;97(10):1762-1774.
22. Bell E, Mthembu P, O'Sullivan S, Moody K. Sexual and reproductive health services and HIV testing: perspectives and experiences of women and men living with HIV and AIDS. *Reproductive Health Matters*. 2007;15(29):113-135.
23. Hossain MB, Kippax S. Stigmatized attitudes toward people living with HIV in Bangladesh: Health care workers' perspectives. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2011;23(2):171-182.
24. Durojaye E, Balogun V. Human Rights implications of mandatory premarital HIV testing in Nigeria. *International Journal of Law, Policy and the Family*. 2010;24(2):245-265.
25. MacPhail CL, Pettifor A, Coates T, Rees H. "You Must Do the Test to Know Your Status": Attitudes to HIV voluntary counseling and testing for adolescents among South African youth and parents. *Health Education & Behavior*. 2008;35(1):87-104.
26. Gruskin S, Tarantola D. Health and Human Rights: overview. En: Heggenhougen K, Quah S. *International Encyclopedia of Public Health*. Vol 3. San Diego: Academic Press; 2008.

27. Pierce MW, Maman S, Groves AK, King EJ, Wyckoff SC. Testing public health ethics: Why the CDC's HIV screening recommendations may violate the least infringement principle. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2011;39(2):263-271.
28. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero A, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-initiated HIV testing and counseling in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1571-1590.
29. Oosterhoff P, Hardon AP, Nguyen TA, Pham NY, Wright P. Dealing with a positive result: routine HIV testing of pregnant women in Vietnam. *AIDS Care*. 2008;20(6):654-659.
30. Hanssens C. Legal and ethical implications of opt-out HIV testing. *Clinical Infectious Diseases*. 2007;45(S4):S232-S239.
31. Waxman MJ, Popick RS, Merchant RC, Rothman RE, Shahan JB, Almond G. Ethical, financial, and legal considerations to implementing emergency department HIV screening: a report from the 2007 conference of the National Emergency Department HIV Testing Consortium. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58(S1):S33-S43.
32. Evans C, Ndirangu E. The nursing implications of routine provider-initiated HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa: A critical review of new policy guidance from WHO/UNAIDS. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(5):723-731.
33. Heald S. Abstain or die: The development of HIV/AIDS policy in Botswana. *Journal of Biosocial Science*. 2006;38(1):29-41.
34. Alswaidi F, O'Brien S. Premarital screening programmes for haemoglobinopathies, HIV and hepatitis viruses: review and factors affecting their success. *Journal of Medical Screening*. 2009;16(1):22-28.
35. Luginaah IN, Yiridoe EK, Taabazuing M. From mandatory to voluntary testing: balancing human rights, religious and cultural values, and HIV/AIDS prevention in Ghana. *Social Science & Medicine*. 2005;61(8):1689-1700.
36. Heywood MJ. The routine offer of HIV counseling and testing: A human right. *Health and Human Rights*. 2005;8(2):13-19.
37. Tarantola D. HIV Testing: Breaking the deadly cycle. *Health and Human Rights*. 2005;8(2):37-41.
38. Du J, Lombardi C, Evans E, Jiang H, Zhao M, Meng YY. A mixed methods approach to identifying factors related to voluntary HIV testing among injection drug users in Shanghai, China. *International Journal of Infectious Diseases*. 2012;16(7):498-503.
39. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: Public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *The Lancet*. 2002;360(9326):67-72.
40. De Cock KM, Marum E, Mbori-Ngacha D. A serostatus-based approach to HIV/AIDS Prevention and Care in Africa. *The Lancet*. 2003;362(9398):1847-1849.
41. Luque R. Derecho a la intimidad: Fundamento preventivo en la epidemia global de SIDA. En: Viveros M. Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Bogotá: CLAM/CES; 2004.
42. Knight R, Shoveller J, Greyson D, Kerr T, Gilbert M, Shannon K. Advancing population and public health ethics regarding HIV testing: a scope review. *Critical Public Health*. 2014;24(3):DOI: 10.1080/09581596.2013.800188.
43. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *The Lancet*. 2000;356(9224):103-112.
44. Macklin R. Scaling up HIV Testing: Ethical Issues. *Health and Human Rights*. 2005;8(2):27-30.
45. Fraser J. Ethics of HIV testing in general practice without informed consent: a case series. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(12):699-700.
46. Frith L. HIV testing and informed consent. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(12):699-700.
47. Ahmed A, Hanssens C, Kelly B. Protecting HIV-positive women's human rights: recommendations for the United States National HIV/AIDS Strategy. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):127-134.
48. Rennie S, Behets F. Desperately seeking targets: the ethics of routine HIV testing in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(1):52-57.
49. Fields L, Kaplan C. Opt-out HIV testing: an ethical analysis of women's reproductive rights. *Nursing Ethics*. 2011;18(5):734-42.
50. Bennett R. Routine antenatal HIV testing and informed consent: an unworkable marriage? *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(8):446-448.

51. Shapiro K, Ray S. Sexual health for people living with HIV. *Reproductive Health Matters*. 2007;15(29):67-92.
52. Dixon-Mueller R. The sexual ethics of HIV testing and the rights and responsibilities of partners. *Studies in Family Planning*. 2007;38(4):284-296.
53. Juergens R, Cohen J, Cameron E, Burris S, Clayton M, Elliott R, Pearshouse R, Gathumbi A, Cupido D. Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):163-172.
54. Csete J, Pearshouse R, Symington A. Vertical HIV transmission should be excluded from criminal prosecution. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):154-162.
55. Ministério da Saúde. Política brasileira de enfrentamento da Aids: Resultados, avanços e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2012.
56. Ministério da Saúde. Oficina de Aconselhamento em DST HIV Aids para a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2005. Série Manuais n°66.
57. França Jr I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(S1):S84-S97.
58. Biehl J. Will to live: Aids therapies and the politics of survival. Princeton: Princeton University Press; 2007.
59. Grangeiro A, Escuder M, Veras M, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(9):2053-2063.
60. Paiva V, Rivero L, Barboza R. The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(Supl):S1-S10.
61. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(7):1536-1544.
62. Monteiro S, Brandão E, Vargas E, Mora C, Soares P, Daltro E. Discursos sobre a sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(1):137-146.
63. Bastos F, Hacker M. Pesquisas brasileiras psicossociais e operacionais face às metas da UNGASS. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(Supl):S42-S51.
64. Ayres JRCM. "Prevenção e estratégias" Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país [Debate]. En: Pimenta MC, Raxach JC, Terto Jr. V. Aprimorando o debate II: respostas frente à Aids no Brasil. Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios. Rio de Janeiro: ABIA; 2010. p. 19-20.
65. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? [Debate]. *Interface (Botucatu)*. 2000;4(6):117-120.
66. Parker R. "Prevenção e estratégias" Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país [Debate]. En: Pimenta MC, Raxach JC, Terto Jr. V. Aprimorando o debate II: respostas frente à Aids no Brasil. Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios. Rio de Janeiro: ABIA; 2010. p. 21-22.
67. Ekstrand ML, Bharat S, Ramakrishna J, Heylen E. Blame, symbolic stigma and HIV misconceptions are associated with support for coercive measures in urban India. *AIDS and Behavior*. 2012;16(3):700-710.
68. van Rooyen H, Durrheim K, Lindegger G. Advice-giving difficulties in voluntary counselling and testing: a distinctly moral activity. *AIDS Care*. 2011;23(3):281-286.

#### FORMA DE CITAR

Mora Cárdenas CM, Monteiro S, Moreira COF. Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas. *Salud Colectiva*. 2014;10(2):253-264.

Recibido: 16 de julio de 2013

Aprobado: 15 de noviembre de 2013



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.