

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CIEGO DE ÁVILA**



**Calidad de la atención a Personas con VIH/sida en CMF  
del Municipio Bolivia. Año 2011.**

**Autor: Dra. Yunieski Figueredo Rodríguez.**

**Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.**

**Profesor auxiliar.**

**Tutor: Dr. Rafael García Cabrera.**

**Especialista de Primer Grado en Epidemiología.**

**Profesor auxiliar.**

Trabajo de Terminación de Especialidad para optar por el título de  
Médico Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología

2012

# PENSAMIENTO

*NO HAY HONRA MAYOR QUE LA DE SER  
COMBATIENTES POR LA SALUD HUMANA*

*FIDEL*

## **DEDICATORIA**

En mi carrera profesional he tenido personas que me han sido necesarias, otras me han ayudado y orientado el camino a seguir, pero existen algunas que han decidido mi porvenir. Dedico este trabajo a mis padres que tanto quiero y estimo, a mi esposo por su comprensión y apoyo y a mi hijo por la felicidad que me brinda.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más profundo agradecimiento a la revolución y a FIDEL por educarnos en el sentido de ser útil a los demás; a todos mis profesores y en especial a los del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Ciego de Ávila que contribuyeron a mi formación como especialista.

A mi tutor Dr. Rafael García Cabrera quién siempre me brindó su colaboración y apoyo.

A todos mis amigos que me dieron su ayuda cuando más lo necesitaba.

## **RESUMEN.**

Se realizó una investigación Epidemiológica de evaluación de tecnologías y servicios para evaluar la calidad de la atención a PVs en los consultorios Médicos de la Familia del municipio de Bolivia al cierre del año 2011. El universo del estudio abarcó la totalidad de los pacientes viviendo con SIDA (PVs) en el área de salud anteriormente mencionada y la totalidad de los consultorios de este municipio se establecieron rangos de evaluación de “Bien”, “Regular” y “Mal” para cada dimensión, componente y evaluación general de la calidad de la atención a PVs . La evaluación de la calidad de la atención a Pacientes Viviendo con Sida como resultado del proceso evaluativo de las dimensiones de los componentes de estructura (Mal), proceso (Regular) y resultados (Regular) resultó evaluado de **“Regular”** en el período transcurrido desde enero del 2011 hasta diciembre de este año en el municipio de Bolivia.

## **INDICE**

<b>I- INTRODUCCIÓN</b> -----	<b>1</b>
<b>II- OBJETIVOS</b> -----	<b>9</b>
<b>III- MARCO TEÓRICO</b> -----	<b>10</b>
<b>IV- DISEÑO METODOLÓGICO</b> -----	<b>26</b>
<b>V- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b> -----	<b>38</b>
<b>VI- CONCLUSIONES</b> -----	<b>54</b>
<b>VII- RECOMENDACIONES</b> -----	<b>55</b>
<b>VIII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	<b>56</b>
<b>IX- ANEXOS</b>	

## **I-INTRODUCCION.**

Las infecciones de transmisión sexual, se conocen desde el siglo II a.n.e las cuales fueron descritas por Hipócrates. Representan, mundialmente, un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población, y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. (1)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una epidemia o más correctamente pandemia, ya que se ha propagado rápidamente por todos los continentes aún a los lugares más remotos del mundo; es en gran medida prevenible. Más aún la responsabilidad de su prevención no solo recae sobre las autoridades de salud de los países sino fundamentalmente sobre todas las personas. (2) Este síndrome se suma a un grupo ya conocido de Infecciones de Transmisión Sexual que aunque no están erradicadas, muchas tienen cura y buen pronóstico sobre todo con un diagnóstico precoz (Sífilis, Gonorrea), o en caso contrario las que no comprometen la vida del paciente (Herpes Virus, Condiloma). La aparición de esta enfermedad ha marcado y determinado cambios en los sistemas de salud en el mundo entero desde las últimas décadas del siglo XX. Tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo ha habido un incremento alarmante del número de mujeres que han sido infectadas con VIH/ SIDA. (3).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido apareció por vez primera en la primavera de 1981 en los Ángeles, EEUU. Cuando el doctor M. Gattlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos portadores de neumonía por un germen oportunista, el protozooario *Pneumocistis Carinii*, y luego se fueron publicando otros veintiséis casos de homosexuales con Sarcoma de Kaposi asociados en su mayoría a infecciones oportunistas.

Ya a inicios de el año 1982 el número de casos ascendía de manera alarmante por lo que las autoridades sanitarias comenzaron a investigar, llegando a la conclusión que era una enfermedad que se transmitía por vía sexual y sanguínea, que afectaba en su mayoría a homosexuales y cursaba con síntomas de inmunodeficiencia; llamándose por esta causa en sus inicios Síndrome del gay o Inmunodeficiencia relacionada con el gay. (3)

Desde entonces el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes. (4) En **1991** a diez años de que se describiera por primera vez este Síndrome, habían diez millones de personas que estaban infectadas; 6 millones en África, dos millones en América, un millón en Asia y Oceanía y medio millón en Europa. De ellos seis millones eran hombres y cuatro millones eran mujeres. (5)

El comportamiento de esta enfermedad en diferentes años se ilustra brevemente a continuación:

**1993** – Más de tres millones de personas quedaron infectadas con el virus en el mundo, lo que equivalía a más de 10 mil infecciones diarias.

**1994** – El SIDA se convierte en la principal causa de muerte para la población de Estados Unidos entre 25 y 44 años. Desde el inicio de la infección, 400 mil personas en ese país habían desarrollado la enfermedad y 250 mil habían muerto.

**1998** – En América Latina y el Caribe se estima que aproximadamente 65 mil individuos entre 15 y 24 años fueron infectados con HIV (UNAIDS, 1999).

**1999** – Según el Grupo de Trabajo sobre HIV/SIDA de la Organización Mundial de la Salud, para fines de 1999, existían 1.3 millones de adultos y niños viviendo con HIV/SIDA en toda América Latina.

**2001** – Cinco millones de personas contrajeron el virus. En América Latina y el Caribe unas 200.000 personas se contagiaron en 2001, según un informe de

ONUSIDA. Los resultados a fin de este año, señalan que casi dos millones de adultos y niños viven con el SIDA en la región, donde se produjeron 100.000 defunciones. Por su parte, el Caribe es la segunda región más afectada. En Europa Oriental la epidemia crece propagándose en los países más habitados del mundo como China, la India e Indonesia.

**2004**– unos 4,9 millones contrajeron en el mundo entero la infección y en el mismo período fallecieron de sida unos 3,1 millones.

**2005** – Se produjeron otros cinco millones de nuevas infecciones.

El número de personas que viven con el VIH en todo el mundo ha alcanzado el nivel mas elevado, y ha pasado de unas cifras estimadas de 37,5 millones en el 2003 a 40,3 millones; de los cuales 38.0 millones son adultos; de estos 17.6 millones son mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. En 2008 había alrededor de **33,4 millones [31,1 millones–35,8 millones] de personas que vivían con el VIH**, y se produjeron unos **2,7 millones [2,4 millones–3,0 millones] de nuevas infecciones** y **2 millones [1,7 millones–2,4 millones] de defunciones relacionadas con el VIH**. En este año, aproximadamente **430 000 [240 000–610 000] niños nacieron con el VIH**, con lo que se elevó a **2,1 millones [1,2 millones–2,9 millones]** el número total de niños menores de 15 años que viven con el VIH. **Los jóvenes** representaron alrededor del **40%** de todas las nuevas infecciones por el VIH en adultos (mayores de 15 años) a nivel mundial. (3 ,5)

Entre el 2000 y el 2020, en los 45 países más afectados fallecerán por causa del SIDA 68 millones de personas, lo que equivale a más de cinco veces los 13 millones de defunciones producidas en las dos décadas de la epidemia en esos países. De los 6 millones de personas en países del mundo en vías de desarrollo que necesitan tratamiento con fármacos antirretrovirales tan sólo 230.000(menos del 4%), lo estaban recibiendo a final del 2001. En los países de ingresos elevados, donde se estima que recibían tratamiento antirretroviral 500.000 personas, en 2001 fallecieron por SIDA 25.000 personas.

Hasta el 2006 en el continente africano habían unos 28.5 millones de individuos infectados de los cuales 25,8 millones estaban en el África Sub-Sahariana; casi once millones mas que en el 2003; no obstante, solamente unas 30.000 personas del total recibían terapia antirretrovirales.

El SIDA cobró la vida de 2,2 millones de personas. Las dos terceras partes del total de personas viviendo con el VIH están en este continente, así como el 77% del total de mujeres VIH positiva.

El número de los portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida ha crecido en todas las regiones de la tierra y en algunos países del sudeste de Europa o América central los casos nuevos han aumentado desde el 2004 en un 40%. En el año 2008, **África subsahariana** es la región más afectada y **alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH** del mundo y el **91% de todas las nuevas infecciones entre niños**, donde la epidemia ha dejado **huérfanos a más de 14 millones de niños**.

De los 1,800 niños que a diario se infectan la contraen a través de sus madres durante el embarazo o durante el nacimiento. Los expertos prevén que para el 2011 el número de huérfanos en África subsahariana ascenderá a unos 18 millones; y la cifra total a nivel mundial se calcula en 25 millones. Esos niños, en su gran mayoría, viven con familiares o tienen que mantenerse a sí mismos y a sus hermanos, mientras que tan sólo un 10% obtienen subsidios estatales. (6)

El VIH/SIDA, desconocida hasta hace un cuarto de siglo, es la enfermedad que constituye la principal causa de defunción en todo el mundo. Actualmente se estima que hay unos 34-46 millones de personas afectadas por el VIH/SIDA. Más de 20 millones de personas han muerto ya de SIDA. África alberga las dos terceras partes de los afectados por el VIH/SIDA, representando el 11 % de la población total mundial. En la actualidad, aproximadamente 1 de cada 12 africanos adultos es seropositivo y donde la infección afecta más a la mujer que al hombre en una proporción de 12/10.

En América Latina y el Caribe existen 21 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA, de los cuales el 80 % son menores de 30 años.

En los últimos 10 años las personas infectadas han aumentado en la región, principalmente entre mujeres. Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque representan un papel importante. En América Latina y el Caribe hay que descartar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre el hombre y la mujer en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja por varones que practican bisexualidad. (7)

La prevalencia de VIH en Cuba en la población de 15 a 49 años es de 0.1%. Se ha reducido la mortalidad en más de un 50% y ha disminuido el número de personas enfermas en un 42%. Desde el comienzo de la epidemia hace 22 años, sólo han ocurrido 32 casos de transmisión materno-infantil del VIH (1 a 3 por año) y el programa de atención a la mujer y al niño alcanza el 100% la totalidad de las mujeres cubanas en edad fértil. Se han logrado avances en materia de prevención del VIH cumpliendo con el compromiso en la reducción de la prevalencia de VIH en los jóvenes de 15 a 24 años de 0.07 % a 0.05% y el incremento de más del 90% de los jóvenes con acceso a la información. (8)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se caracteriza por un fallo inmunitario, especialmente de los linfocitos T, que permite la aparición de infecciones oportunistas y de ciertos tumores que van minando la salud del paciente hasta que muere. No es pues, una enfermedad, sino la combinación de procesos diferentes que varían según las posibilidades de infectarse con diversos agentes oportunistas. Igualmente, las infecciones varían de unas personas a otras y en un mismo enfermo a través de su evolución (9).

El VIH/SIDA es una de las enfermedades más temibles del presente siglo, por su evolución generalmente a la muerte. La mayoría de las personas infectada por el VIH de los países en desarrollo mueren de SIDA a una edad que oscila entre los 30 y 49 años, lo cual ha diezmando la fuerza laboral. (4)

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no distingue edad, sexo, raza, ocupación, país, condición social, etnia, nivel socioeconómico o

religión y constituye sin dudas uno de los principales problemas de la salud en la actualidad, con una importante morbilidad y mortalidad en los sectores más joven de la población. Lo que produce cuantiosos costos sociales y pérdidas de vidas.

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo en los jóvenes, más de la mitad de las nuevas infecciones ocurre en estas edades, quienes la contraen principalmente mediante relaciones sexuales. Se dice que están en el centro de la epidemia.

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42 % de las personas infectadas recientemente. Por otra parte, el 50 % de las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias) corresponde a personas jóvenes, y una de cada tres de las personas seropositivas en todo el mundo. Si se hace un análisis de género, se aprecia que el VIH infecta a un número cada vez mayor de mujeres, y a edades significativamente más tempranas que en el caso de los varones.

El VIH/SIDA, como problema de salud, está cobrando cada año miles de vidas humanas en todo el mundo. En Cuba la epidemia ha tenido un crecimiento lento, gracias a la rápida adopción de medidas y el establecimiento de diferentes mecanismos para la prevención de la enfermedad considerándose entre los países caribeños menos afectados. En las estadísticas se aprecia el predominio del sexo masculino e incide en mayor grado los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) aunque en los últimos años se ha podido observar que la infección en las mujeres tiene una tendencia ascendente. (10 ,11)

A lo largo de la historia de la aparición del virus en Cuba, la incidencia de la infección se ha registrado fundamentalmente en edades entre 15 y 29 años, grupo donde se concentra algo más del 70 %, aunque en los últimos años la incidencia de la infección por VIH se ha incrementado en edades más avanzadas, entre 25 y 34 años. Es la transmisión sexual el elemento principal de riesgo, de ahí la importancia de dirigir los esfuerzos a la educación de la sexualidad para la prevención de la enfermedad.

La lucha contra la epidemia de VIH/SIDA, en la actualidad sólo es posible enfrentarla mediante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud. (10)

Sin embargo la historia de la enfermedad ha cambiado con el uso de la terapia antirretroviral de de gran actividad (TARGA), la que ha logrado mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con SIDA. Debemos puntualizar el aumento de la frecuencia de casos seropositivos al VIH que desarrollan la enfermedad en periodos inferiores a un año, inclusive, pacientes que debutan con SIDA en el momento de detección de infección por VIH, esto puede explicarse por la aparición de cepas mutantes resistentes o por diagnósticos realmente tardíos. (12) Por lo que la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA es un aspecto esencial para abordar el tratamiento y seguimiento de estos casos. (13)

En nuestro país el programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA pretende lograr resultados positivos a corto plazo, que reflejan por ejemplo el aumento del uso preservativos con parejas ocasionales, la observación de los protocolos de tratamiento antirretroviral y la adecuada adherencia a los esquemas terapéuticos o el inicio de la actividad sexual a una edad más tardía en los jóvenes. Estos resultados positivos a corto plazo estarían condicionando cambios en el impacto del programa en un plazo mas prolongado, medidos en menos casos nuevos de VIH/SIDA y la carga de enfermedad (tales como huérfanos, niños y familias afectadas). En este programa uno de los impactos que se pretende lograr entre las personas con VIH/SIDA es aumentar la esperanza de vida con mas calidad, y evitar nuevas infecciones con la consiguiente disminución de la incidencia y prevalencia a largo plazo. (14).

Es por ello que nos propusimos realizar la evaluación de la calidad de la atención a personas con VIH/SIDA, con el objetivo de dar respuesta a nuestras interrogantes: ¿La estructura existente en el área de salud posibilita una adecuada atención a personas con VIH? ¿El proceso de atención que se realiza en el área de salud es el adecuado para la atención a personas con VIH? ¿Los

resultados obtenidos en el área de salud se corresponden con los indicadores favorables de la atención a personas con VIH?

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Se cumple con los indicadores de estructura, proceso y resultado de la calidad de la atención a PVs del Programa nacional de VIH SIDA, durante el año 2011 en el municipio de Bolivia?

## **II-OBJETIVOS.**

### **General:**

1. Evaluar aspectos relacionados con la calidad de la atención a PVs en los consultorios Médicos de la Familia del municipio de Bolivia al cierre del año 2011.

### **Específicos:**

1. Evaluar los componentes estructurales del programa según los indicadores establecidos.
2. Evaluar los componentes de proceso relacionados con el programa.
3. Evaluar la dimensión de resultados del programa.
4. Establecer un criterio evaluativo final del programa que contemple las tres dimensiones estudiadas

### **III-MARCO TEÓRICO.**

Conceptualmente esta infección es un síndrome clínico grave producido por la infección del cuerpo por el virus de inmunodeficiencia humana, con la característica de una inmunodepresión severa y progresiva y la concurrencia de infecciones oportunistas y el desarrollo de tumores raros. A pesar de todo lo que la ciencia está haciendo todavía hoy no tenemos a la mano una cura o vacuna que prevenga la infección por este virus que hasta el momento es mortal. De ahí que se hace sumamente importante el conocimiento de la enfermedad para su prevención. En 1983 y 1984 investigadores del Instituto Pasteur, del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. y de la Universidad de California aislaron varias cepas de retrovirus en pacientes con SIDA, y las denominaron LAV, HTLV-III y ARV, respectivamente. Posteriormente un Comité Internacional de Taxonomía acuñó la denominación virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1). (15)

El HIV-1 es un virus ARN perteneciente a la familia *Retroviridae* subfamilia *Lentivirinae* que gracias a la codificación de una transcriptasa inversa es capaz de integrarse en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de retrovirus humanos (virus oncógenos), el HIV-1 posee un marcado poder citolítico. (15)

Finalmente, el último retrovirus humano identificado se ha denominado HIV-2, es endémico en algunos países del África occidental, es también capaz de producir en el hombre un cuadro clínico similar al del SIDA, pero es menos agresivo que el HIV-1. (15)

Existen hasta la actualidad, dos cepas de este virus, la 1 y la 2, siendo el VIH-1 el más frecuente, virulento y de más rápida progresión, clínicamente, hacia la fase SIDA.

La infección transcurre por tres Etapas clínicas:

- Fase precoz o aguda de varias semanas de duración.
- Fase intermedia o crónica, con replicación vírica activa y latencia clínica, de varios años de duración.
- Fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que se denomina complejo relacionado con el sida (CRS) y sida. (16)

*Fase precoz o aguda:*

Los mecanismos a través de los cuales se puede adquirir la infección por el HIV-1 son la transmisión maternofetal y perinatal, incluyendo la transmisión por leche materna, las transfusiones de sangre o derivados hemáticos, los transplantes de órganos y tejidos, las relaciones sexuales y el contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). Es probable que la evolución a partir de este momento sea relativamente independiente del mecanismo de transmisión, aunque la dosis infectante y la vía de infección podrían tener importancia. El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome semejante a la mononucleosis infecciosa que se caracteriza por fiebre, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, erupciones en la piel, diarreas, pérdida de peso, dolores musculares, acompañado generalmente por una erupción cutánea y cefaleas, entre otros; (en aproximadamente el 40-90% de los casos). A partir de los primeros días de la infección el HIV-1 invade el tejido linfático, donde alcanza concentraciones muy elevadas. Posteriormente, en el tiempo aparecen los diferentes tipos de anticuerpos (1-3 meses), lo que coincidirá con la desaparición del antígeno p24 y una drástica reducción del nivel de virus circulante. A lo largo de este proceso agudo puede haber una inmunodepresión transitoria, capaz incluso de facilitar la aparición o la reactivación de determinadas infecciones oportunistas, como candidiasis orofaríngea o esofágica y excepcionalmente infecciones por micobacterias o *Pneumocystis carinii*.

*Fase intermedia o crónica:*

En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa vírica. En casi todos los pacientes es posible cultivar el HIV-1 tanto en el plasma como en las células mononucleares si se utilizan técnicas suficientemente sensibles o se puede detectar y cuantificar la concentración de RNA vírico (carga vírica). En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático) y de la de destrucción. Los pacientes suelen estar sintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos), o trastornos neurológicos centrales o periféricos. Existen, no obstante, grandes variaciones individuales. La viremia plasmática (carga vírica) y en menor medida la cifra de linfocitos CD4 son los mejores marcadores pronósticos de progresión clínica y mortalidad si no se efectúan intervenciones terapéuticas.

*Fase final o de crisis:*

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y consunción (*wasting syndrome*), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece de SIDA. El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del SIDA, no era en general superior al 30-50%, y a los 3 años era inferior al 10-20%. La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección por el HIV-1 y la forma de presentación influyen en el pronóstico. (17)

Respecto al origen de dichos virus se han propuestos desde 1980 varias teorías acerca de la aparición del mismo, los especialistas comenzaron a proponer diferentes teorías. En nuestros días la teoría más aceptada está basada en las evidencias de sueros encontrados en los años cincuenta en personas que habían estado en África, de ahí que se suponga que se originó en una parte de África y luego se diseminó al resto del mundo, todo ello coincide con la liberación sexual de los años cincuenta y sesenta. (18)

Se conocen diferentes cepas circulantes de VIH, que presentan heterogeneidad de genotipos y subtipos virales. Dentro del VIH-1, se han descrito dos grandes grupos: el grupo M (Main o principal) subdivididos en 10 subtipos desde la A hasta la J, y el grupo O (Outlier) con varios aislados diferentes entre sí. Para el VIH-2 se han descrito 6 subtipos desde la A hasta la F.

El VIH, tiene la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de las que se encuentran los Linfocitos TCD4(auxiliador-cooperador),estas células regulan las respuestas de otras células que incluyen el complejo Monocito-Macrófago, células T citotóxicas(TCD8),las células NK y las células B para la producción de anticuerpos; lo que trae como consecuencia el deterioro del funcionamiento o la disminución en la cantidad del numero de CD4 y la posterior infección por enfermedades oportunistas, desarrollándose el SIDA.

El virus logra afectar las células de defensa a través del gp120 que se une al receptor CD4 que se encuentra en la superficie de la célula en una interacción caracterizada por una elevada constante de afinidad, la absorción del virus resulta indispensable para la infección.

Una vez producida esta fase de adhesión, que depende del gp120 y muy especialmente del anillo v3, se produce un cambio a distancia que afecta la proteína transmembrana gp 41, proporcionando así la penetración del virus al interior de la célula. En la tercera fase se produce la decapsidación viral y el ARN se transcribe a ADN por acción de la enzima retrotranscriptasa inversa del virus. Finalmente, la polimerasa celular sintetiza la segunda cadena de ADN, éste migra hacia el núcleo y se integra a la célula, de esta manera la célula será una verdadera fábrica de viriones. (19)

El reservorio de la enfermedad es el hombre, todo hombre infectado, independientemente de la etapa clínica de la enfermedad por la que este transitando, se considera transmisor de la misma, comportándose así como una fuente de contaminación. (15)

El Sida tiene un largo período de incubación. Sin tratamiento, la mitad de los infestados por el VIH desarrollan sida en los nueve años siguientes a la infección. El virus se encuentra en la sangre, el semen y la secreción uterovaginal y se transmite fundamentalmente mediante el coito o el uso de agujas contaminadas. No obstante, el VIH también puede transmitirse por transfusiones de sangre o de hemoderivados contaminados, y de la madre infestada al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. (20)

Dentro de ellas tenemos:

➤ Sanguínea

- ✓ Intercambio de jeringuillas
- ✓ Transfusiones de sangre y de hemoderivados
- ✓ Transplante de órganos
- ✓ Hemodiálisis y diálisis

➤ Sexual

- ✓ Relaciones sexuales desprotegidas con personas de cualquier orientación psicosexual: heterosexual, bisexual, homosexual.
- ✓ Relación sexual buco-genital.

➤ Perinatal

- ✓ Transmisión del virus de una mujer portadora del VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia materna a su hijo. (18)

Los jóvenes y los adolescentes sexualmente activos se ven amenazados y afectados de una forma desproporcionada por las Infecciones de Transmisión Sexual y, principalmente, por el VIH/SIDA.

Precisamente, más de 6 000 jóvenes contraen el virus cada día a nivel mundial, esta tendencia es en especial alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia, pues casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años. (21, 22, 23, 24)

El grupo de los adolescentes es uno de los más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual y al VIH/sida, debido a sus características biológicas, epidemiológicas, sociales y psicológicas.

Desde el punto de vista biológico influye la inmadurez de los órganos del sistema reproductivo, los cambios hormonales y las deficiencias inmunológicas. Su vulnerabilidad epidemiológica está dada porque existe una significativa concentración de seropositivos al VIH entre jóvenes y adolescentes. En relación con lo social, tenemos que los adolescentes representan lo erótico, lo deseable, la edad matiza el poder en las relaciones de pareja, tienen menor accesibilidad a los servicios por minoría de edad, la educación sexual está marcada por lo biologicista, es poco alusiva al placer y las dificultades de acceder a los espacios para la expresión de la sexualidad. En cuanto a las características psicológicas, tenemos que son insuficientes sus conocimientos y habilidades, es un grupo con necesidad de mostrar independencia y autonomía, de seguir las normas grupales, de tener interés, curiosidad, deseos, búsqueda del placer y se les dificulta acceder a las fuentes de información.

El componente educativo es esencial para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA. (25).

Finalmente ya que todavía no se encuentra una vacuna eficiente para la prevención de esta infección, solo contamos hoy con la labor educativa para la disminución de incidencias; esto toma mayor importancia en la adolescencia y la juventud al ser este grupo etario el más vulnerable en donde se manifiestan más las conductas sexuales de riesgo. (26)

De todo esto lo más importante es dar una correcta educación sexual, y que debe comenzar desde etapas tempranas en el seno familiar y ya en la adolescencia ésta se debe fortalecer en las escuelas, donde se enfatice la importancia de adoptar conductas sexuales y valores responsables, basado en el respeto a la pareja, el prójimo y la sociedad en sentido general. (27, 28, 29)

Tal como educamos a las generaciones del futuro para su desempeño exitoso en otras facetas de la vida, es imprescindible prepararlas también para la sexualidad,

con vistas a que esta se convierta en un elemento capaz de ennoblecer la personalidad.

Comenzar a educar para una sexualidad satisfactoria y segura desde edades tempranas de la vida garantiza los comportamientos sexuales responsables y seguros en la adultez, por lo cual debemos concentrarnos en los jóvenes y priorizar el trabajo educativo con ellos (23, 30, 31).

El comportamiento sexual responsable y seguro incluye la práctica del sexo seguro y del sexo protegido. El sexo seguro son las relaciones sexuales que no incluyen penetración y que evita a las personas exponerse a fluidos sexuales potencialmente infectados. Como ejemplo de práctica de sexo seguro tenemos: frotar los pechos, besar el cuerpo, frotar los genitales en el cuerpo de la pareja siempre y cuando la piel no tenga heridas, bañarse juntos, observar cómo se masturba la pareja, tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos, masajes y abrazos, frotamiento de cuerpo con cuerpo, besos secos, utilizar juguetes sexuales- solo para uso propio, si se comparten hay que desinfectarlos-, sexo telefónico, voyeurismo, compartir fantasías sexuales y realizar aquellas que no incluyan fantasías sexuales inseguras.

La implementación de comportamientos sexuales seguros exige que la persona disponga de una información precisa, planificación previa y comunicación óptima con su pareja. Con todas estas medidas las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual, mientras minimizan los riesgos potenciales involucrados.

El sexo protegido es usar condón (ya sea masculino o femenino) en todos los tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal u oral), para que las secreciones corporales que contienen el VIH u otros gérmenes no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja (32).

Hoy día, aunque existe menos tabú sobre sexualidad, en que los jóvenes a temprana edad tienen y mantienen relaciones sexuales, y la mayoría de ellas son esporádicas u ocasionales, se genera una gran problemática social debido a la escasa preparación que tienen para enfrentar su vida sexual con responsabilidad,

sumada al hecho de que su poca madurez no les permite visualizar la magnitud de los problemas, principalmente el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH / SIDA. (21, 33)

A escala mundial en estudios realizados sobre Atención de la persona infectada por VIH (**Sierra-Madero JG. México. Año 1995.**) refiere que la intervención médica temprana es benéfica para el paciente con infección por VIH, aún cuando esté sintomático y que en el paciente adulto infectado con VIH , el uso de vacunas contra *Streptococo pneumoniae* y contra influenza puede prevenir infecciones. Además hace referencia a algunas de las recomendaciones generales que han demostrado con claridad ser importantes para evitar la progresión de la enfermedad (por ejemplo, no fumar); otras pueden ser benéficas, sin que se haya demostrado su utilidad en estudios epidemiológicos (como no ingerir bebidas alcohólicas). El paciente con infección por VIH debe ser instruido para evitar contacto con mascotas transmisoras de algunas infecciones oportunistas que afectan a estos pacientes, no consumir alimentos potencialmente contaminados con gérmenes entéricos como los mariscos crudos y, en general, mantener un estado nutricional adecuado. (34)

Posteriormente se realiza una investigación sobre El estigma asociado al VIH/SIDA (César Infante. México. Año 2006.) ya que se había explorado poco las percepciones que los proveedores de servicios de salud tienen de los grupos históricamente estigmatizados y relacionados con la transmisión de la infección por el VIH, como son las personas que realizan trabajo sexual (TS), los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y los consumidores de drogas intravenosas (CDIV). Por ello, ese trabajo exploró la relación entre las prácticas y el discurso de los prestadores de servicios, actores sociales que, son los poseedores del conocimiento, los expertos de quienes se espera que conozcan y comprendan la problemática alrededor de la infección por VIH y las personas que la padecen. En este estudio se llegó a la conclusión de que el diseño de medidas para disminuir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA exige la inclusión del debate ético sobre los derechos humanos y un enfoque estructural

de las condiciones sociales que rebase la noción de comportamientos de riesgo.(35)

Otro estudio realizado en ese mismo país pero un año posterior sobre la Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida (Cristina Herrera.Año 2007) demostró que los principales problemas durante la búsqueda de atención se relacionaron con la falta de conciencia de riesgo y de información entre las personas viviendo con VIH/Sida y los médicos. Los médicos mostraron falta de capacitación en VIH/Sida. En la etapa de continuidad de la atención, los problemas se relacionaron con una adherencia terapéutica deficiente, producto principalmente de la falta de comunicación con los médicos y de la discriminación en los servicios públicos. De manera general se observaron problemas de información; falta de capacitación y paternalismo por parte de los médicos, y estigma social de las personas viviendo con VIH/SIDA asociado a la epidemia. (36)

En nuestro país en estudio sobre Problemas éticos y psicológicos de la atención a personas viviendo con VIH (María Gamba Janota. El Vedado. La Habana. Año 2006.) demostró que los programas y estrategias tienen un perfil educativo, para promover una conducta sexual responsable y evitar de esta manera la propagación de la epidemia. Esto por un lado, y por otro, los programas tienen otra intención, la de dar atención clínica a esos pacientes. En la atención a las PVs se presentan problemas éticos que deben ser cuidadosamente observados para mejorar la atención a estas personas ofreciéndole un trato más humano y con ello mejorar su calidad de vida. (37)

En estudios realizados acerca de las investigaciones hechas sobre el tema el cual se investiga se pudo comprobar que ni en la provincia de Ciego de Ávila, así como en el municipio de Bolivia no aparecen autores que hayan investigado acerca de este tema.

El surgimiento del SIDA como enfermedad mortal y su conocimiento en Cuba a partir de 1983 alertó a las autoridades sanitarias. Los sistemas de salud se han

visto en la obligación y necesidad de establecer sistemas de vigilancia con el objetivo de conocer el proceso de salud enfermedad en la población.

Desde inicios de este año, fecha en que llegan a Cuba las primeras informaciones sobre la situación que venía produciéndose en algunos países con el llamado SIDA, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) comenzó a tomar una serie de medidas para evitar la diseminación de esta enfermedad en el país. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.

Una de las primeras medidas tomadas fue la prohibición de importación de hemoderivados, como era el caso de la Trombina Tópica de origen humano, gammas globulinas de diferentes tipos, así como cualquier hemoderivado procedente de plasmas procesados en países donde se conocía de la circulación del VIH. La alternativa utilizada en este caso fue la de importar solamente de los países de Europa del Este e ir desarrollando esta producción en nuestro país en los laboratorios existentes para biológicos de este tipo.

En octubre de 1983 se pone en vigor, un sistema de vigilancia epidemiológica en las unidades hospitalarias, estableciéndose el reporte de los casos de Sarcoma de Kaposi, Neumonías a repetición, o cualquier otro proceso que pudiera hacer pensar en SIDA.

En 1985 aparecen en el mercado internacional los kits para detección de anticuerpos al VIH y se establecen los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado. De inmediato se decide por las autoridades del país la elaboración y ejecución de un Programa de Control que tenía como objetivo limitar la diseminación de la infección en el país.

Teniendo en cuenta las características y desarrollo de nuestro Sistema de Salud (SS), sus tradiciones establecidas en los últimos 30 años, el nivel de educación de nuestra población, la situación social existente, y la aparición del primer caso seropositivo, se adoptaron como premisas básicas:

- Era factible evitar la transmisión a través de la sangre.
- Era posible limitar al mínimo la transmisión perinatal.

- La drogadicción no constituía un problema en el país por lo que esta vía de transmisión no representaba riesgo importante.
- La transmisión sexual constituía el elemento principal de riesgo y hacia esta vía debían dirigirse los esfuerzos principales.

En base a estos principios, para fines de 1985 se elabora el Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA, el que comienza a ejecutarse desde principios de 1986 con la adquisición de los equipos, medios diagnósticos y otros insumos necesarios para el montaje de 50 laboratorios de pesquisa y el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). Al mismo tiempo se inicia un proceso acelerado de capacitación de personal profesional y técnico para estos laboratorios, lo que posibilita que para el mes de mayo de 1986 toda la sangre que se donaba en el país se comience a examinar, eliminándose virtualmente estas vías de transmisión.

Desde el año 1986 se concibió la necesidad de desarrollar en Cuba la producción de los kits diagnósticos para eliminar futuras importaciones costosas en el mercado internacional, contándose en el momento actual con kits nacionales para el Sistema Ultramicroanalítico (SUMA), el utilizado en estos momentos en toda nuestra red diagnóstica y el DSVIH-BLOT para la confirmación.

En cuanto a la transmisión sexual se tuvieron en cuenta las experiencias que existían en el control de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), estableciéndose como elementos básicos:

- La pesquisa masiva en grupos con conductas de riesgo a fin de lograr la detección temprana de la infección.
- El estudio epidemiológico de todo infectado detectado para identificar sus contactos sexuales en busca de la fuente de infección y posibles casos secundarios.
- El ingreso sanatorial del total de la prevalencia identificada como una forma de limitar la transmisión, de prepararlo para vivir con el SIDA y de garantizar las mejores condiciones de diagnóstico y tratamiento.

En el programa se estableció también un componente de educación para la salud, basado en lograr lo que posteriormente se ha denominado sexo seguro, utilizando todos los medios posibles y especialmente la educación directa a las personas de acuerdo a las potencialidades que brinda nuestro SS, en especial mediante el Sistema del Médico de la Familia (SMF), que en aquel entonces comenzaba a desarrollarse y ya mostraba sus inmensas posibilidades.

Producto de la experiencia adquirida en el desarrollo del programa, se incorpora, a partir de 1993, la posibilidad de un Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) que permite a los infectados o enfermos, decidir si desean recibir su atención ambulatoria o sanatorial, siempre que hallan demostrado ser consecuentes con su enfermedad, es decir, si son responsables con su salud y con la de los demás.

### OBJETIVOS DEL PROGRAMA

#### GENERAL

Evitar que el proceso de la infección enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana.

#### ESPECÍFICOS.

- I. Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación que contribuyan a disminuir el riesgo de infección por el VIH, especialmente a través de las relaciones sexuales.
- II. Desarrollar el mercadeo social de condones con la participación de los sectores y organismos afines.
- III. Determinar los niveles de circulación del VIH en nuestra población.
- IV. Eliminar la transmisión virtual del VIH a través de la sangre y los hemoderivados.
- V. Determinar los principales factores y condiciones de riesgo de la infección por VIH en la población cubana.
- VI. Garantizar la atención médica integral, ambulatoria o sanatorial a la totalidad de los infectados o enfermos.

- VII. Establecer el sistema de notificación, registro y vigilancia de los infectados por VIH y de los enfermos de SIDA, guardando la discreción necesaria.
- VIII. Reducir al mínimo el riesgo de transmisión perinatal por el VIH.
- IX. Mantener como una prioridad la adquisición de recursos necesarios para el perfeccionamiento del programa en todo el país.
- X. Coordinar con el Viceministerio de Docencia el plan de investigaciones necesarios que permita un mejor conocimiento del problema y la optimización del programa.
- XI. Imprimir una mayor exigencia a todos los niveles con vistas a lograr que el personal de salud adquiera los conocimientos necesarios para enfrentar este problema de salud.
- XII. Prevenir la infección ocupacional del VIH. (38)

Cuba muestra una situación favorable, en relación con la mayoría de los países del mundo, con una prevalencia menor de 0.1. Cuatro factores esenciales han contribuido a ello:

- I. Existencia de una voluntad política del gobierno de apoyar con recursos todo lo que fuese necesario para implementar estrategias de intervención en concordancia con nuestra realidad nacional.
- II. Fortaleza del Sistema Nacional de Salud.
- III. Creación y funcionamiento de los Grupos Operativos para el Enfrentamiento y Lucha contra el Sida (GOPELS), los cuales materializan la lucha intersectorial contra la epidemia.
- IV. Participación de la población, de forma activa, en las diferentes acciones educativas.

La atención, cuidados y apoyo a personas con SIDA (PVs), es uno de los cuatro componentes del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Su propósito fundamental es brindar atención integral de calidad a todas las

personas con VIH, preservar y mejorar su calidad de vida y contribuir a su activa integración a la sociedad.

La atención a las personas viviendo con VIH, que a inicios de la epidemia fue solo sanatorial, a partir del año 1993 se amplió a la atención ambulatoria. Una vez diagnosticadas reciben el curso denominado *Aprendiendo a vivir con VIH*, la atención especializada según sus necesidades, los beneficios de la Seguridad Social en caso que lo requieran y mantienen su vínculo laboral.

El país ha hecho grandes esfuerzos por mejorar la calidad de vida de estas personas; para ello se invierten recursos en la producción de medicamentos antirretrovirales desde el año 2001. El incremento de la calidad de vida de la personas que viven con el VIH (PVVIH) se ha hecho evidente en el acceso gratuito a los medicamentos, la disposición de medios diagnósticos para asegurar su seguimiento y las medidas tomadas para reforzar su alimentación y cuidado, que se refleja en la reducción de los casos SIDA, disminución de la mortalidad y el aumento de los años de vida después de la infección. Asimismo se trabaja en un protocolo para el desarrollo de un candidato vacunal.

La transmisión materno infantil del VIH (TMI) constituye uno de los problemas ante el cual los profesionales dedicados a la atención de PVs muestran mayor preocupación, dada la dimensión ética que adquiere en el contexto del SIDA. Mantener la función reproductiva es y será, un tema controversial y a su vez de gran importancia, por lo que los profesionales deberán mostrar un alto nivel de preparación técnica y una elevada sensibilidad humana. En el año 2000 se elaboró la Respuesta Ampliada a la Epidemia para los diferentes sectores sociales y el año 2001, el Plan Estratégico Nacional.

El Programa Nacional, por su parte, está diseñado para que todas las personas sin distinción de sexo, edad, procedencia social o preferencia sexual, tengan acceso a los servicios de promoción de salud y prevención. La sección dedicada al VIH/SIDA del segundo informe de Cuba sobre el Cumplimiento de las Metas del Milenio, muestra que un grupo de ellas están plenamente cumplidas, y que en otras el avance es relevante y se trabaja por alcanzarlas en el plazo previsto, bajo

el lema *Una vida mejor para todos con la participación de todos*. No obstante, por lo difícil que resulta enfrentar un problema tan ligado a conductas humanas complejas, como son las conductas sexuales, se ha priorizado el desarrollo del componente educativo del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.

Este sitio se creó con el propósito de facilitar el acceso a la información profesional necesaria, para apoyar la toma de decisiones y la respuesta ampliada ante la epidemia de VIH/SIDA. Queda así constituido un espacio de interacción entre los diferentes factores que participan en la lucha contra las ITS/VIH/SIDA soportado en las TICs y apoyado en información científica de alta calidad. (39)

Ningún país ha escapado a los sufrimientos de la pandemia de VIH/ SIDA y hoy, a pesar de los avances, el mundo enfrenta el recrudecimiento de la pobreza, los efectos del cambio climático son mas evidentes, asistimos a una crisis alimentaria mundial y la pandemia se expande fundamentalmente en países con condiciones económicas y sociales adversas y dentro de estos en los grupos más vulnerables de la población que viven en la miseria y la marginalidad y que representa la mayoría de la población afectada por la pandemia.

Cuba considera que el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, concede una gran importancia a la lucha contra el VIH/SIDA, a todos los niveles y en todas partes del mundo, y apoya con firmeza la necesidad de que se garantice el tratamiento y acceso universal a las medicinas y a las tecnologías médicas necesarias para enfrentar estos flagelos y al desarrollo del sistema de atención de salud en las comunidades a todas las personas afectadas y enfermas, sin discriminación de ningún tipo.

Mi país ha demostrado un alto compromiso político en su respuesta ante la epidemia de VIH/SIDA. Factores decisivos han sido la prioridad otorgada por el Estado a la salud de la población, las peculiaridades del Sistema Nacional de Salud caracterizado por su Universalidad, Gratuidad y Accesibilidad, así como, la

estructura organizativa de la sociedad en agrupaciones de base comunitaria con tradición en el trabajo social y de participación de todos los factores de la sociedad civil.

El Programa cubano para la Prevención y Control del VIH/SIDA, con carácter multisectorial donde se garantiza el acceso a los servicios del 100% de la población y se desarrollan intervenciones educativas, de vigilancia y pesquisa, tratamiento antiretroviral a todos los que lo necesitan y cuidado y apoyo a los afectados por el VIH/SIDA, incluyendo los aspectos del derecho al empleo, salario total, alimentación diferenciada y derecho sociales y políticos con el acceso gratuito de medicamentos y servicios médicos.

Cuba está sujeta a un férreo bloqueo económico, comercial y financiero por los Estados Unidos de Norteamérica, con lamentables consecuencias para la salud del pueblo cubano, pero enfrenta positivamente la pandemia. (8)

El programa de VIH/SIDA, en cada uno de los momentos por los que ha transitado la epidemia y desarrollándose el sistema de salud, ha ido adecuando la forma de abordar la atención al VIH/SIDA en correspondencia con las políticas nacionales de atención a enfermedades de curso prolongado como lo es hoy día la infección por el VIH y el SIDA.

Es por ello que la atención, cuidados y apoyo a personas con VIH cobra principal importancia en el nivel primario de atención, por ser el Policlínico, la institución principal del Sistema Nacional de Salud encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de su población y escenario principal para combinar de forma efectiva las acciones de vigilancia, prevención, diagnóstico, atención e investigación relacionadas con el VIH/SIDA. (39)

## **IV-DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Diseño General del Estudio**

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) evaluativa de tecnologías y servicios para evaluar La Calidad de la atención a personas con VIH/SIDA en el municipio de Bolivia en el año 2011.

### **Población Objeto de Estudio**

El universo de este estudio lo constituyen la totalidad de los pacientes viviendo con SIDA (PVs) en el área de salud anteriormente mencionada y la totalidad de los consultorios de este municipio.

La información fue obtenida a través de la base de datos actualizada por el responsable del programa ITS/VIH/SIDA de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, registro de estadística del área, además de las guías de observación confeccionadas para la recolección de los datos en cada uno de los consultorios. Se diseñó una encuesta para medir el nivel de satisfacción de PVs validadas por criterios de experto y a modo de pilotaje para la comprensión de las preguntas.

### **Fuentes de información:**

Se aplicaron guías de observación y encuestas de la siguiente forma:

- Guía de observación I que se realizaron en los CMF para recoger datos generales (Anexo I).
- Guía de observación II que se le realizó al responsable de Higiene y Epidemiología del Área o Director del Área. (Anexo II).
- Encuesta a los médicos y enfermeros de la familia para valorar capacitación y nivel de conocimientos sobre Atención integral a los pacientes VIH/SIDA (Anexo III).
- Encuesta a los pacientes (casos de VIH/SIDA) para valorar el grado de satisfacción de estos pacientes (Anexo IV).

### **Procesamiento y análisis de la información:**

Los datos se procesaron en un ordenador personal con sistema operativo Windows XP mediante el programa Microsoft Excel, del paquete de aplicaciones Microsoft Office 2003, para su ordenamiento y análisis. La información fue resumida en tablas.

Para el análisis y síntesis de los datos se calcularon indicadores y medidas de resumen tales como el porcentaje que se compararon con los estándares establecidos. Los resultados obtenidos en cada criterio alcanzaron valores superiores o inferiores a los estándares establecidos, de acuerdo a ello se evaluaron en Bien, Regular, Mal.

Para dar salida al objetivo número uno (Estructura), se analizaron seis variables de Recursos humanos, dentro de ellos, cobertura del personal médico y de enfermería en los CMF, si los mismos estaban capacitados o no en el programa en el último año, así como la cobertura de equipo de atención integral a PVs y la cobertura de Psicólogo. En los Recursos materiales se analizaron tres variables, disponibilidad de condones en CMF, de materiales actualizados sobre la atención integral a PVs, así como la disponibilidad de efectos médicos y equipamientos.

Para dar salida al objetivo número dos (Proceso) las variables que se analizaron fueron, la dispensarización de PVs, si los PVs que asistían regularmente a consulta en sus CMF, si se realizó la prevención de la TB en PVs, si las historias clínicas (HC) de PVs. que cumplían parámetros establecidos, si los PVs que requerían Tratamiento Antirretroviral (TAV) lo estaban recibiendo, y el Porcentaje de Pvs con CD4 realizados.

Para dar salida al objetivo número tres (Resultados), se realizó una evaluación cuantitativa para valorar si existía disminución de la Tasa de mortalidad por SIDA, la sobrevida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral, y si existía disminución de enfermedades oportunistas en PVs. En la evaluación cualitativa se valoró la satisfacción de los PVs.

A continuación exponemos los indicadores y estándares a evaluar para dar cumplimiento a los objetivos.

Los indicadores serán 19, de estructura 9, de proceso 6 y de resultado 4.

## I. Estructura:

### 1. Recursos Humanos:

- Cobertura de personal médico en los CMF.
- Cobertura de personal de enfermería en los CMF.
- Cobertura de personal médico en los CMF capacitados en el programa, en el último año.
- Cobertura de personal de enfermería en los CMF capacitados en el programa, en el último año.
- Cobertura de equipo de atención integral Municipal de atención a PVs.
- Cobertura de Psicólogo en el área.

### 2. Recursos materiales:

- Disponibilidad de condones en CMF.
- Disponibilidad de materiales actualizados sobre la atención integral a PVs en los CMF (Pautas para el manejo integral de personas con VIH, Información básica sobre la atención integral a personas con VIH).
- Disponibilidad de Efectos Médicos y Equipamiento en los CMF.

## II. Proceso

- Dispensarización de PVs.
- PVs que asisten regularmente a consulta en sus CMF.
- Prevención de la TB en PVs.

- Porcentaje de historias clínicas (HC) de PVs. que cumplen parámetros establecidos.
- PVs que requieren Tratamiento Antirretroviral (TAV) y lo están recibiendo.
- Porcentaje de Pvs con CD4 realizados.

III. Resultado:

1. Evaluación cuantitativa.

- Disminución de la Tasa de mortalidad por sida.
- Sobrevida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral.
- Disminución de enfermedades oportunistas en PVs

2. Evaluación cualitativa.

- Satisfacción de las PVs.

COMPONENTE DE ESTRUCTURA. (9)

Recursos Humanos (6)				
Criterio	Definición	Indicador	Estándar	Evaluación
Cobertura de personal médico en CMF.	Un médico en cada consultorio médico de familia.	Total de médicos laborando en CMF / Total de CMF x 100	100%	Máximo de puntos: 8 De 95-100%: 8 puntos: Bien De 90-94%:4-7 puntos: Regular Menos de 89%: 3 punto: Mal

Cobertura de personal de enfermería en CMF.	Una enfermera en cada consultorio médico de familia.	Total de enfermeras laborando en CMF / Total de CMF x 100	100%	Máximo de puntos: 5 De 90-100%: 5 puntos: Bien De 79-89%: 2-4 puntos: Regular Menos de 79%: 1 punto: Mal
Cobertura de personal Médico en CMF capacitados en el Programa Nacional de VIH en el último año	Médicos en CMF capacitados en el programa en el último año	Médicos en CMF capacitados en el programa en el último año / Total de médicos en CMF x 100	90%	Máximo de puntos: 8 De 95-100%: 8 puntos: Bien De 90-94%: 4-7 puntos: Regular Menos de 89%: 3 punto: Mal
Cobertura de personal de enfermera (o) s en CMF capacitadas en el Programa Nacional de VIH en el último año	Enfermeras en CMF capacitados en el programa en el último año	Enfermeras en CMF capacitados en el programa en el último año / Total de enfermeras en CMF x 100	90%	Máximo de puntos: 5 De 90-100%: 5 puntos: Bien De 85-89%: 2-4 puntos: Regular Menos de 84%: 1 punto: Mal

Cobertura de equipo de atención integral Municipal a PVs	Equipo encargado de realizar valoración integral a PVs	Equipo de atención integral municipal a PVs en existencia / Total de equipo a nivel municipal	1/1	Máximo de puntos: 3 1/1: 3 puntos: Bien 0/1: 0 punto: Mal
Cobertura de Psicólogo en el área	Personal de psicología encargado de la atención a PVs	Total de Psicólogo existente en el área de salud / Total de Psicólogo	1/1	Máximo de puntos: 3 1/1: 3 puntos: Bien 0/1: 0 punto: Mal
Recursos Materiales (3)				
Criterio	Definición	Indicador	Estándar	Evaluación
Disponibilidad de condones en consultorios	Presencia de condones en cada consultorio	No de consultorios abastecidos con condones/ Total de CMF x 100	100%	Máximo de puntos: 4 De 95-100%: 4 puntos: Bien De 88-94%: 2-3 puntos: Regular Menos de 87%: 1 punto: Mal

Disponibilidad de materiales actualizados sobre la atención integral a personas con VIH en CMF	Presencia de materiales actualizados en los consultorios (Pautas para el manejo integral de personas con VIH, Información básica sobre la atención integral a personas con VIH )	No. de CMF con materiales actualizados de VIH/sida/Total de CMF X 100	100%	Máximo de puntos: 2 De 90-100%: 2 puntos: Bien De 79-89%: 1 puntos: Regular Menos de 79%: 0 punto: Mal
Disponibilidad de Efectos Médicos y Equipamiento en los CMF para la atención a PVs	Existencia en los CMF de efectos médicos y equipamientos necesarios para la atención a estas personas	No de CMF con efectos médicos y equipamiento / Total de CMF x 100	100%	Máximo de puntos: 2 De 90-100%: 2 puntos: Bien De 85-89%: 1 puntos: Regular Menos de 85%: 0 punto: Mal

Evaluación general del componente de estructura:

Total de puntos: 40.

Bien (B): De 34-40 puntos.

Regular (R): De 28-33 puntos.

Mal (M): Menos de 28 puntos.

## PROCESO. (6)

Criterio	Definición	Indicador	Estándar	Evaluación
Dispensarización de PVs	Todas las PVs se deben dispensarizar en el grupo II los portadores o casos VIH, y el caso sida en grupo III	No de PVs dispensarizados en los CMF según lo establecido/ Total de PVs en CMF X 100	100%	Máximo de puntos: 4 100%: 4 puntos: Bien Menos de 100%: 0 punto: Mal
PVs que asisten a consulta integral de la APS	Personas con VIH que acuden a valoración integral por el equipo municipal de atención a personas con VIH	No de PVs que asisten a consulta integral de / Total de PVs en CMF x 100	90%	Máximo de puntos: 8 De 90-100%: 8 puntos: Bien Menos del 90 %: 0 punto: Mal
Prevención de la TB en PVs	% de PVs bajo quimioprofilaxis para TB según normas nacionales	No de PVs bajo quimioprofilaxis para TB según normas nacionales/ Total de PVs en CMF x 100	100%	Máximo de puntos: 8 95-100%: 8 puntos: Bien 90-94 % 4-7 puntos: Regular Menos del 89% 3 puntos: Mal

<p>% de HC de PVs que cumplen parámetros establecidos</p>	<p>HC de las PVs que cumplen con los parámetros establecidos (se recogen todos los datos de importancia relacionados con la atención a PVs)</p>	<p>No de HC de PVs que cumplen parámetros establecidos/  Total de PVs en CMF x 100</p>	<p>100%</p>	<p>Máximo de puntos: 8 De 90-100%: 8 puntos: Bien De 79-89%: 3-7 puntos: Regular Menos de 79%: 2 puntos: Mal</p>
<p>PVs que requieren TAR y lo están recibiendo.</p>	<p>% de PVs que cumplen los criterios de tratamiento y lo están recibiendo.</p>	<p>No de PVs que cumplen criterio de caso para TAR y lo reciben/No de PVs que cumplen criterio de caso para TAR del área de salud x 100</p>	<p>100%</p>	<p>Máximo de puntos: 6 100% 6 puntos Bien Menos del 100%: 0 punto: Mal</p>
<p>% de PVs con CD4 realizados.</p>	<p>% de PVs que al menos se han realizado dos CD4 en el transcurso de 1 año.</p>	<p>No de PVs con al menos dos CD4 realizado / No de PVs del Área de Salud.</p>	<p>100%</p>	<p>Máximo de puntos: 6 90-100% 6 puntos % Bien 79-89 punto: 3-5 puntos Regular Menos de 79 % 2 puntos Mal</p>

Evaluación general del componente de proceso:

Total de puntos: 40

- Bien (B): De 34-40 puntos.
- Regular (R): De 28-33 puntos.
- Mal (M): Menos de 28 puntos

### Resultados (4)

<b>Evaluación cuantitativa (3)</b>				
Criterio	Definición	Indicador	Estándar	Evaluación
Disminución de la mortalidad por sida	Reducción del 5% de fallecidos por sida con respecto a igual período anterior	Índice de reducción $\frac{\text{Tasa actual}-\text{tasa año anterior}}{\text{tasa actual}} \times 100$	Reducción de un 5% o más de fallecidos por sida en relación a la tasa del periodo anterior	Máximo de puntos: 5 5 % o más: 5 puntos: Bien Menos de 5%: 0 puntos: Mal
Sobrevida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado TAR	PVs que se mantienen con vida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento.	No de PVS con sobrevida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento/ Total de PVs con inicio de tratamiento x 100	100%	Máximo de puntos: 5 100% 9 puntos Bien Menos del 100%: 0 punto: Mal

Disminución de enfermedades oportunistas en PVs	Disminución de un 5% de las enfermedades oportunistas en PVs con respecto a igual período anterior	Índice de reducción Tasa actual-tasa año anterior/tasa actual x 100	Reducción de un 5% de enfermedades oportunistas en relación a la tasa del periodo anterior	Máximo de puntos: 5 100% 9 puntos Bien Menos del 100%: 0 punto: Mal
<b>Evaluación cualitativa (1)</b>				
Satisfacción de PVs	Personas con VIH satisfechos con la atención que reciben por parte del personal de salud del consultorio	Total de PVs satisfechos/ Total de PVs encuestados x 100	90%	Máximo de puntos: 5 90-100% 5 puntos % Bien 79-89 punto: 2-4 puntos Regular Menos de 79 % 1 puntos Mal

Evaluación general del componente de resultado:

Total de puntos: 20.

Bien (B): De 17-20 puntos.

Regular (R): De 14-16 puntos.

Mal (M): Menos de 14 puntos

Para la evaluación general de los componentes de estructura, proceso y resultados se utilizaron escala propuestos y validadas en estudios de calidad. Para ello fue utilizada la metodología diseñada por los doctores Batista Moliner R y González Ochoa enriquecida por la doctora Ana Teresa Fariñas (40,41).

Evaluación general del cumplimiento de los indicadores de La Calidad de la atención a personas con VIH/SIDA.

Total de puntos: 100

Bien: Si se obtienen de 85 - 100 puntos

Regular: Si se obtiene de 70- 84 puntos

Mal: Si se obtiene menos de 70 puntos

Después de evaluado el sistema se procederá entonces a dar las conclusiones y recomendaciones.

Consideraciones Éticas

Los pacientes seleccionados (universo) así como directivos, personal médico y de enfermería fueron informados acerca de la importancia de la investigación y se les solicitó de forma verbal el consentimiento para su participación (Ver Anexo v).

## V- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### COMPONENTE DE ESTRUCTURA. (9)

Recursos Humanos (6)						
Criterio	Definición	Indicador	Estándar Establecido	Resultado	Evaluación	Puntuación
Cobertura de personal médico en CMF.	Un médico en cada consultorio médico de familia.	Total de médicos laborando en / Total de CMF x 100	100%	60%	Mal	3 Puntos
Cobertura de personal de enfermería en CMF.	Una enfermera en cada consultorio médico de familia.	Total de enfermeras laborando en CMF / Total de CMF x 100	100%	100%	Bien	5 Puntos
Cobertura de personal Médico	Médicos en CMF capacitados en el	Médicos en CMF capacitados en el	90%	0%	Mal	3 Puntos

en CMF capacitados en el Programa Nacional de VIH en el último año	programa en el último año	programa en el último año / Total de médicos en CMF x 100				
Cobertura de personal de enfermería (o)s en CMF capacitados en el Programa Nacional de VIH en el último año	Enfermeras en CMF capacitados en el programa en el último año	Enfermeras en CMF capacitados en el programa en el último año / Total de enfermeras en CMF x 100	90%	100%	Bien	5 Puntos
Cobertura de equipo de	Equipo encargado de realizar	Equipo de atención integral	1/1	1/1	Bien	3 Puntos

atención integral Municipal a PVs	valoración integral a PVs	municipal a PVs en existencia / Total de equipo a nivel municipal				
Cobertura de Psicólogo en el área	Personal de psicología encargado de la atención a PVs	Total de Psicólogo existente en el área de salud / Total de Psicólogo	1/1	1/1	Bien	3 Puntos
Recursos Materiales (3)						
Criterio	Definición	Indicador	Estándar	Evaluación		
Disponibilidad de condones en consultorios	Presencia de condones en cada consultorio	No de consultorios con abastecidos con condones / Total de CMF x 100	100%	90%	Regular	3 Punto

Disponibilidad de materiales actualizados sobre la atención integral a personas con VIH en CMF	Presencia de materiales actualizados en los consultorios (Pautas para el manejo integral de personas con VIH, Información básica sobre la atención integral a personas con VIH )	No. de CMF con materiales actualizados de Total de CMF X 100	100%	30%	Mal	0Punto
Disponibilidad de Efectos Médicos y Equipamiento en los CMF para la atención a PVs	Existencia en los CMF de efectos médicos y equipamientos necesarios para la atención a estas personas	No de CMF con efectos médicos y equipamiento / Total de CMF x 100	100%	100%	Bien	2Punto

**Cuadro No.1** Comportamiento de los criterios de evaluación de estructura de la calidad de la atención a personas con VIH/SIDA en el municipio de Bolivia. Año 2011.

Criterio	No. de evaluaciones	Resultado de la evaluación			Evaluación final
		Bien	Regular	Mal	
<b>Recursos humanos</b>					
Existencia de Médico de familia en el CMF.	<b>20</b>	<b>12</b>	--	<b>8</b>	<b>Mal</b>
Existencia de la enfermera en el CMF.	<b>20</b>	<b>20</b>	--	--	<b>Bien</b>
Capacitación del personal medico.	<b>12</b>	--	--	<b>12</b>	<b>Mal</b>
Capacitación del personal de enfermería.	<b>20</b>	<b>20</b>			<b>Bien</b>
Existencia de equipo de atención integral a PVs.	<b>1</b>	<b>1</b>	--	--	<b>Bien</b>
Existencia de Psicólogo en el área.	<b>1</b>	<b>1</b>	--	--	<b>Bien</b>

<b>Recursos Materiales</b>					
Existencia de condones en CMF.	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>--</b>	<b>2</b>	<b>Regular</b>
Existencia de materiales actualizados en CMF.	<b>20</b>	<b>--</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>Mal</b>
Existencia de Efectos Médicos y Equipamiento en los CMF.	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>--</b>	<b>--</b>	<b>Bien</b>
<b>Dimensión estructura</b>	<b>Mal</b>				

Fuente: Anexo No. I, Anexo No. II y Anexo No. III

Se evaluaron 9 criterios: Recursos Humanos 6, 4 indicadores evaluados de Bien y 2 indicadores evaluados de Mal. Recursos Materiales 3,1 indicador evaluados de Bien, 1 indicador evaluado de Regular y otro de Mal.

La dimensión de Estructura obtiene un total de 27 puntos lo que permite según la metodología propuesta evaluarla de Mal (M).Las principales dificultades encontradas en el componente de recursos humanos fueron la cobertura de personal médico en CMF, ya que de 20 CMF solamente existen 12 cubiertos por médicos lo cual se debe al bajo potencial existente en el municipio, además estos médicos no han recibido capacitación sobre el programa en el último año ,lo cual influye negativamente en los indicadores de dicho programa. Lo cual coincide con estudio realizado por un grupo de especialistas sobre las Relaciones entre criterios de calidad de la asistencia a pacientes VIH-positivos en los Estados

Unidos (2008) donde se constata que ninguna de las unidades asistenciales que se estudiaron contaba con el tipo de recursos humanos necesario para lograr una asistencia de calidad excelente de manera uniforme.(42)

En el componente de recursos materiales también se encontraron dificultades, de los 20 CMF, 18 tenían disponibilidad de condones en el momento de la encuesta, de estos solamente 3 refirieron que la disponibilidad era suficiente el resto refirió que era insuficiente por lo que el indicador se evalúa de Regular, en la presencia de materiales actualizados en CMF también se detectaron problemas, encontramos que en todos los CMF existían folletos, plegables y afiches, pero sin embargo en ninguno existían las Pautas para el manejo integral de PVs y solamente en 12 CMF existían el libro de Información básica sobre la atención integral a PVs (estos coinciden con los CMF que tienen médicos laborando) que son los materiales que realmente exige el programa por lo que el indicador se evalúa de Mal.

**PROCESO. (6)**

Criterio	Definición	Indicador	Estándar Establecido	Resultado	Evaluación	Puntuación
Dispensarización de PVs	Todas las PVs se deben dispensarizar En el grupo II los portadores o casos VIH, y el caso sida en grupo III	No de PVs dispensarizados en los CMF según lo establecido/ Total de PVs en CMF X 100	100%	100%	Bien	4 Puntos

PVs que asisten a consulta integral de la APS	Personas con VIH que acuden a valoración integral por el equipo municipal de atención a personas con VIH	No de PVs que asisten a consulta integral de / Total de PVs en CMF x 100	90%	100%	Bien	8 Puntos
Prevención de la TB en PVs	% de PVs bajo quimioprofilaxis para TB según normas nacionales	No de PVs bajo quimioprofilaxis para TB según normas nacionales / Total de PVs en CMF x 100	100%	100%	Bien	8 Puntos

<p>% de HC de PVs que cumplen parámetros establecidos</p>	<p>HC de las PVs que cumplen con los parámetros establecidos (se recogen todos los datos de importancia relacionados con la atención a PVs)</p>	<p>No de HC de PVs que cumplen parámetros establecidos / Total de PVs en CMF x 100</p>	<p>100%</p>	<p>0%</p>	<p>Mal</p>	<p>2 Puntos</p>
<p>PVs que requieren TAR y lo están recibiendo.</p>	<p>% de PVs que cumplen los criterios de tratamiento y lo están recibiendo.</p>	<p>No de PVs que cumplen criterio de caso para TAR y lo reciben/No de PVs que cumplen criterio de caso para TAR del área de salud x 100</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Bien</p>	<p>6Puntos</p>

% de PVs con CD4 realizados.	% de PVs que al menos se han realizado dos CD4 en el transcurso de 1 año.	No de PVs con al menos dos CD4 realizado / No de PVs del Área de Salud.	100%	25%	Mal	0Puntos
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	------	-----	-----	---------

**Cuadro No. 2:** Evaluación de la dimensión de proceso de la calidad de la atención a personas con VIH/SIDA en el municipio de Bolivia. Año 2011.

Criterio	No. de evaluaciones	Resultado de la evaluación			Evaluación final
		Bien	Regular	Mal	
Existencia de PVs dispensarizados.	8	8	--	--	Bien
Asistencia de PVs a consulta integral.	8	8	--	--	Bien
Prevención de la TB en PVs	8	8	--	--	Bien
HC de PVs que cumplen parámetros establecidos	8	--	--	8	Mal

PVs con TAR y lo están recibiendo	5	5	--	--	<b>Bien</b>
PVs con CD4 realizados.	8	2	5	1	<b>Mal</b>
<b>Dimensión proceso</b>	<b>Regular.</b>				

Fuente: Anexo No. I

Se evaluaron 6 criterios: 4 indicadores evaluados de Bien y 2 indicadores evaluados de Mal.

La evaluación de la dimensión de Proceso alcanzo un total de 28 puntos, lo que la hace evaluable de Regular (R).

Las principales dificultades encontradas fueron en el indicador de HC de PVs que cumplen parámetros establecidos que fue evaluado de Mal, ya que no existe un apropiado control de la adherencia terapéutica, faltan complementarios a realizar a las personas con VIH en su seguimiento I y faltan además datos en la HC como resultados de CD4 y carga viral, lo cual es responsabilidad del binomio del CMF ya que el responsable del programa le transmite dicha información al personal que labora en el consultorio.

El otro indicador con dificultad fue la realización de los CD4 que fue evaluado de mal, ya que solamente 2 pacientes se han realizado al menos 2 CD4 en el año, 5 una vez en el año, y existía una paciente que no se realizó ninguno en dicho período, pero refiere la responsable del programa que esta irregularidad se debe a problemas con el transporte y con la demanda que existe de estos complementarios en el país por lo que generalmente priorizan los casos nuevos y los casos con complicaciones.

Estos resultados no coinciden con ningunos de los autores de las bibliografías revisadas.

## Resultados (4)

Evaluación cuantitativa (3)						
Criterio	Definición	Indicador	Estándar Establecido	Resultado	Evaluación	Puntuación
Disminución de la mortalidad por sida	Reducción del 5% de fallecidos por sida con respecto a igual período anterior	Índice de reducción Tasa actual-tasa año anterior/tasa actual x 100	Reducción de un 5% o más de fallecidos por sida en relación a la tasa del periodo anterior	10%	Bien	5 Puntos
Sobrevivencia a los 12, 24 y 36 meses de iniciado TAR	PVs que se mantienen con vida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento.	No de PVS con supervivencia a los 12, 24 y 36 meses de iniciado el tratamiento/ Total de PVs con inicio de tratamiento x 100	100%	100%	Bien	5 Puntos

Disminución de enfermedades oportunistas en PVs	Disminución de un 5% de las enfermedades oportunistas en PVs con respecto a igual período anterior	Índice de reducción Tasa actual-tasa año anterior/tasa actual x 100	Reducción de un 5% de enfermedades oportunistas en relación a la tasa del periodo anterior	20%	Bien	5 Puntos
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------	----------

**Evaluación cualitativa (1)**

Criterio	Definición	Indicador	Estándar Establecido	Resultado	Evaluación	Puntuación
Satisfacción de PVs	Personas con VIH satisfechos con la atención que reciben por parte del personal de salud del consultorio	Total de PVs satisfechos/ Total de PVs encuestados x 100	90%	75%	Mal	1 Punto

**Cuadro No. 3:** Evaluación de la dimensión de resultado de la calidad de la atención a personas con VIH/SIDA en el municipio de Bolivia. Año 2011.

Criterio	No. de evaluaciones	Resultado de la evaluación			Evaluación final
		Bien	Regular	Mal	
<b>Evaluación cuantitativa</b>					
Disminución de la mortalidad por sida	8	8	--	--	Bien
Sobrevida después de iniciado TAR	5	5	--	--	Bien
Disminución de enfermedades oportunistas en PVs	8	8	--	--	Bien
<b>Evaluación cualitativa</b>					
Satisfacción de PVs	8	6	--	2	Mal
<b>Dimensión resultado</b>	<b>Regular</b>				

Fuente: Anexo No. I y Anexo No. IV

Se evaluaron 4 criterios: Evaluación cuantitativa 3,3 indicadores evaluados de Bien. Evaluación cualitativa 1 indicador evaluado de Mal.

La evaluación de la dimensión de Resultado en sus componentes cuantitativos y cualitativos obtiene un total de 16 puntos por lo que se evalúa de Regular. (R) A pesar de que la dimensión de Evaluación cuantitativa fue evaluada de Bien es válido señalar que el personal de salud reconoce que en ocasiones no tienen la información actualizada ni el conocimiento requerido para la atención integral a los PVs. Lo cual coincide con estudio realizado por Ana Fernanda Uribe sobre La Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autosuficiencia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud (Colombia 2011.) donde expone que en términos generales los profesionales tienen conocimientos correctos frente a la infección por el VIH/SIDA, específicamente sobre la forma de transmisión teniendo claridad sobre las principales vías de infección, pero que se considera que el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH es necesario tanto para la prevención como para la intervención, sin embargo los conocimientos no son suficientes para generar conducta preventivas frente a la infección.(43)

En la dimensión de la Evaluación cualitativa fue evaluada de Mal lo que refleja que a pesar de las dificultades existentes en el programa 6 de los pacientes se sienten satisfecho con la atención médica que se le brinda, que confían en sus médicos, y así lo reflejan en la encuesta realizada, a pesar de que 2 de ellos refieren estar insatisfechos con la atención médica que se les brinda, todos refieren que no se sienten discriminados por ningunas de las personas con las que se relacionan. Además reflejaron recibir la dieta normada para su enfermedad, los que requieren del TAR lo adquieren sin dificultad y que se lo toman como se lo indica el medico porque confían en que le alargara más la vida, también se puede señalar que han adquirido “conocimiento” sobre su enfermedad , porque a pesar de que de los 8 casos presentes en nuestro municipio 7 de ellos adquirieron la enfermedad por vía sexual y 1 solo por vía transplacentaria , ellos dominan bien cuales son las formas de transmisión del VIH, con que frecuencia deben realizarse los CD4 , así como en que momento de la enfermedad deben comenzar con TAR.

**Cuadro No.4** Evaluación general de La calidad de la atención a personas con VIH/SIDA en el municipio de Bolivia. Año 2011.

<b>Dimensión.</b>	<b>No. de Indicadores.</b>	<b>Evaluación del componente</b>	<b>Evaluación final</b>
<b>Estructura.</b>	<b>9</b>	<b>Mal.</b>	<b>Regular.</b>
<b>Proceso.</b>	<b>6</b>	<b>Regular.</b>	
<b>Resultado.</b>	<b>4</b>	<b>Regular.</b>	

La evaluación integral de La Calidad de la atención a personas con VIH en los consultorios del municipio Bolivia durante el año 2011 fue evaluada de Regular, obteniéndose un total de 71 puntos, al establecer el criterio evaluativo que toma en cuenta estas tres dimensiones.

## **VI- CONCLUSIONES.**

La evaluación de la calidad de la atención a personas con VIH en los consultorios del municipio Bolivia durante el año 2011 como resultado del proceso evaluativo de el componente de Estructura evaluado de Mal, del componente de Proceso evaluado de Regular y el componente de Resultado evaluado de Regular, resultó **“Regular”** en el control del VIH/SIDA en nuestro municipio.

## **VII- RECOMENDACIONES**

Evaluar la calidad de la atención a personas con VIH como un proceso continuo con la finalidad de identificar las fortalezas y debilidades en cada uno de sus componentes y proponer alternativas de solución oportuna, de manera que se corrijan las desviaciones en la medida que se identifiquen para su evaluación, por lo que se debe de dar a conocer los resultados de la investigación a los directivos del Programa con el objetivo de:

- Trabajar sobre las dificultades y tomar decisiones que nos permitan mejorar la calidad del desarrollo del programa para el control de los pacientes diagnosticados.
- Formular y ejecutar un proceso de intervención dirigido a los proveedores del Sistema que abarque desde la capacitación y adiestramiento, la motivación y el reconocimiento de la utilidad de la vigilancia del VIH/SIDA en el nivel primario de atención.
- Corregir las desviaciones observadas en la medida que se identifiquen.

## **VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- 1- Gómez Duque L. Características personales y educación sexual recibida en adolescentes de la primera relación sexual. Bogotá: Ediciones Cartagena; 1988. p. 80.
- 2- Larrúa Rodríguez L, Rabassa Olazábal Y, Lado Mendoza G, Gonzáles Pérez S. Algunos aspectos sociales en la epidemiología de la infección por VIH. Humanidades Médicas [Internet]. 2006 [citado 18 Enero 2010]; 2(18): [aprox 1p.]. Disponible en:  
<http://http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n18/body/hmc020306.htm>
- 3- Roca R. Temas de Medicina Interna. 3 ed. T.3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- 4- Gutiérrez Villa N, Betancourt Alvarez OR, Leiva Cubeñas YE, Abreu Gómez M, Peralta Sardiñas Z.M. Comportamiento Epidemiológico del VIH/SIDA. Municipio Morón. MediCiego [internet]. 2004 [citado 24 Diciembre 2010]; 10(2): [aprox 2p.]. Disponible en:  
[http://http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10\\_02\\_04/articulos/a4\\_v10\\_0204.htm](http://http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_02_04/articulos/a4_v10_0204.htm)
- 5- Vincent T, Hellmann S, Steven A. AIDS. Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. Third ed. New York: 2006; 957-58.
- 6- Infomed/ Al día. Más de 39 millones de personas infectadas con VIH sida en el mundo [internet] 2010 [ citado 24 de Diciembre de 2009]. [actualizada 24 de Diciembre de 2009]. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/servicios/aldia/>
- 7- Olazábal Pacheco M, Miranda Díaz BT, Piña Rodríguez Y. Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de riesgo. Rev Méd Electrónica [internet]. 2007 [citado 26 Diciembre 2009]; 29(1): [aprox 2p.]. Disponible en:

<http://http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema16.htm>

- 8- Cubaminrex Menú Fidel Absuelto por la Historia [internet] 2010 [citado 24 de Diciembre de 2009]. [actualizada 21 de Diciembre de 2009] .  
Disponible en:  
<http://www.cubaminrex.cu/Multilaterales/Articulos/Archivo/2008/0608-IntLuisEstruch.html>.
- 9- Piédrola Gil R. Medicina preventiva y Salud Pública. 9na ed. Barceloa: Ediciones Científicas y Técnicas; 1991.
- 10-González Valcárcel B, Núñez Aragón E, Couturejuzon González L, Amable Ambrós Z. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. Rev Spu [internet]. 2008 [citado 26 Diciembre 2009]; 34(2): [aprox 6p.]. Disponible en:  
[http://http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_2\\_08/spu06208.htm](http://http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_2_08/spu06208.htm)
- 11-Jiménez Sandoval O. Conocimientos sobre VIH. Manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba. La Habana: Ed. Pueblo y educación; 2005.
- 12- Ortega González LM, Pérez Ávila LJ. Pautas para el manejo de la infección por VIH-SIDA. La Habana: Lazo Adentro; 2007.
- 13-Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez VJ. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH-SIDA. Ciudad de La Habana: Lazo Adentro; 2006.
- 14-Ministerio de Salud Pública. Reorganización técnica II. Ciudad Habana; 2009.
- 15-Farreras-Rozman. Medicina Interna: Diabetes Mellitus/computer program/.14 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
- 16-El Manual Merck: Diabetes Mellitus/computer program/ 10.e.d. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.

- 17-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. La Habana: MISAP; 2006.
- 18-Jiménez Sandoval O. Conociendo sobre VIH. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999.
- 19-Hernández Llop A. Microbiología y Parasitología Médica. 1 ed. T.3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
- 20-Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiología Básica . 2 ed. Washington: Científica; 2008.
- 21-Toledo Vila HJ, Navas Pinzon JA, Navas Pinzon LC, Pérez Manrriquei N. Los adolescentes y el SIDA. Rev Cubana Med Trop. 2002; 8(20): 9-14.
- 22-Cortes Alfonso A, Sordo Rivera ME, Cumba Abreu Roche R, Castro G. My Adolescencia temprana. Rev Sexol Soc.1998; 4 (11): 17.
- 23-ITS-VIH-SIDA. Jóvenes y adolescentes. [Internet]. 2005. [Citado 12 Abri 2008]. [aprox.3 pantallas]. Disponible en: [http://WWW.UNICEF, Org. / Spanish / Publications / Index .4447, htm/](http://WWW.UNICEF,Org./Spanish/Publications/Index.4447,htm/).
- 24-Ortega Escudero F. Anda Seguro. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- 25-Ochoa Soto R. Vulnerabilidad y VIH-SIDA [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
- 26-Línea del tiempo del SIDA. Del primer caso hasta la actualidad. [internet] 2005 [citado 20 de abril de 2006]. [aprox.4 pantallas]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/serie\\_no.4\\_2005.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/serie_no.4_2005.doc)
- 27-Experimentan en Dominicana vacuna preventiva contra el VIH-Sida. [internet] 2005 [citado 12 de mayo 2006]. [aprox.6 pantallas]. Disponible en: <http://www.bvv.sld.cu/news/?ch=sld>

- 28-Científicos indios desarrollarán una vacuna contra VIH/SIDA en los próximos 3-5 años. [internet] 2005 [12 de mayo 2006]. [aprox.7 pantallas]. Disponible en: <http://www.bvv.sld.cu/news/?ch=sld>
- 29-Vacunas y microbicidas: se esperan resultados antes de 2010. [internet] 2005 [citado 17 de julio del 2005]. [aprox.5 pantallas]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/noticias%20vih%20sida.htm>
- 30-Cuba. MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
- 31-Cuba. Ministerio de Educación. Experiencias y resultados del Proyecto Cubano de Educación Sexual en secundaria básica, segunda parte. La Habana: MINED; 2004.
- 32-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual para médicos de familia sobre ITS / VIH – SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.
- 33-Gutiérrez Cardoso F. Estudio sobre los conocimientos de los adolescentes sobre la sexualidad en la ESBE C Orestes Alfonso Páz, en el área rural de Pesquería Municipio de Baraguá. Forum de Ciencia y Técnica Municipal; 2003. [documento no publicado].
- 34-Sierra Madero JD. Atención de la persona infectada por VIH-SIDA [Internet]. México; 1995 [actualizada 13 Dic 2011; citado 15 Dic 2011] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/1590.pdf>
- 35-Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrinson K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Rev. Scielo [Internet].2006 [ citado 15 Dic 2011]; 48 (2): [aprox. 3 pantalla] Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n2/29726.pdf>

- 36- Herrera C, Campero L, Caballero M, Kedal T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Rev Saúde Pública [Internet].2008 [ citado 15 Dic 2011]; 42 (2): [aprox. 4 pantalla] Disponible en : [http://scielo.isciii.es/pdf/Rev Saúde Pública 2008;42\(2\):249-55](http://scielo.isciii.es/pdf/Rev_Saúde_Pública_2008;42(2):249-55)
- 37- Gamba Janota M, Hernández Melendrez E, Bayarre Vea H, Rojo Pérez N. Problemas éticos y psicológicos de la atención a personas viviendo con VIH [Internet].2011 [ citado 15 Dic 2011]; 25 (2): [aprox. 5 pantalla] Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000200014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000200014&script=sci_arttext)
- 38-Torres Pereda MP, Gutiérrez Reyes JP, Walter DM. Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos. SIDA: aspectos de salud pública [Internet]. 2007 [citado May 2007]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida/otraspub/manualsida/cap14.pdf>
- 39-Programa Nacional de Control y Prevención de VIH-SIDA. [internet] 2010 [citado 5 de Julio 2010]. [actualizada 4 de Julio de 2010]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=974>
- 40-Fariñas Reinoso AT. Metodología para la Evaluación Rápida de sistemas de vigilancia. Reporte Técnico de Vigilancia 2005 [Citado 25 de may 2010]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/uats/rtv\\_files/2005/fariñas.pdf](http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/2005/fariñas.pdf)
- 41-Batista Moliner R, González Ochoa E. Evaluación de la vigilancia en la atención primaria de salud: una propuesta metodológica. Rev Cubana Med Trop. 2000; 52(1):55-65.

42-Wilson IB, Landon BE, Mariden PV, Hirschhorn LR, Mcinnes K, Ding L, et al. Relaciones entre criterios de la calidad de la asistencia a paciente VIH-positivos en los Estados Unidos: Estudios Transversal. [Internet].2008 [ citado 21 Feb 2012]; 2 (2): [aprox. 2 pantalla] Disponible en :

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f433b483-5f11-4b97-b8ad-254b3180b5e4%40sessionmgr10&vid=1&hid=106>

43-Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, aptitudes, susceptibilidad y autosuficiencia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud. [Internet].2011 [ citado 21 Feb 2012]; XXIX (2): [aprox. 1 pantalla] Disponible en :

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=95cc9306-1321-4c49-a374-db8900b38025%40sessionmgr115&vid=2&hid=106>

## **Anexo I**

### Guía de observación I

Esta guía se llenará cuando se visite el consultorio.

1. ¿Hay disponibilidad de condones?

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

De ser positivo responda.

-----la disponibilidad es suficiente.

----- la disponibilidad es insuficiente.

2. Existe disponibilidad de materiales sobre la atención integral a PVs.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

De ser positivo responda. ¿Cuáles son los materiales existentes en el consultorio?

-----Pautas para el manejo integral de personas con VIH.

-----Información básica sobre atención integral a personas con VIH.

-----Folletos educativos sobre VIH/SIDA.

-----Plegables educativos sobre VIH/SIDA.

-----Afiches sobre VIH/SIDA.

3. El consultorio tiene pacientes VIH/SIDA.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

- Si responde positivamente pasar para las otras preguntas.

4. En que grupo dispensarial está ubicado el PVs.

-Grupo I \_\_\_\_.

-Grupo II \_\_\_\_.

-Grupo III \_\_\_\_.

-Grupo IV \_\_\_\_.

5. Revisar el tiempo de interconsultas de los PVs.

\_\_\_ nunca acude a consulta

\_\_\_ cada 3 meses.

\_\_\_ Cada 15 días.

\_\_\_ Todas las semanas.

\_\_\_ 1 vez al mes.

6. Los pacientes con VIH/SIDA tienen la prevención de la TB.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

- De ser negativa la respuesta ¿por qué? (Marque con una x)

-----el medicamento estaba en falta.

-----el paciente se negó a la quimioprofilaxis.

-----tomo el medicamento con irregularidad.

7. Cuántas historias clínicas de PVs tienen cumplidos los parámetros establecidos.

\_\_\_ Todas

\_\_\_ Ninguna

8. Tiene en el consultorio algún paciente con TAR y lo esta recibiendo.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

9. Por que via su paciente adquirió el virus del VIH.

-----Vía sanguínea.

-----Vía sexual.

-----Vía transplacentaria.

10. Sus pacientes VIH/SIDA tienen los CD4 realizados

SI\_\_\_ NO\_\_\_

-¿Cuántos se ha realizado en el periodo de un año?

11. Ha tenido fallecidos por esta causa.

SI\_\_\_ NO\_\_\_

12. En la historia clínica de los pacientes con VIH/SIDA tienen evaluación por el equipo de atención integral a PVs.

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Cuantas \_\_\_\_\_.

13. Calcular la sobre vida de los PVs desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamientos de retrovirales.

\_\_\_ 12 meses después.

\_\_\_ 24 meses después.

\_\_\_ 36 meses después.

\_\_\_ aun no ha iniciado el tratamiento ARV.

## Anexo II

### Guía de observación II

Esta guía se llenará en el policlínico al responsable de Higiene y Epidemiología del área o Director del área.

1. Ha tenido fallecidos en el área por VIH/SIDA.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

-Calcular la tasa de mortalidad.

2. El jefe del programa cuenta con el programa impreso.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

3. Los equipos están creados.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

4. Cuántos equipos de atención integral a PVs posee el policlínico.

5. Los equipos están funcionando.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

6. El equipo está integrado por:

\_\_\_\_\_ Psicólogo.

\_\_\_\_\_ Medicina Interna.

\_\_\_\_\_ MGI.

\_\_\_\_\_ Epidemiólogo.

\_\_\_\_\_ Pediatra.

## Anexo III

### Encuesta a los médicos y enfermeros de la familia:

Esta guía será llenada por el personal médico y de enfermería que labora en los consultorios.

-Número de consultorio.

-Médico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_.

1. Lo han capacitado sobre VIH/SIDA en el último año.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- De contestar positivamente. ¿donde?

Talleres \_\_\_\_\_ Cursos \_\_\_\_\_ Postgrado \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_.

2. En que grupo dispensarial usted ubicaría al paciente.

\_\_\_\_\_ VIH +

\_\_\_\_\_ SIDA

3. Con que frecuencia usted le ofrece consulta al paciente VIH y paciente SIDA.

\_\_\_ Semanal.

\_\_\_ Cada 15 días.

\_\_\_ Cada 3 meses.

\_\_\_ Una vez al mes.

4. Tiene conocimiento de como es el manejo de las gestantes VIH/SIDA.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. El virus del VIH/SIDA se transmite por ...

\_\_\_ Mosquitos.

\_\_\_ Menstruación.

\_\_\_ Fluidos vaginales.

\_\_\_ Caries.

\_\_\_ Besos profundos.

\_\_\_ Leche materna.

\_\_\_ Semen.

\_\_\_ Sudor.

6. ¿Un portador del VIH, que no ha enfermado, puede transmitir el virus?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

7. ¿A cuanto tiempo después del contacto infectante con el VIH/SIDA puede hacerse la prueba, y obtener resultados confiables?

\_\_\_ 1 día.

\_\_\_ 4 semanas.

\_\_\_ 3 meses.

\_\_\_ 1 año.

8. La quimioprofilaxis con isoniacida para prevenir la coinfección VIH/TB se realiza....

\_\_\_ 2 veces a la semana por 3 meses.

\_\_\_ diario por 1 año.

\_\_\_ 2 veces a la semana por 6 meses

## Anexo IV

Encuesta a los pacientes (casos de VIH/SIDA) del Municipio de Bolivia.

Grado de satisfacción de los pacientes (casos de VIH/SIDA), del Municipio de Bolivia, con el funcionamiento del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA.

1- Se siente usted atendido oportunamente y con la calidad requerida por el personal médico y de enfermería de su consultorio sin ser discriminado o maltratado.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

2- Es visitado en su hogar por el personal medico y de enfermería, de su CMF, para valorar su evolución.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

3-Su medico le explica cada una de las decisiones que toma respecto a su salud.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

4-Cofias en tu medico y personal de salud.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

5-Recibió alguna consejería antes y después de la prueba de VIH, sobre sexo protegido para evitar nuevas infecciones.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

6-Conoce usted como se transmite la enfermedad. (Marque con una x)

-----por picadura de mosquito.

-----relaciones sexuales desprotegidas

-----la exposición directa de piel dañada con sangre contaminada

-----besos profundos

-----sudor

-----de una madre infestada al feto durante el embarazo

7-Recibe la dieta mensualmente y con la totalidad de los alimentos que le corresponde

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

8-Realizo usted quimioprofilaxis para la tuberculosis correctamente.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

9-Requiere usted de medicamentos antirretroviral.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

-De ser afirmativa toma el medicamento exactamente como lo indica el médico.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

10-Que importancia le confieres al tratamiento para su salud. (Marque con una x)

-----permite que se cure completamente tu enfermedad.

-----permite que se alargue mas la vida.

-----no tiene ninguna importancia.

11-Con que periodicidad te realizan los CD4 y carga viral (Marque con una x)

----- mensualmente

-----cada 3 meses.

-----cada 6 meses.

-----anual.

-----nunca te lo has hecho.

12-Te interconsultas con el clínico.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

13-Te sientes rechazado.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

14-En caso afirmativo. ¿Por quienes?

-----vecinos.

-----familiares.

-----compañeros de trabajo.

-----personal de salud.

15- Te sientes satisfecho con la atención médica que te brindan.

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

**Anexo v**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha:

\_\_\_\_\_

Se realizará una investigación con la finalidad de evaluar aspectos relacionados con la calidad de la atención a PVs en su municipio de residencia, se le informará todo lo concerniente al estudio y sus resultados solo serán publicados con fines científicos, solicitamos su autorización para su participación.

Yo \_\_\_\_\_ doy mi disposición para participar en la investigación que se efectuará en el municipio.

Firma del encuestado: \_\_\_\_\_ Firma del investigador: \_\_\_\_\_