

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Tesis para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud

Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes con VIH/sida
en las áreas de salud del municipio 10 de Octubre.2006

Autora: Dra. Angela Ibañez Moret

Centro de trabajo: Centro de Prevención de las ITS/VIH/sida.

Municipio 10 de Octubre

Provincia: Ciudad de la Habana

Email: Angela.moret@infomed.sld.cu

Tutores: DrC. Carmen Arocha Mariño

MSc. Isora Ramos Valles

Fecha de realización del ejercicio: diciembre 2007.

Ciudad de La Habana

2007

INTRODUCCION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un síndrome clínico grave, representa la última etapa clínica de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue identificado como tal en la primavera de 1981 en los Angeles, Estado Unidos de Norteamérica, cuando el doctor M. Gottlieb describió los primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto como una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombre homosexuales y usuarios de drogas inyectables, trasformándose en una pandemia que afecta ha millones de hombres, mujeres y niños de todos los continentes.

El virus de la inmunodeficiencia humana es un retrovirus, hoy se conocen por lo menos dos tipos de virus causales de la enfermedad, el VIH-1 y el VIH-2, el primero tiene una distribución mundial, representa la mayor parte de los casos conocidos y es el de mayor virulencia. El segundo está más circunscrito a la región occidental del continente africano,² aunque también se han identificado algunos enfermos en otras regiones del mundo.

En todo el mundo, según cálculo de la organización mundial de la salud (OMS) el número de personas infectadas excede los 40 millones, la mayoría de las cuales habitan en los países en vías de desarrollo de Asia, África Sub-Sahariana, Sud-América y el Caribe.³

La infección por VIH/SIDA se considera un problema de salud para la humanidad, convirtiéndose en la amenaza más grande para la supervivencia humana en los últimos 700 años, no hay ninguna región en el mundo que no escape de este flagelo, para el 2010 habrá 40 millones de niños huérfanos debido a esta pandemia.⁴

Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia de VIH/SIDA, la evidencia de impacto es irrefutable, allí donde se ha propagado de forma descontrolada la enfermedad, está arrebatando a los países los recursos y capacidades de los que depende la seguridad y el desarrollo humano, en algunas regiones en combinación con otras crisis, están sumiendo en la miseria a sectores cada vez mas amplio de la población.⁵

Pese al esfuerzo y la entrega de gran cantidad de personas y organizaciones, en el mundo, la pandemia de VIH/SIDA es ya es un desastre humano, social y económico de consecuencias incalculables para los individuos y comunidades. Aunque el VIH/SIDA no es curable, es prevenible y cada vez más tratable.⁶

Resulta trágico que a pesar de disponer de métodos eficaces de prevención y tratamiento, siga habiendo personas que corran el peligro de contraer la infección por el VIH y de tener una muerte prematura resultado de las enfermedades relacionadas con el SIDA., debido al desmejoramiento de las infraestructuras sanitarias y las carencias de recursos para invertir en la epidemia.⁷

¹ Q. C. Klinty. Torres J. Patogénesis de la infección por VIH/SIDA. En: Gustavo Reyes Terán Servicio de Infectología. HIV Medice 2003, México DC.1ra edic; 2003.1

² OPS. El control de las Enfermedades Trasmisibles. 17^a edición Publ. Cient y Tecn. 581. Washington. D. C. 2001.580-591.2

³ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial de SIDA 2004.Ginebra.2004.

⁴ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial de SIDA 2003. Ginebra.2003

⁵ Asamoah-Odei, García-Calleja M, Boerma T .HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: Nodcline and large subregional differences .Lancet, 364:35-40.

⁶ PNUD. Informe sobre desarrollo Humano. Nueva York. 2004

⁷ ONUSIDA/OMS: Guías sobre vigilancia del VIH de Segunda Generación. 2000.

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones en comparación con los dos años anteriores y los aumentos más pronunciados se han producido en Europa Oriental, Asia Central, propagándose rápidamente por los Estados del Báltico y la Federación Rusa. En Asia Oriental y el Pacífico debido en gran medida a la epidemia creciente en China el número de personas que viven con la infección creció cerca del 50% entre el 2002 y el 2004.⁸

África Subsahariana es la región más afectada del mundo, con 25,4 millones de personas viviendo con el VIH a finales del 2004 en comparación con los 24,4 millones que había en el 2002. En el 2003 se produjeron 3,3 millones de nuevas infecciones y cobró la vida en este mismo período a 2,4 millones de africanos. Viven con VIH 10 millones de jóvenes entre 15-24 años y casi 3 millones de niños menores de 15 años, hoy día cada 12 adultos africanos hay un paciente seropositivo. En la región el 57 % de todas las personas infectadas por el VIH/SIDA son mujeres y niñas.⁹⁻¹⁰

Las epidemias de América Latina y el Caribe están bien reconocidas. Se calcula que en la región hay 1,9 millones de adultos y niños viven con el VIH y se reporta 240 000 nuevos casos en el 2004, en América Central la epidemia se concentra preferentemente en las grandes zonas urbanas.

En la región Andina el VIH se está propagando progresivamente a las esposas y otras parejas sexuales de los varones que pagan por tener relaciones sexuales y los que tienen relaciones con otros hombres, razón por la cual, en la región las mujeres están cada vez más afectadas. Con una prevalencia en adultos del 2,3 %, el Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH.

En cinco países de la región (Bahamas, Belice, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago), la prevalencia nacional supera el 2%. En conjunto, los niveles máximo de infección por el VIH entre las mujeres de las Américas corresponden a los países del Caribe. En el Caribe, la mayor parte de los casos se debe a contacto heterosexual, pero en Puerto Rico, la causa principal de la epidemia parece ser el uso de drogas inyectables. Las epidemias más graves de toda la región están en Haití y en la República Dominicana. En Haití, el SIDA cobra aproximadamente 30 000 vidas por año, dejando 200 000 niños huérfanos.¹¹⁻¹²⁻¹³

Al principio muchas personas pensaron que el SIDA era una enfermedad que atacaba principalmente a los hombres, incluso una década atrás, las estadísticas indicaban que las mujeres no eran tan afectadas. En los años de la década de 1980 las mujeres eran sólo un pequeño grupo afectado por esta epidemia, pero ahora son la mayor preocupación. En el año 2000 más de 14 millones de mujeres fueron infectadas y cuatro millones murieron. Pero un patrón aterrador ha surgido desde entonces. En todo el mundo las mujeres están llevando crecientemente el peso principal de la epidemia.¹⁴

En los primeros meses del año 1983, fecha en que llegan a Cuba las primeras informaciones sobre la situación de la epidemia de infección por el VIH y el SIDA en algunos países, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) siguiendo orientaciones de la

⁸ Russian Federal AIDS Center. Newsletter Nro26.Moscú Agosto.2004

⁹ UNICEF. La transmisión del VIH de Madre-Hijo. Nueva York. febrero .2002

¹⁰ Asamoah-Odei, García-Calleja M, Boerma T .HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: Nodecline and large subregional differences .Lancet, 364:35-40

¹¹ PNUD. Informe sobre desarrollo Humano. Nueva York. 2004

¹² Centro de Epidemiología del Caribe OPS/OMS. Status and Trends, Analysis of the Caribbean HIV/AIDS. Epidemic 1982-2002. 2004.

¹³ American Academy of Family Physicians. Infección por el VIH en las mujeres. Tomado de: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos Prevención de VIH/SIDA. [Visitado 16 abril 2006]. Disponible en: <http://www.familydoctor.org>.

¹⁴ MINSAP. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH/SIDA Dirigida a los Sectores.. C. Habana. Feb 2004

dirección del gobierno, comenzó a adoptar medidas para evitar la propagación de esta enfermedad. En ese propio año se prohibió la importación de productos derivados de la sangre y se decidió desarrollar la producción nacional en los laboratorios biológicos ya existentes.¹⁵

Esta medida ha sido, desde el punto de vista epidemiológico, una de las más importantes realizadas, ya que de esta forma se evitó, la infección de una gran cantidad de personas y la consiguiente diseminación silente entre susceptibles de la población, lo que hubiera traído como consecuencia la acumulación de un gran número de infectados, tal y como ocurrió en la mayoría de los países.¹⁶

Posteriormente, en octubre de 1983 se instituye un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en todos los hospitales del país. Dicho sistema tuvo como objetivo vigilar entre los ingresados en hospitales la ocurrencia de aquellas enfermedades que la comunidad científica internacional había reportado que se diagnosticaban frecuentemente en personas con SIDA. En 1985 al aparecer en el mercado internacional los medios necesarios para establecer el diagnóstico de la infección por el VIH, se elaboraron en Cuba los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado en el país, creándose el primer programa de control.

Con relación a la infección por el VIH/SIDA Cuba muestra una situación favorable en relación con la mayoría de los países del mundo si se tiene en cuenta las cifras reportadas. La baja tasa de prevalencia de SIDA infantil y la existencia de un fuerte programa de control que data de 1985 han minimizado la magnitud del problema en el país.¹⁷

La fortaleza del sistema nacional de salud junto a los esfuerzos realizados por todos los sectores sociales favorecen el control de la enfermedad, pero existen indicadores que muestran la probabilidad del incremento del número de casos en los próximos años, entre ellos, el mantenido número de notificaciones de casos de sífilis, gonorrea y condilomas,¹⁸ enfermedades que incrementan el riesgo de infección por el VIH y utilizan la misma vía de transmisión, así como la baja percepción de riesgo en personas pertenecientes a grupos vulnerables.

La epidemia cubana se ha caracterizado por:

- Baja transmisión, autóctona y con una mayor detección en grupos nucleares.
- Predominio del sexo masculino y entre estos los HSH
- Progresiva detección de individuos infectados, que según estudios realizados pertenecen a grupos vulnerables con conducta sexual y social de riesgo, con cambio frecuentes de parejas y muy baja percepción de riesgo.
- El sistema de vigilancia epidemiológica a través de la pesquisa a grupos poblacionales ha permitido el monitoreo permanente de la prevalencia
- La detección de los infectados, después de la sub detección de casos ocurrida en los años 1993 a 1995 ha mostrado un lento progresivo incremento, más marcado a partir de año 1996. El reporte de casos SIDA y de fallecidos ha sido más estable y muestra también un lento crecimiento anual desde 1996.¹⁹

Desde los primeros casos diagnosticados en el país la atención integral de los mismos se realizaba en centros especializados (sanatorios), con el objetivo, entre otros, de contribuir mediante intervenciones educativas a eliminar la transmisión, los que se perfeccionaron con el paso del tiempo.

¹⁵ MINSAP. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. Cuba; 2001

¹⁶ MINSAP. Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA. Cuba.1997

¹⁷ MINSAP. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH/SIDA Dirigida a los Sectores.. C. Habana. Feb 2004

¹⁸ MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. Cuba., enero 2004.

¹⁹ MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. Cuba., enero 2004

Para lograr trabajar desde lo individual, familiar y comunitario con el VIH/SIDA, fue que desde comienzos de 1989 se encaminaron los primeros pasos hacia un **Sistema de Atención Ambulatoria** para personas seropositivas, partiendo del criterio que el estado de salud del paciente le permite convivir en la sociedad y ser útil a la misma durante varios años, por otro lado muchas de estas personas son capaces de mantener una conducta responsable con respecto a su salud y la del resto de la sociedad.²⁰

A finales de 1993 fue aprobado, por las autoridades sanitarias cubanas el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) para todos los pacientes que una vez evaluados por un equipo multidisciplinario tuvieran condiciones para hacer una vida social plena a partir del principio de la libre voluntariedad²¹ teniendo como objetivo la atención de forma ambulatoria a través de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS): la atención primaria con el médico y enfermera de la familia, la secundaria a través de la red de hospitales del país y sanatorios, y la terciaria, en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

En 1996 el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) es reestructurado y en 1997 se perfecciona su funcionamiento con el desarrollo de un enfoque más integral a través del plan intersectorial para la educación, prevención y control de las ITS/VIH/SIDA.²²

A partir de 1998 se implementó el "Hospital de Día" como una nueva alternativa, la cual tuvo resultados satisfactorios y se mantiene actualmente. Esta modalidad de atención especializada al paciente que vive con el VIH SIDA (PVVIH-SIDA) se organiza de forma tal que durante 8 semanas los pacientes seropositivos asisten diariamente a un centro especializado recibiendo similar atención a la de los ingresados, donde se incluye la capacitación que les proporciona los conocimientos sobre el cuidado de su salud y la de otras personas.

Concluido este tiempo, los que hayan demostrado tener una conducta responsable con su salud y la de los demás, pasan a recibir atención de forma ambulatoria en la comunidad, si no existen compromisos para la salud que aconsejen su ingreso.

Ya para el año 2001 un grupo de expertos, así como otros organismos y organizaciones comunitarias y de masas del país tuvieron a su cargo la elaboración del Plan Estratégico Nacional para las ITS/VIH/SIDA, como herramienta fundamental para guiar las políticas y acciones de tan importante programa de salud en los próximos años.

Con ello, el criterio frente al VIH/SIDA se ha ampliado, no solo se presta atención al comportamiento de riesgo del individuo, sino también a los factores ambientales y sociales inmediatos que influyen en dicho comportamiento y a la influencia que la familia y la comunidad ejercen sobre el mismo. El reconocer estos aspectos impone la adopción de un criterio con respecto al VIH/SIDA que va mas allá del acto inmediato de asumir conductas de riesgo y de los factores ambientales inmediatos que influyen en él y se ocupa de los factores fundamentales que crean un clima general en el que esos comportamientos de riesgo se ven fomentados, se mantienen y resultan difíciles de modificar. Es preciso tener en cuenta los aspectos individuales, familiares y comunitarios de una manera más integral y complementaria.

En el sistema de atención ambulatoria se encuentran pacientes que fueron evaluados por un equipo multidisciplinario y que reúnen los requisitos siguientes:

²⁰ Malagón Y. Evaluación del sistema de atención ambulatorio del paciente VIH/SIDA en la atención primaria de salud. Municipio Pinar del Río. 2003[Trabajo para optar por Título de Especialista de Higiene y Epidemiología].ENSAP; 2004

²¹ Álvarez Z. L. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria para portadores del VIH y Enfermos de SIDA en el Policlínico Mártires del Corynthia, Municipio Plaza. 2004 [Trabajo para optar por Título de Master en Salud Pública]. ENSAP; 2005

²² MINSAP. Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA. Cuba. 1997.

- ✓ Ser responsables del cuidado de su salud.
- ✓ Poseer un autocontrol de su responsabilidad contaminante.
- ✓ Mantener una vida socialmente estable.
- ✓ Estar entrenados en relación con la técnica de sexo seguro y de sexo protegido.

El SAA permite a Cuba poner a las personas con VIH en un régimen de atención, con características especiales:

- ✓ El paciente seropositivo puede vivir en su domicilio.
- ✓ Con atención médica priorizada.
- ✓ Medicamentos gratuitos.
- ✓ Con los mismos cuidados.
- ✓ Con una dieta suplementaria similar a la que recibe el sanatorio.
- ✓ El pago del 100% de su salario.
- ✓ Con una integración completa a la vida en sociedad.

El estado también le ha garantizado al paciente VIH/SIDA el derecho a su trabajo para permitir una mejor incorporación y sentirse útil a la sociedad.²³

En Cuba el SAA ha tomado características que lo hacen único. El sistema ambulatorio en el resto de los países se basa fundamentalmente en las visitas domiciliarias, en los grupos de apoyo, en diferentes programas de orientación y en diversos grupos de ayuda, que en muchos de los casos cuentan con solvencia económica, no así un buen respaldo institucional estatal, ni con la integración de todos los seropositivos.

El Sistema de Atención Ambulatoria es un verdadero reto para la salud pública cubana porque:

- Traslada la atención de estas personas desde un grupo de instituciones especializadas a todo el sistema de salud.
- Se propone mantener los logros alcanzados:
 - ✓ Disminución al máximo de la propagación del VIH en la población cubana.
 - ✓ Garantizar mejores condiciones de diagnóstico.
 - ✓ Adecuados tratamientos y evolución de los seropositivos y enfermos de SIDA.
 - ✓ Trabajar en relación a la familia.

A los aspectos anteriores se le incorporan otros tales como: el componente educativo dirigido a promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables, con una auto evaluación más adecuada del riesgo de infección con el VIH, propiciar una convivencia social sin consecuencias con seropositivos y enfermos del SIDA, así como dar al paciente seropositivo herramientas para convivir en armonía y seguridad para él y para los demás.

A diferencia de otras naciones donde el SIDA ha planteado dilemas legales, como el análisis de anticuerpos, diferencias en los seguros de vida, discriminación en la vivienda, el trabajo, los tratamientos médicos, la fiabilidad de datos clínicos, o la notificación a las parejas sexuales,²⁴ el Estado Cubano garantiza a todos los ciudadanos sus derechos legales.

Una muestra de lo anteriormente planteado lo constituye el SAA, el cual en estos momentos toma aún mayor importancia, partiendo de la disyuntiva que se crea al reintegrar a la sociedad a las personas seropositivas y enfermas del SIDA, no solo para los pacientes a los cuales

²³ Cuba. Ministerio de trabajo. Resolución No. 13/97 de la serie laboral 8/97.

²⁴ OMS Evaluación de Programas de Salud. Normas fundamentales para la aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. Ginebra; 1981.

comenzaron a acechar miles de preocupaciones por su nueva posición dentro de la sociedad, sino también a la sociedad misma, que se encuentra en la obligación de asimilar en su seno a estas personas que desde hace años se habían limitado al régimen sanatorial.²⁵

Luchar contra la discriminación y el estigma, por lo tanto, no es solo una medida de protección de los derechos humanos, sino también una estrategia apropiada de salud pública. Esta estrategia contribuye a que las personas infectadas permanezcan al alcance de los programas educativos, preventivos y asistenciales, pudiendo aún desempeñar un papel privilegiado como agentes de intervenciones comunitarias entre sus iguales.

Todo esto ha requerido de un cuidadoso trabajo de capacitación a los enfermos, de educación a la población y del perfeccionamiento y capacitación de los recursos humanos, cuyo propósito es elevar la calidad de la competencia y del desempeño de los profesionales y técnicos, para lograr un incremento en la calidad de los servicios y la atención a nivel del SAA; desarrollando de forma idónea un conjunto de conocimientos, habilidades esenciales y actitudes de educandos y trabajadores.

Es necesario elevar la integralidad y funcionalidad de todos los niveles de atención médica, integrados por profesionales competentes y comprometidos, que con su trabajo eviten que estas afecciones se conviertan en un grave problema de salud, reducir su incidencia y proporcionar una mejor calidad de vida a la población y en particular a los casos VIH/SIDA incorporados al SAA.²⁶

No está exento de esta responsabilidad el equipo de salud de la atención primaria (médicos, enfermeras, odontólogos y epidemiólogos). Estos profesionales juegan un rol fundamental dentro del SAA por ser ellos los que se encuentran vinculados directamente con la comunidad y por tanto desempeñan uno de los papeles más preponderantes y efectivos en la lucha por eliminar esta enfermedad.

Asumir las nuevas metas significó replantearse el enfoque hacia un nuevo paradigma en la formación de los profesionales de la salud que tendrían a su cargo la atención integral de estas personas como: individuos, formando parte de una familia, en la comunidad y en el medio laboral.

Al arribar a una etapa superior de atención a estos pacientes, conformada por la reinserción social de los mismos y con esta nueva forma de tratamiento, se considera significativo e importante evaluar el SAA.

Evaluar proviene del francés, *évaluer* y del latín, *valere* y se refiere a valorar o atribuir cierto valor o mérito a una cosa.^{21, 22} Dicho juicio de valor debe basarse en dos aspectos, los criterios, que no son más que las características observables que se corresponden con lo que se evalúa y las normas o estándares, definidas como el punto de referencia del criterio, o sea, un valor que indica el límite entre lo que se acepta o no respecto a un criterio.

Estas normas pueden establecerse de dos formas; la normativa, que se realiza a partir de juicios y opiniones de expertos y la empírica, realizada por estudios anteriores y comparaciones con otros programas.²⁷

²⁵ MINSAP. Manual de Legalidad y SIDA en Cuba. Línea de Apoyo a PVVIH/SIDA :2005

²⁶ MINSAP. Manual de Legalidad y SIDA en Cuba. Línea de Apoyo a PVVIH/SIDA :2005

²⁷ Pérez I. Evaluación del programa de control de la tuberculosis en los establecimientos penitenciarios. Provincia La Habana, año 2002. [Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2003.

La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente, de mejorar los programas, servicios, tecnologías, orientar la distribución de los recursos humanos y financieros. Constituye un proceso que consiste en aplicar criterios y normas con la finalidad de realizar un juicio sobre los diferentes componentes de lo que se desea evaluar, tanto en el estado de su concepción, como su ejecución, así como las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación; según lo expresado por Pineault y colaboradores.

Puede considerarse a la evaluación como la función de la gestión que tiene como objetivo comprobar que lo establecido se cumpla y se apliquen los procedimientos planificados utilizando adecuadamente los recursos, aumentando la eficiencia y la eficacia de las acciones de salud.

Evaluar implica en general medir, dimensionar lo que ya existe, compararlo con lo que deseáramos o deberíamos encontrar y averiguar de que manera podríamos acortar las eventuales distancias entre la realidad y el deseo (u obligación), todo encaminado a garantizar accesibilidad, equitatividad y calidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario en la atención médica. Comprende un conjunto de actividades que tienen por objetivo determinar el valor de un programa, intervención o proyecto específico. Por lo tanto, significa poder relacionar directamente un producto o resultado específico con una intervención en particular.

A través de la evaluación se realiza recogida de información inherente y producida durante un programa, junto con un análisis sensato y práctico de estos datos, constituyendo un instrumento cotidiano y útil para mantener la calidad de un programa, para ajustar, superar resistencias y para poder intercambiar experiencias con otros. Es además un método para mejorar y para aprovechar y optimizar esfuerzos e ideas; donde se pueden aplicar técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas para determinar lo apropiado y efectivo del diseño e implementación de programas y proyectos sociales.

En general la evaluación permite:

- ✓ Identificar estrategias exitosas.
- ✓ Evitar continuar con actividades que no rinden los resultados deseados.
- ✓ Compartir los resultados de nuestros programas con otros países o regiones.
- ✓ Mostrar a las agencias donantes, resultados, por el financiamiento.

Las evaluaciones de programas adoptan diversas modalidades y en la práctica diaria, se utilizan múltiples clasificaciones. Para algunos autores como Pineault, estas se clasifican en estratégicas, tácticas y operativas según los objetivos que se persiguen.²⁸ Deben también evaluarse; elementos que fueron descritos por Donabedian en 1966, que son: **estructura, proceso y resultado.**²⁹

Donabedian al referirse a los niveles de la calidad de los servicios define **la estructura** como el elemento que evalúa las características de la institución de salud, equipos, administración y organización de los programas a aplicar, así como los recursos humanos y financieros disponibles.

El proceso es la dimensión de la calidad que reúne información sobre el funcionamiento de la prestación que brindan los profesionales de la salud y la interacción de las actividades de apoyo diagnóstico, lo que obliga al evaluador a conocer los mecanismos de funcionamiento de los servicios, soportes administrativos y en especial a los cuidados de la atención médica, reflejado en las interacciones entre los profesionales y sus pacientes.

²⁸ Pérez I. Evaluación del programa de control de la tuberculosis en los establecimientos penitenciarios. Provincia La Habana, año 2002. [Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología]. La Habana: ENSAP; 2003.

²⁹ Pérez B. Control y Evaluación. Ciudad de la Habana. Facultad de Salud Pública; 1996.

Resultado es lo referido al mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, complicaciones, invalidez o muerte y como contrapartida la satisfacción del usuario y el proveedor de la atención, es el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente atribuible a la atención médica.^{30 31}

En Cuba existen algunos antecedentes de estudios de evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes VIH/SIDA, como el realizado en el municipio Pinar del Río durante el año 2003 que fue evaluado como No satisfactorio dado que ninguna de las tres dimensiones resultó evaluada como adecuada, debido fundamentalmente a las dificultades en el control y análisis de los casos, en la competencia del personal, disponibilidad de documentos como el programa que norma las actividades de prevención y control de la enfermedad, lo que puede traer consigo la aparición de nuevos casos.

Otro estudio realizado en Ciudad de la Habana en el 2005, en el municipio Plaza, evidenció que las personas acogidas al Sistema de Atención Ambulatoria reciben una atención con personal de salud profesional y técnico calificado, pero existen algunos aspectos que limitan la consolidación del sistema y que se expresa en el poco conocimiento del personal de salud, en las dificultades materiales, organizacionales y asistenciales, así como el incumplimiento de algunas personas acogidas al sistema de su obligación de hacer una vida social plena sin poner en riesgo su salud ni la de la población, trayendo consigo que el objetivo del SAA que es lograr la atención integral de las personas viviendo con VIH/SIDA en la comunidad no se logre en su totalidad.³²

En Cuba, según datos de la Dirección Nacional de Epidemiología, desde los primeros casos diagnosticados en el año 1986 hasta el cierre de diciembre del 2006, por medio de la pesquisa serológica se han detectado 8 876 pacientes seropositivos, con 3 135 casos de SIDA, fallecidos 1 546 pacientes, PVVIH 6 541. Del total diagnosticados el 80,6% son hombres y el 19,4% son mujeres. Las mayores cifras se reportan en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) que representan el 86,0% del total de los hombres.

En cuanto a las formas de propagación del VIH en el país, los datos indican que se trata de una epidemia con predominio de transmisión sexual. Las regiones más afectadas en el país son la occidental, centro y la Isla de la Juventud. Los casos de Ciudad Habana representan el 53 % del total de casos del país.³³

El Municipio de 10 de Octubre se encuentra situado en el interior y hacia el centro de la Ciudad de La Habana, al sureste de la Bahía. Es un territorio eminentemente residencial, cuenta con una población de 225383 habitantes, distribuidos en una superficie de 12,1 km² con una densidad poblacional de 17 369.5 habitantes/km² y una población flotante de 7 500 a 14 000 habitantes. Es el más poblado de la provincia, y el tercero entre todos los municipios del país, superado sólo por Santiago de Cuba y Camaguey.

De acuerdo a la actual división política administrativa, el municipio 10 de Octubre está compuesto por 9 consejos populares. La actividad económica que predomina en el municipio es la de servicios, la vida cultural y sus elementos recreativos y de deporte

³⁰ Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Health Administration Press. Michigan; 1980.

³¹ Pérez B. La calidad de los Servicios de Salud. Medición, Evaluación y Mejora. Lectura Seleccionada. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 2000, 2-6.

³² Álvarez Z. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria para portadores del VIH y Enfermos de SIDA en el Policlínico Mártires del Corynthia, Municipio Plaza. 2004 [Trabajo para optar por Título de Master en Salud Pública]. ENSAP; 2005

³³ MINSAP Dirección Nacional de Epidemiología. Información de la Situación Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA en Cuba. Cierre del 2005. Ciudad de la Habana. Cuba. Febrero; 2006. Dirección Nacional de Epidemiología

dependen de un limitado número de instalaciones que no satisfacen las necesidades de la población.

Este municipio ocupa el tercer lugar por tasa de incidencia en el reporte de casos de la Ciudad de la Habana y del país, cuenta con un sistema de atención ambulatorio que está entre los que más pacientes atiende en la provincia, dado por número de paciente viviendo con VIH. Dichas cifras lo sitúan en el segundo lugar entre los municipios de la capital con mayor cantidad de pacientes en el sistema, antecedido por el municipio Centro Habana.

El SAA está organizado en el municipio 10 de Octubre desde 1997 y funciona en sus ocho áreas de salud para brindar atención especializada a los pacientes. Sin embargo, en la revisión bibliográfica y documental realizada no se encontraron estudios locales que muestren la calidad de la atención que se ofrece.

Teniendo en cuenta que se estima que en el país, de mantenerse las condiciones que determinan el comportamiento actual de la epidemia, serán diagnosticados alrededor de 6 054 nuevas infecciones y unos 2 532 enfermos en los próximos diez años, lo que significa que para el año 2010 pueden haber unas 7 224 PVVIH/SIDA,¹² se justifica realizar investigaciones en este municipio que no está ajeno a la situación nacional, para poder realizar intervenciones sanitarias y sociales.

Más que las cifras que se esperan para años venideros, el hecho de poder conocer si el SAA cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para brindar una atención de buena calidad y con altos niveles de satisfacción tanto de pacientes como de proveedores, es que se decide realizar esta investigación para dar respuesta a las interrogantes siguientes:

¿Fue adecuada la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención ambulatoria a pacientes con VIH/SIDA del municipio 10 de Octubre durante el año 2006?

¿Se les brindó una adecuada atención a los pacientes seropositivos y a los enfermos de SIDA incorporados al SAA?

¿Los resultados obtenidos en el SAA fueron adecuados?

OBJETIVOS

General

Evaluar el Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes con VIH/SIDA en las áreas de salud del municipio "10 de Octubre" durante el año 2006.

Específicos

1. Identificar la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención ambulatoria a pacientes con VIH/SIDA del municipio 10 de Octubre.
2. Evaluar el proceso de atención que recibieron los pacientes con VIH/SIDA incorporados al sistema de atención ambulatoria en dicho municipio.
3. Evaluar los resultados del sistema de atención ambulatoria.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el propósito de evaluar el Sistema de Atención Ambulatorio a pacientes seropositivos y enfermos de SIDA del municipio de 10 de Octubre en el año 2006.

UNIVERSO

Estuvo constituido por 297 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA acogidos al sistema de atención ambulatoria en el municipio de 10 de Octubre en el año 2006. Además de 183 médicos de la familia, 190 enfermeras de la familia, 189 odontólogos, 16 enfermeras encuestadoras, 8 médicos nombrados como vicedirectores de higiene y epidemiología y los miembros de la comisión multidisciplinaria municipal.

Áreas de salud

- Policlínico Lawton
- Policlínico Luyanó
- Policlínico Luís Pasteur
- Policlínico Turcios Lima
- Policlínico Raúl Gómez García
- Policlínico Luís de la Puente Uceda
- Policlínico 30 de Noviembre
- Policlínico 14 de Junio

Las cinco clínicas estomatológicas del municipio y los servicios estomatológicos de los policlínicos.

Muestra

Para explorar la capacitación que tienen los profesionales, la satisfacción de los pacientes con el SAA y para obtener información de las historias clínicas familiares e individuales sobre el proceso de atención realizado a las PVVIH-SIDA se seleccionó una muestra de manera probabilística para aplicar cuestionarios, donde se utilizó un esquema de selección sistemático con arranque aleatorio. Para los médicos y las enfermeras y pacientes se seleccionaron dos números aleatorios para cada zona y para los odontólogos uno solo. De esta forma se garantizaron los tamaños muestrales siguientes:

- PVVIH	118
- Médicos	73
- Enfermeras	73
- Odontólogos	89

La distribución de los mismos por áreas de salud se muestra a continuación:

Áreas de salud	Personas que conforman la muestra				(1) PVVIH (2) Médicos (3) Enfermeras (4) Odontólogos
	(1)	(2)	(3)	(4)	
Lawton	12	8	8	15	
Luyanó	8	7	7	12	
Luís Pasteur	14	9	9	14	
Turcios Limas	9	8	8	9	
Raúl Gómez García	24	14	14	11	
Puente Uceda	22	10	10	10	
30 de Noviembre	11	9	9	12	
14 de Junio	18	8	8	6	
Total	118	73	73	89	

En el caso de las clínicas estomatológicas sólo se evaluó la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención, pues no se tuvieron en cuenta las dimensiones de proceso y resultados en las mismas.

En todos los pacientes se solicitó el consentimiento informado para participar en la investigación (Anexo 1)

Principales fuentes de información:

- Informes estadísticos de la Dirección Provincial de Higiene y Epidemiología de Ciudad de la Habana.
- Fichas familiares e individuales que recogen portadores VIH y casos SIDA incorporados al SAA en el municipio.
- Entrevistas realizadas a directivos de áreas de salud y el municipio.
- Observación directa en instituciones sanitarias y consultorios.
- Cuestionarios aplicados a personal de salud y pacientes del SAA.
- Consulta a expertos para la determinación de los criterios, indicadores y estándares que se utilizaron en el estudio.

Para dar cumplimiento al objetivo 1 donde se evalúa la estructura:

- Se realizaron entrevistas a los jefes de personal para conocer los recursos humanos disponibles para la atención de PVVIH/SIDA (médicos, enfermeras y odontólogos) Anexos 2.
- Se entrevistó al epidemiólogo municipal para obtener información sobre los casos atendidos y funcionamiento del equipo multidisciplinario para la atención del ITS/SIDA (epidemiólogo, dermatólogo, psicólogo, educador para la salud, trabajador social, especialista en MGI y enfermera encuestadora) Anexo 3.
- Se diseñaron cuestionarios que fueron llenados por los médicos, enfermeras y odontólogos para valorar la capacitación que tienen sobre el manejo de los pacientes en SAA. En los médicos se exploraron 10 aspectos básicos que deben conocer para el manejo de estos pacientes, en las enfermeras 2 aspectos y en los odontólogos 3. Anexos 4 A, 5 A, 6 A.
- Cada aspecto evaluado se hizo corresponder con una pregunta. Se consideró que los profesionales del SAA estaban bien capacitados en cada aspecto evaluado, cuando el 90% de los mismos contestó correctamente la pregunta que evalúa el aspecto y mal capacitados cuando estuvo por debajo del 90%.
- Se estableció una escala de evaluación para el cuestionario aplicado a cada tipo de profesional y se vaciaron los resultados en una ficha que permitió evaluar la capacitación. Anexos (4 B y C), (5 B y C), (6 B y C).

Las calificaciones fueron:

- ✓ Excelente: de 90 a 100% de respuestas correcta
- ✓ Bien: de 80 a 89 % de las respuestas correctas
- ✓ Regular de 70 a 79% de las respuestas
- ✓ Mal menos del 70 de las respuestas correctas

- Los cuestionarios aplicados a los médicos, odontólogos y al personal de enfermería se tomaron de otros estudios en que habían sido utilizados y validados,^{34, 35} no obstante se le realizaron modificaciones y nuevamente fueron validados por criterios de expertos (epidemiólogos del grupo provincial de la especialidad y profesionales que pertenecen al grupo interdisciplinario, todos con experiencia de más de 2 años en este trabajo).
- Sobre la disponibilidad de recursos materiales para la atención de estos pacientes se procedió a:
 - ✓ Realizar observación en consultorios médicos, farmacias y almacenes de las áreas de salud para conocer la existencia de condones, así como revisar el informe mensual de mercadeo de condón que realiza el educador del programa municipal.
 - ✓ Aplicar cuestionarios al personal de salud que atiende a estos pacientes para obtener información sobre la disponibilidad de set de materiales informativos y normativos, materiales gastables y desechables. Además se realizó observación directa en los consultorios y clínicas estomatológicas.
 - ✓ Dentro de los recursos materiales no se tuvo en cuenta la disponibilidad de medicamentos porque está normado que se distribuyan centralmente en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri y las áreas de salud no tienen ese control.
- Se establecieron como criterios evaluativos para cada variable:
 - ✓ **Satisfactorio:** si cumple con el estándar propuesto
 - ✓ **No Satisfactorio:** si no cumple con el estándar propuesto.

De forma general para el componente estructura se considera:

- **Adecuada:** Cuando se están disponibles el 100% de los recursos humanos necesarios y el 90% o más del resto de los criterios sean considerados satisfactorios.
- **No Adecuada:** Cuando no se cumplen los criterios de cobertura de recursos humanos aunque se alcance el 90% o más en el resto de los criterios y cuando haya el 100% de recursos humanos y se incumpla con el 90% en el resto de los criterios.

³⁴ Malagón Y. Evaluación del sistema de atención ambulatorio del paciente VIH/SIDA en la atención primaria de salud. Municipio Pinar del Río. 2003 [Trabajo para optar por Título de Especialista de Higiene y Epidemiología]. ENSAP; 2004

³⁵ Álvarez Z. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria para portadores del VIH y Enfermos de SIDA en el Policlínico Mártires del Corynthia, Municipio Plaza. 2004 [Trabajo para optar por Título de Master en Salud Pública]. ENSAP; 2005

Operacionalización de las variables del objetivo 1.

Criterio	Escala	Descripción	Estándar
Personal de salud disponible para la atención a PVVIH/SIDA en el municipio	<p>Médicos en consultorios.</p> <p>Enfermeras en consultorios</p> <p>Odontólogos en equipos básicos de salud</p> <p>Vicedirector de higiene y epidemiología</p> <p>Enfermeras encuestadoras</p> <p>Equipo Municipal de las ITS/VIH/SIDA</p>	<p>Médico especialista de MGI ó medico residente de MGI. Enfermera laborando en consultorios</p> <p>Odontólogo que están laborando en las clínicas y servicios estomatológicos.</p> <p>Médico dedicado a la atención de la higiene y epidemiología.</p> <p>Enfermeras dedicada al programa del control de las ITS/VIH/SIDA</p> <p>Grupo multidisciplinario de profesionales dedicado programa del control de las ITS/VIH/SIDA</p>	<p>100% de consultorios que tienen PVVIH cubiertos con:</p> <p>A) médicos especialistas o residentes MGI.</p> <p>B) personal de enfermería.</p> <p>100% de equipos básicos cubierto con odontólogos</p> <p>100% de las áreas cubiertas por vicedirectores de H y Epidemiología.</p> <p>100% de las áreas cubierta por enfermeras encuestadoras</p> <p>Una comisión completa y funcionando a nivel municipal (epidemiólogos, dermatólogos, psicólogos, educadores y trabajador social)</p>
Calificación profesional	<p>Especialistas de MGI</p> <p>Residentes</p> <p>Licenciada(o) en enfermería</p> <p>Enfermera</p> <p>Odontólogos especialistas</p> <p>Odontólogos generales</p> <p>Residentes odontología</p>	<p>Médico especializado en MGI</p> <p>Médico cursando la especialidad de MGI</p> <p>Enfermera universitaria</p> <p>Enfermera técnico media.</p> <p>Odontólogo con alguna especialidad</p> <p>Odontólogos no especialistas</p> <p>Odontólogo cursando especialidad</p>	<p>100% del personal médico, de enfermería y de odontología debe tener alguna de estas calificaciones profesionales.</p>

Capacitación de los profesionales para la atención de PVVIH/SIDA	Adiestramientos recibido por los médicos, enfermeras y odontólogos sobre VIH/SIDA Capacitación de médicos, enfermeras y odontólogos para el manejo de PVVIH-SIDA en el SAA.	Cursos, talleres o entrenamientos sobre el manejo, control y prevención del VIH/SIDA que refieren haber recibido Conocimientos que tienen los médicos, enfermeras y odontólogos sobre el manejo de los pacientes en SAA, Estos conocimientos fueron explorados mediante cuestionarios.	≥ 90% de médicos, enfermeras y odontólogos que han sido adiestrados en cada área de salud y a nivel municipal. 90% de médicos, enfermeras y odontólogos por áreas de salud y municipio con calificaciones de excelente, bien ó regular en cuestionario aplicado.
Recursos materiales para la atención PVVIH/SIDA	Condomes Material Desechable	Fina funda elástica de látex natural que se utiliza para cubrir el pene durante el coito. ³⁶ Guantes, agujas, material de curación (torundas, algodón, aplicadores), jeringuilla desechables, nasobuco, set de instrumental	Existencia de 1 000 condones en los consultorios, 20 000 en farmacias, 5 000 en consultas de ITS y consejerías cada mes. 1 para guantes, 4 agujas, 1 set de material cura, 4 jeringuillas, 1 nasobuco y 1 set instrumental por cada paciente atendido.
Disponibilidad de set de materiales informativos y normativos	Normativo Informativos	Programa de prevención y control del VIH/SIDA Folleto "Conociendo sobre VIH". "Manual para médicos de familia y personal de salud" "Información básica sobre atención integral a personas viviendo con VIH" "Pautas para el manejo de la infección por VIH SIDA"	Un programa por consultorio y clínica estomatológica Al menos 1 folleto informativo

Para dar cumplimiento al objetivo 2 se procedió a:

- Obtener información sobre la dispensarización de los pacientes mediante la revisión de las fichas familiares en todos aquellos consultorios en los que existen casos incorporados al sistema, teniendo en cuenta que los casos seropositivos deben estar incluidos en el grupo II y los enfermos en el grupo III. Se consideró que estaban dispensarizados de manera inadecuada todos aquellos que no se correspondieron con lo antes señalado o que no estuvieron dispensarizados en ningún grupo.
- Para obtener el número de consultas, visitas de terrenos, seguimientos y control del tratamiento, interconsulta e indicación de complementarios, se revisaron las

³⁶ Condones masculinos. [serie en Internet]. 2003 citado 15/7/07]; Disponible en: <http://www.sld.cu/sevicios/sida>

historias clínicas de los pacientes (Anexo 7), donde se observó el control del médico de acuerdo a la programación establecida por el programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA:

- ✓ consulta inicial con examen físico completo y estudio de laboratorio. En pacientes seropositivos consultas de seguimiento trimestral y enfermos de SIDA consultas mensuales.
- ✓ Visita de terreno en el hogar: trimestral para seropositivo y enfermos de SIDA bimensual.
- ✓ Control de tratamiento: Si está registrado en HCI y en tarjetón de la enfermera encuestadora y si se está cumpliendo.
- ✓ Indicación de complementarios: si están registrados los que aparecen declarados en el anexo 7.

Se establecieron como criterios evaluativos para cada variable

- **Satisfactorio:** si cumple con el estándar propuesto
- **No Satisfactorio:** si no cumple con el estándar propuesto

De forma general para el componente del proceso:

- **Adecuada:** cuando se cumplen los estándares establecidos para los criterios: control de los pacientes seropositivos y enfermos SIDA en consulta y/o terreno y de los seropositivos por complementarios, además de la dispensarización y se cumplen además el 90% de los restantes criterios.
- **No Adecuada:** Cuando no se cumplen los estándares establecidos para los criterios control de los pacientes seropositivos y enfermos SIDA en consulta y/o terreno, y de los seropositivos por complementarios y se cumplen menos del 90% de los restantes criterios.

Operacionalización de variables objetivo 2.

Criterios	Descripción	Indicador	Estándar
Dispensarización De los pacientes	Registro en la historia familiar e individual de la dispensarización del portador de VIH y enfermo de SIDA	No de PVVIH/SIDA dispensarizados correctamente / total de PVVIH/SIDA a dispensarizar x 100	100%
Programación de las consultas	Control y registro de las consultas realizadas a los PVVIH/SIDA según programación	No de PVVIH/SIDA con registro de consulta en HC adecuado / total de PVVIH/SIDA dispensarizados x 100	100%
Programación de las visitas de terrenos	Registro de las visitas de terreno en las HC de los PVVIH/SIDA según programación	No de PVVIH con registro adecuado de visitas de terreno en las HC total de PVVIH/SIDA dispensarizados x 100	100%
Indicación de complementarios	Registro en las H C de los complementarios según lo indicado por el programa	No de PVVIH/SIDA con exámenes complementarios controlados/total de pacientes a chequear x100	100%
Interconsultas con otros especialistas	Se refiere si está registrado en la HC las interconsultas con otros especialistas	No de PVVIH/SIDA con registro de la interconsultas /total de pacientes a evaluar	100%

Control de los antirretrovirales	Se refiere si el paciente está tomando tratamiento antirretrovirales y esté registrado en la HC	No de PVVIH/SIDA con tratamiento antirretroviral registrado en las HC /total de pacientes que necesitan el tratamiento x 100	100%
----------------------------------	---	--	------

Para dar cumplimiento al objetivo 3 se procedió a:

- Realizar una entrevista al vicedirector de higiene y epidemiología de las áreas y al epidemiólogo municipal para obtener información sobre: incidencia ITS en pacientes incorporados al sistema, infección de nuevos casos a partir de pacientes incorporados al sistema, salidas del sistema por voluntad propia y salidas del sistema porque fue retirada la condición. Anexos 8.
- Se aplicó un cuestionario que incluyó 7 preguntas (Anexo 9), dirigidas a explorar la satisfacción de los usuarios. (satisfacción en las diferentes esferas (tanto en el medio laboral, familiar, comunitario, relaciones de pareja y atención brindada por el médico de familia).
- La satisfacción de los prestadores se exploró mediante el cuestionario aplicado a los médicos, enfermeras y odontólogos que se utilizó en el objetivo 1.

El criterio satisfacción de pacientes se consideró:

- ✓ **Satisfactorio:** Cuando el 80% ó más de los pacientes resultaron satisfechos con el SAA.
- ✓ **No Satisfactorio:** Cuando menos del 80% de los pacientes resultaron satisfechos con el SAA.

El criterio satisfacción de prestadores se consideró:

- ✓ **Satisfactorio:** Cuando el 90% ó más de los prestadores resultaron satisfechos con el SAA.
- ✓ **No Satisfactorio:** Cuando menos del 90% de los prestadores resultaron satisfechos con el SAA.

Este instrumento fue validado en otras investigaciones,^{16,17} además se sometió a los criterios de expertos: la comisión asesora provincial y especialista del grupo municipal de las ITS/VIH/SIDA

Se establecieron como criterios evaluativos para cada variable

- **Satisfactorio:** si cumple con el estándar propuesto
- **No Satisfactorio:** si no cumple con el estándar propuesto.

De forma general para el componente resultado

- **Adecuada:** cuando se cumplen los estándares establecidos para los criterios: incidencia de ITS en los pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA, infección de nuevos casos a partir de pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA y satisfacción del paciente seropositivo y enfermo SIDA y se cumplen además el 90 % o más del resto de los criterios.
- **No Adecuada:** Cuando no se cumplen los estándares establecidos para los criterios incidencia de ITS en los pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA, infección de nuevos casos a partir de pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA y/o satisfacción del paciente seropositivo y enfermo SIDA y menos del 90% de los restantes criterios.

Operacionalización de variables objetivo 3.

Criterios	Descripción	Indicador	Estándar
Incidencia de ITS* en PVVIH/SIDA incorporados al SAA	Casos seropositivos y SIDA que adquirieron una infección de transmisión sexual (ITS*)	PVVIH/SIDA acogido al SAA que se han infestado con una ITS / Total de paciente acogidos al SAA x 100	0 %
Nuevos casos de VIH/SIDA a partir de PVVIH/SIDA	Casos seropositivos y SIDA nuevos que han sido infestados por pacientes acogidos al SAA	PVVIH/SIDA acogido al SAA que han transmitido el VIH / Total de pacientes acogidos al SAA x 100	0 %
PVVIH/SIDA acogidos SAA que salieron por voluntad propia	Pacientes que han salido voluntariamente del SAA	PVVIH/SIDA que han salido voluntariamente del SAA/ Total pacientes acogidos al SAA x 100	≥ 4 %
PVVIH/SIDA acogidos SAA que se le retiró su condición	Pacientes VIH/SIDA que se les retiró el SAA, por no cumplir los requisitos establecidos	No de PVVIH/SIDA que le han retirado el SAA/ Total de pacientes acogidos al SAA x 100	0 %
PVVIH/SIDA acogidos SAA que trabajan	Si mantiene el vínculo laboral una vez que le fue diagnosticada su enfermedad.	Si su condición laboral se mantiene igual que a la entrada al SAA o mejoró	≥ 40%
PVVIH/SIDA acogidos SAA que conviven con otras personas	Si una vez diagnosticada su enfermedad mantiene su convivencia con otras personas.	Si su convivencia se mantiene igual que a la entrada al SAA o mejoró	≥ 40%
Relaciones sociales de PVVIH/SIDA acogidos SAA	Si se relaciona con otros miembros de la comunidad una vez diagnosticada su enfermedad.	Si sus relaciones sociales se mantiene igual que a la entrada al SAA o mejoró.	≥ 60%
PVVIH/SIDA acogidos SAA que reciben actividades educativas	Actividades educativas para el cuidado de su salud y el de las demás personas que ha recibido por parte del personal de salud.	Si al menos ha participado en una actividad educativa al año.	≥ 90 %
Satisfacción con atención médica	Percepción que tiene la PVVIH/SIDA sobre la atención que le brinda el médico.	PVVIH/SIDA satisfechos /Total PVVIH/SIDA x 100	≥ 90 %
Satisfacción con atención enfermería	Percepción que tiene la PVVIH/SIDA sobre la atención que le brinda la enfermera.	PVVIH/SIDA satisfechos /Total de PVVIH/SIDA x 100	≥ 90 %
Satisfacción con atención odontológica	Percepción que tiene la PVVIH/SIDA sobre la atención que le brinda el personal de odontología.	PVVIH/SIDA satisfechos /Total de PVVIH/SIDA x 100	≥ 90 %
Satisfacción con atención hospitalaria	Se refiere a la percepción del PVVIH/SIDA sobre la atención que se le brinda en los hospitales cuando lo necesita.	PVVIH/SIDA satisfechos con la atención hospitalaria / Total de pacientes encuestados x 100	≥ 80 %
Satisfacción con atención del SAA	Percepción del paciente acerca de los beneficios que le brinda el SAA.	No de PVVIH/SIDA satisfechos con el SAA/Total de pacientes encuestados* 100	≥ 90 %

Satisfacción de los prestadores con el SAA	Percepción positiva o negativa de los médicos, enfermeras y odontólogos sobre el SAA	Profesionales satisfechos con el SAA/Total profesionales encuestados	≥ 90 %
--	--	--	--------

*Sífilis, blenorragia, condiloma y herpes genital

Evaluación general del Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes y enfermos de SIDA en el municipio.

Buena calidad: Cuando las tres dimensiones a nivel municipal se evaluaron como adecuadas

Mala calidad: Si una o más de las dimensiones se evalúa como no adecuada.

ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de esta investigación se contó con la aprobación de la Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología y de la Dirección Municipal de Salud a quienes se les explicó detalladamente los motivos por los que se realizaba el estudio y los beneficios que de él se podían obtener. Se les solicitó el consentimiento de todos los pacientes que participaron en la investigación, explicándoles el propósito de la misma, garantizándoles la confidencialidad de la información.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema en estudio y una revisión documental para recoger información de los departamentos de estadísticas de las áreas de salud y la dirección municipal.

Entrevista a expertos para definir criterios, indicadores y estándares para realizar la evaluación de estructura, procesos y resultados según componentes propuestos por Donabedian,³⁷ haciéndolos corresponder con los objetivos propuestos.

Una vez definidos los criterios indicadores y estándares, se confeccionaron los instrumentos aplicados en otras investigaciones^(16, 17) con modificaciones para la recogida de la información

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó el procesamiento de la información de forma automatizada con una base de datos elaborada en SPSS Versión 13, lo que permitió la confección de tablas estadísticas (que incluyen frecuencias absolutas y porcentajes), en las que se presentaron los resultados.

³⁷ Pérez Maza B. Control y Evaluación. Ciudad de la Habana. Facultad de Salud Pública; 1996.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al realizar cualquier evaluación siempre se produce una comparación de lo que se obtiene con lo que se desea obtener, de ahí que aunque existen diferentes métodos para llevarlas a cabo, es necesario contar con un estándar o patrón que permita saber a que distancia se está de lo que se quiere alcanzar. Donabedian propone que la evaluación de la calidad de la atención médica se haga tomando en consideración tres dimensiones: la estructura de que se dispone, el proceso que se desarrolla y los resultados que se obtienen.

En Cuba las investigaciones en sistemas y servicios de salud (ISSS) tienen entre sus principales líneas de trabajo aquella dirigida a la identificación de problemas relacionados con la calidad de la atención, lo que permite determinar factores causales y encontrar las reservas ocultas que existen para elevar la eficiencia, eliminar gastos innecesarios, disminuir costos, lograr mayores resultados con los recursos disponibles e incrementar la satisfacción de la población.

Dentro de las tareas priorizadas para las ISSS está la evaluación del Programa Nacional de Prevención del VIH-SIDA, pues esta enfermedad constituye un importante problema de salud, de ahí que en el presente estudio se evaluara el SAA para las PVVIH-SIDA del municipio "10 de Octubre".

Este municipio cuenta con 8 áreas de salud, 5 clínicas estomatológicas y 5 servicios de estomatología que están ubicados en policlínicos, además dispone de 190 consultorios, el centro municipal de higiene y epidemiología y el centro territorial de prevención de las ITS y VIH-SIDA. Para brindar todos estos servicios hay un total de 189 médicos de familia, 199 enfermeras y 114 odontólogos.

Un lugar importante dentro de las actividades de salud que se llevan a cabo en el territorio lo ocupan las acciones desarrolladas por el SAA donde las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (PVVIH) son atendidas por el equipo básico de salud en su medio familiar, laboral y social, además de la atención especializada que reciben por el equipo multidisciplinario que forma parte de este sistema.

De la totalidad de los recursos humanos que tenía el municipio en el año 2006 había 117 médicos, 128 enfermeras y 114 odontólogos que formaban parte del SAA. Estos profesionales pertenecían a dicho sistema porque estaban ubicados en consultorios y servicios estomatológicos, respectivamente, que atendían PVVIH. Es de señalar que había 130 consultorios con PVVIH, pero sólo 117 estaban cubiertos con médicos.

Para el trabajo que se desarrolla en el SAA a PVVIH se utilizan las instituciones sanitarias del municipio, aunque hay personal y medios que se destinan y especializan para brindarle atención a estos pacientes, razón por la cual es necesario evaluar la disponibilidad de recursos existentes para ofertar servicios de alta calidad.

Análisis de la estructura del SAA.

Para evaluar la calidad del SAA se tuvo en cuenta la estructura, el proceso y los resultados de dicho sistema, por lo que como muestra **la tabla 1**, en la dimensión estructura se analizaron 17 criterios relacionados con la disponibilidad de recursos humanos y materiales, en los que se encontraron solamente 6 cumplidos satisfactoriamente, pues el resto no alcanzaron los estándares que se establecieron como necesarios para lograr una buena atención.

Tabla No 1
Cumplimiento de los indicadores de estructura según estándares

Cobertura de recursos humanos			
Indicador	Resultado	Estándar	Evaluación
Enfermeras en consultorios	98.4	100	Insatisfactorio
Médicos en consultorios	90.0	100	Insatisfactorio
Enfermeras encuestadoras	100	50% por área	Satisfactorio
Odontólogos en equipos de salud.	100	100	Satisfactorio
Vicedirector de Higiene y Epidemiología en área de salud	100	100	Satisfactorio
Comisión multidisciplinaria municipal para el SAA	1	1	Satisfactorio
Disponibilidad de recursos materiales			
Condomes en áreas de salud	100	100	Satisfactorio
Programa VIH-SIDA en consultorios	64.4	100	Insatisfactorio
Programa VIH-SIDA en clínicas estomatológicas	0.0	100	Insatisfactorio
Materiales uso médico	39.7	100	Insatisfactorio
Materiales uso odontólogos	37.1	100	Insatisfactorio
Capacitación de recursos humanos			
Médicos capacitados en manejo PVVIH/SIDA	63.0	90	Insatisfactorio
Enfermeras capacitadas en manejo PVVIH/SIDA	57.3	90	Insatisfactorio
Odontólogos capacitados en manejo PVVIH/SIDA	22.4	90	Insatisfactorio
Adiestramiento recibido por médicos	78.1	90	Insatisfactorio
Adiestramiento recibido por enfermeras	90.4	90	Satisfactorio
Adiestramiento recibido por odontólogos	53.0	90	Insatisfactorio

Teniendo en cuenta que la *cobertura de recursos humanos* que tenga el SAA es la base fundamental para su funcionamiento, es por lo que se hace necesario analizar por áreas de salud la distribución de los profesionales que trabajan en este sistema.

Se observa en la **tabla 2** que hay 5 áreas de salud en las cuales hay consultorios que a los que pertenecen PVVIH/SIDA, que en el período en que se realizó la investigación no tenían médico de familia. La situación más crítica estaba en Luís de la Puente Uceda, Raúl Gómez y 30 de Noviembre. Debido a la insuficiente cantidad de médicos para la atención a estos consultorios se incumplió con el estándar propuesto para este criterio, tanto a nivel municipal como en las 5 áreas de salud antes mencionadas.

En el caso de las enfermeras también se incumplió con el estándar a nivel municipal y en algunas áreas de salud, aunque la cobertura es más elevada que la de médicos, pues sólo hay 2 consultorios sin personal de enfermería.

Aunque los pacientes que pertenecen a consultorios donde no hay médico y/o enfermera son atendidos en otros, debe señalarse que esta situación no permite darles a estos pacientes un seguimiento como lo exige el programa de prevención y control del VIH

SIDA, ya que es muy importante que una vez que ellos se incorporan al SAA el equipo básico de salud mantenga un trabajo estable y sistemático, vele porque cumplan los requisitos de ingreso al sistema, controlen que se realicen los exámenes complementarios y los interconsulten con otros especialistas o los remitan cuando lo consideren oportuno.

Lo expuesto anteriormente explica la necesidad de que todos los consultorios donde hay PVVIH/SIDA estén cubiertos con médicos y enfermeras de la familia. Por otra parte, la interrelación del médico con los familiares de los pacientes y con la comunidad es muy importante para lograr su aceptación, de ahí la necesidad de que estos profesionales mantengan un trabajo estable y sistemático.

Tabla 2
Médicos y enfermeras de familia en consultorios que tienen PVVIH/SIDA según áreas de salud

Áreas de salud	Consultorios que tienen PVVIH/SIDA				
	Total CMF	Médicos en CMF	%	Enfermeras en CMF	%
Lawton	15	14	93.3	15	100.0
Luyanó	12	12	100.0	12	100.0
Luís Pasteur	16	15	93.7	15	93.7
Turcios Limas	14	14	100.0	14	100.0
Raúl Gómez G.	25	22	88.0	25	100.0
Puente Uceda	20	15	75.0	19	95.00
30 de Noviembre	13	10	77.0	13	100.0
14 de Junio	15	15	100.0	15	100.0
Total	130	117	90.0	128	98.4

CMF: consultorios de médicos de familias.

En el caso de los odontólogos, aunque no aparecen reflejados en la tabla, están cubiertos todos los grupos básicos de trabajo, por lo que cualquier paciente que necesite de su atención la puede recibir sin dificultad. Este criterio fue evaluado de satisfactorio.

Un número importante de países de la región de las América no cuenta con personal necesario para tener una cobertura mínima de 25 profesionales (médicos y enfermeras) por cada 10 000 habitantes.³⁸ En Cuba se presenta una situación diferente ya que se cuenta con un índice de 137,3 médicos por 10 000 habitantes y el sistema sanitario se sustenta en la atención primaria de salud con una cobertura médica del 99.4%.³⁹

La *calificación profesional* de los médicos, enfermeras y odontólogos encuestados del municipio 10 de Octubre, que atienden PVVIH-SIDA, se corresponden con la indicada en el estándar propuesto, por lo que se evaluó este criterio de satisfactorio. El hecho de utilizar la calificación profesional como un criterio evaluativo se debió a que da la

³⁸ Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2004

³⁹ ENSAP. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria de pacientes con VIH/SIDA en atención primaria y secundaria de salud. Enero-Mayo 2004. [Trabajo de terminación del módulo de evaluación de programas y servicios] Ciudad de la Habana; 2004.

posibilidad de conocer la especialización de los recursos humanos de que se dispone para esta importante actividad.

El Grupo de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA tiene como objetivo integrar el trabajo comunitario que realizan las diferentes disciplinas como la epidemiología, educación para la salud, dermatología , psicología, medicina familiar y enfermería que intervienen en el control de estas enfermedades.⁴⁰

Cada miembro del grupo tiene características, actitudes, conocimientos, habilidades y destreza en un área determinada, lo que constituye su aporte específico, pero la suma de sus conocimientos y experiencias permite un acercamiento integral al problema y que puedan funcionar como grupo.

En el municipio 10 de Octubre existe la *comisión multidisciplinaria* para la atención a los pacientes VIH/SIDA, está completo su personal y funciona adecuadamente. Este fue uno de los criterios evaluados en la estructura como satisfactorio.

Una fortaleza en este territorio ha sido la creación del Centro Territorial de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, en el cual está incluido el programa de prevención y control de esta enfermedad y el componente educativo del mismo, además de que cuenta con personal sensibilizado y capacitado para la actividad, lo que quiere decir que es satisfactorio desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Elevar la integralidad y funcionalidad de los equipos multidisciplinarios para la prevención y control de las ITS/VIH/SIDA, integrados por profesionales competentes y comprometidos, unido a la participación activa de la población en todas las actividades del programa ayudarían a que estas afecciones no se conviertan en un grave problema de salud, reduciéndose su incidencia y proporcionando una mejor calidad de vida a la población.

En el plan estratégico para ITS/VIH/SIDA 2001-2006, una de las metas propuestas fue tener funcionando de forma eficaz el 100% de los equipos multidisciplinarios en todos los municipios y en todos los niveles de atención para finales del 2002 con el objetivo de garantizar la integralidad y especialización de la atención a infectados y afectados por las ITS/VIH/SIDA e incrementar su calidad de vida.⁴¹ Esto fue cumplido sin dificultad en el municipio 10 de Octubre.

La *disponibilidad de las enfermeras encuestadoras y vicedirectores de Higiene y Epidemiología* se cumplió satisfactoriamente, pues las 8 áreas del municipio están cubiertas con dos enfermeras encuestadoras cada una y un medico que se desempeña como vicedirector. A nivel municipal también el indicador es 100%.

Con relación a la disponibilidad de *recursos materiales*, como se observa en la **tabla 3**, se tuvieron en cuenta: la *disponibilidad de condones, de set de materiales informativos y normativos* en los consultorios y clínicas estomatológicas y la *disponibilidad de material desechable* para el trabajo médico y odontológico.

La razón de evaluar estos recursos es que dentro de todos aquellos que pueden ser necesarios para dar una buena atención, estos están entre los más susceptibles de presentar dificultades con su abastecimiento porque en ocasiones o no se les da la importancia necesaria o escasean.

⁴⁰ Ochoa R, Duque I, Hernández Fernández M. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. Ciudad de la Habana. Lazo Adentro. 2004

⁴¹ MINSAP. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. Cuba.; 2001

Tabla 3.
Recursos materiales disponibles según áreas de salud.

Áreas de salud	Recursos materiales (%)				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Lawton	100.0	100.0	0.0	25.0	53.3
Luyano	100.0	28.5	0.0	57.0	0.0
Luís Pasteur	100.0	100.0	0.0	88.0	0.0
Turcios Limas	100.0	50.0	0.0	12.5	44.4
Raúl Gómez G.	100.0	85.7	0.0	0.0	41.6
Puente Uceda	100.0	60.0	0.0	20.0	0.0
30 de Noviembre	100.0	11.1	0.0	77.7	100.0
14 de Junio	100.0	50.4	0.0	50.0	66.6
Total	100.0	64.4	0.0	39.7	37.1

(1) condones (2) Programa Nacional Prevención y control SIDA en consultorios (3) Programa Nacional Prevención y control SIDA en clínicas estomatológicas, (4) materiales de uso médico, (5) materiales de uso odontológico.

Dentro del componente educativo unas de sus líneas es el mercadeo social de condones, que abarca todas las gestiones de venta o entrega gratuita en los distintos escenarios donde sea posible su distribución.

El mercadeo social de condones constituye una estrategia esencial dentro de los Programas de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y esencialmente se fundamenta en:

- ✓ Combina el incremento de la accesibilidad con la promoción de su uso
- ✓ Una buena accesibilidad a precios adecuados y en lugares convenientes para las personas, resulta en un incremento de su venta
- ✓ Incluye la venta en lugares no tradicionales como lugares de recreación, campismos, hoteles, bares, entre otros
- ✓ Contribuye a disminuir tabúes sociales por medio de la utilización de publicidad
- ✓ Acompañado de Programas de Información sobre la efectividad de su uso en la prevención de ITS, facilita la adopción de conductas favorables para su adquisición y uso

En el periodo de la investigación en el municipio 10 de Octubre el mercadeo de condones se realizó en los lugares siguientes:

- Consulta de planificación familiar
- Actividades de Prevención
- Consultas de ITS y Consejería
- Farmacias
- Unidades de comercio y gastronomía

Se constató que como está establecido, la entrega de condones se realizó de forma gratuita en las consultas y consejerías, además de los que se entregaban en las actividades de prevención. En todos los casos estuvieron en cantidades suficientes para abastecer las necesidades de la población. En las farmacias y las unidades de comercios y gastronomía se mantuvo durante todo el año 2006 una oferta por encima de la demanda por lo que en ningún momento esto constituyó un problema para el SAA.

Para brindar una buena atención a la población en general y a las PVVIH/SIDA también es necesario que existan materiales informativos y normativos en cantidades suficientes para dotar al personal sanitario de los diferentes niveles de atención médica, de las habilidades y capacidades necesarias para la atención integral a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Como aparece reflejado en la tabla 3, más de la mitad de los consultorios que atienden a personas afectadas por esta enfermedad tienen al menos uno de los documentos informativos que están editados, sin embargo en las clínicas estomatológicas, no hay disponible ninguno de ellos.

El Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA constituye el documento rector que norma todas las actividades que deben realizarse en el SAA, de ahí que sea necesario que todas las instituciones que tienen a su cargo la atención de estos pacientes al menos cuenten con un ejemplar, sin embargo se constató que ninguna clínica estomatológica lo tiene y que solo el 64,4% de los consultorios lo pudieron mostrar en la visita realizada.

El documento también se encuentra disponible en Infomed, red telemática de salud de Cuba, a la que tienen acceso todas las instituciones de salud del país, por lo que no hay razón para no tenerlo en estas áreas de salud, lo que demuestra la falta de interés de los profesionales involucrados y la falta de gestión de la dirección de dichas instituciones.

En las visitas realizadas a los consultorios y clínicas estomatológicas para observar la disponibilidad de materiales desechables, se constató que la cantidad de guantes y material de curaciones no está en correspondencia con las necesidades de atención, al igual que las jeringuillas desechables. En las clínicas estomatológicas aunque estaban disponibles los sets de instrumentales y los nasobucos, manifiestan los odontólogos que en ocasiones se dificultan los guantes. Además hay clínicas (Santa Catalina, Hermanos Gómez y la Dependiente) que tienen problemas estructurales y de equipamiento, elementos que influyen en la atención integral a los pacientes.

A nivel municipal se observa en dicha tabla que la disponibilidad de materiales de uso médico y odontológico es menor del 40% y que todas las áreas de salud están por debajo del estándar considerado satisfactorio.

La *capacitación de los recursos humanos* es un elemento indispensable para su buen desempeño, por lo que dentro de la estructura con que cuenta el SAA para PVVIH-SIDA se consideraron los adiestramientos recibidos por los profesionales y la capacitación que tienen para el manejo de estos pacientes. Para evaluar estos criterios se trabajó con la muestra calculada para el estudio integrada por 73 médicos, 73 enfermeras y 89 odontólogos, a los cuales se les aplicó un cuestionario y los resultados aparecen reflejados en la **tabla 4** donde aparece la distribución porcentual de los médicos, enfermeras y odontólogos que recibieron adiestramientos en las diferentes áreas de salud.

Tabla 4

Profesionales adiestrados en manejo PVVIH según área de salud

Áreas de salud	Profesionales adiestrados (%)		
	Médicos	Enfermeras	Odontólogo
Lawton	75.0	87.7	60.0
Luyanó	71.4	100.0	45.4
Luís Pasteur	78.0	89.0	46.1
Turcios Limas	73.5	87.7	66.6
Raúl Gómez García	71,4	93.0	5.4
Puente Uceda	70.0	82.0	60.0
30 de Noviembre	88.8	87.5	58.3
14 de Junio	87.5	87.5	66.6
Total	78.1	90.4	53.0

De manera general en el municipio las enfermeras recibieron más adiestramientos mediante cursos, talleres y seminarios que el resto de los profesionales que formaron

parte de la muestra, observándose que solo el personal de enfermería alcanzó el estándar considerado como satisfactorio, aunque esto fue a expensa de las áreas de salud Luyanó

y Raúl Gómez García, pues las demás estuvieron por debajo del 90%. Llama la atención que las cifras alcanzadas por los médicos y los odontólogos son bajas, lo que demuestra que aún hay falta de sensibilización de los profesionales con las acciones que se deben realizar con estos pacientes en las áreas de promoción y prevención de la salud.

El hecho de que el personal de salud que trabaja en la atención de estos pacientes no reciba los adiestramientos que se ofrecen en el municipio explica que en ocasiones ellos desconozcan acciones que se deben realizar y que muestren actitudes que estigmatizan y discriminan a los pacientes como se observará en los criterios que se utilizaron para evaluar el proceso de atención.

Al interrogar a los odontólogos sobre esta situación se aprecia que muchos de ellos tienen conceptos distorsionados sobre la forma en que deben ser atendidos estos pacientes, pues alegan que deben estar en régimen sanatorial para ser atendidos y minimizar el riesgo para el personal sanitario. Estas opiniones son una evidencia de la mala información que tienen y la necesidad de su adiestramiento.

En cuanto a la capacitación de los médicos se observa en la **tabla 5** que de de los 10 aspectos básicos que deben conocer para el manejo de las personas que están acogidos al SAA, que se incluyeron en el cuestionario aplicado, sólo en la pregunta que explora el grupo dispensarial en que se deben incluir los enfermos de SIDA, el 90% de los 73 médicos a los que se les aplicó el cuestionario respondieron correctamente. En el resto de las preguntas los porcentajes de respuestas correctas fueron muy bajos, lo que denota una mala capacitación de los médicos para la atención a las PVVIH.

Tabla 5

Respuestas correctas de médicos encuestados según aspectos básicos del manejo de PVVIH-SIDA

Aspectos básicos del manejo del PVVIH-SIDA	Respuestas Correctas	
	No.	%
Requisitos que debe cumplir un paciente VIH/SIDA para acogerse al SAA	48	63.0
Grupo dispensarial de los pacientes seropositivos de VIH	18	24.7
Grupo dispensarial de los enfermos de SIDA	66	90.4
Indicaciones a realizar a los contactos estables de pacientes VIH/SIDA.	8	11.6
Frecuencia de consultas y/o visitas de terreno	26	35.0
Aspectos a controlar en visita de terreno al paciente de VIH/SIDA	59	80.8
Conducta ante una emergencia médico quirúrgica con un paciente VIH/SIDA	37	50.7
Medidas de bioseguridad universales básicas ante una emergencia médico quirúrgica en PVVIH-SIDA	9	12.3
Conducta ante hospitalización de paciente con SIDA bajo su control.	63	86.3
Medidas ante herida durante atención a PVVIH/SIDA	60	82.4

Hay aspectos en que los porcentajes de respuestas correctas fueron muy bajos, situación que es preocupante, pues es una muestra que se desconocen aspectos tan importantes como las medidas de bioseguridad ante una emergencia médico quirúrgica de PVVIH-SIDA, las Indicaciones a realizar a los contactos estables de pacientes VIH/SIDA y el Grupo dispensarial de los pacientes seropositivos de VIH. Estos resultados pueden

deberse a la poca participación de los profesionales en los adiestramientos que se realizan en el municipio.

Al calificar los cuestionarios de los médicos encuestados se comprobó que 16 obtuvieron calificación de excelente, 10 bien y 20 regular, lo que significa que 46 médicos fueron aprobados de 73 a los que se les aplicó, para un 63%.

Los resultados de la capacitación de las enfermeras y los odontólogos sobre el manejo de las personas que están acogidos al SAA aparece reflejado en la **tabla 6**, donde se observa que a las primeras se les exploraron 2 aspectos y a los segundos se le exploraron 3 y en ambos grupos de profesionales los que contestaron correctamente representan porcentos muy bajos. Puede señalarse que de modo general los profesionales que trabajan en el SAA del municipio 10 de Octubre están mal capacitados en el manejo de las PVVIH-SIDA.

Tabla 6

Respuestas correctas de enfermeras y odontólogos encuestados según aspectos básicos del manejo de PVVIH-SIDA

Aspectos básicos del manejo del PVVIH-SIDA	Respuestas Correctas			
	Enfermeras		Odontólogos	
	No	%	No	%
Medidas de bioseguridad ante una emergencia médico quirúrgica en PVVIH	40	54.8	40	44.9
Acciones después de utilizar la fresa airtor si no ocurren accidente	-	-	21	23.6
Acciones después de atender PVVIH/SIDA si no ocurrió accidente	40	54.8	12	13.5

La calificación de las enfermeras fue: 5 obtuvieron excelente, 15 bien, 22 regular y 31 mal, lo que representa que el 42,4% tienen conocimientos inadecuados sobre el manejo de estos pacientes. Es significativo que el personal de enfermería haya sido el grupo de profesionales que más adiestramiento recibió y sin embargo los resultados del cuestionario aplicado hayan sido tan bajos.

En el caso de los odontólogos la calificación obtenida fue: 9 fueron calificados de bien, 11 regular y 69 mal, lo que representa que 77,5% no tiene la capacitación que se necesita para un adecuado manejo de estos pacientes.

De forma general **la Estructura** se considera evaluada como **No adecuada** pues no se alcanzó el 100% de cobertura de recursos humanos y se incumplió con el 90% en algunos de los criterios restantes. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en el país^{42,43,44} donde esta dimensión también resultó evaluada como no adecuada.

⁴² Malagón Y. Evaluación del sistema de atención ambulatorio del paciente VIH/SIDA en la atención primaria de salud. Municipio Pinar del Río. 2003[Trabajo para optar por Título de Especialista de Higiene y Epidemiología].ENSAP; 2004.

⁴³ Álvarez Z. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria para portadores del VIH y Enfermos de SIDA en el Policlínico mártires del Corynthia, Municipio Plaza. 2004 Trabajo para optar por Título de Master en Salud Pública. ENSAP; 2005

⁴⁴ ENSAP. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria de pacientes con VIH/SIDA en atención primaria y secundaria de salud. Enero-Mayo 2004. Trabajo de terminación del módulo de evaluación de programas y servicios Ciudad de la Habana, 2004.

Análisis del proceso de atención a PVVIH-SIDA.

La evaluación del proceso de atención en salud, según Donabedian reúne información sobre el funcionamiento de la prestación que brindan los profesionales sanitarios y la interacción de las actividades de apoyo diagnóstico, lo que obliga al evaluador a conocer los mecanismos de funcionamiento de los servicios, soportes administrativos y en especial a los cuidados de la atención médica, reflejado en las interacciones entre los profesionales y sus pacientes.

Teniendo en cuenta los aspectos fundamentales que encierra esta definición, en el presente estudio se consideraron varios criterios evaluativos que a juicio de la autora, permitieron valorar la calidad de las actividades que se desarrollaron con las PVVIH-SIDA en el municipio 10 de Octubre durante el año 2006.

Como se aprecia en la **tabla 7**, de los criterios evaluados solo 3 se cumplieron satisfactoriamente a pesar de que todos son fundamentales para brindarles una adecuada atención a estos pacientes, pues se refieren a la dispensarización, visitas de terreno y a pacientes controlados por complementarios.

Para analizar el comportamiento de cada uno de los criterios que se utilizaron para evaluar el proceso de atención se trabajó con los pacientes que formaron parte de la muestra seleccionada. A continuación se analizan de manera individual.

Tabla 7
Cumplimiento de los indicadores de proceso según estándares

Indicador	Resultado	Estándar	Evaluación
Dispensarización de los pacientes seropositivos	54.0	100	Insatisfactorio
Dispensarización de pacientes con SIDA	92.7	100	Insatisfactorio
Cumplimiento de consultas programadas	100.0	100	Satisfactorio
Visitas de terreno correctas Vs. programadas	80.0	100	Insatisfactorio
PVVIH-SIDA controlados por complementarios	83.8	100	Insatisfactorio
PVVIH-SIDA interconsultados con otros especialistas.	100.0	≥1 X paciente	Satisfactorio
Registro del tratamiento antirretroviral en las H C	100.0	100	Satisfactorio

En la **tabla 8** se observa el porcentaje de pacientes seropositivos *dispensarizados* por áreas de salud, observándose que de 63 pacientes que forman parte de la muestra que se debían dispensarizar, solo estaban registrados adecuadamente el 54.0% de los casos, no cumpliéndose este criterio en ninguna de las áreas de salud.

Este criterio es de gran importancia debido a que a partir del grupo dispensarial en que estén clasificados los pacientes se les programan las actividades que están previstas en el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, de ahí que si la dispensarización está mal realizada no hay seguridad de que haya un estricto control sobre los mismos.

En cuanto a los casos de SIDA, tampoco se alcanzó el criterio fijado, hay cuatro áreas que no cumplen con el estándar establecido que son Luís Pasteur, Raúl Gómez García, Puente Uceda y 30 de Noviembre.

Tabla 8
PVVIH/SIDA dispensarizados correctamente según áreas de salud.

Áreas de salud	Dispensarización					
	Seropositivos dispensarizados			Casos SIDA dispensarizados		
	(1)	(2)	%	(3)	(4)	%
Lawton	10	7	70.0	2	2	100.0
Luyanó	4	2	50.0	4	4	100.0
Luís Pasteur	6	5	83.3	8	7	87.5
Turcios Limas	6	4	66.6	3	3	100.0
Raúl Gómez García	11	8	72.7	13	12	92.3
Puente Uceda	15	2	13,3	7	5	71.4
30 de Noviembre	4	2	50,0	7	6	85.7
14 de Junio	7	4	57.0	11	11	100.0
Total	63	34	54.0	55	50	91.0

(1) Total de pacientes seropositivos dispensarizados en cada área de salud.

(2) Pacientes seropositivos dispensarizados correctamente en cada área de salud

(3) Total de pacientes casos SIDA dispensarizados en cada área de salud.

(4) Pacientes casos SIDA dispensarizados correctamente en cada área de salud

En las fichas revisadas, todos los pacientes estuvieron dispensarizados dentro de algún grupo, pero las dificultades encontradas estuvieron a expensas de la dispensarización de pacientes seropositivos en el grupo II.

Según norma el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH-SIDA, una vez que se diagnostica un caso el vicedirector de higiene y epidemiología del área de salud o el epidemiólogo municipal y en su defecto, el responsable del programa en la provincia, deben comunicárselo al médico de la familia, quien debe tener registrados al 100% de los casos. Las personas que son seropositivos al VIH se incluyen en el (Grupo II) y los enfermos de SIDA dentro del grupo III.⁴⁵

En Cuba la evolución de la medicina familiar ha permitido realizar un enfoque más integral a la salud desde el primer nivel de atención y dentro de ello la dispensarización se ha perfeccionado como instrumento en la gestión sanitaria. No obstante aún la dispensarización no se desarrolla como un proceso continuo que comprende además del registro, la evaluación periódica de la salud de los individuos y la familia,⁴⁶ de ahí la importancia de tener adecuadamente clasificados a los pacientes seropositivos y enfermos de SIDA para darle una atención médica en correspondencia con su problema de salud. No existe ninguna justificación para el incumplimiento de estos criterios, pues

⁴⁵ Ortigas I, Jerez L. Pautas para el manejo de la infección por VIH/SIDA. Lazo Adentro.2007

⁴⁶ MINSAP. Carpeta Metodológica de la atención primaria de Salud. Citado 29/5/06
Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6102/san11102.htm>

está bien reflejado en el Programa y forma parte del quehacer diario del equipo básico de salud.

En un estudio realizado en el municipio Habana Vieja y en la provincia de Pinar del Río, citados anteriormente, se obtuvieron resultados similares en este criterio.

En el caso de las *consultas*, los 63 pacientes seropositivos fueron atendidos en cada trimestre según norma el programa y los 55 casos de SIDA se vieron mensualmente, por lo que para ambos el cumplimiento fue de un 100%.

En la provincia de Ciudad de la Habana se crearon en el año 2006 las consultas de infectología, con personal capacitado y calificado. Estas consultas tienen el objetivo de descentralizar la atención de los PVVIH/SIDA.

En el municipio 10 de Octubre existe dicha consulta con tres frecuencias semanales donde se les brinda atención a los pacientes que se encuentra en el SAA. En la primera consulta se le realiza el examen físico, se le indican los complementarios, se le programan los CD4 y la Carga Viral y a partir de ese momento se lleva el control de aquellos que tiene tratamiento con medicamentos antirretrovirales.

Las *interconsultas* son efectuadas en dependencia de las necesidades de los pacientes y al revisar las historias clínicas de los casos que formaron parte de la muestra, se encontró que cada uno tiene al menos una interconsulta registrada en el año 2006, por lo que se consideró este criterio cumplido satisfactoriamente.

Sobre las *visitas de terreno*, el programa nacional establece que se realicen en la vivienda del seropositivo y enfermo de SIDA y que en el caso de los primeros se efectúe con una periodicidad trimestral y en los segundos, bimensuales. Esta periodicidad puede variar de acuerdo con el estado del paciente y el criterio médico. En las mismas se debe verificar el estado de salud física y psíquica del paciente, así como los requisitos del sistema de atención ambulatorio: ser responsable de su salud y la de los demás.

Al revisar las historias clínicas de los pacientes estudiados se encontró que en todos los casos el número de visitas estaba por encima de la cantidad que establece el programa y a los enfermos de SIDA en lugar de realizárseles bimensual se le hicieron mensualmente. Este resultado pudiera interpretarse como satisfactorio si se tratara del análisis de cifras, pero debe tenerse en cuenta que estas visitas deben realizarse con el consentimiento de los pacientes y por tanto, estar ajustadas a la necesidad. Otro elemento de importancia es que en las historias clínicas aparece reflejado que fueron realizadas por las enfermeras y no por el equipo de salud que debe valorar integralmente al paciente en su medio familiar, además de verificar si cumple los requisitos que lo mantienen en el SAA.

Cuando se analizaron integralmente las visitas de terreno realizadas, solo el 80% de los pacientes recibieron a los miembros del equipo de salud y se cumplió con los aspectos que están normadas para las mismas, de ahí que el criterio fuera considera como insatisfactorio.

Otro criterio que se tuvo en cuenta fue si los pacientes incorporados al sistema tenían reflejados en sus historias clínicas *los complementarios*.

Tabla 9
Pacientes con complementarios registrados en HCL según áreas de salud.

Áreas de salud	Pacientes con complementarios		
	Indicados	En HCL	%
Lawton	12	9	75.0
Luyano	8	6	75.0
Luís Pasteur	14	12	85.7
Turcios Limas	9	9	100.0
Raúl Gómez García	24	20	83.3
Puente Uceda	22	18	81.8
30 de Noviembre	11	10	90.9
14 de Junio	18	16	88.8
Total	118	99	83.8

Como aparece en la **tabla 9**, se encontró que sólo el 83.8% de los mismos los tenían reflejados, aspecto que denota una inadecuada atención a estas personas que padecen una enfermedad que por sus características es propensa a generar complicaciones.

Cuando se analiza el comportamiento por áreas de salud se aprecia que solamente Turcios Limas cumplió en un 100% este criterio, mientras que otras como Lawton y Luyano tienen una situación que pudiera considerarse crítica.

Al indagar sobre los motivos de este hallazgo algunos médicos explicaron que aunque los complementarios no aparecen reflejados en las historias clínicas, sí se les realizaron. No obstante se considera una deficiencia del SAA porque aunque chequeen su realización es muy importante que se registren en la historia clínica que es el documento acreditativo de que fueron indicados y realizados, además de que pueden extraviarse. Otro elemento importante es que son necesarios para valorar y conocer si han ocurrido cambios en el estado de salud de los pacientes.

Por último, en el análisis efectuado del proceso de atención se obtuvo que de los 55 pacientes enfermos de SIDA en el municipio 10 de Octubre que llevan *tratamiento con medicamentos antirretrovirales*, en el 100% de las historias clínicas aparece registrado el tipo de medicamento y su esquema de cumplimiento, de ahí que el criterio haya sido evaluado como satisfactorio.

Los pacientes que tienen tratamientos antirretrovirales expresaron que desde inicio del año 2006 las enfermeras los visitan semanalmente y con el consentimiento de ellos se entrevistan con sus familiares para conocer si cumplen con el tratamiento.

De manera general se considera que **el proceso de atención fue No Adecuado**, pues no se cumplieron algunos estándares, como fueron el control en visitas de terreno de los pacientes seropositivos y enfermos SIDA (por la calidad con que se efectuaron), la dispensarización y los complementarios. Además el cumplimiento de los restantes criterios no alcanzó el 90%.

Análisis de los resultados del SAA.

Cuando Donabedian conceptualiza la dimensión resultado señala que en la misma se evalúa lo referido al mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, complicaciones de la enfermedad, invalidez o muerte y como contrapartida la satisfacción del usuario y el proveedor de la atención. Además refiere que es el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente atribuible a la atención médica.

En la evaluación realizada en el municipio 10 de Octubre sobre los resultados del SAA, se tuvieron en cuenta 14 criterios, de ellos dos están relacionados con indicadores del programa de prevención y control de VIH/SIDA que son los que muestran los logros o deficiencias del sistema en términos de salud, cinco se refieren a la satisfacción de los usuarios, uno a la satisfacción de los proveedores y seis son sobre el cumplimiento de actividades propias del SAA.

En la **tabla 10** se aprecia que todos esos criterios que se evaluaron, sólo 6 cumplieron con el estándar establecido (uno pertenece a los indicadores del programa, uno es de satisfacción de usuarios y tres son de actividades cumplidas del sistema).

Tabla 10
Cumplimiento de los indicadores de resultados según estándar establecido

Indicadores	Resultado %	Estándar	Evaluación
Incidencia de ITS* en PVVIH/SIDA incorporados al SAA.	7.0	0	Insatisfactorio
Infección de nuevos casos a partir de los PVVIH/SIDA incorporados al SAA.	7.7	0	Insatisfactorio
PVVIH/SIDA que salieron del SAA por voluntad propia.	3.3	≤ 4 %	Satisfactorio
PVVIH/SIDA que salieron del SAA porque le fue retirada la condición.	2.1	0	Insatisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA satisfechos con la atención del médico de la familia	73.0	≥ 90%	Insatisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA satisfechos con la atención de la enfermera	77.1	≥ 90%	Insatisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA satisfechos con la atención del odontólogo.	78.2	≥ 90%	Insatisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA satisfechos con la atención hospitalaria	87.3	≥ 80%	Satisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA satisfechos con los beneficios del SAA	93.0	≥ 90%	Satisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA que tienen vínculo laboral	60.1	40%	Satisfactorio
PVVIH/SIDA incorporados al SAA que conviven con otras personas	85.5	40%	Satisfactorio
PVVIH/SIDA que mantienen buenas relaciones sociales.	93.2	60%	Satisfactorio
PVVIH/SIDA que han asistido a las actividades educativas que se brindan como parte del SAA.	80.5	≤ 90 %	Insatisfactorio
Prestadores satisfechos con el SAA	76.1	≥ 90%	Insatisfactorio

A continuación se muestra la situación de cada uno de los criterios por áreas de salud de forma individual.

Tabla 11
Incidencia de ITS y casos nuevos a partir de PVVIH incorporado al SAA según
área de salud

Área de salud	PVVIH en SAA				
	Total	ITS		Caso Nuevos	
		No	%	No.	%
Lawton	31	3	9.6	1	3.2
Luyanó	19	2	10.5	2	10.5
Luís Pasteur	34	-	-	7	20.5
Turcios Limas	22	3	13.6	-	-
Raúl Gómez García	61	8	13.1	3	4.0
Puente Uceda	55	-	-	3	5.4
30 de Noviembre	29	3	10,3	4	13.7
14 de Junio	46	-	-	3	6.5
Total	297	21	7.0	23	7.7

En la **tabla 11** se observa que el 7.0% de las PVVIH del municipio 10 de Octubre incorporados al SAA adquirieron en el año 2006 una ITS, los cuales pertenecen a 5 de las 8 áreas de salud del territorio, con poca variación entre las mismas. El estándar fijado para este criterio es cero pues para que se considere que el SAA tiene una calidad adecuada, ninguno de sus pacientes debe contraer una infección de este tipo. Estos resultados son similares a los de estudios citados en el transcurso de este trabajo (Habana Vieja¹ y Municipio Plaza de la Revolución).

Es evidente que existen dificultades con el aprendizaje y la conducta de estas personas seropositivas o enfermas, pues una vez diagnosticadas asisten al curso de aprendiendo a vivir con VIH/SIDA, como parte del programa de atención, donde reciben capacitación sobre: como convivir con la enfermedad, tener una sexualidad responsable y el cuidado de su salud y de las otras personas. Además son evaluadas integralmente por una comisión provincial y se educan para reintegrarse a la sociedad sin que constituyan un riesgo para los demás. Este resultado puede considerarse un fallo del SAA.

Con respecto a los *casos nuevos que se produjeron a partir de pacientes incorporados al SAA*, el reporte es de 23 casos, observándose que el área "Turcios Lima" es la única que cumplió el estándar establecido porque no se infectaron otras personas. Mediante la encuesta epidemiológica se constató que los casos nuevos que se diagnosticaron eran contactos en estudios de estos pacientes, por lo que se infiere que debían estar protegidos, no obstante esta situación muestra que en el municipio hay serios problemas para el control de la enfermedad, ya que a los profesionales del SAA les es difícil intervenir para evitar esta situación si las PVVIH violan las normas de seguridad que deben tener a partir de la información que reciben.

Cuando el equipo básico de trabajo sospecha que un paciente no está realizando el sexo seguro ni tiene estabilidad de pareja, debe solicitar la evaluación del caso por la comisión multidisciplinaria municipal, por lo que la aparición de nuevos casos a partir de los pacientes del SAA representa un fallo del sistema.

Respecto a la *salida del SAA por voluntad propia*, en el municipio dos pacientes lo abandonaron, uno de ellos pertenece al área de "Lawton" y otro al "30 de Noviembre", ambos refirieron que tuvieron problemas económicos y familiares.

Ambos pacientes están acogidos al sistema de asistencia y seguridad social, por lo que no trabajan y no desean hacerlo, por lo que su situación se agudiza. Si los pacientes tienen un estado de salud favorable que le permita incorporarse laboralmente, se deben motivar para que puedan ocuparse de algo útil y mejorar su situación económica.

El estado cubano protege a los pacientes VIH/SIDA que permanecen en el SAA, garantizándoles una serie de condiciones como la dieta, medicamentos gratuitos, atención médica priorizada, de manera que el paciente tenga cubiertas las necesidades esenciales, aún así existen casos donde la situación económica y la familiar no es favorable para el paciente y considera que en el sanatorio puede estar mejor. En estos casos el paciente puede decidir si prefiere recibir atención sanatorial en lugar de ambulatoria.⁴⁷

Otro de los criterios para evaluar los resultados es la *permanencia de los pacientes en el SAA*. Es muy importante la evaluación cuidadosa de la comisión multidisciplinaria provincial cuando los pacientes son diagnosticados.

En el municipio le fue retirada la permanencia a un paciente del área "14 de Junio" que fue sancionado por cometer un delito de robo con fuerza. Este caso era una persona que tenía antecedentes delictivos.

Si se conoce de antemano que una persona tiene una conducta social inadecuada y constituye un riesgo y se decide por la comisión otorgarle el SAA, debe ser seguido muy de cerca por el médico y enfermera de la familia, la comisión de prevención del área y por la comisión multidisciplinaria municipal, para evitar que se convierta en un peligro para la comunidad

Otro criterio evaluado fue la *satisfacción que tuvieron los pacientes incorporados al SAA* con la atención brindada por el personal de salud. Según la información que muestra la **tabla 12**, los pacientes totalmente satisfechos con la atención médica representan el 73% del total de paciente encuestados, los parcialmente satisfechos el 9.0% y el 18.0% están insatisfechos, por lo que no se cumple con el estándar fijado que es de un 90% o más.

Los mayores porcentajes de pacientes satisfechos estuvieron en las áreas de Turcios Limas, Luyanó y Luís Pasteur., mientras que el área de Lawton y Puente Uceda son las que más pacientes parcialmente satisfechos e insatisfechos tienen.

De modo general esta situación puede deberse a que en las áreas donde menos satisfacción hay es donde más inestabilidad de médicos de los consultorios ha habido. Hay áreas como Luís de la Puente Uceda donde los consultorios están ubicados distantes de la población, porque están en los perímetros del área de salud y eso causa malestar en los pacientes.

⁴⁷ Cachón L, Álvarez A, Pesant O. Conserjería en ITS y VIH/SIDA. Información básica. Ciudad de la Habana. 2004.

Tabla 12

Satisfacción de PVVIH encuestadas con la atención médica según áreas de salud

Áreas de salud	Pacientes encuestados						
	Total	Satisfechos		Parcialmente satisfechos		Insatisfechos	
		No	%	No	%	No	%
Lawton	12	6	50.0	2	16,6	4	33.3
Luyanó	8	7	87.5	-	-	1	12.5
Luís Pasteur	14	12	86.0	2	14.0	-	-
Turcios Limas	9	8	89.0	1	11.0	-	-
Raúl Gómez G	24	18	75.0	2	8.3	4	16.6
Puente Uceda	22	13	59.0	3	13.6	6	27.2
30 de Noviembre	11	8	73.0	-	-	3	27.2
14 de Junio	18	14	78.0	1	5.0	3	17.0
Total	118	86	73.0	11	9.0	21	18.0

Un gran porcentaje de paciente plantearon como causas de las insatisfacciones que los médicos no los visitan y que no les interesan sus problemas de salud. Otros señalaron la inestabilidad de los médicos en los consultorios, pues los cambian con frecuencia.

Los resultados se corresponden con los que reporta en otros estudios realizados en el país como los de Habana Vieja, Plaza de la Revolución y Pinar del Río.

Tabla 13

Satisfacción de PVVIH encuestadas con la atención de enfermería según áreas de salud

Áreas de salud	Pacientes encuestados						
	Total	Satisfechos		Parcialmente satisfechos		Insatisfechos	
		No	%	No	%	No	%
Lawton	12	6	50.0	1	8.3	5	41.6
Luyanó	8	7	87.5	1	12.5	-	-
Luís Pasteur	14	14	100.0	-	-	-	-
Turcios Limas	9	9	100.0	-	-	-	-
Raúl Gómez G	24	19	79.1	2	8.3	3	12.5
Puente Uceda	22	13	59.0	3	14.0	6	27.0
30 de Noviembre	11	8	73.0	1	9.0	2	18.0
14 de Junio	18	15	83.3	1	5.5	2	11.1
Total	118	91	77.1	9	7.6	18	15.2

La satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería se presenta en la **tabla 13**, con un 77,1% de pacientes satisfechos, un 7,6% parcialmente satisfechos y el 15,2% insatisfechos. Las áreas de salud Turcios Limas y Luis Pasteur tienen el 100% de sus pacientes totalmente satisfechos con la atención de enfermería.

Es importante señalar que el papel tanto de la enfermera como de los médicos en la Atención Primaria de Salud tiene gran importancia para el éxito del SAA. Los PVVIH reconocen la labor social del personal de enfermería y en especial de las enfermeras encuestadoras.

Al indagar sobre las causas de las insatisfacciones con la labor de enfermería varios pacientes señalaron que las enfermeras no los visitan y que a muchas no les interesa su problema de salud. Refieren también que algunas de ellas en ocasiones alegan que no tienen materiales estériles ni guantes cuando ellos acuden a curarse heridas o a inyectarse.

A pesar de que se reportan insatisfacciones con las enfermeras, los pacientes manifiestan más conformidad con ellas que con los médicos, lo que pudiera estar relacionado con la cantidad de años que las mismas llevan vinculadas a este tipo de actividad, además que por su labor tienen más contactos con ellos.

En la **tabla 14** se presenta el porcentaje de pacientes satisfechos con el servicio de odontología. La única área de salud que tuvo el 100% de pacientes satisfechos es Luis Pasteur, el resto de las áreas están por debajo del estándar fijado. Hubo 17 pacientes que no se encuestaron pues refirieron no haberse tratado con ningún odontólogo, por lo que no emitieron opinión al respecto.

Los pacientes manifiestan que los odontólogos refieren escasez de material o evaden su atención cuando conocen su estado serológico y si lo hacen es con miedo, por lo que ellos prefieren ocultar su estado para ser atendidos como el resto de la población. Esta situación es inadecuada e inaceptable, lo que evidencia la falta de conocimiento que tienen sobre la enfermedad y la necesidad de incrementar la labor educativa a nivel municipal.

Tabla 14
Satisfacción de PVVIH encuestadas con la atención de odontología según áreas de salud.

Áreas de salud	Pacientes encuestados						
	Total	Satisfechos		Parcialmente satisfechos		Insatisfechos	
		No	%	No	%	No	%
Lawton	12	7	58.3	2	16.6	3	25.0
Luyanó	6	4	66.6	1	16.6	1	16.6
Luis Pasteur	9	9	100.0	-	-	-	-
Turcios Limas	9	8	88.8	1	11.1	-	-
Raúl Gómez G	22	15	68.1	5	22.7	2	9.0
Puente Uceda	21	18	85.7	1	4.7	2	9.5
30 de Noviembre	9	8	88.8	1	11.1	-	-
14 de Junio	13	10	77.0	2	15.3	1	7.6
Total	101	79	78.2	13	12.8	9	8.9

Esta situación puede deberse a la falta de capacitación de los odontólogos en cuanto al manejo de pacientes con SIDA, lo que les puede generar temores, ya que muchos tienen la concepción de que requieren de un set especial y en realidad no es necesario, pues el virus muere fácilmente con técnicas sencillas de limpieza y desinfección.

Es de destacar que las áreas Luis Pasteur y Turcios Limas son las que mayores porcentajes de pacientes satisfechos tienen con la atención médica, de enfermería y odontológica, al igual que en el cumplimiento de otros criterios que fueron evaluados sobre el trabajo que se realiza con PVVIH que se encuentran incorporados al SAA.

Las PVVIH son atendidas sistemáticamente por el Instituto Pedro Kouri, pero hay ocasiones en que se ven necesitados de acudir a otros centros de atención secundaria, por lo que este fue un criterio que se tuvo en cuenta para evaluar el SAA aunque estas instituciones no pertenezcan al municipio en estudio. La razón por la que se determinó incluir este criterio es porque los profesionales que trabajan para este sistema de atención deben conocer cuáles son las situaciones que generan conflictos para las PVVIH y poder contribuir a su solución.

En la **tabla 15** se muestra la satisfacción de los PVVIH con los servicios hospitalarios según áreas de salud y se aprecia que la única que incumplió el standard fijado es "Turcios Lima", aunque en las demás hay pacientes insatisfechos y medianamente satisfechos.

Tabla 15

Satisfacción de PVVIH encuestadas con la atención hospitalaria según áreas de salud.

Áreas de salud	Pacientes encuestados						
	Total	Satisfechos		Parcialmente satisfechos		Insatisfechos	
		No	%	No	%	No	%
Lawton	9	8	88.8	1	11.1	-	-
Luyanó	8	8	100.0	-	-	-	-
Luis Pasteur	14	13	93.00	1	7.0	-	-
Turcios Limas	7	5	71.4	2	28.5	-	-
Raúl Gómez G	23	19	82.6	3	13.0	1	4.3
Puente Uceda	21	18	85.7	1		2	9.5
30 de Noviembre	11	10	91.0	-	-	1	9.0
14 de Junio	18	16	89.0	1	5.5	1	5.5
Total	111	97	87.3	9	8.1	5	4.5

Nota: Existen 7 pacientes que no han necesitado de los servicios hospitalarios, 3 del área de Lawton, 2 de Turcios Lima, 1 de Raúl Gómez, y 1 de Puente Uceda

Dentro del área hospitalaria, los pacientes manifiestan estar insatisfechos con la atención del cuerpo de guardia, que cuando expresan su condición serológica evaden su atención o alegan que hay escasez de material. Aunque en ocasiones los recursos materiales escasean, el país ha realizado innumerables esfuerzos en los últimos años por mejorar la atención, sobre todo a nivel de los cuerpos de guardia, por lo que no se justifica que en los mismos no pueda ser atendido un paciente VIH/SIDA.

La satisfacción del paciente es un resultado de valor incuestionable, ya que es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover, además contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectiva. Por otra parte, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados⁴⁸.

En relación con *los beneficios que aporta a los pacientes la incorporación al SAA*, según se muestra en la **tabla 16**, la mayoría opina que es beneficioso.

Del total de pacientes encuestados el 93 % refirieron estar satisfechos con los beneficios del sistema de atención ambulatoria. Todas las áreas de salud alcanzaron el estándar propuesto, excepto Luyanó y Puente Uceda.

De los pacientes que se encuentran insatisfechos el 50% expresa que el sistema no les brinda beneficios porque no les resuelve sus problemas personales (adquirir una vivienda o un artículo electrodoméstico) y el resto porque no reciben el refuerzo de la canasta básica (adquirir la dieta) debido a que tienen temor de que se identifique su condición de seropositivo o enfermo de SIDA por los empleados de comercio de su zona de residencia y que se divulgue en su comunidad.

Tabla 16

Opinión de PVVIH encuestados sobre beneficios del SAA según áreas de salud

Áreas de salud	PVVIH encuestados sobre SAA				
	Total	Si beneficia		No beneficia	
		No	%	No	%
Lawton	12	12	100.0	-	-
Luyanó	8	7	87.5	1	14.2
Luís Pasteur	14	13	93.0	1	7.0
Turcios Limas	9	9	100.0	-	-
Raúl Gómez García	24	23	96.0	1	4.0
Puente Uceda	22	18	82.0	4	18.0
30 de Noviembre	11	10	91.0	1	9.0
14 de Junio	18	18	100.0	-	-
Total	118	110	93.2	8	7.0

Con el sistema de atención ambulatoria el paciente puede vivir en su entorno familiar y laboral, con atención médica especializada, se le ofrece medicamentos gratuitos, dieta suplementaria, asistencia social si es necesario y una integración completa a la vida social, unido a los aspectos anteriores se le incorpora el componente educativo dirigido a

⁴⁸ Ramírez M, Rodríguez D, Landrove O, Santfín M, Valdivia C, Serrano C. Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención médica en las enfermedades no trasmisibles. Rev. Cub. Higiene y Epidemiología 2001; 39(3):157-63.

promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables, darle herramientas para convivir con seguridad, ser tratado con dignidad y sin discriminación.

En el SAA existen los Equipos de Ayuda Mutua (EAM) que son pequeños grupos formados por personas afectadas que se reúnen con la finalidad de compartir vivencia de cada uno de sus miembros en un ámbito de confianza, confiabilidad y camarería, se estimula la autoayuda tanto individual como colectiva, permite superar el aislamiento y conocer a otras personas con igual condiciones de salud.⁴⁹

De la totalidad de pacientes acogidos al SAA que fueron encuestados hay 71 que mantienen su vínculo laboral, lo que representa un 60%, por lo que se cumple con el estándar fijado para este criterio, al igual que con la convivencia con otras personas y las relaciones sociales de este grupo de personas. En el momento de evaluar el SAA es importante tener en cuenta estos aspectos, toda vez que el sistema de salud debe velar porque las PVVIH tengan una inserción familiar, laboral y social adecuada. Como parte del programa de trabajo que lleva a cabo el SAA también están las actividades educativas que se desarrollan con los pacientes que pertenecen al mismo, sin embargo como se aprecia en la tabla 10 este criterio fue incumplido, pues sólo el 80% de los pacientes encuestados declararon haber recibido preparación mediante actividades educativas, contra un estándar de 90%.

Al evaluar la satisfacción de los prestadores de servicios en el SAA se obtuvo por medio de un cuestionario aplicado que sólo el 76% de los mismos estaban satisfechos, alegando algunos que se les dificultaba el trabajo en ocasiones por falta de recursos materiales y por malas condiciones estructurales de las instituciones. Otros manifiestan que este trabajo con las PVVIH es muy difícil por las características que tiene la enfermedad y el riesgo que representa.

De forma general **la dimensión Resultados** fue evaluada como **No Adecuada**, pues se incumplió con el estándar de incidencia de ITS en los pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA y la infección de nuevos casos a partir de pacientes VIH/SIDA, así como con la satisfacción de los pacientes seropositivo y enfermo SIDA y menos del 90% de los restantes criterios

Para analizar el cumplimiento de los criterios evaluativos de la Estructura, el Proceso y los Resultados por áreas de salud, se muestra la **tabla 17**.

De 37 criterios que se evaluaron en total por cada área de salud correspondiente a las tres dimensiones, "Turcios Limas" es la que alcanzó el cumplimiento más alto y fue solo de un 50%, lo que quiere decir que todas las demás fueron muy bajas.

⁴⁹Cancio E I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez V J. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Edit. Lazo Adentro. Ciudad de la Habana:2006.

Tabla 17

Indicadores evaluados satisfactorios por dimensiones según áreas de salud

Áreas de salud	Indicadores evaluados satisfactorios							
	(E) N=16		(P) N=7		(R) N=14		Total N=37	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Lawton	5	31.2	4	57.1	5	35.7	14	37.8
Luyanó	7	43.7	4	57.1	6	42.8	17	45.9
Luís Pasteur	5	31.2	3	42.8	8	57.1	16	43.2
Turcios Limas	6	37.3	5	71.4	8	57.1	19	51.3
Raúl Gómez G	5	31.5	3	42.8	5	35.7	13	35.1
Puente Uceda	5	31.5	3	42.8	6	42.8	14	37.8
30 Noviembre	5	31.5	3	42.8	4	28.5	12	32.4
14 de Junio	5	31.5	4	57.1	6	42.8	15	40.5

Indicadores evaluados satisfactorios por dimensiones según áreas de salud

N= cantidad de indicadores evaluados

(E) Estructura (P) Proceso (R) Resultados

Al analizar cada una de las dimensiones por áreas de salud se aprecia que la Estructura es la que tiene los por cientos más bajos en todas las áreas. En cuanto al Proceso se destaca Turcios Limas que supera a todas las demás. Dentro de los por cientos obtenidos en la dimensión Resultados sólo llegaron al 50% de criterios satisfactorios Turcios Limas y Luís Pasteur, aunque tampoco alcanzaron el estándar fijado. El área 30 de Noviembre muestra un por ciento muy bajo en los resultados del SAA.

La **tabla 18** muestra que a nivel municipal se evaluaron 38 criterios pertenecientes a las tres dimensiones. De modo general la situación es crítica, ya que solo el 39.4% de los criterios evaluados fueron satisfactorios y la Estructura fue la que más mal se comportó ese año.

Tabla 18

Indicadores evaluados satisfactorios en el municipio según dimensiones.

Dimensión	Criterios evaluados	Criterios satisfactorios	
		No	%
Estructura	17	6	35.2
Proceso	7	3	42.8
Resultado	14	6	42.8
Total	38	15	39.4

En general el municipio "10 de Octubre" se evalúa con un Sistema de Atención Ambulatoria a PVIH de **Mala Calidad**.

CONCLUSIONES

- La atención ambulatoria brindada a pacientes VIH/SIDA en el municipio “10 de Octubre” durante el año 2006 fue calificada como de Mala Calidad, pues se incumplieron las tres dimensiones evaluadas.
- La insuficiente cantidad de médicos y enfermeras para brindar atención en consultorios que tienen PVVIH, así como de Programas de Prevención y Control del SIDA, de materiales gastables y de recursos humanos capacitados y adiestrados para trabajar en el SAA fueron las causas de que la **Estructura** fuera evaluada de **No Adecuada**.
- Del total de criterios analizados en el **Proceso** que se lleva a cabo en el SAA, sólo tres se cumplieron satisfactoriamente, a pesar de que todos son fundamentales para brindarles una adecuada atención a estos pacientes, por lo que esta dimensión resultó **No Adecuada**.
- La dimensión **Resultados** fue evaluada como **No Adecuada**, debido a que se reportaron varios casos de ITS en los pacientes VIH/SIDA incorporados al SAA y nuevos casos VIH/SIDA a partir de estas personas, además de otros estándares incumplidos.
- Todas las áreas de salud presentan problemas con los recursos disponibles que forman la estructura del SAA, con el proceso que se desarrolla en el mismo y con los resultados que se obtienen.

RECOMENDACIONES

- Presentar al consejo de dirección municipal los resultados de este estudio para que se analice con cada área de salud las dificultades que existen con el SAA y se tomen las medidas necesarias para resolver las dificultades existentes.
- Establecer un sistema de monitoreo trimestral teniendo en cuenta los criterios utilizados en el presente estudio, para detectar tempranamente las desviaciones que existan dentro del SAA tanto en las áreas de salud como a nivel municipal.

REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

1. Abrigo L: Guía para la atención domiciliaria. México; CONOSIDA; 2002.
2. Alvarado W. El sida y los jóvenes. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
3. Álvarez R, Díaz G, Salas I, Lemus E R, Batista R, et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
4. Álvarez Z L. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria para portadores del VIH y Enfermos de SIDA en el Policlínico Mártires del Corynthia, Municipio Plaza. 2004 [Trabajo para optar por Título de Master en Salud Pública]. Ciudad de la Habana: ENSAP; 2005.
5. American Academy of Family Physicians. Infección por el VIH en las mujeres. Tomado de: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos Prevención de VIH/SIDA. [Visitado 16 abril 2006]. Disponible en: <http://www.familydoctor.org>.
6. Asamoah-Odei, García-Calleja M, Boerma T .HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: Nodecline and large subregional differences. Lancet, 364:35-40.
7. Astrain M E. Introducción a la investigación en sistemas y servicios de salud. Trabajo confeccionado para el módulo "La investigación en salud". Maestrías. ENSAP; 2002
8. Baute M. Evaluación del Programa de Control de la Sífilis en la atención secundaria de salud. Ciudad de La Habana, Enero-Septiembre 2002. [Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2003.
9. Cachón L, Álvarez A, Pesant O. Conserjería en ITS y VIH/SIDA. Información básica. Ciudad de la Habana: Lazo Adentro; 2004.
10. Cancio I, Sánchez J, Reymond V, López Rodríguez V J. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Ciudad de la Habana: Lazo Adentro; 2006
11. Carpeta Metodológica de la atención primaria de Salud. Citado 29/5/06 Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6102/san11102.htm>
12. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, Vol. 16. Washington: OMS; 2005.
13. Centro de Epidemiología del Caribe OPS/OMS. Status and Trends, Analysisi Of the Caribbean HIV/AIDS. Epidemic 1982-2002. Washington: OMS; 2004.
14. Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). Plan Estratégico de Prevención del VIH/SIDA hasta 2005. Washington: OMS; 2001.
15. Condones masculinos. 2003[citado 15/7/07]; [aprox.9p]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sevicios/sida>
16. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Health Administration Press. Michigan; 1980.
17. Durañones L. Evaluación de la competencia de los especialistas en Higiene y Epidemiología. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 1999.

18. El VIH/SIDA; Los derechos y la salud pública. Organización de las Naciones Unidas. 2002 [citado 29/5/06]; [aprox.14p]. Disponible en: <http://muevamueva.com/social/sida/sida/derechos/introducción>
19. Colectivo de Autores. Evaluación del Sistema de Atención Ambulatoria de pacientes con VIH/SIDA en atención primaria y secundaria de salud. Enero-Mayo 2004. [Trabajo de terminación del módulo de evaluación de programas y servicios] Ciudad de la Habana: ENSAP; 2004.
20. Influencia del contexto epidemiológico en la eficacia de la prevención de la infección por el VIH. Publicación Oficial de la Sociedad Española interdisciplinaria del Sida; julio-agosto; 2002.Pág.494.
21. OPS. Informe: Salud y desarrollo: Sida un problema social y económico. Propuesta de acción conjunta presentado en: Conferencia de Ministros de Salud de los países Iberoamericanos, Brasilia; 24 a 27 Mayo de 2002.
22. Organización Mundial para la Salud. Organización de las Naciones Unida para el SIDA. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA Diciembre.2000.
23. Ledesma F, Del Romero J, Locutura J, Vargas J: Actualización el tratamiento del paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). MEDIFAM 2002; 12 (2): 87-103.
24. López C. Evaluación rápida del sistema de vigilancia de Sífilis en el nivel de Atención Primaria de Salud. Municipio Mariano, año 2000. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología] Ciudad de La Habana: ENSAP; 2001.
25. Magis-Rodríguez C, Rivera-Reyes MP, Gasca-Pineda R, Gutiérrez JP. El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA en México: tendencias y estimaciones 1997-2002. Salud Pública Méx. 2005; 47:361-368.
26. Malagón Y. Evaluación del sistema de atención ambulatorio del paciente VIH/SIDA en la atención primaria de salud. Municipio Pinar del Río. 2003[Trabajo para optar por Título de Especialista de Higiene y Epidemiología] Ciudad de la Habana. ENSAP; 2004.
27. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2004.
28. Ministerio de trabajo. Resolución No. 13/97 de la serie laboral 8/97.
29. MINSAP Dirección Nacional de Epidemiología. Información de la Situación Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA en Cuba. Cierre del 2005.Ciudad de la Habana; Febrero 2006.
30. MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. Ciudad de la Habana; enero 2004.
31. MINSAP. Manual de Legalidad y SIDA en Cuba. Línea de Apoyo a PVVIH/SIDA; 2005.
32. MINSAP. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. Ciudad de la Habana; 2001.
33. MINSAP. Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA. Ciudad de la Habana.1997.
34. Ochoa R, Duque I, Hernández M. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. Ciudad de la Habana. Lazo Adentro. 2004.

35. OMS. Evaluación de Programas de Salud. Normas fundamentales para la aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. Ginebra; 1981.
36. OMS. Estrategia Mundial del Sector Sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción. Ginebra: Departamento de VIH/SIDA; 2003.
37. ONUSIDA. Foco de atención: Sida y jóvenes. Nueva York; Junio 2001.
38. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial de SIDA 2003. Ginebra; 2003.
39. ONUSIDA/OMS: Guías sobre vigilancia del VIH de Segunda Generación. 2000.
40. OPS. Acción en Sida, todo sobre ETS-SIDA: Boletín Internacional sobre prevención y atención al SIDA 2002; (26): 3-18
41. OPS. El control de las Enfermedades Trasmisibles. 17^a ed . Washington. D. C: Publ Cient y Tecn. 581.. 2001.580-591.2
42. Organización de las Naciones Unidas para SIDA. India: Discriminación, estigma y negación relacionada con el VIH y el SIDA. Colección prácticas óptimas. ONUSIDA, Ginebra, Mayo de 2002.
43. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector Sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción. OMS: Departamento de VIH/SIDA; 2003.
44. Organización Mundial de la Salud. Organización de las Naciones Unida para el SIDA. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Diciembre 2005.
45. Organización Mundial para la Salud. Organización de las Naciones Unida para el SIDA. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA Diciembre.2004.
46. Organización Mundial para la Salud. Organización de las Naciones Unida para el SIDA. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA Diciembre.2006 [visitado 7 de enero 2007] disponible en URL <http://www.unaids.org/worldaidsday/2006/Epiupdate2006-sp.pdf>.
47. Organización Panamérica de la Salud./Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Trimestral. Washington. Septiembre 2004.
48. Organización Panamericana de la Salud. Los recursos humanos de salud. Retos fundamentales para la Región de las América; Mesas redondas, 47 Consejo Directivo, 58 sesión del Comité Regional, Washington D.C; 25-29 de septiembre 2006.
49. Organización Panamericana de la salud. Un enfoque integrado para la vigilancia de enfermedades transmisibles. Boletín epidemiológico.2001; 21(1):1
50. Orman Reyes A L, Ochoa Soto R, Mayor Puerta A M. Consideraciones Básicas sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Ciudad de la Habana: Lazo Adentro.2006.
51. Ortigas I, Pérez J. Pautas para el manejo de la infección por VIH/SIDA. La Habana: Lazo Adentro.2007.
52. Pazos A. Valoración de la atención integral al paciente con VIH- SIDA y la aceptación social de estos en la comunidad.2002 [CD- ROM]. [s.l.].II Foro de VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe, 2003.

53. Pérez B. La calidad de los Servicios de Salud. Medición, Evaluación y Mejora. Lectura Seleccionada. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 2000, 2-6.
54. Pérez B. Control y Evaluación. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 1996.
55. Pérez I. Evaluación del programa de control de la tuberculosis en los establecimientos penitenciarios. Provincia La Habana, año 2002. [Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2003.
56. Pérez M B. El enfoque en sistema de la calidad asistencial y los métodos de evaluación de la calidad. Significación de la calidad en los servicios de salud. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 1999. 1-25.
57. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: Masson; 1997.
58. PNUD. Informe sobre desarrollo Humano. Nueva York. 2004
59. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2002.
60. Klintzy J, Cáceres J. Patogénesis de la infección por VIH/SIDA. En: Reyes G. HIV Medicine 2003, México D F; 2003-1
61. Ramírez M, Rodríguez D, Landrove O, Santín M, Valdivia C, Serrano C. Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención médica en las enfermedades no transmisibles. Rev. Cub. Higiene y Epidemiología 2001; 39(3):157-63.
62. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH/SIDA Dirigida a los Sectores. MINSAP. C. Habana. Feb 2004.
63. Russian Federal AIDS Center. Newsletter Nro26. Moscú Agosto.2004
64. Saha K, Zhang J, Gupta A, et al. Isolation of primary HIV-1 that target CD8+ Tlymphocytes using CD8 as a receptor. Nat Med 2003, 7: 65-72.
65. Seminario de evaluación y seguimiento de proyectos en el sector salud. México – Panamá; 1996-1997.
66. Shapiro MF et al., "Variations in the Care of HIV-Infected Adults in the United States," JAMA 2001; 281(24)
67. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. México DF: Limusa S.A; 2003.
68. Turner BJ et al., "Delayed Medical Care After Diagnosis in a U.S. Probability Sample of Persons Infected with the Human Immunodeficiency Virus," Archives of Internal Medicine 2002; 160
69. UNICEF. La transmisión del VIH de Madre-Hijo. Nueva York. febrero.2002.
70. Viviendo con VIH de la serie, Viviendo, Conociendo, Conviviendo el VIH. Línea de Apoyo PVVIH; 2004.

ANEXO 1

Planilla de consentimiento para el paciente:

Con el objetivo de evaluar el Sistema de Atención Ambulatoria a pacientes seropositivos y enfermos de SIDA se realizará un estudio en su municipio de residencia _____ cuyos resultados contribuirán al mejoramiento de dicha atención. Los autores nos comprometemos a informarle sobre todo lo concerniente al mismo, así como a guardar absoluta discreción en aspectos que igualmente lo requieran. Agradeceremos su colaboración si así lo desea.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación que se efectuará en el municipio, bajo el compromiso por los autores de no divulgar ninguna información relativa a mi persona.

Fecha: _____.

Firma del paciente _____

Firma del investigador _____

ANEXO 2

Guía de entrevista no estructurada a jefe de personal de las distintas áreas de salud y clínicas estomatológicas para conocer la plantilla del personal responsabilizado con la atención de los seropositivos y enfermos SIDA incorporados al SAA.

- 1- ¿Que cantidad de médicos generales integrales tiene el policlínico como plantilla aprobada y real?
- 2- ¿Que cantidad de enfermeras tiene el policlínico como plantilla aprobada y real?
- 3- ¿Que cantidad de enfermeras encuestadoras tiene el policlínico como plantilla aprobada y real?
- 4- ¿Cuentan con el Vicedirector de Higiene y epidemiología en el área de salud?
- 5- ¿Que cantidad de estomatólogos tiene la clínica como plantilla aprobada y real?

ANEXO 3

Guía de entrevista no estructurada al jefe de programa municipal, para conocer la existencia o no del Equipos Multidisciplinario de Salud municipal, que atienden a los pacientes seropositivos y enfermos SIDA incorporados al SAA.

¿Cuentan con el equipo multidisciplinario: epidemiólogo, dermatólogo, psicólogo, educador para la salud, trabajador social, especialista en MGI ,enfermera encuestadora

En este caso se considerará adecuado si cuenta con este equipo, pero además con todos sus integrantes y que funcione

Anexo 4a

Manejo de pacientes seropositivos y enfermos de SIDA acogidos a Sistema de Atención Ambulatoria (SAA). Cuestionario aplicado a médicos

Estimado colega: estamos realizando una investigación evaluativa sobre el Sistema de Atención Ambulatorio (SAA) de los pacientes seropositivos y enfermos de SIDA en la Atención Primaria de Salud. Como parte de la misma necesitamos información acerca de las actividades que realiza en relación con el Programa de VIH-SIDA, siendo imprescindible su colaboración si así lo desea, en el llenado de este cuestionario de carácter anónimo. Incluimos además algunas preguntas adicionales para conocer su estado de satisfacción con el sistema.

- 1- Calificación profesional:
 - a- Especialista en MGI
 - b- Médico Residente
 - c- Médico General o Familiarización
 - d- Alumnos de sexto año

- 2- Sexo:
 - a- Femenino
 - b- Masculino

- 3- Marque con una X ¿Cual(es) requisitos debe cumplir un paciente VIH/SIDA para acogerse al SAA?
 - a- Ser responsables del cuidado de su salud.
 - b- Contar con buenas condiciones socio-económicas.
 - c- Poseer un auto control de su responsabilidad contaminante.
 - d- Poseer elevado nivel de escolaridad.
 - e- Mantener una vida socialmente estable.
 - f- Estar entrenados con la técnica de sexo seguro y de sexo protegido.
 - g- Todos los anteriores.

- 4- ¿En qué grupo deben dispensarizarse los pacientes seropositivos de VIH?
 - a- Grupo I
 - b- Grupo II
 - c- Grupo III
 - d- Grupo IV

- 5- ¿En qué grupo deben dispensarizarse los enfermos de SIDA?
 - a- Grupos I
 - b- Grupos II
 - c- Grupo III
 - d- Grupo IV

- 6- Marque con una X la respuesta correcta:
A los contactos estables de los pacientes VIH/SIDA ¿Qué usted le realiza?
 - a- VDRL y VIH cada 6 meses.
 - b- VDRL cada 3 meses.
 - c- VIH anual.
 - d- VIH cada 6 meses.

- 7- Cuando usted tiene un paciente VIH/SIDA bajo su control en el área de salud ¿Con qué frecuencia lo ve en consulta y/o terreno?
 - a- Mensual (consulta/terreno)
 - b- Trimestral (consulta/terreno)
 - c- Anual (consulta/terreno)
 - d- Semanal (consulta/terreno)

8- Durante la visita de terreno al paciente de VIH/SIDA bajo su control ¿Cuál(es) aspectos usted controla?

- a- Si cumple con la dieta adecuada.
- b- Si cumple con el tratamiento médico.
- c- Si asiste a la consulta médica programada y establecida por (Hospital Provincial designado, Sanatorio, Instituto de Medicina Tropical u otros).
- d- Si mantiene integración política.
- e- Si se realiza los análisis programados.
- f- Observa si tiene buena higiene personal y ambiental.
- g- Si ingiere bebidas alcohólicas habitualmente.
- h- Si advierte a su pareja sexual sobre su enfermedad.
- i- Las normas de conducta sexual seguras y el uso del condón con su pareja.
- j- Si mantiene pareja estable y única.
- k- Cualquier otro requisito que el médico considere importante.
- l- Todas las anteriores.

9- ¿Que acción realizaría ante una emergencia medico quirúrgica con un paciente VIH/SIDA?

- a- primeros auxilio e ingreso domiciliario.
- b- primeros auxilios básicos establecidos y se procederá posteriormente ala remisión al centro asistencial asignado.

10- ¿Cuál(es) medidas de bioseguridad universales debe tener en cuenta ante una emergencia médico quirúrgica con un paciente VIH/SIDA?

- a- Lavado de manos antes y después de cada proceder.
- b- Uso de boquillas o bolsas de resucitación.
- c- Utilización de barreras protectoras (guantes, etc.)
- d- Realizar procedimientos seguros con material corto-punzantes para evitar Accidentes.
- e- Incineración del vestuario quirúrgico una vez utilizado.
- f- Eliminación de todo material desechable utilizado.
- g- Todas las anteriores.

11 - Seleccione que actividades usted realiza si un paciente enfermo de SIDA bajo su control se encuentra hospitalizado:

- a- Visitar al paciente para conocer su evolución.
- b- Visitar a su familia e informar sobre el estado de salud del paciente.
- c- Conocer el resultado de las investigaciones realizadas para detectar cambios en el estado de salud.
- d- Todas las anteriores.

12- Si UD. sufre un accidente por un instrumento punzante o cortante, durante la atención a un paciente VIH/SIDA ¿qué medidas debe tomar?

- a- desinfectar la lesión con yodo povidona
- b- ejercer presión en el lugar de la herida o punción para eliminar la mayor cantidad de sangre
- c- chequeo con prueba SUMA
- d- lavado con abundante agua y jabón
- e- desinfectar la zona afectada con alcohol al 70%
- f- todas las anteriores

13-¿Como usted considera su relación con los pacientes VIH/SIDA?

- a- Satisfactorio
- b- Medianamente Satisfactorio
- c- Insatisfactorio

14- ¿Ha recibido cursos o adiestramientos en los dos últimos años sobre el SAA para pacientes VIH/SIDA?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

15- ¿Posee el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA?

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

16- ¿Considera que el SAA es la forma idónea para lograr calidad de vida en los seropositivos y casos SIDA?

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

17- ¿Consideras que estas preparado profesionalmente para brindar atención calificada y con calidad a estos pacientes

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

18- ¿Consideras que cuentas con los recursos materiales necesarios para atenderlo?

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

Gracias por su valiosa cooperación.

Anexo 4b

Escala de evaluación para la encuesta aplicada a médicos:

Preguntas que miden conocimiento		
No.	Respuesta correcta	Escala de puntuación
3	Inciso a)	2 puntos
	Inciso c)	2 puntos
	Inciso e)	2 puntos
	Inciso f)	4 puntos
4	Inciso b)	10 puntos
5	Inciso c)	10 puntos
Preguntas que miden habilidad		
No.	Respuesta correcta	Escala de puntuación
6	Inciso d)	10 puntos
7	Inciso b)	10 puntos
8	Incisos: a), b), c), e), f), g), h), i), j), k)	Un punto cada inciso
9	Inciso c)	10 puntos
10	Incisos: a), b), c), d), f)	Dos puntos cada inciso
11	a), b), c) ó Inciso d)	10 puntos ó 3.33 por inciso
12	Inciso b)	2.5 puntos cada inciso
	Inciso c)	
	Inciso d)	
	Inciso e)	
Total		100 puntos

En la evaluación de las preguntas 3, 10 y 12 la respuesta correcta incluye más de un inciso, para el caso en que se marquen incisos correctos e incorrectos, se restarán dos puntos por cada uno de estos últimos. En la pregunta 8 se restará un punto por cada inciso incorrecto.

Anexo 4c

Ficha vaciamiento para procesar cuestionario de médicos

Con que frecuencia se indica la consulta y /o terreno	a-Mensual b-Trimestral c- Anual d-Semanal	Frecuencia de la consulta y/o terreno	No de MF con respuesta Adecuada/ total de MF encuestados* 100	Se considera adecuada la respuesta si se selecciona el inciso b Se considera respuesta Adecuada si seleccionan los incisos a, b, c, e, f, g, h, i, j, k como aspecto a controlar	≥ 90%
Visita de terreno al paciente en el SAA	a- dieta adecuada. b-Si cumple con el tratamiento médico. c-Asistencia a la consulta médica programada y establecida por designado, Sanatorio, Instituto de Medicina Tropical u otros). d-Integración política. e- Si se realiza los análisis programados. f- si tiene buena higiene personal y ambiental. g- Si ingiere bebidas alcohólicas habitualmente. h-Si advierte a su pareja sexual sobre su enfermedad. i-Conducta sexual segura y uso del condón con su pareja. j-Si mantiene pareja estable y única. k-Cualquier otro requisito que el médico considere importante. l- Todas las anteriores.	Aspecto a controlar en la visita de terreno	No de MF con respuesta Adecuada/ total de MF encuestados* 100		≥ 90%
Acciones ante una emergencia medica quirúrgica	ingreso domiciliario bajo vigilancia b-primeros auxilios básicos y remisión	Acciones a realizar ante una emergencia médico-quirúrgica.	No de MF con respuesta Adecuada/ total de MF encuestados* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona el inciso b	≥ 90%
Medidas de bioseguridad ante emergencia medico quirúrgica de un paciente con VIH/SIDA	Medidas de bioseguridad universales que aparecen en el cuestionario (a, b, c, d, f.).	Se refiere a las Medidas de bioseguridad establecidas según lo normado en el programa	No de MF con respuesta Adecuada/ total de MF encuestados* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona los incisos: a,b,c,d,f,	≥ 90%

Acciones ante un accidente con un instrumento punzante o cortante durante la atención a un paciente VIH/SIDA	a-desinfectar la lesión con yodo b- ejercer presión de la herida o punción para eliminar sangre c-chequeo con prueba SUMA d- lavado con agua y jabón e-desinfectar con alcohol f- todas las anteriores	Acciones a realizar cuando ocurre un accidente con un instrumento punzante o cortante durante la atención a un paciente VIH/SIDA	No de MF con respuesta Adecuada/ total de MF encuestados* 100	Se considera respuesta adecuada si responde con el inciso f	≥ 90%
Interrelación medico-paciente	a-Satisfactorio b-Medianamente Satisfactorio c-Insatisfactorio	percepción que tiene el medico de su relación con los pacientes VIH/SIDA	Nro de médicos satisfechos con la interrelación médico paciente/Total médico encuestados		≥ 90%
Capacitaciones recibidas	Valor puntual	Se refiere al número de cursos, talleres o entrenamientos recibido sobre VIH/SIDA en el 2006.	capacitaciones recibidas /total de capacitaciones programadas* 100		
Disponibilidad del Programa	a-Si b-No	Se refiere si el MF tiene disponibilidad del programa	MF con programa/ MF encuestados*100	Si: si tiene programa No : no tiene	100 %
Considera el SAA ideal para lograr la calidad de vida de los portadores y enfermo de SIDA	Si No	Se refiere a la opinión que tiene el MF del SAA.			
Si se siente con capacidad para atender a los VIH/SIDA 1	a-si b-no c-no sabe	Si siente capacitados para atender a los pacientes VIH/SIDA			
Disponibilidad de recursos materiales necesario para la atención	Si No	Se refiere si el MF tiene disponibilidad de los recursos materiales necesarios.			

Anexo 5a

Manejo de pacientes seropositivos y enfermos de SIDA acogidos a Sistema de Atención Ambulatoria (SAA). Cuestionario aplicado a las enfermeras

Estamos realizando una investigación evaluativa sobre el Sistema de Atención Ambulatorio de los pacientes seropositivos y enfermos de SIDA en la Atención Primaria de Salud. Como parte de la misma necesitamos información acerca de las habilidades y conocimientos que tienen las enfermeras con relación a dicho Sistema, y el nivel de satisfacción con el mismo, siendo imprescindible su colaboración si así lo desea, en el llenado de este cuestionario de carácter anónimo.

1- Calificación profesional:

- a- Licenciada en enfermería
- b- Técnico medio en enfermería
- c- Enfermeros emergentes.

2- ¿Cuál(es) medidas de bioseguridad universales debe tener en cuenta ante una emergencia médico quirúrgica con un paciente VIH/SIDA?

- a- Lavado de manos antes y después de cada proceder.
- b- Utilización de barreras protectoras (guantes, etc.)
- c- Realizar procedimientos seguros con material corto-punzantes para evitar accidentes.
- d- Incineración del vestuario una vez utilizado.
- e- Eliminación de todo material desechable utilizado.
- f- Todas las anteriores.

3- Una vez que usted haya atendido a un paciente seropositivo al VIH o enfermo SIDA y teniendo en cuenta que no ocurrió ningún tipo de

accidente en los procedimientos realizados, ¿Cuál(es) acciones usted debe realizar?

- a- Cambiarme de ropa inmediatamente.
- b- Cepillado de las manos durante 10 minutos.
- c- Realizarme serología al VIH.
- d- Todas las anteriores.
- e- Ninguna.

4- ¿Cómo usted considera su relación con los pacientes VIH/SIDA?

- a- Satisfactorio
- b- Medianamente Satisfactorio
- c- Insatisfactorio

5- ¿Ha recibido cursos o adiestramientos en los dos últimos años sobre el SAA para pacientes VIH/SIDA?

Sí No ¿Por qué?

6- ¿Considera que el SAA es la forma idónea para lograr calidad de vida en los seropositivos y casos SIDA?

Sí NO ¿Por qué?

7- ¿Consideras que estas preparado profesionalmente para brindar atención calificada y con calidad a estos pacientes

Sí NO ¿Por qué?

8- ¿Consideras que cuentas con los recursos materiales necesarios para atenderlo?

Sí NO ¿Por qué?

Gracias por su valiosa cooperación.

ANEXO 5b**Escala de evaluación del examen de competencia a enfermeras:**

Pregunta No.	Respuesta correcta	Escala de puntuación
2	Inciso a) Inciso b) Inciso c) Inciso e)	2.5 puntos cada inciso
3	Inciso e)	10 puntos
Total		20 puntos

Anexo 5c

Ficha vaciamiento para procesar cuestionario de enfermeras

Variables	Escala	Descripción	Indicador	Evaluación	estándar
Medidas de bioseguridad ante una emergencia medico quirúrgica de un paciente VIH/SIDA.	Medidas de bioseguridad universales que aparecen en el cuestionario (a,b,c, y e)	Se refiere a las Medidas de bioseguridad establecidas según lo normado en el programa	No de enfermeras con respuesta Adecuada/ total de enfermeras encuestadas* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona los incisos a,b,c y e.	≥ 90%
Acciones post atención sin accidentes	a-Cambiarme de ropa inmediatamente e b-Cepillado de las manos durante 10 minutos. c-Realizarme serología al VIH. d-Todas las anteriores. e- Ninguna.	Acciones después de atender un paciente , sino ocurrió ningún tipo de accidente en los procedimientos realizados	No de enfermeras con respuesta Adecuada/ total de enfermeras encuestadas* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona el inciso e.	≥ 90%
Interrelación enfermera-paciente	a-Satisfactorio b- Medianamente Satisfactorio c-Insatisfactorio	percepción que tiene la enfermera de su relación con los pacientes VIH/SIDA	Nro de enfermeras satisfechas con la interrelación enfermera - paciente/Total enfermera encuestadas		≥ 90%
Capacitaciones recibidas en el año 2006	Valor puntual	Se refiere al numero de entrenamiento, cursos y talleres recibidos durante el año 2006	capacitaciones recibida por odontólogos /total de capacitaciones programadas		≥ 90%
El SAA ideal para lograr la calidad de vida de los	Si No	Se refiere a la opinión que tiene la enfermera del SAA.			
Capacidad profesional de atender a los pacientes VIH/SIDA	a-si b-no c-no sabe	Si siente capacitada para atender a los pacientes VIH/SIDA con las capacitaciones recibidas			
Recursos materiales necesario para la atención de pacientes	Si No	Se refiere si la enfermera tiene disponibilidad de los recursos materiales necesarios.			

ANEXO 6a

**Manejo de pacientes seropositivos y enfermos de SIDA acogidos a Sistema de Atención Ambulatoria (SAA).
Cuestionario aplicado a los odontólogos**

Estimado colega: estamos realizando una investigación evaluativa sobre el Sistema de Atención Ambulatorio de los pacientes seropositivos y enfermos de SIDA en la Atención Primaria de Salud. Como parte de la misma necesitamos información acerca de las habilidades y conocimientos que tienen los estomatólogos en relación ha dicho Sistema, siendo imprescindible su colaboración si así lo desea, en el llenado de este cuestionario de carácter anónimo.

1- Calificación profesional:

- a- Especialista
- b- Médico Residente
- c- Estomatólogo

2- ¿Cual(es) medidas de bioseguridad universales debe tener en cuenta ante una emergencia médico quirúrgica con un paciente VIH/SIDA?

- a- Lavado de manos antes y después de cada proceder.
- b- Uso de tapaboca o nasobuco.
- c- Utilización de barreras protectoras (guantes, espejuelos, etc.)
- d- Realizar procedimientos seguros con material corto-punzantes para evitar accidentes.
- e- Incineración del vestuario.
- f- Eliminación de todo material desechable utilizado.
- g- Todas las anteriores.

3- Marque con una X la respuesta correcta:

La fresa airotor una vez utilizada se deberá:

- a- Colocar en la bandeja para reutilizarla en nuevos pacientes
- b- Desechar
- c- Aplicar solución jabonosa y alcohol para desinfectar.
- d- Aplicar solución jabonosa hasta 30 minutos y desinfectar con hipoclorito de sodio.
- e- Aplicar solución desinfectante con algodón.
- f- Esterilizarla completamente cada tres pacientes.

4-Una vez que usted haya atendido a un paciente seropositivo al VIH o enfermo SIDA y teniendo en cuenta que no ocurrió ningún tipo de accidente en los procederes realizados, ¿Cual(es) acciones usted debe realizar?

- a- Cambiarme de ropa inmediatamente.
- b- Cepillado de las manos durante 10 minutos.
- c- Realizarme serología al VIH.
- d- Todas las anteriores.
- e- Ninguna.
- f- Otras Cual(es) _____

5- ¿Ha recibido cursos o adiestramientos sobre el manejo con pacientes

VIH/SIDA?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

6-¿Posee el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

7-Considera que el SAA es la forma idónea para lograr calidad de vida en los seropositivos y casos SIDA?

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

8-¿Consideras que estas preparado profesionalmente para brindar atención calificada y con calidad a estos pacientes

Sí _____ NO _____ ¿Por qué?

9 ¿Consideras que cuentas con los recursos materiales necesarios para atenderlo?

Sí _____ NO _____ ¿Por qué

Gracias por su valiosa cooperación.

ANEXO 6b

Escala de evaluación del examen de competencia a estomatólogos:

Pregunta No.	Respuesta correcta	Escala de puntuación
2	Inciso a) Inciso b) Inciso c) Inciso d) Inciso f)	Dos puntos cada inciso
3	Inciso d)	10 puntos
4	Inciso e)	10 puntos
Total		30 puntos

En la evaluación de la pregunta 2 se restarán dos puntos por cada inciso incorrecto, en el caso de marcar incisos correctos e incorrectos.

Anexo 6c

. Ficha vaciamiento para procesar cuestionario de los odontólogos

Variables	Escala	Descripción	Indicador	Evaluación	Estándar
Medidas de bioseguridad ante una emergencia medico quirúrgica de un paciente con VIH/SIDA	a-Lavado de manos antes y después de cada proceder. b- Uso de tapaboca o nasobuco. c- Utilización de barreras protectoras (guantes, espejuelos, etc.) d-Realizar procedimientos seguros con material corto-punzantes para evitar accidentes. e-Incineración del vestuario. f- Eliminación de todo material desechable utilizado. g-Todas las anteriores.	Se refiere a las Medidas de bioseguridad establecidas según lo normado en el programa	. No de odontólogos con respuesta Adecuada/ total de odontólogos encuestadas* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona los incisos a,b,c,d, y f	≥ 90%
Manejo de la fresa airotor post utilización	a-Colocar en la bandeja para reutilizar con otro paciente. b-Desechar c-aplicar solución jabonosa y alcohol para desinfectar d- aplicar solución jabonosa hasta 30 minuto y desinfectar con hipoclorito de sodio e-aplicar solución desinfectantes con algodón f-Esterilizar cada pacientes	Las acciones que debe realizar el odontólogos después de utilizar la fresa airotor.	No de odontólogos que tengan la respuesta correcta/ Total de odontólogos *100	Se considera adecuada el inciso d.	≥ 90%
Acciones Post Atención sin accidente	a-cambiar de ropa inmediatamente b-cepillados de las manos durante 10 minutos c-realizarse la serología del VIH d-todas las anteriores e-ninguna	Acciones después de atender un paciente , sino ocurrió ningún tipo de accidente en los procederes realizados	No de Odontólogos con respuesta Adecuada/ total de Odontólogos encuestados* 100	Se considera respuesta Adecuada si selecciona el inciso e.	≥ 90%

Si se siente con capacidad profesional de atender a los pacientes VIH/SIDA	a-si b-no c-no sabe	Se refiere si siente capacitada para atender a los pacientes VIH/SIDA con las capacitaciones recibidas			
Disponibilidad del Programa	a-Si b-No	Se refiere si el Odontólogo tiene disponibilidad del programa	No de Odontólogos con disponibilidad del programa/ No de MF encuestados*100	Si: si el odontólogo tiene disponibilidad del programa No : si no tiene disponibilidad	100 %
Disponibilidad de recursos materiales necesario para la atención de estos pacientes	a-Si b-No	Se refiere si el Odontólogo tiene disponibilidad de los recursos materiales necesarios.			
Considera que el SAA es la forma ideal para lograr la calidad de vida de los portadores y enfermo de SIDA	a-Si b-No	Se refiere a la opinión que tiene el Odontóloga del SAA.			

Anexo 7

Guía de revisión de Historias Clínicas de los pacientes seropositivos y enfermos SIDA acogidos al SAA.

- Seguimiento medico en consultas y terreno según lo establecido en el municipio.
- Realización de complementarios
- Registro del tratamiento antiretroviral.

Complementarios al momento del diagnostico

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Western Blot (banda p24) | 16. Test de toxoplasmosis |
| 2. Hemograma con diferencial | 17. Test de histoplasmosis |
| 3. Eritrosedimentación | 18. Pueba de Mantux |
| 4. Coagulograma mínimo | |
| 5. Serología VDRL | |
| 6. Glicemia | |
| 7. TGP y TGO | |
| 8. Urea, ácido úrico | |
| 9. Subpoblaciones linfocitarias CD3, CD4, CD8 | |
| 10. Serología CMV, HSV, EBV | |
| 11. Antígeno de hepatitis B y VHC | |
| 12. Rx de tórax | |
| 13. Electroencefalograma | |
| 14. Cituria | |
| 15. Heces fecales | |

Frecuencia semestral (pacientes seropositivos)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Hemograma con diferencial | 9. Rx de tórax si es necesario |
| 2. Eritrosedimentación | 10. Serología CMV, HSV, EBV |
| 3. Coagulograma mínimo | 11. Antígeno de hepatitis B y VHC |
| 4. Serología VDRL | 13. Cituria |
| 5. Glicemia | 14. Heces fecales |
| 6. TGP y TGO | |
| 7. Urea, creatina, ácido úrico | |
| 8. Subpoblaciones linfocitarias | |

Frecuencia trimestral (pacientes con SIDA)

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Banda P24 | 11. Rx de tórax |
| 2. Hemograma con diferencial | 12 Serología CMV, HSV, EBV |
| 3. Eritrosedimentación | 13. Antígeno de hepatitis B y VCH |
| 4. Coagulograma | 14. Cituria |
| 5. Lipidograma completo | 15. Heces fecales |
| 6. Serología VDRL | 16. Electroencefalograma |
| 7. Glicemia | |
| 8. TGP y TGO | |
| 9. Urea, creatina, ácido úrico | |
| 10. Subpoblaciones linfocitarias | |

Anexo 8**Guía de entrevista no estructurada para a los Vicedirectores de higiene y epidemiología de las Áreas de Salud y al jefe del equipo multidisciplinario municipal**

- 1- ¿Se le han entregado condones a los médicos para que los tengan disponibles en los consultorios?
- 2- ¿Cuál es la incidencia de ITS en pacientes seropositivos o enfermos SIDA incorporados al SAA?
- 3- ¿Cuántos nuevos casos se han infectado por el VIH a partir de un paciente incorporado al SAA?
- 4- ¿Cuántos seropositivos o enfermos SIDA han abandonado el SAA por voluntad propia?
- 5- ¿Cuántos seropositivos o enfermos SIDA han abandonado el SAA? ¿Por qué le fue retirado?

Anexo 9a

Cuestionario aplicado a PVVIH-SIDA para explorar resultados del SAA

Estamos realizando una investigación evaluativa sobre el Sistema de Atención Ambulatorio de los pacientes seropositivos y enfermos de SIDA en la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de contribuir a mejorar dicha atención. Como parte de la misma necesitamos información acerca de las inquietudes, problemas o dificultades que tienen los pacientes con relación a este Sistema, siendo imprescindible su colaboración si así lo desea, en el llenado de este cuestionario de carácter anónimo.

1- ¿Actualmente estas estudiando y/o trabajando?

SÍ _____ NO _____

En caso de responder No ¿por qué?

- _____ Me expulsaron después de diagnosticada la enfermedad.
- _____ Me han rechazado donde he ido a gestionar trabajo o estudio por mi condición
- _____ No cumplen con mi expectativa las opciones ofertadas
- _____ Temo al rechazo del personal de mi centro laboral o de estudio.
- _____ Otra

2- ¿Convives con otras personas?

SÍ _____ NO _____

En caso de responder No ¿por qué?

- _____ Vivía solo antes de enfermar
- _____ Fui rechazado por mi familia y/o pareja
- _____ Por decisión propia

3- ¿Te relacionas con los miembros de tu comunidad?

SÍ _____ NO _____

En caso de responder No ¿por qué?

- _____ Me rechazan por mi condición
- _____ Siento vergüenza por mi condición
- _____ Siento temor al rechazo
- _____ La comunidad no aportaría beneficios a mi condición
- _____ Otras

4- ¿Cómo considera la atención que le brinda su médico de familia?

- a-Satisfactoria
- b-Parcialmente satisfactoria
- c-Insatisfactoria

En caso de responder parcialmente o insatisfactoria ¿por qué?

- _____ Evaden mi atención con frecuencia
- _____ No le interesan mis problemas de salud
- _____ No me visita
- Otras _____ ¿cuáles?

5- ¿Cómo considera la atención que le brinda su enfermera de familia?

- a-Satisfactoria
- b-Parcialmente satisfactoria
- c-Insatisfactoria

En caso de responder parcialmente o insatisfactoria ¿por qué?

- _____ Evaden mi atención con frecuencia
- _____ No le interesan mis problemas de salud
- _____ No me visita
- Otras _____ ¿cuáles?

6- ¿Si ha necesitado atención estomatológica, como considera que ha sido esta?

- a-Satisfactoria
- b-Parcialmente satisfactoria

c-Insatisfactoria

En caso de responder parcialmente o insatisfactoria ¿por qué

- Evaden mi atención al conocer mi estado
 Solo me atienden cuando oculto mi estado
 Refieren la no existencia o escasez de material para la atención de mi caso.
 Otros motivos ¿Cuáles

7-Si ha necesitado atención hospitalaria, ¿Cómo considera que ha sido ésta?

- a-Satisfactoria
 b-Parcialmente satisfactoria
 c-Insatisfactoria

En caso de responder parcialmente o insatisfactoria ¿por qué

- Evaden mi atención al conocer mi estado
 Solo me atienden cuando oculto mi estado
 Refieren la no existencia o escasez de material para la atención de mi caso.

8-¿Esta tomando tratamiento antirretroviral?

- Si ¿cuántas tabletas tomas diariamente?
 NO ¿Por qué?

9-¿Te aporta beneficios el sistema de atención ambulatorio?

- Si NO

En caso de responder No ¿por qué?

- No ha conservado el anonimato de mi estado
 No me ha cubierto todas mis necesidades de atención
 Me he sentido maltratado.

10-¿Cuántas actividades educativas (charlas) de parte del personal de salud que lo atiende ha recibido este año?

- Ninguna
 Educación sexual
 Charlas sobre el cuidado de su salud
 Charlas sobre la convivencia Social
 Charlas sobre el tratamiento antirretroviral