



USAID | **HONDURAS**
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE VIH/SIDA OFRECIDOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN HONDURAS

ENERO – FEBRERO 2009

[MARZO 2009]



DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE VIH/SIDA OFRECIDOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN HONDURAS

ENERO – FEBRERO 2009

MARZO 2009

Equipo del Diagnóstico:

Aysa Saleh-Ramírez – Consultora (Supervisora)

Cesar Castellanos –Consultor

Ximena Gutierrez – Consultora

Gloria Martínez – Secretaría de Salud

Héctor Galindo – Secretaria de Salud

Diana Núñez – Secretaría de Salud

Norma Artilles– Secretaría de Salud

Maryanne Stone-Jimenez – AIDSTAR-One

Maria Claudia Escobar – AIDSTAR-One

Nora Maresh - USAID

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente la perspectiva de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del gobierno de los Estados Unidos.

Información de contrato: Este informe fue preparado por USAID bajo AIDSTAR-One, Contrato No. GHH-I-00-07-0059-00, Sector 1, Orden de Trabajo 1.

Cita recomendada: Saleh-Ramírez A. Diagnóstico de los servicios de VIH/SIDA ofrecidos en los Centros de Atención Integral en Honduras. Washington, DC: AIDSTAR-One por la Oficina del Coordinador Global de SIDA y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente la perspectiva de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del gobierno de los Estados Unidos.

AIDSTAR-One
John Snow, Inc.
1616 North Fort Myer Drive
Arlington, VA 22209 USA
Tel: (703) 528-7474
<http://www.aidstar-one.com>

USAID/Honduras
Unit #2927
APO AA 34022
Tegucigalpa, Honduras
Tel: (504) 236-9320
<http://honduras.usaid.gov>

Office of the Global AIDS Coordinator
SA-29, 2nd floor
2201 C Street NW
Washington, DC 20522-2920 USA
Tel: (202) 663-2708
<http://www.pepfar.gov>

U.S. Agency for International Development
Bureau for Global Health
Office HIV/AIDS
Ronald Reagan Building
1300 Pennsylvania Avenue NW
Washington, DC 20523 USA
Tel: (202) 712-4810
<http://www.usaid.gov>

CONTENIDO

- SIGLAS vi
- RECONOCIMIENTO..... vii
- 1.0 INTRODUCCIÓN..... 1
 - 1.1 Antecedentes 1
 - 1.2 Objetivo del Diagnóstico 1
 - 1.3 Metodología 2
- 2.0 HALLAZGO..... 5
 - 2.1 Consejería y Prueba 6
 - 2.2 Prevención de Transmisión de Madre a Hijo/a..... 8
 - 2.3 Cuidado y Apoyo 11
 - 2.4 TARGA..... 12
 - 2.5 Entrevistas de Salida 14
 - 2.6 Entrevistas con Informantes Claves 15
- 3.0 CONCLUSIONES 19
 - 3.1 Organización Interna y Funcionamiento del CAI 19
 - 3.2 Recursos Humanos..... 20
 - 3.3 Sistema de Registro 20
 - 3.4 Integración con la Comunidad..... 21
 - 3.5 Prioridades Identificadas por el Personal de los CAI 21
- 4.0 RECOMENDACIONES..... 23
 - 4.1 Organización Interna y Funcionamiento de los CAI 23
 - 4.2 Recursos Humanos..... 23
 - 4.3 Sistema de Registro 24
 - 4.4 Vinculación con la Comunidad 24

SIGLAS

ASONAPVSI DAH	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA Hondureña
ARV	Antiretroviral
CAI	Centro de Atención Integral
CESAR	Centro de Salud Rural
CESAMO	Centro de Salud con Médico
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IO	Infección Oportunista
PTVH	Prevención de la Transmisión Madre-Hijo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antiretroviral
TARGA	Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TS	Trabajador/a Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RECONOCIMIENTO

Varias personas contribuyeron al desarrollo e implementación del diagnóstico. USAID-Honduras brindó apoyo, orientación y asistencia logística al equipo investigador. El proyecto AIDSTAR-One en particular reconoce la participación en este proceso de Kellie Stewart, USAID Health Officer y Nora Maresh, USAID Intern.

Agradecemos a Heather Bergmann y Ed Scholl por sus contribuciones durante el desarrollo de los instrumentos de recolección de datos y en la elaboración de este informe.

También reconocemos la apertura y el apoyo de la Secretaria de Salud, especialmente los técnicos que participaron en la validación de los instrumentos y los que formaron parte del equipo investigador.

Finalmente, damos gracias al personal de los Centros de Atención Integral, Hospitales, Centros de Salud, y representantes de ONGs por la información y el tiempo que nos brindaron. Esperamos que el diagnóstico sirva de herramienta para el fortalecimiento de los servicios de salud.

I.0 INTRODUCCIÓN

I.1 ANTECEDENTES

Honduras es uno de los países más afectados por la epidemia de VIH/SIDA en América Latina. La epidemia está concentrada en grupos de alto riesgo como trabajadoras/es sexuales (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), privados de libertad, y en la población Garífuna. La brecha de género de la epidemia se ha estado cerrando: en 1994 la proporción entre hombres y mujeres era de 1.7 a 1.0 que ahora ha llegado a ser casi igual entre hombres y mujeres.¹ La epidemia tiene una distribución geográfica como una “T” en la costa del norte de lado a lado y bajando hacia el sur por Tegucigalpa hasta el valle en la costa pacífica. La mayor concentración de casos de VIH se encuentra en dos zonas urbanas, Tegucigalpa y San Pedro Sula.² Una encuesta reciente revela que la prevalencia entre TS en estas ciudades es 5.5% y 4.6% respectivamente.³

La Secretaría de Salud ha llevado a cabo varias evaluaciones para analizar la respuesta institucional a la epidemia VIH/SIDA/ITS. Aunque ha habido avances y logros, cada año se registran más casos de infecciones nuevas de VIH y de SIDA.⁴ Uno de estos avances es el mejoramiento de la cobertura de tratamiento antiretroviral (TAR), un informe de ONUSIDA indica que se provee TAR para 5.600 pacientes, un poco menos de la mitad de gente necesitada de TAR, según estimaciones.⁵ Además, el mismo informe revela que la cobertura de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a (PTMH) sigue baja: solo 34% de mujeres VIH positivas recibieron tratamiento para PTMH.⁶

I.2 OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO

El objetivo principal del diagnóstico fue examinar la calidad y el acceso a los servicios de VIH/SIDA en 14 Centros de Atención Integral (CAI) de la Secretaría de Salud en Honduras. La información reunida a través del diagnóstico guiará el desarrollo de estrategias para fortalecer la provisión de servicios en los CAI públicos y aumentar la utilización dentro de las comunidades donde están ubicados.

¹ World Bank and the Global HIV/AIDS Program (2008). Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras.

² World Bank (2008). Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic in Honduras and the Policy Response in Honduras.

³ Departamento de ITS/VIH/SIDA Secretaría de Salud (2008). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables: Trabajadoras Sexuales.

⁴ Departamento de ITS/VIH/SIDA Secretaría de Salud (2008). Evaluación de la Respuesta Institucional a la Epidemia de VIH/SIDA e ITS Enero-Diciembre 2006.

⁵ UNAIDS (2008). Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Honduras.

⁶ UNAIDS (2008). Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Honduras.

I.3 METODOLOGÍA

El diagnóstico consistió de una breve revisión de informes y normas de atención elaboradas por la Secretaría de Salud y o otros documentos reunidos a través de búsquedas por Internet y de consultas con organizaciones, así como de un análisis profundo de los servicios ofrecidos en 14 CAI seleccionados por la Secretaría de Salud. El análisis incluyó:

1. Entrevistas estructuradas con personal de los CAI;
2. Observación del espacio físico;
3. Revisión de estadísticas de servicio;
4. Entrevistas de salida con los pacientes ; y
5. Entrevistas con informantes claves de organizaciones locales.

Dado que los CAI están ubicados en diferentes áreas geográficas (algunas más distantes que otras) y tomando en cuenta que el tiempo para la recolección de datos era limitado, se conformaron dos equipos para recoger información. Un equipo visitó seis CAI ubicados en los departamentos de Francisco Morazán, el Paraíso, Valle y Choluteca y el otro equipo visitó los restantes ocho CAI, ubicados en los departamentos de Cortés, Atlántida, Islas de la Bahía y Copán. Cada equipo estuvo compuesto por cinco miembros incluyendo personal de AIDSTAR-One y de la Secretaría de Salud, y consultores regionales.

I.3.1 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

La supervisora de los equipos desarrolló un instrumento compuesto de cuatro módulos en colaboración con personal de AIDSTAR-One.⁷ Cada uno de los cuatro módulos correspondió a un tipo de servicio: Prevención de la transmisión Madre-Hijo (PTMH), Consejería y Prueba, Cuidado y Apoyo, y Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Cada equipo realizó entrevistas estructuradas con personal de los CAI encargados de la administración y la provisión de servicios, para recoger información acerca de:

- Rango y volumen de los servicios ofrecidos;
- Utilización de servicios, desagregada por sexo y edad;
- Acceso a los servicios;
- Disponibilidad y uso de normas y protocolos;
- Capacitación y capacidad del personal del establecimiento;
- Sistemas de manejo de información;
- Sistemas de referencia;
- Disponibilidad y estado de equipos médicos, insumos y productos;

⁷ Los módulos están basados en instrumentos desarrollados por Family Health International.

- Actividades de IEC;
- Infraestructura de las instalaciones;
- Costo de los servicios; y
- Capacidad del laboratorio.

Para asegurar que el personal de salud estuviera disponible durante la recolección de datos, la Secretaría de Salud contactó a los directores de los CAI, con anticipación, para informarles acerca del diagnóstico y confirmar las fechas de las visitas.

I.3.2 OBSERVACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO

La supervisora de los equipos desarrolló una lista de control para recolectar información acerca del área de espera, las salas de consejería y consulta, laboratorio y el flujo de pacientes, para determinar si la infraestructura es propicia o limita la provisión de servicios de calidad. Dos miembros de cada equipo recolectaron la información.

I.3.3 REVISIÓN DE ESTADÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

Se aplicó una lista de control para recolectar estadísticas sobre la utilización de los servicios de consejería y prueba, control-prenatal, pacientes bajo TARGA (incluyendo grupo étnico y sexo), y número de personas que han abandonado TARGA.

I.3.4 ENTREVISTAS DE SALIDA CON LOS PACIENTES

Debido a que los pacientes constituyen una valiosa fuente de información acerca del funcionamiento de los programas y de la forma en que se brindan los servicios, consideramos muy importante incluir las opiniones de los pacientes al examinar la calidad de los servicios. En este sentido, cincuenta entrevistas de salida con pacientes fueron realizadas por ambos equipos después de que los pacientes recibieron servicios, a fin de obtener información acerca de la atención obtenida ese día. La participación fue voluntaria y los pacientes tuvieron la opción de negarse a participar. Los temas explorados en el formulario desarrollado por la supervisora de los equipos incluyen:

- Tipo de servicio e información recibida; y
- Opinión sobre horario de atención, tiempo de espera, duración de la consulta, privacidad, disponibilidad y tratamiento del personal, disponibilidad de insumos para la atención.

I.3.5 ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVES

Miembros de cada equipo realizaron entrevistas a representantes de organizaciones seleccionadas que brindan servicios a personas que viven con VIH/SIDA y otras poblaciones vulnerables. Se realizaron ocho entrevistas, con un miembro del equipo moderando la discusión, mientras que el otro actuaba como escriba. El propósito de las entrevistas fue recoger información adicional sobre utilización de los servicios, barreras que las PVVS enfrentan en la búsqueda de servicios, estrategias para apoyar la adherencia a TARGA, y estrategias para promover la prueba y consejería. La supervisora de los equipos también desarrolló la guía de la entrevista.

I.3.6 LIMITACIONES EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Varios retos limitaron la recolección de datos. Los equipos tuvieron solo 8 días para recoger información en los CAI, con personal, pacientes e informantes claves. En varias ocasiones ocurrió que el personal clave del CAI estaba de vacaciones y la persona encargada no tenía acceso a la información que los equipos buscaban. También se encontró frecuentemente que algunas de las estadísticas de servicio solicitadas no estaban disponibles. Finalmente, la manera en que los servicios dentro del CAI, hospital y CESAMO están organizados, aumentó la cantidad de tiempo para ubicar la información necesaria.

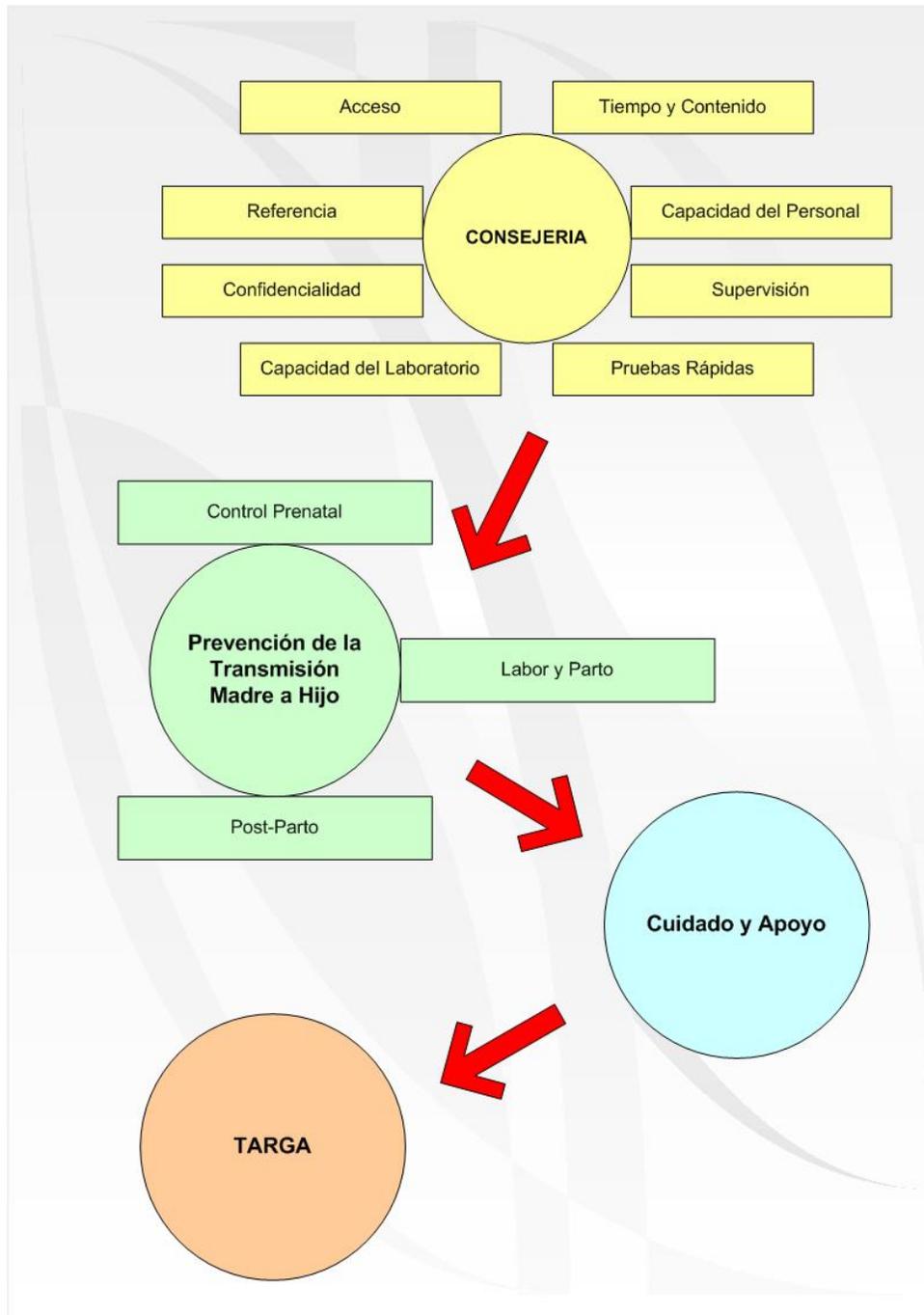
I.3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS

La recolección de datos se llevó a cabo del 29 enero al 6 de febrero (ocho días). La información se recogió, en la medida posible, en pares, con un investigador haciendo la entrevista y el otro actuando como escriba. El escriba tomó apuntes detallados, usando los formularios desarrollados por la supervisora del equipo. En algunos casos, debido al tamaño del establecimiento y el tiempo limitado, los miembros del equipo se desplazaron individualmente para aplicar los diferentes módulos por separado. Cada equipo se reunió diariamente después de completar cada entrevista para analizar los datos. Se creó una base de datos para organizar la información obtenida a través de las entrevistas estructuradas, las entrevistas de salida de los pacientes y la lista de control de observación. Las notas obtenidas a partir de las entrevistas con informantes clave, también fueron revisadas por el equipo, resumidas y guardadas electrónicamente. Una vez completadas las entrevistas, los equipos tabularon y analizaron los datos para identificar y sintetizar los temas, los patrones y las áreas de importancia.

2.0 HALLAZGO

Figura 1: Descripción de los Hallazgos

La información recogida fue clasificada y analizada según el siguiente esquema:



2.1 CONSEJERÍA Y PRUEBA

Según la norma nacional de atención en consejería VIH/SIDA, los componentes de la consejería son:

- Entrega de información personalizada: información sobre el VIH y SIDA de manera científica, libre de prejuicios y falsas creencias. Es muy importante la información sobre la prueba y su significado, y atención integral. Toda la información debe darse en el marco de la Política Nacional de Salud, y el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA;
- Apoyo emocional: ayuda que se le da a la persona para que enfrente la tensión relacionada con la infección y planifique su futuro;
- Evaluación y planificación de la reducción de riesgos: es una oportunidad vital para ayudar a la persona a identificar el riesgo de infectarse o transmitir el VIH;
- Elaboración de un plan de vida: que permita a la persona a realizar sus actividades personales y sociales de manera natural y funcional; y
- Referencia a otros servicios: la persona necesita ir a otros servicios para su evaluación física, tratamientos apropiados y otros servicios de apoyo para mantener comportamientos saludables.

2.1.1 ACCESO

La mayoría de los pacientes de los CAI inicialmente recibieron consejería pre y post prueba y se realizaron la prueba en otros establecimientos de salud públicos y fueron referidos al CAI después de haber sido diagnosticados positivo. Según lo reportado por el personal entrevistado, aunque algunos CAI ofrecen servicios de consejería, no reciben mucha demanda espontánea. En todos los CAI existe un sistema de citas, pero si una persona solicita servicios de consejería y prueba sin tener cita, tratan de atenderlo el mismo día.

Todos los CAI reportaron que brindaban consejería de seguimiento a los pacientes. El equipo investigador no tuvo la oportunidad de observar sesiones de consejería, pero según la información proporcionada por el personal de salud, el objetivo principal de las sesiones es promover la adherencia a TAR y como vivir una vida saludable. Las respuestas del personal respecto al contenido de las sesiones fueron generales, no se logró conseguir información específica sobre los mensajes de prevención que transmiten al paciente ni los temas que abordan.

2.1.2 TIEMPO Y CONTENIDO

En la mayoría de los CAI, el tiempo promedio que dura una sesión de consejería pre-prueba es 15-20 minutos, 10-15 post-prueba con resultado negativo y 30-60 con resultado positivo. Es importante señalar que la norma estipula que el tiempo promedio por sesión debe ser 30-45 minutos para permitir un intercambio personalizado y la realización de la evaluación de riesgos (en el caso de la pre-consejería) o elaboración de un plan de vida (en la post-consejería). Quedan dudas respecto al contenido de las sesiones. Aunque el equipo investigador no observó sesiones de consejería, se dedujo que dada la duración de las sesiones y la falta de capacitación y actualización sobre el tema

entre el personal encargado, es probable que solamente se esté dando información, sin cumplir con un protocolo establecido de consejería.

En un CAI, se reportó que no se hacían demostraciones de cómo usar el condón correctamente, y que no se disponía de herramientas visuales para facilitar la comprensión por parte del paciente. En todo los CAI había condones para distribuir, y el personal reportó ofrecerlos en cada sesión de consejería. En ningún CAI se reportó haber tenido desabastecimiento de condones en los últimos seis meses.

2.1.3 PRUEBA RÁPIDA

De los 14 CAI que participaron en el diagnóstico, solamente tres (Hospital Escuela, San Lorenzo, y Mario Catarino Rivas) ofrecen la prueba rápida junto con la consejería. El resto de los CAI realizan la consejería pre-prueba y luego refieren al paciente al laboratorio del hospital o CESAMO para hacerse la prueba. En el laboratorio se toma la muestra de sangre venosa del paciente y después se centrifuga por el personal para realizar la prueba rápida.

Esto requiere aproximadamente 30 minutos. Usualmente el resultado no está disponible inmediatamente, el paciente suele esperar horas para recibirlo. Se reportó que en general, la misma consejera realiza la consejería pre-prueba y post-prueba.

En casi todos los CAI, las consejeras reconocieron la importancia de ofrecer la prueba en el mismo lugar donde se hace la consejería para aumentar el acceso al servicio, y expresaron interés en recibir capacitación. En el CAI del Hospital Atlántida, La Ceiba, existía personal capacitado para realizar la consejería y prueba, pero en Diciembre 2008 la persona renunció. Se observó que este CAI tiene el equipo necesario y espacio adecuado para realizar la prueba rápida, sin embargo la consejera actual no está capacitada para ejecutar esta tarea y por lo tanto no se ofrece.



2.1.4 CAPACIDAD DEL PERSONAL

Las consejeras suelen ser enfermeras con otras funciones clínicas dentro de los CAI. Se detectó una sobre carga de trabajo lo cual limita la cantidad de tiempo dedicado a la consejería. En casi todos los CAI reportaron que las sesiones son interrumpidas con frecuencia por que las consejeras tienen que apoyar al resto del personal en otra actividades. También se encontró que aunque todas las consejeras habían recibido algún tipo de capacitación en consejería, la mayoría no habían recibido ningún tipo de actualización sobre temas relacionados con la consejería (por ejemplo como realizar demostraciones para utilizar condones correctamente, técnicas de negociación, planificación familiar para personas positivas). Todas las consejeras entrevistadas expresaron la necesidad de la capacitación continúa para actualizar el conocimiento técnico-científico del personal.

2.1.5 SUPERVISIÓN

La supervisión de las consejeras existe principalmente al nivel regional. La coordinadora regional realiza visitas 1-2 veces al año y el propósito es revisar informes y recolectar información. En algunos casos brindan retroalimentación al personal. Los CAI en el Hospital del Tórax y el Mario Catarino Rivas son la excepción, cuentan con supervisores dentro del establecimiento y se reúnen mensualmente con el equipo de consejeros.

2.1.6 CAPACIDAD DEL LABORATORIO

Los laboratorios dentro de los hospitales y el personal del CAI confirmaron que los resultados de las pruebas están disponibles el mismo día que se toma la muestra y usualmente la misma consejera que realizó la consejería pre-prueba entrega el resultado al paciente dentro de la misma semana.

Para realizar la prueba rápida, el personal del laboratorio toma muestras a través de punción venosa y después la centrifuga, esto requiere más tiempo que tomar la muestra a través de una punción capilaria. Esto implica una espera larga para que el paciente reciba su resultado, hasta cierto punto anulando la utilidad de la prueba rápida.

2.1.7 CONFIDENCIALIDAD

En todos los CAI se observó que las sesiones de consejería se realizan en salas con puertas, pero en algunos la pared no llega hasta el techo, afectando la privacidad auditiva. En general, estos espacios usualmente tienen múltiples funciones (por ejemplo, se almacena inventario, o es oficina del personal), lo cual resulta en frecuentes interrupciones durante la consulta debido a que otras personas tienen que entrar para buscar materiales. En todos los CAI, también se observó que utilizan el formulario de Solicitud de Examen de la Infección del VIH para referir al paciente al laboratorio y obtener la autorización por escrito. El formulario solicita el nombre y apellido del paciente y no utiliza un código para proteger la confidencialidad del paciente. El técnico del laboratorio no puede realizar la prueba si el formulario no contiene la firma del paciente. Aunque todo el personal entrevistado reportó conocer el capítulo sobre confidencialidad de la Ley Especial de SIDA, la mayoría reportaron que no existía una política escrita sobre la confidencialidad en el CAI ni tampoco habían recibido orientación sobre el tema. Los investigadores detectaron confusión entre el personal sobre en que consiste la confidencialidad, e identificaron practicas mas bien asociadas con la “secretividad” (sobre-protección de información limitando el acceso a personal involucrado en la atención del paciente).

2.1.8 REFERENCIAS

Los datos recolectados sugieren que la mayoría de referencias se hacen a otros servicios de salud dentro del hospital o CESAMO. Referencias a servicios de apoyo fuera del sistema de salud público son muy limitadas y por lo general no se registra esta información. Generalmente las referencias se hacen mediante llamadas telefónicas para notificar que un paciente llegará a otro servicio. La contrarreferencia no es utilizada, esto tiene implicaciones para la adherencia a TARGA por parte del paciente, especialmente aquellos con TARGA prescrita en los hospitales y luego referidos al CAI más cercano de su comunidad. En muchos casos, después de que reciben TARGA en el hospital los pacientes no acuden al CAI a donde han sido referidos, al no haber seguimiento de referencias los paciente se pierden y continúan el tratamiento.

2.2 PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO/A

La prevención de la transmisión de madre a hijo/a requiere una estrategia que incluya los siguientes componentes:

- Prevención del VIH en mujeres;
- Prevención de embarazos no planificados en mujeres que ya están infectadas con el VIH;
- Prevención de la transmisión del VIH de la embarazada seropositiva al hijo/a; y
- Promoción del cuidado, tratamiento y apoyo entre las madres seropositivas, sus niños/as y familias.

La visión del Programa Nacional abarca estrategias dirigidas a mujeres en edad fértil, mujeres infectadas no embarazadas, y mujeres infectadas embarazadas. La norma nacional de Atención Integral en VIH/SIDA para la Embarazada, utilizada por el Programa de Prevención de Transmisión Madre-Hijo/a, fue creada para orientar a los servicios hacia una atención integral para la embarazada positiva. La norma reconoce que para responder a las necesidades de la embarazada positiva se necesita emplear un enfoque multidisciplinario que incluya los siguientes elementos:

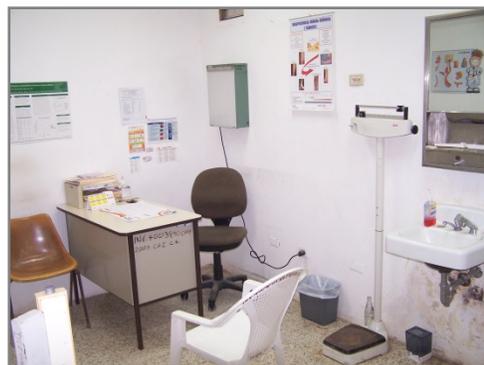
- Manejo clínico;
- Educación en salud básica y del nivel familiar;
- Consejo y apoyo emocional; y
- Apoyo social.

Como centro de referencia, los CAI reciben la mayoría de las pacientes embarazadas después de haber sido diagnosticadas positivas durante su control pre-natal en un CESAMO, hospital, o CESAR. Para entender mejor el flujo de servicios, se recolectó información en las unidades de maternidad de los hospitales y CESAMOS vinculados con los CAI y en los CAI. De los 14 CAI que participaron en el diagnóstico dos, Instituto Nacional del Tórax y Hospital Escuela (ubicados en Tegucigalpa), no cuentan con el programa de PTMH. En Tegucigalpa el CAI Alonzo Suazo es el único que tiene programa. En la mayoría de los CAI con programa de PTMH, el personal encargado reportó no haber recibido capacitación sobre el tema. El servicio que prestan a la embarazada positiva esta enfocado en la provisión y monitoreo de TARGA. Para esto consultan la norma de atención a la mujer embarazada.

2.2.1 CONTROL PRE-NATAL

La información recolectada señala que la consejería y prueba se ofrece rutinariamente como parte de los servicios de control pre-natal dentro de los hospitales y CESAMO. La embarazada es referida al CAI después de haber sido diagnosticada positiva. En algunos casos la embarazada rehúsa la prueba en el centro de salud y acude al CAI para hacérsela. Como se mencionó anteriormente, en la mayoría de los CAI no se realiza la prueba, se refiere al laboratorio del hospital o CESAMO para el servicio.

Todos los CAI con programa de PTMH reportaron que realizaban consejería para la pareja si es solicitada, pero que ocurría con poca frecuencia. Los esfuerzos para fomentar la participación de la pareja son limitados; durante la



consejería a la embarazada se refuerza la importancia de hablar con su pareja sobre su condición de VIH. Acciones enfocadas en el varón, que tomen en cuenta horarios de trabajo y otros factores que influyen su participación no existen.

En varios CAI se reportó que la embarazada positiva continúa el control pre-natal en el CESAMO u hospital y a la vez recibe seguimiento en el CAI. No parece haber mucha diferencia en el tipo de seguimiento que reciben en ambos establecimientos, con la excepción de que en el CAI distribuyen TARGA a la embarazada y monitorean el efecto del medicamento y la adherencia al mismo. La comunicación y coordinación entre los CAI y otros establecimientos de salud respecto al cuidado de la paciente es fragmentada y a veces se oculta el estatus serológico de la embarazada para proteger su privacidad. De nuevo se detectó confusión entre el personal respecto a la confidencialidad.

En la mayoría de los CAI reportaron que se ofrece servicios para el manejo de ITS, tratamiento para infecciones oportunistas, y consejería sobre planificación familiar y alimentación del bebé. Según lo reportado, las consejeras tienden a promover el condón o la esterilización a mujeres positivas y otros métodos no son ofrecidos durante la consejería sobre planificación familiar. Respecto a la alimentación del bebé, solamente se promueve el uso de leche maternizada y no se evalúa otras opciones como la lactancia. También indicaron que suelen referir para grupos de auto-ayuda, y servicios de apoyo, aunque el último ocurre con poca frecuencia y no se registra. Aparte de reforzar a la embarazada, por medio de la consejería, la importancia de notificar a la pareja sobre su estatus, no se obtuvo evidencia de esfuerzos por parte del CAI para involucrar a la familia de la paciente en su cuidado.

2.2.2 TRABAJO DE PARTO Y PARTO

La embarazada positiva es referida a la unidad de trabajo de parto y parto del hospital o CESAMO vinculado con el CAI para dar a luz por medio de cesárea. Un obstáculo que limitó la recolección de datos dentro de estas unidades fue la falta de disponibilidad (durante la visita del diagnóstico) de personal clave que sirve como enlace entre el CAI y la unidad de trabajo de parto y parto. Por lo general, hay una persona responsable y el resto del personal no maneja información completa sobre el flujo de servicio entre el CAI la unidad de trabajo de parto y parto. También se encontró que en muchos casos embarazadas que acuden a trabajo de parto y parto por su propia cuenta no conocen su condición de VIH u ocultan que son positivas, y el personal de trabajo de parto y parto desconocen las “mejores practicas” obstétricas durante el trabajo de parto para prevenir la transmisión de VIH madre-hijo/a. El personal entrevistado no demostró tener conocimiento suficiente sobre el riesgo de transmisión asociado con procedimientos como la ruptura artificial de las membranas, episiotomía, utilización de fórceps, y extracción por succión.

2.2.3 POST-PARTO

La atención a la embarazada está más orientada al parto que al proceso completo del cual el parto es solamente un componente. En los CAI que cuentan con programa de PTMH, los servicios durante el post-parto consisten principalmente de visitas de seguimiento para revisar la cesárea y la distribución de leche maternizada (52 latas durante los primeros seis meses, según pautas internacionales). Generalmente, las enfermeras profesionales le entregan la leche a la nueva madre y le explican como prepararla e indican que deben seguir las instrucciones que aparecen en la lata de formula. Demostraciones de cómo hacerlo no suelen ocurrir en la mayoría de los CAI. El personal entrevistado no proporcionó información específica sobre el tipo de información y los mensajes que utilizan para promover la preparación correcta.

Seguimiento al bebé positivo se realiza en los CAI que cuentan con un pediatra, en el caso de los CAI que no tienen un pediatra, generalmente se refiere el bebé al Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula o al Hospital Escuela en Tegucigalpa. De los 14 CAI que participaron en el diagnóstico, siete no tienen personal especializado en atención pediátrica del VIH.

2.3 CUIDADO Y APOYO

El rango de servicios disponibles en los CAI varía. Cada CAI existen al menos tres disciplinas como parte del equipo de los CAI; médico para consultas de seguimiento, enfermera para la consejería, y farmacéutica para la dispensa de ARVs y en algunos casos antimicóticos y antibióticos. La mayoría de los medicamentos para infecciones oportunistas y otras condiciones se encuentran en la farmacia del hospital o CESAMO. Algunos CAI también ofrecen apoyo psicológico y social, servicios de odontología, y diagnóstico y tratamiento para ITS. Los CAI que no cuentan con estos servicios, refieren pacientes a los hospitales y CESAMOs.

Se brinda consejería sobre planificación familiar, pero solamente distribuyen condones como método de planificación familiar. Los pacientes son referidos a los hospitales o CESAMOs para obtener otros métodos de planificación familiar, especialmente la esterilización femenina que recomiendan para mujeres positivas. Según lo reportado, las consejeras tienden a promover el condón o la esterilización a mujeres positivas y otros métodos no son ofrecidos durante la consejería sobre planificación familiar. También refieren al hospital y CESAMO para el examen papanicolaou. En el caso de un resultado anormal, la mayoría de los CAI reportaron que realizaban búsqueda activa a través del teléfono y visitas domiciliarias para notificarle a la paciente.

Algunos CAI ofrecen servicios para la detección de algunas ITS y generalmente refieren a los pacientes a la farmacia del hospital o CESAMO para los medicamentos. Los CAI en La Ceiba (por ser un centro centinela para las ITS), Tela, Miguel Paz Barahona ofrecen tratamiento para las ITS. En todos los CAI diagnostican las infecciones oportunistas pero suelen referir al paciente al hospital o CESAMO para ver especialistas (por ejemplo dermatólogo) y para obtener medicamentos de la farmacia.

Para realizar la prueba de TB los pacientes son referidos al hospital u CESAMO. Los pacientes co-infectados con TB y VIH reciben el tratamiento para TB en el hospital o CESAMO, pero continúan recibiendo TARGA en el CAI. Aunque los CAI están ubicados dentro de las instalaciones del hospital o CESAMO, la distancia entre los servicios, y las largas esperas para obtener el tratamiento para TB implica pérdidas de tiempo. Para personas con estado de salud delicado el traslado presenta dificultades adicionales.

Las actividades extramuros que realizan los CAI consisten principalmente de charlas informativas. Algunos coordinan con ONGs o grupos religiosos para ofrecer ayuda alimentaria a PVVS, pero este apoyo ocurre de vez en cuando y no está formalmente registrado. En todos los CAI tienen grupos de auto-apoyo o colaboran con organizaciones para conectar a pacientes con estos grupos.

En los CAI más pequeños con menos pacientes el personal (por lo general la trabajadora social) hace visitas domiciliarias para darle seguimiento a pacientes que no acuden a sus visitas o aquellos que han sido referidos a otros servicios. Los CAI con un volumen más alto de pacientes, usualmente dependen de organizaciones como ASONAPVSI DAH porque el personal está sobre cargado y no tiene tiempo. Voluntarios de ASONAPVSI DAH también apoyan durante horas de atención – brindan charlas informativas en la sala de espera, dirigen los grupos de auto-apoyo, ayudan a

pacientes a ubicar servicios y a veces los acompañan cuando han sido referidos a otro establecimiento de salud.

2.4 TARGA

En la mayoría de los CAI que participaron en el diagnóstico, el personal médico entrevistado reportó que utilizaban la norma de Atención Clínica como guía para recetar TARGA y dar seguimiento al paciente bajo tratamiento.⁸ El equipo de investigación observó que en las farmacias de los CAI hay una buena dotación de ARVs y no existen “listas de espera.” El costo de los ARVs es entre 100-1500 lempiras, solicitan una cantidad simbólica al paciente, según su capacidad económica. Frecuentemente las personas no pagan nada por falta de recursos.



Cada CAI cuenta con al menos un/a médico/a que receta TARGA y realiza consultas de seguimiento. TARGA se ofrece durante las horas de atención de los CAI; lunes-viernes, usualmente de 7:00 AM-1:00 PM.

Como centros de referencia, los CAI reciben pacientes que han sido diagnosticados positivos en hospitales, CESAMOs y otros establecimientos de salud. Dependiendo de la condición del paciente, el tiempo de espera desde el momento que ha sido diagnosticado hasta la primera cita en el CAI es de 1-7 días. En la primera cita, el personal médico realiza un examen físico completo y pruebas de laboratorio (para las pruebas se refiere al laboratorio del hospital) para evaluar si el paciente reúne los criterios para iniciar TARGA. Las pruebas de laboratorio incluyen:

- Hemograma;
- Conteo de linfocitos T CD4;
- Carga Viral;
- Química sanguínea: (Urea, creatinina, transaminasas, fosfatasa alcalina, proteínas totales o albúmina, colesterol, triglicéridos y glucosa);
- General de orina; y
- Rayos X del tórax.

Con la excepción de la carga viral (la muestra se envía al Laboratorio Nacional de Referencia para análisis y los resultados demoran semanas), la mayoría de los resultados están disponibles a más tardar una semana. Es importante señalar que según la norma nacional, no es necesario medir la carga viral antes de iniciar TARGA. Esta es indicada para evaluar la respuesta a la terapia.

⁸ De los 14 CAI que participaron en el diagnóstico, no se obtuvo información sobre TARGA en el CAI del Hospital de Puerto Cortes. El médico encargado estaba de vacaciones y no se pudo realizar la entrevista.

El manejo y frecuencia del seguimiento del paciente después de la evaluación clínica depende de los síntomas y signos encontrados. Si el paciente tiene un $CD4 < 250$, se inicia TARGA inmediatamente y se refiere al psicólogo en el CAI u hospital (si el CAI no cuenta con personal especializado). Se le entrega al paciente los ARVs semanalmente durante el primer mes, y luego mensualmente. La mayoría de las farmacéuticas reportaron que durante la entrega de los ARVs reforzaban la adherencia. No se obtuvo información específica sobre el contenido de los mensajes que daban a los pacientes, el personal entrevistado proporcionó información general al respecto. Las evaluaciones médicas se realizan cada dos semanas al inicio del tratamiento, y después mensualmente. Pacientes con un $CD > 250$ se citan cada 2-6 meses para evaluar su condición. Entre las razones por las cuales no se receta TARGA a un paciente incluyen la mala adherencia, los problemas psicológicos, la drogadicción, y el alcoholismo. El seguimiento a estos pacientes consiste de visitas mensuales (o cada 2 meses) y atención medica cuando sea necesaria.

De los 14 CAI que participaron en el diagnostico, siete cuentan con pediatras que recetan TARGA a niños. El resto de los CAI hacen referencias otros CAI, particularmente al Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula, y el Hospital Escuela en Tegucigalpa.

Los criterios que utilizan para determinar si el paciente presenta falla terapéutica al régimen de primera línea son el recuento de $CD4$ y la carga viral. Una vez que se confirma, se presenta el caso a la mesa técnica sobre TARGA para evaluación. Este proceso puede tomar tiempo, dado que la mesa se reúne cada 2 meses. El personal médico entrevistado, estimó que el número de casos de falla terapéutica eran mínimos. Algunos expresaron frustración con el tiempo de espera para que la mesa técnica revise el caso y de recomendaciones.

El personal médico reportó que para valorar la adherencia a TARGA monitoreaba las recetas. A veces dependen de los informes del paciente y la familia, y en algunos casos realizan recuento de píldoras. Según la opinión del personal entrevistado, las razones por las cuales los pacientes abandonan TARGA son:

- Situación económica;
- Estigma y discriminación;
- Migración;
- Alcoholismo y drogadicción;
- Creencias religiosas;
- Distancia; y
- Efectos secundarios.

Organizaciones como ASONAPVSI DAH usualmente apoyan al personal del CAI para realizar visitas domiciliarias a pacientes que no asisten a sus citas ni recogen su tratamiento.

La capacitación del personal médico y farmacéuticos en temas relacionados con TARGA no es uniforme. Algunos médicos, durante el último año, han participado en talleres (facilitados por compañías farmacéuticas) sobre nuevo régimen de tratamiento, pero en algunos CAI, nunca han recibido capacitación y sin embargo recetan TARGA y dan seguimiento a los pacientes.

Algunos de los CAI cuentan con materiales informativos para los pacientes sobre la importancia de la adherencia, como vivir saludable, prevención de VIH e ITS, y el sexo seguro. El personal expresó la necesidad de materiales educativos para los pacientes y herramientas de apoyo para los proveedores.

2.5 ENTREVISTAS DE SALIDA

Se realizaron 50 entrevistas de salida con clientes de los 14 CAI para explorar opiniones acerca de la calidad de los servicios. Se entrevistó entre dos y cuatro clientes en cada CAI, con dos excepciones – solo una entrevista fue realizada en el Hospital del Sur y cinco fueron realizadas en el Hospital Regional Atlántida. La mayoría de los entrevistados eran mujeres y la edad promedio era 38 años. Casi todos los pacientes estaban en el CAI para recibir TARGA o para una consulta médica al momento de ser entrevistado. Las opiniones y sugerencias aportadas por los clientes complementan la información recolectada entre el personal de salud, lo cual permite un mejor entendimiento de los servicios de salud.

En general, los pacientes reportaron satisfacción con el personal de los CAI, pero piensan que es necesario aumentar el número de recursos humanos para evitar tiempos de espera largos y asegurar que los servicios sean más integrales. Otro tema común es el acceso a medicamentos para infecciones oportunistas. Los pacientes mencionaron la importancia de tener los medicamentos disponibles en el CAI para no tener que acudir a otros establecimientos a buscarlos.

Varios pacientes solicitaron apoyo financiero, especialmente para el transporte al CAI. Algunos clientes reportaron haber pagado más de 100 Lempiras y en algunos casos, hasta 500 Lempiras para los medicamentos y análisis de laboratorio. Algunos clientes también pidieron apoyo para conseguir trabajo y alimentación para sus familias. Una paciente de Roatán explicó que “las atenciones son bien, pero falta como ayudarnos con alimento, y para gestionar trabajo...”

Algunos clientes sugirieron que el CAI debe obtener más insumos generales (por ejemplo camas, sillas, vasos) y equipo médico. También solicitaron que se crearan más grupos de autoapoyo para las PVVS.

Se obtuvo información que sugiere deficiencias en la información que el personal del CAI brinda a los pacientes. La mayoría de los entrevistados no pudieron identificar correctamente las formas de contraer el VIH. También reportaron la falta de materiales educativos y algunos recomendaron que se ofreciera charlas educativas en los CAI.

Aparte de esas sugerencias, los pacientes, en general, están satisfechos con los servicios del CAI. Piensan que la consulta – la duración, la privacidad, el espacio – es buena. También están satisfechos con el personal de salud, la interacción con ellos y con su disponibilidad para prestar servicios. Los aspectos de los servicios en los cuales no estaban tan satisfechos eran el horario de atención, el tiempo de espera, la información, los materiales educativos, y la disponibilidad de materiales para la atención. Se puede observar este nivel de satisfacción inferior en las sugerencias ya mencionadas arriba. La Tabla 1 representa un resumen de las opiniones de los clientes.

Tabla 1: Opinión de Clientes sobre Aspectos Relacionados con la Calidad de los Servicios en los CAI

Aspecto de Servicio	Malo	Regular	Bueno	Excelente	No Respondieron	Total
Horario de atención	2	5	27	16	0	50
Tiempo de espera	5	8	26	10	1	50
Duración de la consulta	0	4	33	10	3	50
Privacidad/espacio para la consulta	0	1	34	14	1	50
Información/materiales educativos	6	9	18	10	7	50
Interacción con los trabajadores de salud	0	1	27	21	1	50
Disponibilidad de personal para prestar servicios	1	1	26	21	1	50
Disponibilidad de materiales para la atención	1	6	28	11	4	50

2.6 ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVES

El equipo investigador realizó ocho entrevistas con informantes claves de ONGs y la Secretaría de Salud. Entre las ONGs se incluyeron, La Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA Hondureña (ASONAPVSI DAH), CHF International (receptor principal del Fondo Global en Honduras), y La Asociación para Una Vida Mejor de Personas Infe ctadas y Afectadas por el VIH/Sida (APUVIMEH). El propósito de las entrevistas fue recoger información adicional sobre utilización de los servicios, barreras que PVVS enfrentan en la búsqueda de servicios, estrategias para apoyar la adherencia a TARGA, y estrategias para promover la prueba y consejería.

Los informantes ofrecieron varias razones por los cuales las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) no acuden a los CAI cerca de sus comunidades. El estigma y la discriminación dentro de la comunidad desmotiva a las personas a utilizar los servicios de salud. ASONAPVSI DAH y APUVIMEH mencionaron que la calidad de los servicios dentro de los CAI también es un factor. Específicamente refirieron a la falta de personal capacitado y sensibilizado sobre las necesidades de PVVS (en particular con la población HSH), problemas de confidencialidad, y desabastecimiento de medicamentos para tratar infecciones oportunistas. En algunos casos, las personas buscan servicios en CAI de otras regiones porque no saben que existe uno dentro de sus comunidades, o los servicios que ofrecen son limitados.

Las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud entre las PVVS que fueron reportadas están relacionadas con la calidad de servicio tanto en el CAI como en los hospitales.

Frecuentemente, las PVVS no son atendidas con prioridad en la sala de emergencia y otros servicios dentro del hospital por ser positivos. Si el CAI está cerrado, el personal del hospital los hace esperar hasta que el CAI abra de nuevo. Existe la percepción que la atención integral no existe en los CAI, no hay suficiente personal especializado para brindar servicios integrales, ni equipos multidisciplinarios para atender casos. La mayoría de los CAI no cuentan con infectólogo, nutricionista,

suficiente consejeros dedicados a solamente a la consejería (lo común es que sea una enfermera que tiene varias responsabilidades).

Durante las entrevistas surgieron varias estrategias para mejorar la calidad de los servicios para PVVS:

- Aumentar el número de personal especializado en los CAIs. Existe mucha demanda para apoyo emocional, pero no todos los CAIs cuentan con psicólogos;
- Integrar currícula sobre atención al PVVS, estigma y discriminación, dentro de las universidades que ofrecen programas de medicina, enfermería, psicología, y se debe requerir que los estudiantes de medicina hagan su pasantía en los CAIs como parte de su formación. El personal de salud debe tener la formación adecuada para ejercer su trabajo (ej. Psicólogo debe tener formación académica en psicología no en trabajo social como suele ser el caso en algunos CAI);
- Incidir en las autoridades de salud para que lideren la transformación de actitudes y comportamientos del personal de salud y de las comunidades;
- Mejorar la comunicación dentro de la secretaria de salud, entre el nivel central, regional, y establecimiento de salud, así como también con las organizaciones de PVVS y otros organismos comunitarios para asegurar buena coordinación y servicios de calidad; y
- Integrar una perspectiva de derechos humanos dentro la entrega de servicios.

Estrategias para apoyar la adherencia entre las PVVS incluyen:

- Aumentar el número de pediatras especializados en VIH y TARGA;
- Implementar protocolos de adherencia desde la consejería;
- Contribuir recursos para cubrir costo de transporte del/la paciente cuando tiene que viajar para recoger sus medicamentos;
- Capacitación para personal/voluntarios que hacen visitas domiciliarias;
- Asignar recursos para hacer visitas domiciliarias;
- Ampliar marco/esquema de tratamiento. Aumentar opciones para segunda y tercera línea de tratamiento;
- Personal del CAI debe monitorear más cercanamente la adherencia del paciente. (debe ser más accesible);
- Crear oportunidades de empleo para PVVS;
- Apoyo nutritivo, ir más allá de la consejería y facilitar acceso a comida; y
- Sensibilizar a las iglesias y grupos religiosos sobre la importancia de TARGA y el rol que deben jugar para promover adherencia.

Para aumentar el número de personas que se hacen la prueba y reciben consejería sugirieron:

- Implementar campañas masivas de comunicación;

- Conformar brigadas que realice visitas a las comunidades para sensibilizar a la gente. Las brigadas pueden involucrar a las PVVS en la promoción de la prueba y consejería. Las visitas domiciliarias que los voluntarios realizan son una oportunidad para abordar a la gente y promover que se hagan la prueba; y
- Capacitar a los servicios privados sobre la consejería pre y post prueba y monitorear que la estén realizando.

3.0 CONCLUSIONES

De acuerdo a la información recopilada, los CAI surgieron en el país como una respuesta rápida a la epidemia del VIH y a que muchos pacientes demandaban atención en los hospitales. Los CAI se visualizaron como una herramienta para darle seguimiento a las PVVS y a la vez brindarles “atención integral” basada en cuatro elementos; el manejo clínico, cuidados de enfermería, consejería y apoyo emocional, y apoyo social. Sin embargo, el equipo del diagnóstico encontró que los CAI en su mayoría son una estructura de atención primaria dentro de una estructura secundaria, lo que confunde su forma de organización. Los servicios están orientados generalmente al seguimiento para la entrega de TARGA, consejería para la adherencia, y grupos de auto-apoyo. No hay coordinación entre los CAI y los servicios hospitalarios, por lo que en muchas ocasiones el personal del hospital no conoce la ubicación del CAI, ni sus actividades

3.1 ORGANIZACIÓN INTERNA Y FUNCIONAMIENTO DEL CAI

La información recolectada sugiere que las normas no son cumplidas de manera uniforme en los CAI. La norma de Atención Clínica parece ser la que se cumple con mayor frecuencia. Aunque en la mayoría de los CAI se observó que existían copias de las diferentes normas (consejería, PTMH, TARGA, cuidado y apoyo), no se encontraron guías, protocolos de atención, manuales de procedimiento, y herramientas de apoyo para orientar al personal de salud en la entrega de servicios de acuerdo a las normas.

El enfoque principal de los CAI es la provisión y monitoreo de TARGA. En todas las farmacias de los CAI se encontró una buena dotación de ARVs y al menos tres disciplinas como parte del equipo, médico, enfermera, y farmacéutico. Sin embargo en muchos CAI el manejo del paciente no es interdisciplinario. Aunque todos los CAI están vinculados físicamente con un hospital o CESAMO, lo cual en principio facilita la interconsulta, la verticalidad con la que parecen haber sido instalados los CAI hace que funcionen como “islas” dentro de los establecimientos de salud. En muchos casos, el personal del hospital desconoce la función del CAI.

El flujo del paciente dentro del hospital suele ser complicado, el paciente tiene que ir del CAI al hospital varias veces durante una cita para recibir todos los servicios y medicamentos necesarios. Existe duplicación de medicamentos en farmacias, algunos medicamentos se encuentra en el CAI y otros en el hospital. Los pacientes co-infectados TB/VIH tienen que buscar sus medicamentos en lugares diferentes (ARVs en el CAI, medicamento para TB en el CESAMO). En la mayoría de los casos, la prueba rápida no se hace donde se hace la consejería pre-prueba y el paciente es referido al laboratorio del hospital. En el caso de los servicios de control pre-natal, se encontró una falta de integración entre el CAI y los hospitales y CESAMOs, resultando en duplicación de seguimiento a la embarazada, y falta de comunicación entre el personal que la atiende y la sala de labor y parto. La fragmentación de los servicios limita el acceso del paciente a medicamentos, consultas, información y otros recursos. El paciente gasta mucho tiempo y energía navegando los sistemas del hospital y CAI, lo cual frecuentemente desmotiva a la persona a volver a utilizar los servicios.

El programa de prevención de transmisión madre a hijo/a está muy focalizado en la provisión de TARGA y leche maternizada. El programa no incluye actividades de prevención dirigidas a mujeres de edad fértil, ni promueve la planificación familiar para evitar embarazos no planificados en mujeres positivas. Tampoco existen estrategias para aumentar la participación de la pareja en la consejería y prueba. Iniciativas que promuevan el cuidado, tratamiento y apoyo entre las madres con VIH, sus niños/as y familia están limitadas a la creación de grupos de auto-apoyo en algunos CAI.

3.2 RECURSOS HUMANOS

En general el personal de los CAI brinda atención con calidad, calidez, y muy humano, a los pacientes. Las entrevistas revelaron la motivación, proactividad e iniciativa del personal, como también la experiencia y conocimiento de VIH que muchos tienen. La mayoría de las quejas de los pacientes están relacionadas con el trato del personal en los hospitales.

Casi todo el personal que fue entrevistado expresó apertura hacia los nuevos aprendizajes e identificaron la necesidad de recibir capacitación continua como una prioridad. En ninguna de las regiones que se visitaron se encontró un plan de capacitación ni los recursos necesarios para realizar talleres especializados y de actualización. La capacitación para consejería ofrecida por la Secretaría de Salud consiste de 3 fases, requiere de 3 a 5 días para completar cada fase, y solamente se ofrece en Tegucigalpa. La persona tiene que completar las 3 fases para recibir certificado como consejera. Los establecimientos de salud carecen los recursos necesarios para enviar personal a las capacitaciones, resultando en un número limitado de consejeros certificados en el país.

También se observó que no había inducción para nuevos empleados, resultando en confusión sobre roles, procedimientos y funciones de trabajo. En la mayoría de los CAI se observó una sobrecarga de funciones que impacta la calidad del servicio prestado. La asignación de funciones tiende a ser confusa, esto es debido a la falta de términos de referencia, descripción de puestos, y el hecho de que no se realizan evaluaciones de desempeño.

La supervisión no está bien establecida, los coordinadores de cada región (identificados como supervisores por el personal entrevistado) usualmente se reúnen con el personal de los CAI mensualmente para coleccionar datos y ocasionalmente para entregar insumos. La falta de clarificación de roles parece contribuir a que el personal contratado por el Fondo Global tienda a no responder a la autoridad de la Secretaría de Salud.

En muchos CAI el personal y los pacientes expresaron la necesidad de incorporar personal adicional en las áreas de:

- Psicología (con entrenamiento para manejar situaciones a lo largo del ciclo de vida);
- Pediatría;
- Microbiología; y
- Ginecología.

3.3 SISTEMA DE REGISTRO

Existen formatos diseñados por la Secretaria de Salud para la recolección de información, sin embargo no se utilizan con frecuencia por desconocimiento de su existencia, falta de tiempo para llenarlos o por desabastecimiento de papelería dentro de los CAI. El personal médico reportó que

no siempre registran las consultas diarias, porque “toma mucho tiempo.” Muchas actividades “extramuros” tampoco quedan registradas.

En muchos casos el registro de consultas, consejerías, y otros servicios depende de una persona, no de un proceso institucionalizado. Esto limitó la recolección de datos en varias ocasiones durante el diagnóstico. El médico o enfermera encargada estaba de vacaciones y nadie tenía acceso a la información que los investigadores buscaban.

Se encontró que la duplicación de expedientes, con informaciones distintas es común, como también la pérdida de los expedientes. En varios CAI, el personal del programa de PTMH mencionó que en muchas ocasiones a las embarazadas se les hacía un expediente en cada visita de control pre-natal porque no podían ubicar el que se había hecho anteriormente.

Consolidación del registro diario ocurre con poca frecuencia. Los investigadores encontraron que algunas estadísticas de servicios no estaban actualizadas y que los registros y expedientes con información personal de los pacientes no siempre eran guardados bajo llave.

3.4 INTEGRACIÓN CON LA COMUNIDAD

En la mayoría de los CAI hay grupos de auto-apoyo y voluntarios integrados al despacho de medicamentos, acompañamiento de las y los usuarios en el hospital y visitas domiciliarias. También se encontró que algunos de los CAI coordinan actividades extramuro con varias organizaciones que trabajan en las comunidades el tema de VIH/SIDA. Sin embargo, la colaboración es limitada y muchos de los CAI no han logrado una articulación efectiva con otros grupos de base comunitaria. Los datos recolectados no revelaron esfuerzos de los CAI para promover la participación de las familias de los pacientes en su cuidado y apoyo.

El tema de estigma y discriminación dentro de las comunidades surgió con frecuencia durante las entrevistas con el personal de salud e informantes claves. Muchos pacientes perciben de que son discriminados por la comunidad, razón por la cual algunos no vuelven a buscar TARGA, afectando la adherencia y la utilización de los servicios cercanos a su comunidad.

3.5 PRIORIDADES IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE LOS CAI

Durante las entrevistas se preguntó al personal cuales eran las 3 prioridades para mejorar la calidad de los servicios en los CAI. Las respuestas fueron similares en los 14 CAI que se visitaron:

- Aumentar el personal para tener un equipo multidisciplinario en cada CAI;
- Capacitación, actualización e inducción del personal de los CAI;
- Sensibilización del personal de los hospitales;
- Mejor comunicación y sistema de referencias entre los CAI y hospitales;
- Facilitar el intercambio entres los CAI;
- Ejecutar un estrategia de transición para absorber el personal financiados por el Fondo Global;

- Ofrecer la prueba de VIH dentro de los CAI; y
- Materiales de IEC para consejeros y población de bajo nivel escolar

Las prioridades identificadas por el personal confirman las observaciones del equipo investigador y sirvieron como base para las recomendaciones que siguen a continuación.

4.0 RECOMENDACIONES

4.1 ORGANIZACIÓN INTERNA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CAI

- Actualización y validación de los protocolos, guías y manuales a nivel nacional;
- Disseminación y capacitación del personal de los CAI en la aplicación de los protocolos, utilización de las guías y manuales;
- Mejorar la integración entre los CAI y Hospitales:
 - Acceso de los PVVS a los servicios del hospital;
 - Sensibilizar el personal de los hospitales; y
 - Definir roles y responsabilidades del personal de los CAI y de los hospitales;
- Promoción de los servicios ofertados por el CAI tanto en la comunidad como al interno del Hospital;
- Establecer canales de comunicación entre los CAI, los Hospitales, CESAMOS Y CESARES;
- Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia (ej. Incluir historia médica completa, seguimiento, disponibilidad de formularios, registros, directorio de organizaciones, etc.);
- Fomentar el intercambio de experiencias entre los CAI;
- Materiales de apoyo para la consejería (rotafolios, condones, etc);
- Espacio físico adecuado para las consejerías; y
- Valorar la posibilidad de ofrecer las pruebas rápidas como parte de los servicios de consejería

4.2 RECURSOS HUMANOS

- Establecer una estrategia de transición para que el personal contratado por el FG sea absorbido por la Secretaría de Salud para garantizar la continuidad de los servicios;
- Completar los equipos multidisciplinarios de cada CAI con enfoque de interdisciplinariedad, para ofertar atención integral (*considerar volumen*);
- Implementar una política de inducción y capacitación para los nuevos recursos humanos;

- Establecer un plan de actualización para el personal de los CAI y temas de capacitación: consejería sobre alimentación del bebé, planificación familiar, confidencialidad, gestión en salud (*gerencia, liderazgo, planificación, supervisión, etc.*), psicología (*Evaluación, Diagnóstico e Intervención según el ciclo de vida*).
- Desarrollar un sistema de seguimiento para personal que han recibido capacitación. Esto permitirá apoyar el desarrollo de destrezas y la retención de información y monitorear la aplicación de los mismos.

4.3 SISTEMA DE REGISTRO

- Implementar un sistema de información integrado:
 - Abastecimiento de formularios;
 - Capacitación sobre el uso de los formularios y su importancia en el proceso de registros; y
 - Recolectar la información y mantener actualizada la información.
- Desagregar estadísticas de servicio por sexo para monitorear la utilización de los servicios entre hombres y mujeres.

4.4 VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD

- Formalizar la relación entre los CAI, ONG y Organizaciones comunitarias disponibles en cada comunidad:
 - Capacitar a voluntarios y líderes comunitarios para maximizar el impacto de las visitas domiciliarias;
- Integrar a las parteras a la estrategia de PTMH;
- Vincular los gobiernos locales (alcaldías) a las estrategias de promoción y prevención del VIH (fomento de pruebas, etc.); y
- Sistema de registro y documentación de actividades extramuros.
- Integrar estrategias para aumentar la participación de la pareja en el cuidado de la embarazada.

For more information, please visit aidstar-one.com

AIDSTAR-One Project

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: aidstar-info@jsi.com

Internet: aidstar-one.com