

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA,

TESIS DE GRADO.

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

**MASTER EN SALUD PÚBLICA con mención en: Investigación de
Servicios y Sistemas de Salud**

**“Relación entre la calidad del servicio / calidad de atención y
la mortalidad temprana / morbilidad grave por VIH/Sida en
personas viviendo con el virus de la Inmunodeficiencia
humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada
de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha”**

AUTORA. ISaura Isabel Briones Castillo

DIRECTORA. Dra. Karen Pesse.

QUITO, 2014.

1	RESUMEN.....	8
2	PRESENTACIÓN.....	10
3	ANÁLISIS SITUACIONAL.....	11
3.1	Situación de VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas.....	11
3.1.1	Casos de VIH/SIDA.....	14
3.2	Planteamiento del problema.....	19
3.3	Contextualización de la Unidad donde se realizará el estudio.....	21
4	MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	22
4.1	Historia Natural de la Infección por VIH/SIDA.....	22
4.2	Morbi – Mortalidad por SIDA.....	23
4.2.1	Clasificación de pacientes con VIH según su categoría clínica.....	25
4.3	Epidemiología del VIH/SIDA.....	27
4.3.1	Situación de VIH/SIDA a nivel mundial.....	27
4.3.2	Situación de VIH/SIDA a nivel nacional.....	28
4.4	Estrategias de prevención y control del VIH/SIDA en el Ecuador.....	28
4.4.1	Acciones de Prevención Primaria.....	28
4.4.1.1	Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI), de aplicación en el primer y segundo nivel de atención.....	28
4.4.1.2	Manejo Sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con normativa diseñada para el primer nivel de atención.....	29
4.4.2	Acciones de Prevención Secundaria.....	29
4.4.3	Acciones de Prevención Terciaria.....	29
4.5	Criterios de la calidad de la atención y del servicio.....	29
4.5.1	Dimensiones de la calidad de atención.....	29
4.5.1.1	Continuidad de la atención.....	30
4.5.1.2	Integración de la atención.....	30
4.5.2	Dimensiones de la calidad del servicio.....	30
4.5.2.1	Descentralización.....	30
4.5.2.2	Accesibilidad.....	31
4.5.2.3	Permanencia.....	31

4.6	Relación entre Calidad del Servicio de Atención para PVVS y su estrato clínico.....	31
4.7	Modelo conceptual.....	32
5	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	36
5.1	Objetivo general.....	36
5.2	Objetivos específicos.....	36
6	HIPÓTESIS.....	36
7	METODOLOGÍA.....	36
7.1	Tipo de estudio.....	36
7.2	Variables.....	36
7.3	Universo y muestra.....	38
7.4	Recolección de información.....	38
7.4.1	Observación.....	38
7.4.2	Entrevistas.....	39
7.4.3	Revisión documental de expedientes clínicos de PVVS vivos y fallecidos.....	39
7.4.4	Encuesta para medir la percepción de los PVVS frente a la calidad del servicio y calidad de atención en la UAPVVS.....	39
7.4.5	Revisión de cárdex de medicamentos.....	40
7.5	Análisis de información.....	40
7.6	Bioética.....	40
8	RESULTADOS.....	41
8.1	Calidad del servicio.....	41
8.1.1	Calidad del primer nivel de atención.....	41
8.1.1.2	Desconcentración de los tratamientos antiretrovirales.....	42
8.1.1.3	Integración de los tratamientos ARV a los servicios de atención de tuberculosis cuando la incidencia es alta para las dos enfermedades.....	42
8.1.1.4	Acceso a pruebas de tamizaje.....	42
8.1.2	Estructura organizacional de la atención de PVVS en el primer nivel de atención.....	43
8.1.2.1	Equipo multidisciplinario.....	43
8.1.2.2	Plan de trabajo y herramientas de monitoreo y evaluación de procesos.....	43

8.1.3	Unidad Especializada de Atención de PVVS del HDTC.	44
8.1.3.1	Accesibilidad.....	44
8.1.3.2	Estructura organizacional de la unidad de atención especializada a PVVS.....	47
8.1.3.3	Infraestructura y equipamiento de la Unidad Especializada de Atención de PVVS Esmeraldas.	48
8.2	Calidad de atención de la Unidad Especializada de atención de PVVS.	51
8.2.1	Continuidad de atención intra e interniveles.....	51
8.2.2	Adherencia al tratamiento con Antirretrovirales.	52
8.2.3	Evaluación Médica.....	52
8.2.4	Evaluación de laboratorio.....	54
8.2.5	Medios complementarios de diagnóstico.....	57
8.2.6	Salud Mental.	58
8.2.7	Soporte Nutricional.....	58
8.2.8	Atención integral de PVVS.	59
8.2.9	Percepción de la calidad de atención en la Unidad Provincial de Atención de PVVS.	59
8.3	Indicadores Epidemiológicos.....	60
8.3.1	Estadío clínico de los PVVS que acuden a la UAPVVS.....	60
8.3.2	Prevalencia y letalidad por VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas. ...	60
	Mortalidad de PVVS durante el primer año de diagnóstico.	61
8.3.3	Tiempo de sobrevivencia de los PVVS.....	63
8.3.4	Hospitalización de PVVS.....	63
8.4	Relación entre la calidad de Atención/Servicio y Mortalidad por VIH.....	64
9	DISCUSIÓN.....	66
9.1.	Patrón de morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en la unidad de atención de PVVS de la provincia de Esmeraldas.....	66
9.2	Calidad de la atención y del servicio.	68
9.2.1	Primer nivel de atención.	68
9.2.2	Segundo nivel de atención.	70
9.3	Asociación entre la morbilidad grave y/o mortalidad prematura y la calidad de atención y del servicio en la Unidad de Atención de PVVS de Esmeraldas.	75

10	CONCLUSIONES.....	76
11	RECOMENDACIONES.....	77
11.1	Primer Nivel de atención.....	77
11.2	Segundo nivel de atención. Unidad de Atención de PVVS.....	78
12	BIBLIOGRAFÍA.....	79
13	ANEXOS.....	82

INDICE GRAFICOS.

Gráfico 1. Número de casos reportados de VIH/SIDA, Provincia Esmeraldas 1991 – 2013.....	13
Gráfico 2. Incidencia de VIH en la provincia de Esmeraldas año 2013.....	14
Gráfico 3. Tamizaje para VIH/SIDA, provincia de Esmeraldas, 2010 – 2013.....	15
Gráfico 4. Casos de VIH/SIDA distribuidos por ciclos de vida, al momento en que se realiza el diagnóstico, provincia Esmeraldas, 2013.	16
Gráfico 5. Número de casos confirmados de VIH/SIDA según tipo de usuario, provincia Esmeraldas, 2013	17
Gráfico 6.- Mortalidad por VIH/SIDA, Provincia Esmeraldas, 2007 – 2013.....	18
Gráfico 7. Modelo Multicausal de VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas, 2013.	20
Gráfico 8. Historia Natural del VIH/SIDA.	22
Gráfico 9. Modelo prescriptivo N° 2.....	35
Gráfico 10. Evaluación de la Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en PVVS que acuden a la UPPVVS, Provincia Esmeraldas.	54
Gráfico 11. Cumplimiento del protocolo de atención del laboratorio en PVVS recientemente diagnosticados.....	56
Gráfico 12. PVVS según tiempo de diagnóstico y fallecimiento, provincia de Esmeraldas.	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de incidencia y mortalidad por VIH/SIDA, Esmeraldas 2007 – 2013.	13
Tabla 2. Mortalidad por VIH/SIDA.- Tasa de incidencia específica por edad, Provincia de Esmeraldas, 2013.	18
Tabla 3. Puntos de corte para células T CD4 en relación a las Infecciones Oportunistas.....	24
Tabla 4. Categorías clínicas para la Clasificación de CDC en personas infectadas por el HIV.	26
Tabla 5. Clasificación del estadio de VIH/SIDA según conteo de Linfocitos.	27
Tabla 6.- Variables incluidas en el estudio de Relación entre la calidad del servicio / calidad de atención y la mortalidad temprana / morbilidad grave por VIH/SIDA en personas viviendo con el virus de la Inmunodeficiencia humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha. .	37
Tabla 7. .- Distribución de PVVS encuestados según cantón de Procedencia, Provincia Esmeraldas. Febrero 2014	40
Tabla 8. Distribución de PVVS según cantón de procedencia, provincia Esmeraldas 1991- 2013.....	44
Tabla 9. Percepción de los PVVS al tiempo necesario para llegar a la Unidad de Atención de PVVS según cantones de procedencia.....	45
Tabla 10. Percepción de los PVVS frente a la accesibilidad económica a la UAPVVS según cantones de procedencia.....	46
Tabla 11. Exámenes de laboratorio realizados en PVVS que acuden a la UPAPPS, Provincia Esmeraldas.....	55
Tabla 12. Percepción de PVVS frente a la calidad de atención por parte de algunos actores de la mencionada unidad en el HDTC.	59
Tabla 13. Estadio clínico de los PVVS que acuden a la Unidad Provincial de Atención de PVVS en la provincia de Esmeraldas. Enero 2014.	60
Tabla 14. Causas de Fallecimiento en PVVS 2012 - 2013, provincia Esmeraldas.....	62
Tabla 15. Causas de egresos hospitalarios en PVVS que ingresan al Hospital Provincial. Provincia Esmeraldas, en el período comprendido entre el 2002 y 2013. ..	64
Tabla 16. Muertes relacionadas con SIDA según sexo, provincia de Esmeraldas.	64
Tabla 17. Relación entre Hospitalización y mortalidad por SIDA. Provincia Esmeraldas.	65
Tabla 18. Relación entre número de consultas y mortalidad por SIDA, Esmeraldas....	65
Tabla 19. Relación entre tratamiento con ARV y muerte por SIDA.....	66

1 RESUMEN.

En esta investigación se analizó la relación entre la mortalidad y morbilidad por VIH/SIDA con calidad de atención y servicio en la Unidad de Atención especializada de Personas Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (UAPVVS) en la provincia de Esmeraldas. Esto se realizó a través del análisis del patrón de morbimortalidad, y la identificación de factores que conducen al diagnóstico temprano y la aptitud para brindar cuidados a los pacientes en la unidad. Debido a limitaciones en la información disponible, no se pudieron realizar pruebas de correlación estadística, el análisis fue interpretativo.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el que se obtuvo la información mediante entrevistas al personal de salud, la observación semiestructurada con guía en los ambientes de la Unidad de Atención de PVVS, la aplicación de una encuesta a 129 Personas Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (PVVS) y la revisión de sus respectivos expedientes clínicos.

El análisis de los datos obtenidos con estas herramientas ha permitido concluir que el patrón de morbimortalidad en estos casos está relacionado con una alta tasa de letalidad temprana en la enfermedad; por cuanto, el promedio de supervivencia estimado, luego del diagnóstico, es de 3 años; y la causa principal de mortalidad, las enfermedades infecciosas.

Con respecto al análisis de prevención y detección temprana de VIH/SIDA, incluido en este estudio, se pudo determinar que las estrategias empleadas por la red pública de servicios de salud, en el primer nivel de atención, no cubren de manera universal a la población; puesto que el diagnóstico de los pacientes con infección por VIH está concentrada en el segundo nivel, donde el PVVS no recibe el cuidado integral necesario y el cumplimiento de los protocolos establecidos dentro del programa es limitado. De igual manera, se detectó una importante deficiencia tanto en la ejecución de las interconsultas/referencias a otros especialistas, como en la realización de los exámenes complementarios imprescindibles para un adecuado seguimiento a estos pacientes.

Al analizar la relación del género y la mortalidad del paciente, se estableció la existencia de una asociación estadísticamente significativa ($p=0.06$) entre el género masculino y el fallecimiento a causa de la enfermedad, con 2.4 veces (OR) más riesgo que el género femenino.

En cuanto al número de consultas y el riesgo de morir, se determinó que aquellos pacientes que asistieron a menos de tres consultas al año tienen 5.04 veces mayor riesgo de morir, que aquellos que son atendidos con mayor frecuencia en la UAPVVS ($p= 0.002$), lo que indica una clara correlación entre el incumplimiento de consultas y el fallecimiento por VIH/SIDA. Y sobre la hospitalización y el riesgo de morir, existe asociación estadísticamente significativa ($p=0.000068$), y 6.4 veces (OR) más riesgo de morir en los pacientes hospitalizados, frente a los no hospitalizados.

De acuerdo a la información recopilada, se puede recomendar una descentralización parcial de la atención de los PVVS, a fin de incrementar el tamizaje oportuno en la población general, sobre todo del género masculino, y mejorar la adherencia al tratamiento. Igualmente, disminuir la demanda de atención dentro de la Unidad de Atención de PVVS a fin de que ésta pueda cumplir de mejor manera con los protocolos y así contribuir a disminuir la morbimortalidad prematura.

Palabras claves: VIH/SIDA, Mortalidad prematura, Pacientes Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (PVVS). Unidad de Atención de PVVS, calidad de atención, calidad del servicio.

Summary

This research analyses the relationship between the morbidity and mortality due to HIV/AIDS and the quality of care and service at the Specialized Health Care Unit for persons living with the Human Immune Deficiency Virus (UAPVVS for its name in Spanish) in the Esmeraldas Province. This was carried out by the description of the morbidity and mortality pattern, and the identification of risk factors leading to the ability for early diagnose and care for patients in the above mentioned unit. Due to limitations in the available information it was not possible to perform statistical correlations tests; thus, analysis was done in an interpretative manner.

A retrospective and descriptive study was carried out; data was collected through interviews with health personnel, semi-structured observation of the specialized health unit, and the application of a questionnaire to 129 persons living with HIV as well as the review of their medical records.

Data obtained through these research techniques and tools allow us to conclude that the HIV morbidity and mortality patterns are related to a high rate of early lethality. The estimated average of survival time after diagnosis reaches 3 years and main causes of death are infectious diseases.

The analysis of prevention and early diagnosis of HIV / AIDS performed in this study allowed to confirm that strategies used within the public network of health providers, specially at the first level of care, do not provide universal coverage to population. This might be due to concentration of these diagnostic procedures at the second level of care, where patients with an HIV infection do not receive the needed holistic care and the adherence to established protocols for their clinical management is limited by contextual factors. Important deficiencies in the fulfilment of internal and external referrals with other specialists, as well as in carrying out the auxiliary examinations necessary for an adequate follow-up of these patients, were also detected.

Regarding mortality and patient's gender, a statistical significant association ($p= 0.06$) between disease related deaths and the masculine gender could be demonstrated. Odds Ratio shows that being masculine represents a 2.4 times higher risk for dying from the disease than among feminine gender.

Concerning the relationship between the number of medical consultations and the risk of dying from HIV related causes, this study showed that patients attending less than three consultancies per year have 5.04 times more risk to die than those visiting the specialised healthcare facility more frequently. This difference was statistically significant ($p= 0.002$) showing a strong correlation between the lack of adherence to the consultation schedule and the death rate. Data shows that risk for dying from HIV /AIDS increases by 6.4 times among patients that have being hospitalized during the past six months, in comparison to the ones that have not being; this difference do show statistical significance ($p= 0.00068$).

According to the collected information we recommend partial decentralization of the healthcare for patients with HIV in order to increase early screening among general population and particularly in persons belonging to the masculine gender, as well as improvement of the treatment's adherence. This will also help to reduce the demand

for healthcare within the specialized unit, thus allowing for better adherence to the clinical management guidelines and protocols. Findings of this study will then contribute to decrease premature morbidity and mortality caused by HIV infections.

Key words: HIV / AIDS; early mortality in persons living with HIV; specialised healthcare unit for HIV management; quality of care and quality of (healthcare) services.

2 PRESENTACIÓN.

Según el censo realizado en el 2010, la provincia de Esmeraldas, tiene una población de 534'092 habitantes, de los cuales 49% corresponde al sexo femenino y 51% al sexo masculino. Existe un predominio de la población joven: 37% de los habitantes están entre 0 y 14 años, 68% entre 15 y 64 años y 5.1% de 65 años de vida y más. La esperanza de vida es de 72 años para los hombres y 78 años para las mujeres. (INEC Instituto Nacional de Censos y Estadísticas, 2012, Ecuador).

Según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) para el año 2010, los indicadores socioeconómicos de la provincia muestran los siguientes datos:

El índice de pobreza extrema es de 41.9%, cifra que está por arriba del promedio nacional; sin embargo, hay cantones como Ríoverde, Muisne y Eloy Alfaro con un promedio de 70% de población en extrema pobreza. En cuanto a pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas a excepción de Esmeraldas, los demás cantones tienen un índice de pobreza mayor a 80%.

La población en edad de trabajar en la provincia es 203'596 habitantes, de éstos el 50.6% es población económicamente activa, el 49.3% restante es económicamente inactiva. Aproximadamente el 32% de la población económicamente activa son empleados del estado y del sector privado, un 25% son empleadas/os domésticos. De las personas de 18 años y más, el 68.9% de hombres y el 64.7% de mujeres no aportan a ningún tipo de seguro de salud; mientras que el 22.7% de hombres y 27.3% de mujeres están afiliados al IESS en el seguro general y seguro campesino. Solo el 33% de la población a nivel de la provincia dispone de agua potable o entubada, con un mejor índice en el cantón Esmeraldas (63.1%), seguido de Atacames y San Lorenzo con 41 y 36% respectivamente. Los cantones de Quinindé y Eloy Alfaro con 16%, y por último los cantones de Muisne y Ríoverde con un promedio apenas el 6% de su población con acceso a este servicio básico.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) de la provincia está integrada por 115 unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), 38 Unidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 3 unidades del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y 1 unidad del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. En total hay 157, entre primer y segundo nivel de atención. (Ministerio de Salud Pública. GEO Salud, 2013, Ecuador).

De manera específica, la red de servicios del MSP está constituida por 33 puestos de salud, 74 centros de salud, 7 hospitales básicos; uno en cada cantón y 1 hospital general que es el que atiende la demanda del cantón Esmeraldas y las referencias de casos que requieren de atención especializada desde las áreas de salud. Desde los hospitales cantonales al hospital provincial y la maternidad hay un tiempo promedio de 88 minutos, con un rango de 30 y 150 minutos, moda 120 minutos; la mayoría de las

áreas de salud (específicamente hospitales cantonales o centros de salud que refieren al hospital provincial) tienen acceso por carretera asfaltada en buen estado, sólo el hospital de Limones debe hacer un tramo de su trayecto por vía fluvial para luego tomar la carretera. (Ministerio de Salud Pública. GEO Salud, 2013, Ecuador).

Entre las principales causas de morbilidad en la consulta externa a nivel de la provincia se presentan infecciones respiratorias agudas (IRA), diagnóstico que agrupa rinofaringitis aguda, faringitis aguda, amigdalitis estreptocócica, entre otros; seguido de la parasitosis intestinal. Otro problema que se evidencia en este último año es el de las afecciones odontológicas que agrupan: caries de la dentina, pulpitis, caries limitada al esmalte, exfoliación de los dientes debido a enfermedades sistémicas, raíz dental retenida. (Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud Esmeraldas DPSE; 2013).

Otras de las causas frecuentes de demanda de atención en consulta externa son las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. A pesar que éstas contribuyen en conjunto solo con el 3,3% de morbilidad por egresos hospitalarios; representan el 60% de los pacientes que fallecen; sin embargo, las primeras causas de muerte siguen siendo las relacionadas con la violencia, especialmente las agresiones y los accidentes de tránsito. (Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud Esmeraldas DPSE; 2013).

La morbilidad hospitalaria tiene como principales causas agrupadas las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto (22%), seguido de los egresos por parto (21%), quirúrgicos(7%), por causas infecciosas(6%),por enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones (3%).(INEC Instituto Nacional de Censos y Estadísticas, 2012, Ecuador).

Las principales causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades crónicas no transmisibles (18%) que agrupan: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades isquémicas del corazón, y otras enfermedades del corazón; seguidas de violencia y trauma (16%) que agrupa a los accidentes de tránsito y las agresiones; infecciosas (5%), tumores (4%) y enfermedades del hígado (2%). (INEC Instituto Nacional de Censos y Estadísticas, 2012, Ecuador).

La mortalidad materna y neonatal, es uno de los problemas de salud persistentes en la provincia, con tasas sobre el promedio nacional. A pesar de múltiples iniciativas locales y nacionales, en el último quinquenio se observa un promedio de 10 fallecimientos maternos por año; con 90% de evitabilidad. Las hemorragias, Pre-eclampsia y Eclampsia son las causas predominantes y están relacionadas con demoras en el acceso a atención en los servicios de salud. El grupo etario más afectado es el de 20 a 36 años (65%), seguido de las adolescentes (27%) y 9% en mujeres mayores de 36 años.

3 ANÁLISIS SITUACIONAL.

3.1 Situación de VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas.

En la provincia de Esmeraldas, al igual que en todo el país, desde hace aproximadamente 7 años se implementaron estrategias que apuntan a cumplir con el objetivo general del Ministerio de Salud Pública para responder al VIH/SIDA: **“Disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por SIDA”**. Entre éstas tenemos: Prevención de la Transmisión Materno infantil (PTMI), Manejo Sindrómico de

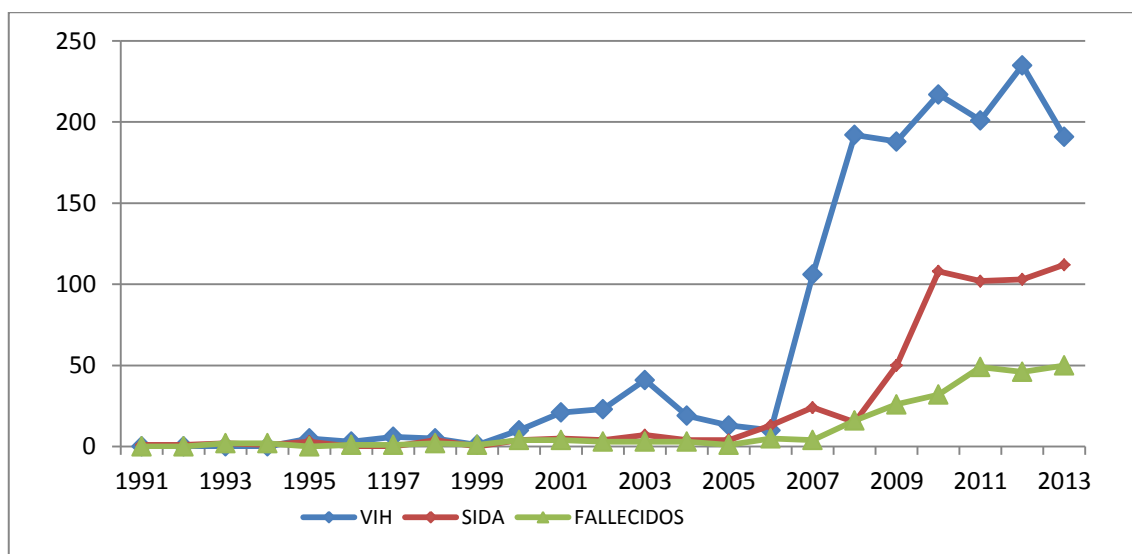
ITS, Implementación de las Clínicas del SIDA (actualmente llamadas Unidades de Atención de Personas Viviendo con el virus de la Inmunodeficiencia Humana), que incluye tratamiento y diagnóstico de enfermedades oportunistas. Sumado a todo esto se garantiza la gratuidad de las pruebas de tamizaje y confirmatorias para VIH, y se busca mejorar la recolección de datos sobre la enfermedad y su manejo.

A partir de la implementación de las mencionadas estrategias, la provincia aumentó considerablemente el esfuerzo de tamizaje para VIH, y por tanto aumentó sustancialmente la captación de casos, tanto en fase inicial como en fase SIDA. Además, con la puesta en marcha de la unidad de atención de PVVS en el Hospital Delfina Torres de Concha (HDTC) se empezaron a tratar los casos dentro de la provincia con su respectiva notificación, por lo que el número de casos y muertes reportadas aumentó. Es de mencionar que a la par de la implementación de las estrategias para responder al VIH empezó a funcionar el sistema de vigilancia epidemiológica para VIH/SIDA.

En Esmeraldas se notificó el primer caso de VIH/SIDA en el año 1991; desde entonces, el número de reportes se mantuvo con un promedio anual de 7 casos hasta el año 2000: Desde el 2001 hasta el 2007 el promedio anual de casos se incrementó a 19, y desde el 2008 hasta la actualidad el promedio anual es de 206 casos (casos nuevos). Es así que para el 2011 la provincia de Esmeraldas está entre las de mayor incidencia para VIH después de la provincia del Guayas. Este aumento presentado en los últimos 5 años, y que se observa también a nivel nacional, se debe en parte a que a mediados del 2007 se inició la implementación de estrategias de detección y registro de casos de VIH/SIDA a nivel provincial.

El total de casos de personas infectadas reportadas desde 1991 (año en que se detectó el primer caso) hasta diciembre del 2013 en la provincia de Esmeraldas es de 1'505 casos, de los cuales, 560 han sido notificados como casos de SIDA, y de estos, 256 han fallecido. Es de mencionar que en los años anteriores a 2007, a nivel provincial existía un subregistro de casos y fallecimientos por VIH/SIDA, ya que las unidades que atendían a los PVVS estaban centralizadas en Quito y Guayaquil; por ello, la notificación se realizaba en esas casas de salud y los casos eran adjudicados a esas provincias.

Gráfico 1. Número de casos reportados de VIH/SIDA, Provincia Esmeraldas 1991 – 2013.



Fuente: Estrategia Provincial de VIH/SIDA, 2013, Esmeraldas.

Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Tabla 1. Tasa de incidencia y mortalidad por VIH/SIDA, Esmeraldas 2007 – 2013.

Año	Población	Casos	Incidencia VIH	Casos SIDA	Tasa de Incidencia SIDA	Mortalidad por SIDA	Tasa* de mortalidad por SIDA
2007	43'8576	106	2,42	24	0,5	4	0,09
2008	44'6161	192	4,30	15	0,3	16	0,35
2009	45'4036	188	4,14	50	1,1	26	0,56
2010	46'0669	217	4,71	108	2,3	32	0,69
2011	46'0669	201	4,36	102	2,2	49	1,06
2012	52'7350	235	4,46	103	2,0	46	0,87
2013	534'084	191	3,58	112	2,1	50	0,94

*Tasa por 10'000 habitantes.

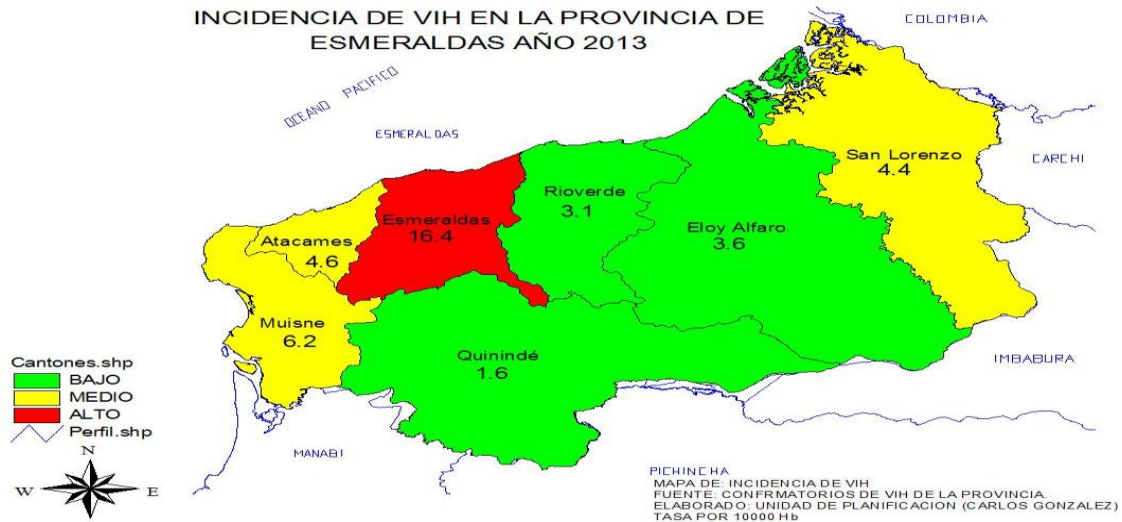
Fuente: Estrategia Provincial de VIH/SIDA, 2013, Esmeraldas.

Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

En los últimos años la tasa de incidencia de VIH en la provincia se mantiene alrededor de 4 casos por cada 10'000 habitantes; en el último año se observa un descenso de la incidencia de aproximadamente un 0,5 por cada 10'000 habitantes. La tasa de SIDA se mantiene alrededor de 2 por cada 10'000 habitantes. Hay varios factores que contribuyen a esta situación, entre los que cabe mencionar: el incremento de tamizaje en algunos grupos, y la existencia de la unidad de atención de PVVS en la provincia de Esmeraldas desde el 2007. Llama la atención que la tendencia de la

mortalidad desde la introducción de tratamientos ARV, en algunos países incluidos el nuestro, es hacia la disminución; sin embargo, en Esmeraldas se da un incremento sostenido desde el 2009.

Gráfico 2. Incidencia de VIH en la provincia de Esmeraldas año 2013



Fuente: Estadísticas de la DPSE 2013.

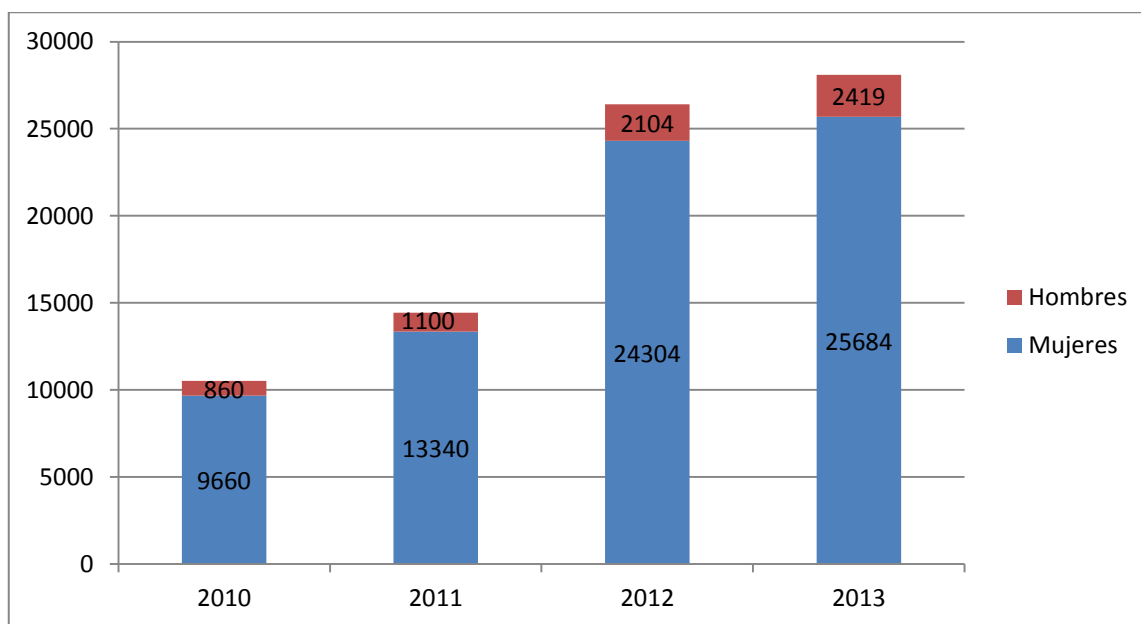
Históricamente el cantón más afectado y de mayor riesgo es Esmeraldas; tal es así que en cuanto al total acumulado, el 65% de los casos corresponden al cantón Esmeraldas. Durante el 2013 se confirmaron 191 casos de VIH en la provincia, uno de los valores más bajos de los últimos 5 años; de éstos, el 52% corresponden al cantón Esmeraldas. Por tanto este sigue siendo el más afectado y también el de mayor riesgo (ver gráfico N° 2: detalle de tasa de incidencia por cantones).

Sin embargo hay que considerar que los habitantes del cantón Esmeraldas no sólo representan el mayor porcentaje de la población, además tienen mayor acceso a pruebas de tamizaje para VIH/SIDA. Ocho de las unidades del MSP en el mencionado cantón disponen de laboratorios clínicos que realizan pruebas de tamizaje para VIH, además de la existencia de otros prestadores del sector público y privado.

3.1.1 Casos de VIH/SIDA.

Para el análisis de casos VIH/SIDA confirmados es importante tener en cuenta que cada vez existe un mayor esfuerzo de tamizaje que se realiza en cada uno de los distritos y/o áreas de salud. Es evidente que a raíz de la implementación de las estrategias que incrementan el tamizaje, la captación de casos aumentó; sin embargo, éste aumento es básicamente a expensas de las mujeres, que acceden mayoritariamente (90% en relación con los hombres) a dicha prueba. (Gráfico N°3).

Gráfico 3. Tamizaje para VIH/SIDA, provincia de Esmeraldas, 2010 – 2013.



Fuente: Estrategia Provincial de VIH/SIDA.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

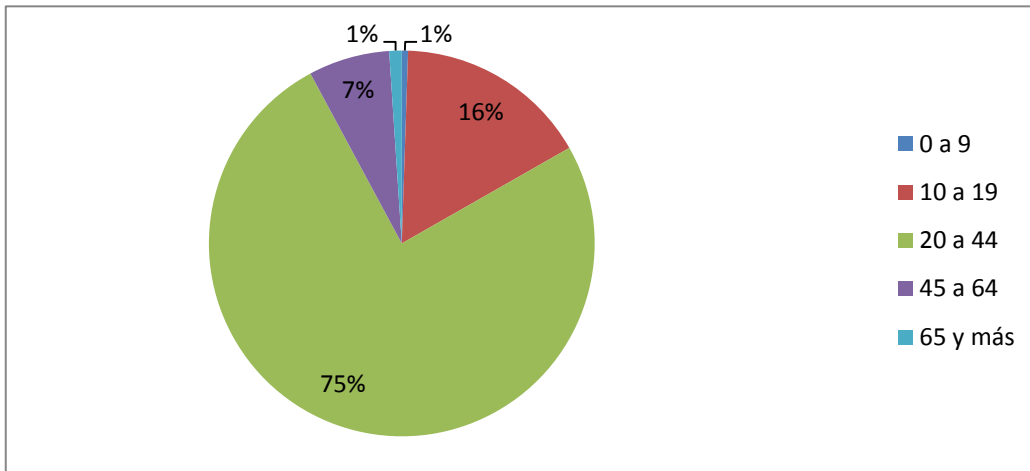
El análisis de los datos de los últimos 4 años permite relacionar el número de hombres con mujeres tamizadas para VIH/SIDA; se evidencia que el porcentaje de tamizaje para los hombres no asciende del 10%. Para el 2013, se incrementó el número de tamizajes para los hombres, pero también aumentó para las mujeres; por tanto el porcentaje de tamizaje en aquellos no varía con respecto de los años anteriores. Por otra parte, durante el 2013, el índice de positividad de VIH en hombres fue de 3.41% y en mujeres, de 0.41%.¹

Al inicio de la epidemia, la razón hombre-mujer para VIH/SIDA era de 8 a 1, luego pasó de 3 a 1; en la actualidad ese dato es 0.80 a 1,20; es decir un hombre por cada mujer infectada: 54% en el género femenino. Esto evidencia una feminización de la epidemia en la provincia de Esmeraldas; sin embargo, hay que considerar que ellas son quienes mayoritariamente acceden a las unidades de manera directa e indirecta, esto se confirma por el acceso a pruebas de tamizaje de VIH: el 91% de personas que se realizan pruebas para VIH son mujeres.

La distribución por grupos etáreos de casos VIH/SIDA captados durante el 2013 es muy parecida a la del 2012, con variaciones de aumento (+1) en el grupo de adolescentes y disminución en el mismo porcentaje en niños; los valores para los demás grupos no varían. La captación de adolescentes es mayor en mujeres que en hombres, lo cual probablemente se debe a que muchas de ellas acceden a la prueba de tamizaje por embarazo. (Gráfico N° 4).

¹ Datos obtenidos de la Estrategia Provincial de VIH/SIDA, Esmeraldas 2013.

Gráfico 4. Casos de VIH/SIDA distribuidos por ciclos de vida, al momento en que se realiza el diagnóstico, provincia Esmeraldas, 2013.



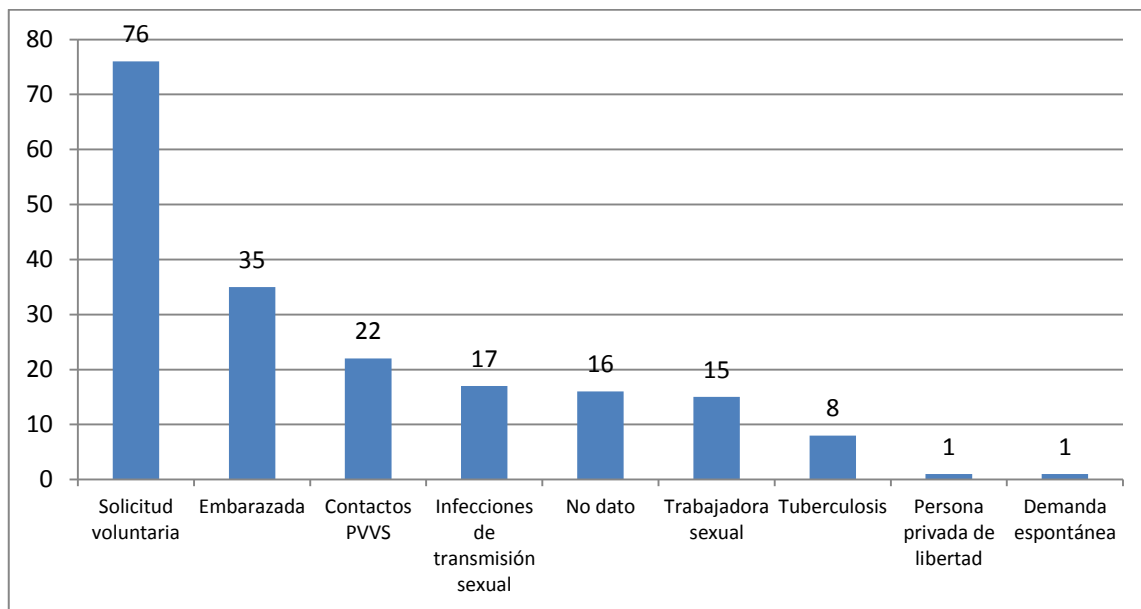
Fuente: Estrategia Provincial de VIH/SIDA, Esmeraldas 2013.

Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Cuando se solicita una prueba de tamizaje o confirmatoria para VIH, se especifica el tipo de usuario². En el gráfico N° 5 podemos observar la distribución de los motivos de solicitud de examen para VIH/SIDA. Un dato que hace falta es una opción que reúna a los PVVS a quienes se le solicita la prueba por sospecha clínica de SIDA; este dato apenas lo podemos ver en los pacientes con Tuberculosis (TB). El mayor porcentaje de exámenes se solicita por demanda espontánea de personas interesadas en conocer si tienen o no la infección, seguido por las embarazadas a las que se les aplica la prueba en forma intensiva para evitar la infección a través de la madre.

²Embarazada, cuando viene por control prenatal; ITS, cuando el paciente tiene alguna infección de transmisión sexual; contacto de PVVS, cuando su pareja está confirmada para VIH/Sida; Demanda espontánea y solicitud voluntaria, cuando la persona acude exclusivamente para realizarse la prueba.

Gráfico 5. Número de casos confirmados de VIH/SIDA según tipo de usuario, provincia Esmeraldas, 2013



Fuente: Estrategia Provincial de PVVS, Esmeraldas 2013.

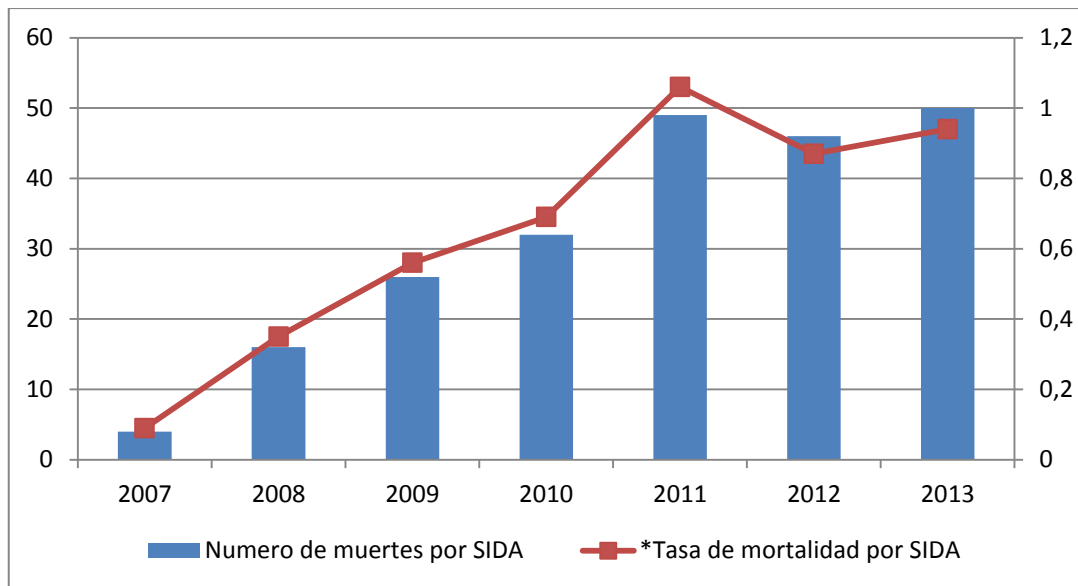
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

En relación a SIDA, durante el 2013, los casos SIDA en la provincia alcanzaron un total de 112 personas; con un promedio de edad de 32 años y desviación estándar de $\pm 10,5$. Es preocupante que se observan casos SIDA en adolescentes que aparentemente se infectaron por contacto sexual. Del total de casos confirmados en el 2013, el 30,8% (59 personas) fueron captados en fase SIDA, y un 9,4% (18 personas) del total de confirmados fallecieron el mismo año del diagnóstico. De los fallecidos 78% eran hombres, cifra alta y que corrobora que los hombres no están accediendo oportunamente a la pruebas de tamizaje, y que están llegando a los servicios en fase terminal.

En el 2013 no hay variación notoria en la tasa de mortalidad por VIH/SIDA, en relación a los 3 últimos años; sin embargo, se reportaron cuatro fallecimientos más que el año 2012 (Gráfico N°6). El 36% de las personas fallecidas en el 2013 (18 personas) fueron diagnosticadas el mismo año de su fallecimiento; el 82% de estos (14,76 personas) ocurrieron dentro de los dos meses posteriores al diagnóstico, es decir llegaron en fase terminal. De estos 18 pacientes, 14 fueron de sexo masculino y 4 femenino.

Otros PVVS diagnosticados en el 2012, fallecieron en el 2013, a partir de los 12 meses del diagnóstico. En conclusión, el 56% de los PVVS fallecidos en el 2013 (28 personas) fueron diagnosticados en los 12 meses previos a su muerte.

Gráfico 6.- Mortalidad por VIH/SIDA, Provincia Esmeraldas, 2007 – 2013.



*Tasa calculada por 10'000 habitantes.

Fuente: Estrategia Provincial de PVVS, Esmeraldas 2013.

Elaborado por Investigadora Isaura Briones.

Tabla 2. Mortalidad por VIH/SIDA.- Tasa de incidencia específica por edad, Provincia de Esmeraldas, 2013.

Grupo etéreo	Población	Casos	TEE*
0 a 9 años	96'352	4	0,42
10 a 19 años	89'399	1	0,11
20 a 29 años	61'356	21	3,42
30 a 39 años	46'823	13	2,78
40 a 49 años	36'082	8	2,22
50 a 59 años	22'500	3	1,33
Total		50	

TEE*: Tasa específica por edad calculada por 10'000 habitantes.

Fuente: Estrategia Provincial de PVVS, Esmeraldas 2013.

Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

El grupo etéreo más afectado y de mayor riesgo es el de 20 a 29 años, seguido del grupo de 30 a 39 años; los niños y adolescentes son los menos afectados. Esto posiblemente se deba entre otras razones a los grandes esfuerzos puestos en la Estrategia de Prevención de la Transmisión Vertical.

3.2 Planteamiento del problema.

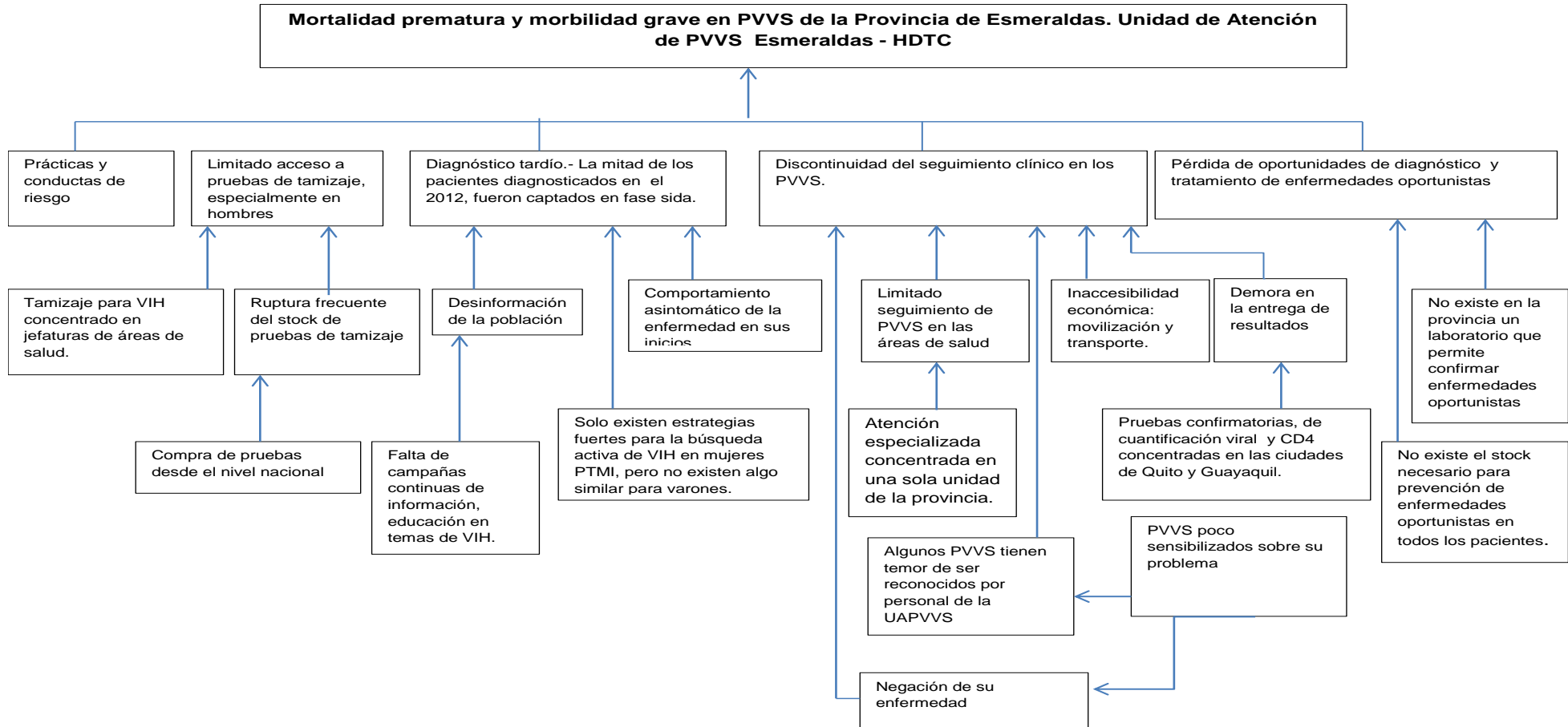
En la provincia de Esmeraldas existe una alta tasa de mortalidad prematura y morbilidad grave en los PVVS que asisten a la unidad de atención de PVVS de la provincia de Esmeraldas (Hospital Delfina Torres de Concha).

El VIH/SIDA, a pesar de ser un problema relativamente nuevo para el mundo, ha tenido múltiples respuestas. Es así que en poco tiempo la comunidad científica logró identificar el agente etiológico de la enfermedad, y se evidencian muchos avances en la terapéutica antiretroviral. Con la que algunos países han logrado disminuir la incidencia de mortalidad a causa del VIH/SIDA; sin embargo, a nivel de la provincia de Esmeraldas dichos indicadores se mantienen a pesar de las estrategias implementadas. Sumado a esto un alto porcentaje de PVVS fallece dentro de los 12 primeros meses del diagnóstico.

Con estos antecedentes se hace necesario evaluar el patrón de morbimortalidad por VIH/SIDA en la provincia, y la influencia que puede tener la calidad del servicio y la calidad de atención al PVVS que asiste a nuestras unidades sobre éstos indicadores.

En el gráfico N° 7 se han modelado las múltiples causas a las cuales se atribuye la mortalidad prematura y morbilidad grave en PVVS que actualmente asisten a la unidad de atención de PVVS de la provincia de Esmeraldas. Este modelo contiene causas que corresponden al sistema de salud como tal; pero también otras que se relacionan con el comportamiento de los pacientes.

Gráfico 7. Modelo Multicausal de VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas, 2013.



Fuente: Revisión de bibliografía variada.
Elaborado por Investigadora Isaura Briones.

3.3 Contextualización de la Unidad donde se realizará el estudio.

La Unidad Provincial de PVVS en Esmeraldas funciona en el Hospital Provincial (Hospital Delfina Torres de Concha); el mismo que cuenta con los servicios de: Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización de Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia, Sala de Quemados, Unidad de Cuidados Intensivos; servicios complementarios de: Laboratorio, Rayos X y fisioterapia. Cuenta con un total de 125 camas y atiende la morbilidad hospitalaria del cantón Esmeraldas y las referencias (casos complicados) de los demás cantones de la provincia. Los servicios y actividades de la unidad de atención se prestan en los espacios asignados de manera general para cada profesional dentro de la consulta externa del Hospital; no existe un pabellón específico para ésta unidad. Así mismo, los PVVS son hospitalizados dentro del servicio que requiera su problema de salud (Medicina interna, Cirugía, Ginecoobstetricia); respetando las normas universales de bioseguridad, sobre todo para el paciente.

La Unidad de Atención de PVVS inició sus actividades dentro de la provincia en el año 2006; previo a esto se conformó un equipo multidisciplinario integrado por: Médico Internista, Ginecoobstetra, Pediatra, Trabajadora Social, Enfermera, Químico Farmacéutico, Psicóloga, Líder de Laboratorio; todos ellos profesionales que laboraban dentro de sus respectivos servicios. Hasta ese año eran pocos los pacientes que se diagnosticaban anualmente dentro de la provincia; se lo hacía casi exclusivamente en las ciudades de Quito y Guayaquil.

Los PVVS diagnosticados antes del 2006 eran tratados en Unidades especializadas de las ciudades de Quito y Guayaquil, por lo que la unidad de PVVS de Esmeraldas empezó a recibir la contrareferencia de los PVVS que ya estaban en tratamiento, a la vez que iniciaba el seguimiento clínico y tratamiento a los nuevos PVVS. Las estadísticas muestran que, con este cambio de estrategia la cantidad de pacientes aumentó considerablemente; sin embargo, el equipo ha tenido pocas variaciones en cuanto a incremento de su personal.

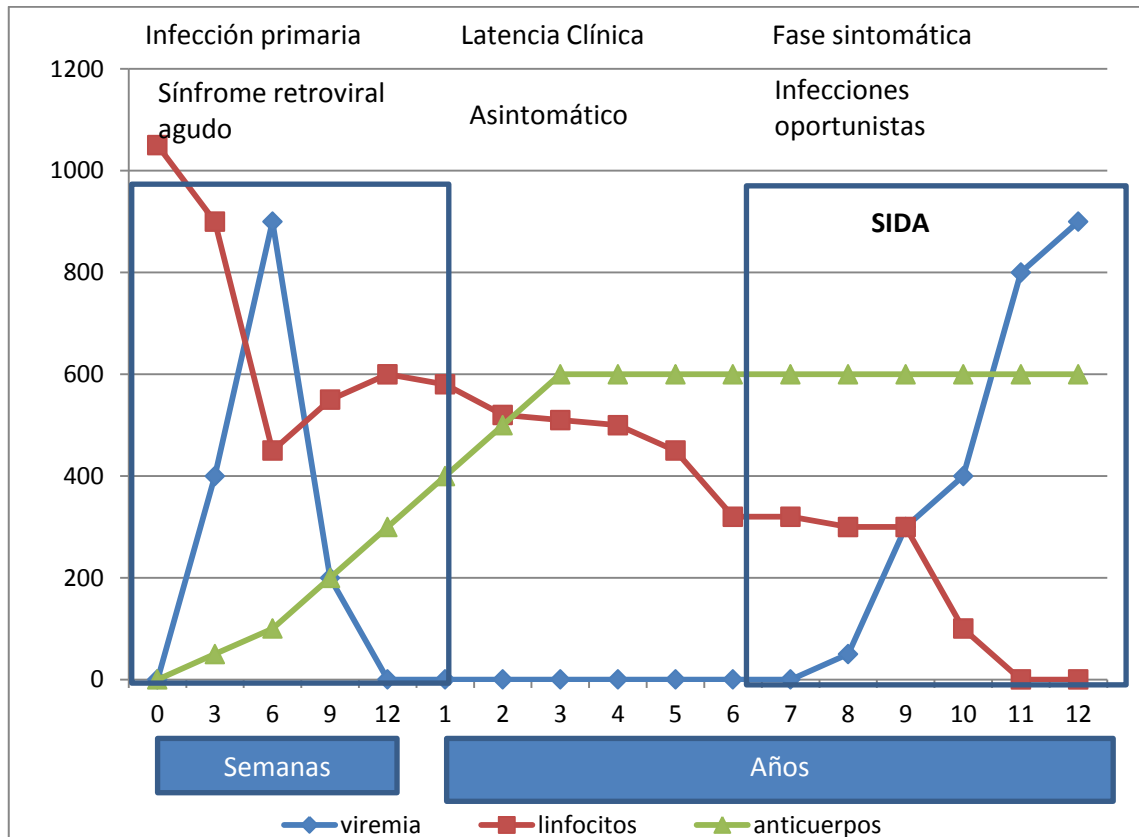
Como se menciona en párrafos anteriores, la provincia inició con la implementación de varias estrategias encaminadas a disminuir la incidencia de VIH/SIDA y la mortalidad por SIDA. Es así que a la par de la creación de la Unidad de Atención de PVVS se fortaleció el tamizaje de VIH/SIDA en todas las unidades de salud, con lo cual se empezó a incrementar la captación de PVVS en las unidades del primer nivel y en el propio hospital provincial. Por este motivo hubo la necesidad de fortalecer el sistema de referencia; con lo que todo PVVS captado en las unidades del primer nivel debía ser referido y acompañado por un personal de salud hacia el Hospital provincial para ser recibido por la Trabajadora Social de la Unidad de Atención de PVVS, y todo llegaba hasta la “entrega” del PVVS en el hospital provincial.

Según versiones de la Coordinadora de la Unidad de Atención de PVVS, los pacientes no estaban acudiendo de manera regular a la mencionada unidad, por lo que se implementó localmente la estrategia de Seguimiento de PVVS en las jefaturas de áreas de salud. Esta estrategia consiste en que un personal de las jefaturas de áreas debe hacer seguimiento mensual de todos los PVVS de su área geográfica asignada. Muchos PVVS, sobre todo del cantón Esmeraldas, son captados directamente en el HDTC, y consultados para la referencia inversa a sus respectivas áreas de salud. Es de recalcar que este seguimiento de PVVS no reemplaza las atenciones que deben recibir en la Unidad de Atención Especializada de PVVS.

4 MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.

4.1 Historia Natural de la Infección por VIH/SIDA.

Gráfico 8. Historia Natural del VIH/SIDA.



Fuente: Modificado de Pallela et al, s f.
Elaborado por Investigadora Isaura Briones.

En la historia natural de la infección por el VIH se diferencian tres etapas: infección primaria o aguda; latencia clínica y fase sintomática. El gráfico N° 8 ilustra la evolución de la viremia y la respuesta inmunológica en dichas fases:

El síndrome viral agudo de la infección primaria por HIV (que se define por el período de tiempo transcurrido desde la infección inicial con HIV hasta el desarrollo de la respuesta de anticuerpos) muestra síntomas que con frecuencia se parecen a los de la mononucleosis. Estos aparecen en los días o semanas posteriores a la exposición al HIV. No obstante, es probable que los signos clínicos y los síntomas no se presenten en todos los pacientes. Durante la infección aguda por HIV suele haber una viremia alta en el plasma, y una disminución notoria de células CD4. La cuenta de células CD4 posteriormente se eleva otra vez, pero normalmente llega solo hasta valores inferiores a los anteriores a la infección. (Reyes et al. 2005).

Después de la infección aguda habitualmente se alcanza un equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmune del huésped, y es probable que muchas personas infectadas no presenten manifestaciones clínicas de la infección por HIV

durante años. Aun en ausencia de tratamiento antirretroviral, este período de latencia clínica puede durar 8-10 años o más. Sin embargo, el término período de latencia puede llevar a conclusiones erróneas, debido al elevado recambio del virus y a la constante destrucción diaria de las células T CD4. (Reyes et al. 2005).

Al final del período de latencia, pueden aparecer diversos síntomas o enfermedades que no cumplen con la definición de SIDA. Estos incluyen leves signos inmunológicos, dermatológicos, hematológicos y neurológicos. Varios de ellos se incluyen en la Categoría B del sistema de clasificación del CDC. También pueden desarrollarse síntomas generales, tales como fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna y diarrea. En esta situación, el valor de 200 CD4 células/ μ l es un punto de corte importante, por debajo del cual incrementa el riesgo de varias enfermedades que definen el SIDA. Entre ellas se incluyen infecciones oportunistas y ciertas neoplasias. Por arriba de 200 células CD4/ μ l, la mayoría de las enfermedades que definen el SIDA se da con poca frecuencia. (Reyes et al. 2005).

El curso de la infección puede variar dramáticamente y en algunos casos, la progresión al SIDA puede presentarse rápidamente. Los factores del huésped determinan si una persona infectada por el HIV desarrollará rápidamente una inmunodeficiencia clínica franca, o si esta persona pertenece al grupo de los no progresores a largo plazo, que representan aproximadamente el 5% de todos los pacientes infectados. (Reyes, et. al. 2005).

La historia natural de la infección VIH/SIDA ha cambiado radicalmente desde la introducción de la terapia antirretroviral (TAR). Este éxito ha presentado consecuencias: una alta frecuencia de efectos tóxicos asociada a los esquemas de tratamiento y resistencia a las drogas antirretrovirales. Esta última es una de las principales barreras para lograr una supresión mantenida del virus durante la terapia (Afani, et. al. 2005). Aun así, algunos estudios, entre ellos el de "Factores socioeconómicos y tecnológicos determinantes de la mortalidad y calidad de vida en las Personas que viven con el Virus del SIDA y su contribución macroeconómica - Costa Rica 1985 – 2003", refieren que hay suficiente evidencia que los ARV son un factor positivo para el aumento de la esperanza de vida en PVVS (Lichterber, 1998, citado por Miranda, 2006).

El tiempo de sobrevivida de un paciente tratado con ARV depende de múltiples variables, entre las que sobresalen: el estado de salud al iniciar la terapia (grado de avance de la enfermedad), grado de adherencia al tratamiento, factores de comportamiento como: nutrición adecuada, consumo de tabaco u opiáceos; y el estado emocional de la persona, incluyendo presencia de estados depresivos o de ansiedad. En un país en desarrollo, y aun en ausencia de terapia con antirretrovíricos, cabe esperar que una persona recién infectada por el VIH viva un promedio de nueve años antes de caer gravemente enferma y que sobreviva hasta un año más a partir de entonces (Handford et al. 2006).

4.2 Morbi – Mortalidad por SIDA.

La morbimortalidad por SIDA está marcada por la aparición de enfermedades oportunistas. En los países industrializados occidentales muchas de estas infecciones oportunistas (OIs) son raras en la actualidad. Esto es cierto en particular para aquellas infecciones que se asocian con una inmunodeficiencia grave, tales como citomegalovirus (CMV) y enfermedad por micobacterias atípicas (MAC). La incidencia de estas OIs se ha reducido a menos de un décimo de su frecuencia en la era previa a la terapia con ARV. La terapia ARV no sólo ha disminuido la incidencia, sino también

ha modificado considerablemente el curso de las OIs. Mientras, que previamente el tiempo de sobrevida después de la primera enfermedad por SIDA era de dos a tres años cuando mucho, actualmente muchos pacientes con SIDA viven durante diez o más años. (Reyes et al. 2005).

Un estudio de cerca de 150 pacientes con toxoplasmosis cerebral demuestra que mientras que la sobrevida de 5 años después de un episodio de toxoplasmosis era de 8% en los años 1990-1993, a 30% para los años 1994-1996. Esta frecuencia ha aumentado a aproximadamente 80% desde 1997. El estudio también mostró que la mayoría de los pacientes que desarrollaban SIDA o infecciones oportunistas graves desconocían su estado de infección por HIV. Alrededor del 50% de los pacientes que se presentaban con SIDA en la clínica de pacientes externos, desconocían su infección por HIV en ese momento. Otro 35% de los pacientes no había recibido tratamiento con fármacos antirretrovirales hasta que se había diagnosticado el SIDA. Estos pacientes frecuentemente se presentan tarde, en general en una condición muy grave. (Reyes et al. 2005).

En cuanto al manejo clínico de las OIs la regla más importante continúa siendo cierta incluso hoy en día para casi todas estas patologías: “entre peor se encuentre el estado inmunológico del paciente, más pronto deberán comenzar los procedimientos diagnósticos invasivos”. El objetivo primario no debe ser ahorrarle al paciente los exámenes diagnósticos extensos que incluyan procedimientos desagradables. Si no se encuentra nada luego de un primer intento, deben repetirse las pruebas diagnósticas. El tratamiento debe iniciarse tan rápidamente como sea posible. (Reyes et al. 2005).

La segunda regla más importante está basada en el hecho que en muchos casos, algunas OIs (Infecciones Oportunistas) pueden excluirse si se conoce el estado inmunológico y la carga viral del paciente. Por lo tanto, el conocimiento del estado actual es muy importante. En la tabla N° 3 se muestran los puntos de corte para las células T CD4, debajo de los cuales pueden esperarse ciertas infecciones. La presencia de OIs por arriba de estos valores debe considerarse como una excepción. El médico encargado de la atención de PVVS debe estar en capacidad de establecer el estadio clínico del PVVS, y a través de esto, determinar las pautas clínicas. Este debe estar basado en el Sistema de Clasificación de Categorías Clínicas del VIH/SIDA. (Reyes et al. 2005).

Tabla 3. Puntos de corte para células T CD4 en relación a las Infecciones Oportunistas.

Contaje de células T CD4	Infecciones oportunistas u otras patologías frecuentes en este estudio
Sin punto de corte.	Sarcoma de Kaposi, tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana, linfoma.
< 250/ul	PCP, candidiasis esofágica, PML, HSV
< 100/ul	Toxoplasmosis cerebral, encefalopatía por VIH, criptococosis, tuberculosis miliar.
< 50/ul	Retinitis por citomegalovirus, criptosporidiasis, micobacterias atípica.

Fuente: Reyes 2005, HIV Medicine.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Estas cuentas de CD4 solo son valores de referencia, las excepciones siempre son posibles; pero en general arriba de ellos, las enfermedades particulares del SIDA son improbables.

4.2.1 Clasificación de pacientes con VIH según su categoría clínica.

El sistema de clasificación más aceptado para la infección por HIV, publicado inicialmente por el U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 1986, se basa en ciertas condiciones asociadas con la infección por HIV (véase la Tabla N° 4). Este sistema de clasificación estaba destinado a usarse en la conducción de la vigilancia de la salud pública, pero ha sido una herramienta epidemiológica y clínica útil durante muchos años. En 1993 se revisó la clasificación del CDC (CDC 1993b); la actual clasifica a las personas con base en su estado clínico y en las cuentas de linfocitos T CD4. Hay tres categorías clínicas (A, B, C), tabla N° 4; y tres categorías de linfocitos CD4 (1; 2; 3), tabla N° 5. (Reyes 2005).

Tabla 4. Categorías clínicas para la Clasificación de CDC en personas infectadas por el HIV.

Categoría A	Categoría C - enfermedades que definen al SIDA**
Infección asintomática por VIH Infección Aguda (primaria) por HIV con enfermedad acompañante o con historia de infección aguda por HIV Linfadenopatía persistente generalizada	Candidiasis de bronquios, tráquea y pulmones Candidiasis esofágica. Cáncer cervical invasivo* Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar. Criptococosis extrapulmonar Criptococosis crónica intestinal (duración mayor a un mes) Enfermedad por citomegalovirus (distinta a la del hígado, vaso o ganglios) Retinitis por citomegalovirus Encefalopatía relacionada con el VIH Herpes simple: úlcera crónica de duración mayor a un mes Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar Isosporiasis, crónica intestinal Sarcoma de Kaposi Linfoma de Burkitt Linfoma inmunoblástico Linfoma primario de cerebro Complejo microbacteriano avium Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio Mycobacterium, otras especies, o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar Pneumocystis neumonía Neumonía recurrente* Leucoencefalopatía progresiva multifocal Septicemia recurrente por Salmonella Toxoplasmosis cerebral Síndrome de desgaste por HIV
Categoría B Las condicionantes sintomáticas* que no están incluidas en las condicionantes de la categoría C. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a: Angiomatosis bacilar Candidiasis orofaríngea Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o de poca respuesta a la terapia Displasia cervical (moderada o severa) y carcinoma cervical <i>in situ</i> . Síntomas generales, tales como la fiebre (38,5) o la diarrea de duración mayor a un mes Leucoplasia vellosa oral Herpes zoster (culebrilla), que implique al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma Púrpura trombocitopénica idiopática Listeriosis Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si se complica por el absceso tubo ovárico Neuropatía periférica	

*Estas condiciones deben cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: a) las condiciones se atribuyen a la infección por HIV o indican un defecto en la inmunidad mediada por células, o b) los médicos consideran que las condiciones tienen un curso clínico o requieren de tratamiento que se complica por la infección por HIV.

** Una vez que se presenta una condición de la categoría C, la persona permanecerá en la categoría C.

Fuente: Reyes 2005, HIV Medicine.

Tabla 5. Clasificación del estadio de VIH/SIDA según conteo de Linfocitos.

Categoría	Nº de Linfocitos CD4
Categoría 1	>500 células CD4/ ul
Categoría 2	200 – 499 células CD4/ul
Categoría 3	<200 células CD4/ul

Fuente: Reyes 2005, HIV Medicine.

4.3 Epidemiología del VIH/SIDA.

4.3.1 Situación de VIH/SIDA a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en el 2010, a nivel del mundo hubieron 390 mil nuevos casos de infección por VIH en niños; es decir, un 30% menos que la cifra máxima de 560 mil nuevos casos anuales en el 2002 y 2003. Desde el 2001, la incidencia anual de infecciones por VIH ha disminuido en 33 países, 22 de ellos del África subsahariana. Sin embargo, el problema está aumentando de nuevo en Europa Oriental y Asia Central, después de haber disminuido a principios de los años 2000; también está en aumento en el Oriente Medio y el Norte de África. Se calcula que a finales de 2010 había 34 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. (Organización Mundial de la Salud. 2011)³.

El número de muertes relacionadas con SIDA a nivel mundial está disminuyendo lentamente, desde el máximo de 2,2 millones en 2005 a una cifra estimada de 1,8 millones en 2010; sin embargo, entre 2001 y 2010, las muertes relacionadas con SIDA se han multiplicado por 11 veces en Europa Oriental y Asia Central (de unas 7'800 a 90'000) y se han duplicado en Asia Oriental (de 24'000 a 56'000). Igualmente han aumentado en un 60% (de 22'000 a 35'000 muertes) en el Oriente Medio y el Norte de África. (Organización Mundial de la Salud. 2011).

Entre los progresos del sector de salud se pueden mencionar que, a finales del 2010, el número de personas en tratamiento con antirretrovíricos (TAR) en países de ingresos bajos y medios había alcanzado los 6,65 millones, lo cual significa que se ha multiplicado por más de 16 en 7 años; y el 47% de las personas que lo necesitan reciben ese tratamiento, en comparación con el 39% que lo recibía a finales de 2009. En total, incluyendo a quienes viven en países de ingresos altos, hay 7,4 millones de personas infectadas por el VIH con acceso a tratamiento con ARV. (Organización Mundial de la Salud. 2011).

El número de niños que reciben tratamiento contra el VIH en los países de ingresos bajos y medios ha aumentado de 71'500 en 2005, a 456'000 en 2010. No obstante, la cobertura estimada es mucho menor en los niños (23%) que en los adultos (50%). La cobertura del tratamiento con ARV a escala mundial es mayor en las mujeres (53%) que en los hombres (40%). (Organización Mundial de la Salud. 2011).

Diez países de ingresos bajos y medios, entre ellos tres con epidemia generalizada (Botswana, Namibia y Rwanda), y siete con epidemia concentrada o de bajo nivel

³ Los datos de situación del VIH/SIDA a nivel mundial han sido tomados textualmente del “ Informe 2011 sobre la Respuesta al VIH/SIDA elaborados por la OMS 2011

(Camboya, Chile, Croacia, Cuba, Eslovaquia, Guyana y Nicaragua), han logrado el acceso universal al TAR, entendiendo como tal la dispensación de TAR al menos a 80% de las personas que lo necesitan.

Entre los 22 países prioritarios para eliminar la transmisión materno infantil, cinco han alcanzado la meta de proporcionar regímenes profilácticos eficaces al 80% de las embarazadas infectadas por el VIH. Estos países son: Botswana, Lesoto, Namibia, Sudáfrica y Swazilancia.

4.3.2 Situación de VIH/SIDA a nivel nacional.

En el Ecuador, para el período entre 1984 al 2010, se registra un acumulado de 18'739 casos confirmados de infección por VIH; 8'338 personas que viven con VIH en fase SIDA y un total de 7'030 defunciones del total de casos en este período. En 2010, se registraron 3'966 nuevos casos confirmados de infección por VIH y 1'301 nuevos casos de SIDA. La epidemia en el Ecuador es de tipo concentrado, en la cual la prevalencia en la población general es menor a 1% y en poblaciones más expuestas (hombres teniendo sexo con hombres; fundamentalmente) es mayor al 5%.

En el 2010, la prevalencia en mujeres embarazadas fue de 0,18%. La tasa de incidencia de VIH fue de 2,73 por 100'000 habitantes, y la de VIH en fase SIDA fue de 9,09 por 100'000 habitantes. La media del número anual de muertes a causa del SIDA se encuentra alrededor de 700, con una tasa de mortalidad 5,08 personas por 100'000 habitantes. En este mismo año, el número de infecciones fue mayor en hombres que en mujeres, y representa una razón hombre-mujer de 2,65 en VIH y de 2,48 para SIDA; es decir 2 hombres por cada mujer. El 83,15% de los casos VIH pertenece al grupo etario de 15 a 54 años y el 82,86% de los casos con SIDA está en el grupo de 20 a 49 años. Al final del 2010, 6'765 personas que vivían con VIH estaban recibiendo tratamiento con ARV. (MSP. Estrategia Nacional de VIH/SIDA: Informe Anual 2010).

4.4 Estrategias de prevención y control del VIH/SIDA en el Ecuador.

En la actualidad el Ecuador está trabajando con algunas estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo de la Estrategia Nacional de VIH: “**Disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por SIDA**” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012). Estas estrategias se implementaron de manera general a partir del año 2000. En la provincia de Esmeraldas se empezó a trabajar en su implementación a partir del año 2006. A continuación se describe cada una de ellas, según su ámbito de acción.

4.4.1 Acciones de Prevención Primaria.

4.4.1.1 Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI), de aplicación en el primer y segundo nivel de atención.

La prevención de la Transmisión Materno Infantil consiste en ofrecer la prueba de tamizaje a toda mujer embarazada que acude a las unidades del sistema público de salud; es de esta manera que, previa consejería impartida por el personal de salud, la mujer accede de manera voluntaria a la prueba de tamizaje para VIH/SIDA; y en el caso que resultara reactiva, se procede a la confirmación del diagnóstico e inicio de tratamiento profiláctico con ARV, el mismo que debe continuar hasta la terminación del embarazo, mediante cesárea programada en el tercer trimestre (a partir de la semana 38 de gestación). El recién nacido también recibe tratamiento de profilaxis con ARV, desde el nacimiento hasta la cuarta semana de vida. Además, se entrega leche de fórmula para evitar la lactancia materna durante el primer año de vida; puesto que se

ha demostrado la transmisión del virus mediante esta vía. En Esmeraldas el tratamiento con ARV y la cesárea se realizan exclusivamente en el Hospital Delfina Torres de Concha- UAPVVS. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013).

4.4.1.2 Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con normativa diseñada para el primer nivel de atención.

Como una alternativa de abordaje a las infecciones de transmisión sexual desde el primer nivel de atención, en el Ecuador, a partir del 2006 se implementó la estrategia "Manejo Sindrómico de ITS", la cual tiene su enfoque basado en la identificación de los principales grupos de signos y síntomas, comúnmente asociados a infecciones de transmisión sexual y tratamiento con una combinación de fármacos efectiva para las de mayor incidencia. Se promueve el empleo de flujogramas para estandarizar las acciones a desarrollarse, basadas específicamente en las "4 C": Consejería, Cumplir con tratamiento, Condones y tratamiento de Contactos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2011).

4.4.2 Acciones de Prevención Secundaria.

Se promueve la detección temprana de la infección de VIH a través del tamizaje de VIH/SIDA de aplicación en el primer y segundo nivel de atención. Incluye tamizaje en los grupos prioritarios: mujeres embarazadas, personas con alguna infección de transmisión sexual recientemente diagnosticada, personas con diagnóstico reciente de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, trabajadoras sexuales, contactos de PVVS y hombres que mantienen sexo con hombres. Además, se oferta la prueba de tamizaje a libre demanda para la población general.

4.4.3 Acciones de Prevención Terciaria.

Estas acciones se basan en la implementación de las Clínicas del SIDA (en la actualidad llamadas Unidad de Atención de PVVS) en el segundo nivel de atención, específicamente en los hospitales generales de todas las provincias del país. En Esmeraldas se estableció la mencionada unidad a partir del año 2006. Estas unidades son las encargadas de la atención (ambulatoria y hospitalización) de PVVS, incluida la respectiva prescripción y dispensación de medicamentos ARV.

4.5 Criterios de la calidad de la atención y del servicio.

Tomando en consideración que este estudio evalúa la calidad de atención y del servicio de la Unidad de Atención de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha, en los siguientes párrafos se abordará brevemente algunos criterios o características de la calidad del servicio y de la atención, sobre todo los que han sido tomados en cuenta en esta investigación.

4.5.1 Dimensiones de la calidad de atención.

Al evaluar la atención nos enfocamos en el encuentro entre el paciente o cliente y el personal de salud: entre el usuario externo y el interno. Por ello podemos conceptualizar los criterios de calidad de este proceso como variables, al determinar su mayor o menor grado de presencia. En la presente investigación nos enfocaremos en la integralidad y continuidad, como principales variables de los criterios de calidad, y teniendo en cuenta que su efectividad será evaluada en base a la morbilidad prematura. Por tanto, se especifican los conceptos de cada una de ellas.

4.5.1.1 Continuidad de la atención.

Implica tomar responsabilidad en que el paciente llegue hasta el fin de su episodio o enfermedad, en el caso de las enfermedades agudas, o hasta la resolución de su problema de salud. En las enfermedades crónicas la responsabilidad de la unidad llega hasta el fallecimiento del paciente. Para esto debe considerarse la continuidad dentro del mismo nivel de atención, a través de la citas en la consulta o las visitas al domicilio; y entre niveles con las referencias y contrareferencia.

4.5.1.2 Integración de la atención.

A través del ofrecimiento oportuno de promoción, prevención, curación y rehabilitación; responsabilizando tanto al terapeuta como al paciente. Este concepto implica mecanismos de referencia interna entre diferentes tipos de actividades o un equipo pequeño de personal multidisciplinario, responsable de una población no muy grande. (Berche. 1982).

4.5.2 Dimensiones de la calidad del servicio.

4.5.2.1 Descentralización.

Se refiere a la transferencia de poder y responsabilidades, en materia de funciones públicas, desde el gobierno central de un país hacia instancias gubernamentales, regionales o instituciones autónomas (Rondinelli, Nellis y Cheema.1986).

En general, la literatura sobre la materia distingue tres formas principales, cuyas diferencias más significativas radican en el nivel de autonomía en la toma de decisiones de las unidades regionales en relación con el gobierno central, y en el alcance de las responsabilidades transferidas. (Rondinelli et al 1984 y Klugman 1994).

- a.) Desconcentración de responsabilidades desde el gobierno central a las agencias regionales, con limitado poder de decisión.
- b.) Delegación o transferencia de responsabilidades de gestión –de funciones específicas- a organizaciones públicas, que pueden estar situadas fuera de la estructura burocrática normal del gobierno central (corporaciones públicas, empresas privadas reguladas públicamente, autoridades de desarrollo de áreas y planificación regional); por lo general con autoridad de limitada autonomía para ejecutar las tareas.
- c.) Descentralización: La transferencia de responsabilidades, desde el gobierno central a las unidades regionales, debe ser clara y consistente.

La descentralización favorece la accesibilidad a los servicios de salud, al situarlos (geográficamente) lo más cerca posible de la población; sin embargo, hay límites para la descentralización puesto que cuanto más disperso se encuentra un servicio, más se reduce la población de responsabilidad de la unidad operativa, por tanto hay una pérdida de competencia de diagnóstico por parte del personal y el uso de algunos recursos (especialmente medios diagnósticos) se vuelve ineficiente.(Berche 1982).

4.5.2.2 Accesibilidad.

Accesibilidad geográfica; el servicio debe estar lo más cerca posible de la población, a esto se lo conoce también como descentralización operativa.

Accesibilidad económica; un pago por acto o un gasto importante del bolsillo en el momento de necesitar atención médica o adquirir medicamento u otros medios diagnósticos constituye una barrera financiera para los grupos con bajos ingresos.

Accesibilidad sociocultural; cierto tipo de atención puede ser científicamente racional; es decir, con los profesionales de acuerdo a normativa. Sin embargo culturalmente no aceptable para la gente. Ejemplo de ello es que, en una comunidad quechua hablante todos los miembros del equipo de salud solo hablen español.(Berche 1982).

4.5.2.3 Permanencia.

También llamada accesibilidad temporal. La unidad operativa debe ser accesible por lo menos todos los días, o se debe prever un servicio de emergencias de guardia médica. Lo contrario de la permanencia es la periodicidad. Solo algunas de las actividades preventivas pueden ser periódicas a condición de poder asegurar la continuidad. (Berche. 1982).

4.6 Relación entre Calidad del Servicio de Atención para PVVS y su estrato clínico.

En la revisión bibliográfica no se encontraron estudios sobre temáticas estrechamente relacionadas con la presente investigación; sin embargo, fue posible identificar estudios referentes a algunas variables de la calidad del servicio para la atención de pacientes con VIH.

En un estudio de VIH/SIDA y sus determinantes socio-estructurales en 42 Municipios del Valle del Cauca en Colombia, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la prevalencia de VIH/SIDA y algunos determinantes como el acceso a los servicios de atención en salud, la calidad de las viviendas, y la educación.(Tobar y Arrivillaga, 2011).

En una revisión sistemática sobre el establecimiento y organización de la atención para las personas que viven con VIH/SIDA realizada en el 2006 se encontró que las estrategias de manejo de casos y gran capacidad del hospital y de las salas de los pacientes VIH-positivos se asociaron con una menor mortalidad. La gestión de casos también se asoció con un aumento en la recepción de los ARV. Los resultados para los equipos multidisciplinarios o para el tratamiento multifacético variaron. Ninguno de los estudios examinó la calidad de vida ni el estado inmunológico, tampoco los resultados virológicos. Los resultados de la utilización de los servicios de salud fueron mixtos. (Handford, 2006).

Según la revisión bibliográfica se puede destacar que la integración de los servicios de prevención y tratamiento del VIH / SIDA con los servicios centrados en la salud de las madres, los lactantes y los niños, así como en la nutrición y planificación familiar (MNCHN -FP) puede mejorar la salud de madres y niños afectados por el VIH / SIDA o que está en riesgo de infección por el VIH. Se identificaron 20 artículos que presentan un total de 19 estrategias para la integración de este tipo de servicios. En general, se encontró que la integración de servicios de VIH / SIDA y MNCHN -FP fue

factible a través de una variedad de modelos de integración, lugares y poblaciones. La mayoría de los estudios reportan que la integración ha tenido un impacto positivo en los resultados de salud; sin embargo, existen otros que informan algunos resultados con mejoría, mientras que para otros no había ningún efecto. (Tudor 2011).

En una revisión sistemática "Providing antiretroviral therapy closer to patients homes to improve access to care in lower and middle income countries" (Kredo. 2013), para la cual se buscaron estudios hasta marzo de 2013, se encontraron 16 estudios, incluyendo ensayos controlados aleatorios, dos de alta calidad y 14 estudios que recogen datos de los programas de atención del VIH. Todos menos un estudio se llevaron a cabo en África. En el estudio participaron adultos y niños que fueron seguidos durante un máximo de dos años.

Estos investigadores encontraron que si la terapia antirretroviral se inició en un hospital y continuó en un centro de salud (descentralización parcial), había probablemente menos desgaste y menos pacientes que se perdieron después de un año de seguimiento (cuatro estudios, 39'090 pacientes). Cuando se inició y continuó la terapia antirretroviral en un centro de salud (es decir hubo verdaderamente descentralización), no existió diferencia en el número de muertes y de pacientes perdidos durante el seguimiento (deserción). En los casos que se proporcionó terapia antirretroviral en la comunidad, por voluntarios entrenados, no hubo diferencia detectada en la tasa de muertes o pérdidas a la atención, en comparación con la atención prestada en un centro de salud. Estos datos fueron obtenidos de dos estudios con un total de 1'453 pacientes.

En general, ninguno de los modelos de descentralización ha llevado a resultados negativos en salud. La investigación indica que un menor número de pacientes se perdieron del cuidado (menos abandono por parte del paciente) con el seguimiento de terapia antirretroviral en centros de salud en lugar de los hospitales. La investigación tampoco detectó una diferencia en el número de pacientes perdidos para el cuidado, cuando éste es proporcionado en la comunidad y no en un centro de salud. (Kredo 2013)

En cambio el estudio "A simple relation ship between viral load and survival time in HIV-1 infection" (Arnout.1999) realizado en Oxford- Estados Unidos en el Instituto Nacional del Cáncer desde el año 1982, con una muestra de 134 pacientes infectados con el VIH, reportó que los tiempos de supervivencia, como una aproximación del tiempo transcurrido entre el momento de la seroconversión hasta la muerte, osciló desde 3,8 hasta 13,7 años, con una media de 6,9 años.

Un estudio realizado en mujeres con VIH en el Hospital Alberto Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil-Ecuador entre mayo del 2005 y febrero del 2008 (León,s.f) mostró que de las 115 mujeres del estudio, tan solo 53 mujeres completaron su diagnóstico con Papanicolaou y Colposcopia de acuerdo al protocolo. De este grupo, el 59,6% presentaron Papanicolaou alterados mientras que el 71,2% de las Colposcopías mostraban resultados anormales, por lo que se realizaron biopsias dirigidas. En los resultados histopatológicos se reportó que el 19% presentaron alteraciones menores tales como Infección por Papiloma Virus Humano (VPH), pólipos, cervicitis y el 81% presentó algún grado de neoplasia Intraepitelial y cáncer.

4.7 Modelo conceptual.

La elaboración de este modelo se basa en la formulación del esquema multicausal para describir los factores relacionados con la morbilidad prematura en los PVVS

que reciben atención en la unidad especializada de PVVS en la provincia de Esmeraldas. En base a eso se desarrollaron patrones prescriptivos, detallados a continuación:

- a.) El modelo prescriptivo N°1 muestra “el deber ser” de la atención sistémica desconcentrada de los PVVS en la provincia de Esmeraldas, el cual fue elaborado con base a las más recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2008). Trata de articular el primer y segundo nivel de atención en el seguimiento de PVVS con respecto a la entrega de tratamiento antirretroviral en el primer nivel, complementando la atención en la unidad especializada del segundo nivel.⁴
- b.) El modelo prescriptivo N°2 muestra lo que debería ser la atención integral en la unidad especializada de PVVS en la provincia de Esmeraldas; se basa en la revisión bibliográfica de las normativas vigentes de algunos países y las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.⁵

Modelo Prescriptivo N° 1

Modelo de atención integral de los PVVS a nivel provincial.

Unidad de atención de PVVS básica.- Primer nivel de atención

Características del Servicio.

- Disponer de un espacio físico que permita mantener la confidencialidad.
- Contar con laboratorio básico que realice pruebas generales y tamizaje para VIH.
- Mantener sistemáticamente tratamientos antirretrovirales.
- Integrar los tratamientos antirretrovirales a los servicios de atención de tuberculosis cuando la carga de enfermedad es alta para las dos enfermedades.
- Organizar un equipo multidisciplinario (médico general, enfermera, pediatra, psicólogo) para el mantenimiento del tratamiento con ARV.
- Disponer de medicamentos para prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas.
- Generar un plan de trabajo enmarcado en la normativa nacional de atención al PVVS.
- Manejar adecuadamente herramientas de monitoreo y evaluación de procesos.
- Contar con PVVS sensibilizados para la orientación de sus pares.

Características de la atención

- Realizar seguimiento de los PVVS en el primer nivel de atención.

⁴ Además de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2008), para la construcción de este modelo se utilizó información bibliográfica de Ynoa y Méndez (2007), y Pernas et al (2011).

⁵ Para el modelo prescriptivo N°2 se utilizó bibliografía de Gutiérrez, Lacoste (1994); OMS (2008); Clumeck y Pozniak (2008); Kindelán et al (2002).

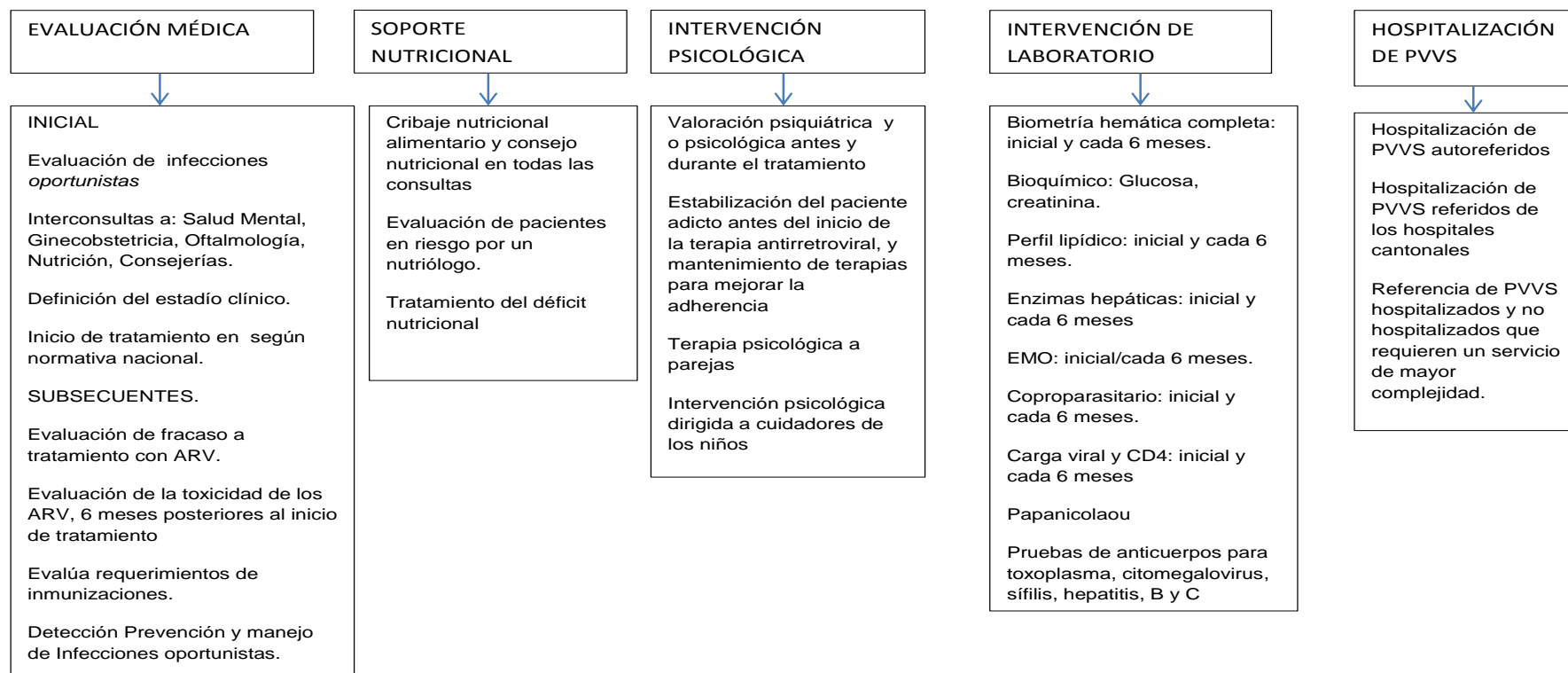
- Asegurar la continuidad de la atención a través de la referencia de casos a la unidad especializada de atención de PVVS.

Unidad especializada de atención de PVVS.

- Disponer de un espacio físico que permita mantener la confidencialidad.
- Organizar un equipo multidisciplinario (médico general, enfermera, pediatra, psicólogo) para el mantenimiento del tratamiento con ARV.
- Disponer de un plan de trabajo enmarcado en la normativa nacional de atención al PVVS.
- Disponer de herramientas de monitoreo y evaluación de procesos
- Contar con el apoyo de una unidad de atención especializada de psiquiatría y/o psicología
- Contar con PVVS sensibilizados para la orientación de pares.
- Capacitar al equipo multidisciplinario para tratamiento de casos complicados (además inicio de tratamiento de todos los PVVS).
- Contar con un laboratorio con capacidad de diagnóstico de enfermedades oportunistas.
- Mantener un laboratorio con capacidad para realizar pruebas de diagnóstico confirmatorio (Western Blot) y de monitoreo del tratamiento.
- Disponer de un servicio de Hospitalización para los PVVS que quienes lo requieran.
- Contar con un sistema de referencia o interconsultas con otras especialidades, en particular las relacionadas con las patologías más frecuentes en PVVS.

Gráfico 9. Modelo prescriptivo N° 2.

MODELO PRESCRIPTIVO N° 2.- Modelo de Atención de una unidad de atención especializada de PVVS: Componentes que la integran con sus respectivas actividades en cada uno de ellos.



Estos modelos sirvieron de base para establecer las variables incluidas y evaluadas en el presente estudio y descritas en el capítulo referido a la metodología.

5 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

5.1 Objetivo general.

Analizar la relación entre la mortalidad y morbilidad grave por VIH/SIDA con la calidad de atención y del servicio de la unidad especializada en PVVS en la provincia de Esmeraldas.

5.2 Objetivos específicos.

a.) Describir el patrón de morbi-mortalidad de pacientes atendidos en esta unidad de atención de PVVS de la provincia de Esmeraldas.

b.) Describir la calidad de atención y del servicio dada en esa Unidad especializada de PVVS y en el primer nivel de atención.

c.) Establecer si existe asociación entre la morbilidad grave y/o mortalidad prematura y la calidad de atención y del servicio de la Unidad de Atención de PVVS en la provincia de Esmeraldas.

6 HIPÓTESIS.

En la Provincia de Esmeraldas, la mortalidad prematura y morbilidad grave por SIDA en Personas que Viven con el Virus del SIDA (PVVS) está estrechamente relacionada con la calidad del servicio y con la calidad de atención de PVVS.

7 METODOLOGÍA.

7.1 Tipo de estudio.

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo, en el que se analizó la relación entre la mortalidad prematura por VIH/SIDA con la calidad de atención al PVVS y calidad del servicio que atiende a los PVVS. Este estudio se realizó en la Unidad Provincial de Atención de PVVS que funciona en el Hospital Provincial de Esmeraldas "Hospital Delfina Torres de Concha". Solo se tomó en cuenta la consulta ambulatoria de la Unidad de Atención de PVVS. El servicio de hospitalización para PVVS que es parte de la UAPVVS porque complementa y permite dar continuidad a la atención del PVVS que lo requiera, se evaluó solo en estos aspectos, no de forma integral. Este tema debería ser tomado en cuenta para otras investigaciones.

7.2 Variables.

La siguiente tabla muestra un resumen de las principales variables utilizadas en el estudio. Para mayor detalle acerca de su Operacionalización (Anexo N°1).

Tabla 6.- Variables incluidas en el estudio de Relación entre la calidad del servicio / calidad de atención y la mortalidad temprana / morbilidad grave por VIH/SIDA en personas viviendo con el virus de la Inmunodeficiencia humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha.

Variables	Dimensión de variables.
Calidad del servicio	Accesibilidad al primer nivel de atención
	Estructura física y de la Unidad que atiende PVVS en el primer nivel de atención
	Estructura organizacional de la Unidad que atiende PVVS en el primer nivel de atención.
	Estructura física de la unidad especializada de atención de PVVS Esmeraldas
	Estructura organizacional de la Unidad Especializada de Atención a PVVS
	Percepción de usuarios sobre la accesibilidad a la UAPVVS Esmeraldas que funciona en el HDTC
	Percepción de usuarios sobre la permanencia de la UAPVVS Esmeraldas que funciona en el HDTC
	Disponibilidad de medicamentos
Calidad de atención de PVVS	Continuidad de atención intra e interniveles
	Percepción de usuarios frente a la calidad de atención en la unidad provincial de PVVS
	Adherencia al tratamiento
	Aplicación de protocolos de atención en PVVS
	Atención Integral
Indicadores epidemiológicos.	Estadío de la infección por VIH.
	Morbilidad por VIH/SIDA.
	Mortalidad por VIH/SIDA
	Hospitalización por VIH/SIDA

Fuente: Operacionalización de variables. Enero 2014.
Elaborado: por Investigadora Isaura Briones.

7.3 Universo y muestra.

La muestra fue calculada a partir de una población de 700 PVVS que asisten regular e irregularmente a la Unidad Provincial de Atención de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha, se tomó una prevalencia de mortalidad de 17.01%, intervalo de confianza del 95% y precisión del 6%. El tamaño muestral calculado fue de 129 PVVS.

En el presente estudio se utilizaron dos muestras diferentes con el mismo tamaño muestral (universo de 129). Una muestra sirvió para el levantamiento de información desde los expedientes clínicos de PVVS; la otra sirvió para levantamiento de encuestas sobre percepción de la calidad de atención y del servicio de la UAPVVS.

Para la revisión de expedientes clínicos, dichos documentos se tomaron al azar de la estantería de carpetas; éstas se encuentran concentradas en una sola repisa. El inconveniente fue que los expedientes de fallecidos se encontraban en otro archivo y no era posible seguir con la misma metodología de búsqueda. Por esta razón, se calculó la prevalencia de fallecidos a partir de todas las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas en comparación con las que fallecieron por el VIH/SIDA en el mismo periodo (1991 – 2013); y se estimó una proporción del total de la muestra calculada. La búsqueda se realizó de manera inversa, es decir, se tomó primero los expedientes de fallecidos en diciembre del 2013 y desde esa fecha retrospectivamente hasta completar el número de historias clínicas requeridas para alcanzar el porcentaje de pacientes fallecidos en relación al total de la muestra. No se encontraron todos los expedientes de los PVVS registrados como fallecidos en el 2013, por lo que fue necesario avanzar hasta el 2012.

Para el levantamiento de encuestas, se seleccionaron a todos los PVVS que asistieron a la consulta externa de la UAPVVS la segunda quincena del mes de enero del 2014. Previo a un consentimiento verbal se procedió a llenar el cuestionario a quienes voluntariamente aceptaron participar en la encuesta. Antes de la aplicación de la técnica en mención, se realizó el pilotaje del instrumento, aplicando el cuestionario a 30 PVVS, luego de lo cual se hicieron los respectivos ajustes para su aplicación final.

7.4 Recolección de información.

El levantamiento de información se realizó a través del propio investigador, encargado de todas las entrevistas y observación que estaban previstas para completar el estudio, además de la revisión de expedientes clínicos. Las encuestas a los PVVS fueron levantadas por dos personas previamente capacitadas. La información se obtuvo a través de técnicas cualitativas y cuantitativas, detalladas a continuación.

7.4.1 Observación

Se realizó la observación de los servicios de laboratorio, colposcopia, Rayos X, consultorio médico y hospitalización del HDTC; esto con el fin de evaluar algunas dimensiones de la calidad del servicio. Para la observación de los servicios de laboratorio, consultorio médico y el servicio de hospitalización se utilizó la matriz de licenciamiento de los servicios de salud del MSP (2008).

7.4.2 Entrevistas.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales a la Coordinadora de la UAPVVS, a la Responsable de la Estrategia Provincial de VIH/SIDA, a la Médica de la Unidad de Salud Mental, y a la Líder del Laboratorio del HDTC. Todas ellas con sus respectivas guías de acuerdo a los temas evidenciados en la operacionalización de variables.

Buena parte de la información recopilada en este trabajo, se obtuvo a través de la aplicación de entrevistas y observación semiestructurada, para lo cual se contó con el apoyo de la coordinadora de la unidad y médica internista encargada de la atención de la mayoría de los PVVS que acuden a la UAPVVS; líder del laboratorio del HDTC, Química Farmacéutica (QQFF) encargada de la gestión de los medicamentos ARV en el HDTC, personal de estadísticas, responsable provincial de la Estrategia de VIH/SIDA, médica de la unidad de Salud Mental de Esmeraldas, así como pacientes con VIH que fueron identificados como informantes claves.

7.4.3 Revisión documental de expedientes clínicos de PVVS vivos y fallecidos.

Para esta actividad se seleccionaron variables basadas en la revisión de guías de atención de PVVS a nivel nacional, variables que sirvieron para analizar la calidad de atención brindada al PVVS a través de la evaluación de la aplicación de protocolos de atención en PVVS.

7.4.4 Encuesta para medir la percepción de los PVVS frente a la calidad del servicio y calidad de atención en la UAPVVS.

Para su elaboración se utilizaron algunas preguntas ya validadas en el estudio “Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención relacionada con TARGA” (CARE- Perú 2008), y otras de creación propia del investigador con base en la revisión de estudios que medían la percepción del usuario frente a la calidad del servicio. Este instrumento se aplicó a los PVVS que asistieron a la UAPVVS durante la segunda quincena de enero del 2014.

Previo a la realización de encuestas a PVVS se capacitó a dos encuestadores; para su aplicación. Se analizó una a una las preguntas colocadas en el mencionado instrumento con la consiguiente interiorización de las preguntas. Posterior a eso se procedió a un pilotaje de la encuesta en un 10% del total de la muestra, se evidenciaron ciertas limitantes que fueron corregidas. Una de las principales preocupaciones era si un encuestador externo a la UAPVVS podría obtener los datos sin muchos inconvenientes, por lo que este recurso solo se utilizó cuando percibimos que no estábamos cumpliendo con la meta en relación al tiempo programado. No hubo ningún inconveniente más allá de que 3 PVVS no quisieron llenar la encuesta, lo cual es aceptable en un número total de 129 PVVS encuestados. La procedencia de los PVVS encuestados se muestra en la siguiente tabla (Nº7).

Tabla 7. - Distribución de PVVS encuestados según cantón de Procedencia, Provincia Esmeraldas. Febrero 2014

Cantón de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Esmeraldas	79	61,24
Ríoverde	22	17,05
Atacames	11	8,52
San Lorenzo	4	3,10
Eloy Alfaro	5	3,87
Muisne	4	3,10
Quinindé	3	2,32
Sin dato	1	0,77
Total	129	100

Fuente: Encuesta a PVVS de la UAPVVS. Esmeraldas 2014.

Elaborado por: investigadora Isaura Briones

7.4.5 Revisión de cárdex de medicamentos.

Para esta actividad se elaboró una matriz que trataba de recoger el ingreso y egreso de los medicamentos ARV y medicamentos para el tratamiento de algunas enfermedades oportunistas. Pero no fue necesario, ya que la Estrategia Nacional de VIH/SIDA les había proveído de instrumentos digitalizados para dicha información, motivo por el cual se utilizó los instrumentos existentes.

7.5 Análisis de información.

Para el análisis de datos obtenidos a través de técnicas cuantitativas, se utilizó el programa EpiInfo, importando las bases de Excel en las que se levantó la información. Se procedió a la tabulación de datos, cálculo de frecuencias y creación de tablas en las cuales se realizó el cruce de variables, para determinar si existía asociación y correlación estadística entre los datos.

El análisis de los datos cualitativos se realizó transcribiendo las ideas principales obtenidas en cada uno de las entrevistas realizadas durante la investigación; la información de las entrevistas se obtuvo por medio de una grabación realizada con autorización del entrevistado.

Los datos obtenidos de la observación en los servicios de hospitalización y consulta externa (consultorio médico) se analizaron a través de la matriz de licenciamiento del MSP (2008) y su respectiva categorización o puntaje.

7.6 Bioética.

Para el levantamiento de la información de los expedientes clínicos se registraron los datos sin anotar los nombres de los PVVS, solo se respaldó con los números del expediente clínico década uno de ellos. Los expedientes clínicos siempre se mantuvieron dentro del área de estadísticas del Hospital en el que se realizó el

estudio. La información fue levantada por el propio investigador; se respetaron las cláusulas de confidencialidad.

Para la aplicación de las encuestas, se solicitó consentimiento verbal de cada uno de los participantes, su contribución fue totalmente voluntaria. Solo se aplicó a los PVVS que aceptaron participar: previa explicación del contenido y de los objetivos de la encuesta; se subrayó la importancia de la veracidad de sus respuestas. Además se enfatizó que su negativa a participar no tendría consecuencias negativas en cuanto a la atención en la Unidad de Atención de PVVS.

8 RESULTADOS.

8.1 Calidad del servicio.

Esta variable se divide en dos grupos, los cuáles involucran la descripción de la atención en el primer nivel y del cuidado especializado a PVVS en el segundo nivel, es decir en la Unidad de Atención de PVVS del HDTC⁶.

8.1.1 Calidad del primer nivel de atención.

8.1.1.1 Desconcentración de la atención de PVVS al primer nivel de atención.

En el 2011, uno de los principales problemas evidenciados en la atención de PVVS era el bajo cumplimiento de citas por parte de un gran porcentaje de los PVVS, y el limitado seguimiento o búsqueda de casos de deserción por parte de las unidades del primer nivel de atención; lo cual se debía a que un porcentaje considerable de los PVVS, sobre todo los residentes en el cantón Esmeraldas, eran captados directamente por el Hospital Provincial Delfina Torres de Concha, y consecuentemente el personal de salud de las áreas o distritos de referencia al que pertenece el paciente desconocía el caso y no podía hacer el apropiado seguimiento⁷.

Por este motivo, desde hace 3 años, se implementó la estrategia de seguimiento desde el nivel local, que consiste en contrarreferir a los PVVS que asisten a la unidad de atención especializada hacia sus respectivas áreas o distritos de salud, a fin de que reciban una atención médica general en el hospital cantonal o centro de salud que le corresponda, y así mejorar la adherencia al tratamiento. En agosto del 2013 la DPSE realizó una evaluación de esta estrategia la cual reportó que aproximadamente el 50% de PVVS (correspondiente a un valor estimado de 700 PVVS que acuden eventual o periódicamente al HDTC) no estaban asistiendo a las citas, por lo que se decide

⁶Se inicia con una breve descripción de las actividades de prevención y curación en relación al VIH/SIDA que se realizan en el primer nivel de atención (punto 8.1.1 y 8.1.2) para luego hacer el abordaje detallado del servicio y atención en la UAPVVS del HDTC.

⁷Fuente: Entrevista realizada el 19 de febrero del 2014a Responsable de la Estrategia de VIH en la provincia de Esmeraldas.

trasladar a una trabajadora social desde la DPSE al HDTC con el objetivo de establecer un seguimiento estricto a las referencias y contrareferencias de PVVS desde las áreas de salud a la UAPVVS y viceversa⁸.

8.1.1.2 Desconcentración de los tratamientos antiretrovirales.

El tratamiento tanto preventivo como definitivo⁹, los provee únicamente la unidad de atención especializada de PVVS que funciona en el hospital provincial Delfina Torres de Concha; ninguna de las áreas o distritos de salud maneja la prescripción y/o dispensación de los ARV. Según versiones de la Responsable de la Estrategia Provincial de PVVS el personal que actualmente realiza el seguimiento en el primer nivel de atención no ha recibido capacitación para iniciar ni mantener tratamiento con ARV.

8.1.1.3 Integración de los tratamientos ARV a los servicios de atención de tuberculosis cuando la incidencia es alta para las dos enfermedades.

El cantón Esmeraldas presenta altas tasas de incidencia tanto de VIH como tuberculosis, información que se evidencia en el Informe Anual de Evaluación de Indicadores Epidemiológicos elaborado por la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas, correspondiente al año 2013; sin embargo, las unidades que se encuentran dentro de este cantón manejan exclusivamente la prescripción o dispensación de los medicamentos antituberculosos, más no de los ARV.

8.1.1.4 Acceso a pruebas de tamizaje.

Desde que se implementó la Estrategia de Prevención de la Transmisión Vertical en el año 2007, todos los distritos o áreas de salud de la provincia disponen de un laboratorio clínico con capacidad de realizar pruebas de tamizaje para VIH. Estos exámenes están concentrados en los laboratorios a nivel cantonal y distrital que cuentan con personal entrenado para la toma y procesamiento de muestras. Para acceder a la prueba la paciente debe acudir personalmente al hospital cantonal o centro de salud¹⁰, donde es obtenida y procesada la muestra.

⁸Entrevista realizada el 19 de febrero del 2014 a Responsable de la estrategia de VIH en la provincia de Esmeraldas y respaldado en el Informe de Análisis de Información realizado en Agosto del 2013 por la responsable de la Estrategia provincial de VIH/SIDA y presentado a la Sra. Directora Provincial de Salud de Esmeraldas.

⁹Tratamiento definitivo es aquel que se prescribe a PVVS por encontrarse en fase SIDA o con valores de CD4 y carga viral requeridos para el inicio de tratamiento con ARV. Por otra parte el tratamiento preventivo se refiere a la prescripción de ARV a niños con exposición perinatal y a mujeres embarazadas; con el fin de disminuir la carga viral en sangre y evitar la infección al recién nacido.

¹⁰ Se incluye a los Centros de Salud puesto que ciertas áreas no disponen de hospital cantonal, y estos funcionan como Jefatura de Área o Distrito de Salud.

8.1.2 Estructura organizacional de la atención de PVVS en el primer nivel de atención.

8.1.2.1 Equipo multidisciplinario.

Los distritos y/o áreas de salud poseen un equipo incompleto para el seguimiento de PVVS, de acuerdo a la publicación de la OMS de Junio del 2011 sobre Experiencias Exitosas en el manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica que refiere que “la inclusión de varias disciplinas permite mejores resultados y reduce costos”. Por tanto, se debería disponer de un equipo multidisciplinario conformado por el médico, enfermera y psicólogo; sin embargo se cuenta únicamente con el médico y la trabajadora social para este propósito. Es este facultativo quién realiza el seguimiento clínico y a su vez se encarga del componente de gestión de la estrategia de VIH/SIDA a nivel de los distritos y/o áreas de salud. Es por este motivo que al iniciar la estrategia de desconcentración de atención a PVVS en las áreas de salud, se realizó la capacitación para el manejo de la Guía de Atención de PVVS¹¹ dirigida a los profesionales médicos encargados del seguimiento de los pacientes en las áreas de salud. Sin embargo, y debido a la rotación de este personal, quienes asumen estas funciones solo han recibido direccionamientos generales para el seguimiento de PVVS.

Los responsables de la estrategia de VIH/SIDA en la DPSE han intentado, en varias ocasiones, coordinar actividades de capacitación con el personal local, pero existe cierto tipo de resistencia por parte de la coordinadora de la Unidad de Atención PVVS del HDTC, quien manifiesta no estar en capacidad de realizar dicha actividad y afirma debería encargarse de ello personal con mayor experiencia en la atención de PVVS, como los encargados de estas Unidades en Quito y Guayaquil.¹² Por esta razón, el personal está a la espera de una capacitación formal ofrecida por la Estrategia Nacional de VIH/SIDA.

En la actualidad aunque todas las áreas o distritos de salud hacen seguimiento de PVVS no cuentan con un equipo humano que haya sido capacitado para el desempeño de estas funciones; y tampoco existe una guía de atención a PVVS que sea específica para el primer nivel de atención. Cabe mencionar que a pesar de que existe una iniciativa a nivel local, no se cuenta con el apoyo efectivo de la Estrategia Nacional de VIH/SIDA, puesto que ha existido una rotación del personal a cargo por tres ocasiones en el último año, impidiendo la continuidad de los compromisos establecidos por esta entidad.

8.1.2.2 Plan de trabajo y herramientas de monitoreo y evaluación de procesos.

Existe un plan de trabajo diseñado por la DPSE en el que constan las actividades a ser realizadas en el primer nivel de atención, monitoreado de manera permanente, a nivel

¹¹ Esa guía fue diseñada por la Estrategia Nacional de VIH para las Unidades de Atención de PVVS del segundo nivel de atención, pero se utiliza localmente también para el primer nivel, ya que al momento no hay una guía específica para el mencionado nivel de atención.

¹²Entrevista con la Responsable de la Estrategia Provincial de VIH/SIDA. Febrero 2014.

provincial, para vigilar el cumplimiento de las labores planificadas. Vale mencionar que en el mes de febrero del 2014 se realizó una reunión a nivel provincial para identificar estrategias que podrían mejorar la problemática de VIH en la provincia; sobre todo aquellas relacionadas con los servicios¹³.

8.1.3 Unidad Especializada de Atención de PVVS del HDTC.

A continuación se analizará y describirá la Unidad Especializada de Atención de PVVS que funciona en el HDTC. Este análisis incluye los temas de accesibilidad, consulta externa, otras consultas, medicamentos, laboratorio, medios diagnósticos y organización del equipo de salud.

8.1.3.1 Accesibilidad

La siguiente tabla evidencia la distribución de los PVVS diagnosticados en la provincia de Esmeraldas desde el año 1991 hasta el 2013. En ella podemos observar el número de pacientes diagnosticados de VIH/SIDA por cada uno de los cantones, según su procedencia. Estos datos sirven como indicadores aproximados para el análisis de la accesibilidad geográfica de la Unidad de Atención de PVVS.

Tabla 8. Distribución de PVVS según cantón de procedencia, provincia Esmeraldas 1991-2013.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Esmeraldas	993	71,44
Quinindé	124	8,92
Atacames	102	7,34
Eloy Alfaro	73	5,25
San Lorenzo	72	5,18
Muisne	50	3,60
Ríoverde	49	3,53
Otras provincias	22	1,58
Sin dato	20	1,44
Provincia	1'505	100,00

Fuente: Estrategia Provincial de VIH/SIDA.
Elaborado por: la Investigadora Isaura Briones.

En relación de la percepción de los usuarios frente a la accesibilidad geográfica de la Unidad de Atención de PVVS las encuestas realizadas a estos pacientes muestran los siguientes resultados:

¹³Entrevista con la Responsable de la Estrategia Provincial de VIH/SIDA. Febrero 2014.

Tabla 9. Percepción de los PVVS al tiempo necesario para llegar a la Unidad de Atención de PVVS según cantones de procedencia.

Residencia	Percepción del tiempo					Total
	Aceptable	Porcentaje	Mucho Tiempo	Porcentaje	Sin respuesta	
Atacames	7	63,64	4	36,36	0	11
Eloy Alfaro	3	60,00	2	40,00	0	5
Esmeraldas	67	84,81	11	13,92	1	79
Muisne	2	50,00	2	50,00	0	4
Quinindé	3	100,00	0	0,00	0	3
Río Verde	17	77,27	5	22,73	0	22
San Lorenzo	3	75,00	1	25,00	0	4
Sin procedencia		0		0,00	1	1
TOTAL	102	78,30	25	19,38	2	129

Fuente: Encuesta realizada a PVVS. Enero y Febrero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

El 36.7% de los PVVS encuestados refieren venir desde el área rural, el 63.3% viene del área urbana. El mayor porcentaje de PVVS que asisten a la Unidad de Atención de PVVS son del cantón Esmeraldas (Tabla N° 9). Situación aceptable, debido a que la residencia de la mayoría de los PVVS diagnosticados corresponde al mencionado cantón. El menor porcentaje de PVVS que acuden a la unidad de atención son los de Quinindé; sin embargo, es el cantón que sigue a Esmeraldas en cuanto a la proporción de positivos para VIH (Tabla N°8). En los demás cantones la proporción de PVVS atendidos si se corresponde con los porcentajes de diagnósticos. Probablemente el fenómeno para la población de Quinindé obedece a que en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas también existe una Unidad de Atención de PVVS, la cual queda a una distancia similar que la unidad de Esmeraldas.

El 19% de los PVVS encuestados, residentes en los cantones Muisne, Eloy Alfaro, Río Verde y San Lorenzo, refieren que les toma demasiado tiempo llegar hasta la Unidad de Atención de Pacientes Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; como es de esperarse, son los pacientes de Esmeraldas quienes consideran adecuado el tiempo de traslado; los de Quinindé lo consideran aceptable (Tabla 9).

En cuanto al tiempo de viaje para llegar a la Unidad de Atención de PVVS, se encontró que: el 54% de PVVS viaja menos de una hora para llegar desde su domicilio a la Unidad de Atención de PVVS, el 26% viaja entre 1 y 2 horas, 7,75% entre 2 y 3 horas, 6,20% entre 3 y 4 horas. Apenas el 5,42% no responde a esta pregunta de la encuesta. En conclusión, la mayoría (80%) de los PVVS viajan 2 horas o menos para asistir a las citas médicas en la Unidad de Atención de PVVS; estos son los que posiblemente perciben como *aceptable* la accesibilidad de la Unidad de Atención de PVVS. Existe aproximadamente un 15% que viaja más de 2 horas para llegar a la

Unidad de Atención de PVVS; a lo que se suman los tiempos de espera para ser atendido en el servicio¹⁴.

Tabla 10. Percepción de los PVVS frente a la accesibilidad económica a la UAPVVS según cantones de procedencia.

Residencia	Costo de movilización					Total
	Aceptable	Porcentaje	Excesivo	Porcentaje	Sin respuesta	
Atacames	8	72,73	3	27,27	0	11
Eloy Alfaro	3	60,00	2	40,00	0	5
Esmeraldas	64	81,01	13	16,46	2	79
Muisne	2	50,00	2	50,00	0	4
Quinindé	2	66,67	1	33,33	0	3
Río Verde	10	45,45	11	50,00	1	22
San Lorenzo	1	25,00	3	75,00	0	4
Sin procedencia	0	0,00	0	0,00	1	1
TOTAL	90	69,77	35	27,13	4	129

Fuente: Encuesta realizada a PVVS. Enero 2014.

Elaborado por: la Investigadora Isaura Briones.

El 69.7% de los PVVS encuestados perciben que la accesibilidad económica a la Unidad de Atención de PVVS del HDTC es aceptable: esta opinión probablemente está en relación al costo de movilización que le representa asistir a las citas médicas en la mencionada unidad. El 27.1 % de los PVVS que residen en los cantones más distantes (San Lorenzo, Muisne, Río Verde y Eloy Alfaro) señalan que el gasto para movilización es excesivo¹⁵.

- **Percepción de los PVVS frente a los trámites para ser atendidos en la UAPVVS.**

El 15.5% de los PVVS encuestados refiere que los trámites (apertura de historia clínica, medición de signos vitales) previos a la atención médica son siempre excesivos. El 24% dice que eso sucede a veces y el 60% asegura que los trámites previos a la atención nunca son excesivos.

¹⁴Encuesta realizada a PVVS, Enero 2014.

¹⁵Encuesta realizada a PVVS, Enero 2014.

- **Percepción de los PVVS frente a los tiempos de espera para la consulta médica.**

El 49% de los PVVS espera un tiempo igual o menor a 30 minutos para ser atendido, lo que es considerado por ellos como *menos de lo normal* y *normal*. El 33% de los PVVS encuestados refiere que esperan para ser atendidos por el médico un tiempo mayor a 30 minutos y menor a una hora, lo que es considerado por ellos *demasiado tiempo*. Y el 17,8% refiere haber esperado más de una hora. En conclusión, la mayoría de los PVVS encuestados esperan un tiempo menor o igual a 1 hora para ser atendidos por la médica.

8.1.3.2 Estructura organizacional de la unidad de atención especializada a PVVS.

La Unidad de Atención Especializada de PVVS cuenta con un equipo conformado por: 2 Pediatras, 2 Ginecólogos, 1 Químico Farmacéutico (QQFF), 2 Trabajadoras Sociales y 2 Psicólogas. Hasta diciembre del 2013 se contó con una enfermera exclusiva para la unidad. No hay Oftalmólogo, ni Nutricionista, ni Psiquiatra como parte del equipo de la unidad. Cada miembro tiene funciones definidas. Las interconsultas con el ginecólogo sólo se realizan cuando la mujer está embarazada o cuando tiene alguna morbilidad que amerite la interconsulta. Las demás mujeres son enviadas a sus respectivas áreas de salud para que allá sean atendidas por el Ginecólogo u Obstetiz. Las Obstetrices son quienes atienden casi la totalidad de las mujeres con VIH en las áreas de salud, ya que en la mayoría de cantones los servicios de salud del primer nivel no tienen especialistas en Ginecología¹⁶.

Este equipo recibió una capacitación en relación a la atención de PVVS hace 5 años, pero no han habido eventos de actualización. Los profesionales están preparados sólo para el tratamiento de casos comunes, y al momento se enfrentan a casos difíciles, como la resistencia del virus al tratamiento. El personal que forma parte de la unidad de atención de PVVS ha sido asignado sólo de manera verbal, no existe un documento que comprometa a dicho personal con la atención de PVVS.

Al momento, la unidad cuenta con el apoyo de dos trabajadoras sociales y dos psicólogas clínicas, las cuales son parte del equipo. Ellas han recibido alguna capacitación para la atención de PVVS, pero no de forma permanente; saben cuáles son sus actividades; sin embargo; no hay un documento escrito que especifique y guíe adecuadamente las acciones de este personal.

- **Plan de trabajo enmarcado en la normativa de atención del PVVS.**

El plan de trabajo se elaboró al momento de creación de la unidad de atención de PVVS, hace aproximadamente 8 años y no ha sido actualizado. También existe un reglamento interno de la unidad, que tampoco ha sido actualizado ni socializado. Se

¹⁶ Todo lo concerniente a este tema (8.1.3.2) fue tomado de la entrevista a (Coordinadora de la UAPVVS. Febrero 2014).

realizan programaciones mensuales, en las que constan las actividades y los recursos necesarios, pero no la visión estratégica o a largo plazo que las guía.

- **Herramientas de monitoreo y evaluación del plan de trabajo.**

Estas programaciones mensuales se unen con los planes de los demás servicios, pero no se evalúan en su totalidad. No existe una planificación de las actividades de monitoreo.

- **Consejería de pares.**

Han habido algunos acercamientos con la Coalición de PVVS en Esmeraldas, para que un PVVS realice dicha actividad en el Hospital. Por decisión compartida entre la Representante de la Coalición de PVVS en Esmeraldas y la coordinadora de la Unidad de PVVS, se seleccionó y delegó esta función a un PVVS; pero este paciente no asume las actividades asignadas con responsabilidad. Es importante mencionar que no se asigna ningún valor económico para esta actividad de coordinación.

8.1.3.3 Infraestructura y equipamiento de la Unidad Especializada de Atención de PVVS Esmeraldas.

a) Equipamiento de laboratorio.

El área de laboratorio del HDTC fue recientemente remodelada en su estructura física y ha mejorado considerablemente. El mobiliario, equipamiento e instrumental, son nuevos en su mayoría.

Para medir este indicador, se aplicó la matriz de licenciamiento del MSP. De acuerdo a los resultados obtenidos, el laboratorio del HDTC cumple con el 87% de los parámetros establecidos en la mencionada matriz. Aunque han habido avances en relación al licenciamiento realizado en el 2010, todavía existe una brecha por cerrar, que corresponde a equipos que se necesitan para el apoyo en el diagnóstico de algunas patologías de tipo oportunista¹⁷. (Toxoplasmosis, Diarreas, Neumonías, Meningitis, entre otras).

- **Pruebas de tamizaje de VIH.**

Los reactivos para tamizaje de VIH son distribuidos por la Estrategia Nacional de VIH/SIDA a la DPSE, y desde allí se realiza el reparto a las respectivas áreas de salud y al Hospital Provincial. Esta distribución se hace con base a un histórico del número de pruebas realizadas en años anteriores.

Durante el 2013 el proceso de compra de pruebas rápidas para VIH/SIDA a nivel nacional tuvo algunas limitaciones, por lo que hubo ruptura del stock de pruebas rápidas en la mayoría de las áreas de salud, incluido el HDTC. El cambio de gerente

¹⁷Datos obtenidos de la Matriz de Licenciamiento del MSP con información levantada por el investigador.

en el HDTC durante el primer semestre del 2013 extendió el proceso de compra: la ruptura de stock de pruebas rápidas duró aproximadamente dos meses. Desde julio del 2013, se ha mantenido un stock de pruebas rápidas que satisface la demanda. La metodología de adquisición de estos insumos y reactivos también responde a un histórico que no siempre corresponde a la realidad actual del servicio. Al momento los registros de ingreso de reactivos e insumos no están accesibles; por el cambio a las nuevas instalaciones, todos los archivos están embodegados¹⁸.

- **Pruebas confirmatorias de VIH/SIDA y de monitoreo al tratamiento con ARV (CD4 y carga viral CV).**

El Hospital Delfina Torres de Concha sólo cuenta con pruebas rápidas para tamizaje de VIH. No dispone de un equipo para realizar pruebas con la técnica de MicroElisa. Hasta noviembre del 2013 las pruebas confirmatorias para VIH sólo se realizaban en el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación (INSPI) de las ciudades de Quito y Guayaquil. Para esto, los distritos - áreas de salud y el HDTC tomaban las muestras y las enviaban al INSPI Esmeraldas, y desde allí eran enviadas a Quito o Guayaquil para su lectura. Desde diciembre del 2013, el INSPI Esmeraldas está realizando exámenes confirmatorios para VIH, siendo el único en la provincia acreditado para esta actividad.

Las pruebas para monitoreo del tratamiento (CD4 y CV) también se realizan en el INSPI de las ciudades de Guayaquil y Quito. Para esto los PVVS se acercan al INSPI Esmeraldas, se les toma la muestra que es enviada a las ciudades mencionadas; los resultados se receptan por vía electrónica y luego de su impresión se entregan al HDTC.

- **Diagnóstico de laboratorio de enfermedades oportunistas.**

El Laboratorio del Hospital Delfina Torres de Concha al momento no dispone de equipo para realizar pruebas con la técnica de MicroElisa que sirve para el diagnóstico de algunas enfermedades. En su lugar trabaja con pruebas rápidas para Hepatitis B y C; Toxoplasmosis, Hepatitis, Herpes, Rubéola (TORCH). Este hospital tampoco dispone de un área de microbiología, la cual es importante para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, entre ellas están las oportunistas que se presentan en PVVS. Actualmente se está planificando la adecuación física de las instalaciones en las que funciona el INSPI Esmeraldas para implementar un área de microbiología en el Hospital Delfina Torres de Concha¹⁹.

- b) Disponibilidad de otros medios diagnósticos complementarios.**

Al momento el hospital se encuentra en fase de remodelación de su estructura física, por lo que la prestación de algunos servicios es incompleta; por ejemplo, el consultorio

¹⁸ Entrevista a Líder del Laboratorio del HDTC, 2014.

¹⁹Fuente: Entrevista a (Líder de Laboratorio del HDTC. Febrero 2014).

para colposcopia estuvo inhabilitado aproximadamente dos años, por ello no se realizó el mencionado examen durante ese tiempo; recién en el mes de enero del 2014 los reanudaron. El área de Rayos X está igualmente en fase de reestructuración física; por ello no se realiza el mencionado examen a libre demanda, sólo acceden a él los pacientes que tienen alguna emergencia médica.

c) Espacio físico para mantener la confidencialidad.

El área de consulta externa del HDTC es otro de los espacios físicos recientemente remodelados, por lo que sus instalaciones están en excelentes condiciones. Existen salas de espera con sillas cómodas y sistema de climatización permanente. El consultorio de consulta externa para PVVS reúne todos los parámetros establecidos en la matriz de licenciamiento del MSP; el equipamiento y mobiliario en su mayoría son nuevos. Dentro del consultorio se puede mantener la confidencialidad entre el médico y el paciente.

d) Servicio de hospitalización adecuado según normativa del MSP.

Como se menciona en párrafos anteriores, la remodelación del HDTC se está realizando por fases. Actualmente el servicio de hospitalización de medicina interna se encuentra en pleno proceso de remodelación. Quizá ésta sea la razón por la que los parámetros referentes a estructura física, ambientes e instalaciones no alcancen el puntaje óptimo. El equipamiento y el mobiliario tampoco cumplen con los parámetros establecidos: faltan algunos equipos, instrumentos y componentes del mobiliario para que este servicio funcione adecuadamente.

e) Unidad de Salud Mental.

El MSP cuenta con una unidad especializada en salud mental que está ubicada fuera de las instalaciones del Hospital Delfina Torres de Concha y cuenta con una profesional especialista en Psiquiatría, una médica general, una psicóloga, una trabajadora social y personal de apoyo. En la actualidad, la Dirección Provincial de Salud Esmeraldas realiza los trámites pertinentes para que la mencionada unidad pase a formar parte del HDTC²⁰.

El flujo de atención de los PVVS sólo es interno, y cómo la unidad de salud mental funciona fuera del hospital, no hay una interconsulta o referencia rutinaria de los PVVS a ese servicio. Solo se realizan interconsultas puntuales para pacientes hospitalizados que requieren de esta especialidad²¹.

²⁰Entrevista a Médica de la Unidad de Salud Mental de Esmeraldas, Enero 2014.

²¹Entrevista a Coordinadora de la UAPVVS, 2014.

f) Disponibilidad de medicamentos antiretrovirales para el tratamiento de PVVS.

La Unidad de Atención de PVVS maneja un total de 17 medicamentos ARV en sus diferentes presentaciones; más la leche maternizada. Al revisar los pedidos de medicamentos que deberían estar disponibles en la farmacia institucional, se constató que se maneja un stock calculado para satisfacer la demanda mensual: sin previsión de posibles emergencias u otras eventualidades.

En marzo del 2013 se evidencia una ruptura de stock de la Zidovudina de uso intravenoso, el cual es utilizado en mujeres embarazadas previo al parto por cesárea; igualmente se detecta escasez de la leche Nutrilón N° 1 para recién nacidos. A febrero del 2014, existe una nueva ruptura de stock, de Zidovudina en suspensión, la cual es utilizada en recién nacidos como tratamiento preventivo²². Durante el levantamiento de información realizada en la Unidad de Atención de PVVS el 13 y 14 de febrero del 2014, se pudo observar ruptura del stock de todos los esquemas de tratamiento ARV; es importante mencionar que ésta no se evidenció en la revisión de los cárdex, porque éstos contenían información actualizada hasta la segunda semana de enero aproximadamente.

g) Disponibilidad de medicamentos para prevención de enfermedades oportunistas.

El trimetoprim sulfametoxazol es un medicamento de uso general, es decir, no es exclusivo de los PVVS; por tanto, no hay un registro exacto que nos permita verificar la entrega de esta droga a los PVVS en el último año. En la estantería de la farmacia del HDTC, se observa la existencia de este medicamento, tanto en suspensión (105 frascos) como en grageas (1'117). Según la responsable del Componente de Medicamentos de la UAPVVS en el HDTC, siempre se mantiene un stock de este medicamento.

8.2 Calidad de atención de la Unidad Especializada de atención de PVVS.

8.2.1 Continuidad de atención intra e interniveles²³.

PVVS captados en el primer nivel que fueron referidos a la Unidad de Atención de PVVS (continuidad interniveles).

De acuerdo con expedientes clínicos de PVVS revisados en Enero del 2014 se encontró que de los PVVS que están siendo atendidos en el HDTC, el 54% son captados por las áreas de salud. El 34% fue autorreferido (muchas veces captado dentro del hospital o en laboratorios privados) y en el 20,3% de los expedientes clínicos no se registra este dato. Algunos datos tenían cierta ambigüedad; por ejemplo,

²²Datos obtenidos de cárdex digital de la farmacia del HDTC y entrevista a Responsable del Componente de Medicamentos de la UAPVVS en el HDTC, 2014.

²³Datos obtenidos de los 1 Expedientes clínicos de PVVS de la Unidad de Atención Especializada de PVVS. 2014

una historia clínica registraba que el paciente venía referido de un área de salud; sin embargo, se encontró un formulario de referencia inversa que contenía letras grandes con la palabra “autorreferido”.

Continuidad de la Atención Intranivel.

Para esta actividad se evaluaron las consultas realizadas durante el año 2013 en los PVVS que no han fallecido, y para los fallecidos se tomó en cuenta los 12 meses previos a su fallecimiento. El 75% de los PVVS que reciben tratamiento con ARV asistieron 7 veces a la unidad de atención de PVVS durante el año; este número de consultas anuales corresponden al estándar establecido para la atención a PVVS. Entre los PVVS que no recibieron tratamiento, el 75% asiste solo 2 veces al año; número inferior al estándar de atención para PVVS.

8.2.2 Adherencia al tratamiento con Antirretrovirales.

No se pudo evaluar el indicador referido al número de Personas Viviendo con el VIH que presentan mejoría en las pruebas de seguimiento, debido a que el rastreo inicial debe hacerse a los 6 meses de iniciado el tratamiento con ARV, pero la mayoría de los PVVS de este estudio no tienen el examen de CD4 sino hasta el año.

La adherencia fue evaluada con el porcentaje de PVVS que cumplen con el 95% de las dosis en el último mes; según datos obtenidos en las encuestas realizadas a PVVS, el 94% de quienes reciben tratamiento ARV cumplen con el 95% de la toma de medicamentos, durante el último mes previo a la encuesta. El 6% de los PVVS incumplió con más de dos tomas durante ese período. El 30% dejó de tomar entre 1 y 2 dosis. El olvido para tomar el medicamento y la falta de tiempo para retirar los fármacos del hospital, son las causas más comunes para no seguir el procedimiento

8.2.3 Evaluación Médica.

Esta variable se evaluó a través del grado de cumplimiento de las actividades que deben ser realizadas durante una atención médica: anamnesis, examen físico, interconsulta a ginecoobstetricia (GO) normal y en fase SIDA, atención oftalmológica en PVVS con menos de 100 CD4, interconsulta a salud mental, prevención de enfermedades oportunistas, evaluación de la adherencia al tratamiento ARV, atención odontológica y evaluación de requerimientos de inmunización. Como parámetro de medición se utilizaron las interconsultas que se hicieron efectivas y cuyo registro se encontró en las respectivas historias clínicas, no las indicadas, ya que para esto no tuvimos acceso a una fuente de información confiable. Los resultados se detallan a continuación.

Anamnesis y examen físico: 78% y 79%, respectivamente de las Historias Clínicas revisadas tenían estos datos registrados en los formularios. Debido a que los instrumentos revisados contenían información muy resumida, se consideraron como existentes todos los que las mencionaban sin detallar su calidad.

Interconsulta a Ginecoobstetricia: Del total de la muestra, el 54,3% no aplicaba a la interconsulta con gineco-obstetricia por tratarse de pacientes de sexo masculino. De las 60 PVVS que deberían haber recibido ese servicio, solo el 39% recibió la atención especializada de GO, a pesar de que la UAPVV cuenta con un especialista que se encuentra dentro del HDTC. La interconsulta con gineco-obstetricia en fase SIDA la

recibieron sólo el 22% de las mujeres que aplicaban para este servicio, las demás no tienen registros de esta actividad.

Atención oftalmológica: Según la normativa de atención de PVVS, todo paciente con menos de 100 células CD4 debe recibir atención oftalmológica. Del total de la muestra, el 57% alguna vez necesitó atención oftalmológica; sin embargo, ninguno de los expedientes clínicos tenía registro de atención por la mencionada especialidad.

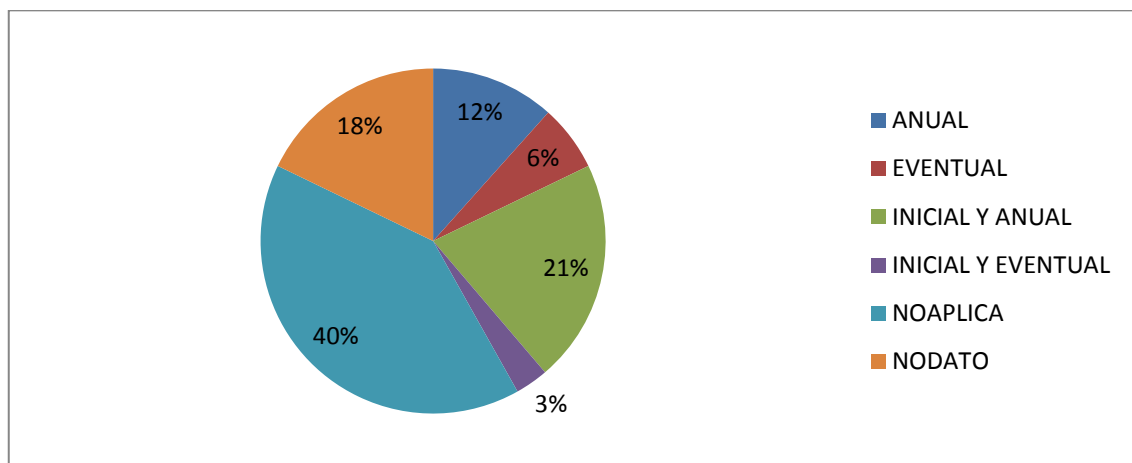
Interconsulta con salud mental.- Según los protocolos de atención a PVVS, todos los pacientes que inician tratamiento con ARV deben recibir atención en una unidad de salud mental, pero entre los expedientes revisados ningún paciente que requería esta atención tenía registro de haber sido atendido por un psiquiatra. En razón de que la unidad de salud mental funciona fuera del HDTC, se realizó también una entrevista a la médica general de la unidad, quien manifestó que esa unidad no tiene un flujo de atención rutinaria de PVVS. Ella afirmó que solo realizan interconsultas puntuales a PVVS hospitalizados en el HDTC, que requieren atención especializada de Psiquiatría.

Prevención de enfermedades oportunistas.- Todo paciente diagnosticado de VIH/SIDA debe iniciar tratamiento de profilaxis para tuberculosis, una vez que se descarta la enfermedad; sin embargo, este dato es difícil de obtener, ya que el mencionado tratamiento deben recibirlo exclusivamente en su área de referencia. Por tanto, para esta actividad se evaluó la profilaxis para Neumonía por Neumocystis Jiroveci, la que debe ser prescrita a todo PVVS que algún momento tuvo 200 o menos células CD4. El 15,5% de la muestra no aplica para la prevención de enfermedades oportunistas, porque ninguno de sus resultados de CD4 registraba cifras menores a las mencionadas; y de los 109 PVVS que alguna vez debieron recibir profilaxis para enfermedades oportunistas, solo el 56,8% recibió el mencionado tratamiento.

Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral.- Según la normativa de atención de PVVS, la evaluación de la adherencia al tratamiento con ARV debe hacerse en forma semestral; en la revisión de expedientes clínicos se encontraron los resultados expuestos en el gráfico 10²⁴. Cabe aclarar que el 40% de los PVVS no aplicaba a esta variable porque no han recibido tratamiento ARV, o todavía no tienen 6 meses de haberlo iniciado.

²⁴Se considera eventual aquel que no tienen registros periódicos (máximo un año), pudo haberse realizado varios años seguidos, pero a la falta de un período se lo clasifica como eventual.

Gráfico 10. Evaluación de la Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en PVVS que acuden a la UPPVVS, Provincia Esmeraldas.



Fuente: Expedientes clínicos de PVVS de la UPAPVVS. Esmeraldas, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Atención odontológica.- Del total de la muestra, sólo el 1,6% de los PVVS recibieron atención odontológica; el 1,6% no aplicaba para esta consulta porque eran menores de un año; y el restante 96,9% no tiene registro de haber recibido esta atención especializada.

Evaluación de los requerimientos de vacuna.- Ninguno de los expedientes clínicos revisados tenía registro de requerimientos o indicaciones de inmunización.

Por tanto, de las nueve actividades tomadas como referentes para la aplicación de protocolos de atención de PVVS, sólo dos tienen registros cercanos al 80% en cuanto al cumplimiento de la norma establecida; las restantes actividades se cumplen en muy bajos porcentajes, llegando a cero, o valores cercanos a cero, en casi todas las relacionadas con interconsultas o referencias para atención especializada (odontología, oftalmología, y psiquiatría).

8.2.4 Evaluación de laboratorio²⁵.

Para este indicador se evaluó la realización de los siguientes análisis: Biometría hemática completa, bioquímicos (glucosa y creatinina), copropositario, elemental y microscópico de orina (EMO), perfil lipídico (colesterol- triglicéridos), Hepatitis B y Hepatitis C, carga viral, CD4, Papanicolaou inicial y anual. Se analiza cada uno de estos parámetros por separado, porque la periodicidad con la que deben realizarse no es coincidente.

²⁵Datos obtenidos de los Expedientes clínicos de PVVS de la Unidad de Atención Especializada de PVVS. 2014

Tabla 11. Exámenes de laboratorio realizados en PVVS que acuden a la UPAPPS, Provincia Esmeraldas

Exámenes	Frecuencia de exámenes								Porcentaje** total
	Sólo Anual %	Solo Inicial %	Eventual %	y Inicial anual %	y Inicial eventual %	y Inicial semestral %	Semestral %	No dato %	
Hemograma Completo	3,8	27,1	24,8	9,3	3,9	1,6		29,5	100
Bioquímica sanguínea*	3,8	21,7	26,4	7,8	4,7	2,3		33,3	100
Coproparasitario	0	17,1	20,2	6,2	4,5	0,8		51,2	100
Elemental microscópico de orina (EMO)	3,9	20,9		6,2	4,7	1,6		62,7	100
Carga Viral	7,8	14	12,3	27,1	3,1	2,3	1,6	31,8	100
CD4	7,8	14,6	11,6	26,4	3,9	2,3	1,6	31,8	100

*Incluye Glucosa y creatinina.

** El total se calcula en base a la muestra: 129 Expedientes clínicos de PVVS.

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Esmeraldas, Enero 2014.

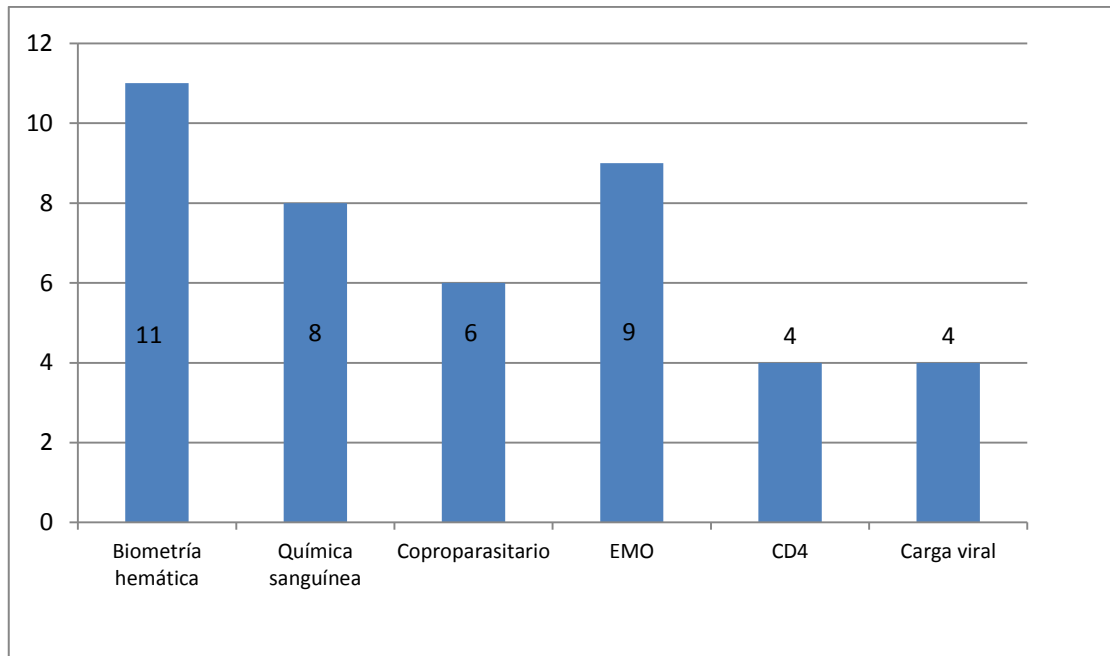
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Los parámetros establecidos dentro de la frecuencia de exámenes de la tabla N° 11, se colocaron de acuerdo a la normativa de atención de VIH/SIDA, en la cual prescribe que ciertos exámenes como hemograma completo, bioquímica sanguínea, carga viral y CD4 deben realizarse al inicio del diagnóstico y cada 6 meses; mientras que el elemental microscópico de orina (EMO) y el coproparasitario son de frecuencia anual. En la Unidad de Atención de PPVS, más del 90% de expedientes clínicos analizados no cumplen con esta normativa; la mayoría de exámenes no supera el 3% de cumplimiento.

Además existe un porcentaje de PVVS a los que no se les han realizado las pruebas. No hay diferencias entre el cumplimiento de las pruebas que no se hacen en Esmeraldas (CD4 y carga viral) y las que se pueden realizar en el HDTC e incluso en las áreas/distritos de salud (biometría hemática, bioquímica sanguínea, EMO, Coproparasitario). En la entrevista con la líder de laboratorio, ella manifestó que durante el 2013 hubo una ruptura del stock de reactivos de laboratorio que duró aproximadamente 6 meses, y sumado a esto, constantes fallas técnicas en los equipos, por lo cual el laboratorio no pudo trabajar al 100% de su capacidad.

La columna que se rotula con el parámetro SOLO INICIAL de la tabla N° 11, indica el porcentaje de pacientes a quienes solo se les han realizado los exámenes al inicio del diagnóstico, incluidos los PVVS diagnosticados a partir de mayo del 2013 (15 PVVS que corresponden al 11,6 de la muestra en estudio), y que son los únicos que deberían tener solo exámenes iniciales.

Gráfico 11. Cumplimiento del protocolo de atención del laboratorio en PVVS recientemente diagnosticados²⁶.



Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Esmeraldas, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Del total de la muestra (129 PVVS), 15 PVVS fueron diagnosticados recientemente; es decir entre los meses de junio y diciembre del 2013. En este último grupo mejoró el cumplimiento del protocolo de atención de laboratorio (gráfico N°11); sin embargo ninguno alcanzó o superó el 80% de cumplimiento. Al contrario del resto de la muestra en este grupo sí se evidencia una diferencia entre los exámenes que se realizan dentro del Hospital (Biometría hemática, Coproparasitario, Química Sanguínea y EMO) y en los que la muestra debe enviarse a otras ciudades (CD4 y carga viral). Los primeros, aunque tampoco cumplen con la normativa, tienen un cumplimiento más alto que los otros.

- **Hepatitis B.-** El 73% de los expedientes clínicos no tienen registro de pruebas diagnósticas para la Hepatitis B; 1.6% no aplica para este examen, porque son niños menores de un año y solo el 26,4% tiene el resultado del examen.
- **Hepatitis C.-** El 79% de los expedientes clínicos no tienen datos del resultado de las pruebas diagnósticas para Hepatitis C; 1.6% no aplica para este examen

²⁶ Recientemente diagnosticados son aquellos PVVS que están dentro de los 6 primeros meses del diagnóstico de VIH/SIDA

porque son niños menores de un año. Solo el 19,4% tiene el resultado de esta prueba diagnóstica en su historia médica.

- **Papanicolaou inicial.-** Toda mujer en edad fértil debe realizarse un Papanicolaou al inicio del diagnóstico de VIH y luego cada año. En el presente estudio se encontró que de las 60 PVVS, el 1.5% no aplica porque corresponde a una niña menor de un año, y el 80% no registra datos de esta actividad; y, en consecuencia, sólo el 18,3% de las mujeres tienen registro de resultados de este examen al inicio del diagnóstico de VIH/SIDA.

En conclusión, las actividades evaluadas en su mayoría no superan el 50% de los valores utilizados como referente de la calidad de atención; por tanto, no se acercan a la cifra esperada (80%), con lo que se concluye que no hay cumplimiento del protocolo de atención en lo referente a la normativa del laboratorio en los PVVS que asisten a la UPAPVVS de la provincia de Esmeraldas.

8.2.5 Medios complementarios de diagnóstico²⁷.

- **Radiografía de tórax.**

El 95,3% de los PVVS no tiene registro de esta actividad, lo que indica que sólo el 4,7% de los pacientes ha accedido por una sola vez a este método de apoyo para el diagnóstico de enfermedades oportunistas.

- **Colposcopia.**

De los 60 PVVS de sexo femenino, una no aplica porque es una niña menor de un año; de las demás, sólo el 17% de las PVVS han accedido a esta prueba. Hay que recordar que el HDTC interrumpió por un tiempo aproximado de dos años el servicio de colposcopia. En enero del 2014 se inició nuevamente la oferta de este servicio, el cual está disponible los días miércoles de cada semana durante toda la jornada de trabajo (de 08:00 a 16:30), tiempo en el cual se atiende un aproximado de 10 pacientes, no sólo PVVS.

- **Electrocardiografía.**

El 1,55% de los PVVS no aplica para esta actividad por corresponder a niños menores de un año. De los restantes, el 93% no tiene registro de esta actividad, por lo que podemos concluir que solo el 5,4% de los PVVS accedieron a este método de apoyo diagnóstico.

²⁷Datos obtenidos de los Expedientes clínicos de PVVS de la Unidad de Atención Especializada de PVVS. 2014

8.2.6 Salud Mental²⁸.

Para esta indicador se analizarán cinco actividades: evaluación especializada de psiquiatría antes y/o durante el tratamiento con ARV, atención psicológica, test de Karnofsky²⁹, test de demencia, evaluación familiar.

- **Evaluación psiquiátrica.-** Se evaluó ésta actividad en los PVVS que recibieron tratamiento con ARV; y no se encontró registros de atención psiquiátrica en ninguno de los expedientes clínicos revisados, a pesar de ser una norma establecida en los protocolos de atención.
- **Atención psicológica.-** Solo un paciente (0,8%) no registra datos de evaluación psicológica, el restante 99,2% sí registra la atención de este profesional.
- **Test de demencia y test de Karnofsky.-** El 1,6% de los PVVS no aplicaba para esta actividad por ser niños; de los restantes, el 98% no registra datos referidos a la realización de esta actividad.
- **Evaluación familiar.-** El 76,7% de los expedientes de PVVS dispone de la mencionada evaluación.

De cinco actividades tomadas como referente para la medición de este indicador; una supera el 80% y otra se acerca al 80%. Las otras actividades están en 0% de cumplimiento; por tanto, se concluye que no hay cumplimiento del protocolo de atención en relación a la salud mental.

8.2.7 Soporte Nutricional.

Para este indicador se consideraron las siguientes actividades: cribaje nutricional, evaluación de pacientes en riesgo de malnutrición por parte de un nutriólogo y tratamiento de déficit nutricional. Ninguno de los expedientes de los PVVS revisados tiene registro de cribaje nutricional, ni de evaluación de pacientes en riesgo por un nutriólogo, ni tampoco de tratamiento nutricional; por tanto, de acuerdo a la evidencia

²⁸Datos obtenidos de los Expedientes clínicos de PVVS de la Unidad de Atención Especializada de PVVS. 2014

²⁹ Test de Karnofsky, también llamada KPS, es la forma estandarizada de medir la capacidad de los pacientes cáncer de realizar tareas rutinarias, y adaptado para otras enfermedades crónicas como el VIH/Sida, Toole (1991)

Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico.

obtenida en esta investigación, el indicador de esta actividad no registra ningún valor³⁰.

8.2.8 Atención integral de PVVS.

Este indicador está estrechamente relacionado con el anterior “cumplimiento de protocolos de atención”. Debido a que ninguno de los protocolos evaluados cumple con el mínimo establecido, se concluye que no hay atención integral de PVVS en la Unidad Especializada de Atención de las Personas Viviendo con VIH/SIDA; tampoco existe un plan de monitoreo del cumplimiento de los protocolos de atención.

8.2.9 Percepción de la calidad de atención en la Unidad Provincial de Atención de PVVS.

Tabla 12. Percepción de PVVS frente a la calidad de atención por parte de algunos actores de la mencionada unidad en el HDTC.

Calidad de atención	Personal de salud							
	Enfermería		Médica		Psicóloga		Trabajadora Social	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Mala	0	0	2	1,6	2	1,6	0	0
Regular	4	3,1	13	10,1	1	0,8	1	0,78
Buena	56	43,4	45	34,9	43	33,3	38	29,46
Muy Buena	65	50,4	65	50,4	80	62	85	65,89
Ninguna respuesta	3	2,3	4	3,1	3	2,3	5	3,88
Total	129	100	129	100	129	100	129	100

Fuente: Encuestas realizadas a PVVS. Esmeraldas, 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

En la tabla N° 12 podemos observar que la mayoría de los PVVS encuestados perciben que la atención es *muy buena* y *buena*, con mayores porcentajes de percepción positiva en trabajo social y psicología (95% cada una). También se observa que los mayores porcentajes de atención calificada como *regular* y *mala* están concentrados en la atención médica (10.1%), seguida de la atención de enfermería (3.1).

Percepción de irrespeto a las cláusulas de confidencialidad por parte del personal de salud de la UAPPV.

Es importante señalar que el 91.41% de los PVVS encuestados percibe que se respetan las cláusulas de confidencialidad en los distintos momentos durante el

³⁰Datos obtenidos de los Expedientes clínicos de PVVS de la Unidad de Atención Especializada de PVVS. 2014

proceso de atención en la UAPVVS del HDTC. Los PVVS que perciben *irrespeto* consideran que en su mayoría se produce por parte de la médica de la unidad.

8.3 Indicadores Epidemiológicos.

8.3.1 Estadío clínico de los PVVS que acuden a la UAPVVS.

Para esta actividad se ha considerado la clasificación que utiliza la Estrategia Nacional de VIH/SIDA y que es la que consta en la tabla N° 13, excepto por la categoría “*no dato*”. El mayor porcentaje acumulado corresponde al estadío clínico SIDA, el cual se observa en igual proporción en hombres que en mujeres (50/50, Tabla N° 13). En el estadío clínico VIH se observa un dato estadístico significativo (valor de $p < 0.05$) y un OR de 0.4 a favor del sexo femenino. Esto probablemente se deba al mayor acceso de las mujeres a las pruebas de tamizaje, lo que les permite tener un diagnóstico oportuno.

Tabla 13. Estadío clínico de los PVVS que acuden a la Unidad Provincial de Atención de PVVS en la provincia de Esmeraldas. Enero 2014.

ESTADIO CLINICO	SEXO		Total	%
	F	M		
EMBARAZADA SIDA	2	0	2	1,55%
EMBARAZADA VIH	12	0	12	9,30%
VIH	8	12	20	15,50%
SIDA	27	30	57	44,96%
MUERTE RELACIONADA CON SIDA	9	21	30	23,26%
NODATO	2	6	8	6,20%
TOTAL	60	69	129	100%

Fuente: Encuestas realizadas a PVVS. Esmeraldas, 2014.

Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

8.3.2 Prevalencia y letalidad por VIH/SIDA en la provincia de Esmeraldas.

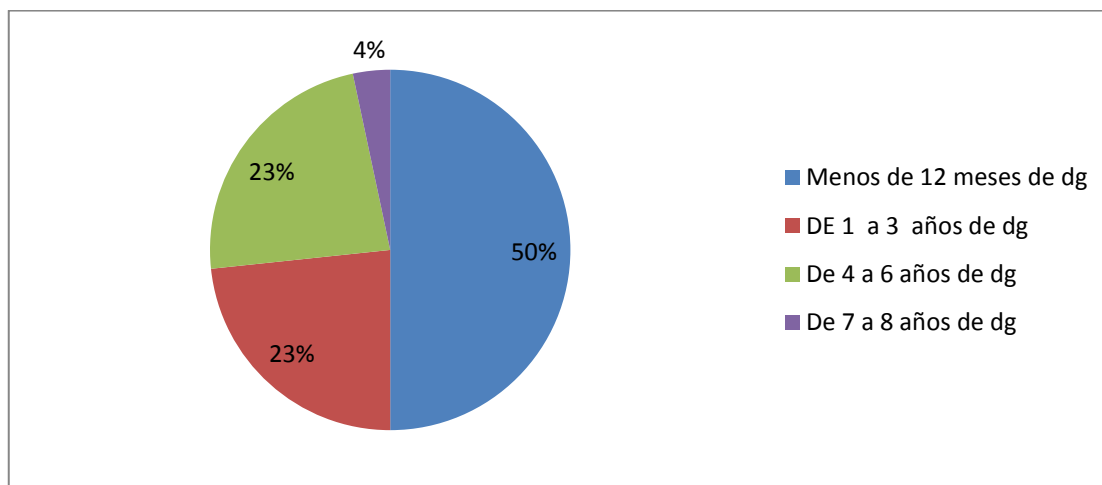
Desde 1991 la provincia de Esmeraldas ha reportado, a través de las unidades operativas del MSP y algunas que conforman la red pública, un total de 1505 casos de VIH/SIDA, de los cuales 250 han sido notificados como fallecidos. En el 2012 la Dirección Provincial de Salud Esmeraldas realizó una búsqueda activa de PVVS

desaparecidos³¹ en el registro civil de Esmeraldas, otras provincias y otros prestadores de la red integral de salud pública (IESS-ISSFA), actividad que se volvió a realizar recientemente. Se encontraron once nuevos³² registros de PVVS fallecidos en los años 2009, 2010, 2011.

Con todos estos ajustes la tasa de incidencia de VIH/SIDA en los últimos 5 años se ha mantenido alrededor de 4 por 10 000 habitantes, la tasa de prevalencia de VIH/SIDA en la provincia es de 21,8 por cada 10 000 habitantes, y la tasa de letalidad corresponde al 17.01%.

Mortalidad de PVVS durante el primer año de diagnóstico.

Gráfico 12. PVVS según tiempo de diagnóstico y fallecimiento, provincia de Esmeraldas.



Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Del total de expediente analizados, 30 corresponden a fallecidos; entre éstos, la mitad de las defunciones ocurrieron dentro de los 12 meses de diagnóstico, pero vale la pena especificar que de éste grupo, el 93% falleció dentro de los primeros 30 días del diagnóstico; incluso 2 fallecieron antes de que llegara el resultado de la prueba confirmatoria de infección por VIH/SIDA. El 7% restante, que corresponde a un PVVS, ocurrió a los 2 meses de su diagnóstico.

En la tabla N° 14 se puede observar que el perfil de mortalidad en PVVS está constituido en su mayoría por enfermedades infecciosas y que son prevenibles. Es de mencionar que un problema encontrado durante este estudio fue que el registro del dato en muchas ocasiones es incompleto. Tal es así que el 20% de los PVVS fallecidos no tienen registrada la causa de su fallecimiento.

³¹ Este término se adaptó localmente para todos los PVVS que no acudieron a ningún servicio de salud con un mínimo de 6 meses.

³² Se utiliza el término nuevo para referirse a aquellos que no estaban registrados cuando se hizo la revisión en el 2012.

Tabla 14. Causas de Fallecimiento en PVVS 2012 - 2013, provincia Esmeraldas

Causas de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Tuberculosis pulmonar	8	26,7
Enteritis	3	10,0
Candidiasis orofaríngea	3	10,0
Toxoplasmosis cerebral	2	6,7
Síndrome de desgaste	2	6,7
Proceso neofornativo	1	3,3
Tuberculosis extrapulmonar	1	3,3
Sífilis	1	3,3
Cáncer de cérvix	1	3,3
Neumonía	1	3,3
Expuesto perinatal más desnutrición	1	3,3
Sin dato	6	20,0
Total	30	100,0

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

8.3.3 Tiempo de sobrevivencia de los PVVS.

El promedio de vida de los PVVS es de 3 años posterior a su diagnóstico e inicio de atención en la UAPVVS, con un rango entre 12 años y menos de un año; este valor se calculó entre los fallecidos y vivos. El 11.6% del total de la muestra falleció en los 12 primeros meses posteriores al diagnóstico de VIH/SIDA. La edad promedio de los PVVS fallecidos es 29 años, con una desviación estándar de 11.2.

8.3.4 Hospitalización de PVVS.

El 43,4% (56) de PVVS de este estudio, alguna vez estuvo hospitalizado; de ellos, el 69% ingresó por una sola vez al HDTC; el 26%, 2 veces y el 5%, 3 veces: desde el diagnóstico hasta la fecha de fallecimiento. Algunos PVVS ingresaron dos veces en el mismo año.

Las causas más frecuentes de estos ingresos son las enfermedades infecciosas, especialmente Tuberculosis, Toxoplasmosis cerebral y Enterocolitis (tabla N° 15). El total de las causas no corresponden exactamente al número de PVVS hospitalizados debido a que algunos egresos hospitalarios tienen más de una causa registrada. La condición de egreso de los pacientes hospitalizados fue fallecidos, el 21.42% (12 PVVS) y vivos, el 78.57% (44 PVVS); sin embargo, en la revisión de expedientes se pudo identificar a algunos pacientes que egresaron vivos, pero que fallecieron a los pocos días de su egreso.

Entre las otras causas de egresos hospitalarios citadas en la tabla N° 15 se encuentran: bronquitis, hepatitis B, expuesto perinatal más desnutrición, miopatía por VIH, neumonía adquirida en la comunidad, proceso neofornativo, psicosis, trauma de tórax, eritema multiforme, y sífilis: las cuales, en su mayoría, son de origen infeccioso.

Tabla 15. Causas de egresos hospitalarios en PVVS que ingresan al Hospital Provincial. Provincia Esmeraldas, en el período comprendido entre el 2002 y 2013.

Causas	Frecuencia	Porcentajes
Parto	18	24,00
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	18	24,00
Toxoplasmosis cerebral	7	9,33
Enterocolitis.	7	9,33
Síndrome diarreico	5	6,67
Candidiasis orofaríngea	6	8,00
Cáncer de cérvix	2	2,67
Síndrome de desgaste	2	2,67
Otras causas de egresos	10	13,0
Total	75	100,00%

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

8.4 Relación entre la calidad de Atención/Servicio y Mortalidad por VIH.

Tabla 16. Muertes relacionadas con SIDA según sexo, provincia de Esmeraldas.

Muerte por SIDA						Chi 2 (valor P)	0.06
Sexo	Si	%	No	%	Total		
Femenino	9	15,0	51	85,0	60	OR	2,4
Masculino	21	30,4	48	69,6	69		
Total	30		99		129		

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Se establece que existe asociación estadísticamente significativa entre los fallecimientos de hombres y mujeres (valor de P 0.06). El riesgo de morir por alguna

causa relacionada con el SIDA es 2.4 veces mayor en hombres que en mujeres, tabla N° 16.

Tabla 17. Relación entre Hospitalización y mortalidad por SIDA. Provincia Esmeraldas.

Hospitalización	Muerte SIDA				Total	OR
	SI	%	NO	%		
SI	23	41	33	58,93	56	6,4
NO	7	9,6	66	90,41	73	Valor de P
TOTAL	30	23	99	76,74	129	0.000068

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

Existe asociación estadísticamente significativa (tabla N°17) entre el haber estado hospitalizado y la posibilidad de muerte en los PVVS que son atendidos en la Unidad de Atención de PVVS del HDTC. El riesgo de morir en pacientes que son hospitalizados es 6 veces mayor frente a los que no se hospitalizan. Esto probablemente se deba a que muchos pacientes son captados en fase SIDA y por ende, tienen menores oportunidades de tratamiento.

Tabla 18. Relación entre número de consultas y mortalidad por SIDA, Esmeraldas.

Consultas	Muerte por SIDA					OR
	SI	%	No	%	Total	
Menos de cuatro	25	33,78	49	66,22	74	Valor de P
Cuatro y mas	5	9,09	50	90,91	55	0.002
	30	23,26	99	76,74	129	

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

En la tabla N° 18 se puede observar una asociación estadísticamente significativa entre el número de consultas y la mortalidad por SIDA, con un OR de 5.04. Es decir, la probabilidad de morir en PVVS que asisten a menos de cuatro consultas en el año es 5 veces mayor que la de quienes asisten a cuatro o más consultas durante el año.

Tabla 19. Relación entre tratamiento con ARV y muerte por SIDA.

Tratamiento ARV	Muerte SIDA				Total	OR
	Si	%	No	%		
Si	16	18,8	69	81,2	85	0,49
NO	14	31,8	30	68,2	44	
Total	30	23,3	99	76,7	129	

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS. Unidad de Atención de PVVS- HDTC, Enero 2014.
Elaborado por: Investigadora Isaura Briones.

De acuerdo a los datos mostrados en esta Tabla N°19, la administración del tratamiento con ARV en PVVS constituye un factor protector, los PVVS que reciben tratamiento con ARV tienen la mitad del riesgo que los que no reciben tratamiento.

9 DISCUSIÓN.

La presente investigación nació de un problema evidenciado en la provincia de Esmeraldas y que puede ser resumido de la siguiente manera: a pesar de contar con una unidad de atención especializada en el manejo de PVVS, la mortalidad por VIH/SIDA se mantiene, e incluso va en aumento. Esto podría deberse a múltiples factores relacionados tanto con el paciente como el servicio. Sin embargo, se decidió empezar por la evaluación de la calidad de atención y del servicio de la Unidad de Atención de PVVS y de su relación con el sistema local de salud, ya que este factor debe ser corregido antes de intentar modificar las conductas de los pacientes. Se presume que tiene una estrecha correlación con la letalidad por esa enfermedad, aunque en la revisión bibliográfica se encontraron muy pocos estudios que demuestren estadísticamente la existencia de esa relación.

9.1. Patrón de morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en la unidad de atención de PVVS de la provincia de Esmeraldas.

Los indicadores epidemiológicos acerca de la magnitud de la infección por VIH en la provincia que fueron obtenidos mediante este estudio muestran que la mayoría de ellos supera el promedio nacional; es decir las tasas de morbimortalidad en Esmeraldas son más altas que las generales del país. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que los datos nacionales solo están disponibles hasta el 2010, mientras que los datos de la provincia están actualizados hasta diciembre del 2013.

El tiempo promedio de vida de los PVVS después de haber sido diagnosticados es de 3 años ($DE \pm 2.37$), con un rango mínimo de menos de un año y máximo de 12 años; la mediana es de 6 años y la moda corresponde a 1 año de vida después del diagnóstico. La mayoría de los PVVS que fallecen lo hacen antes del año, pero como hay unos pocos que sobreviven hasta los 12 años después del diagnóstico, el promedio y la mediana no coinciden. Estas cifras que no se diferencian mucho de las encontradas en el estudio realizado en Estados Unidos de Norteamérica (USA) sobre

la "Relación entre la carga viral y la supervivencia en infección por VIH-1" (Arnout, et al 1999); en el que se encontró que los tiempos de supervivencia, como una aproximación entre el momento de la seroconversión y la muerte, oscilaron desde 3,8 hasta 13,7 años, con una media de 6,9 años. Sin embargo, es importante considerar que el mencionado estudio se realizó en la década de los 90, época en la que el acceso a los antirretrovirales (ARV) era limitado, por el costo y poco tiempo del descubrimiento del virus.

Por tanto, se esperaría que las tasas de letalidad tiendan hacia la disminución, ya que se ha avanzado mucho en la terapéutica con ARV. Algunos países como el nuestro tienen una política de acceso universal al tratamiento con ARV desde hace aproximadamente una década, y la provincia de Esmeraldas cuenta con tratamientos ARV de acceso universal desde el año 2007. Con estos antecedentes cabría decir que nuestros indicadores epidemiológicos muestran un estancamiento en la respuesta de la epidemia del VIH/SIDA a las medidas adoptadas para su control.

La bibliografía consultada afirma que el acceso a los ARV disminuye las tasas de mortalidad (Miranda 2006); pero los datos registrados en este estudio reportan que, a pesar de tener una política de acceso universal y gratuito a los ARV desde hace 7 años, las tasas de mortalidad superan al promedio nacional y tienden al aumento. Un dato que llama a la reflexión es que aproximadamente el 50% los PVVS fallece dentro de los 12 meses posteriores a su diagnóstico, y de estas defunciones la mayoría (93%) ocurre dentro de los primeros 30 días del diagnóstico de infección por VIH. Esto podría estar evidenciando que existe una importante pérdida de oportunidades para el tamizaje de VIH/SIDA y consecuentemente, un diagnóstico tardío, lo cual pareciera estar directamente relacionado con el poco acceso de la población en general a las acciones preventivas que se desarrollan en el primer nivel de atención.

La razón hombre/mujer que actualmente existe en el país es de 2.4 hombres por cada mujer con diagnóstico de VIH. Sin embargo, en Esmeraldas es 0.80 hombres por cada mujer, lo que podría dar una falsa apreciación de que en Esmeraldas el VIH/SIDA es más frecuente en mujeres que en hombres. Este dato está directamente relacionado al hecho de que una de las estrategias de prevención del VIH que mejores resultados ha dado a nivel provincial es la Prevención de la Transmisión Materno Infantil; y que no se han implementado estrategias fuertes que lleven al diagnóstico oportuno de la infección por VIH en hombres. De acuerdo a los datos estadísticos manejados por la Estrategia provincial de VIH/Sida el índice de *positivos* en hombres es de 3.4% y en mujeres de 0.41%, lo que nos corrobora la hipótesis acerca de la falta de acceso al tamizaje de VIH/SIDA por parte de los hombres, los cuales están llegando a los servicios de salud del MSP en fase SIDA, e incluso muy poco tiempo antes de su muerte, lo que impide desarrollar acciones que puedan impedirlo.

Además, probablemente, debido a su tradicional orientación materno infantil, los hombres visitan muy poco las unidades de salud del MSP, lo cual limita aún más su acceso a las pruebas de tamizaje para VIH, que están concentradas en una sola unidad de cada distrito de salud. Todo esto recae en la responsabilidad del primer nivel de atención, que es el encargado de la prevención primaria, pero influye vigorosamente en la actuación y los resultados obtenidos por la Unidad de Atención de PVVS.

En la Unidad de Atención de PVVS de Esmeraldas, las principales causas de hospitalización en los PVVS siguen siendo las enfermedades infecciosas. La tuberculosis junto a los partos, constituyen las primeras causas de hospitalización de estos pacientes; la enteritis con diarrea en conjunto suman el 14%. En un estudio realizado en Chile, encontraron que las enfermedades definatorias de SIDA con mayor necesidad de hospitalización fueron: tuberculosis, infección por *Mycobacterium avium intracelular* (MAI), Toxoplasmosis cerebral, Encefalopatía por VIH, Sarcoma de Kaposi, Linfoma, Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), *Neumonía por Pneumocystis Jiroveci*, Infección por citomegalovirus (CMV), y úlceras esofágicas por CMV. (Arias, González et al. 2006)

En cuanto a las defunciones, en el presente estudio se encontró que el 26% de estas ocurre por tuberculosis pulmonar, seguida de las diarreas y la candidiasis orofaríngea. (Arias, et al. 2006) en el estudio ya citado encontraron que las causas más frecuentes de mortalidad eran tuberculosis, neumonías y sarcoma de Kaposi.

El perfil de morbilidad en PVVS encontrado en este estudio también está dado mayoritariamente por enfermedades definatorias de SIDA, con el agravante que se evidenció una falta de medios diagnósticos para la confirmación de enfermedades oportunistas, razón por la cual no se especifica el agente etiológico en los casos de diarreas. Además, la mayoría de estas enfermedades son completamente prevenibles con medicamentos de bajo costo y acceso universal, lo que hace aún menos aceptable la muerte de los pacientes por estos motivos.

9.2 Calidad de la atención y del servicio.

9.2.1 Primer nivel de atención.

El primer nivel de atención de la red de salud pública (MSP) de la Provincia de Esmeraldas actualmente trabaja con algunas estrategias de prevención del VIH/SIDA tales como prevención de la Transmisión Materno Infantil y manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Esto incluye la realización de pruebas de tamizaje, las cuales (como ya se mencionó) están concentradas en los laboratorios distritales. El acceso a las pruebas de tamizaje para VIH/SIDA se limita a grupos prioritarios, debido a que la cantidad de reactivos recibidos desde la Estrategia Nacional de VIH/SIDA, no permite cubrir toda la demanda. Por esta razón, se prioriza a las personas incluidas en las estrategias antes mencionadas, especialmente a las embarazadas, trabajadoras sexuales, personas con infección de trasmisión sexual y personas con tuberculosis activa. Se pone en segundo plano a las personas que acuden a realizarse la prueba de forma voluntaria, al reconocerse en riesgo; lo que por una parte podría contribuir a que el porcentaje de positividad encontrado en las mismas sea relativamente bajo; pero más importante aún: demuestra que el sistema privilegia el cumplimiento de las metas institucionales antes que el atender las demandas justificadas de la población.

La política de compra de los reactivos necesarios para realizar las pruebas de tamizaje está concentrada a nivel de la Estrategia Nacional, con rupturas frecuentes en el stock de pruebas rápidas para VIH en las jefaturas distritales. Esto lleva a que muchas veces se limite la realización de la prueba a los grupos prioritarios, dejando de lado a los hombres, cuyo acceso a estas pruebas es muy bajo. En los últimos cuatro años, el tamizaje de VIH/SIDA en hombres no asciende del 10% del total de pruebas

realizadas con este fin, aun cuando este grupo poblacional contribuye con aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados de VIH/SIDA cada año.

El seguimiento de PVVS en el primer nivel de atención, implementado desde hace tres años como una estrategia local en la provincia con el objetivo de disminuir el incumplimiento de citas para la atención médica en la UAPVVS, ha sido muy limitado. Probablemente esto se debe en parte a que los distritos carecen del recurso humano capacitado para realizar ésta actividad. Además, según la norma preestablecida el PVVS debería acudir dos veces al mes a la consulta: una en el distrito para el seguimiento y otra en la Unidad de Atención de PVVS para recibir atención médica y medicamentos, por lo que resulta lógico que ellos prioricen esta última.

El primer nivel de atención no prescribe ni dispensa medicamentos Antirretrovirales. El tratamiento de los coinfectados por tuberculosis/VIH se hace separadamente, los medicamentos antifímicos se prescriben y dispensan en las unidades operativas a través de la estrategia DOTS, es decir el paciente acude todos los días a la unidad por sus medicamentos antifímicos, y debe acudir a la Unidad de Atención de PVVS una vez al mes para retirar los medicamentos ARV si el caso lo amerita. Esto es lo contrario a lo que recomienda La OMS (2008) en su artículo Tratamiento Antirretroviral de la Infección por VIH/SIDA en Adultos y adolescentes en Latino América y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal.

Uno de los problemas epidemiológicos de la provincia es la tuberculosis, cuyas tasas de incidencia y prevalencia (33.6 y 38.5 respectivamente) superan las del nivel nacional (32.8 y 35.7 por cada 100'000 habitantes). Por tanto, la provincia se enfrenta a dos grandes problemas que tienden a presentarse en forma conjunta; tal es así que la principal causa de mortalidad en PVVS es la tuberculosis y viceversa. Además, existe alto riesgo para la coinfección TB-VIH/SIDA en los cantones de Esmeraldas, Ríoverde y Atacames; con tasas de 17.7, 9.4 y 12.4 por cada 100000 habitantes. (Programa de Control de Tuberculosis, 2013).

Parece controversial que a pesar de que se habla de un sistema de salud universal, transversal, equitativo y centrado en los intereses de la personas, todavía se manejen ciertos componentes con miras a cumplir metas y objetivos institucionales en vez de que el sistema sea lo más accesible posible a la población. Además existen programas verticales cuyo objetivo principal parece ser cumplir con los indicadores establecidos, sin tomar en cuenta los nexos que estos pueden tener con otros problemas. Tal es el caso de los PVVS que reciben tratamiento ARV en una unidad y los antifímicos en otra unidad y además, lo hacen con una frecuencia diferente. Esto sucede, a pesar de que las dos morbilidades frecuentemente se presentan unidas y constituyen problemas de salud de importancia epidemiológica en la provincia y de forma relevante en algunos cantones.

Estas controversias siguen apareciendo cuando en el MSP tenemos un lema que dice "Camina conmigo vamos al cero", que se refiere al objetivo de alcanzar *cero muertes por SIDA y cero nuevas infecciones*; sin embargo, concentramos las pruebas, los tratamientos ARV, y la atención médica, además de que limitamos el acceso a las pruebas de tamizaje. Habría que revisar las metas y objetivos de cada uno de los programas y de acuerdo a eso replantear las necesidades y sobre todo las estrategias para justificar cada una de estas acciones, a fin de que esos objetivos no se transformen en pura utopía y el sistema pueda responder adecuadamente a la epidemia del VIH/SIDA, empezando desde el primer nivel de atención.

Para finalizar el análisis del primer nivel de atención, es necesario mencionar que este no está funcionando al cien por ciento como puerta de entrada al sistema de salud; al menos en lo referido a la prevención del VIH/SIDA. La OMS define al primer nivel de servicios como el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud (Berche 1992); función que obviamente no se está cumpliendo en la provincia de Esmeraldas, donde un buen porcentaje de los PVVS son captados ya en fase SIDA y por el segundo nivel de atención. Los criterios de globalidad e integralidad de la atención tampoco parecen estar siendo aplicados, si se toma como ejemplo que la prescripción y dispensación de medicamentos antifímicos y ARV se hace de manera separada.

9.2.2 Segundo nivel de atención.

La normativa nacional e internacional refiere que la Unidad de Atención especializada de PVVS debe contar con un equipo de salud multidisciplinario conformado por profesionales de las especialidades de Pediatría, Ginecoobstetricia, Psicología y otras profesiones de apoyo como trabajo social y enfermería. Este equipo si está presente en la Unidad de Atención de PVVS estudiada, pero ha sido nombrado verbalmente; no hay documento legal que respalde las funciones de los mencionados funcionarios en la UAPVVS. Todos han recibido capacitación para atender casos de VIH/SIDA rutinarios y no complicados, pero en los últimos 5 años no han tenido actualizaciones en el tema. Es de mencionar que las Unidades de Atención de PVVS en las provincias fueron implementadas de manera vertical y a nivel nacional, a tal punto que los medicamentos e insumos eran enviados directamente desde la Estrategia Nacional hacia el hospital provincial; así mismo las necesidades de capacitación eran identificadas y cubiertas directamente desde la Estrategia Nacional. Esto puede ser un factor para que las Unidades de Atención de PVVS se comporten como estructuras aisladas del resto del sistema de servicios de salud, a pesar de que funcionan dentro de un hospital.

El equipo dispone de un plan de trabajo realizado hace aproximadamente ocho años, el cual no ha sido socializado a todos sus miembros, y que además es un resumen de la guía de atención de PVVS de ese entonces. Actualmente se lo usa para verificar cumplimiento de actividades puntuales como la atención médica, pero no se observa que exista una evaluación de su cumplimiento. Se estableció que existe muy poca injerencia de los coordinadores provinciales en la Unidad de Atención de PVVS; esto puede ser debido a que la creación de esta unidad desde el MSP se hizo con un enfoque de programa vertical y prácticamente autónomo del resto del sistema, lo que hace que los gestores de decisiones a nivel de la Unidad de Atención de PVVS desconozcan a los actores locales y por tanto, hagan caso omiso a las recomendaciones provenientes del nivel local.

La Unidad de Atención de PVVS funciona en el Hospital Provincial Delfina Torres de Concha, cuya estructura física ha sido recientemente remodelada en los servicios de Consulta Externa, Urgencias, Ginecoobstetricia, y Laboratorio. Queda pendiente la readecuación de los demás servicios, entre ellos el de hospitalización de medicina interna. Su estructura física en las áreas remodeladas ha mejorado considerablemente, y el mobiliario, equipamiento e instrumental son en su mayoría nuevos. La mayoría de los PVVS considera que las instalaciones de esta unidad son adecuadas para la atención médica, contrario a la percepción de hace algunos meses en que las condiciones de atención a los PVVS era seriamente cuestionada por

muchos de ellos, debido a que se tuvo que improvisar un lugar para la atención de PVVS mientras el área de consulta externa del HDTC era intervenida.

A pesar de los avances en cuanto a la infraestructura del HDTC, todavía quedan brechas por cerrar; es así que, en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Atención de PVVS persisten ciertas limitantes en el servicio de laboratorio y medios complementarios (Rayos X) que no permiten cumplir con los protocolos establecidos y por tanto dar una atención de calidad a los PVVS. El laboratorio, a pesar que ha mejorado mucho, todavía no tiene, el espacio físico ni el equipamiento necesario para realizar todas las pruebas requeridas para confirmar el diagnóstico de VIH/SIDA y de algunas enfermedades oportunistas. También faltan las pruebas para brindar un adecuado seguimiento al tratamiento con ARV.

El acceso a medios complementarios como la colposcopia, la cual sirve para diagnóstico oportuno de lesiones pre cancerosas en cérvix, es muy limitado en el HDTC. Sólo el 17% de las mujeres con VIH/SIDA accedieron a este medio. Una investigación en PVVS femeninas realizada en la ciudad de Guayaquil encontró que, de 53 mujeres a quienes se les realizó la colposcopia, 29 presentaron algún grado de Neoplasia Intra Epitelial y Cáncer (León s.f.). Por tanto, el limitado uso de este medio de diagnóstico en el HDTC podría contribuir a que el diagnóstico de cáncer de cérvix sea tardío, aumentando el riesgo de morbilidad grave y muerte en las PVVS. Este cáncer aparece como causa de mortalidad en el 3.3% de las pacientes atendidas en la UAPVVS de Esmeraldas.

Otro de los medios complementarios es la radiografía estándar de tórax, que según la normativa nacional de VIH/SIDA debe realizarse a todos los PVVS al inicio del diagnóstico y cada año. En el presente estudio se encontró que sólo el 4.7 de los PVVS accedió a este examen por una sola ocasión; sin embargo, en algunos de los expedientes clínicos revisados se evidenció que este examen se hizo en un servicio de salud privado. Este hecho podría estar relacionado con que el servicio de Rayos X del HDTC dejó de funcionar por reestructuración física del área de consulta externa desde finales del 2011; sin embargo, se encontró el mismo patrón en PVVS que acudieron a la unidad antes del 2011. Es importante destacar que las infecciones respiratorias producidas por bacterias son una importante causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con infección por el VIH, con una incidencia de 61-87/100 pacientes/año, siendo la causa más importante de ingreso hospitalario de estos enfermos; incluso en la era de tratamiento antirretroviral con ARV (Ortega y Taboada; 2011). Sumado a esto, está el hecho que la enfermedad definitiva de SIDA que con más frecuencia requiere de hospitalización a nivel internacional es la tuberculosis (Arias et. al. 2006); en este estudio la tuberculosis también constituye la causa más frecuente de hospitalización.

Nuestro estudio evidencia que en la UAPVVS de Esmeraldas la atención del PVVS muy pocas veces se integra. Se observa un incumplimiento total de las interconsultas de odontología, psiquiatría y oftalmología; ninguno de los PVVS que participaron del estudio presentó registros de estas actividades. La atención por parte del ginecólogo tuvo un cumplimiento del 38%, incluyendo las mujeres embarazadas con VIH/SIDA. La integración de la atención es una de las características de una atención de calidad y que consiste en saber combinar de manera óptima los diferentes tipos de atención (curativa, preventiva, promoción rehabilitación) en cada momento (Berche, 1992).

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian el poco o nulo cumplimiento de la mayoría de los protocolos de atención; prácticamente la atención del PVVS está limitada a la atención de medicina interna y dentro de ésta, a la entrega de medicamentos ARV; el resto de especialistas que deberían atender al PVVS sólo lo hacen cuando se trata de alguna morbilidad específica. A esto se suma la imposibilidad de realizar diagnóstico etiológico de enfermedades oportunistas por la falta de infraestructura y equipamiento.

Según la norma nacional la Unidad de Atención de PVVS debe contar con el apoyo de una unidad de salud mental (MSP, 2011). Ésta existe en la provincia, pero se encuentra fuera de la estructura del hospital, razón por la cual no han coordinado actividades rutinarias de atención de PVVS, sólo se atienden las emergencias. Para lograr una verdadera atención integral y enfocada en las necesidades de los pacientes, las actividades de atención rutinaria deben coordinarse independientemente de que las estructuras se encuentren o no en un mismo ambiente físico. De esta manera, se puede cubrir una parte de la atención médica prioritaria en los PVVS, lo que seguramente ayudará a mejorar su calidad de vida. Además, se asegura la integralidad de la atención y se fortalece otro de los criterios de calidad: integración. Para lograrla, es necesario seleccionar en cada momento de la atención el apropiado enfoque para mantener, restablecer y mejorar la salud (Berche, 1992).

Inicialmente, el equipo de la UAPVVS estuvo conformado por profesionales de las especialidades básicas, pero a ocho años de la implementación de la mencionada unidad no se ha aumentado el equipo en base al incremento en el número y las necesidades de los pacientes. De acuerdo a lo observado durante el estudio, es necesario añadir al equipo profesionales de las especialidades de: Psiquiatría, Oftalmología, Dietética y Nutrición, inclusive un Neumólogo y otros profesionales de medicina interna; por cuanto, la Unidad al momento atiende aproximadamente a 700 PVVS que asisten regular e irregularmente. Además, es necesaria la actualización permanente de los profesionales que conforman la Unidad de Atención de PVVS.

Dentro del equipo, hay un solo médico clínico que además es el coordinador de la Unidad de Atención de PVVS; todos los PVVS obligadamente se atienden con el profesional, a no ser que se encuentre de licencia por vacaciones o por alguna otra razón; tiempo durante el cual es reemplazada por otro médico/a del HDTC. En el mencionado Hospital existen 4 profesionales de medicina interna; sin embargo, la atención de los PVVS se encuentra concentrada en una sola persona. Esta situación no es aconsejable, ya que todos los profesionales deben estar en la capacidad de atender PVVS. Además, si bien es cierto que la médica goza de alta aceptación por parte de los PVVS, hay algunos que consideran que no brinda una buena calidad de atención. Por lo que se debería dar libertad a los PVVS de escoger el profesional con el cual desean ser atendidos, lo cual incrementaría la accesibilidad al servicio. Es importante recalcar que la Unidad de Atención de PVVS solo realiza la atención de los PVVS dentro del hospital, el seguimiento o dispensarización de los grupos de riesgo está a cargo del primer nivel de atención.

Otro punto importante dentro de la estructura organizacional de la Unidad de Atención de PVVS es la consejería de pares, ya que es reconocido que el trabajo entre pares, la inclusión de diversidad sexual, de género, social, étnica en las diferentes actividades son esenciales para mejorar la adherencia (OMS 2011). El Hospital no cuenta con este recurso a pesar de varios acercamientos realizados con la Coalición Ecuatoriana de

PVVS. Esto debido al limitado engranaje entre el sistema local de salud y los otros actores que pueden contribuir desde su entorno a la prevención y mejor manejo del VIH/SIDA. El problema del VIH es visto por los demás actores como un problema exclusivamente de salud, lo que explica su poca participación.

La mayoría de los PVVS consideran que la accesibilidad geográfica a la Unidad de Atención de PVVS es aceptable. Esto probablemente se debe a que la mayoría de los PVVS encuestados vive en el cantón Esmeraldas y el tiempo que les toma llegar a la unidad es menos de una hora. Además, cuesta menos moverse dentro del mismo cantón, que de un cantón a otro. El 87% de los PVVS encuestados viven en los cantones de: Esmeraldas (63%), Río Verde (14%) y Atacames (9%); estos últimos situados a 90 y 60 minutos respectivamente de la Unidad de Atención de PVVS. Los demás cantones están más distantes, lo que probablemente interfiere con el cumplimiento de las citas, como lo demuestra el pequeño número de pacientes de Quinindé que se pudieron incluir en la encuesta.

La mayoría de los PVVS que acceden a la Unidad de Atención de PVVS residen en el cantón Esmeraldas, lo que puede ser debido a que la mayoría (67%) de PVVS captados desde 1991 hasta la actualidad proceden de ese cantón; sin embargo, no debemos olvidar que los demás cantones también presentan casos, aunque en menor proporción. Es así que el segundo cantón con mayor frecuencia de casos positivos de VIH/SIDA desde 1991 hasta la actualidad es el cantón Quinindé con el 9% del total de positivos; sin embargo, se evidencia poca asistencia de los PVVS de ese cantón, lo cual probablemente esté influido por la distancia y la inaccesibilidad económica. Si bien Quinindé está ubicado a 90 minutos de Esmeraldas, hay que considerar que algunos pacientes vienen de la zona rural, lo cual encarece su visita a la UAPVVS. Además, a la misma distancia en tiempo queda otra Unidad de Atención de PVVS que corresponde a la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas y es probable que los pacientes de Quinindé estén acudiendo a esa unidad. No es posible, con el sistema de información actual, verificar esta hipótesis, lo que amerita una nueva investigación y demuestra falencias en el sistema de información que sería recomendable solucionar.

También se observa poca asistencia de los cantones de Eloy Alfaro y San Lorenzo, lo cual probablemente se deba a la distancia (entre 2 y 4 horas desde las cabeceras cantonales). Si comparamos el porcentaje total de positivos de VIH/SIDA en estos cantones con la proporción de PVVS que participaron en la encuesta, los porcentajes se corresponden; cabría analizar si en realidad esta población está accediendo al diagnóstico de VIH/SIDA. En el cantón Atacames, las cifras de *positivos* también corresponden con el número de PVVS de esas localidades que participaron en la encuesta. El cantón Río Verde es uno de los cantones con el menor porcentaje de casos positivos de VIH/SIDA; sin embargo, durante la encuesta tuvo el 17% de participación a través de sus PVVS. Esto puede ser debido en parte a la cercanía del cantón Río Verde a Esmeraldas y probablemente a acciones locales en el primer nivel de atención que estén sensibilizando a los PVVS de este cantón para el auto cuidado de su salud a través del cumplimiento de citas y recomendaciones médicas.

Según los parámetros establecidos en el presente estudio para medir la calidad de atención, se evidencia una baja calidad de la misma en la UAPVVS; sin embargo, en la encuesta realizada a PVVS para analizar su percepción de la calidad de atención en la mencionada unidad, ellos refieren percibir una *muy buena* o *buena* calidad de

atención. Aproximadamente el 88% de los PVVS mencionan estar satisfechos con la atención brindada por la médica, la enfermera, la trabajadora social y la psicóloga de la UAPVVS. Esto probablemente se debe al desconocimiento de las actividades que debe realizar el equipo de atención en cada una de las citas médicas y a la baja expectativa general frente a los servicios públicos.

La prescripción y dispensación de los medicamentos ARV está centralizada única y exclusivamente en la UAPVVS del HDTC. En los últimos dos años se evidencia ruptura del stock de un solo medicamento (de un total de 14 fármacos) en varios momentos; sin embargo, en la encuesta realizada a PVVS, el 20% de ellos mencionó que alguna vez durante su tratamiento dejaron de recibir los medicamentos ARV por desabastecimiento en la Unidad de Atención de PVVS. Además, durante la recolección de datos se observó de manera indirecta ruptura de stock de todos los esquemas de tratamiento, que no se evidenciaron en la revisión del cárdex.

La estimación de medicamentos ARV se realiza en base al número de pacientes existentes en la UAPVVS, sin considerar eventualidades. Esto originó la última ruptura de stock, que fue debida a la salida de la enfermera que realizaba la solicitud de medicamentos. El personal nuevo realizó el pedido según el número de pacientes registrados, pero no consideró las demoras en el envío de medicamentos, motivo por el cual se rompió el stock de todos los esquemas de tratamiento ARV, incluidas las fórmulas maternas. Se deberían considerar siempre las eventualidades y de esta manera evitar rupturas de stock que pueden afectar la continuidad de la atención de los PVVS. Para evitar las rupturas de stock debe siempre realizarse control de existencias, en el que debe tenerse presente la maximización de los beneficios al paciente, al mismo tiempo que se minimizan los costos totales de los inventarios, en que se incluye desde los suministros hasta el consumo final por los pacientes. Dentro de los beneficios que tiene un buen control de estos recursos se destaca la minimización de los faltantes de productos, al proteger contra la incertidumbre tanto en los suministros como en la demanda (Martínez 2009).

En general, para que un tratamiento sea efectivo en diferentes enfermedades, se considera necesario que el paciente cumpla, por lo menos, con el 80% del tratamiento. En el tratamiento con ARVs, las PVVS deben cumplir con más del 95% de las dosis para que el tratamiento sea efectivo (Vargas et al.2007). Esto implica que no puede fallar más de dos dosis en el mes. En la presente investigación, según versión de los PVVS encuestados, 94% de los pacientes en tratamiento con ARV tomaron el 95% y más de las dosis prescritas por la médica de la unidad en el último mes. La causa más frecuente del incumplimiento fue el olvido. Aparentemente existe un buen cumplimiento en cuanto a la toma de medicamentos ARV en PVVS que acuden a la Unidad de Atención de PVVS.

Sin embargo, Los indicadores de morbilidad nos dan indicios de que puede estar pasando algo con la adherencia a los medicamentos, por lo que sería bueno investigar de manera precisa todo lo que está relacionado con la toma de los medicamentos ARVs. Además se debería considerar la posibilidad de acercarlos a la población, a través de su dispensación en el primer nivel de atención, tomando en cuenta de que la razón por la cual el 13% de PVVS alguna vez dejó de tomar medicamentos fue por la dificultad para irlos a retirar. Además es de considerar que la encuesta fue realizada en la Unidad de Atención de PVVS con los PVVS que asisten a la mencionada unidad,

por tanto podría ser una razón de que el indicador de adherencia sea bueno a pesar de que los datos de morbilidad nos digan lo contrario.

La Unidad de Atención de PVVS, a pesar de llamarse especializada, no tiene algunos servicios que son considerados como básicos para una unidad de ese tipo. La capacidad resolutoria del laboratorio no brinda mayor apoyo en el diagnóstico de enfermedades oportunistas y no hay equipos para realizar pruebas confirmatorias para VIH. Tampoco se pueden realizar pruebas para el monitoreo del tratamiento con ARVs. Todo esto limita el cumplimiento del protocolo de atención a PVVS. En el presente estudio no se observan diferencias en el cumplimiento del esquema para la realización de exámenes que se hacen en el hospital en relación a los en que la muestra se envía a Quito o Guayaquil; el cumplimiento del protocolo es menor al 5% en la mayoría de las pruebas. La poca aplicación del protocolo de laboratorio puede influir en el retardo de la detección de enfermedades oportunistas, sobre todo las infecciosas y con ella a morbilidad grave e incluso la muerte.

El modelo de atención centralizado en una sola unidad al parecer no es el más adecuado, ya que varios autores argumentan que la descentralización de la atención de PVVS, ya sea parcial o completa, disminuye el número de muertes y aumenta la permanencia del PVVS en el servicio (Kredo, 2013). En la Unidad de Atención de PVVS Esmeraldas, a la centralización del servicio se suma que la atención médica está concentrada en un solo profesional, quién además es la coordinadora de la UAPVVS.

Un problema muy importante evidenciado durante el levantamiento de información para el presente estudio fue el faltante de muchos datos, los registros de datos en un buen porcentaje de expedientes revisados eran incompletos; además hubo información que debió ser levantada de distintos formularios dentro del expediente clínico. Se encontraron inconsistencias en algunos expedientes entre profesionales; el uno relataba que la o el paciente vino autorreferido y otro que el paciente vino referido de un distrito de salud.

9.3 Asociación entre la morbilidad grave y/o mortalidad prematura y la calidad de atención y del servicio en la Unidad de Atención de PVVS de Esmeraldas.

Este estudio tuvo limitaciones en cuanto a la posibilidad de establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa y medir la fuerza de asociación entre la morbi- mortalidad por SIDA y la calidad de atención y del servicio. Esto porque por razones operativas en este estudio se utilizaron poblaciones diferentes para la revisión de los expedientes clínicos y la encuesta a PVVS.

Aún así a través del cruce de algunas variables, se pudo establecer que existen dos veces más probabilidades de morir a causa del SIDA en hombres que en mujeres; este dato está directamente relacionado con el limitado acceso de los hombres al sistema local de salud, no solo a las pruebas de tamizaje, sino en general, por el enfoque tradicional de los servicios de salud. Esto provoca un diagnóstico tardío y una importante pérdida de oportunidades de tratamiento en este grupo de pacientes.

Existen seis veces más probabilidades de morir en pacientes que fueron hospitalizados alguna vez a causa del SIDA, frente a los que no necesitaron de este servicio. Muchos pacientes son captados en fase SIDA ante el debut de una

enfermedad oportunista, y en muchos casos, en el propio servicio de hospitalización. Esto también corresponde a un diagnóstico inoportuno y por tanto, a pérdida de oportunidades para el tratamiento.

Adicionalmente, existen cinco veces más probabilidades de morir en PVVS que asisten a menos de tres consultas en el año, frente a los que asisten a más de tres consultas al año. Este resultado puede demostrarnos la importancia del seguimiento frecuente y de la asistencia regular a la unidad. Cabe mencionar que quienes más reciben ARV y se diagnostican a tiempo son aquellos PVVS que residen en el cantón Esmeraldas.

10 CONCLUSIONES.

Hay una alta incidencia de mortalidad en pacientes recientemente diagnosticados de VIH/SIDA, con un promedio de supervivencia en PVVS muy bajo (3 años). El patrón de morbimortalidad en la Unidad de Atención de PVVS está influido mayoritariamente por enfermedades infecciosas y en su mayoría definidoras de SIDA, encabezadas por la tuberculosis, seguida de candidiasis orofaríngea, Síndrome diarreico y toxoplasmosis cerebral.

Este patrón puede estar directamente relacionado con algunas falencias en la atención y del servicio que se detallan a continuación: El primer nivel de atención no cubre de manera universal a la población a su cargo con las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Esas estrategias de prevención son selectivas, priorizan cierto tipo de usuarios limitando el acceso de otros grupos a determinadas actividades de prevención, especialmente las referidas a la realización de pruebas de tamizaje entre los hombres. Esto fomenta un diagnóstico tardío de la enfermedad y por ende mayores complicaciones.

La dispensación de los medicamentos ARV no se realiza en el primer nivel de atención; además se evidenció falta de coordinación en la entrega de ARV con la dispensación de medicamentos antifúngicos en las áreas de salud.

El personal de salud encargado del seguimiento de PVVS en las áreas de salud no cuenta con capacitación formal. Las guías utilizadas en este nivel no están adaptadas a su realidad; lo mismo sucede con los planes de acción que fueron elaborados hace siete años, y que no han sido actualizados.

En el segundo nivel de atención, es decir en la Unidad de Atención Especializada de PVVS, se brinda una atención centralizada en una sola unidad y por un solo profesional, lo que limita su accesibilidad. La unidad de atención de PVVS es accesible geográficamente y económicamente para los habitantes de los cantones Esmeraldas, Río Verde y Atacames; para la población de los demás cantones se encarece el costo de movilización y los tiempos de viaje son mayores aun cuando la mayor parte de los usuarios no lo perciben como un impedimento para acudir a las citas médicas.

Se encontró un bajo nivel de cumplimiento de los protocolos de atención en los pacientes atendidos en la Unidad de Atención de PVVS. Esto en parte es debido a que la infraestructura del HDTC no permite brindar todos los servicios que demandan los PVVS (laboratorio y medios complementarios de diagnóstico). No hay integralidad de

la atención a pesar de contar con los especialistas necesarios dentro del hospital, o en la red pública de servicios de salud. El personal interno de la Unidad de Atención de PVVS resulta insuficiente y no está asignado en forma oficial a este servicio.

Se pudo establecer la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el sexo biológico del paciente y el riesgo de morir a causa del VIH, con un valor de chi cuadrado $p = 0,06$, el cual indica que existe una correlación entre el sexo masculino y el fallecimiento por VIH/SIDA; el OR indica que existe 2.4 veces más riesgo para los hombres que para las mujeres. Esto probablemente se debe, al menos parcialmente, a un diagnóstico más tardío entre los hombres, producto a su vez de las políticas de priorización para la realización de las pruebas de tamizaje.

En cuanto al número de consultas y el riesgo de morir encontramos que los pacientes que cumplieron menos de cuatro consultas al año tienen 5.04 veces mayor riesgo de morir que aquellos que son atendidos con mayor frecuencia en la Unidad Atención de PVVS, con asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado $p= 0.002$), lo que indica una correlación entre el incumplimiento de consultas y el fallecimiento por VIH/SIDA. La explicación de esta relación debe seguir siendo investigada, pero quizá se deba a una mayor regularidad de asistencia por parte de los pacientes que residen en cantones cercanos y reciben la medicación con normalidad.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la hospitalización y el riesgo de morir (chi cuadrado $p=0.000068$); y el OR indica 6.4 veces más riesgo en los pacientes hospitalizados frente a los no hospitalizados. Esto puede estar relacionado con los diagnósticos tardíos que llevan a hospitalizaciones en estados muy avanzados de la enfermedad.

11 RECOMENDACIONES.

11.1 Primer Nivel de atención.

Identificar y fortalecer estrategias fuertes que incrementen el esfuerzo de tamizaje para VIH/SIDA en hombres, sin descuidar a las mujeres que son mayoritariamente captadas mediante la estrategia de prevención de la transmisión vertical.

Promover la descentralización parcial de la atención de PVVS, la cual funcionaría de la siguiente manera: el paciente captado en un distrito de salud deberá ser referido de manera inmediata a la UAPVVS, la cual realizará la evaluación inicial de todos los PVVS bajo las normas y protocolos del MSP y contrarreferirá al PVVS a su distrito de residencia con las debidas indicaciones y la prescripción médica.

La unidad de atención de PVVS a nivel distrital se encargará del seguimiento médico con la respectiva prescripción y dispensación de medicamentos, refiriendo a los PVVS a una unidad de segundo nivel solo cuando presente un cuadro clínico complicado o en los casos con sospecha de resistencia a medicamentos ARV. Para esto es necesaria la capacitación formal de un equipo multidisciplinario, conformado por un médico familiar o general, una o más enfermeras, psicólogo, trabajadora social y químico farmacéutico. Si el distrito dispone de especialistas en Ginecología y Pediatría deberán ser integrados al equipo multidisciplinario de atención de PVVS en el distrito de salud.

Es importante que este personal desarrolle también habilidades y metodologías para trabajar en un equipo interdisciplinario y se recomienda promover posibilidades para su capacitación profesional continua. También hay que estimular relaciones estables y de confianza mutua entre la población y los agentes de salud. Adicionalmente, sería beneficioso incluir el apoyo de pares PVVS con un sistema para llamadas telefónicas de apoyo y seguimiento estrecho de las dificultades en la adherencia (OMS, 2011).

La toma de muestras para el tamizaje de VIH debería hacerse en las unidades operativas, sobre todo las más distantes; enviando las muestras para su procesamiento en el laboratorio distrital a fin de eliminar barreras para que la población pueda acceder a un diagnóstico oportuno que mejore la efectividad del tratamiento.

En los PVVS que tienen co-infección con tuberculosis la dispensación de medicamentos ARV debería hacerse junto con los antituberculosos a fin de fortalecer la adherencia de los PVVS a los ARV.

Se sugiere que se elabore un plan de actividades y se realice el monitoreo, supervisión y evaluación de las estrategias de cambio implementadas.

11.2 Segundo nivel de atención. Unidad de Atención de PVVS.

Es muy importante socializar los resultados de esta investigación con los directivos del Hospital Delfina Torres de Concha, con la Coordinadora de la Unidad de Atención de PVVS y con los miembros del equipo multidisciplinario, con el fin de elaborar un plan de acción que permita revertir los principales hallazgos negativos encontrados en la Unidad de Atención de PVVS. Este plan debe ser evaluado y actualizado periódicamente.

Se recomienda también la desconcentración de la atención de PVVS dentro de la Unidad de Atención de PVVS a otros médicos internistas, con el fin de mejorar el acceso a la consulta médica, y dar más opciones a los PVVS que asisten a esa unidad.

El equipo multidisciplinario de atención de PVVS debería ser fortalecido y completado de acuerdo a las necesidades y el perfil epidemiológico observado en los PVVS que acuden a la unidad especializada. Se debería proceder a dar una asignación de funciones y responsabilidades en la atención de PVVS a cada uno de los integrantes del equipo de atención, lo que puede hacerse a través de un documento oficial que especifique que dicho personal es parte de la Unidad de Atención de PVVS.

También es importante promover la conformación de juntas clínicas de evaluación del tratamiento con ARV, para que realicen análisis de casos complicados y planteen la estrategia de “decisiones a necesidades³³”. Se deberán realizar análisis periódicos del perfil inmunológico y virológico de los PVVS, así como de su asistencia regular a las consultas. También deberán analizarse indicadores de hospitalización y de estancia hospitalaria, así como de incidencia de enfermedades oportunistas. Todo esto debe hacerse en conjunto con los médicos encargados del seguimiento de PVVS en los distritos de salud, a fin de identificar e implementar nuevas estrategias que tomen en

³³ Esto se refiere a que se debe implementar lo más pronto estrategias para cubrir las necesidades de la Unidad de Atención de PVVS a corto mediano y largo plazo.

cuenta el contexto local. En general, el sistema de información debería revisarse para que contribuya a mejorar la calidad de atención y el adecuado seguimiento de los PVVS, en cada nivel.

La hospitalización de todos los PVVS que necesitan de este servicio, independientemente del cantón de procedencia, seguirá concentrada en el HDTC, con el objetivo de tratar de manera integrada e integral al PVVS, aprovechando que en el HDTC se tiene acceso a algunas especialidades con las que no se cuenta en los distritos de salud.

La toma de muestras y envío de las mismas para análisis de CD4 y carga viral, también deberá estar concentrada en el HDTC, para evitar que las limitaciones en la logística que pudiera presentarse en los distritos, interfieran con el proceso de toma y envío de muestras hacia las ciudades de Quito y Guayaquil. Esto porque las muestras para la lectura del CD4 y de la carga viral se deben procesar dentro de las 24 horas posteriores a su toma.

Se recomienda realizar una evaluación periódica del cumplimiento de los protocolos de atención médica (que incluya interconsultas, laboratorio, salud mental, y nutrición); mejorar el acceso a las pruebas de laboratorio y la adecuada utilización de los medios complementarios según prescribe la normativa nacional de atención a PVVS. Esta actividad la debe llevar adelante tanto la responsable de la Estrategia Provincial de PVVS, como el líder de Gestión de Calidad del HDTC.

12 BIBLIOGRAFÍA.

Afani, Ayala, Meyer, Cabrera, Acevedo (2005); Resistencia primaria a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA en Chile. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

Arias, González, García, De La Fuente, Amor, Moris (2006): Morbilidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH. Recuperado de <http://dx.doi.org/>

Arnout, Lloyd, Brien, Goedert, Leonerd (1999): A simple relationship between viral load and survival time in HIV-1 infection. Recuperado de www.pnas.org.<http://www.pnas.org/>

CARE- Perú (2008). Cuarta medición de indicadores de los objetivos 2, 3 y 4 del componente VIH. Recuperado de <http://www.care.org.pe/websites/>

Caro, Castilla, Pérez, Miró, Podzamczer (2007). Cohorte RIS de pacientes con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo (CoRIS). Recuperado de febrero www.sciencedirect.com/

CEPAL (1998). La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia Latinamericana. Recuperado de www.eclac.org/

Cortes, De La Hoz (2007): Impacto del Tratado de Libre Comercio firmado por los Gobiernos de Colombia y Estados Unidos sobre la esperanza de vida de los pacientes viviendo con VIH-SIDA en Colombia. Recuperado de <http://www.misión-salud.org/>

Clumeck, Pozniak and the EACS Executive Committee (2008), European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults.

Gutiérrez León A; Lacoste Marín JA: Atención Primaria e Infección por VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.google.com.ec/>

Fajardo, Lara del Rivero. Intervención Nutricional en VIH/SIDA(2001): una guía práctica para su implementación y seguimiento. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/>

Handford, Tynan, Rackal, Glazier; (2006) .Establecimiento y organización de la atención para las personas que viven con el VIH/SIDA. Base de Datos CochranedeRevisionesSistemáticas2006. Recuperado de www.cochrane.com

Jaramillo (2004). La nueva descentralización y su impacto en las relaciones intergubernamentales. Recuperado de <http://www.aves.edu.co/documentos/>.

Kindelán, Del Amo, Martín, De La Hoya, Pulido, Laguna (2002): Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com>

Kredo, Ford, Adeniyi, Garner (2013) . Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. Recuperado de www.cochrane.com

León (s. f): Neoplasia Intraepitelial Cervical en Mujeres que viven con VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.medicosecuador.com/espanol/> .

Martínez (2009). Gestión de medicamentos Organizational Performance in Healthcare Healthcare Administration. Recuperado de <http://asignatura.us.es/ptuteladas/docs/>.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). Guía de Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual 2011.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). Guía de Prevención y Control de la Trasmisión Materna Infantil del VIH y Sífilis congénita y de Atención Integral de Niñas/os con VIH/SIDA.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/SIDA.

Miranda (2006), Factores socioeconómicos y tecnológicos determinantes de la mortalidad y calidad de vida en las Personas que viven Virus del SIDA y su contribución macroeconómica- Costa Rica 1985 – 2003; recuperado el 22/11/2013. <http://hpcs.bvs.sa.cr/textos/doc21.pdf>

ONUSIDA (2011). Informe Outlook 2011. Referencia electrónica en línea. Recuperado de <http://www.unaids.org>

Organización Mundial de la Salud (2011): Global HIV/AIDS response Epidemic up date and health sector progress towards Universal access 2011 Progress Report. Recuperado de http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/

Organización Mundial de la Salud (2008). Tratamiento Antirretroviral de la Infección por VIH/SIDA en Adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008>.

Organización Mundial de la Salud (2011). Experiencias exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica.

Ortega, Taboada (2011). Prevalencia de Infecciones Bacterianas por gérmenes oportunistas o comunes en PVVS. Revista Instituto de Medicina Tropical, volumen 6 (1), Julio 2011.

Pernas, Iraurgi, Basabe, Carou, Paez, E; Cabarcos (2001), Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos, recuperado <http://www.adicciones.es/files/393-398%20Original.pdf>

Reyes, Gustavo (2005). HIV medicine2005. Fling Publisher. México DF.

Tobar y Arrivillaga (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. Recuperado de http://rev gerenc polit salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/estudios3.pdf

Tudor ,Brusamento, Elmoniry, Car , Majeed , Atun (2011). Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. Recuperado de www.cochrane.com

Vargas, Flores, Valdez, Caballero, (2007). La adherencia a los Antirretrovirales de las personas que viven con el VIH o SIDA en Bolivia. Recuperado de <http://www.revistasbolivianas.org>.

Ynoa, Méndez 2007, Reorganización estructural y funcional de la UAI para PVVS. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87032303>.

13 ANEXOS.

Anexo N° 1. Operacionalización de Variables.

Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento
Accesibilidad al primer nivel de atención	Breve descripción de la accesibilidad al en el primer nivel de atención que incluye: desconcentración de los fármacos ARV en el primer nivel de atención, integración de los tratamientos ARV a los servicios de atención de TB cuando la carga de enfermedad es alta para las dos enfermedades, acceso a pruebas de tamizaje.	Desconcentración de la atención de PVVS al primer nivel de atención	Desconcentración de la atención de PVVS al primer nivel de atención	Responsable de la Estrategia Provincial de VIH en Esmeraldas	Entrevista	Guía de entrevista
		Desconcentración de tratamientos ARV	Número de Distritos que entregan ARV a los PVVS			
		Integración de los tratamientos ARV a los servicios de atención de TB cuando la carga de enfermedad es alta para las dos enfermedades.	Número de Distritos de salud con alta incidencia de TB que entregan tratamientos ARV.			
		Acceso a pruebas de tamizaje para VIH/Sida	Número de unidades del primer nivel de atención que realizan pruebas de tamizaje en el laboratorio distrital			
		Disponibilidad de pruebas rápidas para tamizaje de VIH	Número de distritos que en los últimos 12 meses rompieron el stock de pruebas rápidas para tamizaje de VIH.			
Estructura organizacional de la Unidad que atiende PVVS en el primer nivel de atención	Breve descripción de la estructura organizacional de las unidades del primer nivel que atienden PVVS e incluye: personal entrenado, plan de trabajo y flujos de atención.	Equipo multidisciplinario entrenado para mantenimiento de tratamiento.	Equipo multidisciplinario entrenado para tratamiento de casos complicados	Distritos de salud.	Entrevista	Guía de entrevista
		Plan de trabajo de acuerdo a la normativa nacional actualizado	Contar con un plan de trabajo enmarcado en la normativa nacional de atención a PVVS,	Responsable de la Estrategia Provincial de VIH en Esmeraldas	Entrevista	Guía de entrevista
		Herramientas de monitoreo y evaluación de procesos	Contar con herramientas de monitoreo y evaluación de procesos.	Responsable de la Estrategia Provincial de VIH en Esmeraldas	Entrevista	Guía de entrevista

Variables	Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento	
Calidad del servicio	Estructura física de la unidad especializada de atención de PVVS Esmeraldas	Descripción de la estructura física de la unidad de acuerdo a los componentes de la atención integral : consulta externa y servicios de apoyo diagnóstico	Espacio físico que permita mantener la confidencialidad.	Espacio físico que permita mantener la confidencialidad.	HDTC-UAPVVS	Observación	Matriz de licenciamiento del MSP	
			Capacidad resolutive del laborotio	Equipamiento del laboratorio .	Laboratorio HDTC	Observación	Matriz de licenciamiento del MSP	
				Stock de pruebas rápidas para tamizaje de VIH sin ruptura en el último año.	Responsable de farmacia del HDTC	Entrevista	Guía de entrevista	
				Laboratorio con capacidad de diagnóstico de enfermedades oportunistas .	Líder del laboratorio del HDTC	Entrevista	Guía de entrevista	
				Laboratorio con capacidad de realizar pruebas de CD4 y carga viral	Lider del laboratorio del HDTC	Entrevista	Guía de entrevista	
				Apoyo de una unidad especializada de psiquiatría y o psicología.	Existe una unidad de salud mental dentro del HDTC	HDTC-UAPVVS	Observación	Guía de entrevista
				Servicios de apoyo diagnóstico.	Existencia Servicios de apoyo diagnóstico: RX, ECG y Colposcopia	HDTC.	Observación	Guía de observación
					Porcentaje de PVVS que acceden al servicio de RX	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Base de datos
					Porcentaje de PVVS femeninas que acceden a una colposcopia	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Base de datos
					Porcentaje de PVVS que acceden aun electrocardiograma	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Base de datos
	Estructura organizacional de la Unidad Especializada de Atención a PVVS	Descripción de la estructura organizacional de la Unidad de Atención de PVVS.	Equipo multidisciplinario entrenado para manejo de casos complicados y no complicados de VIH/Sida.	Equipo multidisciplinario entrenado para tratamiento de casos complicados	Líder de la Unidad de Atención Especializada de PVVS	Entrevista	Guíade Entrevista	
			Plan de trabajo con herramientas de monitoreo y evaluación de procesos	Contar con un plan de trabajo actualizado	Unidad de Atención de PVVS	Entrevista	Guía de entrevista	
				contar con herramientas de monitoreo y evaluación de procesos.	Unidad de Atención de PVVS	Entrevista	Guía de entrevista	

Variables	Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento
Calidad del servicio	Percepción de usuarios sobre la accesibilidad a la UAPVVS Esmeraldas que funciona en el HDTC	Evalúa la percepción del usuario frente a la accesibilidad a la unidad de atención de PVVS	Percepción de los usuarios frente a la accesibilidad geográfica a la UAPVVS	Número de PVVS que perciben que la accesibilidad al servicio es aceptable/ Total de encuestados. Número de pacientes según tiempo de viaje/Total de PVVS encuestados .	PVVS.	Encuesta	Cuestionario
			Percepción de los usuarios frente a la accesibilidad económica de la UAPVVS	Porcentaje de PVVS que perciben que el costo de movilización para asistir a la UAPVVS es aceptable Número de pacientes según costo de movilización/Total de PVVS encuestados .			
			Cantón de procedencia	Porcentaje de PVVS según cantón de procedencia			
			Percepción de los PVVS frente a los tiempos de espera para la consulta médica.	Número de pacientes según tiempos de espera/Total de PVVS encuestados . Número de pacientes según tiempos de espera para la atención médica/Total de PVVS encuestados .			
			Percepción de los PVVS frente a los trámites para ser atendidos en la UAPVVS	Número de pacientes que los trámites para la atención son excesivos/Total de PVVS encuestados .			
			Percepción de usuarios sobre la permanencia de la UAPVVS Esmeraldas que funciona en el HDTC	Evalúa la percepción del usuario frente a la permanencia de la unidad de atención de PVVS			
			Sugerencias de horarios de atención en la UAPVVS	Porcentaje de horarios de atención sugeridos/total de muestras.	PVVS.	Encuesta	Cuestionario
	Disponibilidad de medicamentos	Disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para tratamiento de PVVS	Ruptura de stock de medicamentos antirretrovirales de primera línea	Número de rupturas de stock de medicamentos ARV en el último año.	Farmacia institucional	Revisión documental	Tabla de datos
			Disponibilidad de medicamentos para prevención de enfermedades oportunistas: trimetoprim sulfametoxazol	Ruptura de stock de medicamentos para prevención de enfermedades oportunistas (trimetoprim - sulfametoxazol)	Número de rupturas de stock durante los dos últimos años.	Responsable de Gestión de medicamentos de VIH	Entrevista

Variables	Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento
Calidad de atención de PVVS	Continuidad de atención intra e interniveles	Referencia de PVVS captados en el primer nivel de atención y referidos al hospital provincial	Porcentaje de PVVS captados en las unidades del primer nivel que fueron referidos a la UAPVVS	Número de PVVS captados en las unidades del primer nivel que fueron referidos a la UAPVVS/total de la muestra	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Tabla de datos
		Continuidad de la atención durante el año : se tomará en cuenta la normativa de la Estrategia Nacional de VIH/sida.	Promedio de atenciones en PVVS que reciben ARV Promedio de atenciones en PVVS que no reciben ARV	Número de consultas realizadas en PVVS que reciben ARV/ Número de consultas de acuerdo a normativa nacional (4) Número de consultas realizadas en PVVS que no reciben ARV/ Número de consultas de acuerdo a normativa nacional (4)	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Tabla de datos
	Percepción de usuarios frente a la calidad de atención en la unidad provincial de PVVS	Evalua la percepción del usuario frente a la calidad de atención de la UAPVVS-HDTC	Percepción de los usuarios de la calidad de atención de enfermería Percepción de los usuarios de la calidad de atención de psicología Percepción de los usuarios de la calidad de atención médica. Percepción de los usuarios de la calidad de atención de la trabajadora social Porcentaje de PVVS que perciben que se irrespera la clausula de confidencialidad por el personal de salud de la UAPPV	Nº de PVVS que perciben que la calidad de atención de enfermería es buena/Nº de PVVS encuestados. Nº de PVVS que perciben que la calidad de atención de psicología es buena/Nº de PVVS encuestados. Nº de PVVS que perciben que la calidad de atención médica es buena/Nº de PVVS encuestados. Nº de PVVS que perciben que la calidad de atención de trabajo social es buena/Nº de PVVS encuestados. Nº de PVVS que perciben que se irrespera la clausula de confidencialidad /Total de PVVS encuestados	PVVS.	Encuesta	Cuestionario

Variables	Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento
Calidad de atención de PVVS		Referencia de PVVS captados en el primer nivel de atención y referidos al hospital provincial	Porcentaje de PVVS captados en las unidades del primer nivel que fueron referidos a la UAPVVS	Número de PVVS captados en las unidades del primer nivel que fueron referidos a la UAPVVS/total de la muestra	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Tabla de datos
	Continuidad de atención intra e interniveles	Continuidad de la atención durante el año : se tomará en cuenta la normativa de la Estrategia Nacional de VIH/sida.	Promedio de atenciones en PVVS que reciben ARV/ Promedio de atenciones en PVVS que no reciben ARV	Número de consultas realizadas en PVVS que reciben ARV/ Número de consultas de acuerdo a normativa nacional (4) Número de consultas realizadas en PVVS que no reciben ARV/ Número de consultas de acuerdo a normativa nacional (4)	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental	Tabla de datos
	Percepción de usuarios frente a la calidad de atención en la unidad provincial de PVVS	Evalua la percepción del usuario frente a la calidad de atención de la UAPVVS-HDTC	Percepción de los usuarios de la calidad de atención de enfermería Percepción de los usuarios de la calidad de atención de psicología Percepción de los usuarios de la calidad de atención médica. Percepción de los usuarios de la calidad de atención de la trabajadora social Porcentaje de PVVS que perciben que se respeta la cláusula de confidencialidad por el personal de salud de la UAPPV	N° de PVVS que perciben que la calidad de atención de enfermería es buena/N° de PVVS encuestados. N° de PVVS que perciben que la calidad de atención de psicología es buena/N° de PVVS encuestados. N° de PVVS que perciben que la calidad de atención médica es buena/N° de PVVS encuestados. N° de PVVS que perciben que la calidad de atención de trabajo social es buena/N° de PVVS encuestados. N° de PVVS que perciben que se respeta la cláusula de confidencialidad /Total de PVVS encuestados	PVVS.	Encuesta	Cuestionario

Variables	Dimensión de variables	Conceptualización	Indicador	Estructura	Fuente	Técnica	Instrumento
Indicadores epidemiológicos.	Estadio de la infección por VIH	Evalúa el estadio clínico de los PVVS	Porcentaje de PVVS según estadio clínico	Número de PVVS según estadio clínico/Total de la muestra	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
	Mortalidad por VIH/SIDA	Evalúa la respuesta del servicio a la estrategia de implementación de las unidades de atención de PVVS en la provincia de Esmeraldas.	Tasa de letalidad de VIH/Sida	Número de PVVS notificados como fallecidos /PVVS diagnosticados en el tiempo	Estrategia Provincial de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Porcentaje de mortalidad durante el primer año de diagnóstico	Número de PVVS que iniciaron tratamiento el mismo año que fallecieron /N° total de PVVS que iniciaron tratamiento en el mismo período .	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Porcentaje de mortalidad durante el primer semestre de diagnóstico	N° PVVS que fallecieron dentro de los primeros 6 meses de iniciado el tratamiento ARV /N° total de PVVS que iniciaron tratamiento en el mismo período	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Causas de mortalidad en PVVS	Agrupación de causas (diagnósticos)	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Promedio de tiempo entre el diagnóstico y fallecimiento	Proporción de PVVS fallecidos según fecha de diagnóstico y fallecimiento	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Causas de hospitalización	Agrupación de causas (diagnósticos)	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
	Hospitalización por VIH/SIDA		N° de hospitalizaciones al año por cada paciente	Promedio de hospitalizaciones por PVVS	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos
			Porcentaje de PVVS hospitalizados según condición de egreso	N° de PVVS según condición de egreso/Total de la muestra	Expedientes clínicos de PVVS	Revisión documental.	Tabla de datos

Fuente: Bibliografía variada.

Elaborado por Investigadora Isaura Briones.

Anexo N° 2. Instrumentos cualitativos.

Guía de entrevista.

Variable: Calidad del Servicio.

Entrevistada: Responsable de la Estrategia Provincial de VIH/SIDA Esmeraldas.

Dimensiones:

1. Descripción de la atención de PVVS en el primer nivel de atención

1.1 Desconcentración de la atención de PVVS.

1.2 Desconcentración de tratamientos ARV.

1.3 Integración de los tratamientos ARV a los servicios de atención de TB cuando la carga de enfermedad es alta para las dos enfermedades.

1.4 Equipo de atención a PVVS en los distritos y/o áreas de salud.

Guía de entrevista.

Variable: Calidad del Servicio.

Entrevistada: Líder de la unidad de atención de PVVS del HDTC.

2. Estructura organizacional del equipo multidisciplinario de la unidad de atención de PVVS en Esmeraldas.

2.1 Equipo multidisciplinario capacitado para tratamiento de casos complicados.

2.2 Plan de trabajo enmarcado en la normativa de atención del PVVS.

2.3 Herramientas de monitoreo y evaluación del plan de trabajo.

2.4 Personal entrenado para apoyo psicosocial y plan de trabajo.

2.5 Consejería de pares.

2.6 Flujos de atención de PVVS-Unidad de salud mental.

2.7 Medios complementarios para el diagnóstico; Laboratorio, Rayos X, colposcopia,

Guía de entrevista.

Variable: Calidad de Servicio.

3. Estructura física de la unidad especializada de atención de PVVS Esmeraldas. Líder de laboratorio.

- 3.1 Stock de pruebas rápidas para tamizaje de VIH en los últimos 6 meses.
- 3.2 Stock de reactivos para exámenes generales: Biometría hemática, química sanguínea, perfil lipídico, EMO, Coproparasitario.
- 3.3 Pruebas confirmatorias para VIH SIDA.
- 3.4 Forma parte del equipo de VIH.
- 3.5Cuál es su rol.

Anexo N ° 3. Instrumentos cuantitativos.

Encuesta a PVVS que reciben atención en el Hospital Delfina Torres de Concha³⁴.

Capítulo I.- Datos generales.

1. Cantón de residencia:

- Esmeraldas ()
- Ríoverde ()
- Atacames ()
- Muisne ()
- Quinindé ()
- Eloy Alfaro ()
- San Lorenzo ()

2. Ámbito:() Urbano () Rural

3. ¿Cuántos años cumplidos tienes?Años.

4. Fechadenacimiento: //(D/M/A)

5. Género (autodefinido):

- () Hombre () Mujer () Bisexual () Homosexual ().

6. Estado civil:

- Soltero/a. ()
- Casado/a. ()
- Conviviente con pareja heterosexual. ()
- Conviviente con pareja del mismo sexo ()
- Separado/a o Divorciado/a ()
- Viudo/a ()

7. ¿Qué grado de instrucción has completado?

- Ninguno(sin nivel) ()
- Primaria ()
- Secundaria. ()
- Superior no universitario sexo ()
- Superior universitario ()
- Postgrado ()

³⁴ Este instrumento se aplicó a todos los PVVS que acudieron al Hospital Delfina Torres de Concha durante la segunda quincena del mes de enero del 2014.

8. Ocupación de los PVVS

- | | |
|--------------------|-------|
| Desempleado/a | () |
| Estudiante | () |
| Jubilado/a | () |
| Trabaja y estudia | () |
| Ama de casa | () |
| Trabajo informal | () |
| Técnico | () |
| Empleado domestica | () |
| Obrero | () |
| Artesano | () |
| Estilista | () |
| Otra | _____ |

9. Ingresos mensuales del PVVS.

- | | |
|------------------------|-----|
| Menos de 319 dólares | () |
| De 319 a 500 dólares | () |
| De 500 a 1000 dólares. | () |
| Más de 1000 dólares | () |
| Ninguno | () |

10. Hace que tiempo le diagnosticaron VIH.

Capítulo II: Acceso a servicios de salud y calidad de atención.

11. Antes de que te diagnosticaran VIH, ¿dejaste de acudir a un servicio a pesar de pensar que lo necesitabas.

- | | |
|----|-----|
| No | () |
| Si | () |

11.1 ¿Por qué?

- | | |
|--|-------|
| Por falta de dinero? | () |
| Por temor a ser rechazado/a en el servicio | () |
| Por no saber a dónde ir? | () |
| Otros | _____ |

12. Antes de que te diagnosticaran VIH, ¿alguna vez te dejaron de tender en un servicio de salud cuando fuiste para ser atendido?

No ()

Si ()

12.1 ¿Por qué?

Por falta de dinero? ()

Por temor a ser rechazado/a en el servicio ()

Por no saber a dónde ir? ()

Otros _____

13. Después de que te diagnosticaron VIH, en los últimos seis meses ¿dejaste de acudir a un servicio a pesar de pensar que lo necesitabas?

No ()

Si ()

13.1 ¿Por qué?

Por falta de dinero? ()

Por temor a ser rechazado/a en el servicio ()

Por no saber a dónde ir? ()

Por temor a que te vean? ()

14. Después de que te diagnosticaron VIH en los últimos seis meses, ¿alguna vez te dejaron de atender en un servicio cuando fuiste para ser atendido?

No ()

Si ()

14.1 ¿Por qué?

No agendó su cita ()

No había turnos ()

No había médico ()

Otra _____

15. La última vez que viniste para ser atendido en este establecimiento - servicio, has esperado (en la sala de espera), en promedio:

- Menos de lo normal < 30 minutos ()
- Lo normal 30 minutos ()
- Bastante, pero no demasiado: de media a 1 hora ()
- Demasiado: más de una hora. ()

16. La dos últimas citas para ser atendido en consultorio, has esperado (para que te den la cita), en promedio.

- Menos de lo normal: < 30 minutos ()
- Lo normal: 30 minutos ()
- Bastante, pero no demasiado: de media a 1 hora ()
- Demasiado: más de una hora. ()

17. Durante el tiempo que asiste a la UAPVVS alguna vez se ha sentido maltratado.

- No ()
- Sí ()

17. 1. Si la respuesta es afirmativa:

¿Por quién?

- Médico ()
- Enfermera ()
- Trabajadora Social ()
- Psicóloga ()
- Otra _____

18. ¿Se respeta la cláusula de confidencialidad en la unidad de atención de PVVS?

- No ()
- Si ()

18. 1. Si la respuesta es negativa. ¿El irrespeto a la cláusula de confidencialidad es por parte del...?

- Médico ()
- Enfermera de ()
- Trabajadora Social ()
- Psicóloga ()
- Otra _____

19. ¿Durante la última visita que realizó a este servicio de salud, la atención que recibió por parte del médico fue...?

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()

20. ¿Durante la última visita que realizó a este servicio de salud la atención recibida por parte de la enfermera fue...?

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()

21. Durante la última visita que realizó a este servicio de salud, la atención recibida por parte de la de la psicóloga fue...

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()

22. ¿Durante la última visita que realizó a este servicio de salud, la atención recibida por parte de la trabajadora social fue...?

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()

23. ¿Cuánto tiempo le demora desde su casa hasta la UAPVVS?

- Menos de una hora ()
- Entre una y dos horas ()
- Entre dos y tres horas ()
- Entre tres y cuatro horas ()
- ()
- Más de cuatro horas

24. ¿El tiempo que le toma en llegar a la unidad de atención de PVVS para usted es?

Acceptable ()

Mucho tiempo ()

25. ¿Venir a la consulta médica le representa un gasto de...?

Un dólar ()

Entre uno y cinco dólares ()

Entre 10 y 15 dólares ()

Más de 20 dólares ()

26. ¿El costo que le representa asistir a la UAPVVS de PVVS es para usted:?

Acceptable ()

Bastante ()

Excesivo ()

Poco ()

27. ¿Cómo se siente si se encuentra con alguien conocido en la unidad de atención de PVVS...?

No le incomoda en nada ()

Se siente incómodo ()

No quiere volver más ()

Planifica citas que no coincidan con alguien conocido ()

Otra _____

28. ¿Los horarios de atención en la UAPVVS son adecuados?

Sí ()

No ()

28.1 Si la respuesta es negativa ¿Cuál sería el mejor horario para ser atendido en la UAPVVS?

De 08 a 12 horas ()

De 12 a 16 horas ()

De 14 a 18 horas ()

De 18 a 22 hora ()

Otra _____

29. ¿Los trámites para la atención son excesivos...?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

30. ¿El lugar de la atención es adecuado y cómodo en?

- Consultorio médico ()
- Consultorio de psicólogo ()
- Sala de espera ()
- Consejería ()
- Enfermería ()

31. Hay suficientes médicos para la atención de PVVS en la unidad de atención.

- Siempre ()
- Casi siempre ()
- Nunca ()

32. ¿Alguna vez te has quedado sin los medicamentos que tomas para el VIH cuando te tocaba?

- No ()
- Si ()

32. 1 Por qué...?

- Desabastecimiento ()
- No fui a recogerlos ()
- No tenía dinero para los pasajes ()
- Otros ()

33. ¿Alguna vez durante el último mes has dejado de tomar tus medicamentos?

- No, nunca ()
- Sí, una vez un día ()
- Sí dos veces ()
- Como la mitad de las veces ()
- Sí, 3-5 veces ()
- La mayoría de veces ()

Sí, 6-12 veces ()
He suspendido el tratamiento ()
Otra respuesta: _____

33.1 ¿Por qué dejaste de tomarlos?

- () Olvido
- () Problemas con el tiempo
- () No los tenía a la mano
- () Tomé alcohol y me olvidé
- () No los pude recoger del establecimiento de salud
- () Me sentía bien
- () Me sentí mal
- () Me sentí triste o deprimido
- () Creo que los antirretrovirales no son suficientemente eficaces para combatir el VIH.
- () Creo que los medicamentos tienen demasiados efectos negativos
- () No tengo información suficiente sobre los antirretrovirales.
- () Personas cercanas me han dicho que no son buenos; he visto que no les han hecho bien.
- () No me gusta tomar medicinas.
- () Otros motivos:

34. ¿En la última de las sesiones de consejería que recibiste?

34.1 ¿Te dieron consejos específicos sobre nutrición alimentación?

No () Sí () No recuerdo ()

34.2 ¿Te dieron información sobre enfermedades y/o infecciones oportunistas y recomendaciones para prevenirlas?

No () Sí () No recuerdo ()

34.3 ¿Te dieron información sobre los medicamentos antirretrovirales la importancia de su toma diaria y posibles efectos adversos?

No () Sí () No recuerdo ()

34. 4 ¿Te dieron información sobre los medicamentos de profilaxis, para prevenir infecciones aparte del VIH/SIDA, la importancia de su toma diaria y posibles efectos adversos?

No () Sí () No recuerdo ()

34. 5 ¿Te dieron información sobre re-infecciones con el virus del VIH/SIDA?

No () Sí () No recuerdo ()

34. 6 ¿Te dieron información y recomendaciones sobre el uso de condón?

No () Sí () No recuerdo ()

34.7 ¿Te dieron 16 condones?

No () Sí () No recuerdo ()

34.8 ¿La información que te dieron sobre formas de autocuidado es comprensible para ti?

Si ()

No ()

34.9 ¿La información de consejería para usted para usted es relevante y aplicable.

Si ()

No ()

34. 10 ¿Durante la última cita con la psicóloga recibió...?

Terapia individual ()

Terapia familiar ()

Terapia de grupo de amigos ()

Terapia de pareja ()

34.11 Siente que la terapia psicológica le ha ayudado a aceptar de forma positiva su problema de salud

Sí ()

No ()

En algo ()

Capitulo III.- Aptitudes y prácticas.

35. Puede contarnos ¿Cuál es el tipo de relación de pareja que ha venido sosteniendo en el último año?

1. No he tenido pareja sexual en el último año ()
2. He tenido solo una pareja sexual a la vez ()
3. He tenido varias parejas sexuales al mismo tiempo ()

36. A Si la respuesta es el numeral 2 y 3 ¿En su última relación sexual utilizó preservativo?

- Si ()
No ()
No recuerdo ()

37. ¿Usted fuma?

- Siempre ()
Nunca ()
De vez en cuando ()

38. ¿Usted consume alcohol?

- Siempre ()
Nunca ()
De vez en cuando ()

37 ¿Usted consume algún tipo de drogas?

- Siempre ()
Nunca ()
De vez en cuando ()

38 ¿Acudió en la fecha de las dos últimas citas médicas planificadas?

- Sí ()
No ()
No recuerdo ()

39 ¿Usted hace ejercicios de manera regular? (3 o más veces por semana).

- Siempre ()
Nunca ()
De vez en cuando ()

Anexo N° 4.

Formulario para levantamiento de información de expedientes clínicos de PVVS hospitalizados y /o fallecidos durante el 2013³⁵.

Fuente: Expedientes clínicos de PVVS fallecidos en el HDTC durante el 2013, PVVS hospitalizados que no fallecieron durante el mismo periodo.

Capítulo I.- Datos generales.

- Código
- Edad
- Sexo
- Provincia de residencia.
- Cantón de procedencia.
- Clasificación de residencia: Urbana /Rural.
- Referido: SI/NO.

Capítulo II.- Atención médica.

- Anamnesis: completa/ incompleta³⁶
- Interconsulta con salud mental: SI/NO
- Interconsulta con ginecoobstetricia: SI/NO/NOAPLICA
- Estadío clínico: VIH /SIDA
- Inicio de tratamiento ARV: 500 CD4, con 350 y más de 200 CD4/ menos de 200 CD4.
- Evaluación de fracaso al tratamiento ARV.
- Evaluación de la toxicidad a los ARV, 6 meses posteriores al inicio de tratamiento.
- Detección y manejo de oportunistas
- Prevención de enfermedades oportunistas
- Evalúa adherencia al tratamiento cada 6 meses
- Evalúa requerimientos de inmunizaciones.
- N°de consultas por año : más de 6, 6, 5,4,3,2,1
- Interconsulta ginecológica en fase SIDA: Si/No/No aplica
- Atención oftalmológica en PVVS con menos de 100 células CD4
- Esquema utilizado: TDF/FTC/AZT/r, TDF/FTC/AZT/r, TDF/FTC/AZT7r, otro esquema
- Atención odontológica: Si/No/No aplica.

Capítulo III.- Laboratorio.

³⁵ La información del anexo N° 4 fue levantada en una base Excel durante la última semana de enero y la primera de febrero del 2014.

³⁶ Se tomará como referencia la guía nacional de atención integral de adultos y adolescentes con infección por VIH/Sida de PVVS en su acápite: evaluación clínica/ primera consulta.

- Biometría hemática completa: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- Bioquímico: Glucosa/ creatinina/ todos/ ninguno
- Perfil lipídico: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- Enzimas hepáticas: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- VDRL: inicial/ anual/ todas/ ninguna
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- EMO: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- Coproparasitario: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- Carga viral: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna
- CD4: inicial/cada 6 meses, todas, ninguna.
- Papanicolaou inicial: Si/No/No aplica
- Papanicolaou cada 12 meses: Si/No/No aplica

Capítulo IV.- Salud mental

- Valoración psiquiátrica y psicológica antes y durante el tratamiento: SI/NO
- Valoración psicológica
- Test de Karnofsky
- Escala de demencia
- Evaluación familiar y psicosocial
- Propuesta de plan de acción de requerirse

Capítulo V.- Resultados.

- Fecha de diagnóstico de VIH/SIDA
- Fecha de diagnóstico de SIDA
- Fallecido: Si/No
- Número de ingresos hospitalarios desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Número de ingresos hospitalarios durante el último año (2013)
- Fecha de fallecimiento
- Tratamiento ARV: Si/No
- Fecha de inicio de tratamiento.
- Diagnóstico de los ingresos realizados.

Capítulo VI Complementarios.

- Radiografía de tórax: inicial/ anual/ todas/ ninguna.
- Electrocardiograma: inicial/ anual/ todas/ ninguna.
- Colposcopia: Si/No/No aplica.

Capítulo VII.- Soporte nutricional.

- Cribaje nutricional alimentario
- Consejo nutricional
- Evaluación de pacientes de riesgo de un nutriólogo: SI/NO/NO APLICA
- Tratamiento de déficit nutricional: SI/NO/NO APLICA.

Anexo N° 5.

Matriz de licenciamiento utilizadas por el MSP.

PROCESO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - MATRIZ DE RECOPIACION DE DATOS

TIPOLOGIA		ESTANDAR	CALIFICA				NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			
SERVICIO			EXISTEN	BUENOS / CUMPLEN	REGULARES	MALOS / NO CUMPLEN	HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA		CANTON / PROVINCIA	ESMERALDAS
			(REGISTRAR CANTIDADES)				RESPONSABLE			
RECURSO		ANEXO					OBSERVACIONES			
							para los recursos con calificación "BUENO"			
AMBIENTE DE MEDICINA CE	IN-007	1								
ESTRUCTURA GENERAL	IN-038	1								
INSTALACIONES GENERALES	IN-039	1								
EQUIPO DE COMPUTACION	EQ-020	1								
EXTINTOR DE INCENDIOS PORTATIL		1								
STOCK DE INSUMOS DE OFICINA	EQ-428	1								
BASCULA CON TALLIMETRO	EQ-030	1								
EQUIPO DE ATENCION MÉDICA	EQ-037	1								
EQUIPO DE DIAGNOSTICO MÉDICO	EQ-038	1								
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	EQ-052	1								
STOCK DE INSUMOS DE ASEO	EQ-404	1								
MOBILIARIO DE OFICINA	EQ-415	1								
MOBILIARIO DE ATENCION MEDICA	EQ-463	1								
NEGATOSCOPIO	EQ-468	1								
PROFESIONAL MEDICO - MEDICINA INTERNA	RH-007	1								
MANUAL DE NORMAS DE MEDICINA INTERNA	NO-050	1								

Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2009.

PROCESO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - MATRIZ DE RECOPIACION DE DATOS

TIPOLOGIA	SERVICIO	HOSPITAL GENERAL - B MEDICINA INTERNA - H	ESTANDAR	CALIFICA				NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE	HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA	CANTO N/ TELEFONO	ESMERALDAS
				EXISTEN	BUENOS / CUMPLEN	REGULARES	MALOS / NO CUMPLEN				
RECURSO	ANEXO			REGISTRAR CANTIDADES				OBSERVACIONES			
AMBIENTE DE HOSPITALIZACION MEDICINA	IN-017	1						¡ los recursos con calificación "BUENO"			
ESTRUCTURA GENERAL	IN-038	1									
INSTALACIONES GENERALES	IN-039	1									
HORNO MICROONDAS		1									
EQUIPO DE COMPUTACION	EQ-020	1									
EXTINTOR DE INCENDIOS PORTATIL		1									
REFRIGERADOR DE 12 PIES		1									
BASCULA CON TALLIMETRO	EQ-030	1									
AMBU ADULTOS	EQ-032	1									
EQUIPO DE ATENCION MEDICA	EQ-037	1									
EQUIPO DE DIAGNOSTICO MEDICO	EQ-038	1									
NEBULIZADOR PORTATIL	EQ-039	1									
BOMBA DE INFUSION	EQ-045	3									
COCHE DE PARO	EQ-046	1									
GLUCOMETRO	EQ-050	1									
EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES	EQ-051	1									
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	EQ-052	1									
ELECTROCARDIOGRAFO	EQ-058	1									
OXIMETRO DE PULSO	EQ-083	1									
COCHE DE CURACIONES CON INSUMOS	EQ-118	1									
STOCK DE INSUMOS DE ASEO	EQ-404	1									
MOBILIARIO DE ESTACION DE ENFERMERIA	EQ-414	1									
MOBILIARIO DE HABITACION DE RESIDENTES		1									
RECIPIENTE PARA DESECHOS PELIGROSOS HOSPITALARIOS		1									
VITRINA		1									
COCHE DE HISTORIAS CLINICAS		1									
STOCK DE INSUMOS DE ENFERMERIA	EQ-446	1									
LAMPARA CUELLO DE GANSO		2									
MESA MAYO		2									
BOTIQUIN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	EQ-462	1									
CONJUNTO DE MOBILIARIO UNIDAD PACIENTE ADULTO	EQ-465	1									
STOCK DE MEDICAMENTOS DE HOSPITALIZACION		1									
NEGATOSCOPIO	EQ-468	1									
PORTABOLSAS PARA ROPA SUCIA		1									
SILLA DE RUEDAS		1									
PROFESIONAL MEDICO - MEDICINA GENERAL	RH-006	2									
PROFESIONAL MEDICO - MEDICINA INTERNA	RH-007	2									
PROFESIONAL MEDICO - CARDIOLOGIA	RH-015	1									
PROFESIONAL MEDICO - GASTROENTEROLOGIA	RH-019	1									
PROFESIONAL ENFERMERA	RH-071	2									
AUXILIAR DE ENFERMERIA	RH-089	2									
AUXILIAR DE SERVICIOS	RH-111	2									
MANUAL DE NORMAS DE ENFERMERIA	NO-030	1									
MANUAL DE NORMAS DE MEDICINA INTERNA		1									

Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2009.

PROCESO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - MATRIZ DE RECOPIACION DE DATOS

TIPOLOGIA	HOSPITAL GENERAL - B	ESTANDAR	CALIFICA				NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		HDTC
	SERVICIO		LABORATORIO CLINICO	EXISTEN	BUENOS / CUMPLEN	REGULARES	MALOS / NO CUMPLEN	RESPONSABLE	
RECURSO	ANEXO		REGISTRAR CANTIDADES				OBSERVACIONES		
AMBIENTE DE LABORATORIO CLINICO	IN-012	1							
ESTRUCTURA GENERAL	IN-038	1							
INSTALACIONES GENERALES	IN-039	1							
EQUIPO DE COMPUTACION	EQ-020	3							
EXTINTOR DE INCENDIOS PORTATIL		1							
REFRIGERADOR DE 12 PIES		1							
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	EQ-052	1							
ESTERILIZADOR		3							
AUTOCLAVE		3							
SET DE CRISTALERIA DE LABORATORIO	EQ-178	1							
CENTRIFUGA DE 12 TUBOS		3							
CENTRIFUGA DE 36 TUBOS		1							
CENTRIFUGA PARA MICROHEMATOCRITO		2							
CENTRIFUGA PARA TUBOS DE ORINA		2							
COAGULOMETRO		1							
ESPECTROFOTOMETRO		1							
ANALIZADOR BIOQUIMICO 20		1							
ANALIZADOR DE ELECTROLITOS		1							
ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES		1							
ANALIZADOR ELISA		1							
ANALIZADOR HEMATOLOGICO DE 14		1							
ANALIZADOR MICRO ELISA		1							
MICROPIPETA AUTOREGULABLE 10 - 50		2							
BAÑO DE AGUA DE TEMPERATURA		2							
CAMARA DE QUEBEC		1							
CAMARA HUMEDA DE INCUBACION		1							
CAMARA OSCURA PARA		1							
CRONOMETRO MULTITIMER		1							
EQUIPO DE FLUJO LAMINAR (CAMPANA)		1							
EQUIPO DE INCUBACION DE		1							
CANASTILLAS PARA TRANSPORTE DE		3							
MEZCLADOR DE TUBOS		2							
ROTADOR DE RANGO GRADUABLE		2							
ASA DE PLATINO Y PORTA ASAS		3							
HORNO PARA SECADO DE MATERIAL		1							
MECHERO DE ALCOHOL		3							
MICROSCOPIO BINOCULAR	EQ-250	3							
JUEGO DE 5 MICROPIPETAS		3							
CONTADOR DIFERENCIAL DE 5 DIGITOS		3							
STOCK DE INSUMOS DE ASEO	EQ-404	1							
MOBILIARIO DE OFICINA	EQ-415	1							
TABURETE GIRATORIO CON ESPALDAR		3							
JUEGO DE SILLAS O TABURETES		1							
RECIPIENTE PARA DESECHOS PELIGROSOS		1							
VITRINA		3							
STOCK DE REACTIVOS DE LABORATORIO	EQ-442	1							
MESON CON LAVABO		3							
SILLA PARA EXTRACCION DE SANGRE		2							
PROFESIONAL EN LABORATORIO		2							
TECNOLOGO EN LABORATORIO CLINICO	RH-081	2							
AUXILIAR DE LABORATORIO	RH-091	1							
AUXILIAR DE SERVICIOS	RH-111	1							
ASISTENTE ADMINISTRATIVO	RH-123	1							
MANUAL DE NORMAS DE LABORATORIO	NO-012	1							

Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2009