



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

Informe del avance en la integración de las Consejerías de Planificación Familiar y de VIH en el MINSA (2006 – 2010)



Managua, Nicaragua. Mayo de 2010

Este reporte fue preparado por USAID/HCI Nicaragua para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en Nicaragua. El Proyecto de Mejoramiento de Atención en Salud (HCI) es posible gracias a la generosa colaboración del pueblo los Estados Unidos a través de USAID. El Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID es manejado por URC bajo el contrato número GHN-I-03-07-00003-00.

Informe del avance en la integración de las Consejerías de Planificación Familiar y de VIH en el MINSA (2006 – 2010)

Managua, Nicaragua. Mayo de 2010

Lo descrito en la presente publicación no expresa el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Agradecimientos

Al personal de las unidades de salud, principalmente, médicos, enfermeras y personal de laboratorio, por su disposición y esfuerzos para lograr avances y resultados en la implementación de la consejería integrada PF/VIH.

A las autoridades del MINSA Central y SILAIS, quienes con liderazgo efectivo y dirección técnica, guiaron a los equipos de mejoramiento en las unidades de salud en la implementación de la consejería integrada PF/VIH.

A las agencias de cooperación y sus proyectos, quienes en alianza articularon acciones y recursos para el avance logrado.

A la Asociación de Infectología de Nicaragua, por su valioso aporte técnico-científico.

A las personas que proporcionaron valiosa información para elaborar este Informe.

Contenido

Introducción	9
El diagnóstico sobre VIH/sida 2005	9
La estrategia para la consejería integrada PF/VIH	10
• Acciones generales realizadas	10
• Colaborativo de mejoramiento	11
Los resultados relevantes	12
A. En cuanto a políticas e insumos	13
B. En cuanto a los procesos	13
C. En cuanto a los resultados del proceso de integración PF/VIH	14
D. Balance general según el Plan de Acción	15
E. Resultados presentados en gráficos	17
Los retos y la asistencia técnica requerida	19

Tablas y gráficos

Tabla 1. Usuaris de Planificación Familiar en Nicaragua de acuerdo a su condición respecto al uso de métodos anticonceptivos en el período de 2007 al 1er trimestre de 2010.....	15
Tabla 2. Balance general según el Plan Acción.....	16
Gráfico 1. Incremento de la consejería a partir de la integración de VIH y PF. Junio 2005 - Febrero 2009	17
Gráfico 2. Incremento del número de pruebas de VIH. Enero 2005 a Diciembre 2009	17
Gráfico 3. Número de condones distribuidos a través de las consejerías de VIH y PF. Junio 2005 - Febrero 2009	18
Gráfico 4. Incremento de la Consejería y Prueba Voluntaria de VIH en MEF y embarazadas. Ocho SILAIS del País: Chinandega, León, Estelí, Nueva Segovia, Madriz, Masaya, Rivas, RSJ. Abril 2006 - Junio 2007	18

Informe del avance en la integración de las consejerías de Planificación Familiar y de VIH en el MINSA (2006 – 2010)

Introducción

Este Informe del avance en la integración de las consejerías de PF y VIH se elaboró a solicitud de USAID, cuyo interés es valorar el proceso y los resultados logrados, enfocar la cooperación hacia su fortalecimiento, así como ofrecer al Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) y otros organismos, información útil para acciones relacionadas. Su contenido se obtuvo de fuentes documentales y de aportes de personas entrevistadas del MINSA (central/local) y de USAID/HCI.

Desde el 2006, el MINSA, con apoyo de USAID, a través de su Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud-HCI (antes QAP/USAID) y de otras Agencias de Cooperación, está implementando la consejería integrada PF y VIH, en las unidades de salud, con prioridad en la atención a mujeres en edad fértil y embarazadas, así como a grupos en situación de riesgo, pero con el interés de llegar a toda la población para la prevención, detección y atención del VIH/sida.

Así mismo, Nicaragua asumió en el 2007, el compromiso ante ONUSIDA de cumplir la meta de que al 80% de las embarazadas se les realizaría la prueba de VIH con su consentimiento.

Cuando el MINSA inició la integración de las consejerías PF/VIH, los programas nacionales respectivos funcionaban separados en lo organizativo y programático; sin embargo, PF obtenía buenos resultados en el uso de anticonceptivos (69% - Endesa 2001 y 72.4% - Endesa 2006-2007), principalmente por la implementación de nuevas estrategias de consejería y de distribución de métodos anticonceptivos, lo cual constituía una fortaleza para iniciar la integración.

En países con epidemias concentradas, tal como Nicaragua, la consejería integrada PF/VIH se considera una oportunidad para favorecer el acceso de

poblaciones más vulnerables a la información sobre la prevención de la infección por VIH, así como para la detección para evitar la transmisión vertical, aprovechando los servicios de planificación familiar.

El diagnóstico sobre VIH/sida 2005

Un antecedente importante de la integración fue el diagnóstico sobre los niveles de desarrollo y organización de los servicios de consejería en planificación familiar y en VIH/sida¹, a mujeres en edad fértil, realizado en el MINSA con el apoyo de QAP/USAID en el 2005.

Algunos resultados del diagnóstico del 2005 mostraron que no se había formulado una política para integración de las consejerías PF e ITS/VIH/sida, que se reflejaba en un limitado acceso y oferta de pruebas para VIH en los SILAIS, debido a un deficiente suministro de insumos en los laboratorios, así como por la falta de un sistema de referencia, contrarreferencia y monitoreo de las muestras y de los resultados.

Otro resultado fue que existía una pobre integración de trabajo entre las consejerías de planificación familiar y de VIH/sida. Igualmente, pobre relación entre los hospitales y las unidades del primer nivel de atención, para la debida articulación de las acciones de prevención y manejo del VIH/sida.

También mostró que había escasa privacidad y confidencialidad para la consejería y realización de la prueba de VIH, aún cuando a nivel de los hospitales existían clínicas destinadas para planificación familiar.

Finalmente, que se observaba actitudes de estigma y discriminación, así como una pobre sensibilización

¹ Estudio sobre la Prestación de Servicios para la Prevención y Atención al VIH/sida por parte del Ministerio de Salud en Nicaragua. QAP/USAID. Diciembre 2005.

sobre VIH/sida, entre trabajadores del MINSA y población en general.

Estos resultados sirvieron para determinar las acciones de la estrategia de integración de las consejerías PF/VIH.

La estrategia para la consejería integrada PF/VIH

El manejo que se estaba haciendo sobre el VIH, desde el punto de vista epidemiológico, no estaba cumpliendo su cometido de abordar a todos los pacientes. Por otro lado, se sabía que la mujer era una de las principales víctimas; entonces, se concluyó en que el pensamiento de que alguien pueda ser portador de VIH debía aplicarse para todos los pacientes, principalmente las embarazadas. Así mismo, se sabía que la mujer recibe atención mediante la planificación familiar, el control prenatal y la morbilidad en general, por lo tanto, se debían integrar estas oportunidades para que todos los médicos sean capaces de abordar el VIH mediante una consejería mínima y luego se siguiera la ruta que estaba establecida.

Es por esa razón que, en un primer momento, la consejería integrada PF/VIH se implementó en la atención a embarazadas a fin de reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH al niño, ya que se puede evitar mediante una oportuna atención a la mujer. Así mismo, en la atención a las mujeres en edad fértil, debido a que el servicio de planificación familiar es la oportunidad en que se puede abordar el VIH en cuanto a la prevención por la protección dual con métodos anticonceptivos.

En un segundo momento, con el nuevo modelo de atención, se ha orientado para toda la población en edad fértil y/o en situación de riesgo, que es atendida en las unidades de salud para brindarles los diferentes servicios.

Acciones generales realizadas

Las acciones importantes que constituyeron la estrategia nicaragüense de integración PF/VIH son:

1. Conformación de un Grupo Técnico integrado por representantes de: MINSA Central

(Dirección de Hospitales, Programa Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia -CNDR); Asociación Nacional de Infectólogos, Agencias y Proyectos (UNICEF, OPS, USAID, QAP, PASMO), quienes en la etapa inicial articularon las acciones para el desarrollo de la estrategia de integración PF/VIH.

2. Formulación, en el 2006, de un Plan de Acción con el apoyo de QAP/USAID denominado: Integrando al Programa de Planificación Familiar la consejería y toma voluntaria de prueba para el VIH con enfoque de aseguramiento de la calidad en el Ministerio de Salud, indicando pautas para cambiar el abordaje gerencial del VIH, de ser un programa vertical, a convertirse en un componente transversal, con visión de atención integral incorporándolo en todos los servicios en las unidades de salud.

Al respecto el Dr. Roberto Jiménez, expresa:
“Diseñamos algo para que todo mundo tuviera información sobre VIH y todo mundo pensara en VIH, específicamente las personas que estaban en planificación familiar estableciendo ese contacto con la mujer, en el control prenatal y en la morbilidad... Comenzamos las actividades en estos puntos para integrar la búsqueda de VIH.”

3. Aseguramiento de equipos e insumos necesarios para el procesamiento de la muestra.
4. Elaboración y/o revisión de los documentos (normas, material de apoyo, expedientes clínicos, formatos de registro, etc.) para asegurar la integración de las consejerías de PF y VIH.
5. Definición de estándares de calidad de la atención brindada en la consejería y toma de muestra voluntaria de VIH.
6. Fortalecimiento y apoyo en la reorganización donde se ha establecido la referencia de casos.



7. Definición y divulgación en los establecimientos de salud del flujo de la muestra tomada y los resultados.
8. Desarrollo de competencias en el personal de salud (médicos y enfermeras sobre todo) que brinda consejería integrada PF/VIH en las unidades de salud.

Colaborativo de mejoramiento²

La consejería integrada PF/VIH implicaba la implementación de cambios en las unidades de salud dentro de un enfoque de aseguramiento de la calidad,

tal como se planteó en el Plan de Acción, por lo cual se decidió hacerlo mediante la organización y funcionamiento de Colaborativo de Mejoramiento a nivel local, con lo que se aseguró la implementación de cambios, el aprendizaje rápido entre los equipos y una diseminación amplia de las mejoras.

Este sistema de aprendizaje compartido que inició en 2006 y concluyó en 2007, consistió en la integración de equipos de mejoramiento de unidades de salud de 10 SILAIS (León, Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, RAAN, RAAS, Rivas, Masaya y Río San Juan), trabajando juntos para lograr rápidamente mejoras significativas en la consejería integrada PF/VIH.

2 Para información detallada sobre el funcionamiento de este colaborativo, consultar el documento: Fase Demostrativa de Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. USAID/HCI. Nicaragua, abril 2010.

Para información sobre los cambios implementados, consultar el documento: Experiencias de mejoramiento continuo de la calidad de la atención materno-neonatal y de la niñez. USAID/HCI. Nicaragua, junio 2009.

Una vez conformados los equipos de mejoramiento en las unidades de salud se procedió a desarrollar capacidades para cumplir los objetivos del colaborativo, implementar el paquete de cambios y participar en la formulación de estándares e indicadores de calidad. Se dio una creación colectiva de normas, instrumentos, flujos, etc. los cuales se oficializaron y se divulgaron al resto de unidades del país. Esto muestra la producción de cambios, el



aprendizaje y la diseminación rápida de los mismos a través del colaborativo.

Enseguida, implementaron el monitoreo de estándares e indicadores y el análisis de resultados a lo interno de la unidad de salud por parte de los equipos de mejoramiento. Esto los llevó a formular e implementar planes de mejora, utilizando la técnica de ciclos rápidos de mejora para reducir las brechas identificadas en la medición.

Así mismo, los miembros de los equipos de mejoramiento participaron en las sesiones de aprendizaje para presentar resultados de medición de indicadores, intercambiar ideas de cambios y adquirir conocimientos sobre temas de VIH y planificación familiar, tal como caracteriza a un colaborativo.

Durante el colaborativo el SILAIS supervisaba a los equipos de mejoramiento y en conjunto con los Asesores de QAP/USAID (USAID/HCI) brindaban el acompañamiento técnico requerido.

Por su parte, también el SILAIS consolidaba los resultados de monitoreo de indicadores y divulgaba

los cambios efectivos a otras unidades de salud en carácter de lineamientos de estricto cumplimiento.

La metodología de colaborativo de mejoramiento se continúa implementando bajo la coordinación del SILAIS y está constituido por los equipos de mejoramiento de las unidades de salud del primer nivel de atención.

Los resultados relevantes

El factor más importante que favoreció la implementación de la consejería integrada PF/VIH fue la disposición de los médicos y enfermeras porque llevaron a la práctica el Plan de Acción y sintieron que su trabajo era más completo. Esto respaldado por una voluntad política de la Administración para que se hiciera.

La implementación de la consejería integrada PF/VIH, además de ser un compromiso asumido por el MINSA, también se favoreció desde su inicio por la cooperación técnica y financiera que el país estaba recibiendo, lo cual permitió desarrollar capacidades técnicas y abastecimiento de insumos.

Al mes de abril de 2010 se afirma que se continúa con la consejería integrada PF/VIH en todas las unidades del MINSA como parte del modelo de salud. Están constituidos los Equipos Básicos en las unidades y en la RAAS, por ejemplo, el 90% del personal está capacitado para este fin.

Desde el 2006 hasta el momento en que se elaboró este informe (abril 2010) ha habido transformaciones sustanciales que van desde el abordaje del VIH, el interés del personal, la descentralización de la prueba, el suministro de insumos hasta el cambio de actitudes en las mujeres que recibieron consejería integrada PF/VIH. Existen notas técnicas de consejería en la unidad de salud donde se refleja la continuidad con que se ha realizado hasta que, finalmente, se tiene la aceptación de la protección dual y de realización de la prueba de VIH.

La realización de estrategias y acciones desde el nivel central y SILAIS del MINSA, así como el funcionamiento de los colaborativos de mejoramiento en las unidades de salud, contando con el apoyo técnico y financiero de Agencias de Cooperación, han permitido los resultados relevantes siguientes:

A. En cuanto a políticas e insumos

1. En todas las unidades de salud se orientó el flujo para la realización de la prueba, el envío de la muestra tomada y la entrega de resultados. Conocen el algoritmo diagnóstico. El CNDR definió el formato para la entrega de resultados.
2. En los centros de salud con laboratorio se realiza prueba rápida (descentralización).
3. En 15 SILAIS se ha descentralizado la terapia antirretroviral y quedan pendientes los SILAIS de Boaco y Chontales.
4. Las normas para la consejería y toma de prueba voluntaria se corresponden con la Ley 238 que establece el consentimiento informado. En las normas para la PTVMI, se establecieron los criterios para la alimentación del RN de madre VIH (+).

5. Se incluyó la planificación familiar en el protocolo de atención para la Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Niño.
6. El MINSA elaboró la guía para la consejería y con apoyo técnico de USAID/HCI, se ha impreso material para pre y post consejería.
7. En las normas del expediente clínico están incorporados los formatos para historia clínica, pero se tiene limitaciones para la impresión de los mismos.
8. El MINSA oficializó los estándares e indicadores de calidad, que incluyen los de VIH y PF. Estos los monitorean sistemáticamente los equipos de mejoramiento en la unidad de salud y luego se reportan al SILAIS correspondiente.
9. Se definieron las acciones a realizar en cada uno de los diferentes niveles de atención.
10. El CIPS y CNDR garantizaron un sistema de logística, para asegurar las pruebas y condones.
11. El personal trata de garantizar la confidencialidad durante la consejería, ya que con el nuevo modelo de atención no existen ambientes especiales.

B. En cuanto a los procesos

1. En la mayoría de los departamentos se reactivaron las CONSIDA departamentales y se han creado las municipales, para el desarrollo de acciones en respuesta al VIH.
2. Hay avances en la sensibilización al personal de salud a través de los talleres. Se impartió el módulo para la reducción del estigma en relación al VIH con participación de 800 personas de hospitales y centros de salud de 15 SILAIS.
3. Entrenamiento a los equipos multidisciplinarios en herramientas para medir indicadores y realizar mejoras en los procesos de atención.
4. Capacitación al personal de 154 centros de salud para la realización de la consejería (pre y post-



prueba) y prueba voluntaria de VIH, quienes actualmente lo están cumpliendo y lo reflejan en sus notas en los expedientes.

5. El personal de salud de 154 laboratorios de centros de salud se capacitaron en manejo adecuado de corto punzante y normas de bioseguridad.
6. Utilización de afiches y plegables en las unidades de salud, así como distribución en ferias de la salud en 6 SILAIS para informar a la población y al personal.
7. Aplicación de un sistema codificado que garantiza la confidencialidad y el anonimato de los resultados de la prueba de VIH.
8. Aprovechamiento del modelo de Salud Familiar y Comunitario ya que facilita la consejería integrada PF/VIH.

C. En cuanto a los resultados del proceso de integración PF/VIH

1. El número de pruebas realizadas en el año 2005 fue de: 6367 y para el año 2009 estas aumentaron hasta 114,167.
2. En 13 hospitales y 20 centros de salud se aumentó el porcentaje de usuarias que egresan con condones, de 6% en enero 2009 a 15% en febrero de 2010. En muchas ocasiones sucede que mujeres que están utilizando un método anticonceptivo solicitan también condones,

Tabla I. Usuarías de Planificación Familiar en Nicaragua de acuerdo a su condición respecto al uso de métodos anticonceptivos en el período de 2007 al 1er trimestre de 2010

Nicaragua	2007		2008		2009		1er trimestre de 2010	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Usuarías PF								
Ingreso Real	47,547	25.0	46,731	24.9	52,950	28.6	14,521	27.3
Ingreso al Programa	142,991	13.7	141,028	13.0	131,935	11.5	38,717	13.4
Captación	190538	15.4	187759	14.7	184885	13.9	53238	15.6
Subsecuentes	1,046,533	84.6	1,088,271	85.3	1,142,799	86.1	287,954	84.4
Total usuarias	1,237,071		1,276,030		1,327,684		341,192	

porque han recibido información en la consejería integrada PF/VIH.

- En los últimos años además de las campañas radiales y televisivas se incorporaron nuevas estrategias para prevención, tales como: ferias, foros y el involucramiento de centros formadores de profesionales de la salud.
- Antes del año 2006, los resultados demoraban 3 o más meses para su entrega, con la descentralización de las pruebas los resultados actualmente se entregan en las primeras 24 horas. El examen confirmatorio (ELISA) se entrega en un tiempo no mayor de 7 días.

- En el 2007 se captaron 43 (187% más de las 23 en 2005) mujeres con VIH en las unidades de salud del MINSa, quienes tuvieron la oportunidad de recibir consejería integrada de PF/VIH.

D. Balance general según el Plan Acción

En el Plan de Acción para la Integración de las Consejerías PF y VIH, en el inciso V, se presenta el marco referencial de elementos necesarios. En la siguiente página se resume una valoración general de cuánto se ha alcanzado en las unidades de salud del MINSa.

Tabla 2. Balance general según el Plan Acción

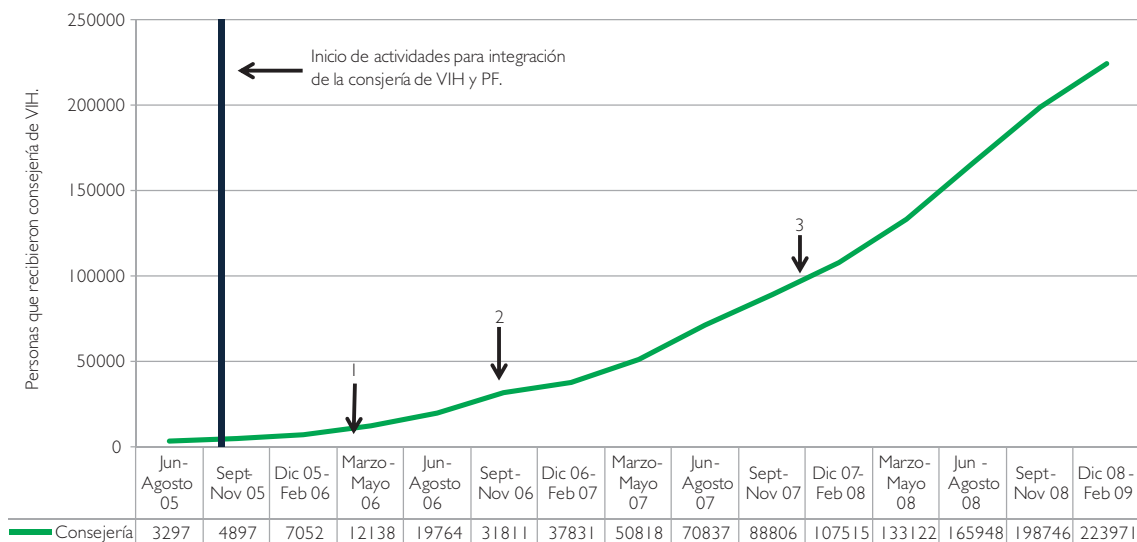
Elemento	Desarrollado	En proceso	Incipiente
Aseguramiento de la privacidad en la consejería PF/VIH	X		
Laboratorio clínico con toma de muestra con manejo adecuado de corto punzante, normas de bioseguridad, personal capacitado y sensibilizado.	X		
Laboratorios clínicos de referencia para realización de prueba rápida para VIH	X		
Mecanismos de aseguramiento de la calidad en el laboratorio clínico		X	
Unidad de salud de referencia para la atención de casos positivos de VIH		X	
Políticas establecidas para la toma de muestra:			
a. Consentimiento para la toma voluntaria de la muestra	X		
b. Notificación voluntaria a la pareja o tutores sobre revelación del resultado	X		
c. Consejería sobre alimentación del recién nacido de madre VIH positiva	X		
d. Consejería sobre la reducción de riesgo para todo usuario del servicio, sea VIH positivo o negativo	X		
e. Mecanismos y formatos para la entrega de resultados escritos	X		
Protocolos clínicos nacionales	X		
Guías para capacitación en consejería, material impreso para la pre y post consejería	X		
Aseguramiento de insumos para realización de las pruebas de VIH y protección dual (registro, adquisición, distribución)	X		
Historia clínica o formatos para registro y seguimiento	X		
Mecanismos de monitoreo y seguimiento de los componentes.	X		
Establecimientos de salud interactúan con socios locales (gobierno municipal, proyectos, comunidad organizada, otros)		X	
Personal de salud recibe información sobre:			
a. Importancia de integrar la consejería de PF/VIH.	X		
b. Estigmas alrededor del tema	X		
c. Herramientas para la vigilancia y mejoramiento continuo de la calidad (estándares e indicadores, ciclos rápidos)	X		
Capacitación a personal de salud en consejería pre y post prueba de VIH y PF, con énfasis en la reducción de riesgo para todo(a) usuario(a) del servicio, sea VIH positivo o negativo.	X		
El establecimiento promueve la toma de muestras para VIH a través de diferentes medios de comunicación.	X		
El establecimiento de salud garantiza la confidencialidad y anonimato de los resultados y el manejo adecuado del expediente clínico	X		
Promoción de la participación de los hombres en la toma de decisión de la elección de un método de PF y realización de la prueba voluntaria para VIH.			X
El servicio integrado es ofrecido en el mismo establecimiento de salud, durante el mismo horario regular de atención.	X		
Incremento del número de pruebas para VIH realizadas	X		
Mayor uso del condón	X		
Acciones de promoción para la prevención de VIH a mayor población.		X	
Vigilancia y mejoramiento de las dimensiones de la calidad establecidas:			
a. Disminución de los tiempos de espera para obtención de los resultados	X		
b. Cumplimiento de normas técnicas	X		

El aumento en los ingresos reales a la planificación familiar (persona que por primera vez en la vida usa un método anticonceptivo) y del número de usuarias que acuden de forma subsecuente a los servicios, desde el año 2007 hasta el primer trimestre del 2010, reflejan de forma indirecta la incidencia de la consejería en la decisión de iniciar y continuar el uso de un método anticonceptivo.

E. Resultados presentados en gráficos

Los siguientes gráficos muestran algunos resultados cuantitativos alcanzados por el MINSA y a los que ha contribuido la cooperación técnica y financiera de diferentes Agencias de Cooperación y proyectos.

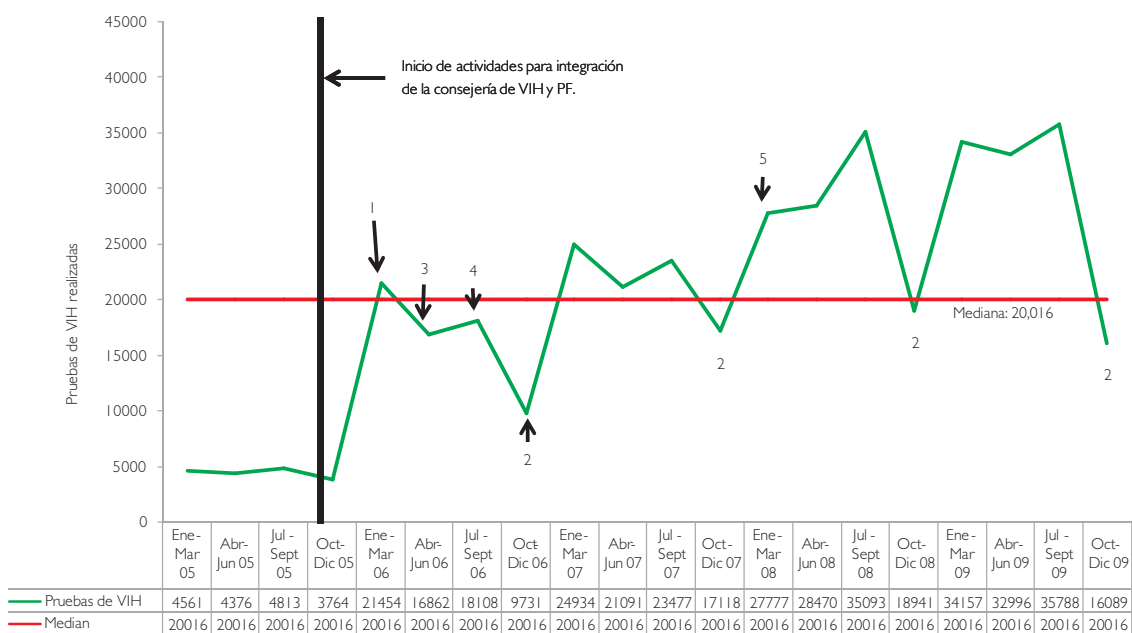
Gráfico 1. Incremento de la consejería a partir de la integración de VIH y PF. Junio 2005 - Febrero 2009



- 1= Capacitación a personal de salud para implementar consejería y prueba voluntaria de VIH (VCT) a mujeres en programa de PF y embarazadas.
- 2= Implementación de ciclos de mejora continua en VCT, definición de estándares e indicadores de Calidad.
- 3= Implementación de VCT en personas con ITS.

Fuente: Informe Proyecto Fondo Mundial - MINSA, 19 ABRIL 2010.
 "NICARAGUA, COMPROMISO Y ACCION ANTE EL SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA"

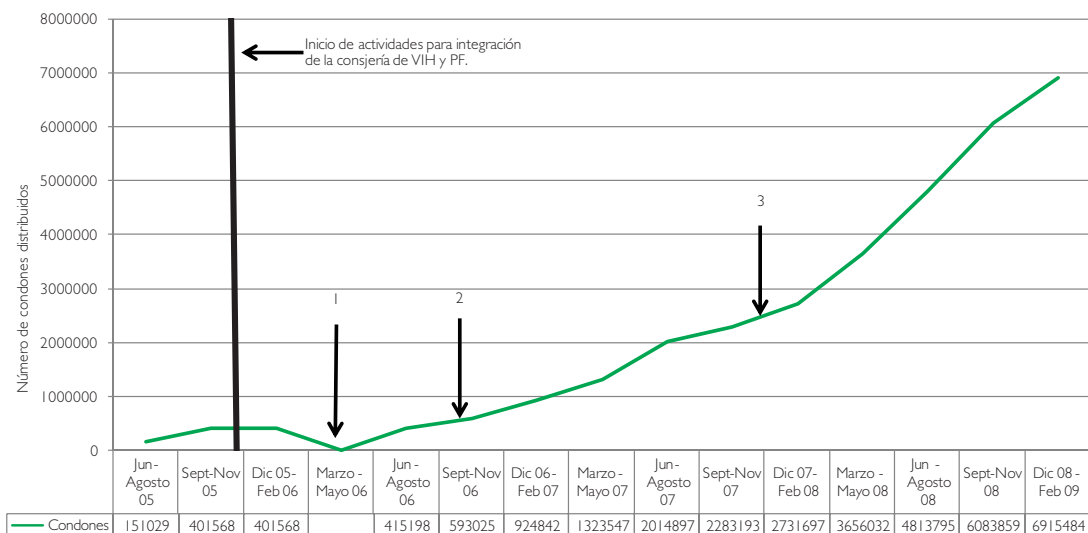
Gráfico 2. Incremento del número de pruebas de VIH. Enero 2005 a Diciembre 2009



- 1= Reorganización de la red de laboratorio, elaboración de algoritmo diagnóstico, capacitación a laboratoristas.
- 2= Período de desabastecimiento nacional de reactivos.
- 3= Capacitación en consejería y prueba voluntaria a personal de salud (VCT).
- 4= Implementación de ciclos de mejora continua en VCT.
- 5= Implementación de VCT en personas con ITS.

Fuente: Informe Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR-MINSA)

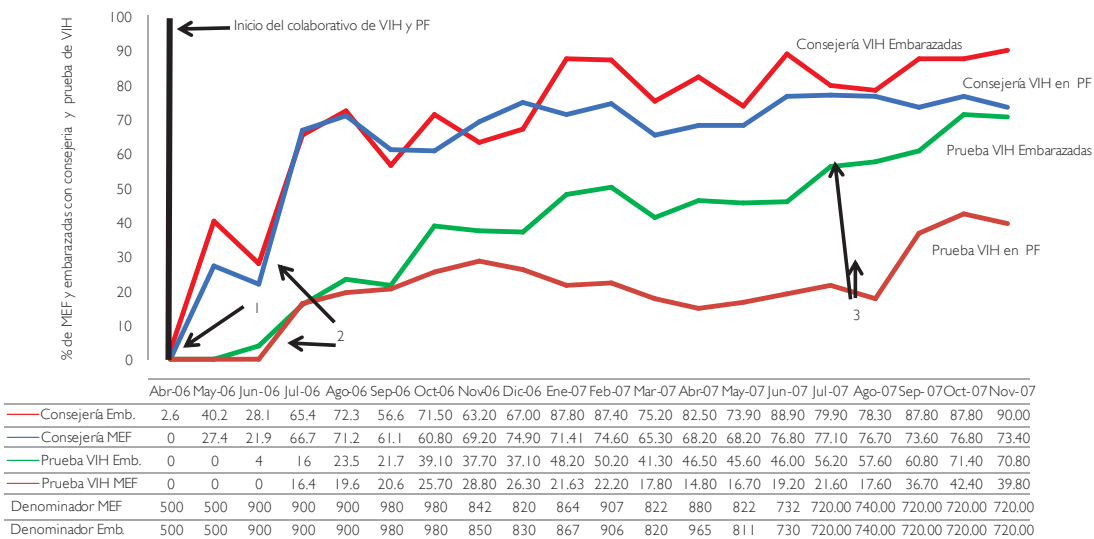
Gráfico 3. Número de condones distribuidos a través de las consejerías de VIH y PF, Junio 2005 - Febrero 2009



1= Implementación de la consejería y prueba voluntaria de VIH (VCT) a mujeres en programa de PF y embarazadas.
 2= Implementación de ciclos de mejora continua en VCT, promoción del uso dual del condón.
 3= Implementación de VCT en personas con ITS, promoción del uso consistente del condón, en personas con ITS

Fuente: Informe Proyecto Fondo Mundial - MINSA, 19 de abril 2010.
 "NICARAGUA, COMPROMISO Y ACCION ANTE EL SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA"

Gráfico 4. Incremento de la Consejería y Prueba Voluntaria de VIH en MEF y embarazadas. Ocho SILAIS del País: Chinandega, León, Estelí, Nueva Segovia, Madriz, Masaya, Rivas, RSJ. Abril 2006 - Junio 2007



1= Talleres de inducción con personal de salud sobre integración de la consejería de VIH en los programas de PF y atención prenatal, organización de la red de laboratorio, elaboración de algoritmos diagnóstico y capacitación a laboratoristas.
 2= Monitoreo de expedientes, medición de indicadores de calidad e implementación de ciclos de mejora continua en VCT.
 3= Entrenamiento para realización de pruebas rápida a personal de centros y puestos de salud que brinda consejería.
 Estrategia muestral: Revisión de 20 expedientes por C/S.
 Fuente: Base de datos de SILAIS



Los retos y la asistencia técnica requerida

Para fortalecer la integración PF/VIH, se recomienda:

1. Hacer una campaña para que todos los médicos y enfermeras estén preparados para que piensen en VIH y puedan considerar que cada usuario o usuaria puede ser un potencial portador, así como lo hacen con otras enfermedades como la malaria, tuberculosis o dengue. Podría ser un amplio programa de capacitación y entrenamiento con técnicas variadas incluyendo demostraciones y simulaciones.
2. Definir mejor la ruta que deben seguir los médicos y enfermeras para el abordaje; revisar el enfoque de la confidencialidad para evitar que esto se transforme en un obstáculo para el abordaje.
3. Aprovechar los recursos humanos que se capacitaron en la consejería PF/VIH y en otros temas relacionados, tanto para multiplicar la capacitación en la unidad de salud como para reubicarlos en posiciones que fortalezcan este servicio.
4. Continuar la capacitación y/o refrescamiento del personal de la unidad de salud acerca de la consejería PF/VIH, ya que según el modelo de atención vigente, cualquier miembro del personal asistencial que brinda servicios a mujeres en edad fértil o embarazadas debe estar capacitado para la consejería PF/VIH. Esto principalmente, por la rotación de personal y por la incorporación de egresados en servicio social. Esta capacitación debe seguir teniendo el principio de la información a la usuaria/a de todos los métodos disponibles y adecuados a su salud y la selección con su consentimiento.

5. Fortalecer los registros de datos para medir el impacto que está teniendo la consejería PF/VIH en la prevención de la transmisión vertical del VIH y en poblaciones de alto riesgo.
6. Fortalecer la implementación de la consejería PF/VIH, según los requerimientos en la unidad de salud, para que el grupo de mujeres que asisten para servicios de planificación familiar, que además están en riesgo principalmente en sus hogares, acepten la protección dual y de forma voluntaria se realicen la prueba de VIH.
7. Fortalecer la implementación de consejería PF/VIH para otros grupos de población que asisten a las unidades de salud por diferentes necesidades de atención.

“El desafío es ir demostrando con hechos que hay otros grupos donde está saltando la epidemia y que nos estamos olvidando de buscarla ahí. Por ejemplo mujeres amas de casa que llegan a buscar servicios de planificación familiar o para atención de una ITS, a quienes hay que insistir en la consejería una y otra vez”.
Dra. Indira Moreno

Para la asistencia técnica a brindar se debe considerar:

- I. Intensificar el desarrollo de competencias en los equipos de las unidades de salud para que realicen análisis y muestren, en forma clara y completa, con evidencias, el verdadero cambio que están logrando en cuanto a la integración PF/VIH. Para ello, partir del aprendizaje que han adquirido en cuanto al funcionamiento de los colaborativos,

metodología de los ciclos rápidos, técnicas de medición de indicadores, etc.

2. Apoyar a los equipos para que revisen sus notas de consejería y encuentren las oportunidades de mejora que les permitan realizarla con mayor efectividad. Promover que éstas se registren también en los casos de atención a adolescentes que acuden por diferentes necesidades.
 3. Desarrollar una estrategia de asistencia técnica integral, aún cuando en los SILAIS hay personas para cada programa; sin embargo, en la unidad de salud con el nuevo modelo de Salud Familiar y Comunitario, ésta se brinda de forma integral.
 4. Apoyar la revisión de los mecanismos para la consejería integrada PF/VIH. Podría dividirse en dos tipos.
 - Primero una recomendación técnica o consejería inicial general que la brinden todos los médicos y enfermeras que induzca a tomar la prueba, haciendo referencia a los riesgos de transmisión y sobre las ventajas de la prueba.
 - Segundo una consejería especializada para las personas que salen positivas.
- Esto evitaría que se forme un embudo desde el primer momento si se quiere hacer una consejería muy especializada y más prolongada. Se deben flexibilizar los mecanismos.
5. Reforzar las campañas para la protección dirigidas a la población de alto riesgo.

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud-USAID/HCI
De donde fue la Vicky Altamira, una cuadra abajo, una cuadra al sur,
Edificio Plaza San Ramón, Segundo piso, Módulo 6, Managua, Nicaragua
Tel: (+505) 278-7112 • Fax: 278-0447, ext. 108