

*Integración del VIH y otras enfermedades Infecciosas  
prevalentes en el primer nivel de atención  
Centroamérica y el Caribe*

Metodologías en línea y a domicilio para mejorar el  
Conocimiento, Actitudes y Practicas

Informe de Evaluación de Base de Línea

Preparada por: :

Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva  
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Diciembre de 2011

Instituciones Participantes:

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud, ciudad de Panamá, Panamá  
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, U.S.A.  
Oficina de Asuntos Mundiales de la Salud, U.S.A.

## TABLA DE CONTENIDOS

Siglas

Lista de participantes

Resumen Ejecutivo

1. Información General
2. Objetivos y finalidad de la evaluación
3. Métodos de recopilación de datos de línea de base
  - 3.1 Instrumentos de recolección de datos
  - 3.2 Validación y ajustes de instrumentos de recolección de datos
  - 3.3 Selección de Muestra
  - 3.4 Selección y trabajo de campo en las instalaciones primarias
    - Guatemala
    - Nicaragua
    - Panamá
    - República Dominicana
  - 3.5 Porcentaje de respuestas y error de no respuesta
  - 3.6 Digitación de datos
4. Análisis de la información de línea de base
5. Resultados de la Evaluación de la línea de base
  - 5.1 Cuestionario del perfil del entrevistado
  - 5.2 Conocimiento de la transmisión, prevención y control del VIH
    - Conocimiento del Proveedor de salud de transmisión, prevención y control del VIH
    - Conocimiento del usuario de los servicios de salud de la transmisión, prevención y control del VIH
    - Conocimientos del director de la integración de los servicios de salud
  - 5.3 Conocimiento de la transmisión vertical
    - Conocimiento del proveedor de salud de la transmisión vertical del VIH
    - Conocimiento del usuario de la transmisión vertical del VIH
    - Conocimiento del director de la transmisión vertical del VIH
  - 5.4 Conocimiento del VIH y de las EIR en los servicios de consejería
    - Conocimiento de los proveedores de salud en los servicios de consejería
    - Conocimiento del usuario en los servicios de consejería
    - Conocimientos del director en los servicios de consejería
  - 5.5 Estigma relacionado con el VIH
    - Estigma del proveedor de salud
    - Estigma del usuario del servicio de salud
  - 5.6 Mejora en el servicio de partos (calidad y atención) para pacientes con VIH
    - Evaluación de los directores en los procesos de el mejoramiento de los centros de atención para personas infectadas con VIH

Evaluación del usuario de los servicios de salud en el proceso de mejora de la atención de los servicios relacionados con el VIH

6. Evaluación del curso en línea de la OPS
7. Evaluación del cursos en línea de UJH
8. Evaluación del curso a domicilio de GORGAS
9. Evaluación transversal de los cursos en línea y a domicilio
10. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación final
  - 10.1 Evaluación de la línea de base
  - 10.2 Evaluación del curso OPS
  - 10.3 Evaluación del curso transversal

11. Limitaciones del Estudio

12. Referencias

Apéndice 1: Indicadores Demográficos y Socioeconómicos

Apéndice 2: Evaluación y análisis de la metodología

Apéndice 3: Formularios de recolección datos para directores, (3A), proveedores (3B) y ambulatorios (3C)

Apéndice 4: Lista de desarrollo e indicador macro e índice

Apéndice 5: Bases de datos de frecuencia para instalaciones, proveedores y pacientes ambulatorios

Apéndice 6: Cuestionario de Evaluación de curso Gorgas

Apéndice 7: Resultados completos por tema del curso OPS

## SIGLAS

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
CIESAR	Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
CRECS	Centro Regional de Capacitación en Salud
GORGAS	Instituto Conmemorativo Gorgas
HHS	Departamento de salud y servicios humanos
HBV	virus de Hepatitis B
HIV	Virus de Inmunodeficiencia humana
JHU	Universidad Johns Hopkins
KAP	Conocimientos, Actitudes y Practica
OGHA	Oficina de Asuntos mundiales de salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
RH	Salud Reproductiva
SILAIS	Sistemas de Atención Integral de Salud
SRH	Salud Sexual y Reproductiva
SRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
STI	Infecciones de Transmisión Sexual
WHO	Organización Mundial de la salud

## **PARTICIPANTES DE EVALUACION POR PAIS**

### Guatemala

Coordinador General:

Dr. Edgar Kestler

Coordinadora de Campo:

Lic. Irma Irene Monzón

Asesor Estadístico :

Dr. Jorge Matute

Expertas Cualitativas:

Lic. María Luisa Martínez

Lic. Margarita Ramírez

Trabajadoras de Campo:

Licda. Gloria García

Licda. Rosaura Sanabria

Lic. Jorge García (supervisor)

### Nicaragua

Trabajadoras de Campo:

Dra. Alicia Rivas Miranda

Ing. Súham Areli Gurdíán Reyes

Licda. Cela Guevara

Dra. Xiomara Telica (supervisor)

### Panamá

Trabajadoras de campo:

Lic. Haydeé Flores

Lic. Alba Mendoza

Lic. Ligia Martínez

Ing. Fermina Chamorro (supervisor)

### República Dominicana

Instituto Dominicano para el Estudio de la Salud Integral y la Psicológica Aplicada (IDESIP)

Lic. Cesar Castellanos

## RESUMEN EJECUTIVO

Este informe caracteriza el conocimiento básico del VIH y enfermedades infecciosas (RID) entre los principales proveedores de servicios salud (PHC), los usuarios y administradores en Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana y evalúa la medida en que un curso de capacitación, utilizando metodologías en línea y en aula produjo un cambio a los proveedores de salud en sus conocimientos y actitudes, en comparación con el diagnóstico de línea de base. Este reporte también identifica aspectos específicos que contribuyeron al éxito de la intervención, así como desventajas y factores en cada uno de los países podrían potencialmente haber impedido los resultados esperados. Se espera que los resultados ayuden a definir los objetivos y metodologías a aplicarse en la evaluación final para la eficacia de la intervención.

El incremento del número de personas que viven con el VIH en países con recursos pobres, requiere de un esfuerzo para identificar los grupos de población vulnerables, prevenir la transmisión, diagnosticar y tratar a las personas a tiempo. Esto tiene implicaciones para las comunidades y los sistemas de salud, particularmente para el personal sanitario que debe estar preparado, no solo para intensificar los esfuerzos de prevención sino también ser capaz de manejar a pacientes infectados con VIH como una enfermedad crónica, teniendo en cuenta los aspectos específicos del VIH, tales como la estigma y discriminación. Tres de los cuatro países participantes han experimentado incrementos en los números absolutos de casos de VIH entre los adultos, niños y mujeres, que se traduce en un aumento de costos a las familias y a los servicios de salud. Además, todos los departamentos y provincias incluidos en el estudio fueron comunidades carentes de servicios.

Tres cuestionarios fueron creados en la línea de base para determinar el Conocimiento, Actitudes y Practicas (CAP), en cuanto a la integración del VIH y EIR en los servicios de salud dentro de centros de atención primaria. El primer cuestionario fue diseñado para directores en los servicios de salud seleccionados y enfocando conocimientos institucionales de la organización e integración de los servicios de salud en el primer nivel de atención, coordinación con el sistema de salud y la prestación integral de servicios para VIH/SIDA y EIR. Evaluar los conocimientos de la población de VIH es también de suma importancia. Como tal, otro cuestionario fue diseñado para recopilar información y opiniones de usuarios del servicio de salud, que se preguntó acerca de su percepción de los servicios recibidos para VIH, transmisión sexual ITS y salud sexual y reproductiva en general. Por último, el tercer cuestionario tuvo como objetivo evaluar los CAP de médicos, enfermeros y educadores de salud. Este cuestionario fue particularmente importante, para los participantes que esperaban ser seleccionada de la muestra de los encuestados de la línea de base.

Para todos los cuestionarios, se construyeron macro indicadores de la combinación de las respuestas a varias preguntas claves para indicar los conocimientos básicos y las actitudes en seis áreas: 1) transmisión y prevención del VIH y EIR, servicios de salud 2) integrada para VIH, 3) la prevención de la transmisión vertical del VIH, 4) VIH y VDRL, pruebas y asesoría, estigma 5) relativos al VIH y 6) procesos de mejora de la atención de VIH.

Un total de 1.732 entrevistas se llevaron a cabo a través de los cuatro países (943 con pacientes ambulatorios, 794 con prestadores de salud y 47 con los administradores de instalaciones de salud). La línea de base CAP de proveedores de servicios de salud, administradores y usuarios en el nivel de atención primaria en relación con el VIH y EIR puede resumirse como sigue:

**APS Conocimiento de usuario de servicio de primaria.** Como mínimo, la persona debe saber que VIH puede transmitirse de la madre al recién nacido, que la transmisión vertical ocurre durante el parto, que mujeres seropositivas de VIH no amamantan, que el SIDA es incurable y que deben saber los conceptos básicos acerca de la sífilis, el herpes genital y el VIH. Medida por el indicador macro del conocimiento de la transmisión de VIH, menos del 10% de los usuarios de APS contestaron correctamente esta pregunta. Sin embargo, cuando se mide en una escala de 0 a 100, los usuarios respondieron entre 60% y 70% de las preguntas, que indica el conocimiento de algunos temas

**Integración de servicios de VIH.** La mayoría de los proveedores de servicios de salud y directores informó que la prueba del VIH es ofrecida durante la atención prenatal, pero una baja proporción de las mujeres entrevistadas que habían estado o estaban embarazadas, indicaron que se habían hecho las pruebas, recibido consejería o les habían dado resultados. Cuando se le preguntó si sus instalaciones ofrecieron pruebas y Consejería de VIH, distribución condones y tenían medidas para evitar la transmisión vertical, ninguno de los directores entrevistados contestó todas las preguntas afirmativamente. Además, cuando se le preguntó acerca de los sistemas de referencia, cómo proceder con los pacientes positivos de AFB y la prueba del VIH durante la atención prenatal, los encuestados sólo en Nicaragua dijeron que sus instalaciones cumplen todos estos criterios.

**Conocimiento de proveedor de servicio de primaria.** Los conocimientos básicos del VIH y EIR faltaba en general. Por ejemplo, para el indicador de macro en conocimiento del proveedor de salud de transmisión, prevención y tratamiento del VIH, ninguno de los encuestados conocía todas las respuestas. Tomadas por separado, la mayoría indicadores CAP revelan conocimientos intermedios o deficiente, con un promedio general de aproximadamente un 50%. Menos de la mitad de los proveedores fueron informada sobre la importancia de obtener las pruebas de VIH y sífilis durante la atención prenatal.

**Estigma relacionado con el VIH.** El estigma hacia las personas infectada de VIH resultó para ser mayor entre los usuarios del servicio de primaria que profesionales, pero preocupante, también se observó en los prestadores de salud.

La estrategia de capacitación, que consta de dos módulos de cuatro semanas en línea y un curso en el aula, esperaba mejorar la base de los proveedores de salud KAP en las siguientes áreas:

- Aumentar el conocimiento del proveedor de salud de prestación de servicios de VIH y EIR.
- Aumentar el conocimiento del proveedor en la importancia del asesoramiento del VIH y sífilis durante la atención prenatal
- Aumentar el conocimiento de la gestión clínica de los proveedores.
- Mejorar el conocimiento del proveedor de determinantes sociales.
- Mejorar las actitudes acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y el EIR.

El primer módulo fue organizado por la Organización Panamericana de la salud (OPS) y se centró en la integración de la atención del VIH en un marco de renovación de primaria a través de cinco temas principales: 1) factores sociales, políticos y económicos que influyen en VIH y EIR; 2) la organización de servicios de atención médica del VIH; 3) la integración de las estrategias de prevención y promoción de VIH en el campo de la salud materno-infantil; 4) locales clínicas estrategias y herramientas para el control del VIH; y 5) propuestas de intervención y mejora en las áreas mencionadas. Los temas de género, la etnia y la discriminación y el estigma se introdujeron como temas intersectoriales.

El segundo modulo diseñado por la Universidad de Johns Hopkins (UJH), se enfocó en el manejo clínico del VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el primer nivel de atención. La cuarta

semana los temas fueron: 1) Manejo inicial de los pacientes infectados con VIH, 2) el VIH en mujeres embarazadas, 3) infecciones oportunistas y manejo crónico del VIH y 4) otras enfermedades prevalentes.

Al finalizar los componentes en línea, los participantes asistieron al curso en aula al Instituto Conmemorativo Gorgas en ciudad de Panamá, el cual tiene como objetivo reforzar los conceptos desde los componentes en línea, y promover la discusión y análisis de los problemas presentados por los conferencistas, mentores y participantes durante la capacitación en línea. La evaluación de los resultados de la intervención pre y post para todas las metodologías revelaron lo siguiente:

**Determinantes sociales, organización e integración de la atención del VIH y soluciones locales.** La medida de cada participantes al inicio y al final del ensayo para el curso guiado por la OPS, en una escala de 0 a 15 de la puntuación global media, aumentada por dos puntos. Con la excepción de República Dominicana cada país individual también mejoro. Este aumento fue mayor en Nicaragua (2.9 puntos) y Guatemala (2.7 puntos) y Panamá (0.2 puntos). A pesar del progreso general entre los ensayos compuestos, en el inicio y finalización del curso, los ensayos finales mostraron lagunas en los conocimientos y actitudes, especialmente para los temas transversales de género, etnia, y discriminación. El nivel de análisis observado en los ensayos también tendieron a ser bajos. Análisis cualitativo revela debilidades en los respectivos sistemas de salud, por supuesto esto afecta el potencial de CAP de los participantes.

**Manejo clínico del VIH y EIR.** Pruebas fueron tomadas antes y después del modulo en cada semana, para el curso del componente en línea, dirigido por UJH. Al final de cada modulo de la semana, estudiantes de todos los países tuvieron un punteo de 75 puntos en una escala de 0 a 100. Los estudiantes aumentaron su conocimiento clínico, con un porcentaje de 76.8 puntos cada semana. El aumento observado entre el conocimiento clínico, línea de base y finalización del curso, fue significativo ( $p < 0.05$ ) para cada país.

**Refuerzo de conceptos del curso en línea.** La evaluación del curso en línea, fue basado en un examen escrito, tomando prioridad al curso inicial y repetido durante el curso de finalización, consistiendo en seis preguntas de opción múltiple en consejería, diagnostico y tratamiento, 15 preguntas enfocados a evaluar las opiniones de estos temas. Aunque el puntaje final fue menor de 50 puntos (en una escala de 0 a 100), el conocimiento aumento significativamente, ( $p < 0.05$ ) entre la línea de base y exámenes finales - 14.3 puntos en promedio.

Una vez que todas las metodologías fueron estandarizadas a la misma escala, todos las evaluaciones de curso de capacitación, comparando el inicial frente al conocimiento final, mostro mejores resultados entre los participantes en todos los países. Sin embargo, la fuerza de tendencia observada en la finalización de curso de OPS y el curso de UJH, disminuyo al finalizar el curso en aula, con 50 puntos, era similar a la media de la línea de base. Esto demuestra la necesidad de mayor análisis de cómo las dos metodologías (en línea vs. En aula) es comparada en términos de efectividad y eficiencia. Por lo tanto, una de las recomendaciones de la evaluación de la línea de base, es que estas metodologías complementarias sean evaluadas con mayor detalle.

Por ejemplo, sugerimos algunas cambios en el formato del curso en línea de OPS, como expandir el currículo para incluir actividades de enseñanza y aprendizaje para ayudar a relatar la diferencia de conceptos presentados en la lectura, adaptando las actividades a diferentes niveles de educación para los participantes, estandarizar a los tutores, instrucciones, reformulación de preguntas para facilitar el trabajo analítico y sobre todo, re-considerar si el ensayo del formato es el tipo adecuado de la metodología de evaluación de aprendizaje.

Sin embargo, los ensayos de la evolución del curso en línea de la OPS, contiene información valorable e ideas que deben de ser reconocidas por los organizadores del curso y en conjunto con las autoridades de salud, podría ser utilizado par hacer mejoramientos en el sistema. Un cantidad considerable de tiempo y recursos han sido invertidos en el curso por ambos organizadores y los participantes quienes expresaron una variedad de opiniones acerca de sus sistemas locales de salud. Por lo tanto, sugerimos a los organizadores del curso utilizar los ensayos en el formato local para las evaluaciones.

Solamente el 34% de los proveedores de salud en Guatemala, 26% en Nicaragua, 61% en Panamá y 52% de los proveedores de República Dominicana fueron comunidades seleccionadas y por lo tanto, habían sido entrevistado durante la fase de referencia del estudio. Desde el inicio el objetivo fue 95% para cada país, otra recomendación es definir la metodología para ser utilizada en la evaluación final del proyecto, de acuerdo al diseño original propuesto para la evaluación. Esperamos que estos datos de línea de base, puedan utilizarse para informar a la evaluación final de la efectividad del programa.

Para mayor información por favor contactar al: Dr. Edgar Kestler ([ekestler@ciesar.org.gt](mailto:ekestler@ciesar.org.gt)) Teléfono: (502) 2221-2391 o 2230-1494

**Integración del VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el primer nivel de atención  
medica en Centroamérica y el Caribe:  
Metodologías en línea y en aula para mejorar el Conocimiento, Actitudes y Practicas**

**Informe de Evaluación de Línea de Base**

**1. Información General**

Una vez que se cree que un problema que afectan primordialmente a las poblaciones mayores en países de altos ingresos, enfermedades no transmisibles están afectando ahora a sectores de población más jóvenes y los pobres en los países de ingresos bajos y media baja- en América Latina y el Caribe (ALC). Estos países frecuentemente enfrentan actualmente un doble desafío en la aplicación de recursos escasos a dirección de enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluida la morbilidad y mortalidad infantil y materna. Agregado a este desafío están las enfermedades crónicas intersectoriales que pueden ser transmisibles o no transmisibles.

Uno de los más importantes ejemplos de estos fenómenos es el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), el cual ha progresado a una enfermedad infecciosa altamente letal a principios de los ochenta a una enfermedad crónica compleja. Pacientes infectados con VIH ahora tienen mayor esperanza de vida, mediante el uso de terapia antirretroviral potente apropiado, profilaxis y tratamiento apropiado para infecciones, vacunación rutinarias, exámenes de salud medica general y la promoción de actividades saludables, incluyendo el sexo seguro.

Sin embargo, este cuidado es multifacético, costoso y requiere esfuerzos coordinados de una gama de diferentes profesionales de la salud. Así, el progreso del sector salud es la clave para lograr el acceso universal para la prevención, tratamiento, y cuidado a largo plazo del VIH/SIDA, que a su vez requiere de personal capacitado para identificar, diagnosticar y manejar pacientes con VIH/SIDA.

A pesar de los esfuerzos técnicos y financieros hechos desde la emergencia de VIH/SIDA, sigue siendo un problema importante de la salud pública. La siguiente tabla muestra un numero de adultos y niños que viven con el VIH del 2001 al 2007, en las intervenciones de los cuatro países participaron: Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

Tabla 1. Números estimados en adultos y niños que viven con el VIH (miles)

Grupo de Población	Guatemala		Nicaragua		Panamá		República Dominicana	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
<b>Adultos y niños</b>	52 (38 – 68)	59 (41 – 84)	4.4 (3.2–15)	7.7 (5.3-15)	17 (13-21)	20 (16-26)	65 (53-76)	62 (52-71)
<b>Adultos (15+)</b>	48 (35 – 62)	53 (35 – 77)	4.3 (3.1-15)	7.5(5.2-15)	16 (13-21)	19 (15-26)	63 (50-73)	59 (50-69)
<b>Niños (0 - 14)</b>	---	---	---	---	---	---	2.7(2.2-3.5)	2.7 (2.2-3.3)
<b>Mujeres (15+)</b>	47 (35 – 62)	52 (35 – 76)	1.1 (<1-3.9)	2.1 (1.4-3.9)	4.3 (3.2-5.6)	5.5 (4.1-7.6)	34 (27-39)	30 (25-35)
<b>Prevalencia en Adultos (15–49) (%)</b>	0.8 (0.6 –1.1)	0.8 (0.5 – 1.1)	0.2 (0.1-0.5)	0.2 (0.1-0.4)	1.0 (0.8-1.2)	1.0 (0.8-1.3)	1.3 (1.0-1.5)	1.1 (0.9-1.2)

Fuente: UNAIDS/WHO Grupo de Trabajo Mundial VIH/SIDA y ETS. Estas estimaciones incluyen a todas las personas con VIH, que hayan o no desarrollado los síntomas del SIDA.

Durante el periodo de seis años, tres de los países participantes mostraron un incremento de casos de VIH entre todos los adultos, niños y mujeres, que se traduce en aumento de costos para las familias y los servicios de salud. Con la única excepción de República Dominicana, donde el número de casos prevalentes disminuyó y en el caso de los niños, se mantuvo durante el periodo.

Apéndice 1 presenta el detalle demográfico, socioeconómico e indicadores de salud de cada país. Con cerca de 22 nuevos casos por 100,00 habitantes, Panamá tiene la mayor incidencia de casos de SIDA, seguido de Guatemala, (8.9), República Dominicana (3.4) y finalmente Nicaragua (1.7). Panamá también tiene el más alto porcentaje de hombres y mujeres con casos de SIDA.

Uno de los cuatro países, Guatemala tiene la población más grande con más de 14 millones de habitantes, seguido de República Dominicana con más de 10 millones. Combinada con la tasa más alta de natalidad nacimientos de los cuatro países – explica en parte por una tasa de fecundidad total de cuatro hijos por mujer – Guatemala también tiene el mayor número de nacimientos anuales y la proporción más alta de dependencia.

Además, Guatemala tiene algunos de los peores indicadores socio-económicos de los cuatro países. Por ejemplo se observa la menor tasa de alfabetización; Además sólo el 68% de las mujeres están alfabetizadas frente al 79% de los hombres. Más de la mitad de su población es rural, que tiene consecuencias importantes en el acceso a servicios de salud. Nicaragua también tiene una menor población urbana (57%) respecto a Panamá y República Dominicana y tiene los peores indicadores económicos de los cuatro países. Como un indicador de pobres determinantes sociales de salud, Guatemala tiene la mayor proporción de mortalidad materna por mucho, aunque sus tasas menores de 5 años son similares a los de Nicaragua y República Dominicana. Panamá tiene la más baja mortalidad infantil, 23 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Un número creciente de personas que viven con VIH en lugares de escasos recursos requiere un esfuerzo especial para identificar grupos de población vulnerables, prevenir su transmisión y diagnosticar y tratar a las personas de manera oportuna. Esto tiene consecuencias para las comunidades y el sistema de salud en general, particularmente para el personal sanitario que debe estar preparado para no sólo aumentar los esfuerzos de prevención, sino también ser plenamente capaz de tratar como una enfermedad crónica a pacientes infectados con el VIH, teniendo en cuenta los aspectos específicos del VIH como el estigma y la discriminación.

Una respuesta a este reto surgió en septiembre de 2009, cuando los Estados Unidos departamento de salud y servicios humanos (HHS) firmaron una carta de acuerdo entre la Oficina de Asuntos de salud Global (OGHA) dentro de la Oficina del Secretario de HHS y la Oficina del cirujano General, Oficina de preparación de la fuerza y despliegue dentro de la Oficina de salud pública y ciencia, para desarrollar un programa de diplomacia de salud construido en relación con el marco de la Organización Mundial de la salud (OMS) sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud. Trabajar con el marco de la OMS, esta iniciativa establecerá el escenario para la colaboración con los organismos nacionales y multilaterales interesados a emprender programas que sistemáticamente se podrían fortalecer los sistemas nacionales de salud en todas las regiones como una solución a largo plazo a las necesidades de salud existentes.

Los principales objetivos del acuerdo fueron: mejorar la cobertura de servicios de salud, entrega, calidad, seguridad y eficiencia; sintetizar y compartir experiencias en cuanto a los costos, beneficios y condiciones para el éxito de las estrategias para mejorar la prestación de servicios de salud; desarrollar la capacidad institucional regional y nacional y recursos para apoyar a los directores locales de salud; y para producir una gama de trabajadores de la salud (proveedores de servicios, gerentes y personal de apoyo) para ofrecer servicios de salud. Un objetivo secundario fue mantener y mejorar la disposición de servicio encargado cuerpo de salud pública de los Estados Unidos y la eficacia para responder a emergencias de salud pública y las necesidades urgentes de salud pública bajo condiciones difíciles.

Posteriormente, el OGHA anunció la disponibilidad de fondos para un acuerdo de cooperación competitivo de un año. El objetivo general del acuerdo cooperativo es fortalecer los sistemas de salud en la región LAC para apoyar el desarrollo local sanitario que es sensible, justo y eficiente a fin de lograr los mejores resultados de salud posible dados las circunstancias y los recursos disponibles. El programa ofrece capacitación en la región LAC y fomenta el compromiso de los profesionales sanitarios al servicio sostenido en comunidades carentes de servicios en sus países de origen. El programa se basa en la experiencia adquirida en múltiples misiones de salud global de HHS. Con respecto a las necesidades y capacidad, el programa incorpora inteligencia de LAC por país, informes elaborados por la OMS y la Organización Panamericana de la salud (OPS).

Establecido como un Centro Regional de capacitación de salud (CRECS en inglés) en 2006, el Instituto Gorgas Memorial de Panamá sirve como un espacio dedicado a capacitar a los trabajadores de la salud en América Central y el Caribe y así compitieron y obtuvieron fondos puestos a disposición de la iniciativa de salud de diplomacia "Apoyo y desarrollo del personal sanitario en América Latina y el Caribe". El Instituto propone un curso de capacitación (en línea) de aula y a distancia combinado sobre la integración del VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el nivel de atención primaria. La propuesta fue desarrollada en colaboración con la Universidad de John Hopkins (UJH), quien fue responsable del componente curso de formación clínica en el manejo y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y la OPS, que contribuyó el componente curso relacionado con los determinantes sociales de salud y el VIH; las políticas de salud, sistemas y servicios; renovación de la atención primaria; y desarrollo de competencias de recursos humanos para mejorar la eficiencia de los servicios de salud.

Hay una serie de razones por las que el formato en línea fue elegido como la metodología principal para esta intervención de capacitación. La aplicación de la tecnología virtual en el nivel de atención primaria en los países seleccionados permitirá que la intervención llegue a los trabajadores de la salud a un costo mucho menor que las estrategias de capacitación tradicional, de lo contrario, muchos nunca hubieran tenido oportunidad. Además, se piensa que la capacitación basado en la Web es ventajosa debido a su programación flexible, las escalas económicas, facilidad en la actualización y el potencial para la entrega del aprendizaje individual.<sup>1</sup>

No es claro aun que objetivos de aprendizaje podrían alcanzarse mejor mediante equipos de computo en lugar de asistir a las sesiones de enseñanza real.<sup>2</sup> La instrucción asistida por computador (CAI) no ha encontrado ser superior a los métodos de enseñanza en la adquisición de conocimiento. <sup>3</sup> Sin embargo, existen evidencia de un efecto de CAI en el desarrollo de problemas de habilidades. <sup>4</sup> El sistema gestión de aprendizaje moderno <sup>5</sup> pretende combinar tecnología informática con funciones interactivas proporcionados en internet.

Tabla 2. Selección de efectos aleatorios de meta-análisis de aprendizaje basado en Internet versus ninguna intervención: resultados de conocimientos

Subgrupo	No. de intervenciones	Tamaño del efecto combinado	P para interseccion
<b>Diseño</b>			
Solo después de la prueba	25	0.66 (0.53 - 0.78)	<.001
después de la prueba, 2 grupo	25	0.88 (0.67 - 1.08)	
Después de la prueba grupo 1	76	1.18 (1.04 – 1.32)	
<b>Escenario</b>			
Clase	35	0.91 (0.74 – 1.08)	.29
Practica	90	1.02 (0.91 – 1.13)	
<b>Participantes</b>			

Estudiantes médicos	36	0.97 (0.78 – 1.16)	
Médicos	58	1.02 (0.88 – 1.15)	
Enfermeras	21	0.88 (0.69 – 1.06)	
Otros	32	1.20 (0.98 – 1.43)	
<b>Ejercicio practico</b>			
Presentes	69	0.95 (0.82 – 1.09)	.34
Absentes	54	1.05 (0.91 – 1.18)	
<b>Duración</b>			
≤ 1 Sm	48	1.00 (0.85 – 1.16)	.65
> 1 Sm	61	1.05 (0.90 – 1.21)	
<b>Tutoria</b>			
Si	108	1.06 (0.95 – 1.17)	<.001
No	18	0.65 (0.51 – 0.80)	
<b>Todas las intervenciones</b>	<b>126</b>	<b>1.00 (0.90 – 1.10)</b>	

Un meta-análisis reciente reviso un total de 201 publicaciones de artículos de la efectividad basado en el aprendizaje por internet y concluyo que cuando se compara con ninguna intervención, las intervenciones basado en internet tiene grandes e importantes efectos en la adquisición de conocimientos, habilidades y comportamientos (Tabla 2 y 3). Sin embargo, cuando se compara con los formatos de no-Internet, los efectos son de una tamaño marginal y predominantemente no significativa.

Tabla 3. Selección de efectos aleatorios de meta-análisis de aprendizaje basado en Internet versus ninguna intervención: resultados de habilidades.

Subgrupo	No. de intervenciones	Tamaño del efecto combinado	P de interacción
<b>Diseño</b>			
Después de la prueba	8	0.84 (0.26 – 1.42)	
Pretest-posttest, 2 group	5	1.11 (0.46 - 1.76)	.45
Pretest-posttest, 1 group	3	0.40 (0.07 – 0.73)	
<b>Escenario</b>			
Salón de clase	4	0.28 (-0.01 – 0.57)	.004
Practica	10	1.11 (0.63 – 1.69)	
<b>Participantes</b>			
Estudiantes médicos	8	0.94 (0.32 – 1.56)	
Medico	3	1.19 (0.19 – 2.19)	
Enfermeras	3	0.72 (-0.03 – 1.47)	
Otros	6	0.87 (0.43 – 1.30)	
<b>Practica de ejercicios</b>			
Presentes	13	1.01 (0.60 – 1.43)	<.001
Ausentes	3	0.21 (0.04 – 0.38)	
<b>Duración</b>			
≤ 1 semana	8	0.92 (0.39 – 1.45)	.88
> 1 semana	5	0.85 (0.08 – 1.61)	
<b>Todas las intervenciones</b>	<b>16</b>	<b>0.85 (0.49 – 1.20)</b>	

Como se mencionó anteriormente, los componentes del curso en línea (abril-mayo) y en aula (junio-septiembre). El curso en línea consistía en dos módulos de cuatro semanas de aprendizaje. El primer módulo llevó a la OPS a analizar la integración de la atención del VIH en un marco de renovación PHC. El segundo módulo diseñado por UJH centrado en el manejo clínico del VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el primer nivel de atención. Al finalizar el componente en línea, CRECS, después, se llevo a cabo el curso en clase, encaminada a reforzar los conceptos de la formación en línea.

Se espera que los participantes ganen las competencias siguientes a la finalización de todos los componentes del curso:

- Analizar el contexto global de la organización de prestación de servicios de salud.
- Distinguir entre la organización de los sistemas de salud nacionales y locales y servicios.
- Integrar herramientas que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH en el lugar de trabajo, especialmente en la prevención de la transmisión madre al niño de VIH, sífilis congénita y enfermedades infecciosas (EIR).
- Aplicar herramientas clínicas para mejorar la prestación de servicios a personas en riesgo de contratación de VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes.
- Proponer intervenciones sostenibles, incluyendo las intervenciones que se centran en la capacitación en el contexto de su trabajo, para mejorar la eficiencia de la atención entregada (ver programa en: <http://cursospaises.campusvirtualsp.org>.)

El Centro para la Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y reproductiva (CIESAR en español), con sede en ciudad de Guatemala, es responsable de evaluar indicadores de línea de base, así como los resultados obtenidos en los cursos en línea y a domicilio, utilizando los métodos descritos en las secciones siguientes.

## **2. Evaluación propósitos y objetivos**

Falta de información necesaria para evaluar los procesos y los resultados pueden desperdiciar recursos esenciales y desviar los resultados deseados. Por lo tanto, para evaluar la eficacia de la capacitación: es decir, los cambios a medida de los participantes en términos de sus conocimientos – y comportamiento en la prestación de atención a los pacientes - una serie de evaluaciones se llevaron a cabo. La evaluación fue diseñada previa a la ejecución de curso y salió durante cuatro fases:

- 1) Diseño y validación de instrumentos de recopilación de datos y la selección, contratación y entrenamiento de campo de cada país del equipo (consulta de métodos de recopilación de datos de línea de base).
- 2) Recopilación y análisis de información de referencia, que fue recogido en los cuatro países seleccionados antes de lanzar la línea de curso (ver resultados de la evaluación de línea de base).
- 3) Evaluación de los resultados pre y post para componentes en línea y a domicilio, que consta de:
  - a. Análisis de reflexión inicial y final de cada participante en el curso virtual liderado por OPS con respecto al contenido de administración y salud pública adquirida (véase el curso en línea de evaluación de la OPS).
  - b. Resultados de la semanal y pruebas de post en el componente de cuidado y manejo clínico dado por UJH (vea el curso en línea de evaluación de UJH).
  - c. Resultados del examen de referencia tomadas al comienzo de la primera semana y el examen final tomado al final del curso en la ciudad de Panamá (ver curso de evaluación de GORGAS en aula).
- 4) El curso General de evaluación por los participantes, seis semanas después de la finalización del curso (no incluido en este informe).

El propósito de la evaluación de línea de base es proponer un marco teórico para determinar si los cursos en línea y en aula responden a las necesidades de fortalecimiento institucionales de los cuatro países participantes respecto de los servicios de atención primaria. Evaluar si se cumple este objetivo implica

evaluar si los participantes mejoraron sus conocimientos en el diagnóstico, tratamiento y gestión del VIH y el RID. Como tal, presenta indicadores de referencia obtenidos de los datos recogidos en los cuatro países participantes y evalúa los conocimientos adquiridos, una vez finalizado cada componente del curso. Además, esta evaluación identifica los aspectos específicos que contribuyó al éxito de la intervención, así como desventajas existentes que influyen en los factores en cada uno de los países que podrían potencialmente haber impedido los resultados esperados.

Este informe no evalúa los cambios en los participantes y sus comunidades en términos en si y cómo sucedió la intervención en desarrollo organizacional y la capacidad de la atención primaria, para mejorar la prestación de servicio integral a los pacientes con VIH/SIDA y de EIR en el primer nivel de atención; esto sólo puede determinarse en una futura evaluación final de la efectividad del programa. Sin embargo, datos de referencia y datos recogidos durante los cursos hasta la fecha pueden ayudar a determinar cuán eficaz fue la estrategia en:

- Aumentar el conocimiento del proveedor de salud de prestación de servicios de VIH y EIR.
- Aumentar el conocimiento del proveedor en la importancia del asesoramiento del VIH y sífilis durante la atención prenatal.
- Aumentar los conocimientos de gestión clínica de los proveedores.
- Aumentar el conocimiento de proveedor en determinantes sociales.
- Mejorar las actitudes acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y el EIR.

Por lo tanto, este informe evalúa en si y en qué medida el curso en línea y en aula produjeron un cambio en los participantes en conocimientos y actitudes, en comparación con el diagnóstico de línea de base. Estos resultados ayudarán a definir los objetivos y la metodología a aplicarse en la evaluación final.

### **3. Métodos de recopilación de datos de línea de base**

Desde la inscripción del curso, no está sujeto a un proceso aleatorio, como asignación a tratamiento en un ensayo clínico, este informe presenta los resultados de la base de un estudio **observacional** que podría complementarse con un estudio prospectivo de seguimiento con el personal de salud en una fase final (véase el apéndice 2). Idealmente, este estudio prospectivo podría en cuenta algunas de las conclusiones de este informe en su evaluación de la mejor metodología para evaluar los resultados finales.

#### **3.1 Instrumentos de recopilación de datos.**

Tres cuestionarios fueron creados previos a la ejecución de curso para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en la línea de base, con respecto a la integración de servicios de atención primaria de salud de VIH y EIR.

El primer cuestionario (véase apéndice 3A) fue diseñado para directores y gerentes de las instalaciones de servicios de salud seleccionados. Su propósito fue evaluar los conocimientos institucionales de la organización e integración de servicios de salud en el primer nivel de atención, en coordinación con el sistema de salud y la información utilizada por el personal para llevar a cabo el asesoramiento del VIH en relación para mejorar la prestación integral de servicios para el VIH/SIDA y las enfermedades infecciosas asociadas

El segundo cuestionario (véase apéndice 3B), dirigida a los prestadores de servicios, que evaluaron los CAP en relación al VIH/SIDA y enfermedades infecciosas asociadas. Los proveedores fueron seleccionados según el área geográfica y que potencialmente podrían participar en el curso e incluye médicos, enfermeros y educadores de salud.

El tercer y último cuestionario (véase apéndice 3 C) fue diseñado para recoger información y comentarios de los usuarios del servicio de salud. Se pregunta a los usuarios acerca de su percepción de la integración de los servicios recibidos para VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS), salud sexual y reproductiva en general. El cuestionario también pretendía establecer el CAP de los usuarios en relación con el VIH y las ITS.

Todos los cuestionarios se basan en la propuesta académica que OPS / OMS, UJH y otras instituciones participantes habían desarrollado para el contenido general del curso en línea. La mayoría de los cuestionarios conformados por preguntas cerradas y para que los resultados podrían ser tabulados y analizados más fácilmente. Todos los cuestionarios fueron aprobados por el Comité de Ética respectivo de cada país.

Por último, la evaluación tiene una entrada adicional en forma de pruebas iniciales y finales de los estudiantes individuales para cada componente del curso. Esta evaluación es cuantitativa para los cursos UJH y Gorgas y cualitativos y cuantitativos para el curso de la OPS, desde reflexiones de estudiantes incorporados en los módulos. Estas metodologías se detallan en las secciones siguientes en las evaluaciones del curso y en los anexos 6 y 7.

### **3.2 Validación y ajustes de instrumentos de recopilación de datos.**

Los instrumentos de recopilación de datos de referencia, fueron validados y ajustados durante el transcurso de dos días en cada país participante. Miembros del equipo local comenzaron visitando dos centros de salud preseleccionados, que no se encuentran en el departamento o provincia seleccionada para la intervención. Después de aplicar los instrumentos, el equipo analizó las respuestas y examinó el contenido y la comprensión de las preguntas. Antes de comenzar el trabajo de campo se hicieron cambios menores a los instrumentos, principalmente la edición y la adaptación del idioma local.

### **3.3 Selección de la muestra solicitado.**

Los coordinadores del curso en línea y a en aula, definieron la muestra de participantes del curso en 50 trabajadores de la salud por país, pero la participación del proveedor en el estudio de referencia no fue acondicionada en un proceso aleatorio. El curso fue dirigido a comunidades similares en cada país participante que reflejan las características básicas de una comunidad desatendida (descrito a continuación). Esto nos permitió definir el área geográfico de interés y por lo tanto, todas las instalaciones de los Centros de Atención Primaria para ser incluidas. Este proceso crea naturalmente la muestra de referencia de todos los proveedores de servicio activo dentro de las instalaciones preseleccionadas, por lo que no fue necesario seleccionarlo entre ellos. Suponiendo que no todo el personal local sería capaz de ser entrevistados por diversas razones, la medición inicial o línea de base, esperaba ser incluido en al menos el 90% de la población previamente definido.

Para estimar los efectos sobre el usuario en actitudes y prácticas en los servicios de primaria, realizamos entrevistas con los usuarios recibiendo algún tipo de servicio de salud el día de la visita de campo. Según lo recomendado por Valdez una muestra aleatoria de 19 usuarios participantes en cada instalaciones fueron seleccionado (ver Apéndice 2).

### **3.4 Selección de trabajo de campo en las instalaciones de atención primaria.**

La población objetivo de esta intervención estaba claramente definida como comunidades carentes de servicios. Las poblaciones marginadas generalmente se definen como grupos cuyas características demográficas, geográficas o económicas obstaculizan o impiden su acceso a servicios de salud. Todas las actividades realizadas en esta propuesta fueron diseñadas para centrarse en mejorar la prestación de servicios de salud a estas poblaciones desfavorecidas. Para identificar las comunidades de intervención

similar en los cuatro países participantes, las siguientes características básicas de interés para una comunidad desatendida se tuvieron en cuenta:

- ✓ Número de centros de primaria en cada distrito
- ✓ Número de profesionales de servicio de la salud (médicos, enfermeras, educadores de salud)
- ✓ Disponibilidad de café internet o equipos de equipo en el distrito de salud seleccionados.
- ✓ Acceso a Internet.
- ✓ Accesibilidad Geográfica.
- ✓ Categoría Geográfica (puede ser toda una provincia / departamento, por lo general zonas rurales)
- ✓ Grupo de población; las comunidades indígenas dentro de un área geográfica definida.
- ✓ Alta a moderada prevalencia de VIH/SIDA y enfermedades asociadas.
- ✓ El 95% de los participantes del curso en línea y a domicilio: médicos y enfermeras de selección de comunidades sub-atendidas, entrevistadas en la línea de base.
- ✓ 5% de los participantes del curso en línea y a domicilio: y otros funcionarios del Ministerio de Salud

Las siguientes departamentos y provincias en cada uno de los países participantes fueron seleccionadas de acuerdo con estos criterios y con los aportes de los Ministerios de salud, tal como se describe en la sección siguiente.

País	Provincia/ Departamento seleccionado
Guatemala	Escuintla
Nicaragua	Masaya
Panamá	San Miguelito
República Dominicana	Regiones IV y V

En cada uno de los cuatro países participantes, el equipo de campo participó en una coordinación con visitas de reunión con los directores del centro de salud, para establecer un plan de trabajo para el centro de salud. Se solicitó información sobre el número de personal de atención directa a pacientes, así como la estimación del número de visitas de pacientes ambulatorios para cada centro de salud para el día previsto para la recopilación de datos. A los directores también se les pidió hacer tres áreas disponibles para llevar a cabo las entrevistas, así como la asistencia de un funcionario de la institución para identificar a los proveedores de salud para ser entrevistados y también ambulatorio directo a la zona donde a ellos serían entrevistados. Las regiones de salud presentó <sup>1</sup> una lista del personal por tipo, posición e instalación, cada uno de los cuales se asignó un código consecutivo. Los funcionarios que no fueron incluidos en el listado original fueron asignados posteriormente un código.

<sup>1</sup> Organización Mundial de Salud , Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action. Available at [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

## Guatemala

El Ministerio de salud seleccionado del departamento de salud de Escuintla para participar en el curso en línea. Los participantes incluyeron todos personal educación de salud y prestación de servicios en 15 centros de salud del Departamento y sus puestos de salud asociados.

Tabla 4. Centro de salud participantes; Escuintla, Guatemala

1	Centro de Salud Escuintla
2	Centro de Salud Guanagazapa
3	Centro de Salud Iztapa
4	Centro de Salud La Democracia
5	Centro de Salud La Gomera
6	Centro de Salud Masagua
7	Centro de Salud Nueva Concepción
8	Centro de Salud Palín
9	Centro de Salud Puerto San José
10	Centro de Salud San Vicente Pacaya
11	Centro de Salud Santa Lucía Cotzumalguapa
12	Centro de Salud Siquinalá
13	Centro de Salud Tiquisate
14	Centro de Salud Amatitlan, Guatemala Sur
15	Centro de Salud Villa Nueva, Guatemala Sur

Fuente; Base De datos colección, Guatemala

Como resultado de varias reuniones entre los miembros del equipo técnico de CIESAR, representantes de la OPS y funcionarios del Ministerio de salud, se formó un equipo técnico interinstitucional para coordinar el curso en Guatemala que consta de la unidad de cuidados de salud integral del Ministerio, el programa nacional de VIH/SIDA, el Ministerio departamento de formación y unidad de investigación y representantes locales de la Oficina de la OPS.

Tabla 5. Centro de salud participantes por tipo de entrevista.

	Facilidad	Proveedor	Paciente Externo
Escuintla	1	42	19
Guanagazapa	1	29	19
Iztapa	1	16	19
La Democracia	1	14	19
La Gomera	1	38	19
Masagua	1	19	19
Nueva Concepción	1	21	19
Palín	1	8	19
Puerto San José	1	27	19
San Vicente Pacaya	1	23	19
Santa Lucía Cotzumalguapa	1	25	19
Siquinalá	1	15	19
Tiquisate	1	41	19

Villa Nueva	1	2	19
Amatitlán	1	10	19
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>330</b>	<b>285</b>

Fuente; Base De datos colección, Guatemala

Tabla 5 El cuadro 5 muestra 15 directores (uno por cada centro de salud), 330 proveedores de servicios de salud y 285 cuestionarios de usuarios completados de servicio de salud, para un total de 630 entrevistas completadas en Guatemala.

### Nicaragua

Junto con la Oficina local de la OPS, el Instituto Gorgas Memorial y CIESAR, autoridades del Ministerio de salud seleccionan el sistema de servicio sanitario Masaya integral (SILAIS en español) para participar en el curso en línea, incluyendo todo el personal que brinda atención de salud y educación en el nivel de atención primaria. La muestra de 10 centros de salud seleccionados también incluye 32 puestos de salud.

Tabla 6. Centros de salud participantes: Masaya, Nicaragua

1	Masaya Sur (Monimbo)
2	Masaya Norte
3	La Concepción
4	Catarina
5	Masatepe
6	Nandasmo
7	Nindirí
8	San Juan de Oriente
9	Niquinohomo
10	Tisma

Fuente, Base de datos colección, Nicaragua.

Como se muestra en la tabla 7, los 311 cuestionarios fueron distribuidos como sigue: nueve directores de centro de salud, proveedores de servicios de salud 112 y 190 usuarios del servicio de salud.

Tabla 7. Centro de salud participantes por tipo de entrevista

	Facilidad	Proveedor	Paciente Exterior
Masaya Sur (Monimbo)	1	21	19
Masaya Norte	1	25	19
La Concepción	1	15	19
Catarina	1	5	19
Masatepe	1	11	19
Nandasmo	1	11	19
Nindirí	0	6	19
San Juan de Oriente	1	3	19
Niquinohomo	1	11	19
Tisma	1	4	19
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>112</b>	<b>190</b>

Fuente, Base de datos colección, Nicaragua.

## Panamá

Las autoridades del Ministerio de salud, junto con la Oficina local de la OPS, el Instituto Conmemorativo Gorgas y CIESAR, seleccionan región 8-San Miguelito, a participar en los cursos en línea. La muestra incluye personal que brinda atención de salud y educación a los usuarios de los servicios de salud en todos los centros de salud 13 y muchos.

Tabla 8 Participantes Centro de Salud: San Miguelito, Panamá

1	C. DE S. AMELIA DENIS DE ICAZA
2	C. DE S. SAN ISIDRO
3	C. DE S. DON BOSCO
4	C. DE S. CERRO BATEA
5	C. DE S. NUEVO VERANILLO
6	C. DE S. TORRIJOS CARTER
7	C. DE S. VALLE DE URRACA
8	SUB C. DE S. CAIMITILLO
9	C. DE S. ALCALDE DIAZ
10	SUB C. DE S. AGUA BUENA
10	C. DE S. CHILIBRE
12	C. DE S. ROMULO ROUX
13	ULAPS LAS CUMBRES

Fuente base de datos, colección Panamá

Un total de 482 cuestionarios fueron completados como sigue: 13 por los Directores del Centro de Salud, 222 por el personal sanitario y 247 por los usuarios de servicios de salud

Tabla 9. Participantes del centro de salud según tipo de entrevista.

	Facilidad	Proveedor	Paciente Exterior
C. DE S. AMELIA DENIS DE ICAZA	1	18	19
C. DE S. SAN ISIDRO	1	25	19
C. DE S. DON BOSCO	1	3	19
C. DE S. CERRO BATEA	1	15	19
C. DE S. NUEVO VERANILLO	1	31	19
C. DE S. TORRIJOS CARTER	1	19	19
C. DE S. VALLE DE URRACA	1	14	19
SUB C. DE S. CAIMITILLO	1	6	19
C. DE S. ALCALDE DIAZ	1	17	19
SUB C. DE S. AGUA BUENA	1	5	19
C. DE S. CHILIBRE	1	19	19
C. DE S. ROMULO ROUX	1	28	19
ULAPS LAS CUMBRES	1	22	19
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>222</b>	<b>247</b>

Source: Baseline data collection, Panama.

### **República Dominicana**

Autoridades del Ministerio de Salud , junto con la oficina local de OPS, el instituto Memorial Gorgas y CIESAR, seleccionaron la región V para participar en el curso en línea . La muestra incluye todo el personal proporcionando atención médica y educación a los usuarios de todos los servicios de salud de atención primaria en las provincias de la Altagracia y La Romana. El Instituto de Dominicana para el estudio de salud integral y psicología aplicada (IDESIP en español) fue seleccionado para coordinar el trabajo de campo en estas provincias. IDESIP y CIESAR funcionarios visitaron sede Regional V Ministerio de salud ubicada en la provincia de San Pedro de Macorís. La reunión también asistieron los coordinadores de área y los directores de las provincias de destino.

Tabla 10. Participación de los establecimientos de Salud de: Altagracia y La Romana, República Dominicana

1	La Calea
2	Isla Saona
3	Clinica Familiar Mir
4	Centro Luis J. Suarez
5	Padre Cabaloto
6	Los Mulos III
7	Cucama
8	Kilometro 10
9	Kilometro 14
10	Oficina Provincia
11	Vista Hermosa
12	Villa Hersosa
13	Boca de Yuma
14	La Guazuma
15	Magdalena
16	Bayahibe
17	Boca de Chavon
18	Las Eneas
19	Hato de Mana
20	Los Cerritos
21	Guaniabano
22	Politur
23	El Salado
24	Blandino
25	El Bonao
26	Las Guamas
27	Cañan La Honda
28	El Peñon
29	Veron *
30	Mata Chalupe
31	La llanada del Ceno
32	La Otra Banda
33	Los Guineos
34	Mama Tingó
35	Pepe Rosario
36	San Francsico
37	Juan Pablo Duarte
38	La Malena
39	Los Platinitos*
40	Villa Cerro
41	Carcel Publica

42	Los Rosales
43	La Florida
44	Los Sotos
45	San Martin
46	San Pedro
47	Gerencia Provincial de Salud
48	Santana
49	Bemerito
50	Los Negros

Source: Baseline data collection, Dominican Republic.

Tabla 11 presenta la distribución de los 310 cuestionarios completos: 7 a administradores de salud 84 del personal de servicio de salud y 219 usuarios del servicio de salud fueron entrevistados.

Tabla 11. Participación del Centro de Salud por tipo de entrevista.

	Facilidad	Proveedor	Paciente Externo
La Calea		2	7
Isla Saona		0	0
Clinica Familiar Mir		2	7
Centro Luis J. Suarez		8	
Padre Cabaloto		1	5
Los Mulos III		2	5
Cucama		2	5
Kilometro 10		2	5
Kilometro 14		1	5
Oficina Provincia	3		
Vista Hermosa		5	7
Villa Hersosa		1	7
Boca de Yuma		1	5
La Guazuma		2	5
Magdalena		1	5
Bayahibe		2	5
Boca de Chavon		1	5
Las Eneas		2	5
Hato de Mana		1	5
Los Cerritos		2	5
Guaniabano		2	1
Politur		2	5
El Salado		2	5
Blandino		1	5
El Bonao		1	5
Las Guamas		2	4
Cañan La Honda		1	6
El Peñon		1	5
Veron *		4	7
Mata Chalupe		2	5
La llanada del Ceno		1	5
La Otra Banda		2	7
Los Guineos			4
Mama Tingó		2	3
Pepe Rosario		2	3
San Francsico		2	3
Juan Pablo Duarte		2	3
La Malena			3
Los Platinitos*		2	3
Villa Cerro		2	7

Carcel Publica	2	5	
Los Rosales			5
La Florida	2		3
Los Sotos	2		3
San Martin	2		3
San Pedro	2		3
Gerencia Provincial de Salud	4		
Santana		1	5
Bemerito		1	5
Los Negros		1	5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>84</b>	<b>219</b>

Source: Baseline data collection, Dominican Republic.

### 3.5 Tasa de respuesta y error de no respuestas.

La tabla 12 presenta la muestra total para la fase de línea de base por país y el número de usuarios entrevistados, proveedor y centro de salud. El número de referencia previsto entrevistas se llevaron a cabo en todos los países participantes, excepto en Nicaragua, donde se realizaron sólo 112 (70%) de las 160 entrevistas programadas de proveedor. Hubo cuatro rechazos (2,5%) y 24 (15%) los entrevistados fueron incapaces de completar una entrevista debido a vacaciones, licencia o enfermedad. La tabla 12 también muestra la tasa de error por tipo de cuestionario y el país. Los problemas fueron detectados por 3% de los cuestionarios, principalmente para la gama errores o problemas de transcripción, pero todos los cuestionarios fueron corregidos antes de la entrada final

Tabla 12. Distribución de cuestionarios, tasas de respuesta y errores

Provincia o Departamento	Institucional	Proveedor	Paciente externo	Total	Error de frecuencia	% Errores
Escuintla, Guatemala	16	350	287	632	10	2%
San Miguelito, Panamá	14	232	247	483	9	2%
Masaya, Nicaragua	10	112	190	312	5	2%
Región V, Republica Dominicana	7	84	219	305	28	9%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>794</b>	<b>943</b>	<b>1,732</b>	<b>52</b>	<b>3%</b>

### 3.6 Entrada de datos.

Los datos de los cuatro países fueron recolectados a través de instrumentos dados a los usuarios, proveedores de servicios de salud y administradores y subsecuentemente ingresados dentro del software EPI INFO DOS versión 6.04d.<sup>2</sup>

Por cada uno de los tres instrumentos (usuarios, proveedores y director del centro), una estructura de ingresos fue generado (archivos QES), junto con un archivo de entrada de datos de control de errores de programación (archivos CHK) como entrada de valores o códigos fuera de los rangos establecidos para el estudio. Esto se hizo mediante el establecimiento de mínimo o máximo valores para variables, y solo permite datos validos para códigos binarios, como el sexo del entrevistado.

Además del control de calidad de los datos, se realizo entrada doble de datos, a manera de identificar cualquier posible error de escritura, a través de un proceso de validación que contrasta ambas entradas. El proceso de validación de datos y corrección fue realizado cuantas veces fuera necesario para lograr 0% de errores.

<sup>2</sup> EPI INFO es un software libre de licencias, que fue creado y es distribuido gratuitamente por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, USA (CDC). WWW.CDC.GOV

#### 4. Análisis de la información de línea de base.

**EPI INFO**, también fue utilizado para la construcción de variables y análisis de información. Dando el objetivo de la línea de base de caracterizar el estado actual o inicial de los indicadores, el análisis estadístico fue puramente descriptivo.

Indicadores macro fueron construidos para la combinación de las respuestas a varios temas clave del cuestionario (véase el apéndice 4 para obtener una explicación de todos los indicadores). Por ejemplo, para evaluar el conocimiento del proveedor de salud, acerca de las transmisión y prevención del VIH, utilizamos las respuestas a cinco preguntas de conocimientos básicos desde el cuestionario del proveedor de salud; todas las cinco preguntas tuvieron que ser contestadas correctamente para contar hacia el conocimiento macro-indicador de la prevención y transmisión del VIH. Esto también crea un índice ponderado que van de 0 a 100 puntos, que luego nos ha permitido tener un rango cuantitativo del conocimiento de los usuarios y personal sanitario.

Macro indicadores e índices ponderados también fueron construidos con las respuestas obtenidas de los cuestionarios en las siguientes categorías: *Existencia y conocimiento de los servicios integrados de salud para el VIH* (cuestionario solo centros de salud), *Prevención de la transmisión vertical, pruebas y consejería de VIH y VDRL*, *presencia del estigma* ( solo cuestionario a proveedores de salud y usuarios) y *Calidad de servicios de VIH* (solo cuestionario a centros de salud). Sólo preguntas cerradas y preguntas con una opción de respuesta codeable fueron usados para la construcción de macro-indicadores e índices.

#### 5. Hallazgos en la evaluación del línea de base.

##### 5.1 Perfil demandado cuestionario.

El apéndice 5 contiene todas las variables, características y respuestas para cada uno de los tres tipos de encuestados por país participante. A continuación resumimos el perfil de la muestra total que comprende los cuatro países

A través de los cuatro países, casi una tercera parte de los proveedores de servicios de Atención primaria participan en el curso a distancia, fueron 31 a 40 años de edad (29,1%) y casi la mitad (49,3%) de los encuestados fueron más de 40 años. La mayoría de la muestra era femenino (76%) y católicos (62,5%). Cuarenta y uno por ciento había obtenido un título de educación superior y 13% había completado el trabajo de postgrado. Las profesiones más representadas entre los encuestados fueron el doctor (30,4%) y auxiliar de enfermería (25,6%) seguido por enfermero (13,9%).

Casi la mitad de los usuarios de los servicios de atención primaria fueron entrevistados de 18 a 30 años (47%); y la mayoría eran mujeres (83,2%); y amas de casa (62,2%). En términos de religión, la mayoría eran católicos (45,7%) o evangélica (38%). La escuela primaria es el nivel de educación más común completado (30,8%); y casi una cuarta parte (23,9%) no había completado o nunca se inscribió en la escuela primaria.

La mayoría de los administradores o directores de instalaciones de Atención primaria, tenían entre 31 y 50 años de edad (76,6%). Más de la mitad eran mujeres (57,4%) y católicos (68,1%). Sesenta y seis por ciento habían obtenido un título de educación superior y el restante 34% había completado la formación de postgrado. Los administradores de salud era la profesión más común (44%) y casi tres cuartas partes (74,5%) habían estado trabajando en sus respectivas instalaciones de menos de tres años.

## 5.2 El conocimiento de la transmisión prevención y control de VIH.

Como se ha descrito anteriormente y en el apéndice 4, construimos un indicador macro para determinar la cantidad mínima de conocimientos que los proveedores de salud deben tener sobre los modos de transmisión, prevención y tratamiento del VIH/SIDA y EIR. Para obtener una respuestas de puntaje del indicador macro se tuvo que conocer todas las respuestas de cinco.

### Conocimiento del proveedor de Salud.

Como lo muestra la tabla 13, ninguno de los proveedores de servicios de salud o educadores de salud en cualquiera de los países participantes respondieron correctamente a las cinco preguntas de los macro-indicadores sobre la transmisión, prevención y tratamiento del VIH. Cuando el indicador macro fue desglosado para calcular el promedio ponderado, es decir, los encuestados conocían al menos uno, pero no todas, las respuestas — observamos resultados muy similares entre países, alrededor de 50 en una escala de 0 a 100.

**Tabla 13 Conocimientos profesionales de la salud de la transmisión del VIH, la prevención y el tratamiento en cuatro países.**

	Numero de profesionales de la salud entrevistados	Conocimientos macro-indicadores adquiridos <sup>1</sup>	Ponderado promedio <sup>2</sup>
Guatemala	350	0	47.56
Panamá	232	0	45.01
Nicaragua	128	0	51.98
República Dominicana	84	0	52.25

<sup>1</sup> Deben de saber todo lo siguiente: modos de transmisión del VIH, modo de parto (vaginal vs cesárea) cuestiones para la transmisión del VIH de madre a hijo, la prueba VDRL es parte de la atención prenatal de rutina, la sífilis puede transmitirse de la madre al recién nacido, el VIH es un retrovirus, Elisa y Western Blot son utilizados para diagnosticar el VIH, cómo evaluar contactos, descartar OI, evaluar estado inmune, decidir si el ART es necesario, que tipo de conocimiento ART, CD4, antirretrovirales. <sup>2</sup> Índice de 0 a 100 puntos se calcula mediante un promedio ponderado de todos los componentes del indicador macro.

Resultados para otros indicadores de CAP de proveedores sobre VIH y enfermedades relacionadas son presentados en el cuadro 14 y categorizados como satisfactoria, intermedios o insatisfactorio.

Tabla 14. CAP de profesionales de la salud para el VIH y enfermedades asociadas, números (%)

	GUA (n=350)	NIC (n=128)	PAN (n=232)	DR (n=84)
<b>CAP Satisfactorio (100 % - 80%)</b>				
Sabe que la prueba VDRL es parte de la atención prenatal de rutina	338 (96.6)	128 (100)	232 (100)	84 (100)
Toma medidas de bioseguridad durante exámenes de pacientes	229 (97.0)	108 (90.8)	163 (88.6)	34 (87.2)
Trataría a pacientes con VIH positivo	346 (98.9)	128 (100)	230 (99.1)	84 (100)
Cree que el acceso a los servicios de salud es un derecho humano	344 (98.3)	128 (100)	232 (100)	81 (96.4)
Conoce acerca de la transmisión vertical del VIH	321 (91.7)	113 (88.3)	154 (66.4)	76 (90.5)
Sabe que la sífilis puede ser transmitido de la madre al recién nacido	327 (93.4)	123 (96.1)	216 (93.1)	81 (96.4)
Disposición a tomar una prueba del VIH en el momento del cuestionario	334 (95.4)	124 (96.9)	226 (97.4)	82 (97.6)
Mencione que el modo de parto (vaginal vs cesárea) es importante para la transmisión del VIH de madre a hijo	321 (91.7)	113 (88.3)	154 (66.4)	76 (90.5)
Menciones las infecciones respiratorias oportunistas que afectan a las	313 (89.4)	56 (43.8)	193 (83.2)	81 (96.4)

personas infectadas por el VIH				
Ordenes de pruebas de VIH para pacientes con conductas de riesgo	206 (83.1)	115 (95.8)	98 (53.8)	33 (84.6)
<b>CAP Intermedio (79% - 51 %)</b>				
Menciona que más del 50% de la transmisión perinatal del VIH ocurre durante el parto.	273 (78.0)	84 (65.6)	106 (45.7)	71 (84.5)
Menciona tener relaciones sexuales con una pareja estable	273 (78.0)	108 (84.4)	197 (84.9)	68 (81.0)
Reconoce que las pruebas ELISA y Western Blot son específicas para el diagnóstico del VIH	265 (75.7)	117 (91.4)	173 (74.6)	77 (91.7)
Ha sido probado la prueba de VIH en los últimos 3 años	265 (75.7)	105 (82.0)	145 (62.5)	66 (78.6)
Menciona no tener relaciones sexuales con más de una pareja.	220 (62.9)	82 (64.1)	101 (43.5)	56 (66.7)
Reconoce que el VIH pertenece a la familia del retrovirus	193 (55.1)	92 (71.9)	128 (55.2)	71 (84.5)
<b>CAP Insatisfactorio (50 % - 0%)</b>				
Reconoce que el VIH es un retrovirus y conoce específicamente el diagnóstico de las pruebas de laboratorio	166 (47.4)	82 (64.1)	100 (43.1)	69 (82.1)
Utiliza métodos de prevención de VIH y las ITS en las relaciones sexuales	166 (47.4)	79 (61.7)	124 (53.4)	45 (53.6)
Sabe iniciar el tratamiento cuando el recuento de CD4 es menor o igual a 350 células/mm <sup>3</sup>	102 (29.1)	42 (32.8)	51 (22.0)	35 (41.7)
Mencione que la mayoría de antirretrovirales no son teratogénico	87 (24.9)	34 (26.6)	56 (24.1)	16 (19.0)
Siempre utiliza condones en las todas las relaciones sexuales	78 (22.3)	32 (25.0)	31 (13.4)	8 (9.5)
Mencione la falta de riesgo de contraer VIH en el trabajo	67 (19.1)	11 (8.6)	71 (30.6)	30 (35.7)
Conoce el grupo de antirretrovirales que se utiliza en el tratamiento del VIH	46 (13.1)	47 (36.7)	88 (37.9)	35 (41.7)
Conoce al menos un grupo de medicamentos antirretrovirales	20 (5.7)	2 (1.6)	42 (18.1)	14 (16.7)
Sabe como proceder cuando evalúa a una persona que esta en riesgo por o es diagnóstica con VIH	10 (2.9)	9 (7.0)	9 (3.9)	2 (2.4)
Conoce las tres formas de transmisión del VIH <sup>1</sup>	5 (1.4)	1 (0.8)	1 (0.4)	0 (0)
Conocer los aspectos de ART	3 (0.9)	1 (0.8)	8 (3.4)	2 (2.4)
Mencione 4 de las 6 de las determinantes sociales e influyentes de la epidemia de VIH.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mencione 3 de las 5 acciones más importantes en la evaluación de una persona infectada por VIH	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

<sup>1</sup>Sexo, sangre y perinatal.

## Conocimiento de usuario de servicios de salud

El indicador macro para los usuarios de los servicios de consulta externa primaria se basa en sus conocimientos sobre el VIH/SIDA y las enfermedades infecciosas asociadas y cómo se transmite y prevenidas. Los encuestados adquirieron el indicador macro de pleno conocimiento cuando contestaron correctamente todas las preguntas, demostrando conocimientos básicos del VIH y EIR.

Como muestra la tabla 15, un número reducido de pacientes ambulatorios demostró conocimiento global de VIH y transmisión de EIR, aunque los resultados varía por país. Casi 10% de los encuestados contestó todas las preguntas correctamente en la República Dominicana, en comparación con sólo el 3,4% en Nicaragua. Sin embargo, para los valores desglosados que indica un conocimiento parcial, la puntuación más baja fue observada en Guatemala (un poco menos de 60 en una escala de 0 a 100) y el más alto en Panamá (**casi 71**)

**Tabla 15. Conocimiento de ambulatorios de transmisión del VIH en cuatro países**

	Numero de pacientes exteriores entrevistados	Conocimiento macro-indicador alcanzado (% de usuarios) 1	Ponderado Promedio 2
Guatemala	326	16 (4.9)	59.59
Panamá	262	18 (6.9)	70.78
Nicaragua	203	7 (3.4)	63.20
República Dominicana	219	21 (9.6)	68.54

1 Debe saber lo siguiente: VIH puede transmitirse de la madre al recién nacido, mano de obra es cuando el VIH se transmite, mujeres seropositivas de VIH deben amamantar no, el SIDA es incurable, sabe de la sífilis, el herpes genital y el VIH.

2 Índice de 0 a 100 puntos se calcula mediante un promedio ponderado de todos los componentes del indicador macro

Otros indicadores de conocimiento ambulatorios en materia de VIH/SIDA y las ITS se presentan en la tabla 16. Aproximadamente tres cuartas partes de los encuestados en los cuatro países respondieron correctamente que no se puede curar el SIDA. Por otro lado, los dominicanos encuestados fueron mucho más conocedores de la transmisión vertical, mientras los panameños encuestados sabían más sobre el VIH y la ITS en general.

Tabla 16. Conocimiento de Ambulatorios de VIH y enfermedades asociadas, números (%)

	<b>GUA (n=326)</b>	<b>NIC (n=203)</b>	<b>PAN (n=262)</b>	<b>DR (n=219)</b>
Conoce acerca de la transmisión vertical del VIH	37 (11.30)	9 (4.4)	30 (11.5)	138 (63.0)
Sabe que el SIDA es incurable	255 (78.2)	161 (79.3)	200 (76.3)	163 (74.4)
Conoce acerca del VIH y ITS	86 (26.4)	73 (36.0)	160 (61.1)	66 (30.1)

### **Conocimiento del director de centro de Integración de servicios de salud.**

El macro-indicador construido a partir de las respuestas al cuestionario de administrador de instalación primaria fue diseñado para determinar la cantidad de conocimientos que directores y gerentes tienen con respecto a la integración de servicios de atención médica para el VIH/SIDA y EIR. Para obtener un indicador-macro puntuación, los encuestados tuvieron que responder afirmativamente a todas las preguntas relacionadas con la integración de servicios para pacientes de VIH.

La siguiente tabla muestra los resultados de las respuestas dadas por los directores de servicios de salud en cada país de estudio. Ninguno de los directores podría responder afirmativamente a todas las preguntas relacionadas con la integración mínima de servicios para el VIH/SIDA y enfermedades prevalentes; en otras palabras, cuando se le preguntó acerca de los servicios ofrecidos en su institución, ninguno respondió afirmativamente.

Tabla 17. Directores reportan que los servicios de VIH y EIR están integrados

	Numero de directores entrevistados en los APS	Integración del Conocimiento macro-indicador adquirido <sup>1</sup>
Guatemala	16	0
Panamá	14	0
Nicaragua	10	0
República Dominicana	7	0

<sup>1</sup> la respuesta debe ser afirmativa "ofertas de instalación": prueba de VIH, Consejería de VIH y preservativos y toma de medidas de prevención vertical.

Cuando directores de servicios de salud pidieron a afirmar que los servicios de instalación se integran diversos VIH y RID servicios afines, una vez más ninguno de los directores podría responder afirmativamente a todas las preguntas, indicando que los servicios de VIH no están integrados para las variables incluidas en el estudio.

Cuando los directores de servicios de salud fueron preguntados para afirmar que los servicios de instalación se integran por diversos servicios afines de VIH y EIR, una vez más ninguno de los directores podría responder afirmativamente a todas las preguntas, indicando que los servicios de VIH no están integrados para las variables incluidas en el estudio

Tabla 18. Los directores afirman que los servicios de VIH y EIR están integrados.

	Número de directores entrevistados en los centros de APS	Número de centros de APS que afirman la integración de los servicios <sup>1</sup>
Guatemala	16	0
Panamá	14	0
Nicaragua	10	0
República Dominicana	7	0

<sup>1</sup> Las respuestas deben ser afirmativas para “servicios de instalación están integrados” para: pruebas de VIH, consejería en VIH, distribución de condones y medidas de prevención vertical.

Por otro lado, la siguiente tabla muestra la respuestas, cuando se les pregunto, si el centro que administran conoce las definiciones dadas por OPS/OMS, con respecto a la integración y comprensión del centro. De acuerdo con esta definición, un servicio integral de salud toma la ventaja de todas las oportunidades disponibles para educar, proponer, probar y tratar a todos los pacientes, incluidos en la prestación de servicios de salud sexual, reproductiva y VIH/ITS. Para todos los administradores/directores entrevistados en Nicaragua, consideran que sus servicios deben ser ambos integral e integrado, mientras que en Panamá tienen la mas baja proporción (28.6%) de los encuestados que están de acuerdo con esta declaración.

Tabla 19. Directores que afirman que los servicios de APC son ampliados e integrados

	Número de directores entrevistados en las instalaciones de APS	Número (%) de directores que afirman que los centros de servicio APS son amplios e integrados
Guatemala	16	11 (68.8)
Panamá	14	4 (28.6)
Nicaragua	10	10 (100)
República Dominicana	7	5 (71.4)

También se les pregunto a los directores de las instalaciones, si los pacientes reciben servicios relacionados al VIH y si les ofrecieron servicios adicionales, con este indicador definido como respuesta afirmativa a varias preguntas. Tal como se muestra en la siguiente tabla, todos los encuestados de Guatemala y Nicaragua indicaron que sus instalaciones ofrecen servicios relacionados con servicios adicionales a los pacientes de VIH. Para Panamá y la República Dominicana también eran altas las proporciones: 92.9% y 85.7% respectivamente.

Tabla 20. Directores afirman que ofrecen servicios relacionados con servicios adicionales a los pacientes de VIH.

	Número de directores entrevistados en las instalaciones de APS	Número (%) de directores que afirman que ofrecen servicios adicionales de APS <sup>1</sup>
Guatemala	16	16 (100.0)
Panamá	14	13 (92.9)
Nicaragua	10	10 (100)
República Dominicana	7	6 (85.7)

1 Incluye: servicios de planificación familiar, servicios de salud reproductiva de prevención y de gestión, servicios de salud materna infantil, prevención de la violencia basada en género y gestión, prevención del aborto inseguro y post aborto cuidado, ITS y servicios ofrecidos en la misma zona y por el mismo proveedor

Otros indicadores de integración de servicios de salud en relación con el VIH/SIDA y las ITS como informaron los administradores de instalaciones PHC entrevistados se presentan en las tablas 21-23. En Nicaragua, Panamá y República Dominicana los no directores dijeron que las prácticas de transmisión vertical fueron en efecto sólo el 25% de los encuestados guatemaltecos (tabla 21). Para la distribución de preservativos, las respuestas afirmativas fueron inusuales en Panamá e inexistentes en los otros tres países. La mayor proporción de los encuestados dijo que sus instalaciones ofrecen pruebas y Consejería de VIH.

Tabla 21. Directores que afirman que sus instalaciones ofrece servicios de VIH y EIR, número (%)

	<b>GUA (n=16)</b>	<b>NIC (n=10)</b>	<b>PAN (n= 14)</b>	<b>DR (n=7)</b>
Prueba de VIH ofrecida	8 (50.0)	9 (90.0)	10 (71.4)	4 (57.1)
Consejería de HIV	8 (50.0)	9 (90.0)	10 (71.4)	3 (42.9)
Distribución de condones	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)
Prevención de transmisión vertical en efecto	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Cuando se le preguntó si su instalación VIH y ERI ofrecían también servicios prevención de la violencia basada en género y gestión, prevención del aborto inseguro y post aborto cuidado, ningún director de cualquier país respondió afirmativamente. Treinta por ciento de los encuestados nicaragüenses y el 21% de los encuestados panameños, pero ninguno en Guatemala o República Dominicana, dijeron que la salud materna infantil y servicios de VIH se ofrecieron conjuntamente. Rara vez se integran servicios de gestión y prevención de infecciones de transmisión sexual, pero en ocasiones son servicios de planificación familiar: entre 14% (en Panamá) y 81% (en Guatemala) respondió afirmativamente.

Tabla 22. Directores que creen que ofrecen servicios en sus instalaciones de VIH Y EIR: número (%)

	<b>GUA (n=16)</b>	<b>NIC (n=10)</b>	<b>PAN (n= 14)</b>	<b>DR (n=7)</b>
Están integrados los Servicios de planificación familiar y VIH	13 (81.3)	4 (40.0)	2 (14.3)	3 (42.9)
Están integrados La Prevención de infecciones de transmisión sexual y administración de servicios de VIH.	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (14.3)	0 (0.0)
La salud materno infantiles y servicios de VIH están integrados	0 (0.0)	3 (30.0)	3 (21.4)	0 (0.0)
La prevención de la violencia basado en género, gestión y servicios de VIH están integrados	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
La prevención de abortos inseguros y atención del cuidado post aborto y servicios de VIH están integrados.	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Tabla 23. La percepción de los directores en sus instalaciones de VIH y EIR, número (%)

	<b>GUA (n=16)</b>	<b>NIC (n=10)</b>	<b>PAN (n= 14)</b>	<b>DR (n=7)</b>
Mencione como esenciales (prioridad) VIH los siguientes servicios:				
La prueba de VIH con consejería	8 (50.0)	9 (90.0)	10 (71.4)	3 (42.9)
La prueba de VIH sin consejería	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)
Distribución de condones	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)
Prevención de la transmisión vertical	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mencione que la prueba de VIH es uno de los exámenes de laboratorio que ofreció durante la atención prenatal	16 (100)	10 (100)	14 (100)	5 (71.4)
Mencione que la instalación refiere a los usuarios que deben ser tratados en otro lugar	16 (100)	10 (100)	14 (100)	4 (57.1)
Mencione que la instalación tiene un sistema para verificar las referencias de seguimiento	12 (75.0)	10 (100)	11 (78.5)	4 (57.1)
Menciona que la instalación se realiza el seguimiento a través de:				
Sistema de referencia y contra-referencia	4 (25.0)	6 (60.0)	10 (71.4)	3 (42.9)
Acompañamiento	1 (6.3)	1 (10.0)	1 (7.1)	0 (0)
Otro tipo de sistema	8 (50)	3 (30.0)	0 (0)	1 (14.3)
Menciona que la instalación no se realiza seguimiento debido a:				
Sobresaturación de trabajadores de la Salud	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Seguimiento es innecesario	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Los usuarios regresan por su propia voluntad	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)
La falta de referencia de un sistema y contra referencia	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otra razón	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)
Menciona que no hay limitaciones en la prestación de servicios integrales.	2 (12.5)	6 (60.0)	1 (7.1)	2 (28.6)

Los usuarios de los centros de atención primaria fueron también preguntados sobre servicios integrados. Como muestra la tabla 24, pocos de los encuestados creían que las mujeres VIH positivas deben quedar embarazadas. La proporción de los encuestados dijo que recibieron las pruebas de VIH y VDRL, cuando los embarazos variaban sustancialmente: pruebas auto reconocidas prenatales de VIH oscilaban entre un bajo 20,5% en la República Dominicana a tan alto como el 66% en Panamá, mientras que la prueba VDRL osciló entre 8,9% en Nicaragua y 60.7% en Panamá

Tabla 24. Percepción de los usuarios de APS en la integración de los servicios del VIH y EIR, número (%)

<b>Usuario CSP que:</b>	<b>GUA (n=326)</b>	<b>NIC (n=203)</b>	<b>PAN (n= 262)</b>	<b>DR (n=219)</b>
Creer que las mujeres embarazadas tienen el derecho de embarazarse.	26 (8.1)	51 (25.1)	47 (7.9)	23 (10.5)
Dio la prueba de VIH durante la atención prenatal.	143 (44.7)	83 (40.9)	173 (66.0)	45 (20.5)
Dio la prueba VDRL durante la atención prenatal	127 (39.7)	18 (8.9)	159 (60.7)	45 (20.5)

### 5.3. Conocimiento de la transmisión vertical.

Este macro indicador caracteriza conocimientos sobre cuestiones relacionadas con la transmisión de madre a hijo del VIH y EIR. Como el anterior indicador macro, los encuestados tuvieron que responder afirmativamente a todas las cuestiones relativas a la transmisión vertical del VIH.

### **Conocimiento del proveedor de salud de la transmisión vertical del VIH**

La siguiente tabla muestra la respuesta de los profesionales de la salud cuando se le preguntó acerca de la necesidad de incluir pruebas como parte de las pruebas de laboratorio ofrecida a las mujeres embarazadas del VIH. De todos los países, Nicaragua tenía la mayor proporción de médicos y enfermeras que afirman que la prueba del VIH es ofrecida con pruebas de laboratorio durante la atención prenatal (98,4%) y en menor medida en Panamá y la República Dominicana con un 76,7% y 90,5%, respectivamente. En Guatemala, menos del 3% de profesionales de la salud afirman que esta prueba es parte de las pruebas de laboratorio prenatal.

Tabla 25. Profesionales de la salud demostrar conocimiento de la transmisión vertical del VIH

	Número de profesionales de la salud entrevistados	Número (%)de profesionales de la salud que afirman la prueba del VIH es ofrecida con laboratorio prenatal, test 1
Guatemala	350	10 (2.9)
Panamá	232	178 (76.7)
Nicaragua	128	126 (98.4)
República Dominicana	84	76 (90.5)

<sup>1</sup> las respuesta debe ser afirmativa para: las pruebas de VIH durante la atención.

### **Conocimiento del ambulatorio de la transmisión vertical del VIH**

Este indicador macro se creó para determinar la conciencia de la población con respecto a cuestiones relacionadas con la transmisión vertical del VIH. Para cumplir este indicador macro los encuestados tuvieron que responder afirmativamente a todas las cuestiones relativas a la transmisión vertical, incluso si habían recibido VIH resultados durante sus durante la atención prenatal. La tabla 25 muestra que para las mujeres que habían estado embarazadas, la mayor proporción de responder afirmativamente a todas las preguntas fueron en la República Dominicana (60,9%), seguida por las mujeres en Nicaragua (41,2%), Panamá (27,3%) y por último, Guatemala (22,6%).

Tabla 26. Pacientes ambulatorios demostrar conocimiento de la transmisión vertical del VIH

	Numero de pacientes ambulatorios entrevistados	Numero(%) de mujeres embarazadas que previamente que afirmaron varios aspectos relacionados a la prevención de la transmisión vertical del VIH <sup>1</sup>
Guatemala	301	68 (22.6)
Panamá	220	60 (27.3)
Nicaragua	136	56 (41.2)
República Dominicana	64	39 (60.9)

<sup>1</sup> las preguntas deben ser afirmativas para: dar consejería, pruebas de VIH Y recibir resultados de las pruebas durante la atención prenatal.

La siguiente tabla presenta los tres indicadores del conocimiento de la transmisión del VIH entre los encuestados anteriormente embarazadas.

Tabla 27. Anteriormente las pacientes ambulatorias embarazadas indicaron que se les ofreció servicios relacionados con la prevención de la transmisión vertical del VIH, número (%)

Mujeres afirmaron que ellas:	GUA (n=326)	NIC (n=203)	PAN (n= 262)	DR (n=219)
Recibieron asesoría de VIH	81 (24.8)	75(36.9)	67 (25.6)	71 (32.4)
Recibieron pruebas de VIH	146 (44.8)	83 (40.9)	173 (66.0)	45 (20.5)
Recibieron resultados de las pruebas de VIH	167 (51.2)	95 (46.8)	179 (68.3)	76 (34.7)

#### Conocimiento del director de instalaciones en transmisión vertical del VIH

La siguiente tabla muestra que el 100% de directores de instalaciones APS entrevistados en Guatemala, Panamá y Nicaragua, sólo el 71,4% en la República Dominicana — afirman que la prueba del VIH es ofrecida durante la atención prenatal como medio de prevenir la transmisión vertical del VIH.

Tabla 28. Directores de instalaciones APS demostraron conocimiento de la transmisión vertical del VIH

	Numero de directores de instalaciones entrevistados	Número de (%) de directores que afirman que la prueba de VIH es ofrecida durante la atención prenatal para prevenir la transmisión vertical. <sup>1</sup>
Guatemala	16	16 (100.0)
Panamá	14	14 (100.0)
Nicaragua	10	10 (100.0)
República Dominicana	7	5 (71.4)

<sup>1</sup> Las respuestas deben ser afirmativas para: instalaciones que ofrecen la prueba de VIH durante la atención prenatal.<sup>1</sup>

#### 5.4 Conocimiento del VIH y servicios de asesoramiento de EIR .

Para cumplir con este indicador macro de conocimiento, los encuestados tuvieron que responder afirmativamente a todas las cuestiones relativas al VIH y al asesoramiento de EIR.

##### Conocimientos de los proveedores salud en servicios de consejería.

Menos del 50% de los médicos y enfermeras en la muestra, de cada país considera importante la consejería del VIH y VDRL. Nicaragua tenía la mayor proporción de los encuestados (48,4%), quien aceptó que la orientación dada a las mujeres embarazadas debería incluir la importancia de la prueba del VIH y VDRL.

Tabla 29. Profesionales de la salud demostrando conocimiento en cuestiones relacionadas con el VIH, servicios de asesoramiento

	Número de profesionales de la salud entrevistados	Número (%) de profesionales de la salud que consideran importante la consejería del VIH/o VDRL durante la atención prenatal <sup>1</sup>
Guatemala	350	146 (41.7)
Panamá	232	81 (34.9)
Nicaragua	128	62 (48.4)

República Dominicana	84	27 (32.1)
----------------------	----	-----------

<sup>1</sup> las respuestas deben ser afirmativas para: consejería durante la atención prenatal, debe transmitir la importancia de la prueba de VIH y VDRL.

#### *Conocimiento del usuario de los servicios de salud en los servicios de consejería.*

En la evaluación del conocimiento general de los pacientes ambulatorios en las pruebas y consejería del VIH y/o VDRL, se observó que casi ninguno de los cuatro países, han ofrecido estos servicios. Solo la República Dominicana realizó servicios de APS, los usuarios indicaron que habían recibido estos servicios, pero aún esta proporción fue de solo 1.4%

Tabla 30. Pacientes ambulatorios demostrando conocimiento en los servicios de consejería.

	Número de pacientes ambulatorios entrevistados	Número de (%) de pacientes ambulatorios que mencionaron la importancia de la consejería del VIH y/o VDRL durante la atención prenatal <sup>1</sup>
Guatemala	326	0 (0.0)
Panamá	262	0 (0.0)
Nicaragua	203	0 (0.0)
República Dominicana	219	3 (1.4)

<sup>1</sup> las respuestas deben ser afirmativas para dar consejería a las pruebas de VIH y/o VDRL, e informo sobre el uso del condón, pruebas de prevención del VIH, prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al niño, ART y apoyo al paciente con VIH.

La presente tabla presenta cada indicador de conocimiento en los servicios de consejería entre los pacientes encuestados.

Tabla 31. Anteriormente las pacientes ambulatorias embarazadas que dicen que se les ofreció asesoría de VIH y VDRL, Número (%)

De los encuestados afirman:	GUA (n=326)	NIC (n=203)	PAN (n= 262)	DR (n=219)
Recibieron la prueba de VIH y consejería	1 (0.3)	0(0.0)	0 (0.0)	3 (1.4)
Fueron informados acerca de la prevención y problemas de transmisión <sup>1</sup>	11 (3.4)	9 (4.4)	3 (1.1)	98 (44.7)
Recibieron la prueba de VIH y/o sífilis y recibieron consejería (solo mujeres )	85/170 (50)	77/104 (74)	67/188 (35.6)	76/77 (34.7)
Le hubiera gustado haber recibido la prueba de VIH y/o VDRL con consejería ( demanda no satisfecha en asesoramiento y pruebas )	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)

<sup>1</sup> se les informo sobre el uso de condones, prevención y pruebas del VIH, prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al hijo, ART y apoyo al paciente de VIH.

#### *Conocimiento de director de las instalaciones de APS de servicios de consejería*

Los Directores de los centros participantes se preguntan acerca de la disponibilidad de asesoramiento para las pruebas de VIH, la prestación de otros servicios de salud reproductiva con la prueba del VIH y si hubo un miembro del personal dedicado a la asesoría, así como materiales didácticos utilizados en las sesiones de asesoramiento. En Nicaragua el 80% de los encuestados dijo que sus instalaciones cumplen todos estos requisitos, seguidos de 50% en Guatemala, 43% en Panamá y 29% en la República Dominicana. Probados

Tabla 32. Directores de instalaciones APS que afirman que el VIH y VDRL, servicios de asesoramiento está disponible en sus instalaciones

	Número de directores de instalaciones entrevistados	Número de (%) de directores que afirman que los servicios de consejería para VIH y VDRL están disponibles en sus instalaciones <sup>1</sup>
Guatemala	16	8 (50.0)
Panamá	14	6 (42.9)
Nicaragua	10	8 (80.0)
República Dominicana	7	2 (28.6)

1 Respuesta debe ser afirmativa para: Consejería de VIH se ofrece con la prueba, personas, siendo la prueba del VIH se ofrecen otros servicios de salud reproductiva y la existencia de una salud servicios consejero. Debe mostrar material didáctico utilizado en Consejería.

Tabla 33 Muestra las Respuestas a las preguntas individuales sobre los servicios de asesoramiento.

Tabla 33. Asesoramiento servicios ofrecidos y las características de instalación primaria Consejería, número (%)

Los encuestados afirman esto:	GUA (n=16)	NIC (n=10)	PAN (n= 14)	RD (n=7)
La facilidad de integración de la APS ofrece pruebas de VIH con consejería.	8 (50)	9(90)	10 (71.4)	3 (42.9)
Los destinatarios de la prueba del VIH con Consejería es ofrecido como un servicio adicional.	15 (93.8)	9 (90)	8 (57.1)	4 (57.1)
La instalación tiene el personal dedicado a la asesoría	16 (100)	10 (100)	14 (100)	6 (85.7)
La consejería se da en un entorno adecuado	15 (93.8)	9 (90.0)	14 (100)	2 (28.6)
<u>La calidad del medio ambiente de Consejería, evaluado a través de la observación</u>				
Las conversaciones no se escuchan desde afuera	16 (100)	10 (100)	14 (100)	7 (100)
Los pacientes no pueden ser vistos desde afuera	16 (100)	10 (100)	14 (100)	7 (100)
Sesiones de asesoramiento no son interrumpidas	16 (100)	10 (100)	14 (100)	7 (100)
Sesiones de asesoramiento son individuales	16 (100)	10 (100)	1 (92.9)	2 (28.6)

### 5.5 Estigma asociado al VIH.

Esta serie de indicadores evalúa el estigma hacia las personas infectadas por el VIH entre los usuarios y los proveedores de APS. Para ser caracterizado como una persona sin estigma, los encuestados tuvieron que responder afirmativamente a la pregunta de cada macro indicador.

#### *Estigma del Proveedor de Salud*

Como se muestra en la siguiente tabla, el estigma del VIH en profesionales de la salud variaron significativamente por país. Cuando se le preguntó si se relacionarían con una persona con VIH y hacerse una prueba de VIH, 52,4% de los profesionales de la salud de la República Dominicana respondió afirmativamente a ambas preguntas, en contraste con sólo el 6,3% de los encuestados en Nicaragua. En Guatemala y Panamá 31,4% y el 19,8% de los encuestados, respectivamente, no muestran signos de estigma relacionado con el VIH.

Tabla 34. Estigma de los profesionales de salud hacia las personas infectadas con el VIH

	Número de profesionales de Salud entrevistados	Número (%) de profesionales de salud que no manifiestan estigma hacia las personas infectadas de VIH.
Guatemala	350	110 (31.4)
Panamá	232	46 (19.8)
Nicaragua	128	8 (6.3)
República Dominicana	84	44 (52.4)

<sup>1</sup> Respuesta debe ser afirmativa para: (con protección adecuada) no tendría un problema con la realización de actividades de diagnósticos y terapéuticas con un paciente VIH-positivo y podría ser la prueba del VIH.

De los indicadores individuales de estigma relacionado con el VIH presentadas a continuación, el mayor problema entre profesionales de la salud en los cuatro países es su preocupación por estar infectados con VIH en el trabajo

Tabla 35. Aspectos de la salud profesional estigma hacia las personas infectada con el VIH, el número (%)

Profesionales de la salud que dicen:	GUA (n=350)	NIC (n=128)	PAN (n=232)	DR (n=84)
Tratar a personas con VIH	346 (98.9)	128 (100)	230 (99.1)	84 (100)
No tienen ningún riesgo de contraer VIH en el trabajo	62 (19.1)	11 (8.6)	71 (30.6)	30 (35.7)
Estaría dispuesto a tomar un aprueba de VIH	334 (95.4)	124 (96.9)	226 (97.4)	82 (97.6)

#### APS Estigma del usuario.

Los usuarios de APS exhiben altas tasas de estigma relacionado con el VIH, medida por un indicador compuesto que combina aspectos de rechazo hacia las personas infectadas por el VIH y la voluntad para hacer una prueba de VIH, el 1,4% de los encuestados en la República Dominicana no mostró ningún estigma relacionado con el VIH, seguido de 4.3% en Guatemala, 4.6% en Panamá y casi un 10% en Nicaragua.

Table 36. Estigma en APS de usuario hacia personas infectadas con VIH.

	Número de pacientes ambulatorios entrevistados	Número (%) de pacientes ambulatorios que no manifiestan estigma hacia las personas infectadas de VIH.
Guatemala	326	14 (4.3)
Panamá	262	12 (4.6)
Nicaragua	203	20 (9.9)
República Dominicana	219	3 (1.4)

La Respuesta debe ser afirmativa para: dispuestos a tomar una prueba de VIH y no mostrar ningún tipo de rechazo hacia las personas con VIH (una mujer con VIH tiene derecho a quedar embarazada, un profesor de infectados por el VIH debería poder seguir enseñando, que cuidar un miembro de la familia en etapas avanzadas del VIH, que comparten un baño una persona infectada por el VIH y permitiría a sus hijos asistir a la escuela con un niño de infectado por el VIH).

Rompiendo el indicador compuesto revela, que la mayoría de estigma relacionado con el VIH demostrada por los usuarios del APS en los cuatro países puede atribuirse a problemas de rechazo. Además, en la República Dominicana sólo el 20% de los encuestados no considera que el VIH debe ser castigado por mal comportamiento.

Table 37. Aspectos del estigma de usuario APS hacia personas infectadas con el VIH, número (%)

Usuarios APS que:	GUA (n=326)	NIC (n=203)	PAN (n= 262)	RD (n=219)
Están dispuestos hacerse la prueba de VIH	268 (82.2)	164 (80.8)	232 (88.5)	197 (90.0)
Muestra ningún tipo de rechazo hacia las personas con VIH <sup>1</sup>	15 (4.6)	23 (11.3)	12 (4.6)	4(1.8)
Considera que el VIH debe ser castigado por mal comportamiento	233 (71.5)	118 (58.1)	171 (65.3)	44 (20.1)

<sup>1</sup> Una mujer con VIH tiene el derecho de embarazarse, un profesor con VIH debería continuar enseñando, ser cuidado por un miembro de la familia en avanzada etapa de VIH, compartir un baño con una persona infectada con VIH y permitir a sus hijos asistir a una escuela con niños infectados con VIH.

## 5.6 Mejora en la prestación de servicios (calidad de atención) para pacientes con VIH

Esta serie de indicadores se basa en las respuestas a preguntas de directores de instalaciones de APS y pacientes ambulatorios acerca de los servicios de VIH y EIR, con el propósito de evaluar indirectamente los procesos de mejora de la atención.

Evaluación de los directores de instalaciones en la atención a los procesos de mejoramiento de los pacientes infectados con VIH

Como un indicador de buena calidad, se les pregunto a los administradores de servicio acerca de los siguientes aspectos en la prestación de servicio de VIH: la instalación tiene un buen sistema de referencia para lo usuarios que no pueden ser tratados en la atención primaria de salud, todos los pacientes que dieron positivo en la prueba AFB, son examinados para la prueba de VIH, la prueba de VIH es ofrecida durante la atención prenatal y el servicio tiene los suministros necesarios para realizar una prueba. Mientras que el 100% en Nicaragua, administradores de servicios respondieron que sus instalaciones cumplen todos los criterios, sólo el 57% lo hizo en Panamá, así como 19% de encuestados en Guatemala y 14% en la República Dominicana.

Tabla 38. Directores de Instalaciones de APS, que creen que sus instalaciones de servicios de VIH tienen buena calidad

	Número de directores de instalaciones entrevistados	Número (%) de directores que afirman que sus servicios son de buena calidad <sup>1</sup>
Guatemala	16	3 (18.8)
Panamá	14	8 (57.1)
Nicaragua	10	10 (100)
República Dominicana	7	1 (14.3)

<sup>1</sup> las respuestas deben ser afirmativas para: las instalaciones que tienen un buen sistema de referencia para quienes no puedan ser tratados en el primer nivel de atención, todos los pacientes que tienen positivo en la prueba AFB, son examinados para la prueba de VIH, la prueba de VIH es ofrecida durante la atención prenatal y el servicio tiene los suministros necesarios para realizar una prueba.

Un análisis de los componentes individuales del macro-indicador de calidad muestra que la mayoría de los encuestados en todos los países cree que sus instalaciones tiene un sistema de buena referencia para los usuarios que no pueden ser tratados en el nivel de atención primaria.

Tabla 39. Directores de instalaciones de APS que consideran sus instalaciones tiene sistema de buena referencia para los pacientes de VIH

	Número de directores de instalaciones entrevistados	Número (%) de directores que consideran su instalación tiene un sistema de buena referencia para usuarios que no pueden ser tratados en la atención primaria de salud <sup>1</sup>
Guatemala	16	12 (75.0)
Panamá	14	11 (78.6)
Nicaragua	10	10 (100.0)
República Dominicana	7	4 (57.1)

<sup>1</sup> las Respuestas deben ser afirmativas para: la instalación tiene un buen sistema de referencia para los usuarios que no pueden ser tratados en la atención primaria de salud y buen seguimiento para verificar las referencias.

Respuestas a preguntas acerca de la prueba VIH prenatal eran más variadas: menos de un tercio de los administradores de servicio en Guatemala y República Dominicana respondieron afirmativamente, mientras más de tres cuartas parte de los encuestados en Panamá afirmó que las mujeres embarazadas hace la prueba de VIH y que sus instalaciones tienen los suministros necesarios para llevarlo a cabo

Tabla 40. Disponibilidad de la prueba prenatal en las instalaciones de APS

	Número de directores entrevistados	Número (%) de directores que afirman que la prueba de VIH es ofrecida durante la atención prenatal y la instalación tiene los suministros necesarios para llevarlo a cabo. <sup>1</sup>
Guatemala	16	5 (31.3)
Panamá	14	11 (78.6)
Nicaragua	10	10 (100.0)
República Dominicana	7	2 (28.6)

<sup>1</sup> Answer must be affirmative for: HIV testing is offered during prenatal care and the service has the necessary supplies to perform the test.

La siguiente tabla presenta el rango de los procesos de mejora en la atención que los directores afirman son en efecto en sus respectivas instalaciones.

Tabla 41. Procesos de mejora en la atención afirmado por los directores de instalaciones de APS, número (%)

Directores de Servicio APS que afirman que:	GUA (n=16)	NIC (n=10)	PAN (n= 14)	DR (n=7)
La instalación refiere a usuarios que no pueden ser tratados en el primer nivel de atención.	16 (100)	10 (100)	14 (100)	4 (57.1)
La instalación tiene que seguir un sistema para verificar las referencias.	12 (75.0)	10 (100)	11 (78.6)	4 (57.1)
Todos los pacientes que dieron positivo a la prueba de AFB son examinados para la prueba de VIH.	14 (87.5)	10 (100)	12(85.7)	4 (57.1)
La prueba de VIH es ofrecida durante la atención prenatal.	16 (100)	10 (100)	14 (100)	5 (71.4)
La instalación tiene los suministros necesario para realizar la prueba.	5 (31.3)	10 (100)	11 (78.6)	2 (28.6)
El servicio regional de salud, ha emitido y proporcionado las				

instalaciones con políticas, reglas y procedimientos que conciernen al manejo del VIH y EIR.	16 (100)	10 (100)	14 (100)	7 (100)
Se muestra que la instalación posee dichas políticas, reglas y procedimientos concernientes al manejo de VIH y EIR.	15 (93.7)	7 (70.0)	14 (100)	2 (28.6)

### *Evaluación de los usuarios en los procesos de mejora en la atención de servicios relacionados con el VIH*

La siguiente tabla presenta aspectos de atención en los procesos de mejora desde la perspectiva del usuario. Cuando se les preguntó si habían referido a otro centro o clínica diferente a la que asistió durante esta visita, 11.5% de usuarios de APS respondió afirmativamente en Panamá y 10.7% en Guatemala, con bajas proporciones responden afirmativamente en Nicaragua (2.5%) y República Dominicana (5.9%). Con respecto a otros servicios que les gustaría haber recibido y cuestiones planteadas durante la Consejería, las respuestas afirmativas eran inusuales con la excepción de los pacientes ambulatorios dominicanos y asesoramiento de prevención del VIH.

Tabla 42. Experiencia de los pacientes ambulatorios con aspectos de mejora de la atención relacionadas con el VIH.

<b>Usuarios de APS que indicaron que:</b>	<b>GUA (n=326)</b>	<b>NIC (n=203)</b>	<b>PAN (n= 262)</b>	<b>DR (n=219)</b>
Han sido referidos a otra instalación o clínica distinta de la que acababa de visitar.	35 (10.7)	5 (2.5)	30 (11.5)	13 (5.9)
Le hubiera gustado haber recibido otro servicio como:				
Prueba de VDRL con Consejería	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
Prueba de VDRL sin consejería	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Prueba de VIH con consejería	2 (0.6)	3 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
Prueba de VIH sin consejería	4 (1.2)	3 (1.5)	1 (0.4)	2 (0.9)
Le habían mencionado acerca de lo siguiente:				
Uso del condón para prevenir el VIH y ETS	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.5)
Prevención del VIH	5 (1.5)	3 (1.5)	1 (0.4)	94 (42.9)
Prueba del VIH	2 (0.6)	3 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo	4 (1.2)	3 (1.5)	1 (0.4)	2 (0.9)
Prevención de la sífilis de la madre a hijo	1 (0.3)	2 (0.9)	1 (0.3)	2 (0.9)
Que el VIH es tratado con terapia anti-retro viral	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cuidado y ayuda para las personas con viven con el VIH	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

## **6. Evaluación del curso en línea de OPS**

Un total de 180 proveedores y administradores de servicio de salud participaron en el curso en línea dirigido por la OPS, distribuido entre los cuatro países. El objetivo de esta evaluación cuantitativa y cualitativa fue para determinar qué medida el contenido del ensayo final mejoró (o no mejoró) comparado con los ensayos iniciales preparados por los estudiantes 0

Un total de 180 de los proveedores de servicios de salud y directivos participaron en el curso en línea dirigido por la OPS, distribuidos uniformemente entre los cuatro países. El objetivo de esta evaluación cuantitativa y cualitativa fue determinar en qué medida el contenido del ensayo final mejoró (o no mejoró) en comparación con ensayos preparados inicialmente por los estudiantes antes del inicio del curso. En el análisis se incluyeron sólo los participantes que se convirtió en un ensayo inicial o final a través de la plataforma en línea.

Matrices analíticas se desarrollaron de acuerdo a los temas tratados en el curso: principales factores sociales, políticos y económicos que influyen en el VIH y el EIR; elementos básicos de la organización de servicios de atención médica del VIH; elementos de la integración de las estrategias de prevención y promoción de VIH en el campo de la salud materno-infantil; principales estrategias clínicas y herramientas para el control del VIH y su aplicación a nivel local; y propuestas de intervención y mejora en todos estos ámbitos. Los temas de género, la etnia, la discriminación y el estigma se añadieron como temas transversales ya que se abordan en el curso y porque indican cambios de actitud y conciencia. Este ejercicio no sólo demuestra la gama de opiniones expresadas cualitativamente por participantes de citas directas o parafraseando (véase el apéndice 7), sino que también proporciona información para la escala desarrollada para anotar los ensayos cuantitativamente.

El ensayo de sistema de puntuación asignado 0 a 3 puntos en cada una de las cinco esferas temáticas según el nivel del autor del análisis y la capacidad de correlacionar ideas. Los esfuerzos vinculan las respuestas a las experiencias locales y atención del VIH/SIDA también cuentan hacia la calificación de los participantes. La puntuación asignada a cada ensayo no pretendía evaluar respuestas correctas o incorrectas, sino a estimar su profundidad. Por esa razón la escala va en orden ascendente (enumerar, describir y analizar o relacionar), como se muestra a continuación.

El curso se inició con una serie de actividades en que los estudiantes aprendidas a manejar la plataforma y escribió su reflexión inicial. Al concluir el módulo de cuatro semanas sobre la integración del VIH y otras enfermedades prevalentes en el nivel de primaria, los participantes escribieron otro ensayo. Les indicaron que contenido sería evaluada según las áreas temáticas descritas a continuación y explicar aspectos para incluir una lista de comprobación. Apéndice 7 contiene resultados detallados para cada tema; a continuación se resumen los principales resultados operatorio.

Tabla 43. Sistema de puntuación para los ensayos y la matriz de Contabilidad analítica

Tema	Ninguno = 0	Bajo = 1	Medio = 2	Alto = 3
Principales factores que influyen en el entorno social, político y económico	Falla para identificar los factores que influyen en el entorno social, político y económico	Puede identificar al menos un factor, pero falla al explicar el papel de los determinantes sociales	Identifica los factores y proporciona información sobre cómo aumentan la vulnerabilidad, factores de riesgo y las barreras al acceso a la atención de la salud	Analiza los determinantes sociales en relación con el VIH
Elementos básicos de la organización de servicio de atención médica del VIH	Falla mencionar cómo es el sistema de salud organizado (no sólo de salud de público)	Indica si el sistema de salud está segmentado, fragmentado, equitativa o no, pero sin ninguna explicación adicional	Analiza si el sistema de salud corresponde APS y su grado de integración a través de redes (individuo, familia y comunidad)	Analiza las implicaciones de la integración del VIH en APS (como una red integrada)
Elementos de la integración de las estrategias de prevención y promoción de VIH en el campo de la salud materno-infantil	No menciona un grupo de riesgo	Menciona al menos un grupo de riesgo a que la prevención del VIH y promoción de la salud sexual deben dirigirse esfuerzos.	Describe estrategias relacionadas con la familia y los ciclos de vida individuales para reducir las desigualdades sanitarias para prevenir el VIH y promover la salud sexual	Analiza la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención y promoción de VIH
Principales estrategias clínicas y herramientas para el control del	Fallas para identificar estrategias clínicas o herramientas	Describe las herramientas y estrategias clínicas generales	Describe las herramientas y estrategias clínicas generales como locales	<b>Describe estrategias clínicas y herramientas en</b>

VIH y su aplicación a nivel local				el nivel local y explore los obstáculos y vincúelos entre ellos.
Propuestas de intervención y mejora en las áreas arriba	Ninguna mejora de intervención en las propuestas mencionadas	Menciona una o más propuestas	Describe la propuesta mejora en términos de objetivos, medios y resultados	La propuesta se describe en términos de elementos viables
Género	No se menciona como un factor social de género	Género mencionado como un factor social	Describe los problemas locales relacionados con el género	Cuestiones relacionadas con el género a una propuesta de enlaces
Etnia	Etnia no mencionada como un factor social	Etnia mencionada como un factor social	Describe los problemas relacionados con la etnia local.	Enlaces relacionados con cuestiones de origen étnico a una propuesta
Discriminación y Estigma	Discriminación y estigma no mencionada como un factor social	Discriminación y estigma mencionado.	Describe los problemas locales relacionados con la discriminación y estigma	Problemas de enlace relacionados con la discriminación y el estigma a una propuesta

De acuerdo con la tabla 44 la puntuación global media aumentada en casi dos puntos entre el ensayo inicial y final escrito por los participantes. Con la excepción de la República Dominicana cada país individual también mejoro. Este incremento fue mayor en Nicaragua (2.9 puntos) y Guatemala (2.7 puntos) y modesto en Panamá, cuya puntuación media aumentó en sólo 0.2 puntos (figura 1).

Tabla 44. Puntuación General del ensayo inicial y final por país.

	Guatemala		Nicaragua		Panamá		República Dominicana		Total	
	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median
Ensayo Inicial	45	7.4	46	8.8	44	7.2	45	6.4	180	<b>7.0</b>
Ensayo Final	45	10.1	46	11.7	44	7.4	45	4.8	180	<b>8.9</b>

Figure 1. Puntuación General del ensayo inicial y final por país.

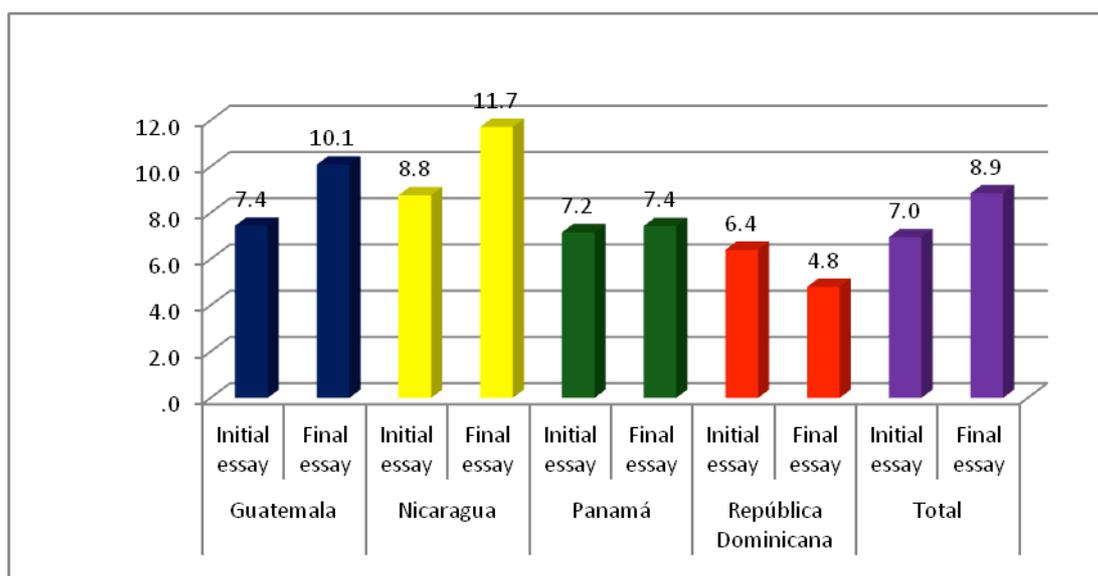


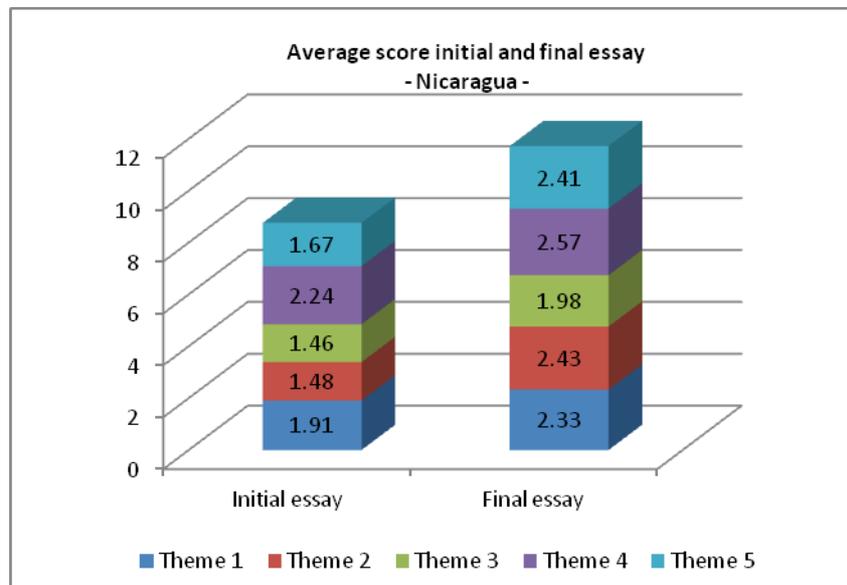
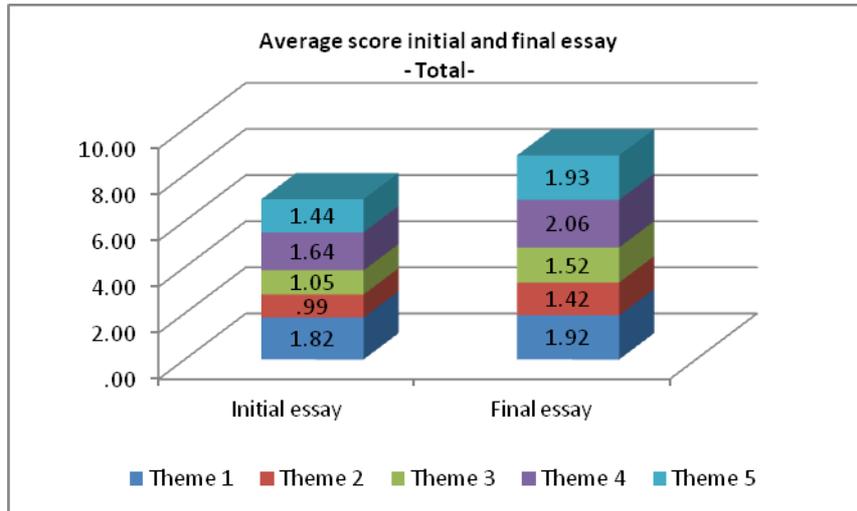
Tabla 45. Punto de categorías (0-15) del ensayo inicial y final

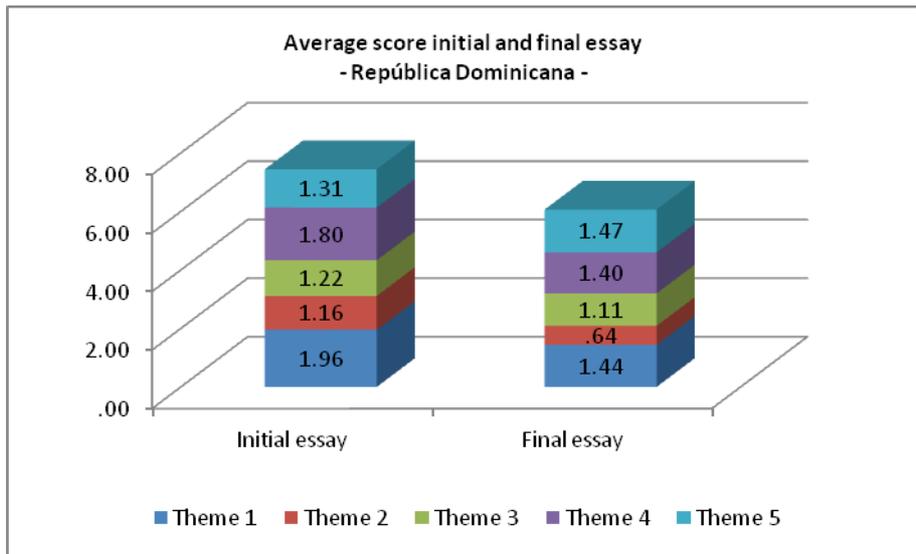
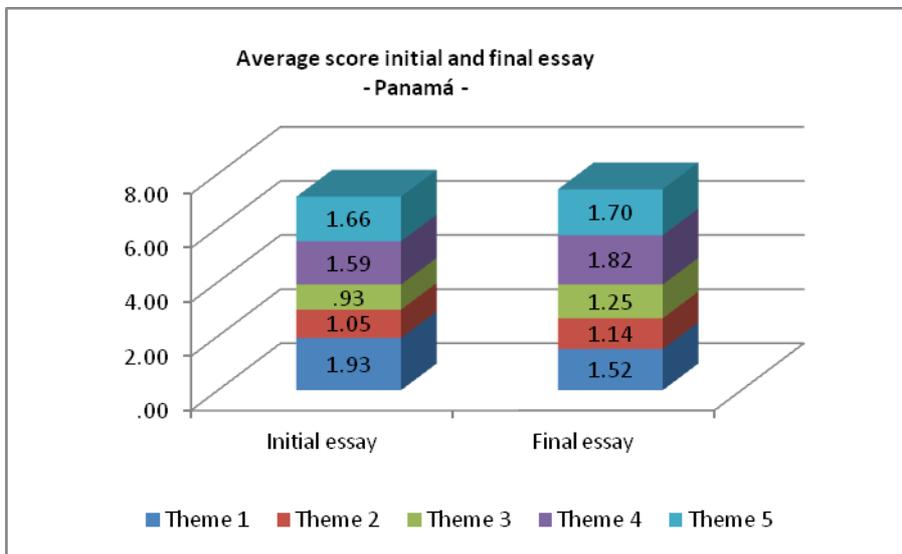
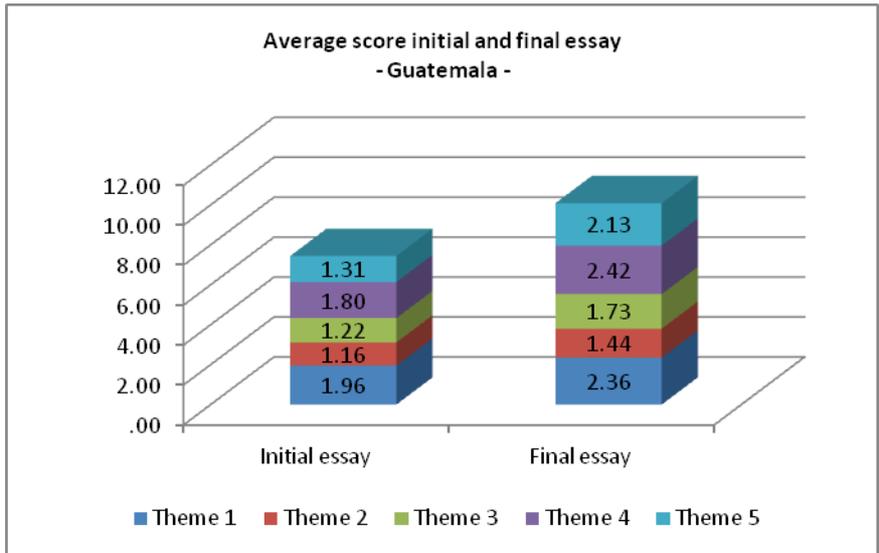
Puntos	Guatemala		Nicaragua		Panamá		República Dominicana		Total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
0	0	1			1	0	1	0	2	1
1	3	0					4	3	7	3
2			1	0	0	1	3	0	4	1
3	0	2	2	0	2	1	12	2	16	5
4	6	1	1	0	3	4	2	9	12	14
5	6	1	2	1	4	4	8	7	20	13
6	5	0	3	0	7	9	7	6	22	15
7	6	1	4	1	9	4	4	6	23	12
8	3	8	5	3	4	6	2	2	14	19
9	3	5	8	1	7	5	2	4	20	15
10	4	6	9	5	3	3	0	3	16	17
11	1	4	4	9	3	4	0	3	8	20
12	3	4	3	7	0	2	-	-	6	13
13	2	3	3	8	0	1	-	-	5	12
14	3	3	1	8	1	0	-	-	5	11
15	0	6	0	3	-	-	-	-	0	9
Total	45	45	46	46	44	44	45	45	180	180

Sin embargo, el nivel de análisis observado tiende a ser bajo, especialmente en el ensayo inicial, mucho de los cuales no progresó pasado a un nivel descriptivo. Medida por el mayor número de ensayos con las puntuaciones más altas y con los menos ensayos con puntuaciones más bajas, los participantes de Nicaragua tienen la puntuación más alta antes y después del curso (tabla 45).

La puntuación media de ensayo también ha mejorado en todos los temas en Guatemala y Nicaragua, el cual tiene una vez más el país con aumento más dramático (ver figura 2-6). Puntuaciones panameños aumentaron ligeramente para todos los temas excepto determinantes sociales y los encuestados de República Dominicana sólo aumentaron su puntuación para el quinto tema sobre propuestas de intervención y mejora.

Figuras 2-6. Puntuaciones promedio de ensayos iniciales y finales por tema y país.





Varios factores podrían explicar estas diferencias por país, tales como diferentes experiencias en la aplicación de modelos APS permitiendo a ciertos participantes un entendimiento más completo de los temas abordados por el curso, o las diferencias relacionadas con la formación profesional y experiencia laboral. Estas variables no fueron analizadas en esta evaluación, sin embargo, un factor que sin duda afectó la puntuación de los participantes de Panamá y de República Dominicana fue que solo la mita de los ensayos finales respondieron a todas las preguntas. Es posible que pruebas incompletas responden a la falta de experiencia en este tipo de ensayo, resultando en menos sustancia cuando llegó a responder a las preguntas por escrito. Observaciones adicionales sobre el contenido del ensayo, incluyendo diferencias por país, se describen en el apéndice 7

## 7. Evaluación del curso en línea de UJH

Un total de 235 estudiantes tomaron el curso de Johns Hopkins en el manejo clínico del VIH y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el nivel de atención primaria. Los cuatro temas de la semana fueron: manejo inicial de pacientes infectados por VIH, el VIH en mujeres embarazadas, infecciones oportunistas y manejo crónico del VIH y, por último, otras infecciones frecuentes. La metodología cuantitativa del curso permite la evaluación de conocimientos a través de una prueba escrita al inicio y al final del tema de cada semana. Desde la prueba inicial y final eran idénticas, este proceso evaluó el nivel de conocimiento adquirido y/o mejorado durante la semana.

Tabla 48 muestra los resultados de puntuación de prueba semanal en una escala de 0 a 100 puntos y las puntuaciones de mediana (con 95% CI) obtenidas en la línea de base y al término del curso. Al final de cada curso de la semana, los estudiantes de todos los países tuvieron puntuaciones por encima de 75 puntos. Además, el aumento observado en el conocimiento clínico entre la línea de base y al finalizar el curso, medida por puntuaciones promedio semanales es grande y significativa ( $P < 0,05$ ) para cada país.

Los estudiantes aumentaron su conocimiento clínico un promedio de 76,8 puntos cada semana, muy por encima del 30% aumento lo previsto en la propuesta original de UJH. Vale la pena que los bajos promedios bajos de la línea de base de cada uno de los países participantes pueden haber sido afectados por varios casos que no tienen ningún valor inicial y del tal modo lo extendieron hacia abajo de la media general. Sin embargo, es sorprendente la constante mejora lograda entre la línea base y puntuación final logrado cada semana en todos los países.

Tabla 46. Resultados del curso de la UJH por semana, país, línea de base y los resultados finales por país

País (n)	Puntaje final por semana y por país				Línea de Base, puntaje medio (95% CI)	Puntuación al finalizar curso media (95% CI)
	Final Semana 1 <sup>1</sup>	Final Semana 2 <sup>2</sup>	Final Semana 3 <sup>3</sup>	Final Semana 4 <sup>4</sup>		
GUA n=65	72.2	90.0	93.8	100	12.13 (11.06 – 13.19)	86.10 (83.88 – 88.32)
PAN N=50	88.8	95.0	93.8	100	14.35 (13.51 – 15.19)	91.45 (89.19 – 93.71)
NIC n=64	77.8	92.6	93.8	100	13.99 (13.02 – 14.95)	89.75 (87.83 – 91.67)
RD N=56	77.8	95.0	100	100	14.84 (14.06 – 15.63)	91.58 (89.53 – 100.0)
Total n=235	88.8	95.0	93.8	100	14.35 (13.97 – 14.72) <sup>5</sup>	91.18 (89.99 – 92.36) <sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Gestión inicial del VIH pacientes infectados
- <sup>2</sup> VIH en mujeres embarazadas.
- <sup>3</sup> Administración crónica del VIH e infecciones oportunistas
- <sup>4</sup> Otras infecciones prevalentes
- <sup>5</sup> P < 0.05

## 8. Evaluación de curso a domicilio de GORGAS

Todos los estudiantes completaron el curso en línea, se les ofreció capacitación basada en el aula en ciudad de Panamá. Sin embargo, asistieron sólo 20 participantes de Nicaragua, resultando en un total de 166 estudiantes. Competencias específicas para ser desarrolladas durante el curso fueron: reforzar los conceptos aprendidos durante la formación en línea; promover la discusión y análisis de los problemas presentados por los oradores, mentores y los participantes durante la formación en línea; analizar la viabilidad de la implementación de propuestas de proyectos locales; y trabajar sobre los detalles de proyectos locales propuestos por los participantes y sus mentores a través de presentaciones de proyectos preliminares. Los dos primeros aspectos se tratan en esta sección.

Los estudiantes tomaron una prueba escrita antes de la iniciación de curso que contenía seis preguntas de opción múltiple relacionadas con asesoramiento, diagnóstico y tratamiento y 15 preguntas encaminadas a evaluar los comentarios sobre estos temas (véase apéndice 6). Al final de la semana repitieron la misma prueba para evaluar la mejora del conocimiento sobre el tema de la semana. A continuación se presentan los resultados generales y específicos del país en la mejora de los conocimientos de los alumnos que asistieron al curso. Aunque la puntuación media es inferior de 50 puntos, el conocimiento aumentó significativamente ( $p < 0,05$ ) entre la línea de base y exámenes finales: 14,3 puntos en promedio.

Tabla 47. Resultados del curso en las instalaciones por país y total [mediano (95% CI)]

País (n)	En la instalación Inicial Mediano (95% CI)	En la Instalación final Mediano (95% CI)
GUA N=50	33.30 (28.08 – 37.52)	47.60 (42.32 – 52.88)
PAN N=47	38.10 (33.73 – 42.47)	52.40 (45.85 – 58.95)
NIC N=20	30.95 (27.61 – 34.29)	47.60 (40.93 – 54.27)
RD N=49	33.30 (27.96 – 38.64)	47.60 (41.19 – 54.01)
Total N=166	33.30 (28.66 – 37.94) <sup>1</sup>	47.60 (44.11 – 51.09) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> p < 0.05

## 9. Evaluación transversal de los cursos en línea y a domicilio

El propósito de este análisis es resumir y comparar la información obtenida de los procesos de evaluación diferentes que tuvieron lugar durante la formación en línea y a domicilio. Los procesos de formación y evaluación sugieren la siguiente secuencia de tiempo:

Base--> Inicial de la OPS --> OPS Final --> UJH Inicial --> UJH Final --> en el sitio inicial --> en el sitio final

Por lo tanto, se probaron las siguientes hipótesis:

1. H<sub>0</sub>: OPS Inicial = Línea de Base (esperaba ser igual)

2.  $H_0$ : OPS Final = OPS inicial (Esperaba ser igual)
3.  $H_0$ : UJH Inicial = PAHO Final (Esperaba ser igual)
4.  $H_0$ : UJH Final = UJH Inicial (Esperaba ser igual)
5.  $H_0$ : En el sitio Inicial = UJH Final (Esperaba ser igual)
6.  $H_0$ : En el sitio final = En el sitio Inicial (Esperaba ser igual)

La figura 7 muestra los resultados de la evaluación en cada etapa. Lo importante, sólo 34% de los proveedores de salud de Guatemala, 26% de Nicaragua, 61% de Panamá y 52% fueron de los proveedores de la República Dominicana de las comunidades seleccionadas y, por tanto, habían sido entrevistado en línea base. Además, el cuestionario del estudio de la línea de base, los ensayos y exámenes del curso no preguntaron la misma pregunta. Sin embargo, para cuantitativamente caracterizar y comparar el conocimiento demostrado en cada etapa, se han estandarizado los resultados de todos los procesos a la misma escala (0 a 100 puntos). Los datos presentados son puntuaciones medias con intervalos de confianza de 95%.

La hipótesis nula de OPS inicial = línea de base es confirmado, como línea base los resultados son similares a los de OPS inicial (50 frente a 47), sin diferencia estadística entre las media ( $P > 0,05$ ). Este resultado fue el esperado porque nadie aún no habían sido entrenado en cualquier punto en el tiempo.

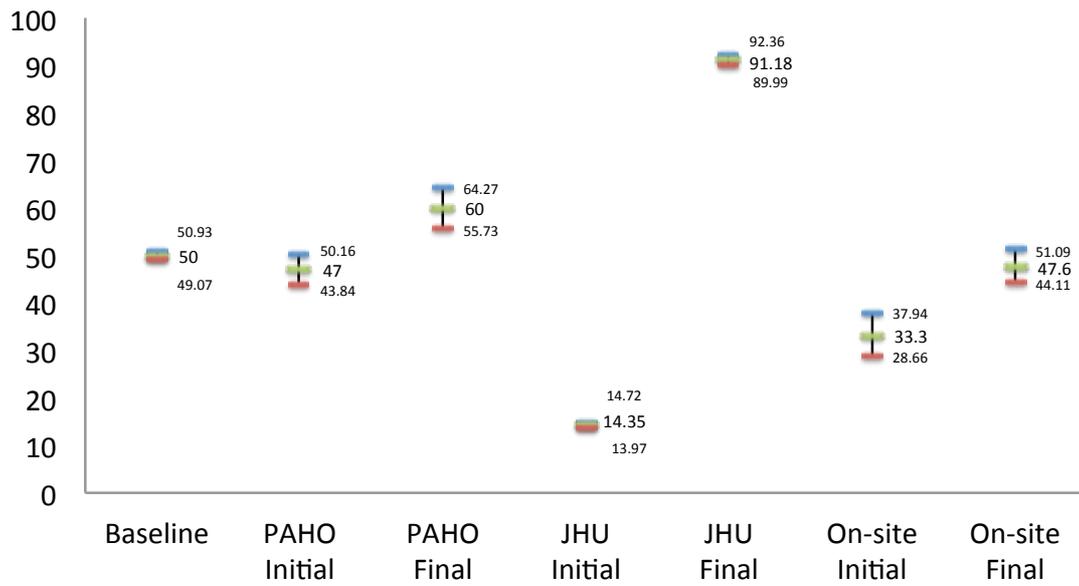
La hipótesis nula final de OPS = OPS inicial es rechazado, como OPS Final, los resultados son estadísticamente superiores a los obtenidos en OPS inicial medido ( $P < 0,05$ ). La puntuación de conocimientos promedio aumentó de 13 puntos (de 47 a 60) a través de todos los participantes ( $n = 180$ ). Este cambio se observa en todos los países excepto para Panamá, que no muestra ningún cambio.

El rango de punto inicial de UJH es significativamente inferior a la media de la línea de base ( $P < 0.05$ ), que atribuimos a las diferentes áreas del conocimiento que se midieron. Claramente los participantes carecían del tipo de conocimiento clínico que UJH abordado en el curso, en comparación con el tipo de conocimiento medido en línea de base y en comparación con el medido para el curso de la OPS.

En cuanto a JHU Final = UJH inicial, la mejora observada en el conocimiento entre los dos puntos de tiempo es importante y significativo ( $P < 0.05$ ), con estudiantes ganando 76,8 puntos en promedio en todos los países. La baja puntuación Inicial UJH debe tenerse en cuenta en el análisis, ya que podría haber sido afectado por varios casos para los cuales no se observó el valor inicial y por lo tanto han afectado a la media general inicial.

Por último, nos podemos rechazar la hipótesis nula que en el sitio Final = en el sitio inicial. Aunque el puntaje final fue menor de 50 puntos, los conocimientos adquiridos en la formación aumentaron en un promedio de 14.3 puntos ( $P < 0,05$ ).

Figura 7. Resultados de la hipótesis probada para las siete etapas de evaluación



## 10. Conclusions and recommendations for final evaluation

Este informe ha descrito indicadores utilizados en la caracterización del conocimiento, actitudes y practicas de los proveedores de los servicios de salud, directores y usuarios en la línea de base. Esta caracterización de la línea de base proporciona un marco teórico que establezca el estado de la capacidad institucional de consolidación y necesidades de los servicios APS en Guatemala, Nicaragua Panamá y República Dominicana. Establece una base para evaluar la creciente habilidad de organización y APS en el futuro próximo, para mejorar la disposición comprensiva e integrada de los servicios para VIH/SIDA, y otra enfermedad frecuente en estos países. Hay un numero de preguntas de interés que pueden ser respondidas una vez que los resultados finales se midan:

- ¿Qué tan efectiva fue la estrategia en incrementar el conocimiento del personal en los sistemas de salud?
- ¿Qué tan efectiva fue la estrategia en incrementar las habilidades del proveedor en el desarrollo estrategias integradas para la prevención, diagnostico y tratamiento del VIH en enfermedades infecciosas relacionadas (EIR)?
- ¿La capacidad construida fue alcanzada por los trabajadores de salud?
- ¿La capacidad construida en los trabajadores de salud tiene efecto en alcanzar la integración de los servicios?
- ¿Qué efecto puede la integración tener?
- ¿Qué desafíos fueron encontrados?
- ¿Cómo la capacidad construida se puede comparar con integración de los servicios entre los países?
- ¿Esta siendo coordinado suministro de prevención del VIH y del EIR, el diagnostico y tratamiento con los servicios de atención primaria?
- ¿La calidad de los servicios de atención primaria esta mejorando como un resultado sustantivo de la integración?
- ¿La demanda adicional esta siendo generada en los servicios de salud?
- ¿De ser así, pueden los instalaciones de salud resolver estas demanda adicional?

Esperamos que estos datos de línea de base sea de útil en la evaluación final para la eficacia del programa

### 10.1 Evolución de Línea de Base.

Tal y como lo previsto, los resultados obtenidos en esta fase inicial del proyecto, revela la línea de base de CAP de los proveedores de salud, directores y usuarios en la atención primaria de salud con respecto al VIH y enfermedades frecuentes asociadas.

En general, el conocimiento básico del VIH fue encontrado deficiente, medido por los macro-indicadores integrados por respuestas correctas a las preguntas seleccionadas. Por ejemplo, el macro-indicador del conocimiento del proveedor del salud en la transmisión, prevención y tratamiento del VIH (tabla 13) demuestra que ningún de los encuestados sabia todas las respuestas. Cada encuestado debe de saber todos los modelos de transmisión del VIH, y el tipo de parto (vaginal vs. Cesárea) las cuestiones de transmisión del VIH de madre al hijo, que la prueba VDRL es parte de la rutina de la atención prenatal, que la sífilis puede ser transmitido de la madre al recién nacido, que el VIH es un retrovirus, que Elisa and Western Blot son utilizados para diagnosticar el VIH, y como evaluar a personas VIH positivo (evaluar contactos, descartar las

infecciones oportunistas, evaluar el estatus inmune, decidir si ART es necesario y en caso afirmativo, de que tipo y saber acerca de los recuentos de CD4 y teratogenicidad de drogas antirretrovirales). Aun cuando las respuestas correctas fueron contadas separadamente, el promedio era de aproximadamente 50%, reflejando un nivel intermedio de conocimiento entre los proveedores de salud. De hecho, la mayoría de los indicadores CAP revelaron un conocimiento intermedio o deficiente, tal como lo muestra la Tabla 14.

El objetivo principal de cualquier actividad formativa, que toma lugar dentro sistema de salud es que el conocimiento adquirido es transferido a la comunidad. Así la determinación del conocimiento de la población en VIH y EIR es también de importancia extrema. Como mínimo, las personas deben saber que el VIH puede ser transmitido de la madre al recién nacido, que la transmisión de la madre al hijo pasa durante el parto, que la mujer VIH positivo no debe amamantar, que el SIDA es incurable y deben de saber lo básico de la sífilis, herpes genital y VIH. Medido por el macro-indicador del conocimiento de transmisión del VIH, menos del 10% de los usuarios de APS respondieron a todas estas preguntas correctamente. Sin embargo, la suma varió entre 60 y 70 puntos, indicando un grado de conocimiento de algunas variables entre los usuarios entrevistados de los países participantes. Este es un aspecto importante que podría analizarse más a fondo para futuras evaluaciones.

Otro objetivo importante del proyecto era determinar la **situación actual de la integración del VIH en los servicios**. Así el macro-indicador en la integración de servicios incluye preguntas acerca de *si la facilidad ofrece lo siguientes servicios*: pruebas del VIH y consejería, distribución del condón y si las medidas estuvieron en el lugar para evitar la transmisión vertical. **Ninguno de los directores entrevistaos respondieron a todas estas preguntas afirmativamente** (tabla 17). Además, cuando se investigo acerca de la integración de los servicios – los directores afirman que estos mismos servicios fueron integrados en su respectiva instalación – una vez más, ninguno de los directores entrevistados respondieron a estas preguntas afirmativamente (tabla 18). Solo Nicaragua lo hizo en 100% del estado de los directores del servicio que creyeron que sus centros de salud era una instalación comprensiva e integrada definida por OPS/OMS. Los índices más bajos del acuerdo fueron observados para los tres países restantes. Desde que los cursos enfatizaban estos aspectos será importante evaluar estas respuestas en la evaluación final.

Otro interesante hallazgo que debe ser evaluado en la evaluación final se relaciona con la prevención de la transmisión vertical. La mayoría de los proveedores de servicios de salud y directores reportaron que la prueba del VIH es ofrecida durante la atención prenatal, pero una baja proporción de mujeres que habían estado o estaban embarazadas, en el momento de la entrevista indicaron que se habían hecho la prueba, recibido consejería, o les habían sido dado los resultados de la prueba (tabla 26-27).

La consejería ha sido y sigue siendo un aspecto de importancia en el cuidado médico de pacientes con VIH/SIDA y enfermedades relacionadas; por esta razón, ambas cursos en línea y en aula, subraya esta necesidad. Cuando se evalúa el conocimiento de consejería, se les pregunto a los proveedores si ellos sabían la importancia de incluir la prueba de VIH y VDRL durante la atención prenatal. Los datos de la línea de base mostraron que menos de la mitad de proveedores de los cuatro países estaban bien informados sobre este concepto (tabla 29). Por otra parte, cuando los usuarios fueron preguntados si habían recibido consejería de la prueba de VIH y/o VDRL y si fue así, si habían sido advertidos acerca de los aspectos claves de la prevención, transmisión y cuidado del VIH y sífilis, ninguno de los usuarios entrevistados respondió afirmativamente a todas las opciones (tabla 30). Este indicador debe mejorar en la evaluación final.

Mientras el estigma hacia las personas infectadas por el VIH se encontró mayor entre los usuarios de servicios de APS, también fue observado en los proveedores del centro de salud (Tabla 34 y 36). Según lo mencionado en el estudio cualitativo presentado en este reporte, el problema del VIH-relacionado con el estigma debe continuar siendo consolidado en los cursos futuros.

Para evaluar la calidad en los procesos de mejora es necesario no solo evaluar la percepción de los proveedores de servicio y usuario, pero también otros aspectos tales como suministros, medicamentos, factores personales, etc. Sin embargo, para la evaluación de la línea de base los directores de servicio fueron preguntados acerca de los sistemas de referencia, como proceder con pacientes positivos de AFB y atención prenatal durante la prueba de VIH. Solo los encuestados en Nicaragua indicaron que sus instalaciones reunían todos estos criterios (tabla 38), entonces se espera que el avance de este indicador en la evaluación final.

## 10.2 Curso de evaluación OPS.

Aunque había evidencia **general de la mejora entre los ensayos iniciales y finales**, en algunos casos no había cambios en la puntuación media y en algunos disminuyó. En estos casos la carencia de la habilidad de la escritura, podría probablemente ser la causa, así que la importancia de esta técnica se debe analizar definitivamente en el curso final de evaluación. Sin embargo, está claro que los participantes del curso en general mejoraron su nivel de conocimientos acerca de problemas relacionados al VIH y un detallado análisis podría determinar este mejoramiento a nivel individual. El hecho de que algunos participantes obtuvieron bajos puntajes en el ensayo final, no imposibilita el éxito del curso en este aspecto.

Los resultados de este curso podrían considerarse el primer acercamiento a la conciencia en la adquisición del conocimiento del VIH. El próximo paso es traducir este conocimiento en acción, el cual requiere que los participantes realicen mayor ejercicios que implican la vinculación de análisis e interpretación, que ayudaría no solo a visualizar el problema, si no también para proponer soluciones viables. Basado en esta discusión se recomiendan las acciones siguientes:

1. El curso en línea consiste en varias conferencias expertas de diferentes temas y situaciones; sugerimos ampliar el programa para incluir actividades de aprendizaje y enseñanza para ayudar a relacionar los diferentes conceptos presentados en las conferencias.
2. Mujeres, personas indígenas y adolescentes presentan un grupo de riesgos, que deben ser tomados en gran consideración, no solo para mejorar su salud sexual y reproductiva, si no también como una estrategia para parar la aumento del VIH/SIDA. Los ensayos revelan carencias en la atención de estas poblaciones, por lo tanto, sugerimos que el curso incorpore temas transversales, tales como lecturas haciendo referencia a la misma, y los participantes lleven a cabo actividades explícitas relacionadas con las mujeres, indígenas y adolescentes.
3. Ofreciendo el mismo a curso a las personas con diferentes niveles de escolaridad y experiencia plantea desafíos para esta evaluación. Mientras la misma plataforma educativa y materiales podrían ser utilizados, actividades deberían de ser apropiadas con cada tipo experiencia académica y laboral de cada participante académico y un proceso de tutoría debe ser puesto en lugar para desarrollar al máximo el potencial de cada estudiante.
4. **El formato del ensayo debe ser reconsiderado como el tipo mas conveniente de aprendizaje de la metodología** de evaluación para este curso, especialmente considerando los diferentes niveles de educación del participante. Componer un ensayo requiere no solo de conocimientos básicos del tema en cuestión, pero también de habilidades de escritura, tales como recursos argumentativos y riqueza en el vocabulario, así como un uso apropiado de gramática y sintaxis. De hecho, el ensayo

inicial debe ser un indicador de la habilidad de los participantes para completar este tipo de trabajo. **Las preguntas podrían también repetirse para facilitar el trabajo analítico.** El hecho de que las preguntas eran amplias terminaron sin instrucciones específicas acerca de que deseaban de la discusión y era un desafío para los participantes con niveles bajos de educación. Para evitar los ensayos que simplemente enumeran artículos y se aseguran que los participantes no toman sus respuestas de las conferencias o lo resuelven en grupos, preguntas como: “¿Cuáles son...? Y “¿Cómo usted?”, debe ser sustituido por preguntas que animen el análisis y reflexión, por ejemplo: “revisando las estadísticas de los pacientes con VIH positivos tratados en sus centros de salud – ¿usted cree que el servicio es adecuado?; “¿Que medidas podría poner en ejecución para mejorar la atención de estos pacientes?” finalmente, sin importar el tipo de formato utilizado, las instrucciones de los profesores deben ser estandarizados, para que los estudiantes estén claros de que esperan de ellos, para tener resultados confiables y comparables, para identificar los puntos que necesitan ser reforzados o consolidados y al final, adquirir proceso de enseñanza óptimo y de aprendizaje.

### **10.3 Curso Transversal de evaluación.**

Estos datos de línea de base presenta importante información para los países participantes, complementado por los hallazgos en el curso de evaluación. Todas las evaluaciones antes y después de la formación mostraron mejores resultados entre los participantes de todos los países. Sin embargo, la fuerza de la tendencia mostrada (60 puntos al finalizar el curso de OPS y 91 puntos al finalizar el curso UJH), había disminuido en la finalización del curso en aula. Como se mencionada arriba, este curso es evaluado en aula vía cuestionario de opción-múltiple relacionado con la consejería, diagnóstico y tratamiento del VIH. La necesidad de mayor análisis es reflejado en el hecho que los datos de la línea de base y los resultados adquiridos no revelan como las dos metodologías (en línea vs. En aula) se compara en términos de efectividad y eficacia. Estas metodologías complementarias necesitan ser evaluadas en mayor detalle.

## **11. Limitaciones del estudio.**

El programa tenía un compromiso claro en proporcionar el entrenamiento en la región LAC, particularmente entre los profesionales de centros de salud de comunidades marginadas. Los coordinadores de los cursos han definido que el 95% de los proveedores que asisten al curso, deben ser de las principales comunidades marginales de la línea de base. Sin embargo, ninguno de los países participantes participaron resolvieron estos requisitos: solo el 34% de los proveedores de salud de Guatemala, 26% de Nicaragua, 61% de Panamá y 52% de República Dominicana eran de las comunidades seleccionadas y por lo tanto habían sido entrevistados durante la fase del estudio de línea de base. Por tal razón, es esencial definir la metodología a utilizar en la evaluación final del proyecto según el diseño original propuesto para la evaluación.

Idealmente los preguntas desarrollados para los cuestionarios de la línea de base deben haber sido preparado de acuerdo a los contenidos específicos de los componentes de los cursos en línea, pero las preguntas utilizadas aparecieron de la lista general de contenidos propuestos. Sin embargo, los macro-indicadores y los indicadores creados han evaluado CAP sobre el VIH y enfermedades prevalentes asociadas, mientras también caracterizando la situación actual de la integración del VIH y servicios relacionados.

### 13. Referencias

1. Cook DA. 2007. Web-based learning: Pros, cons and controversies. *Clin Med* 7:37-42
2. Cook DA. 2006. Where are we with web-based learning in medical education?. *Med Teach* 28:594-598.
3. Schwartz S, Griffin T. 1993. Comparing different types of performance feedback and computer-based instruction in teaching medical students how to diagnose acute abdominal pain. *Acad Med* 68:862-864.
4. Weverling GJ, Stam J, Cate TJ, Van Crevel H. 1996. Computer-assisted education in problem-solving in neurology: A randomized educational study. *Ned Tijdschr Genees* 140:440-443.
5. Lagalla R. 2007. Initial experiences in radiology e-learning. *Radiographics* 27:573-581.
6. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. 2008. Internet-based learning in the health profession: A meta-analysis. *JAMA* 300:1181-1196.