

**Fundació
Sida i Societat**



INFORME GENERAL DE EVALUACIÓN FINAL

**PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-
INFANTIL DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B EN PUERTO
SAN JOSÉ, GUATEMALA**

Quesé Blanco Penedo

Mayo 2013

ÍNDICE

0. Metodología de la intervención

1. Descripción de la intervención

1.0 Consideraciones previas

1.1 Caracterización

1.2 Fechas relevantes

1.3 Breve resumen de la intervención

2. Análisis de la intervención y de los distintos actores

2.1 Formulación

2.2 Ejecución

2.3 Seguimiento

2.4 Transferencia de las competencias

3. Evaluación de la intervención

3.1 Pertinencia

3.2 Eficacia

3.3 Eficiencia

3.4 Impacto

3.5 Sostenibilidad y viabilidad

4. Conclusiones y recomendaciones

Listado de Abreviaturas

ART: Antirretrovirales

CC: Centro de Convergencia

CPN: Control Prenatal

CS: Centro de Salud

DASE: Dirección del Área de Salud de Escuintla

EBS: Equipo básico de salud

FSIS: Fundació Sida i Societat

IEC: Información, Educación, Comunicación

IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ITS: Enfermedades de Transmisión Sexual

MSPAS: Ministerio Salud Pública y Asistencia Social

MTS: Mujeres trabajadoras del Sexo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNS: Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS y VIH/Sida

PTMI: Prevención de la transmisión Materno-Infantil

PS: Puesto de Salud

SIGSA: Sistema de Información Gerencial en Salud

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

TAR: Tratamiento antirretroviral

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. América Latina y El Caribe

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

0. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

El presente trabajo es una evaluación del proyecto: **Prevención de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B en Puerto San José, Guatemala.**

El proyecto se encuentra bajo la dirección del MSPAS y se ejecuta a través de la Dirección de Área de Salud de Escuintla (DASE) en colaboración con la Fundació Sida i Societat en la implementación y ejecución. Las actividades han sido ejecutadas por el personal del MSPAS de distrito de Puerto San José. El papel de la Fundació es la aportación del costo y facilitadores para la capacitación, material, insumos para tamizaje, tratamientos para sífilis a lo largo del periodo que dure la intervención, control de calidad de los datos, monitoreo y evaluación.

En el plan estratégico de la Fundació Sida i Societat se recoge como misión principal “Promover la salud y los derechos fundamentales de las personas mediante la investigación y la formación en salud pública y la cooperación internacional, poniendo especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, los determinantes estructurales y los principios de equidad”. Sus principios organizativos se basan en el rigor científico, la participación, la transparencia, rendición de cuentas, autonomía, equidad e igualdad, ética y confidencialidad. Con respecto a la cooperación internacional se rige por la apropiación por las autoridades de los países de intervención, alineación con las políticas estatales de los mismos países, armonización, gestión orientada a resultados y corresponsabilidad junto con el MSPAS.¹

Desde la visión de FSIS, programas para la prevención del HIV y del SIDA deben realizarse de forma conjunta con la mejora del conjunto del sistema sanitario y teniendo en cuenta los diversos factores tanto biomédicos, como sociopolíticos que influyen en la pandemia del HIV/SIDA. Sus objetivos generales se centran en trabajar hacia el proceso de apropiación del Ministerio de los países en los que se dirigen las actividades; además de medir y actuar con consecuencia de los límites, en relación a la capacidad de gestión de la Fundació.

La evaluación que aquí presento es de carácter externo una vez finalizada la colaboración de la Fundació Sida i Societat en el proyecto. Está destinada a valorar el grado de satisfacción de las necesidades de PTMI de la población de mujeres embarazadas de Puerto San José, Escuintla, Guatemala; el logro de los objetivos (de corto y largo plazo), el análisis del proceso, los factores influyentes y sus impactos, con el propósito de formular propuestas de acción², tales son el fortalecimiento de la planificación del programa además de mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas a la PTMI.

¹ Plan Estratégico. Fundació Sida i Societat. 2012-2014

² García Núñez, J. Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva... Equipo de apoyo técnico del UNFPA. Santiago de Chile. 1996

Se completa con un Manual de Buenas Prácticas referente a la prevención de la Transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B con recomendaciones para la implementación del proyecto en otros municipios y departamentos de Guatemala.

Se pretende con la evaluación los siguientes objetivos generales:

1. Grado de cumplimiento de los resultados
2. Analizar si la intervención se ha desarrollado según la programación prevista a fin de alcanzar las metas formuladas
3. En caso de existir, describir efectos indeseables o no previstos que se hayan producido.
4. Analizar si los supuestos formulados en el diseño continúan siendo válidos
5. Describir los avances alcanzados respecto a los destinatarios del proyecto
6. Analizar el impacto de la intervención
7. Elaborar un manual de buenas prácticas dirigido a todos los actores implicados

El proceso de evaluación se desarrolla en tres etapas:

- 1. Planificación (3 semanas): Revisión del proyecto e informe final, revisión de documentos clave en el contexto nacional y regional, elaboración del documento de referencia en el que se diseñan las herramientas de recopilación, procesamiento y análisis de información e identificación de los informantes clave.
- 2. Trabajo de campo (20 días): Los dos primeros días se desarrolló el trabajo en la oficina de la FSIS en Escuintla, a fin de validar los instrumentos de recogida de datos y planificación del periodo de trabajo de campo. Recolección de la información en el área de intervención: Puerto San José, Escuintla y Ciudad de Guatemala. Se han empleado diferentes técnicas de investigación: observación participante, cuestionarios, entrevista semiestructurada, grupos focales e itinerarios terapéuticos. Se han tenido en cuenta ejes transversales en el proyecto como el contexto sociocultural, etnicidad, discriminación, estigma o perspectiva de género. Sistematización de los hallazgos y elaboración de un informe preliminar para informar al equipo de la marcha del trabajo de campo así como de las primeras conclusiones
- 3. Análisis, recomendaciones y Manual de Buenas Prácticas (3 semanas): Análisis del material recopilado, elaboración de un informe final y de un Manual de Buenas Prácticas que se entregará al personal de la FSIS de la sede de Guatemala a finales del mes de mayo.

He contado con el apoyo de Meritxell Sabidó para el establecimiento de las bases de la evaluación y con la colaboración de Adriana Smith a lo largo de todo el proceso de evaluación. He seguido los lineamientos de la guía para la evaluación de programas y proyectos de salud reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas, oficina para América Latina y El Caribe (UNFPA).

1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

1.0. Consideraciones previas

Contamos con un diagnóstico de salud realizado previamente a la intervención del proyecto, por lo que se han contado con valores iniciales a la hora de establecer las variables de partida de los indicadores, así como contrastar de manera sistematizada las observaciones en el monitoreo con la línea de base.

Un último ejercicio de monitoreo por parte de los trabajadores de la Fundació se está llevando a cabo para establecer valores en los indicadores de resultados en el momento del cese de colaboración en el proyecto con el PNS.

No es objeto de este trabajo realizar una evaluación de carácter económico; si bien es imprescindible un balance económico en todo proyecto de cooperación, al tratarse de una prueba piloto obviaremos este componente y nos centraremos en la evaluación de diseño, implementación y resultados propuestos.

En el proyecto se previó la elaboración de un aplicativo informático (MANGUA pediátrico) a fin de mejorar el seguimiento clínico, epidemiológico y de tratamientos de niños y niñas expuestas y VIH positivos del municipio de Puerto San José; no siendo objeto de la evaluación.

Un último componente del proyecto, tampoco objeto de evaluación es la integración del componente de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis en relación a las normas y regulaciones nacionales de la atención a gestantes en el marco de los Objetivos del Milenio en el consejo departamental (CODESIDA).

La información para la realización de la evaluación fue facilitada por el personal de la Fundación de las oficinas de Barcelona y Guatemala. Para la recogida de datos tomada de informantes a lo largo del trabajo de campo se contó con el consentimiento informado oral de todos los participantes en las entrevistas y grupos focales. Así mismo contaba con la aprobación del personal de salud del distrito para la observación participante.

1.1. Caracterización

Nombre del Proyecto	Prevención de la Transmisión materno infantil de VIH, sífilis y hepatitis B en Puerto San José, Escuintla, Guatemala
ONG	Fundació Sida i Societat
Socio local principal	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Localización	Puerto San José, departamento de Escuintla, Guatemala
Sector de actividad	Programas de población y SR Programas de PTMI
Beneficiarios directos	Mujeres embarazadas, parejas de mujeres con VIH, sífilis y hepatitis B, hijos nacidos de madres con VIH. No se determina el número de beneficiarios directos
Beneficiarios indirectos	El MSPAS a nivel local, departamental y nacional. Población general. No se determina el número de beneficiarios indirectos.

1.2. Fechas relevantes

Fecha de inicio: 2 de Abril de 2011

Fecha de fin de la colaboración de la FSIS: 30 de abril de 2013.

El inicio de las actividades se dio el 3 de Mayo con el inicio de las capacitaciones del personal de salud, así como con el inicio de la realización de las pre-consejerías, pruebas rápidas y post-consejerías en las comunidades. La incorporación del material de IEC se dio meses más tarde, en noviembre, una vez fue validado por el PNS.

La evaluación se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo, correspondiendo la fase de trabajo de campo del 1 al 20 de abril de 2013. El traspaso de las competencias asumidas por la Fundación al MSPAS se realizó con posterioridad a la evaluación final

1.3 Breve resumen de la intervención

El proyecto pretende contribuir a la reducción de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, y hepatitis B trabajando en los distintos niveles de atención de salud con la capacidad instalada del MSPAS:

- 1° Nivel: Comunidad, centro de convergencia, Puesto de salud
- 2° Nivel: Centro de Salud
- 3° Nivel: Hospital departamental de Escuintla

Se considera necesario adoptar un enfoque integrado para vencer las barreras y desafíos en la prestación de servicios, incluyendo la verticalidad de los programas y la adjudicación de recursos. (1). Basado en ampliar el acceso a pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B en el 1° nivel de salud, de modo que las mujeres embarazadas son detectadas en la comunidad, acceden a un servicio de consejería previamente al test, son derivadas al 1° nivel de salud donde se realizan las pruebas rápidas, seguidas de un servicio de consejería posprueba y la derivación a 3° nivel de salud en caso de que éstas sean positivas para VIH o hepatitis B. En el caso de la sífilis permite iniciar el tratamiento de inmediato sin necesidad de desplazarse a otro nivel de asistencia. Se ha formado radares, comadronas, auxiliares y enfermeras del 1° nivel y 2no nivel de atención en la consejería, realización e interpretación de las pruebas. En ambos niveles se han llevado a cabo acciones de orientación, tamizaje, referencia, notificación, diagnóstico, seguimiento de los contactos y monitoreo. Así mismo se han establecido redes de conexión con el 2° y el 3° nivel de salud en la derivación y seguimiento de aquellas mujeres que hayan tenido un resultado positivo en la realización de las pruebas. En este 3° nivel, siguiendo el protocolo nacional, se lleva a cabo el manejo de las embarazadas con VIH y niños expuestos a VIH y sífilis.

Todas las actividades han generado datos recogidos en cuestionario estandarizado con la finalidad de dar respuesta a la búsqueda operativa y para generar conocimiento sobre la epidemia VIH/SIDA en Guatemala, así como evidencia en el impacto del tamizaje en mujeres embarazadas con la finalidad de ser difundido.

2. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN Y DE LOS DISTINTOS ACTORES

2.1 Formulación

Desde el año 1998 se llevan a cabo acciones específicas en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH en Guatemala, creándose en 2002 la Unidad de Transmisión Vertical con la colaboración de la OPS, UNICEF y el proyecto del Fondo Mundial.

La evaluación de la respuesta a la epidemia destaca, en 2009, la baja cobertura del control prenatal y una enorme pérdida de ocasiones para interrumpir la transmisión.

Informes de UNICEF, ONUSIDA y del PNS reportan que los indicadores en el componente de prevención de la transmisión materno-infantil muestran un ligero incremento en las coberturas de tamizaje para VIH y Sífilis; sin embargo en la última evaluación rápida realizada a la estrategia de PTMI en 2010, se puede notar brechas importantes en relación a la oportunidad,

calidad y efectividad de las intervenciones dirigidas a PTMI que corresponden principalmente a la oferta limitada de tamizaje para VIH y Sífilis en los servicios de salud de las zonas periféricas.³

Los datos referentes a detección de VIH y sífilis muestran discrepancias debido al bajo tamizaje realizado a pesar del incremento en el acceso al control prenatal.

Desde que en Diciembre de 2004 la FSIS firmó un acuerdo de colaboración con el MSPAS, se han desarrollado diferentes programas, si bien comenzó trabajando con detección de VIH en MTS, se han ido incorporado programas dirigidos a otros colectivos vulnerables.

El proyecto parte como una propuesta de la FSIS colaborando miembros del equipo de la sede en Guatemala y Barcelona; la fecha de inicio real fue el 01 de febrero de 2011. Fue presentado a la DASE en octubre de 2011 y aprobado por el PNS el 27 de marzo de 2012. Las actividades dieron comienzo el 3 de mayo de 2012. Se trata de un proyecto piloto que permite evaluar su viabilidad y puede servir como guía para la implementación del mismo en otros municipios y departamentos de Guatemala.

La formulación sigue la metodología del enfoque de marco lógico y la matriz de planificación cuenta con los elementos básicos necesarios que permite una concepción consensuada del mismo:

1. Objetivo general: Reducir la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B
2. Objetivo específico: Implementar un proyecto piloto para reducir la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y de hepatitis B en el Municipio de Puerto San José, Departamento de Escuintla.
3. Resultados: El proyecto cuenta con cuatro resultados:

I: Descritas las necesidades y situación actual de mujeres embarazadas respecto el VIH, sífilis, los servicios disponibles y el acceso al sistema de salud pública del departamento de Escuintla. Este resultado se asemeja más a una actividad que a un resultado. Se cumplió al realizar el diagnóstico situacional inicial previo a la aprobación del proyecto por el PNS. Si bien no incide directamente en la consecución del objetivo general, es de utilidad para dar continuidad a los indicadores propuestos.

II. Mejorada la prevención integral de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis en el municipio de Puerto San José. Este resultado es coherente con el objetivo propuesto. Su evaluación es de difícil medición en un proyecto de duración limitada como un proyecto piloto. La consecución del mismo se establecerá a través del alcance de las metas relacionadas propuestas. Cabe señalar que no se indica en el mismo la consecución de logros respecto a las pruebas de hepatitis B.

³ Plan Nacional para la Prevención de la Transmisión materno infantil del VIH y sífilis 2012-2016. Guatemala MSPAS, OPS

III y IV: Referidos a la elaboración de un aplicativo informático y colaboración con el Consejo Departamental (CODESIDA): No son objeto de la presente evaluación.

4. Actividades: Las actividades propuestas son coherentes con los objetivos y metas propuestos, si bien en algunos casos habrían de especificarse de forma más exhaustiva y considerar factores externos.

En el caso de *A.1.2.11 Notificación a la pareja y ofrecimiento de pruebas de VIH y sífilis a la familia de las gestantes (pareja, hijos/as)*, la realización de la notificación depende de la elección personal de la mujer diagnosticada a pesar de que se haya realizado la consejería respecto a la adecuación sobre la notificación a la pareja.

En el caso de *A.1.2.12 Referencia con acompañamiento de gestantes con diagnóstico VIH positivo al Hospital Regional de Escuintla* no se especifica quien ha de asumir el rol de acompañamiento

Se han realizado actividades que no estaban previstas en la planificación inicial:

- Asistencia técnica para el Dr. Mainor López en la implementación de las pruebas en Unión Cantinil, Huehuetenango; con el que se colaboró en logística y contribución con parte de los insumos. Los componentes del proyecto, incluidos monitoreo y reporte de datos corresponden al Dr. Mainor López
 - Colaboración con el PNS y provisión de asistencia técnica para la ampliación del proyecto a otros departamentos del país. Dicha actividad se encuentra en proceso al depender de la elaboración de un Manual de Buenas Prácticas a cargo de la evaluadora del proyecto.
5. Indicadores: Los indicadores establecidos son claros, fácilmente medibles y coherentes con las metas propuestas, si bien en el caso del indicador: *% de niños/as, hijos de madres con VIH, que recibieron sucedáneos de la lactancia materna*, no hay una actividad relacionada con el mismo y no se le ha dado seguimiento a lo largo del proyecto.

A fin de contabilizar el porcentaje de mujeres a las que se les realizaba la prueba rápida sobre el total de mujeres que acuden a CPN se contabilizó al total de mujeres que realizaba su primer CPN. En un inicio, se realizaron las pruebas a algunas mujeres que ya habían acudido con anterioridad a algún control a fin de proporcionar las pruebas al mayor número de mujeres posible, por lo que ha podido darse algún sesgo respecto a la estimación de mujeres que acuden en CPN.

En relación a los riesgos no se ha incluido en la formulación el fin de la colaboración de las actividades de la FSIS en Guatemala y España, que han podido incidir en el programa.

No se especifica de manera detallada el número de beneficiarios directos e indirectos del proyecto.

2.2 Ejecución

2.2.1 Proceso

Como se ha indicado, la fecha inicial del proyecto data del 1 de Febrero de 2011. Éste se inició con un diagnóstico de situación de transmisión materno-infantil de VIH y sífilis en el departamento de Escuintla, Guatemala, que fue presentado ante la DASE en octubre de 2011. Se discutió y decidió el municipio más adecuado para llevar a cabo la intervención, siendo seleccionado el municipio de Puerto San José.

En diciembre de 2011, el PNS revisó el protocolo del proyecto y solicitó aclaraciones y modificaciones. Tales fueron reforzar la actuación en el Centro de Salud, ampliar la meta de embarazadas que se realizan las pruebas de VIH y sífilis, e incluir tamizaje de hepatitis B.

Posteriormente se desarrollaron y diseñaron los materiales educativos, se entregaron los insumos de clínica y laboratorio, se realizó la capacitación de proveedores de salud el 3 y 4 de mayo.

El tamizaje se inició el 11 de mayo en el CS, los PS y en las 22 comunidades de Puerto San José a cargo de los 3 EBS.

Con respecto a dificultades que se han presentado en esta etapa, la aprobación al proyecto demoró medio año y esto atrasó la fecha de inicio del mismo. Las elecciones de Guatemala del último trimestre del 2011 llevaron al cambio del personal del Ministerio, el PNS y la DASE, obligando a reemprender las relaciones con el nuevo personal. La impresión y distribución de materiales educativos y de IEC se retrasaron en espera de la revisión del comité de revisadores del MSPAS y aprobación final por parte del PNS. Éstos se incorporaron a las actividades de IEC en Noviembre de 2012

La demora en estas actividades no fue considerada relevante en la consecución de los resultados por parte de la dirección del PNS si bien disminuyó el tiempo de ejecución del proyecto.

La ejecución se ha llevado a cabo por parte del personal del MSPAS de Guatemala en colaboración con el personal de la FSIS en Guatemala y con el apoyo del personal de la FSIS en Barcelona. Se ha contado con la participación de personal del PNS, de la DASE así como de capacitadores externos.

2.3 Seguimiento

Se puede considerar que el proceso de seguimiento de los procesos por parte de la Fundación ha sido exitoso.

Se ha realizado un seguimiento del proyecto de manera sistemática a través de visitas frecuentes durante los primeros meses a los proveedores de salud y comunicación directa vía telefónica. Se

han realizado controles de calidad de insumos, capacitaciones, técnicas de IEC, tamizaje de las pruebas y resolución de dudas y contratiempos que han podido surgir durante la ejecución del mismo.

Se ha contado con documentos establecidos de manera protocolarizada en el seguimiento para el monitoreo.

Se llevaron a cabo capacitaciones a los diferentes proveedores de salud a fin de reforzar los conocimientos adquiridos. Así mismo se realizó un taller no previsto en un primer momento a fin de facilitar las herramientas necesarias en la notificación de resultados ante la detección en las supervisiones del temor por parte de los trabajadores a comunicar resultados reactivos. Del mismo modo se efectuaron labores de evaluación del aprendizaje a través de un pre-test, prácticas, retroalimentación y post-test

El enfoque de las supervisiones fue de carácter participativo y valorado de manera muy satisfactoria por los trabajadores considerándola un apoyo. Se llevaron a cabo por parte de la Coordinadora de PTMI, Adriana Smith y del Coordinador de Educadores, Luis Boror.

A medida que se afianzaba el proyecto, las visitas y la participación de la Fundació fue disminuyendo de manera progresiva y se fomentó la resolución de problemas por parte de los trabajadores fomentando la creatividad y apropiación del proyecto.

Se realizó un informe de seguimiento a fecha de 29 de Agosto de 2013. Posteriormente se llevó a cabo un nuevo informe a fecha de 23 de Enero de 2013 en el que participaron Meritxell Sabidó, coordinadora de investigación de la sede de Barcelona y Adriana Smith, Coordinadora de PTMI en Guatemala.

2.4 Transferencia de las competencias

La fecha inicial propuesta para la colaboración de la intervención por parte de la FSIS era el 31 de Enero de 2013 siendo pospuesta al 30 de Abril de 2013 y coincidiendo con el cese de las actividades de la Fundació tanto en Barcelona como en Guatemala.

Dicho proyecto se lleva a cabo en coordinación con la DASE. Desde un inicio las actividades han sido ejecutadas por personal de salud del Distrito de Puerto San José. La aportación de la FSIS fueron los costos y facilitadores para capacitación, material de IEC, insumos para tamizaje, tratamiento para sífilis. Igualmente proporcionó asesoramiento y asumió labores de monitoreo. A partir del mes de mayo de 2013 las funciones asumidas por la FSIS se traspasan a al responsabilidad de la DASE.

Al cierre de la evaluación se elabora el presente documento en el que se realiza una valoración general del proyecto y una estimación de sostenibilidad y viabilidad en otros municipios y departamentos de Guatemala. Se acompaña de un Manual de Buenas Prácticas para facilitar la

implementación. Cabe señalar que se están sistematizando los datos de un último monitoreo a fecha de 30 de abril de 2013 a fin de evaluar el alcance de las metas propuestas.

Cabe señalar que la Fundació ha participado en la capacitación con enfermeras en 7 otros municipios de Escuintla para la implementación de las pruebas rápidas con embarazadas. Estas pruebas ya han comenzado a realizarse en otros departamentos si bien no en el primer nivel de salud.⁴

3. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

3.1 Pertinencia

3.1.1 En relación a la zona de intervención

Guatemala es un país predominantemente rural, tan sólo un tercio de los hogares se encuentra en zona urbana. Presenta uno de los niveles más bajos de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como uno de los países con el nivel de fecundidad más alto en América Latina⁵

En una evaluación realizada por Byelca Huamán para la UNFPA se señala que los procesos de diagnóstico, tratamiento y notificación que actualmente se ejecutan se encuentran fragmentados. Entre las recomendaciones encontramos el desarrollo de protocolos y flujogramas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de sífilis materna y congénita, la expansión del tamizaje a los niveles primarios y la posibilidad de incorporar agentes locales como las comadronas en la promoción de tamizaje y referencia de embarazadas al establecimiento.

El municipio de Puerto San José reúne las características necesarias para llevar a cabo un proyecto piloto de implementación en I Nivel de salud por las siguientes características:

- Cuenta con un programa de extensión de cobertura, que permite llevar las pruebas a los servicios de salud más cercanos a las beneficiarias directas. Es el único municipio donde los equipos de extensión de cobertura se encuentran bajo la dirección del MSPAS.
- Presenta un porcentaje elevado (73,68%) de mujeres que acuden a CPN, lo que supone una oportunidad e tamizar a un número elevado de mujeres.

⁴ Los datos empleados para este segundo punto han sido extraídos del informe de presentación del proyecto elaborado por Elsy Camey y Adriana Smith y del Informe de seguimiento para el periodo 01/01/12-31/01/2013 elaborado por Meritxell Sabidó y Adriana Smith

⁵ LINDSTROM, D y HERERA, C. *Migración interna y conocimiento y uso de anticonceptivos en Guatemala*. II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Guadalajara, México. 2006

- Cuenta con un laboratorio equipado en el que se pueden realizar las pruebas confirmatorias sin necesidad de que éstas sean trasladadas. Es coherente en una primera ejecución del proyecto la búsqueda de facilidades técnicas.
- La FSIS desarrolla sus acciones en el municipio desde 2006, por lo que están establecidas relaciones y coordinación con el distrito y desde 2009 apoya a la formación de radares en los equipos de extensión de cobertura.



Fuente: www.sidaisocietat.org

La elección de la zona de intervención resulta adecuada para el desarrollo de un programa piloto como el evaluado.

El proyecto fue muy bien recibido desde la dirección del CS, la temática abordada ya había sido expuesta como un problema de salud

“¡A mi me pareció magnífico! Porque nosotros habíamos ido a... habíamos estado inmersos en una capacitación sobre VIH en el primer nivel de atención., cosa que aquí, no se estaba llevando a cabo en Guatemala. Pero ya, que es cuando se presenta este protocolo de la Fundación, ¡A mi me pareció magnífico!” (Dirección CS)

3.1.2 En relación a las políticas de gobierno de Guatemala

El marco legal general está constituido por el Decreto 27-2000 Ley General para el combate del VIH y SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA. El acuerdo número 317-2002 Reglamento de la Ley General para el combate del

VIH y SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA. Así como la política pública 638-2005 respecto de la Prevención de las infecciones de transmisión sexual, ITS y a la respuesta a la epidemia del SIDA. Estos documentos normativos declaran al VIH como un problema social de urgencia nacional, además se delinear algunas acciones de prevención y atención frente a la epidemia y los ejes de intervención, encargando al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA establecer los mecanismos necesarios para coordinar y enfrentar el problema de las ITS y el VIH en Guatemala.

En el Plan estratégico nacional para la prevención atención y control de ITS/VIH_SIDA, Guatemala 2006-2010, contempla entre uno de sus poblaciones objetivo a las mujeres en atención prenatal, si bien en este documento se mencionan aspectos relacionados a disminuir la transmisión vertical, no propone entre sus líneas estratégicas y objetivos aspectos específicos para el control del a sífilis congénita. Del mismo modo, el Plan Nacional de la Transmisión Madre-Hijo (a) de la Unidad de prevención de la Transmisión Madre-Hijo (PTMH) del Programa Nacional de SIDA, presenta en sus líneas de acción la atención integral a la mujer embarazada, la atención integral al niño(a) expuesto hijo(a) de madre VIH positiva y lactancia artificial al hijo(a) de madre VIH positiva, sin que me haga mención a acciones concretas a desarrollar en los servicios de salud para el control de la sífilis congénita

Con posterioridad se incorporaron estrategias al Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y sífilis congénita 2012-2016. Guatemala. Las líneas estructurales del proyecto se alinean con las estrategias establecidas y el plan de implementación de las mismas, tal como se muestra en la siguiente tabla: alineación del proyecto FSIS con el Plan Nacional 2012-2016⁶

Plan Nacional Eliminación TMI VIH/sífilis congénita 2012-2016	Proyecto Prevención TMI VIH/Sífilis FSIS 2011-2013
<i>Línea estratégica 1: Fortalecer los servicios de salud para aumentar la cobertura de atención prenatal y parto atendido por personal calificado y acceso a las pruebas de tamizaje para VIH y sífilis;</i>	
Campana nacional de promoción del CPN y tamizaje	Promoción del CPN y tamizaje a nivel municipal
Capacitación a todo nivel de proveedores de salud en orientación y tamizaje	Capacitación en Orientación y Tamizaje (, pruebas rápidas, manejo de VIH y sífilis en embarazadas) para enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería

⁶ Extraído del Protocolo del proyecto: Prevención de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B en Puerto San José, Escuintla, Guatemala. Guatemala. 2011

Organizar bases comunales (redes organizadas de mujeres, redes departamentales de paternidad y maternidad) promotores y comadronas para la promoción del tamizaje en embarazadas	Capacitación a personal comunitario (comadronas, promotores y radares) para la promoción del tamizaje.
Expansión de intervenciones PTMI de manera progresiva a todos los niveles priorizando el 1er. y 2º. Nivel para ofertar orientación y tamizaje	Se captarán embarazadas con dificultad de acceso al sistema de salud, ofreciendo la posibilidad de hacer diagnóstico en puestos de salud y centros de convergencia
Provisión permanente de insumos y pruebas rápidas de VIH y sífilis para el tamizaje de embarazadas	Provisión permanente de insumos y pruebas rápidas de VIH y sífilis para el tamizaje de embarazadas
Organizar laboratorios locales	Muestras serán procesadas en laboratorio local del CS ya fortalecido por la FSIS

Línea estratégica 2: Fortalecer capacidad de los servicios para aumentar la cobertura de profilaxis del VIH y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y niños;

Provisión de medicamentos (Penicilina) para el tratamiento de la sífilis materna y los contactos en todos los niveles de atención	Provisión de Penicilina Benzatínica para tratamiento de sífilis materna y los contactos
Flujos de referencia adecuada de los casos de embarazadas con VIH	Se reforzará el circuito de referencia de casos de embarazadas VIH positivo al Hospital de Escuintla
Estandarizar el seguimiento de los niños expuestos al VIH y los casos de sífilis congénita	Se desarrollará el componente pediátrico en el aplicativo MANGUA

Línea estratégica 5: Fortalecer los sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la SC

Estandarizar los instrumentos de registro primario dentro del sistema nacional de información	Registro de datos del TVC de VIH y sífilis en embarazadas (hoja de consentimiento informado y cuestionario)
Estandarizar e implementar la ficha de notificación de sífilis congénita	Implementarla
Estandarizar e implementar la ficha de seguimiento de niños expuestos al VIH	Se ha desarrollado el componente pediátrico del aplicativo MANGUA
Capacitar a proveedores de salud en los sistemas de información para PTMI	Capacitar a proveedores de salud en el uso del aplicativo
Supervisión, monitoreo y evaluación de la estrategia ESC y VIH	Supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades del proyecto

Del mismo modo, el proyecto es coherente con el Manual para Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual con Énfasis en el Manejo Sindrómico, en el que se abordan VIH, sífilis y hepatitis B⁷

3.1.3 En relación a políticas de cooperación internacional

La OMS en los fundamentos y estrategias para la eliminación de sífilis congénita establece el compromiso político frente al problema, además de un acceso a los servicios de salud materno infantil de calidad, garantizar el tamizaje a todas las embarazadas y tratamiento a las afectadas y finalmente establecer sistemas de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación. La estrategia que promueve se basa en cuatro pilares: prevención primaria, prevención de embarazos no deseados, prevención de la transmisión y el cuidado, tratamiento y apoyar a los afectados

Tratamiento 2.0⁸ es una estrategia de ONUSIDA y OMS iniciada en 2010 diseñada para alcanzar y sustentar el acceso universal y maximizar los beneficios preventivos de la terapia antirretroviral. Enumera las cinco áreas de trabajo prioritarias y establece un marco estratégico para guiar las acciones, éstas se refieren a optimizar los regímenes de medicamentos, facilitar pruebas de diagnóstico en el punto de atención, reducir costos, adaptar los sistemas de prestación de servicios y movilizar a las comunidades. Se trata de áreas interrelacionadas y el proyecto propuesto incide directa o indirectamente en cada una de ellas.

La iniciativa regional para la Eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita propuesta por OPS, OMS y UNICEF propone líneas de acción basadas en fortalecer la capacitación de los servicios de salud materno infantil y los sistemas de salud en general, así mismo, intensificar la vigilancia de ambas infecciones e integrar los servicios de SSR y VIH.⁹ Entre los objetivos programáticos de de esta iniciativa se recoge : aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH e ITS en forma integrada con los otros servicios de salud, incluidos los centros de atención prenatal, SSR, servicios para adolescentes y de violencia de género. Igualmente se propone como objetivo aumentar la cobertura de profilaxis de VIH y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y niños a más del 95%. En este mismo documento se contempla que “un

⁷ MSPAS. PNS, Dirección de regulación, vigilancia y control de salud, Departamento de regulación de los Programas de atención a las personas. *Manual para Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual con Énfasis en el Manejo Sindrómico* Guatemala. 2007

⁸ OMS, ONUSIDA. *Marco de acción del Tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo*. OMS, 2011

⁹ OMS/OPS/UNICEF. *Iniciativa Regional para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. “Generaciones libres de VIH y Sífilis”*. 2010.

enfoque integral de la PTMI incluye intervenciones de promoción, antes del embarazo, durante el periodo prenatal, en el momento del parto, posparto y en el recién nacido.”

El presente proyecto se alinea con las estrategias propuestas por los principales actores en cooperación internacional que trabajan en torno a la problemática de VIH y sífilis en Guatemala, es pertinente con respecto a las políticas de cooperación internacional.

3.1.4 En relación a las necesidades e intereses de los beneficiarios

Desde la aparición del VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterización de la epidemia, partiendo de “grupos de riesgo” y “prácticas de riesgo”, se pasó a “situaciones y contextos de riesgo” y finalmente a “condiciones sociales del riesgo”, lo que dio lugar al concepto de vulnerabilidad.¹⁰ La situación de las mujeres en Guatemala, especialmente en el contexto rural, hace que hayan de ser consideradas como un grupo vulnerable.

Según USAID, entre los desafíos a los que se enfrenta Guatemala para mantener un índice de predominancia bajo de VIH/SIDA encontramos los niveles de pobreza, población rural aislada y la falta de oportunidades económicas y de educación.¹¹ Otros estudios destacan también las limitaciones de los enfoques puramente biomédicos que no incorporan las dimensiones socioculturales, económicas o políticas en la comprensión de VIH/SIDA y otras ITS.

Con la propuesta de un programa que permita realizar las pruebas de tamizaje en el primer nivel de atención, comunidades de las propias beneficiarias del proyecto, se permite el acceso a la formación, consejería, pruebas, acompañamiento y seguimiento de mujeres que residen en un alto porcentaje en zona rural, donde los índices de pobreza son elevados y permitiendo acceder al tamizaje y tratamientos sin costes y sin necesidad de desplazarse para recibir servicios de salud en otros niveles de atención.

3.2. Eficacia

Con la finalidad de alcanzar el objetivo general se ha implementado un proyecto piloto para reducir la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis y de hepatitis B en el municipio de Puerto San José, departamento de Escuintla se evaluará u único resultado: *Mejorada la prevención integral de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis en el municipio de Puerto San José*. La consecución del mismo es difícilmente medible en un proyecto piloto de corta duración, por lo que se realizará a partir de la consecución de las metas pertinentes propuestas y las actividades ligadas a la consecución de las metas:

¹⁰ HERRERA, C; CAMPERO, L *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*. Salud pública Méx. 2002; 44:554-564

¹¹ MORENO; A; HURTADO, JJ. *Creencias y conocimientos sobre VIH/SIDA en la población de 18 a 59 años de edad en el área urbana de San Juan de Sacatepéquez, Guatemala*. UFM. Guatemala

M1. 90% de las embarazadas que acuden a servicios de control prenatal en el distrito de Puerto San José son tamizadas para VIH, sífilis y hepatitis B

M2. 90% de las embarazadas tamizadas con pruebas rápidas reactivas para VIH, sífilis y hepatitis B acceden al resultado confirmatorio de la prueba

M3. 90% de las gestantes con un resultado positivo de la prueba rápida de sífilis recibirán tratamiento según protocolo nacional (Penibenza 2.4MUI, 3 dosis)

M4. 100% de las gestantes con un resultado positivo de la prueba confirmatoria de VIH recibe profilaxis con ARV en la UAI de Escuintla hospital de referencia.

Pasamos a revisar las actividades propuestas para obtener la información que avale la revisión de las metas:

A1. Elaboración del protocolo del proyecto, cuestionarios y consentimiento informado, estandarización de los procesos asistenciales y de diagnóstico del MSPAS (Plan Operativo).

Fue realizado y aprobado

A2: Presentación del protocolo e instrumentos ante el Comité Nacional de ética de Guatemala.

Siguiendo las directrices del PNS no fue necesario presentarlo por tratarse de una prueba piloto.

A3: Presentación del proyecto ante las autoridades locales de Escuintla, el PNS y el Programa de Transmisión Vertical:

En el informe de seguimiento se indican de manera detallada las fechas y autoridades a las que fue presentado

A4: Validación de cuestionarios y entrevistas basales para la obtención de resultados pre-intervención.

Validación realizada el 03.04.12

A5. Elaboración de la base de datos

Concluida

A6. Formación equipo PS y CS: comadronas, enfermeros/as, facilitadores, voluntarios/as comunitarios.

Se llevaron a cabo las actividades de formación al personal previsto (28 trabajadores asociados al Centro de Salud del municipio de Puerto San José), abordando las temáticas relacionadas. Se realizaron pre y post pruebas para evaluar los progresos respecto a las temáticas tratadas y se llevó a cabo un refuerzo sobre orientación ya que se detectaron dificultades a la hora de comunicar los resultados

Como actividad extra se apoyó en la capacitación de enfermeras de otros 7 municipios de Escuintla

A7. Reclutamiento de embarazadas por voluntarios comunitarios.

Cuento con los datos de monitoreo hasta fecha de diciembre de 2012. En este momento se encuentra en proceso la sistematización de datos a cierre de la colaboración el 30 de Abril de

2013. Radares, comadronas y promotores participaron en la ejecución de esta actividad. La incorporación de material como apoyo se incorporó en Noviembre de 2012.

A8. Tamizaje prenatal de VIH y sífilis y manejo de casos de sífilis

Dio comienzo el 11 de mayo de 2012, la evaluación de las metas se realiza con datos recogidos hasta Diciembre de 2012. Se detectaron 7 casos de sífilis positivos, 2 casos de falsos positivos para sífilis, 2 casos de VIH, 1 caso indeterminado confirmado negativo y ningún caso de VIH hasta la fecha del monitoreo. El alcance de las metas se evalúa con los datos del último monitoreo disponible, diciembre de 2012.

A9. Educación y consejo asistido a las gestantes.

Actividad que se ejecutó según diferentes modalidades en función de cada equipo de trabajo. En algunas ocasiones se realizó de manera individual y otras en grupo, proporcionando siempre la posibilidad de realizar preguntas y exponer dudas de manera individual durante la recogida de datos y realización del tamizaje. Esta actividad se adaptó a la realidad de cada equipo ya su modo de incorporarlo al resto de sus actividades. Dos mujeres a las que se les realizó la prueba y cuyos resultados fueron negativos no regresaron para recuperar el resultado de las pruebas.

A10. Búsqueda activa de gestantes con diagnóstico positivo de VIH o sífilis que no acuden a buscar el resultado o con tratamiento incompleto de sífilis.

Hasta la fecha del monitoreo todas las mujeres con resultado positivo para VIH habían recibido el resultado y todas las mujeres con resultado positivo para sífilis habían completado el tratamiento. Un caso surgido con posterioridad al último monitoreo reveló la falta de protocolo de actuación sobre la búsqueda activa.

A11. Notificación a la pareja y ofrecimiento de pruebas de VIH y sífilis a la familia de las gestantes (pareja, hijos/as)

Independientemente de la ejecución de la actividad (7 de los ocho casos notificaron a su pareja), existen factores socioculturales que influyen en la realización de la misma y la decisión por parte de las mujeres con resultado positivo para notificar a sus parejas. La actividad debería estar enfocada a brindar el apoyo y herramientas para hacer la notificación. No depende en última instancia de la voluntad del proyecto y ha de ser llevada a cabo por las y los beneficiarios del proyecto.

A12: Referencia con acompañamiento de gestantes con diagnóstico VIH positivo al Hospital Nacional de Escuintla

Los dos casos detectados fueron acompañados por la enfermera que realizó la prueba sin que estuviera establecido de manera protocolarizada quien debería sumir el acompañamiento.

A13. Compra, gestión de stocks y provisión de material (pruebas rápidas de VIH y sífilis, test y reactivos) a todos los niveles de atención (CS; PS)

En la redacción de esta actividad no se contempla la compra de las pruebas de hepatitis B a pesar de que fueron asumidas por la FSIS. Se asumieron las funciones tal como estaban previstas

A14. Facilitar la referencia entre los casos de VIH y sífilis diagnosticados: Comunidad-CS, CS-Hospital de referencia.

En esta actividad tampoco se contempla la referencia de casos ante un resultado reactivo a prueba de hepatitis B.

Respecto a los casos reactivos a sífilis no es necesario referirlos al Hospital de Escuintla ya que pueden ser asumidos desde el II Nivel de atención.

Cabría completar esta actividad con la propuesta de un trabajo en colaboración para el seguimiento de los casos de VIH positivos, facilitando el seguimiento y adherencia al tratamiento desde el I y II nivel de atención.

A15. Diseño y distribución de material específico para tamizaje de VIH/sífilis en embarazadas.

Los problemas surgidos con respecto a la tardanza en la implementación del material de IEC no han dependido directamente de la FSIS, sino de la aprobación. En el diseño, elaboración y aprobación de los mismos colaboraron proveedores de salud de los tres niveles de atención.

Se proporcionó, además, material de apoyo para la ejecución de las pruebas como maletines, tarjetas de notificación, manuales educativos sobre el manejo de grupos y material de oficina.

A 16. Educación sanitaria “cara a cara” para referir embarazadas a estructuras de salud (CS, PS)

Se llevaron a cabo formaciones iniciales en dos ocasiones directamente por parte de la FSIS, las siguientes formaciones se basaron en la “capacitación de capacitadores”. Enfermeras, y promotores recibían las formaciones y estos las replicaban a continuación con radares y comadronas, a través de los conocimientos y técnicas de IEC adquiridos.

Las temáticas de los mismos se ofertaban a partir de varias propuestas por parte de la FSIS y eran los mismos alumnos que decidían las temáticas en las que precisaban recibir capacitación.

A17. Charlas trimestrales de educación sobre prevención y detección precoz de VIH y sífilis y control prenatal, dirigidas a mujeres en edad fértil.

Igualmente se empleó la técnica de “capacitación de capacitadores”. Estos fueron formados en información sobre ITS, crear una agenda, guía de charlas y abordaje cara a cara, técnicas de educación para adultos y formación para la creación de planes de acción para actividades de promoción.

Las charlas realizadas se enfocaron en mujeres embarazadas a las que se le realizaba posteriormente las pruebas de tamizaje. En uno de los grupos focales se mencionó una charla a mujeres en edad fértil sin que se dispusiese de un registro escrito sobre las mismas.

A18. Entrada, control de calidad de datos y análisis de resultados.

Se elaboró una base de datos para agilizar el registro de los mismos.

A19. Evaluación post implementación del proyecto

En curso por la presente evaluación

A 20. Presentación de resultados en instituciones públicas y privadas de Guatemala

Presentación en un congreso sobre PTMI organizado por UNICEF en colaboración con el Hospital Roosevelt. Fue un tema novedoso en el congreso y según la apreciación del informe de monitoreo, muy bien recibido por los participantes.

A21 Presentación de resultados en congresos nacionales e internacionales

Se ha presentado en un congreso organizado por la USAID/PASCA en Guatemala resultados y lecciones aprendidas en la prevención y atención de ITS y VIH

A 22: Elaboración de artículos científicos

Con posterioridad a la evaluación

A 23. Seguimiento y evaluación continúa del proyecto

Las funciones de monitoreo han sido llevadas a cabo de manera sistematizada empleando una lista de chequeo. Estas funciones de monitoreo y evaluación sirvieron como punto de encuentro para la exposición y resolución de dudas y problemas surgidos en la ejecución del proyecto.

Se han registrado dos actividades llevadas a cabo que no estaban previstas en la planificación inicial:

ANP1: Asistencia técnica para Dr. Mainor López para un proyecto parecido.

Si bien esta actividad fue llevada a cabo por trabajadores de la FSIS, debería quedar al margen del planteamiento del proyecto, ya que se han asumido tan sólo parte de las funciones que han llevado a cabo en el Municipio de Puerto San José. Los resultados obtenidos no se pueden atribuir completamente a la colaboración de la FSIS y puede dar lugar a confusiones respecto a la asunción de responsabilidades logísticas, técnicas así como en el reporte de resultados y comunicación intersectorial.

ANP2: Colaboración con el Programa Nacional de VIH/SIDA y provisión de asistencia técnica para la ampliación del proyecto a otros departamentos del país.

Por tratarse de un programa perteneciente al PNS y siendo el mismo llevado a cabo como un prueba piloto, posee las condiciones idóneas para suponer un apoyo en la implementación a nivel nacional.

Una vez abordadas las actividades relacionadas con la consecución de las metas, suponen un apoyo en la comprensión del nivel de alcance de las metas.

Las metas M2, M3 y M4 fueron alcanzadas e incluso superaron las previsiones iniciales.

M1 no fue alcanzada, los porcentajes de tamizaje difieren enormemente entre CS, PS e incluso entre los tres EBS. Se exponen a continuación¹²:

¹² Datos extraídos del Informe de monitoreo de Diciembre de 2012 elaborado por Álvaro Peralta, Gaby Hernández, Luis Boror y Adriana Smith.

VIIH, Sífilis y hepatitis B. B	Mujeres que acuden a 1° CPN	Números de mujeres a las que se le realizaron PR	Porcentajes
05/12-12/12			
Centro de Salud	489	289	59%
PS Sta Isabel	37	27	73%
PS Los Ángeles	48	51	106% ¹³
Jurisdicción 1	142	52	37%
Jurisdicción 2	155	133	86%
Jurisdicción 3	107	80	75%
Total	978	632	65%

Centro de salud En el informe de monitoreo presentado en Diciembre de 2012 se puede observar que la mayor parte de las mujeres son tamizadas en el Centro de Salud. Esto puede deberse a que a pesar de que algunas mujeres tienen a su disposición las pruebas han de desplazarse igualmente al CS para realización de otras pruebas de laboratorio y seguimiento de control prenatal por parte del médico obstetra.

El porcentaje de mujeres que acuden a CPN y al que se le realizan la prueba es del 59%. No hay constancia de la pérdida de casos por parte de la enfermera que realiza la actividad de pre-consejería pero sí por parte del médico obstetra que realiza CPN.

El modo en que se procede es el siguiente:

Las mujeres han de acudir al CS para anotarse según orden de llegada y ser atendidas por el doctor, en ocasiones han de esperar horas antes de su cita. Es en la cita donde son dirigidas a laboratorio para la realización de exámenes de sangre, orina y heces y la consulta de la enfermera auxiliar para la realización de la pre-consejería. La técnica de laboratorio les asigna un número y han de esperar nuevamente para ser atendidas. Mientras tanto, se dirigen a la consulta de la enfermera donde reciben la pre-consejería. Para llegar hasta ella han de salir del CS ya que se encuentra en un edificio anexo y esperar al sol, en ocasiones de pie, para ser atendidas por la enfermera auxiliar, que además asume el programa de tuberculosis y recibe a pacientes que vienen a buscar su medicación. Reciben la pre-consejería en grupo (el número varía en función de las embarazadas habiéndose reducido a medida que avanza el programa ya

¹³ Se puede atribuir a un error en el tratamiento de los datos

que algunas de las que acuden a CPN ya se han realizado las pruebas). A continuación, cada una de ellas ha de firmar el consentimiento informado y cubrir los datos en las hojas de registro, por lo que han de esperar turno si no son las primeras. Se dirigen a laboratorio y esperan nuevamente a realizar su prueba. Se confirma que han recibido la pre-consejería al presentar el consentimiento informado firmado previamente con la enfermera. No reciben el resultado de las pruebas rápidas en 20 minutos, si no que han de esperar unas horas o regresar al día siguiente, ya que el resultado de las mismas se comunica junto con el resto de pruebas de laboratorio que se les realizan en CPN

La dificultad para acceder a la pre-consejería, pruebas y resultados puede explicar el bajo alcance en los resultados con respecto al centro de salud. En la entrevista a la enfermera auxiliar, afirmó que había entregado el resultado de las pruebas a todas las mujeres que las habían realizado.

El médico obstetra que realiza el CPN confirma si se las han hecho preguntando directamente a las mujeres cuando acuden en el siguiente control prenatal en caso de que regresen.

Puesto de Salud de Santa Isabel: Los datos de monitoreo atribuyen un 73% de mujeres tamizadas de las que acuden a CPN. La enfermera auxiliar que trabaja allí en este momento lo hace desde hace cinco meses, por lo que los datos recogidos no se corresponden en su mayor medida al trabajo realizado. La pérdida de casos de tamizaje puede deberse a la carga de trabajo, ya que en ocasiones cuando no dispone del tiempo necesario, cita a las mujeres en una fecha posterior para hacer pre-consejería conjunta.

Puesto de Salud de Los Ángeles: El porcentaje de mujeres tamizadas supera las previsiones, la enfermera auxiliar no ha reportado dificultades

Equipos Básicos de Salud: El número de mujeres tamizadas por los EBS es superior que en el caso de los Puestos de Salud. Esto puede deberse al trabajo comunitario de promotores con la ayuda de radares y comadronas, de modo que localizan a un mayor número de embarazadas en la comunidad.

Si bien no han alcanzado las metas propuestas, el EBS 2 y el EBS 3 han realizado un 86% y un 75% respectivamente. Algunas de las mujeres que pertenecen a estas jurisdicciones acuden al CS para realizar CPN, por lo que realizan allí las pruebas. En ocasiones, a pesar de realizar CPN en el servicio ofertado realizan sus pruebas en otras entidades como el IGSS.

Con respecto a la jurisdicción 1, el porcentaje es tan sólo del 37%. El bajo porcentaje puede ser debido a la alta rotación del personal de salud. El enfermero profesional a cargo cubrió el puesto el 2 de Abril. Previamente se han dado periodos en los que no había enfermero profesional asignado o profesionales que asumieron el cargo por periodos breves de tiempo.

Un factor que se ha de tener en cuenta es la ausencia de registro de mujeres embarazadas que han sido localizadas en las comunidades y no han acudido a realizarse las pruebas. En estas ocasiones acuden nuevamente a las casas en busca de las mujeres. Los motivos que pueden

llevarles a negarse a hacer las pruebas, según la opinión de los trabajadores de salud son la falta de tiempo o la ausencia de consentimiento por parte de sus parejas.

Mujeres que acuden en labor de parto al servicio de maternidad del CS: Se había previsto inicialmente la realización de las pruebas a mujeres que acudían en labor de parto al CS y a las que no se les habían realizado las pruebas. No se ha llevado a cabo. No ha quedado claro quien debía asumir las funciones de pre-consejería y realización de las pruebas, ya que no existe disposición por parte del médico obstetra ni del equipo de enfermería. Se alega ausencia de técnico de laboratorio a determinadas horas. Tampoco se ha dado un protocolo de actuación para la derivación de mujeres con resultado reactivo para VIH, a las que habría que practicarles una cesárea, y para ello derivarlas al Hospital Regional de Escuintla.

Sin embargo, sí se registra en la ficha médica de las mujeres si se les habían realizado las pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B.

3.3 Eficiencia

3.3.1 Personal

En el proyecto han participado trabajadores de los tres niveles de atención además de personal de la DASE y del PNS. Una vez presentado el proyecto por parte de la FSIS a la DASE, se contó con la participación de trabajadores de todas las áreas en el diseño y ejecución de los componentes del proyecto.

Radares y comadronas: A nivel comunitario asumieron las tareas de facilitadores en la captación de mujeres embarazadas. Su participación supone uno de los elementos clave del proyecto. Al ser personas de referencia en las comunidades y que conocen bien las zonas de intervención facilitaron enormemente la captación de mujeres embarazadas.

“Como nosotros las conocemos, entonces ya sabemos,... fulana vino, la otra no vino, ésta sí vino,....entonces las identificamos” (Promotora)

Fueron un apoyo para trabajadores del Centro de Salud ya que participaron en la promoción de las pruebas llegando a los hogares de las mujeres embarazadas y dirigiéndolas al servicio más próximo a su comunidad. Al ser conocedores de las comunidades, conocen los recursos a los que se pueden dirigir y en los que pueden incidir.

“Si porque cuando hay consulta y a mi no me queda tiempo de andar avisando, yo llego a la escuela a hablar con la directora y la directora dice ‘Niños, avisen a sus papas de que tal día hay consulta para prueba rápida...” (Comadrona).

Se cuenta con la ventaja de la colaboración previa de radares y comadronas en proyectos previos de la FSIS por lo que el nivel de sensibilización respecto a VIH y otras ITS era alto. Se sienten involucrados y apoyados por los trabajadores de salud.

Contar con el apoyo de radares y comadronas supone un factor que incrementa el acceso de un mayor número de mujeres a las pruebas, debido a que todavía existe un porcentaje considerable de mujeres que son atendidas por comadronas sin llegar a realizar un CPN institucionalizado.

Radares y comadronas conocen bien sus funciones, que no deben extralimitarlas y a quien y donde deben derivar los casos en caso de encontrarse ante situaciones que no les competen.

Reclaman una mayor colaboración con profesionales del segundo nivel de atención.

Sin embargo, el número de radares y comadronas ha disminuido en los últimos meses ya que no han recibido el estipendio de Q50 desde el Ministerio.

Respecto al área de cobertura, el descenso en número incrementa el área de cobertura para cada uno de ellos y ha dejado áreas descubiertas de algunas de las 22 comunidades.

Recibieron capacitaciones directamente por parte de personal de la FSIS y posteriormente de manera mensual por parte de promotores y enfermeras. Capacitaciones que permiten incrementar sus conocimientos y reforzar aquellos puntos en los que ellos mismo detectan debilidades. Cabe mencionar que se trata de un grupo muy feminizado. No hay ningún hombre entre las comadronas y tan sólo dos en el grupo de radares.

Promotores: El municipio de Puerto San José cuenta con 15 promotores, distribuidos en 3 EBS y que ejercen sus actividades en 22 comunidades diferentes tanto urbanas como rurales.

El número de promotores con el que cuenta el municipio es bajo ya que han de ejecutar numerosas funciones como el control y seguimiento de niño, detección de casos de malnutrición, vacunación de perros, localizar focos de riesgo frente a dengue, etc.

A nivel formativo, mostraron en su mayor parte, interés por incrementar sus conocimientos respecto de las temáticas tratadas en las capacitaciones. Presentan los niveles necesarios para llevar a cabo las funciones de promoción y detección de mujeres embarazadas. Así mismo, proporcionan soporte a la función de consejería previa a las pruebas y en los registros.

Como parte de sus funciones llevan a cabo capacitaciones de radares y comadronas. La participación e implementación de las técnicas adquiridas se ejecutaron en todas las capacitaciones observadas. Las diferencias entre ellos pueden atribuirse a las diferencias de experiencia y motivaciones personales.

Colaboraron en el diseño de materiales de IEC, lo que incrementó su participación en el proyecto y se sintieron involucrados con el mismo.

Todos los promotores entrevistados o que participaron en los grupos focales se sentían satisfechos con el proyecto, valorando de manera muy positiva las capacitaciones recibidas. Así mismo, consideraban que las técnicas recibidas podían ser implementadas en su práctica diaria de promoción de la salud.

Una de las mayores motivaciones ha podido ser el reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores jerárquicos. Una de las enfermeras, refiriéndose al equipo de promotores de su jurisdicción:

“Considero que mi personal está capacitado y es suficiente para realizar las pruebas”
(Enfermera EBS).

Entre las dificultades presentadas cabe destacar la alta rotación de promotores, de modo que siendo formados en gran parte por sus propios compañeros han de adquirir numerosos conocimientos y habilidades en un tiempo limitado. Las “labores de papelería” tal como se refieren a la cumplimentación de formularios una vez han finalizado sus actividades en las comunidades, supone un porcentaje elevado de su tiempo de trabajo, disminuyendo el tiempo que pueden trabajar directamente en la comunidad. Son frecuentes los retrasos en los pagos salariales. Los traslados a las comunidades son asumidos por ellos mismo en la mayor parte de las ocasiones Si bien estos factores no inciden directamente en la ejecución del objetivo general, pueden influir sobre las labores de promotores respecto del proyecto.

Enfermeras y Auxiliares de los EBS y PS: Asumen en su mayor parte las funciones de pre-consejería, realización de las pruebas en los centros de convergencia y PS. Han integrado estas funciones a su práctica diaria sin que ninguna de ellas reportara mayores dificultades, adaptándolas a las actividades y tiempos diarios.

No asumen funciones de reclutamiento de embarazadas pero si en el seguimiento de las mismas y en visitas domiciliarias en caso de prueba reactiva a sífilis para la continuación del tratamiento.

El empleo de los materiales de IEC y de realización de las pruebas se llevó a cabo satisfactoriamente en las observaciones realizadas, así como del registro y llenado de los formularios.

Todas las personas encuestadas se sentían satisfechas en el proyecto y consideraban positivo a nivel curricular. Valoraron de manera positiva las capacitaciones y el apoyo de la FSIS.

Las dificultades referidas se centraron en la notificación de casos positivos y en la lectura de casos indeterminados, ambos aspectos fueron reforzados en capacitaciones.

Enfermera auxiliar del CS: Asumió las funciones de pre-consejería, registro de datos y post-consejería. A diferencia de otros participantes del proyecto, el incremento de la carga de trabajo repercutía en su valoración del proyecto, argumentando una carga que impedía realizar otras actividades de manera adecuada. La enfermera asume el seguimiento del programa de tuberculosis, dando prioridad a estos pacientes sobre las mujeres que han de recibir la consejería, de modo que en ocasiones, han de esperar a que todos los pacientes del programa de tuberculosis recojan su tratamiento. No hubo disposición por su parte para asumir todo el proceso de consejería-tamizaje-consejería debido a la carga de trabajo.

Las funciones de consejería fueron realizadas correctamente, de manera participativa en las observaciones realizadas; el manejo de material de IEC fue adecuado y valorado positivamente por la enfermera.

A pesar de las dificultades presentadas, atribuibles a la carga de trabajo, valoraba el proyecto como positivo y mantiene su disposición a seguir participando.

Técnica de laboratorio: Hubo cambios de personal tras haberse detectado deficiencias.

Asumió la realización de las pruebas rápidas en el CS. Así mismo, asume las funciones de control interno de las pruebas rápidas, si bien no se realizan de manera rigurosa.

Su labor como parte del proceso de consejería-prueba-consejería se encuentra fragmentada al participar tan sólo en parte del proceso de manera técnica, sin embargo, el proyecto fue valorado positivamente en función de la facilidad de las técnicas y las ventajas para las usuarias.

El incremento de la carga de trabajo con la incorporación de funciones a sus actividades diarias no fue reportado como una dificultad.

Médico obstetra del CS: Asume la función de derivación hacia la consejería y el tamizaje cuando las mujeres embarazadas acuden a CPN. Son derivadas en la primera visita. Recibió formación en las capacitaciones a pesar de no realizar las pruebas. Asume también la verificación de la realización de las pruebas; son las mujeres en un segundo CPN quienes comunican si las han realiza. A nivel ambulatorio su función no garantiza un buen funcionamiento del programa pues no se garantiza la realización, comunicación de resultados y verificación de la realización de las pruebas.

Valora de manera positiva el programa, destaca la importancia de la realización de las pruebas y considera que ha de continuar ofertándose en la comunidad y desde el Centro de Salud.

Con respecto al equipo sanitario que atiende a mujeres embarazadas que llegan en labor de parto, se detecta un incumplimiento de la programación inicial ya que no se realizan las pruebas. Los argumentos se dirigen a la falta de técnico de laboratorio a determinadas horas, la carga de trabajo por parte del equipo de enfermería y las dificultades para programar una derivación al Hospital de Escuintla en caso de un caso reactivo de VIH. Estas dificultades no han sido expuestas ni se han debatido medidas alternativas en busca de una solución.

Personal directivo y administrativo del CS: Han asumido funciones de logística y coordinación intra- e intersectorial.

La implicación del personal ha sido muy elevada, han seguido el proyecto desde sus inicios y se muestran muy satisfechos sobre la manera en la que se ha desarrollado. Ha permitido evidenciar las potencialidades de los trabajadores de salud del municipio y han fomentado el trabajo colaborativo.

“Para nosotros, imagínese, capacitamos a nuestros promotores, porque la capacitación vino para enfermera profesional y se encargaron de las jurisdicciones, las auxiliares de enfermería,... pero no nos quedamos ahí,... se capacitaron a los promotores,... que muchas de las veces han sido ellos los que han implementado la estrategia” (Dirección CS).

La implicación para el proyecto ha sido elevada y se ha favorecido la incorporación del mismo a la programación de actividades que se dirigen desde el CS.

Las dificultades señaladas son de carácter técnico y se reclama un incremento del apoyo y la incorporación de elementos facilitadores por parte de los servicios centrales de salud.

DASE: Desde la Dirección de Área de Salud de Escuintla se asumieron funciones de coordinación, logística y evaluación de viabilidad del proyecto.

La valoración del proyecto fue positiva, destacando la importancia de la implementación de las pruebas en primer nivel de atención y la adaptación con los recursos humanos del propio servicio sanitario, sin necesidad de incorporar nuevos agentes. Se valoró positivamente la existencia de una red de trabajo comunitario previo en el municipio para favorecer el éxito del proyecto

“Hay una sensibilización previa de muchos años” (referido a las comadronas) (DASE)

Se considera que el protocolo se alinea con las políticas de salud referente a VIH y otras ITS en Guatemala y de las necesidades de la población.

Respecto a la viabilidad, se destaca la facilidad de implementación del proyecto en otras zonas siempre que dispongan de un programa de extensión de cobertura y de un correcto abordaje con los recursos humanos del servicio de salud. Se destaca que el programa de extensión de cobertura es institucional en el caso de Puerto San José. Se destaca igualmente la necesidad de incorporación de la realización de las pruebas entre los indicadores de medición de actividad y la calidad del servicio sanitario.

Son problemas de carácter estructural los que se señalan como dificultades, como la falta de comunicación y coordinación intersectorial.

PNS: Las labores que se asumieron desde el PNS respecto al proyecto se centraron en la búsqueda de alineamiento con las políticas nacionales y la aprobación del proyecto y materiales empleados en el mismo.

Se expone la necesidad de implementar proyectos de prevención de VIH y otras ITS a nivel comunitario

La valoración del proyecto es positiva aunque se destaca la falta de información acerca del seguimiento del mismo, necesaria para la programación de implementaciones futuras en otras zonas del país.

La lentitud y complejidad de los procesos burocráticos determinan en parte el alcance de los proyectos de salud.

Desde todos los niveles y sectores se valoró el papel de la FSIS como muy positivo, valorando los esfuerzos de coordinación y colaboración entre los diferentes sectores. La búsqueda de participación de todos los actores en los procesos de diseño, logística, elaboración de materiales e implementación del proyecto. El apoyo a través de las capacitaciones y el seguimiento a lo largo de la ejecución del proyecto fueron elementos clave para la implicación, el interés y la colaboración de los trabajadores de salud.

3.3.2 Infraestructura e insumos

A nivel estructural se detectó una infrautilización de los servicios públicos de salud por parte de hombres adultos, siendo un servicio casi exclusivamente utilizado por mujeres y niños. Incrementar el éxito de un proyecto pasa por potenciar el uso de los sistemas de salud públicos con el fin de que este derecho sea accesible para la mayoría de las personas. El Centro de Salud se encuentra ubicado en una zona de fácil acceso, sin embargo no cuenta con ningún tipo de señalización ni indicación que aumente su reconocimiento. Por otra parte, hay una aceptación de los trabajadores de salud respecto al bajo uso de los servicios sociales por parte de hombres, que acuden al Seguro Social (IGSS) o a clínicas privadas, habiéndose normalizado esta situación. En la cosmovisión de muchos hombres en Guatemala persiste la idea de fortaleza y hombría y la necesidad de mostrar su alta capacidad de sufrimiento ante la enfermedad, por lo que acuden en pocas ocasiones a los servicios sanitarios. La colaboración de las estructuras sanitarias con el tejido comunitario es importante para analizar esta situación y dar a conocer las consecuencias de este hecho para que la comunidad responda desde el conocimiento al tiempo que se respetan sus valores.

Desde un punto de vista estructural, fue labor de la FSIS el establecer las tareas de coordinación entre niveles, gestión de los materiales, creación de registros, monitoreo y facilitadores de evaluación. La DASE también asumió funciones de logística respecto a pruebas e insumos.

Desde el inicio del proyecto, éste fue presentado a todos los niveles de salud y a nivel institucional, de modo que todos los actores involucrados estuvieron al corriente del mismo, se realizaron labores de monitoreo y control de calidad. Sin embargo, desde nivel central se evidenció una falta de comunicación de los avances del mismo por parte de la FSIS. Si bien, a nivel oficial, el traspaso de información no corresponde a la fundación, sino que ha de realizarse a través de los formularios SIGSA; por tratarse de una prueba piloto con previsiones de implementación futura en otras zonas del país, hubiese sido positiva una comunicación más fluida de los avances del proyecto y seguimiento de los casos entre niveles.

Otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de trabajo. La medición del trabajo de promotores, auxiliares y enfermero se realiza a través de indicadores. La realización de las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B no se encuentran entre los indicadores de actividad al no encontrarse la detección y tamizaje de mujeres embarazadas entre las primeras prioridades de país en salud.

Considero correcto el tratamiento que se ha llevado a cabo con los insumos por parte de la FSIS, se registraron en la bodega de la DASE y se suministraban de la bodega del Centro de Salud. Los problemas en el suministro de pruebas de hepatitis B se debieron a la falta de existencias desde los laboratorios que habían de suministrarlas.

La gestión de material desde la bodega del Centro de Salud es lenta y complicada.

Es necesario cubrir formularios y realizar las demandas en los tiempos estipulados para recibir el material. El control de material se gestionado de manera exhaustiva y detallada sin que se hayan detectado problemas en la distribución. Sin embargo el acceso a los materiales es complicado, tanto en el material de IEC como de los materiales para la realización de las pruebas.

Los EBS no disponen de una nevera en la que puedan almacenar las pruebas. Han de solicitar las llaves a laboratorio, acudir a la sala de la nevera y comprobar que disponen de material. En caso de que no sea así, deben hacer una solicitud a la bodega e ir de nuevo a la sala a buscarlas. Luego han de acudir a otra sala para recoger las pilas. Si al regreso del trabajo en las comunidades la técnica de laboratorio está ausente, han de cambiar nuevamente las pilas de la heladera, en la que se almacenan las pruebas rápidas hasta el día siguiente en que la técnica de laboratorio les entrega las llaves de la nevera destinada a su almacenamiento.

El resto de insumos para realizar las pruebas (lancetas, capilares, papel mayordomo,...) también fue proporcionado por la FSIS, sin reportar mayores incidencias. Tan sólo se indicó que no disponían en todas las ocasiones de papel mayordomo, que fue sustituido por otro de similares características disponibles para los trabajadores de salud. Una de las enfermeras señaló que las neveras portátiles entregadas por FSIS resultaban pequeñas y no resultaban muy prácticas.

En referencia al material de IEC, la participación en el diseño y aprobación de los materiales por parte de todos los actores implicados es un factor favorecedor a la hora de dar continuidad al proyecto. El primer diseño propuesto fue adaptado según las propuestas del PNS. Si bien la validación de los materiales ha sido lenta y ha sido necesario modificarlos en alguna ocasión, valoro como muy positivo la búsqueda de aprobación desde la Fundación en todos los niveles de salud y a nivel del Programa Nacional de VIH/SIDA.

Con respecto al manejo del material de promoción, podemos considerar el procedimiento como exitoso ya que todos los materiales que se han elaborado han sido empleados y valorados de manera correcta. Las mantas vinílicas y afiches se encuentran en lugares visibles. Los promotores valoraron como muy positivos la entrega de volantes a la hora de citar a las mujeres, ya que sirve como recordatorio y como muestra de una citación personal. Playeras y mochilas son utilizadas por el personal de salud, en algunas ocasiones lo emplean para trabajar de manera sistemática.

Entre los materiales de apoyo para IEC, el rotafolio es empleado de manera sistemática para dar las charlas, he podido observar que es un elemento de apoyo y una guía en las pre-consejerías en mayor medida que en el caso de las post-consejerías. Las mujeres tamizadas lo han considerado claro y completo. El personal de salud que realiza las pre-consejerías también lo valoró positivamente y ha sido utilizado en todas las pre-consejerías que fueron observadas.

Se crearon manuales educativos para los promotores a fin de facilitar ideas de dinámicas y estrategias para el manejo de grupo. A pesar de una valoración positiva de los mismos y su

utilidad en otras tareas diarias, su acceso estaba limitado por las dificultades de acceder a ellos en la bodega.

El material necesario para la realización de las pruebas no es llevado cada vez que auxiliares o enfermeras acuden a un centro de convergencia. La carga de material que han de transportar en cada salida es uno de los motivos principales. Cabe destacar las dificultades de transporte, en ocasiones han de movilizarse por sus propios medios y asumir el gasto de combustible. Programan una fecha para convocar a las mujeres y ese día realizan las consejerías y el tamizaje de pruebas.

Al inicio de la intervención se produjo un problema con la ruptura de la cadena de frío, pruebas que resultaron alteradas. Dichas pruebas fueron detectadas y se comprobó que se trataba de las pruebas que se habían llevado hasta los centros de convergencia y no se habían utilizado. El problema se palió adjudicando a cada EBS un termo para el transporte de las mismas, lo que muestra la capacidad de reacción ante los imprevistos que se pueden haber presentado.

Los registros propuestos por la FSIS para el registro y control de los datos referentes a las mujeres embarazadas que realizan la prueba son fácilmente cumplimentables y recogen la información necesaria para un correcto seguimiento. En un futuro cabría plantear la opción de incorporar estos datos a los formularios del SIGSA 6 que recoge datos referentes a VIH e ITS.

No se señaló ningún reporte negativo respecto a los formularios de registro elaborados por FSIS; se deduce por tanto, que resultan prácticos para su cumplimentación y que contienen toda la información necesaria para el registro de datos.

3.3.3. Proceso

Capacitaciones: El proyecto se inició con la capacitación del personal implicado. En ellas participaron trabajadores de todos los niveles de salud, de la DASE y del PNS, lo que es muy positivo al permitir conocer el proyecto y las temáticas tratadas, fomentar la comunicación y coordinación entre niveles y a nivel institucional, reforzar aspectos colaborativos y la integración entre niveles en un sistema de salud que a nivel estructural presenta problemas de fragmentación.

“Se capacitó a todo el personal, a los radares, a las comadronas, a todo el personal, a todos, Todos sabían que papel jugaban y que les competía a cada uno. Desde radares, comadronas, el personal de enfermería, los promotores. Nosotros, como personal administrativo que dirigía eso, también fuimos capacitados” (Administración del CS)

Las temáticas tratadas se adecuaron a las necesidades, y se trataron no únicamente aspectos clínicos sino habilidades y técnicas comunicativas que facilitaron las tareas de IEC y que son

aplicables a otras actividades y programas del sistema sanitario y comunitario. Se contó con la opinión de los alumnos a la hora de la elección de las temáticas tratadas, se integró a sus horarios laborales y se contó con la participación de expertos en las diferentes materias.

Las capacitaciones observadas se llevaron a cabo mediante técnicas dinámicas, fueron participativas y se generó interés por las temáticas en todos los grupos observados. Resultó un espacio para la resolución de dudas y para compartir experiencias vividas en su labor profesional.

“Bien, nos capacitaron sobre cada concepto de cada infección, sobre el tamizaje, hicieron demostraciones y todo, el llenado de las SIGSAS y de toda la papelería a cargo,... (...) y los encargados estuvieron siempre al pendiente; incluso nos dieron acompañamiento a las comunidades para dar ese tipo de capacitación” (Enfermera EBS).

Permitió fomentar la creatividad y apropiación de su trabajo.

Fue uno de los puntos más valorados del proyecto desde todos los niveles, el 100% de los entrevistados lo mencionaron entre las fortalezas del proyecto. El incentivo de que se realizase en lugares agradables y contasen con refacciones fue muy bien valorado por los alumnos y puede ser considerado una recompensa por su implicación y labor profesional.

Los profesionales expresaron su deseo y la necesidad de mantener estas formaciones. Debido a la alta rotación del personal de salud y la heterogeneidad de las labores que realizan, su demanda es coherente.

“Siempre nos tomaban en cuenta a la hora de las capacitaciones a todo el grupo, y nos ayudaron bastante en el sentido de que.... Nos daban técnicas, como nosotros transmitir los mensajes, charlas, o buenas capacitaciones ¿Verdad? Porque a veces hay diferentes formas de transmitir un mensaje.... Y siempre en las capacitaciones y talleres que nos daban, siempre nos ayudaban en ese sentido, de cómo facilitar nosotros la transmisión de los mensajes” (Promotora de salud)

Las formaciones son replicadas posteriormente a radares, comadronas, en la comunidad y entre los propios compañeros, de modo que la información llega a aquellos trabajadores que no las han recibido. Un promotor recientemente incorporado:

“La jefa (enfermera profesional) me habló de las pruebas,..., en los pequeños ratos que tenemos ella nos va dando los tips” (Promotor de Salud).

Captación de embarazadas: En este proceso intervienen principalmente radares, comadronas y promotores. Estos trabajadores comunitarios conocen bien la comunidad ya que los programas de extensión de cobertura y la colaboración con referentes de las comunidades funciona desde hace años. Las mujeres de la comunidad también pueden reconocer en su mayor parte a radares y comadronas. Se da una comunicación fluida con las comunidades y acuden a ellos con asiduidad cuando tienen un problema de salud.

Realizan una búsqueda activa de embarazadas cuando advierten que alguna de ellas no ha acudido a realizar las pruebas en el CC; su implicación con el proyecto es adecuada. Una mayor implicación de los líderes comunitarios facilitaría el acceso a parejas de mujeres embarazadas, quienes, en muchas ocasiones toman las decisiones respecto a cuestiones de salud de las gestantes.

Se valora el empleo de los materiales de apoyo, como las hojas de citación, consideradas por las mujeres como una cita personal incrementando su compromiso a la hora de acudir a los CC y PS.

Pre-consejería: Se han dado diferentes modalidades para realizar la pre-consejería. Algunos equipos la realizaban de manera individual y otros en grupo, en función de las localidades en las que trabajaban, el número de mujeres que acudían a realizar las pruebas.

Con finalidad práctica, en la mayoría de las ocasiones se preveía una fecha determinada en la que la enfermera auxiliar o profesional efectuaba las pruebas. Se realizaba la pre-consejería en grupo, incrementando la participación de las mujeres. Las consejerías se centran principalmente en la exposición de la información que aparece en el rotafolio. Las pre-consejerías observadas fueron participativas y se plantearon cuestiones e impresiones. Valoro de manera positiva un espacio compartido en el que se trata el tema de VIH y otras ITS, rompiendo tabúes todavía existentes acerca de las ITS.

“Te soy sincera, es mejor en grupo, porque a veces, de manera individual, la persona puede ser un poquito tímida y no expresar lo que siente pero si están en grupo, porque siempre va a haber alguna más curiosa que otra, más preguntona. Ella se lanza a dar la pregunta. Las demás se sienten, como con un poquito más de valor para poder preguntar (...) ya cuando pasaban aquí, ya le preguntaban a uno directamente” (Enfermera de EBS)

Como ya se ha comentado, en el CS de salud es circuito se muestra deficitario. El tiempo de espera entre la consulta de CPN en las que son captadas y la realización de la pre-consejería es prolongado en muchas ocasiones. Se da en función de la atención a usuarios de otro programa de salud por parte de la enfermera a cargo del programa.

Posteriormente, las mujeres reciben atención individualizada; se registran los datos y se les pregunta nuevamente si tienen alguna duda. Firman el consentimiento informado.

En caso de que las mujeres no acepten realizar las pruebas se ha de hacer un registro de esos casos a fin de explorar las causas que motivan tal rechazo.

“Yo ya les digo: Anoten, anoten,... Porque uno no puede forzarlas si no quieren” (Administración del CS).

Tan sólo se han reportado dificultades en la cumplimentación de los registros en el CS, ya que si la enfermera encargada del programa se encuentra ausente, no se ha realizado en algunas ocasiones. Ella misma comunicó el problema a sus compañeras y en sus últimas ausencias debido a vacaciones o capacitaciones las habían cumplimentado correctamente.

Realización de las pruebas: Se ha observado la técnica para la realización de la prueba en CC y PS por parte de enfermeras auxiliares y enfermera profesional. Las técnicas observadas se realizaron de manera correcta con un buen empleo del material y respetando las normas y tiempos. Cabría señalar la necesidad de formación en caso de incorporación de nuevo personal. Se objetivaron dificultades en un trabajador que no había recibido las capacitaciones.

Se ha de reforzar el empleo de guantes y la búsqueda de condiciones de luz adecuadas para la lectura de las pruebas. En todas las ocasiones se realizaron de manera individualizada y tan sólo el equipo de salud y la mujer tamizada tuvo acceso a visualizar las pruebas.

En el caso del CS, las pruebas son realizadas por la técnica de laboratorio, a la que presentan el consentimiento informado previamente firmado con la enfermera que ha hecho la pre-consejería.

Post-consejería: El resultado de las pruebas se realiza igualmente de manera individual. Es uno de los elementos que más se ha reforzado en las capacitaciones debido a las dificultades para la comunicación de resultados en caso de pruebas reactivas.

“La mayor dificultad fue dar un resultado... Los resultados, cuando los daban en la capacitación, de la pre-consejería y la post-consejería y de cómo dar un resultado... ¡Qué bonito la teoría y todo, pero ya la realidad... dar un resultado....uno es humano pues, ¿Verdad? Y ver a esa persona en el momento de dar el resultado.... Ya quisiera uno estar a la par también con ellos” (Enfermera de un EBS).

La post-consejería es más breve en caso de un resultado negativo. No se han observado post-consejerías tras un resultado positivo.

Una de las dificultades de la post-consejería es la conllevada de la notificación a la pareja.

Se dio algún caso aislado que causó problemas al equipo de salud debido a la reacción por parte de la pareja de la mujer. En una ocasión, se dio un caso de una prueba rápida reactiva para un caso de sífilis. La enfermera profesional administró penicilina benzatínica tal como está protocolizado. El resultado fue indeterminado en la prueba confirmatoria y hubo de realizar una segunda extracción de sangre. El resultado de esta prueba no le fue comunicado sino que se enteró de manera casual el mismo día que acudió a visitar a la paciente para realizar la segunda inyección de penicilina. El embarazo llegó a término pero el bebé falleció, la madre se encontraba molesta con la enfermera profesional ya que la familia atribuyó el fallecimiento del bebe a la inyección administrada. Podría suponer una falta de confianza por parte de mujeres enfermeras con respecto a la confianza en el sistema sanitario.

A veces cuando nos salieron así, señoras con sífilis, sí se molestaron un poquito porque decía, ¿Cómo va a ser eso? Que yo no tengo esa enfermedad,... Y después fueron a otros lugares a hacerse la prueba y sí les salió que estaban malitas” (Promotor).

En este proceso es valorado por las mujeres el poco tiempo de espera para poder obtener los resultados, hecho que no se da en el CS, ya que las mujeres acuden horas más tarde y se les

entrega el resultado de todas las pruebas realizadas, esta parte del proceso es asumida por la persona que hizo la pre-consejería, siendo nuevamente un profesional diferente del que asumió la etapa anterior. En el mismo caso del CS, se señaló el tiempo de espera entre la CPN y la consejería como un inconveniente.

Un tercer caso de prueba reactiva a VIH se ha detectado recientemente en uno de los Puestos de Salud, a pesar de los esfuerzos por parte de la enfermera auxiliar a cargo, no se ha podido dar seguimiento al caso por el momento debido a la negativa de la mujer a acudir al Centro de Salud.

Repetición de las pruebas: En un primer momento se preveía realizar nuevamente las pruebas en el tercer trimestre de embarazo, sin embargo, no se da en todos los casos. Uno de los motivos puede ser que muchas de las mujeres que acuden a CPN lo hacen cuando su embarazo está avanzado. No se da una detección temprana óptima para la obtención de resultados previos a las 20 semanas de gestación, antes de las cuales se debe administrar el tratamiento de penicilina benzatínica en caso de prueba reactiva a sífilis.

“Está normado, existe una norma del Ministerio, pero ¿Qué es lo que sucede? En nuestro país, las guatemaltecas van a un control prenatal una vez; entonces, en ese momento hay que hacerle todos los exámenes... el problema es que si en el hospital no le vuelven a hacer, puede ser que esa mujer haya sido detectada en un periodo de ventana en el cual haya dado negativa, ahí queda positiva....” (Técnica PNS)

Sin embargo, he podido observar mujeres, que por iniciativa propia acudían en tercer trimestre de embarazo a repetir las pruebas, lo que indica un buen trabajo en las consejerías realizadas la primera vez que hicieron las pruebas, un incremento del nivel de conciencia en torno a las pruebas y la creación de una necesidad a la que hay que dar respuesta.

Notificación a la pareja: se evidencian las dificultades en la notificación a la pareja. De los ocho casos con resultados positivos a alguna de las pruebas, en tan sólo uno de ellos se dio de manera ejemplar.

“El problema sería de tomarse el valor porque no es nada fácil contárselo a su pareja, ¿Verdad? Decir: Mira, yo tengo esta enfermedad,... Y que quiera o no depende de la mentalidad de cada persona. También de la pareja, como lo va a tomar. Yo pienso que sí sería bastante difícil de que se haga el conocimiento de su pareja” (COCODE PSJ).

Factores socioculturales y percepciones acerca de la sexualidad juegan un papel determinante en la notificación a la pareja. Se han dado casos de reacciones negativas y agresivas de cara al personal de salud, que han sabido afrontar y han contado con el apoyo de compañeros y de FSIS. Se consideró necesario reforzar la capacitación respecto a la notificación de la pareja.

El CS cuenta con la colaboración a tiempo completo de una psicóloga a la que no se le ha planteado la posibilidad de asumir funciones de refuerzo en la notificación y el seguimiento de

manera protocolarizada. En alguna ocasión ha dado soporte mostrando interés personal por el proyecto.

En todos los casos se ofertó la posibilidad de realizar la prueba a las parejas de las mujeres con resultado reactivo a alguna de las pruebas; si bien, en tan sólo uno de los casos la pareja aceptó realizarse la prueba rápida con el mismo equipo que la había realizado a la mujer, lo que pone en evidencia la necesidad de un trabajo comunitario de sensibilización respecto a ITS, realización de las pruebas, confianza en el sistema público de salud y responsabilidad comunitaria.

Seguimiento de casos reactivos: En el caso de prueba reactiva para sífilis, se debía administrar una primera dosis de penicilina benzatínica, la extracción de sangre venosa para prueba confirmatoria en el Centro de Salud y se realizaban visitas domiciliarias para administrar las siguientes dosis. Los beneficios de una primera administración de penicilina en el mismo momento superan las dificultades que se puedan dar ante un resultado “falso positivo”. Se han de dar las explicaciones necesarias sobre la inocuidad de las inyecciones para el bebe y evitar el riesgo de la pérdida de casos positivos.

Tras el caso reportado con anterioridad que causó dificultades en un EBS, la enfermera de dicha jurisdicción esperaba a tener el resultado de la prueba confirmatoria antes de administrar la primera dosis de penicilina. La toma de decisiones unilaterales y sin consensuarse previamente con todo el equipo puede resultar negativa para la marcha del proyecto. En este caso, la enfermera esperaba contar con un apoyo mayor por parte del equipo directivo del CS.

En el caso de pruebas reactivas a VIH, se deriva a las mujeres a la UAI del Hospital Nacional de Escuintla. El acompañamiento por parte del personal de salud está previsto en la formulación del proyecto, si bien no se indica con claridad quien ha de asumir esta función. En una ocasión, la enfermera profesional acompañó a la mujer embarazada y permaneció con ella toda la jornada. Es necesario evaluar la viabilidad de esta opción e incluirla en el protocolo de actuación frente a un caso positivo.

“Nosotros nos comprometemos a poner la ambulancia y a tratarla como una urgencia médica independientemente del estado gestacional de la paciente, en el momento que es captada, nosotros la enviamos con una enfermera profesional, en la ambulancia, la llevamos a la Clínica de Atención Integral para que reciba entonces allá la debida atención. No la dejamos sola, porque estamos conscientes de que muchas de estas pacientes no tienen dinero, ... de que no conocen, ... es increíble, ... pero que no conocen el Hospital y se pierden, ... ¡Es increíble! Pero es cierto” (Dirección CS)

Una vez la mujer es asumida desde la UAI, no se realiza retroalimentación ni trabajo colaborativo entre los diferentes niveles de salud. Éste podrá ser considerado óptimo para garantizar un correcto seguimiento, la adherencia al tratamiento y la detección de

complicaciones debe realizarse desde el primer o segundo nivel de atención, por lo que la comunicación intersectorial debe ser más fluida en este sentido.

El seguimiento de casos reactivos ha de abordarse desde un punto de vista técnico pero también se ha de contemplar el impacto que puede suponer en la mujer, las problemáticas que se le pueden presentar al afrontar una enfermedad de transmisión sexual: las implicaciones para su bebé, la notificación a la pareja, el seguimiento, dificultades de carácter económico para ella y su familia, el riesgo de estigma y discriminación en la comunidad. Se han de tener en cuenta las diferentes consecuencias en función de si se trata de un caso de VIH, sífilis o hepatitis B. En el primer caso se requiere un seguimiento prolongado, a lo largo de toda su vida mientras en caso de sífilis o hepatitis B, a pesar de que se ha de tratar el tema de la notificación a la pareja y planificación familiar, se trata de situaciones más agudas y la aceptación del tratamiento y de la enfermedad puede ser mayor.

Registros de calidad: Se realizaron registros de calidad por parte de FSIS de manera sistemática mensual, lo que permitió detectar el problema de ruptura de la cadena de frío mencionado previamente. Considero importante mantener estos registros de manera sistemática, tanto para el control de calidad de las pruebas como técnicas de la realización y lectura de los resultados.

Monitoreo: las funciones de monitoreo también han de considerarse como parte del proceso al haberse empleado como un punto de encuentro en el que se trataban dudas, se exponían problemas que se daban y se trataba de buscar una solución conjunta. Sirvieron así mismo como refuerzo de las capacitaciones y supervisión de las técnicas para realizar las pruebas. La valoración de las mismas ha sido positiva por parte de los supervisados y de la fundación.

Algoritmos de actuación:

Hepatitis B: A nivel nacional no existe un protocolo de actuación frente a una prueba reactiva de hepatitis B. Las pruebas se incluyeron al tratarse de una prioridad para el país presentando una incidencia moderada del 2-7%, pero no existen estudios previos en el municipio. Se ha de tener también presente la estrategia por parte del ministerio para la vacunación de todos los recién nacidos en las primeras 24 horas como medida preventiva para hacer frente a la hepatitis B.

“No está normado el que a la mujer embarazada se le haga prueba de hepatitis B. Nosotros lo metimos ahora en la estrategia porque (...) es una oportunidad para referirla, tamizar a la familia, porque puede ser que, de plano, el esposo puede estar infectado... y los niños también. El plan es normar la hepatitis B, pero aunque no esté normada, por lo menos PTMI está involucrando hepatitis B” (técnica PNS).

No ha causado interferencias en la marcha del proyecto, pero ha sido debido a que no se ha dado ningún caso de prueba reactiva a hepatitis B.

Frente a un caso reactivo a la prueba de hepatitis B se indicaba la derivación al Hospital Roosevelt, en Ciudad de Guatemala, donde cuentan con un protocolo interno de actuación. Se ha de establecer un protocolo claro de actuación previamente a la ejecución de las pruebas para

poder dar respuesta y actuar de manera consensuada, ofertar un correcto seguimiento de la mujer y del niño.

Sífilis: El protocolo de actuación frente a un caso de sífilis positivo propuesto por la FSIS era acorde con los lineamientos nacionales. Permitía abordar los casos sin necesidad de derivar los casos al tercer nivel de salud, por lo que no fue necesario el desplazamiento de las mujeres.

Una primera dosis de penicilina Benzatínica era administrada en el momento de detección, dos inyecciones posteriores a intervalos de una semana eran administradas directamente en el primer nivel de salud.

Las dificultades que han podido presentarse se han dado frente a resultados indeterminados y la falta de coordinación con el laboratorio para conocer el resultado de las pruebas confirmatorias. No se había determinado que el resultado de la prueba confirmatoria debía transferirse a los equipos de salud para actuar en función de los mismos. Esto pudo causar malentendidos entre los profesionales de salud con la paciente y familiares directos.

VIH: El protocolo de actuación frente a un caso de VIH positivo propuesto por la FSIS era acorde con los lineamientos nacionales.

Se estableció de manera clara los pasos que se habían de seguir frente a un caso reactivo y contemplaba la derivación a la UAI del Hospital Nacional de Escuintla.

En el proceso de derivación se recogía el acompañamiento de la mujer embarazada pero no se indicaba el profesional de salud que asumiría tales funciones.

Se basa en la derivación de la mujer al tercer nivel de salud, donde se continúa el seguimiento, se programa la cesárea y la administración de TAR. Desde la UAI se hace seguimiento del niño y se proporciona lactancia artificial.

La realización de las pruebas rápidas en los servicios de neonatología en el tercer nivel de salud sólo se da en aquellos hospitales que cuentan con una UAI, por lo que se muestra deficitario en este sentido.

Una vez detectados los casos, éstos son asumidos en su totalidad por el tercer nivel de atención, perdiendo la ocasión de un trabajo en cooperación que se habría iniciado en el momento de la detección. Desde el primer y segundo nivel de atención se podrían mejorar aspectos como la detección de problemas asociados, parte del seguimiento evitando algunos desplazamientos o la adherencia al tratamiento y planificación familiar.

3.3.4 Ejes transversales

En la evaluación de factores que puedan permear o dificultar la intervención y afectan a la forma en como se logran los resultados y su permanencia se han de tener en cuenta factores sociales y contextuales, detectando varios puntos a analizar

Respecto cuestiones relativas a los Derechos Humanos de las personas que conviven con VIH y otras ITS, el tema se abordó en las capacitaciones aunque no se dedicó ninguna de ellas exclusivamente al tema. Todas las personas entrevistadas implicadas en la ejecución del proyecto mostraron sensibilidad respecto al tema, aunque denunciaron la necesidad de continuar trabajando con la cuestión en la comunidad. Conocen el derecho a tratamiento gratuito, seguimiento y utilización de los servicios de salud.

“Todo eso, hacerlo de conocimiento porque fíjese que somos ignorantes en esto (...) la discriminamos y todo, entonces esta persona se va a sentir mal, baja su autoestima, en fin,... pasan un montón de cosas, que esta persona se puede decir, que se expulsa de la sociedad; ese es el problema mayor que existe” (COCODE PSJ).

Se reportaron algunos casos de dificultades de personas con VIH que conviven en la comunidad, se comentó el caso de una persona que tuvo que cambiar de lugar de residencia ante la discriminación que sufría por parte de sus vecinos.

“Lo que más mata a las personas es la discriminación, el rechazo que una les tiene cuando sabe uno que tienen la enfermedad” (Promotora).

La implicación de los líderes comunitarios es esencial para abordar temas referentes a sexualidad e ITS. Si bien, se les dio a conocer el proyecto su implicación con el mismo fue relativa. Colaboraron en ocasiones en la facilitación de CC y charlas, pero no se propuso una colaboración directa para extender el mensaje a toda la comunidad, en concreto a hombres, siendo estos en muchas ocasiones quienes toman las decisiones respecto a cuestiones de salud de las mujeres.

“Sí tuvimos experiencia de dos señoras que por el esposo, no se la quisieron hacer, ellos no querían que se las hicieran (...) no llegamos a hacérselas, y ya no tuvimos oportunidad de volvérselas a hacer” (Enfermera del Centro de Salud).

Existen creencias y tabúes sobre sexualidad y reproducción derivadas de la religiosidad católica que pueden intervenir en la decisión de algunas mujeres para realizar las pruebas rápidas. Las cuestiones de género fueron abordadas desde el proyecto siguiendo los objetivos de la Fundación, de las políticas nacionales y de las necesidades de la zona. Las nociones de conyugalidad y nupcialidad conllevan roles sexuales definidos por medio de formas de poder asimétricas que son sostenidas por ideologías de género.

La etnicidad es un tema a tener en cuenta, las creencias acerca de las posibles renuencias de mujeres y hombres indígenas para realizarse las pruebas y hacer uso del sistema sanitario son negativas por parte de personas de las zonas urbanas, no siendo así en la zona rural

“Son como nosotros... la mayoría de indígenas están de acuerdo,... y a mi me admira como reaccionan.... A mi me gusta trabajar con indígenas” (Comadrona).

Las cosmovisiones acerca del rol de la mujer en la sociedad están muy arraigadas y pueden influir directamente en discriminación y estigma acerca, no sólo de casos positivos, sino del

hecho de la realización de las pruebas. El equipo de salud es consciente de las dificultades y se da un trabajo activo por parte de los trabajadores de salud, hay un especial énfasis desde la dirección del CS. En las consejerías se ofrece a las mujeres la posibilidad de apoyo psicológico y acompañamiento.

Respecto a las diferencias que se pueden dar entre las zonas rurales y las urbanas, los trabajadores sanitarios señalaron un mayor conocimiento sobre VIH y otras ITS en las zonas urbanas relacionado con el nivel de estudio, datos ya destacados en el diagnóstico de salud inicial. Sin embargo, la aceptación de las pruebas, en opinión de los equipos de salud, es mayor en las zonas rurales. El temor al estigma y la discriminación en las zonas urbanas es mayor.

3.4 Impacto:

Por tratarse de una prueba piloto no cabe la posibilidad de evaluar la consecución del objetivo general del proyecto: Reducción de la transmisión materno-infantil de VIH y la incidencia de sífilis congénita y hepatitis B en el municipio de Puerto San José, departamento de Escuintla”.

Sin embargo se debe tener en cuenta

Satisfacción de las usuarias:

Las mujeres valoraron de manera positiva el poder realizar las pruebas en el CC o PS sin necesidad de desplazarse hasta el CS, en zonas que se encuentran muy alejadas, con transporte deficitario y situaciones económicas precarias resulta muy positivo. La fiabilidad de las mismas no depende del lugar de realización.

“Lo importante es estar bien uno, no importa el lugar donde vaya” (Mujer embarazada).

A pesar de realizar las pruebas rápidas en las proximidades de su domicilio, las mujeres embarazadas han de desplazarse hasta el CS para recibir CPN. Este factor no ha sido señalado por las usuarias pero si se ha contemplado desde el nivel institucional.

Con respecto al profesional que realiza las pruebas, tan sólo una de las trece entrevistadas mostró su preferencia por el médico, argumentando un mayor nivel de conocimientos. El resto de las mujeres entrevistadas valoraban de manera positiva que una persona cercana a la comunidad las ejecutara.

Las mujeres muestran preferencia por recibir las consejerías en grupo, compartirlo con otras mujeres incrementa su nivel de confianza y disminuye el miedo de enfrentarse a las pruebas y ser juzgadas por el hecho de hacerlas.

“Había otras personas que estaban interesadas en saber (...) Pudimos oír preguntas que otras hicieron, estar con las otras también ayuda....” (Mujer embarazada).

Ninguna mujer reportó objeciones respecto a la fiabilidad de la prueba, si bien, se ha presentado un caso de un resultado indeterminado que resultó negativo finalmente y repercutió negativamente en el nivel de confianza en el equipo de salud.

Con respecto a la confidencialidad, mostraron total confianza en el equipo de salud que realiza las pruebas. Sin embargo, cabe reportar que algunos radares y comadronas apuntaron a la posibilidad de que algunas mujeres acudieran a otras comunidades para realizarse las pruebas.

Se han ampliado los conocimientos en mujeres embarazadas respecto a las enfermedades, prevención, actitudes en caso de pruebas positivas y derechos de las personas con VIH. La labor de los trabajadores comunitarios incrementa la responsabilidad de las mujeres frente al embarazo

“Quería que me hicieran exámenes, que como estaba la niña y que yo no tenía ninguna enfermedad en la sangre.” (Embarazada).

Se ha incrementado el número de mujeres embarazadas que conocen su estatus referente a VIH, sífilis y hepatitis B y se ha ofertado a la prueba a mujeres que residen en localidades de difícil acceso al Centro de Salud.

“Bien, bien. el bebé está sano, le han hecho las pruebas y está sano. (...) Uno queda conforme y contento porque sabe que uno está sano; y el marido de uno también está sano. (...) con él fue lo mismo” (mujer con resultado reactivo a prueba de sífilis).

Se han facilitado herramientas para incrementar el apoyo en la notificación a la pareja, así como el apoyo por parte de profesionales del centro de salud, incluyendo la participación de la psicóloga del Centro de Salud.

Repercusión en el personal y sistema de salud:

Podríamos hablar del impacto del proyecto en el personal de salud, siendo muy significativo el empoderamiento, sintiéndose partícipes del proyecto.

Yo digo que sí, ¡Y lo he visto! Porque realmente no hemos estamos muy involucrados en los últimos dos tres meses. En los últimos tres meses, ha sido más apoyo en los promotores. Las enfermeras, siento yo, que han sistematizado bastante bien el procedimiento, que es un proyecto del ministerio, ¡Es de ellos! Nosotros, proveemos los materiales, les dimos el impulso inicial, ellos lo tomaron así como suyo, asumieron el proyecto y es de ellos (FSIS)

En el monitoreo llevado a cabo en el mes de diciembre de 2012 se reportó que el 80,95% del personal estaba involucrado y apoyando el desarrollo del proyecto.

“La fortaleza es el involucramiento que hay, digamos, tanto de la Fundació como de las personas, este, ... yo creo que esto es muy importante, porque de verdad, te abre a las personas, te abre a cualquier posibilidad, las personas te ven con confianza... Y el que ellos se sientan también involucrados, se sientan parte y tomen decisiones dentro del proyecto, eso es una de las mayores fortalezas” (FSIS).

Valoraron muy positivamente la distribución de materiales en la promoción de los servicios. Todos los involucrados colaboran en el desarrollo de estrategias para la prevención de la infección. En un ejercicio de autoevaluación, un 95.23% reportó que los equipos utilizan las medidas necesarias en la realización de las pruebas.

Uno punto positivo ha sido la integración del proyecto en las actividades diarias de los trabajadores, si bien, pudo incrementar en parte la carga de trabajo, coordinaron las actividades del proyecto con sus funciones diarias

“Nosotros lo que hacemos es como un tipo censo, que vamos captando una embarazada, le tomamos sus datos.... Porque cada trimestre igual tenemos que presentar ese censo.... Y se ve ahí, pues, cuales tienen su control, y sus pruebas ¿Verdad? Y si hay alguna que no haya venido, se le hacía la invitación” (Promotora de salud).

Es destacable la colaboración por parte de los diferentes actores del proyecto, de modo que se ha fomentado la comunicación entre niveles de actuación así como con los organismos de salud a nivel regional y estatal. La participación de todos ellos es un garante en la continuidad del proyecto

“Hay objetivos y metas claras para el proyecto. Todo lo que se va encontrando colateralmente, no se desatiende. Se busca la referencia, se establece; y eso hace que haya mayor relación entre niveles de atención. Y eso es una de las cosas que se mejoró muchísimo” (FSIS).

Las actividades de capacitación fueron altamente valoradas por todo el personal de salud entrevistado, tanto respecto a los temas tratados, los formadores, las técnicas empleadas y la posibilidad de replicarlo en otros interventores del programa y en las mujeres embarazadas no sólo respecto al proyecto de PTMI sino a otras temáticas.

Los trabajadores del sistema de salud mostraron su satisfacción respecto al proyecto de manera general y al incremento de las pruebas de tamizaje y seguimiento de los casos reactivos a alguna de las pruebas.

“Lo más importante para nosotros es detectar a las embarazadas, hacer las pruebas rápidas, y a las que les salió reactivo, pues se le dio seguimiento. Fue una de las mejores satisfacciones que pudimos tener” (Auxiliar enfermería EBS).

Los trabajadores de la FSIS están muy satisfechos con el proyecto, tanto en el diseño como ejecución y los resultados. Los elementos que más se han destacado ha sido el haber colaborado en el fomento de la comunicación y cooperación entre sectores de salud, la calidad de las capacitaciones y el empoderamiento de los trabajadores de salud, que se reconozcan sus funciones, su implicación y colaboración con el proyecto.

“Me siento bien de participar en el proyecto y de estar cerca, y también de relacionarte con otras personas, la cuestión humana... Eso de relacionarte es muy positivo, y te llena de tanta energía... Creo que hay mucha fuerza y muchas ganas y creo que la gente tiene muchas ganas de hacer, y de participar. (...) ¡Ves que hay gente que tiene el don! (...) La gente se va dando cuenta que puede hacer una diversidad de cosas, ... Ese tipo de cosas, te hacen sentir satisfecho, o que estás haciendo algo, y que te da más fuerza para seguir” (FSIS).

Con respecto a las dificultades que se han podido encontrar, a nivel logístico ha sido el transporte a las comunidades por parte de los promotores ya que no disponen en todas las

ocasiones de transporte facilitado por el sistema de salud y han de desplazarse por sus propios medios.

Repercusión en la comunidad:

A nivel comunitario se informó a COCODES y líderes locales del proyecto. Algún radar y comadronas forma parte de los COCODES en algunas comunidades por lo que conocen mejor el programa. De todos modos, no se puede considerar que se haya dado un impacto directo a corto plazo en las comunidades.

En la entrevista a uno de los COCODES en la comunidad de Los Milagros, mostró interés por conocer el proyecto y ofreció su colaboración para darlo a conocer a nivel comunitario, sin embargo, lo desconocía hasta ese momento.

El enfoque del proyecto se ha centrado exclusivamente en mujeres embarazadas; considero necesario implicar a toda la comunidad en cuestiones referentes a PTMI

“Está bastante difícil, porque las familias son las familias y ellos viven a su manera, (...) tal vez lo podríamos hacer por medio de salud, haciendo capacitaciones para toda la comunidad, porque una persona que sea HIV positivo, no es un problema, se puede convivir, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias para no ser contagiado” (COCODE).

4. 5 Sostenibilidad y viabilidad

Respecto a la viabilidad, continuidad del proyecto así como la implementación del mismo se han de tener en cuenta diferentes factores:

Se ha de asumir una alta rotación por parte del personal de salud en todos los niveles; de modo que se ha de prever la capacitación de los nuevos agentes respecto al tamizaje de pruebas rápidas

La provisión de insumos será asumida por el Ministerio de Salud a partir del mes de Mayo. Es responsabilidad del Ministerio la provisión de los mismos para dar continuidad al proyecto.

Por tratarse de una prueba piloto supervisada por la FSIS el nivel de implicación personal y el apoyo por parte de la Fundación ha sido de gran importancia en la consecución de las metas alcanzadas. Se ha de prever a quien se adjudicarán las funciones asumidas hasta el momento por la Fundación.

Participación de los 3 niveles de salud en el diseño e implementación del proyecto, así, la Dra. Samayoa del PNS; Dra. Figueroa de la DASE, Dra. Méndez de la UAI, y el Dr. Reyes del Centro de Salud en las capacitaciones lo que permite conocer e implicar todos los niveles de salud tanto en el diseño del proyecto como en las actividades de capacitación de los ejecutores, permitiendo conocer las dificultades y aspectos a tener en cuenta en el desarrollo práctico del mismo. Los trabajadores del Centro de Salud también han sido invitados a participar en el diseño del proyecto o aportar sugerencias lo que incrementa la implicación de los mismos.

El proyecto fue valorado altamente positivo por las personas consultadas, tanto a nivel comunitario, por parte de mujeres que se habían realizado la prueba, dos de ellas con resultado positivo, y líderes locales, como por parte de los ejecutores del programa: comadronas, radares, promotores, auxiliares, enfermeros, técnico de laboratorio, médicos del centro de salud y servicio de administración. Se puede hablar del proyecto como un elemento que ha incrementado el acceso a conocimiento sobre VIH, sífilis y hepatitis B, al mismo tiempo que ha incrementado el acceso al tamizaje. Podemos hablar de una necesidad creada, ya que algunas mujeres se acercan a los EBS, PS o CS demandando las pruebas.

Respecto a la implementación en otros municipios y departamentos del país, es valorado como positivo desde el área de salud de Escuintla y el Programa Nacional de VIH/SIDA. El acceso a los servicios de salud en otras zonas es más complicado que en el caso de Puerto San José, por lo que el hecho de realizar las pruebas en las comunidades sería un factor favorecedor en la captación de mujeres y la realización de las pruebas. Se ha de tener en cuenta que no todos los municipios cuentan con un programa de extensión de cobertura, y que salvo el caso de Puerto San José, el resto pertenece a ONG, por lo que habrían de integrarlo en sus programas.

El programa se ha ejecutado sin que se haya incrementado el personal de salud del ministerio, el no incrementar de manera excesiva los costos de los servicios favorece el mantenimiento del mismo.

“El mismo ejecutor principal fue el Ministerio de salud, no se contrató mayor personal, y eso al mismo tiempo, le da sostenibilidad” (FSIS).

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

- El empleo de pruebas rápidas que no precisan un laboratorio equipado, se pueden hacer en la comunidad y no precisan de personal técnico especializado, es un elemento importante en una zona en la que se ha señalado por parte de las instituciones un número insuficiente de personal de laboratorio especializado. Al mismo modo, en zonas alejadas en las que el acceso a los servicios sanitarios supone un costo elevado en respecto a costes económicos y de tiempo, favorece el acceso de mujeres embarazadas al acceso a las pruebas de tamizaje.
- Ha favorecido el acceso a consejería y tamizaje de pruebas rápidas en VIH, sífilis y hepatitis B a mujeres embarazadas en el primer nivel de atención a través del incremento del porcentaje de mujeres que acceden a las pruebas y las localidades donde son ofertadas
- Incrementa el número de mujeres que acceden al servicio de salud al reforzar la búsqueda activa de mujeres embarazadas para primer control prenatal.

- Ha permitido la colaboración entre los diferentes niveles de salud, elemento favorecedor no sólo con respecto al proyecto, sino también como fortalecedor del Sistema de Salud
- Ha contado con la participación de todos los actores del proyecto, tanto en el diseño, logística, diseño de materiales, capacitaciones, controles de calidad; lo que permite una apropiación de cada uno de ellos respecto al proyecto y crea un precedente en la colaboración intersectorial en salud
- La alta rotación de los profesionales de salud limita el éxito del proyecto ya que no han recibido las capacitaciones iniciales, han de recibir formación respecto a un amplio número de temas en un tiempo limitado y el seguimiento y la supervisión es menor que al inicio del proyecto.
- Un equipo de salud estable fortalece el tejido comunitario, permite un mayor conocimiento de las comunidades en las que se trabaja y favorece la comunicación de los agentes comunitarios (radares, comadronas y líderes locales) con los que se trabaja en red.
- Un elemento a destacar serían las capacitaciones, en ellas se han abordado temáticas que han de afrontar a diario los trabajadores, fortaleciendo sus conocimientos al respecto. Se han utilizado técnicas dinámicas y participativas y se ha instruido para la implementación de las mismas. Ha potenciado la creatividad y el empoderamiento de los trabajadores. Ha sido muy valorada por todos ellos como estrategias para su trabajo, implementación en otros campos y reconocimiento de sus competencias y esfuerzo de su trabajo
- Se han presentado algunas dificultades a lo largo del desarrollo del proyecto, como las dificultades en la notificación de los resultados o un circuito deficitario en el segundo nivel de atención. En cada uno de los casos, las dificultades han sido detectadas y se han buscado soluciones de manera cooperativa y consensuada. Se ha de tener en cuenta que, por tratarse de un proyecto piloto, pionero en el país, no contaba con marcos de actuación de referencia que pudieran servir como guía y prever dificultades que se hayan podido presentar.
- En el protocolo inicial del proyecto se indicaba la realización de las pruebas a mujeres que acudían en labor de parto al Centro de Salud y que no habían sido tamizadas previamente. En un principio comenzaron a realizarse las pruebas, pero fueron disminuyendo a lo largo del tiempo y en el momento de la evaluación ya no las realizaban. Este momento coincide con una etapa de traspaso del proyecto en el que realizaban menos supervisiones por parte de FSIS en el terreno. Se destaca a necesidad de supervisiones y pruebas de calidad a nivel institucional para garantizar la buena marcha del proyecto.
- Respecto a la relación con la comunidad, podemos considerar que existe una infrautilización de los servicios de salud ofertados desde el MSPAS. Son principalmente mujeres y niños los que acuden a estos servicios, por lo que llevar a cabo educación sanitaria a toda la comunidad supone trabajar desde el primer nivel de atención, directamente en cada una de las comunidades. El empleo de técnicas de IEC a nivel comunitario incrementaría los conocimientos acerca de

VIH y otras ITS, disminuiría la renuencia que se presenta a realizar las pruebas, y con ello, una disminución del estigma y la discriminación.

En definitiva con la ejecución de este proyecto a través de la integración de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B en el primer nivel de atención a través de la integración de las pruebas en el programa de actividades de los propios trabajadores del sistema de salud y colaboradores en la comunidad, junto con la participación y en todas las fases del proyecto de todos los niveles de salud y de las instituciones nacionales a cargo ha repercutido positivamente a través del siguiente:

- Incrementar la calidad de salud de madres y niños ofertando la posibilidad de realizar pruebas en etapas tempranas del embarazo, mejorando las posibilidades de un embarazo que llegue a buen término, así como un seguimiento adecuado de madres, parejas y recién nacidos.
- Incrementar la oportunidad de realizar las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B.
- Beneficios en las mujeres que viven lejos del centro de salud, reduciendo los costos económicos del transporte y optimizando el empleo del tiempo.
- Incrementar los conocimientos acerca de las ITS de manera directa e indirectamente a través de las formaciones y refuerzos impartidos a los trabajadores del sistema sanitario y colaboradores en las comunidades.
- Fortalecer el tejido comunitario al potenciar la comunicación en las comunidades referente a temáticas de salud con repercusión social.
- La oportunidad de ofertar las pruebas a las parejas de mujeres embarazadas con resultado positivo incrementa la implicación de los mismos en los procesos de salud
- Fortalecimiento del sistema de salud al haber implementado el proyecto a través de la estructura sanitaria existente y sin necesidad de incrementar el personal sanitario.
- La formación del personal sanitario ha permitido incrementar la calidad de su trabajo así como su motivación y satisfacción laboral.
- Detección de servicios existentes y optimización de los mismos, incrementando su eficacia.
- Disminución a largo plazo de los costos en salud al detectar de manera preventiva casos de VIH positivos y reduciendo la posibilidad de recién nacidos con resultados positivos.

El modo en que se mide el éxito de los proyectos no debería centrarse únicamente desde un punto de vista técnico a través de la consecución de los resultados y metas propuestas. Además del conocimiento y los recursos, lo que termina siendo verdaderamente efectivo en el éxito de un proyecto es la motivación de las personas que creen en él. Se han de valorar así mismo factores como el enfoque adoptado a través de funciones de acompañamiento más que de dirección, la posibilidad de participación y colaboración entre los diferentes actores del

proyecto, la toma de decisiones conjunta en función de las necesidades expresadas por las comunidades, los proveedores de salud y los ejecutores del proyecto, trabajando desde el cooperativismo. Se ha de valorar el empoderamiento de los trabajadores, el compartir procesos, la simplificación, la innovación, la accesibilidad, equidad y buscar el compromiso de la comunidad. Se han alcanzado objetivos que no estaban previstos inicialmente en el proyecto como fomentar la comunicación y colaboración entre los diferentes niveles de salud, hacer frente a la fragmentación del sistema sanitario y crear un sentimiento de posibilidad entre los trabajadores. El mayor éxito del proyecto ha sido el de iniciar este proceso, con mayor potencia, fuerza y vigor que un resultado estadístico.

Lo considero altamente exitoso.

4.2 Recomendaciones

Personal

- Capacitar a todos los trabajadores de salud que vayan a formar parte de la implementación de proyectos similares en otras zonas. Éstas deben estar dirigidas a todos los niveles de salud y abordar tanto temas respecto a la realización de las pruebas, como técnicas de IEC y participación comunitaria, factores socioculturales como estigma y discriminación, cuestiones de género, violencia y Derechos Humanos.
- Limitar en la medida de lo posible la alta rotación del personal de salud.
- Fomentar la capacitación entre compañeros para paliar la alta rotación del personal de salud y a modo de supervisión y refuerzo de los conocimientos adquiridos.
- Establecer de manera clara a quién se debe dirigir cada miembro del Equipo en caso de presentar dudas una vez haya finalizado la colaboración por parte de la Fundación.
- Fomentar el empleo de técnicas de educación para adultos, IEC de carácter participativo en el desarrollo diario de las funciones de los trabajadores de salud, especialmente aquellos que trabajan en contacto directo con las comunidades.

Infraestructura e insumos

- Potenciar las áreas de trabajo prioritarios en las estrategias de intervención: Adaptar los sistemas de prestación de servicios, movilizar a las comunidades, optimizar los regímenes de medicamentos, facilitar pruebas de diagnóstico en el punto de atención y considerar costos.
- Adoptar un enfoque holístico y sistémico, desde una perspectiva comunitaria. Considerar que cambios de comportamiento a nivel individual se pueden traducir en cambios en la comunidad.
- Discutir a nivel institucional la pertinencia del tamizaje de hepatitis B entre las pruebas rápidas en función de un estudio de base exhaustivo y los costos de la implementación de las pruebas.

Asegurar así mismo, que se disponen de pruebas fiables y aprobadas a nivel nacional y local previamente a la implementación del programa.

- Potenciar la promoción de los servicios de salud por parte de los sistemas de salud públicos, con el fin de que este derecho a la salud sea accesible para la mayoría de personas. Existe una baja demanda de los servicios de salud público por parte de ciertos sectores de población, especialmente en el caso de hombres adultos. Una buena promoción de los servicios podría incrementar la utilidad y proximidad de los servicios, de modo que la educación en salud alcanzase una proporción mayor de población y labores preventivas y de detección sean aceptadas y se puedan ejecutar.

- Incrementar el nivel de comunicación entre niveles de salud, de modo que la marcha del proyecto, la consecución de las metas propuestas, el seguimiento de los casos sea accesible en los diferentes niveles.

- Se han de fortalecer los sistemas de comunicación de datos entre sectores y niveles de salud, a fin de poder establecer estadísticas y comparativas para el seguimiento del proyecto.

- Se ha de implementar un protocolo de actuación por parte de los hospitales en el caso de mujeres que llegan en labor de parto y que no han sido tamizadas para las pruebas. En la actualidad tan sólo se garantiza la realización de las pruebas, el tratamiento con TAR y la programación de cesárea en hospitales que cuentan con una UAI. Así mismo, en las plantas de maternidad se ha de garantizar la existencia del tratamiento para poder proporcionar a mujeres con resultado reactivo para VIH.

- Considerar la integración de las consejerías y tamizaje como indicadores de actividad de promotores, auxiliares y enfermeras de modo que sea asumido como parte de sus funciones.

- Integrar la realización de las consejerías y pruebas en las planificaciones mensuales de las actividades de los trabajadores de salud, manteniéndolas en la medida de lo posible.

- Facilitar un acceso simplificado a las pruebas y a los insumos, de modo que no se de una pérdida de tiempo y puedan controlar fácilmente el material. La posibilidad de disponer de un refrigerador en cada uno de los EBS puede facilitar los trámites para disponer de las pruebas y el control de insumos. Así mismo, sería de utilidad disponer de termos un poco más grandes en los que quepan más pilas.

- La provisión de insumos será asumida por el Ministerio de Salud a partir del mes de Mayo. Es responsabilidad del Ministerio la provisión de los mismos a fin de garantizar un abastecimiento adecuado.

- Incluir los materiales creados desde las capacitaciones como técnicas de abordaje, pruebas rápidas, planificación familiar y otros temas en el Manual que promotores utilizan como referencia para llevar a cabo su trabajo.

Procesos:

- Se ha de revisar el proceso en el segundo nivel de atención. Una única persona del CS debería asumir la responsabilidad de todo el proceso, del mismo modo que se desarrolla en el caso de los EBS y PS a fin de evitar tiempos de espera innecesarios para acceder a consejería, tamizaje y obtención de prueba. Conllevaría una disminución de los tiempos de espera, se eliminarían eslabones intermedios reduciendo así el riesgo de pérdida de casos y se incrementarían los niveles de confianza, la garantía de la confidencialidad de los datos se verían reforzada.
- Elaboración de un algoritmo detallado en caso de pruebas reactivas. Por ejemplo, en el caso de VIH positivo se menciona derivación a las UAI. En el caso de los casos positivos encontrados hasta el momento, las mujeres fueron acompañadas hasta el Hospital Regional de Escuintla por la persona que había detectado el caso. En caso de implementación del Programa en otros municipios y continuidad en el PSJ se ha de aclarar quien asume la función de acompañamiento y que quede reflejado en el algoritmo de actuación.
- Reportar casos y seguimiento de mujeres que no se han querido hacer la prueba. Se ha de intentar conocer los mecanismos por los que han optado a negarse a hacer la prueba, a fin de conocer si es conveniente actuar sobre ellos.
- En el caso de mujeres que acuden al servicio de maternidad en labor de parto, se habría de garantizar el acceso a las pruebas. Si bien los datos sobre la realización de las pruebas queda recogida en la Historia Clínica cuando llegan al CS, se ha de ofrecer la posibilidad de realizar las pruebas y establecer un protocolo claro de derivación ante un caso reactivo de VIH, a fin de que sean trasladadas al Hospital Regional de Escuintla para que se le practique una cesárea.
- Ofertar apoyo psicológico en el primer nivel de atención para facilitar notificación a la pareja, aceptación de los resultados y apoyo familiar.
- Garantizar la confidencialidad de los datos y resultados de las mujeres embarazadas a través del énfasis en los trabajadores de salud y un cuidadoso y correcto almacenamiento y tratamiento de los registros e informes médicos.
- Se han de establecer indicaciones claras con respecto a los controles de calidad internos y externos de las pruebas de tamizaje. Quien o quienes han de realizarlo, el registro del mismo, el modo de procedimiento y la comunicación de los resultados a quien proceda.
- En el seguimiento de la paciente se ha de mantener la comunicación y coordinación de todos los niveles de salud a fin de facilitar el seguimiento, identificar problemas de salud que puedan surgir y resolverse en el primer nivel de atención como el apoyo psicosocial o la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda en un primer momento establecer tiempos de monitoreo, supervisión y evaluación cortos, de modo que se permita resolver de manera rápida y eficiente los posibles inconvenientes que se puedan presentar en el proceso de implementación del proyecto en otros municipios y departamentos.

- En previsión de implementaciones futuras, el proyecto ha de adaptarse a las necesidades geográficas de cada una de las zonas, de modo que se establezcan planes de acción por los propios ejecutores del proyecto, conocedores de las mismas.

Ejes transversales:

- Se ha de buscar la colaboración de líderes locales y puntos estratégicos a fin de alcanzar el mayor número de población posible, de modo que la sensibilización respecto a las ITS y la necesidad de realizar las pruebas se extienda a toda la comunidad y todas las personas que participen en la toma de decisiones respecto a la realización de las mismas dispongan de la información necesaria para adoptar disposiciones libres de prejuicios.

- Se ha de abordar el estigma y la discriminación en la presentación del proyecto como uno de los ejes transversales en todas las etapas y desde todos los niveles de salud.

- La educación en salud a adolescente y en general a toda la comunidad, puede reducir factores de riesgo en la transmisión, reducir el estigma y la discriminación e incrementar el conocimiento sobre VIH, sífilis y hepatitis B. Se ha de recurrir a técnicas participativas y de educación para adolescentes y adultos, además de adecuarlas a las necesidades y demandas de la población.

- Localizar los recursos comunitarios que puedan ofrecer apoyo psicosocial frente a situaciones de estigma y discriminación referentes a violencia de género, etnicidad o estatus serológico y darlos a conocer en las charlas de consejería a mujeres embarazadas y resto de la comunidad.

- Incorporar la capacitación respecto a los conceptos de estigma, discriminación y Derechos Humanos en las capacitaciones a los trabajadores de salud encargados de PTMI.