



Informe de la evaluación del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de VIH en Honduras

La vigilancia epidemiológica del VIH “es un trabajo que hacemos, y lo seguiremos haciendo”.

Tegucigalpa, Honduras. Diciembre, 2013

The findings and conclusions in this presentation are those of the authors and do not necessarily represent the official position of the Centers for Disease Control and Prevention. Use of trade names and commercial sources are for identification purposes only and does not imply endorsement by Public Health Service or the U.S. Department of Health and Human Services.+

Esta evaluación fue realizada bajo la rectoría del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, en coordinación con la Dirección de Vigilancia de la Salud y el Laboratorio Nacional de Vigilancia de la salud, con la asistencia técnica y financiera de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades Oficina Regional para Centroamérica/División Global de VIH/Sida, (CDC-CAR/DGHA y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE- COMISCA). "Los hallazgos y conclusiones que contiene este informe pertenecen al autor (o autores) y no necesariamente reflejan la opinión de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades".

Autoridades de la Secretaría de Salud de Honduras

Dr. José Salvador Pineda
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Lic. Mirian Yolanda Paz
Sub-secretaria de Salud en Riesgos poblacionales

Dr. Javier Rodrigo Pastor
Subsecretario de Salud en Política Sectorial

Dra. Mirta Gloria Escobar
Directora General de Regulación Sanitaria

Dr. Bredy Dilman Lara
Director General de Vigilancia de la Salud

Dra. Sandra Maribel Pinel
Directora General de Desarrollo de Sistemas de Salud

Dra. Marina Xioleth Rodríguez
Directora General de Promoción de la Salud

Dra. Elvia María Ardón de Medina
Jefa del Departamento ITS/VIH/SIDA

Índice

| | | |
|------|---|--------------------------------------|
| 1. | Presentación..... | 10 |
| 2. | Resumen Ejecutivo..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3. | Antecedentes..... | 11 |
| 3.1 | Situación de la epidemia del VIH | 11 |
| 3.2 | Sistema nacional de salud y sistema de vigilancia epidemiológica en Honduras..... | 12 |
| 3.3 | Sistema de vigilancia epidemiológica del VIH..... | 14 |
| 4. | Justificación | 17 |
| 5. | Metas y objetivos..... | 19 |
| 5.1 | Meta | 19 |
| 5.2 | Objetivos primarios..... | 19 |
| 5.3 | Objetivos secundarios | 20 |
| 6. | Metodología | 20 |
| 6.1 | Diseño de la evaluación..... | 20 |
| 6.2 | Técnicas utilizadas..... | 22 |
| 6.3 | Muestreo | 23 |
| 6.4 | Criterios de inclusión..... | 24 |
| 6.5 | Evaluación de laboratorio..... | 25 |
| 7. | Recolección y análisis de datos..... | 26 |
| 8. | Trabajo de campo | 28 |
| 9. | Consideraciones éticas..... | 29 |
| 10. | Resultados | 29 |
| 10.1 | Notificación de caso de VIH | 30 |
| 10.2 | Vigilancia de laboratorio de VIH | 44 |
| 11. | Recomendaciones | 50 |
| 12. | Limitaciones..... | 52 |
| 13. | Referencias bibliográficas..... | 54 |
| 14. | Anexos | 56 |

1. Instituciones

- **Secretaría de Salud de Honduras**
- **Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA)**
- **Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)**

2. Equipo coordinador de la Secretaría de Salud de Honduras

Dra. Elvia María Ardón de Medina

Jefa de Depto ITS/VIH/Sida, Secretaría de Salud (SESAL)

Dra. Sandra Lorenzana

Coordinadora de Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Depto. ITS/VIH/SIDA

Dra. Mayte Paredes

Técnica de Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Depto. ITS/VIH/ SIDA

Dra. Rudy Rosales de Molinero

Coordinadora Unidad de Monitoreo y Evaluación, Depto. ITS/VIH/ SIDA

Dr. Bredy Dilman Lara

Director General de Vigilancia de la Salud

Dra. María Luisa Matute

Jefa del Depto. de Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud

Dra. Rita Meza

Jefa del Laboratorio Nacional VIH

3. Asistencia técnica.

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA)

Dr. Mario Gudiel

Coordinador del Acuerdo Cooperativo SG-SICA/SE COMISCA/CDC CAR DGHA

Dr. Azael Jovel

Coordinador Vigilancia Epidemiológica Regional de VIH y Sida en Centroamérica y República Dominicana

Licda. Ana María Marroquín

Especialista de Laboratorio de Vigilancia Epidemiológica Regional de VIH y Sida en Centroamérica

Licda. Berta Alvarez Rodríguez

Consultora para la Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH-Sida en Centroamérica

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Oficina Regional, División de VIH y Sida. (CDC CAR DGHA)

Dra. Sanny Northbrook.
Sub-Directora de Programas y Ciencia

Dra. Sandra Juárez
Asesora Regional de Laboratorio

Lic. Nasim Farach
Coordinador de M&E y Representante CDC- Honduras

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA (CDC)

Lic. Janet Lee
Epidemióloga

Institución Patrocinadora: CDC CAR DGHA

4. Equipos de Campo.

Departamento ITS/VIH/SIDA

Elvia María Ardón de Medina, Jefa Departamento

Rudy Rosales de Molinero, Coordinadora Unidad M&E

Sandra Lorenzana, Coordinadora Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Sandra Núñez, Coordinadora Unidad de Atención Integral

Tomasa Sierra, Técnica de la Unidad M&E

Mireya Fuentes, Coordinadora del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH)

Norma Ramos, Coordinadora Unidad de Consejería

Mirna Toledo, Coordinadora Unidad de Promoción

Víctor Solera, Coordinador de la Unidad de Informática

Daniela Ordoñez, Técnica de Unidad de Informática

Laboratorio Nacional de VIH

Rita Meza, Jefa de laboratorio

Dilcia Gómez, Microbióloga Asistente

Laboratorios Regionales

Elyn Romero, Jefa de Laboratorio Departamental, Región de Salud de Copán

Elena Arita, Jefa Laboratorio de Hospital Juan Manuel Gálvez, Región de Salud de Lempira

Fanny Luna, Jefa de laboratorio Departamental, Región de Salud de Lempira

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Adriana Arita, Coordinadora Médica Nacional de Programa de VIH

SE-COMISCA

Ana Marroquín, Especialista de Laboratorio

Azael Jovel, Coordinador Vigilancia Epidemiológica

Berta Elizabeth Álvarez, Consultora

Tephinet

Byelca Huamán, Consultora

Glosario

| | |
|------------|---|
| ADS | Director Asociado de Ciencia (siglas en inglés) |
| CAI | Centro de Atención Integral |
| CAR | Región de Centro América (siglas en inglés) |
| CDC | Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (siglas en inglés) |
| CESAMO | Centro de Salud con Médico y Odontólogo |
| CESAR | Centro de Salud Rural |
| CLIPER | Clínica Periférica de Emergencia |
| CMI | Clínica Materno Infantil |
| CD4 | Cúmulo de Diferenciación_4 (siglas en inglés), proteína de los linfocitos T |
| DDM | Datos para la toma de decisiones (por sus siglas en inglés) |
| DGHA | División Global de VIH y SIDA ((siglas en inglés) |
| ECVC | Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento |
| HSH | Hombres que tienen sexo con hombres |
| IHSS | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| LNV | Laboratorio Nacional de VIH |
| MMWR | Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad (siglas en inglés) |
| MNS | Modelo Nacional de Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| POE | Procedimientos Operativos Estándar |
| PTMH | Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/hija |
| SE COMISCA | Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica |

| | |
|-------|---|
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| TS | Trabajadora sexual |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (siglas en inglés) |
| VIH | Virus de Inmuno deficiencia Humana |

1. Presentación

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *“Los datos sobre casos de infección por el VIH son importantes para: caracterizar a las personas diagnosticadas y definir las zonas geográficas más afectadas; determinar la población que necesita servicios de prevención y tratamiento y prever las necesidades de tratamiento antirretroviral; saber en qué momento de la historia natural de la enfermedad se encuentra el paciente (en qué estadio), y las características de riesgo asociadas; identificar las brechas entre el diagnóstico y la atención; planificar y evaluar intervenciones orientadas a la prevención y la atención; detectar brotes y orientar las respuestas de salud pública”* (1).

Al considerar la importancia que tiene el sistema de vigilancia de VIH y Sida para la caracterización de la epidemia del VIH en Honduras y que la última evaluación del sistema fue realizada en el 2008, fue mandatorio planificar y desarrollar un tercera evaluación del sistema, con el propósito de conocer el desempeño del sistema en función de los atributos, los avances, fortalezas y mejoras que el sistema de vigilancia de VIH requiere para un adecuado funcionamiento.

Este proceso fue conducido por el Departamento de ITS/VIH/SIDA en coordinación con la Dirección General de Vigilancia de la Salud y el Laboratorio Nacional VIH, con la asistencia técnica y financiera de la División Global de VIH/SIDA (DGHA) de la oficina regional para Centroamérica de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC-CAR), y la Secretaria Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana (SE COMISCA).

Los resultados obtenidos en esta evaluación, serán utilizados para la toma de decisiones lo que representan una oportunidad para la elaboración de un plan estratégico que permita el fortalecimiento de la vigilancia del VIH en todos los niveles correspondientes.

En este proceso, se reconoce el valioso aporte de las instituciones y personas involucradas en la planificación y ejecución de la tercera evaluación del Sistema de Vigilancia de VIH en Honduras. Así mismo, se reconoce a los esfuerzos y compromiso de los equipos de campo y a todos los profesionales de la Secretaría de Salud en los diferentes niveles de atención, del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tephinet, ONG y agencias de cooperación que brindaron la información y que hizo posible este informe.

Dra. Elvia María Ardón de Medina
Jefa del Departamento ITS/VIH/SIDA

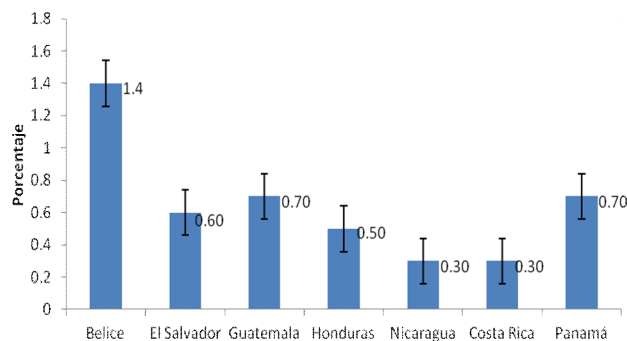
2. Antecedentes

2.1 Situación de la epidemia del VIH

Según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) finales del 2012 habían 35.3 (32.2-3.8) millones de personas con VIH a nivel mundial, de las cuales 2.3 (1.9- 2.7) millones fueron nuevas infecciones. Mientras que en América Latina, para ese mismo año se estimó que en la región habían alrededor de 1.4 millones (1.1 -1.7 millones) de personas con VIH; la prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años fue de 0.4% (0.3% a 0.5%) y se produjeron 83.000 (44.000 a 170.000) nuevas infecciones (1). Asimismo, se estimó que en la región Centroamericana había 148,500 personas con VIH de las cuales 8,500 fueron nuevas infecciones, produciéndose un promedio de 23 nuevas infecciones por VIH cada día (1).

Las estimaciones de la prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años realizadas en el modelo Spectrum en el año 2012 en la región Centroamericana, reportaron que la prevalencia más alta fue reportada por Belice (1.4%), Panamá y Guatemala con 0.70% respectivamente, El Salvador con 0.6% y Honduras 0.5%; la prevalencia de VIH más baja en ese mismo grupo de edad fue reportada por Nicaragua y Costa Rica. (1)

Gráfico1. Estimaciones de la prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años en la región Centroamericana calculadas en el modelo Spectrum para el año 2012



La epidemia de VIH en la región Centroamericana se concentra principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), transgéneros femeninas y trabajadoras sexuales (TS). Para el año 2007, se reportó una incidencia anual del VIH, de 5.1% entre hombres que tienen sexo con hombres (3).

En Honduras, desde el reporte del primer caso de VIH en 1985 hasta septiembre del 2013, se han registrado 31,672 personas con VIH; 22,368 fueron casos de infección avanzada por VIH y 9,314 casos de infección asintomática. Según el sistema de notificación los departamentos que reportaron la tasa de VIH más alta por cada 100,000 habitantes fueron; Islas de la Bahía (840.9), Atlántida (736.4), Cortés (692.1), Colón (468.1), Francisco Morazán (444.1) y Gracias a Dios (413.2); a excepción del departamento de Francisco Morazán, el resto está ubicado en la costa Atlántica del país (4).

Los departamentos con una tasa de prevalencia de VIH menor de 100 por cada 100,000 habitantes, están ubicados principalmente en la zona occidental entre ellos están: Ocotepeque, La Paz, Lempira e Intibucá (4). No obstante, según resultados del estudio de sub-notificación de caso, realizado para los años 2009-2010, estos departamentos reportaron una tasa de sub-notificación de casos de VIH y VIH avanzado de 88% (Ocotepeque), 36%(La Paz), 100% (Lempira). (5).

El patrón de transmisión de la epidemia es heterosexual, la razón hombre: mujer en los casos de infección avanzada es de 1.4:1 y para infección asintomática es de 0.7:1, los grupos de edad más afectados se sitúan en el grupo de 20-39 años, población joven, en edad reproductiva y económicamente activa (4).

Según los diferentes análisis y los resultados de la última Encuesta de Vigilancia del Comportamiento (6), Honduras experimenta una epidemia de VIH concentrada; se reportan prevalencias mayores del 5% en poblaciones vulnerables como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trabajadoras del sexo (TS), así como en población Garífuna, establecidas en el litoral Atlántico; 4.6% en comunidades urbanas y 2.5% en comunidades rurales. Mientras que las estimaciones de realizadas en el año 2013, indican que la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años de edad es de 0.47% (13), comparado con el 0.61% de las estimaciones del año 2011 (14).

La vigilancia del VIH en Honduras incluye, la vigilancia regular o rutinaria a través de la notificación de casos de VIH, la vigilancia centinela de las ITS y VIH, así como la vigilancia de segunda generación (7).

2.2 Sistema nacional de salud y sistema de vigilancia epidemiológica en Honduras.

En Honduras se implementa un proceso de reforma del sector salud, orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad

en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión, la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población hondureña.

El sector nacional de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias, locales y los proveedores de servicios. En el marco jurídico: la Constitución de la República de Honduras y el Código de Salud, se establece que la Secretaría de Salud es el ente rector de la salud, por lo cual, define y establece principios y lineamientos generales para atender las necesidades de salud en la población. (8).

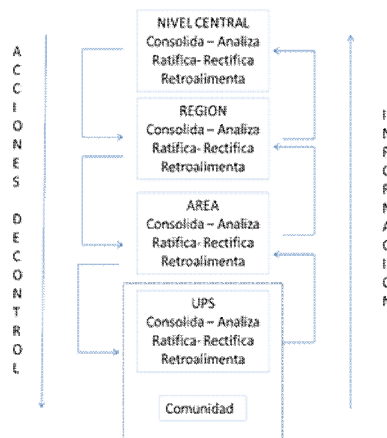
Para el 2012, la red de servicios de la Secretaría de Salud disponía de un total de 1,685 unidades prestadoras de servicios de los cuales hay 28 hospitales, 66 clínicas materno infantil (CMI), 433 Centro de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), 1,060 Centros de Salud rural (CESAR) y tres clínicas periféricas de Emergencia (CLIPER). Por su parte el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), dispone de 3 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 13 clínicas periféricas, un centro odontológico, un centro de medicina física y rehabilitación, un centro para el adulto mayor y 20 servicios subrogados (9). Actualmente se encuentra en marcha el nuevo Modelo Nacional de Salud (MNS), oficializado en el mes de mayo del 2013, el cual plantea los principios y lineamientos para la transformación y desarrollo del sistema nacional de salud que asegure una respuesta a las necesidades actuales de la población y afronte los retos que fueron superado con el modelo de salud anterior. (8)

Respecto a la vigilancia epidemiológica, el sistema nacional cuenta con estructura legal y organizativa para su respectivo funcionamiento. Está conformado por un subsistema general que corresponde a la consolidación semanal de enfermedades fundamentalmente endémicas, de alta incidencia e inmuno-prevenibles, tiene amplia cobertura y es representativo de la población general; y subsistemas específicos que comprenden la notificación de algunas enfermedades a través de fichas de notificación, que incluye información de laboratorio y de vigilancia centinela (10).

El Sistema nacional de vigilancia, tiene como marco jurídico, el Código de Salud y su reglamento General de Salud Ambiental. Los Artículos 177 y 178 establecen que, *“a la Secretaría de Salud le corresponde definir, organizar y reglamentar la vigilancia y control epidemiológico y fomentar las acciones de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y control de las enfermedades”*. Mientras que, en los

artículos 179, 180, 181 y 182 del mismo código, se define el manejo y el uso de la información epidemiológica para el control y prevención de enfermedades, asimismo la obligatoriedad de todas las personas naturales y jurídicas en todo el territorio nacional a informar con la periodicidad según se reglamente y, que dicha información es de carácter confidencial y se deberá utilizar únicamente para fines sanitarios. (11).

**Figura 1. Flujograma de información epidemiológica y de las medidas de control.
Dirección de Vigilancia de la Salud. Secretaría de Salud de Honduras. 2013.**



Fuente: Definición de caso de enfermedades de notificación Obligatoria. Secretaría de Salud, 1999

La Dirección General de Vigilancia de la Salud en colaboración con agencias de cooperación, realizaron en el año 2011 una evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Los principales resultados evidencian debilidades en los diferentes niveles, en los cuatro componentes del sistema que fueron evaluados; estructura, las funciones esenciales, las funciones de apoyo y los atributos cualitativos del sistema (simplicidad, aceptabilidad y flexibilidad). De los resultados se desprenden una serie de recomendaciones que orientan la toma de decisiones en materia de vigilancia epidemiológica para hacer frente a los principales retos que tiene el sistema de salud. (10).

2.3 Sistema de vigilancia epidemiológica del VIH.

El VIH es un problema de salud de interés nacional, declarado así, en el Artículo 2, del Capítulo 1 de los propósitos de la Ley Especial sobre VIH. Por lo tanto, es un evento de salud que demanda la involucración de todos los sectores de la sociedad hondureña, para la implementación de medidas a través de las cuales se pueda prevenir nuevas infecciones y atender las necesidades de diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas. *“La Secretaría de Salud, es la autoridad encargada de coordinar*

los esfuerzos de instancias nacionales para la educación, prevención, tratamiento, control, información e investigación en VIH"; establecido en el Artículo 6, capítulo 1, del ámbito de aplicación de la Ley especial de VIH (12).

El Artículo 29 del Capítulo 1, hace referencia a la política de control sanitario, epidemiológico del VIH y establece que *"todo laboratorio o banco de sangre donde se realicen pruebas de VIH o cualquier otro método diagnóstico del mismo, deberán estar debidamente registrados en la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y está obligado de conformidad con el artículo 160 del Código de Salud a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud"*. (12).

Por otra parte, el Artículo 28 del Capítulo 1 estipula que, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud por medio de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), *"establecerá los mecanismos de control y registros apropiados para ejercer una vigilancia epidemiológica, que asegure la confidencialidad de los casos positivos detectados. Dichos mecanismos deberán ser uniformes para todos los hospitales, clínicas centros de salud, bancos de sangre, sean estos públicos o privados, así como, para los profesionales de la medicina que ejercen en forma independiente"* (12).

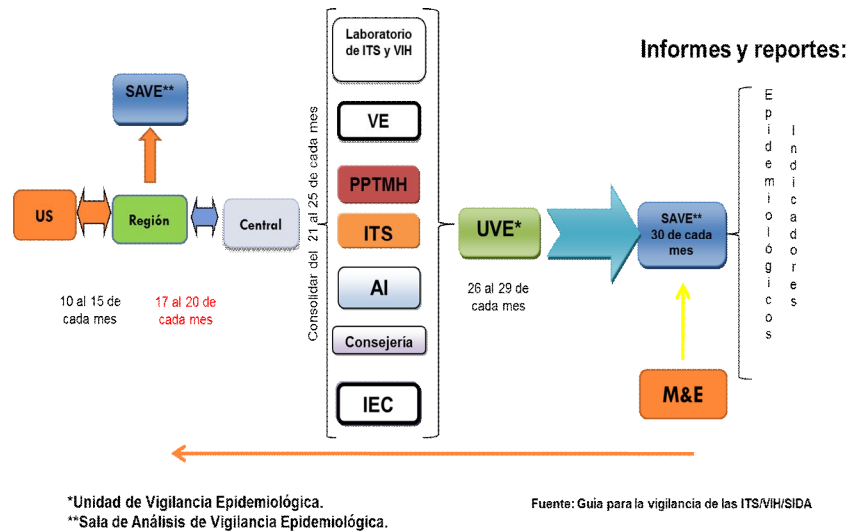
No obstante, se enfrentan obstáculos para que todos los actores que componen el sistema nacional de salud realicen las acciones determinadas en el marco legal y normativo para la vigilancia epidemiológica del VIH; esto especialmente ocurre con las clínicas, hospitales y laboratorios no públicos.

Por la importancia que tiene el monitoreo de la epidemia del VIH en el sistema de salud, la notificación de casos de VIH, se ha diseñado e implementado la ficha de notificación de caso de VIH, la cual es enviada mensualmente por las unidades de salud de los diferentes niveles de atención a la región sanitarias de salud y posteriormente el nivel regional envía la información consolidada al Departamento de ITS/VIH/SIDA del nivel central en una base de datos.

Por otro lado, la notificación de los resultados de laboratorio es efectuada por las unidades de salud que realizan prueba de VIH con o sin laboratorio (566 unidades) (5). Asimismo y como parte de Modelo Nacional de Salud (MNS), la Secretaría de Salud (SESAL) está en proceso de descentralización los servicios de VIH a las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), registradas y capacitadas para realizar

pruebas de VIH. Las ONG reportan los casos mensualmente a las respectivas regiones según ubicación geográfica.

Figura 2. Flujograma de información de VIH e ITS.
Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras



La figura 2, muestra el flujograma de información de VIH e ITS de todos los programas y procesos que se conducen desde el Departamento de ITS/VIH/SIDA, que incluye la notificación de casos de VIH.

Según la Guía para la Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA la clasificación del caso debe realizarla el personal que llena la ficha de notificación de caso según corresponda caso de VIH asintomático, infección avanzada por VIH o caso Sida. Es importante mencionar que la definición de caso ha sido revisada y ajustada según los avances y necesidades que demanda la dinámica de la epidemia del VIH en Honduras.

A continuación se detalla las definiciones actuales:

Caso de VIH asintomático: requiere de dos pruebas positivas, (de acuerdo al algoritmo diagnóstico utilizado) y, ausencia de cualquier síntoma, signo o enfermedad mencionada en las casillas 39 (A-M), 40 (A-J), o ausencia de cualquier otra patología asociada a la inmunodeficiencia de las casillas 41 (A-B). (7)

Infección avanzada por VIH: requiere de dos pruebas positivas (de acuerdo al algoritmo diagnóstico utilizado) y, presencia de por lo menos un síntoma, signo o enfermedad mencionada en las casillas 39 (A-G) y 40 (A-E), o presencia de por lo menos una patología asociada a la inmunodeficiencia y mencionada en las casillas 41 (A-B). (7).

Caso de Sida: requiere de dos pruebas positivas (de acuerdo al algoritmo diagnóstico utilizado), primer recuento de linfocitos de CD4 < 200 cel/mm³ o porcentaje de CD4 <15% para adultos y niños mayores o igual de 5 años, primer recuento de linfocitos CD4 <15% en niños de 36-59 meses , primer recuento de linfocitos CD4 < 20% en niños de 12-35 meses, primer recuento de linfocitos CD4 < 25% en niños menores o iguales de 11 meses; y/o patología definitoria de Sida de casilla 39 (G a M) o 40 (F a J) o 41(A-B). (7)

Al inicio de la epidemia de VIH, el diagnóstico estaba centralizado en el Laboratorio Nacional de VIH, posteriormente, se realizó el proceso de la descentralización de la prueba a los laboratorios regionales y principales hospitales del país. En la última década, el Departamento de ITS/VIH/ SIDA y el Laboratorio Nacional de VIH, han fortalecido y ampliado la cobertura de la capacidad diagnóstica de VIH en unidades de salud con y sin laboratorio de la red de servicios, que incluye las ONG con el propósito de mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de VIH a las poblaciones en mayor riesgo a la infección por VIH (PEMAR).

3. Justificación

La dinámica cambiante de la epidemia del VIH, requiere realizar evaluaciones periódicas del sistema de vigilancia epidemiológica, con el propósito de asegurar su eficiencia y efectividad, así como el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos. Las evaluaciones permiten medir el progreso o avance obtenido en comparación con evaluaciones previas. Tener información de calidad, confiable y oportuna es fundamental en el desarrollo de acciones de salud pública para asegurar el funcionamiento óptimo de los sistemas de salud nacionales.

En Honduras se han realizado dos evaluaciones del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH con el propósito de identificar las fortalezas y debilidades, así como realizar las recomendaciones para mejorarlo. Dichas evaluaciones fueron realizadas por el Departamento de ITS/VIH/SIDA con el apoyo del CDC/GAP en el 2004 y 2008. Según los resultado de la evaluación del 2004 surgió el plan para el fortalecimiento a la vigilancia epidemiológica del VIH en el país (13) (14)

Cuadro 1. Comparación de resultados en la notificación de caso. Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH de Honduras 2004 y 2008. Departamento ITS/VIH/ SIDA – Secretaría de Salud. 2008

| Hallazgos 2004 | Hallazgos 2008 | Resultado |
|--|---|-----------|
| SVE tiene cobertura nacional | SVE tiene cobertura nacional y mayor cobertura para diagnóstico VIH | Mejoría |
| No existe persona asignada para conducir Unidad de Vigilancia | Existe epidemiólogo coordinador UVE | Mejoría |
| Boleta única para solicitud de examen VIH y notificación | Se mantiene una boleta para solicitud de examen VIH, pero existe boleta estandarizada de notificación | Mejoría |
| El sistema permite caracterizar la epidemia | El sistema permite caracterizar la epidemia y realizar estimaciones y proyecciones | Mejoría |
| Existe ofrecimiento de la pruebas de VIH gratuitamente | Existe ofrecimiento de la pruebas de VIH gratuitamente | Igual |
| La comunicación entre niveles local-regional-central es limitada | La comunicación entre niveles local-regional-central es limitada | Igual |
| No búsqueda activa de contactos | No búsqueda activa de contactos | Igual |

En el año 2012, se realizó una evaluación del flujo de la notificación de caso de VIH, Sida y el cumplimiento del algoritmo diagnóstico de VIH, con la asistencia técnica de la OPS/OMS. El objetivo fue conocer el cumplimiento de la notificación y diagnóstico de la infección por el VIH en todos los niveles de atención, e identificar barreras en el cumplimiento de los mismos. (4)

Los principales hallazgos denotan que la sub-notificación a nivel nacional fue de un 45% y 37% para los años 2009 y 2010 respectivamente. Las regiones con mayor sub notificación que superan al promedio nacional para el año 2009 fueron: Lempira (100%), Ocotepeque (88%), Copan (68%), Cortés (67%), Metropolitana de Tegucigalpa (58%) y Yoro (56%). Mientras que para el año 2010 fueron: la región de Lempira (62.0%), Comayagua (59%), Copán (54%), Yoro (54%), Olancho (52%), Islas de la Bahía (50%), Santa Barbará (46%), Metropolitana de Tegucigalpa (45%) y Colon (41%) (4).

La SE-COMISCA durante el año 2012, realizó acciones con autoridades y técnicos de los Ministerios de Salud de Centro América, con el propósito de planificar y desarrollar un proceso de evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH, e identificar las brechas y necesidades actuales para mejorar el desempeño de los sistemas de vigilancia epidemiológica de VIH en cada uno de los países. Las principales actividades estratégicas incluidas en el plan de evaluación para la región son:

- Definir el marco y las preguntas de evaluación

- Identificar mecanismos para asegurar que las evaluaciones sean objetivas y estandarizadas
- Desarrollar la capacidad de los ministerios de salud para realizar evaluación de los sistemas de vigilancia
- Diseminar los hallazgos y las recomendaciones, así como elaborar planes de acción y su seguimiento

Con las acciones antes descritas se contribuye a mejorar la planificación, y el monitoreo de los programas de prevención y atención del VIH; también ayuda a comprender mejor las tendencias y comportamientos de riesgo que proporcionan información para la toma de decisiones basadas en evidencia y de acuerdo a las necesidades de la epidemia a nivel regional.

Por lo anterior, el Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, durante el mes de octubre del año 2013, condujo la tercera evaluación del sistema de vigilancia de VIH para ello, se realizaron los pasos pertinentes para la planificación y ejecución de acciones para el logro de los objetivos propuestos.

Se espera que los resultados obtenidos en ésta tercera evaluación, orienten la planificación estratégica para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, y que de forma conjunta las autoridades y técnicos de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, con el apoyo de los socios y actores, ejecuten las acciones que garanticen el funcionamiento adecuado, oportuno y seguro del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH.

4. Metas y objetivos

4.1 Meta

- Realizar una evaluación de los componentes priorizados del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH en la República de Honduras.

4.2 Objetivos primarios

- Describir dos componentes del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH de Honduras específicamente:
 - Sistema de notificación de casos de VIH
 - Vigilancia de laboratorio relacionado con el sistema de notificación de casos
- Evaluar el desempeño del sistema de vigilancia en términos de su utilidad y atributos específicos.

- Evaluar la seguridad y confidencialidad del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH.
- Proveer recomendaciones para mejorar la calidad, eficiencia y utilidad de la notificación de casos de VIH.

4.3 Objetivos secundarios

- Desarrollar capacidad en el personal de salud para realizar evaluaciones del sistema de vigilancia epidemiológica en el futuro.

5. Metodología

En el mes de octubre del año 2013, se realizó una evaluación interna del sistema de vigilancia de VIH, bajo la rectoría del Departamento de ITS/VIH/ SIDA, en coordinación con la Dirección de Vigilancia de la Salud y el Laboratorio Nacional de Vigilancia de la salud, de la Secretaría de Salud de Honduras. Esta evaluación contó con el apoyo técnico y financiero de CDC-CAR-DGHA y SE-COMISCA como socio implementador.

5.1 Diseño de la evaluación

La metodología utilizada fue cualitativa descriptiva, la cual permitió conocer la situación actual del sistema de notificación de caso de VIH y Sida, así como la vigilancia de laboratorio en términos de cómo opera el sistema, las principales fortalezas y los aspectos a mejorar.

Se utilizó como marco conceptual los atributos que un sistema de vigilancia de un evento de salud debe tener para su funcionalidad, según los lineamientos estipulados en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad (MMWR por sus siglas en inglés) Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems (15).

Cuadro 2. Atributos de los sistemas de vigilancia en salud y su evaluación. Guías para la evaluación de sistemas de vigilancia de salud pública.

| Atributo | Evaluación |
|-------------|--|
| 1. Utilidad | <p>El sistema de vigilancia contribuye a la prevención y control de VIH y provee información para mejorar nuestro conocimiento sobre la epidemiología de VIH en Honduras.</p> <p><i>Los objetivos del sistema fueron revisados y se determinó si se cumplían o no. Adicionalmente, basado en entrevistas a informantes clave se obtuvo información sobre como el sistema de vigilancia es usado para el monitoreo de la epidemia y la estimación de prevalencia.</i></p> |

-
- 2. Simplicidad** El sistema debe ser simple en términos de su estructura y fácil de operar a la vez que es capaz de cumplir con sus objetivos.
- La evaluación determinó la cantidad y tipo de información necesaria para identificar un caso de VIH.*
- 3. Flexibilidad** El sistema es capaz de adaptarse a los cambios en base a las necesidades de información y las condiciones de operación con poco tiempo, personal y recursos adicionales.
- La flexibilidad del sistema fue evaluada de acuerdo a su desempeño después de los cambios realizados y que la notificación de caso no sufrió interrupciones.*
- 4. Calidad del dato** Los datos están completos y son válidos.
- La forma de evaluar si los datos estaban completos y validos fue a través de la selección aleatoria de las fichas de notificación de caso de VIH a nivel de los servicios de salud y nivel regional. Variables esenciales fueron identificadas de las cuales se evaluó el porcentaje de datos completos y válidos.*
- 5. Aceptabilidad** El personal y las organizaciones están dispuestos a participar en las acciones de vigilancia del VIH
- Se midió el esfuerzo requerido por el personal, para realizar las actividades de vigilancia del VIH.*
- 6. Sensibilidad** La proporción de casos de VIH detectados por el sistema. La sensibilidad también se refiere a la capacidad para monitorear /identificar cambios en el tiempo. Este atributo no fue evaluado cuantitativamente.
- 7. Valor predictivo positivo** La proporción de casos de VIH reportados bajo vigilancia epidemiológica. El valor predictivo positivo mejora al incrementar la sensibilidad. Este atributo no fue evaluado.
- 8. Representatividad** El sistema describe de forma precisa la ocurrencia del VIH en el tiempo y su distribución en la población por lugar y persona.
- Se entrevistó a informantes clave para evaluar quienes han sido reportados y quienes no a nivel nacional. Se intentó identificar cualquier sesgo que pudiera afectar la representatividad del sistema.*
- 9. Oportunidad** El tiempo entre cada uno de los pasos del sistema de vigilancia y el tiempo total aceptable entre cada ciclo de vigilancia (anual).
- A través de entrevistas con informantes clave, se determinó el tiempo deseado que el sistema necesita para recibir información.*
-

10. Estabilidad

La capacidad del sistema de recolectar, administrar y proveer datos sin errores y ser operacional cuando es necesario.

Se identificó si se habían presentado interrupciones en el sistema debido a la falta de recurso humano o financiero.

Adicionalmente a los atributos, se evaluó el nivel de seguridad y confidencialidad del sistema de notificación de caso de VIH a través de los principios rectores:

1. La información y los datos de vigilancia de VIH se conservan en un entorno físicamente seguro
2. Los datos electrónicos de vigilancia de VIH se conservan en un entorno seguro, donde el número de depósitos de datos y las personas con permiso de acceso serán mínimos
3. El personal que desarrolla funciones de vigilancia epidemiológica y las personas con acceso autorizado a información específica, serán responsables de proteger la confidencialidad de la información.
4. Las violaciones a la seguridad de la información o los datos de vigilancia de VIH se investigan minuciosamente, y se imponen sanciones según corresponda.
5. Las prácticas y las políticas escritas sobre seguridad se revisan, evalúa y, de ser necesario, se modifican de forma continua para mejorar la protección de la información y los datos de vigilancia de VIH.

5.2 Técnicas utilizadas.

Para recolectar la información que evaluó la utilidad y el desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH en términos de los atributos, se utilizaron técnicas de investigación cualitativa tales como:

- Revisión documental: Se revisó el manual de capacitación en la ficha de notificación de caso para la vigilancia epidemiológica del VIH y Sida, la notificación de caso de enfermedades de notificación obligatoria y la ficha de notificación de caso para la vigilancia de VIH en el país, para conocer las definiciones, actualizaciones, vigencia y detección de necesidades. Las siguientes fuentes de información fueron revisadas:

- Estadísticas del VIH
 - Algoritmo diagnóstico de VIH
 - Manuales de procedimientos de laboratorio
 - Manuales de bioseguridad de laboratorio
 - Bases de datos de VIH a nivel regional
 - Procedimientos operativos estándar (POE)
 - Guía de vigilancia epidemiológica de VIH
 - Ficha de notificación de casos VIH
 - Instrumento de supervisión de laboratorio
- Entrevistas con informantes clave. Incluyó al personal de salud que realizan acciones de vigilancia de VIH y personal de laboratorio en los diferentes niveles (local, regional y nacional) tanto de la Secretaría de Salud, como del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y ONG.
 - Observaciones directas. Para la vigilancia de laboratorio se valoró la capacidad diagnóstica de los laboratorios de la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y ONG en los diferentes niveles, mediante visitas de verificación para revisar la infraestructura física y el equipo, así como conocer el grado de abastecimiento de materiales, insumos y reactivos de los laboratorios.
 - Grupos focales. Se utilizó la técnica de grupos focales para indagar en el personal clínico, de consejería, de estadística/informáticos de las unidades de salud y ONG y que no fueron entrevistados de manera individual.
 - Calidad del dato. En la ficha de notificación de caso de VIH y en las bases de datos se seleccionaron las siguientes variables: fecha de notificación del caso, edad, sexo, modo de transmisión, lugar de residencia, clasificación del caso y fecha de diagnóstico de VIH. Se revisaron las fichas de notificación de casos de VIH en papel y digitalizadas en las bases de datos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012.

5.3 Muestreo

Mediante un muestreo por conveniencia, según criterios de inclusión establecidos en el protocolo, se seleccionaron las regiones de salud, las unidades a visitar (hospitales nacionales, regionales, centros de salud y ONG) y el personal clave a entrevistar. Para ello, se elaboró un listado de las unidades de

salud/hospitales y Cesamos de las regiones seleccionadas, así como el personal responsable y principales informantes clave del nivel central, regional y local con el propósito de programar las visitas para entrevistas y grupos focales.

En la selección del 10% de las fichas de notificación de caso de VIH, se utilizó un muestreo aleatorio simple, el cual consistió en conocer el total de fichas de notificación de casos de VIH del 2012, y se estimó el intervalo de muestreo (IM) para obtener las fichas hasta completar el número total correspondiente al 10%. En las unidades de salud/hospitales o regiones de salud donde el número de fichas era menor de 50, se revisó el total de las fichas.

5.4 Criterios de inclusión

En la selección de las regiones de salud que fueron incluidas en la evaluación se utilizaron los siguientes criterios:

- Regiones con la mayor tasa de prevalencia de VIH (5)
- Regiones que reportaron una baja prevalencia de VIH en el 2012 (5).
- Regiones priorizadas para intervenciones de promoción y prevención en VIH con fondos de USAID, CDC y Fondo mundial, también se incluyó una región no priorizada con esos fondos.
- Regiones con un reporte de sub-notificación mayor al promedio nacional durante el 2010 y una región de salud que reportó un promedio menor al nacional.
- Regiones de salud que fueron incluidas en la segunda evaluación del sistema de vigilancia de VIH en el 2008.

Cuadro 3. Tasa de VIH acumulada x 100,00 habitantes, según región de salud. Sistema de Vigilancia de VIH de Honduras. Departamento ITS/VIH/SIDA. Secretaría de salud 1985-2012.

| Región de Salud | No. de casos reportados | Tasa x 100,000 habt. |
|-------------------|-------------------------|----------------------|
| Atlántida | 3,048 | 735,7 |
| Colón | 1,398 | 467,5 |
| Comayagua | 950 | 209,7 |
| Copán | 666 | 180,2 |
| Cortés | 11,561 | 717,9 |
| Choluteca | 1,374 | 294,2 |
| El Paraíso | 593 | 136,0 |
| Fco. Morazán | 6,610 | 452,6 |
| Gracias a Dios | 384 | 422,7 |
| Intibucá | 93 | 38,9 |
| Islas de la bahía | 429 | 851,7 |
| La Paz | 142 | 70,7 |
| Lempira | 154 | 47,6 |
| Ocotepeque | 114 | 84,2 |

| | | |
|---------------|--------|-------|
| Olancho | 425 | 81,7 |
| Santa Bárbara | 669 | 163,4 |
| Valle | 542 | 311,6 |
| Yoro | 1,846 | 328,6 |
| Total | 31,051 | 374,5 |

Cuadro 4. Regiones Departamentales de Salud seleccionadas para la evaluación del sistema de vigilancia de VIH. Depto. ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras, 2013

| Regiones Departamentales de salud seleccionadas | % de Sub-notificación 2009-2010* | Incluida en la evaluación del 2008 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Metropolitana de Tegucigalpa | 58 – 45 | Si |
| 2. Francisco Morazán | ND | No |
| 3. Metropolitana de San Pedro Sula | 32-32 | Si |
| 4. Cortés | 67-26 | Si |
| 5. Atlántida | 31-23 | SI |
| 6. Colón | 36- 41 | |
| 7. Lempira | ND | No |
| 8. Copán | 68-54 | No |
| 9. Choluteca | 22-36 | No |
| 10. Valle | 44-10 | No |

5.5 Evaluación de laboratorio

La evaluación de laboratorio incluyó entrevistas a informantes clave, tanto a nivel central, regional y local, así como laboratorio del IHSS y las ONG que realizan pruebas de VIH. Adicionalmente, se aplicó un formulario de verificación en los laboratorios según las funciones esenciales de los mismos, con el propósito de revisar las capacidades para el funcionamiento. Los componentes evaluados en laboratorio fueron los siguientes:

- Marco logístico del sistema de laboratorio
 - a. Flujo de información, datos, especímenes desde y hacia los diferentes niveles
 - b. Integración con otras organizaciones nacionales (IHSS y ONG)
 - c. Procedimientos operativos estándar (POE)
 - d. Registro y almacenamiento de información

- Capacidad del Recurso Humano
 - a. Personal capacitado en:
 - i. Epidemiología, vigilancia y análisis de datos
 - ii. Consejería en VIH
 - iii. Pruebas diagnósticas de VIH
 - iv. Bioseguridad
 - v. Control de Calidad

- Capacidad del Laboratorio
 - a. Procesamiento de muestras
 - i. Criterios para recibir, procesar, analizar, interpretar y reportar los resultados
 - ii. Utilización de resultados para mejorar la vigilancia
 - b. Reporte de resultados
 - i. Retroalimentación a todos los niveles
 - ii. Período de tiempo para la entrega de resultados
 - iii. Número de casos asintomáticos e infección avanzada por VIH por año
 - c. Existencia de reactivos e insumos VIH
 - i. Disponibilidad de kits de diagnóstico
 - ii. Administración de insumos (ejemplo: desabastecimiento, vencimiento de pruebas, máximos y mínimos)
 - d. Seguridad y Mantenimiento (Bioseguridad y equipamiento), la cadena de distribución logística, transporte, almacenamiento y conservación de pruebas de VIH.
 - e. Aseguramiento de la calidad interna y externa de las pruebas.

6. Recolección y análisis de datos

Para alcanzar los objetivos planteados, se diseñó instrumentos de recolección de datos para el componente de notificación de caso de VIH, y para la vigilancia de laboratorio. Todos los instrumentos fueron diseñados y revisados técnicamente, a fin de obtener información detallada respecto al desempeño del sistema en términos de calidad, utilidad y los atributos. A continuación se detallan los instrumentos utilizados:

- Notificación de caso: se aplicaron tres instrumentos diferenciados por niveles. El formulario B1: dirigido a epidemiólogos de nivel central, B2: dirigido a epidemiólogos regionales y de hospitales y el B3 para estadígrafos/informáticos de nivel central, regionales y de hospitales. La revisión de los formularios para evaluar la calidad del dato requirió el diseño de un instrumento con las principales variables a revisar.
- Vigilancia de laboratorio. Para evaluar la capacidad de los laboratorios en los diferentes niveles se diseñó un solo instrumento de recolección de datos, con todos los ítems a evaluar según el nivel (instrumento C1).

En cada uno de los equipos de campo se seleccionaron las personas que hicieron las entrevistas y tomaron las notas según las preguntas establecidas en los instrumentos. Durante la capacitación, se hizo énfasis a todo el equipo evaluador en tomar notas de manera completa a fin de registrar la información clave. En los casos donde las personas entrevistadas/as expresaran o describieran de forma precisa un concepto importante para la evaluación, se tomó nota textual de las citas. Posterior a la entrevista, las respuestas fueron resumidas en un formato específico para cada instrumento, lo que permitió una mejor organización de los datos para el análisis respectivo.

Para los grupos focales y previa autorización de los entrevistados, se tomó nota escrita durante el desarrollo de la reunión y se elaboró un resumen en el formato correspondiente. Las notas del relator ayudaron para completar el resumen para integrar detalles y agregar información que haya sido omitida. Los resúmenes fueron revisados y enviados al equipo conductor de la evaluación diariamente y posterior, se enviaron a un especialista en análisis de datos cualitativos del CDC-CAR, quien procedió al análisis de los datos.

Los resúmenes electrónicos se trasladaron a un programa (software) de análisis cualitativo, NVivo, y se hizo una copia de respaldo. Se crearon nodos (categorías de temas) basados en los objetivos de la evaluación, los resúmenes fueron posteriormente codificados para identificar opiniones similares, así como, divergencias entre los datos de las entrevistas. Una vez finalizada la codificación, se generó un resumen de cada nodo y se procedió a identificar las opiniones dominantes y puntos de vista divergentes. Los resultados cualitativos se categorizaron en función de los principales atributos de un sistema de vigilancia de la salud.

Los datos obtenidos de la revisión de la ficha de notificación de caso de VIH, fueron tabulados para obtener las frecuencias de las variables con datos válidos y completos. Para ello, los datos fueron agrupados y organizados en una hoja electrónica de Excel. La revisión de las fichas de notificación de caso de VIH y las bases de datos, fue realizada únicamente por personal del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, esto para garantizar la confidencialidad de la información y cumplir con la normativa del país respecto a quienes deben acceder a dicha información.

Los datos obtenidos de las observaciones y entrevistas a informantes clave de los laboratorios de nivel central, regional y local fueron agrupados y analizados para identificar las fortalezas y debilidades.

Al obtener la primera versión del informe de la evaluación, se hizo una revisión y validación de los principales hallazgos, con el propósito de asegurar que los mismos estuvieran alineados a las entrevistas realizadas y la situación actual.

7. Trabajo de campo

Para el trabajo de campo de la evaluación, se organizaron cinco equipos integrados por personal de la Secretaría de Salud, del Instituto Hondureño de Seguridad social (IHSS), y algunas regiones de salud. Además se integró a cada uno de los equipos de campo, personal de SE-COMISCA con el propósito de facilitar la asistencia técnica del proceso.

Fue realizado un taller de capacitación con el propósito de estandarizar los conceptos, procedimientos y aspectos operativos al equipo responsable en llevar a cabo la evaluación. La capacitación incluyó la introducción a métodos de evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud pública, así como la revisión y utilización de los instrumentos de recolección de datos, programación y principales tareas del trabajo de campo.

Se nombró un líder de equipo por parte de la Secretaría de Salud, quienes aseguraron el cumplimiento del cronograma, y procedimientos definidos para la evaluación del sistema. Asimismo, fueron los responsables de realizar la comunicación con el equipo conductor para el reporte de actividades, envío de la información y la comunicación sobre las dificultades y toma de decisiones durante el trabajo de campo.

8. Consideraciones éticas

El protocolo de la evaluación fue revisado y aprobado por las autoridades de salud de Honduras, personal de SE-COMISCA y CDC Centro América y posteriormente enviado a CDC Atlanta, quienes aprobaron los procedimientos establecidos.

Para cumplir con la normativa de país respecto al acceso a información sensible y confidencial, solamente personal de la Secretaría de Salud realizaron las entrevistas y la revisión de las fichas de notificación de casos de VIH y bases de datos. El personal de los CDC y SE-COMISCA no accedieron a información de las fichas de notificación, ni de las bases de datos de VIH que pudiera identificar a las personas con VIH. Es importante señalar que en ninguno de los instrumentos de recolección de información se registró identificadores personales de los entrevistados, ni de la notificación de casos de VIH.

Previo a las entrevistas y los grupos focales, se aplicaron consentimientos informados escritos a todos los entrevistados, esto con el propósito que conocieran los objetivos, procedimientos, derechos, riesgos así como dar a conocer la vía de comunicación y el responsable de brindar mayor información sobre la evaluación, en caso de tener dudas o preguntas.

Toda la información obtenida en la recolección de datos de la presente evaluación quedó resguardada por la coordinación de vigilancia del Departamento de ITS/VIH/SIDA y en el Laboratorio Nacional VIH de la Secretaría de Salud.

9. Resultados

La recolección de información, se llevó a cabo del 17 al 25 de octubre del año 2013. En total, se realizaron 59 entrevistas a personal responsable de las acciones de epidemiología y 33 entrevistas a personal responsable de laboratorio en las 10 regiones seleccionadas.

Cuadro 5. Entrevistas realizadas por región seleccionada. Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH de Honduras, 2013

| Regiones | Epidemiología | Laboratorio | Total |
|------------------------------------|---------------|-------------|-------|
| 1. Nivel Central | 4 | 1 | 5 |
| 2. Metropolitana de Tegucigalpa | 11 | 8 | 19 |
| 3. Francisco Morazán | 4 | 3 | 7 |
| 4. Metropolitana de San Pedro Sula | 8 | 4 | 12 |
| 5. Cortés | 6 | 3 | 9 |
| 6. Atlántida | 7 | 4 | 11 |
| 7. Colón | 4 | 2 | 6 |
| 8. Choluteca | 4 | 2 | 6 |
| 9. Valle | 4 | 2 | 6 |
| 10. Lempira | 4 | 2 | 6 |
| 11. Copán | 3 | 2 | 5 |
| Total | 59 | 33 | 92 |

9.1 Notificación de caso de VIH

A continuación se detallan los principales hallazgos encontrados en la evaluación para el componente de notificación de caso de VIH y Sida. Dichos hallazgos son descritos por atributos en función de las fortalezas y las debilidades identificadas:

a) Utilidad del sistema de vigilancia de VIH

Caracterizar la epidemia del VIH

La mayoría de las personas entrevistadas considera que el sistema de vigilancia permite caracterizar la epidemia de VIH en Honduras, mencionaron que a través del mismo se pueden conocer los grupos de población y de edad más afectados, los departamentos y municipios con mayor número de casos, la relación hombre mujer, el estadio de la infección y los casos de transmisión del VIH de madre a hijo/a, entre otros.

También opinaron que la caracterización de la epidemia se enriquece al complementar los resultados de la notificación de casos con la vigilancia centinela (UMIETS-VICITS), estudios como el ECVC, datos de transmisión materno infantil, indicadores de alerta temprana de la fármaco-resistencia e indicadores del Plan de Monitoria y Evaluación.

Contribución a la prevención

La mayoría de las personas entrevistadas opinaron que los datos del sistema de vigilancia contribuyen a la elaboración de estrategias de promoción. En palabras de una participante *“nos da una pauta para dirigirnos y enfocarnos de acuerdo a la procedencia, grupos de edad más afectados, sexo y de esta forma saber dónde se debe fortalecer las estrategias de IEC para mejorar la prevención”*.

Aunque muchos mencionaron actividades de promoción, no se describieron intervenciones de prevención primaria específicas más allá de charlas educativas. Una minoría opinó que los datos no están siendo utilizados para la prevención: *“no hay anuncios de radio y televisión que informen sobre la epidemia del VIH, y las personas creen que la epidemia no existe”*. Otro participante expresó que *“la información solo se empapela, no creemos que sea útil ni para control, ni seguimiento. A veces tenemos herramientas que si no las utilizamos bien no se les saca provecho”*.

Algunas personas entrevistadas enfatizaron la contribución del sistema de vigilancia a la prevención secundaria, a través del inicio oportuno de la terapia ARV, prevención de transmisión del VIH de madre-hijo/a, identificación y seguimiento de abandonos, lo que interrumpe la cadena de transmisión. Una participante indicó *“al paciente diagnosticado, el tratamiento se le inicia a la brevedad y esto contribuye al control del VIH. El sistema identifica si las personas son diagnosticadas oportunamente, si son adherentes a la TAR; se previene la Transmisión del VIH de madre-hijo”*.

Fortalezas y debilidades:

Fortalezas

- La importancia y utilidad de la vigilancia de casos de VIH fue manifestada por todas las personas entrevistadas
- Proporciona información sobre los grupos de población, edad más afectada, departamentos y municipios con mayor número de casos, la relación hombre mujer, el estadio de la infección y los casos de VIH en embarazadas, entre otros.

- Contribuye a la elaboración de estrategias de promoción

Debilidades

- No fue identificado la utilización de los datos para planificación de necesidades de medicamentos y reactivos, ni para la gestión de recursos.
- Una minoría opinó que los datos no están siendo utilizados para la prevención y que la información se empapela y es una herramienta que no se aprovecha.

b) Simplicidad

Percepción de simplicidad

La mayoría de las personas entrevistadas consideran que el funcionamiento del sistema de vigilancia es sencillo. No obstante, muchos enfatizaron que su sencillez no elimina la necesidad de capacitación, sobre los cambios realizado al sistema o de inducción a nuevos usuarios.

Asimismo, la mayoría de las personas entrevistadas expresaron que la ficha de notificación de casos es simple de llenar, y señalaron que las variables son claras y que el número de fichas a completar es bajo, porque se llena a los nuevos casos y estos no son elevados. Varias personas entrevistadas expresaron que a través del tiempo el proceso de notificación de casos se ha simplificado, mencionaron que ahora solo se llena la ficha de notificación de caso de VIH a las personas que tiene un diagnóstico positivo y eso lo hace más manejable.

Otras personas entrevistadas expresaron que aunque la ficha en sí es fácil de llenar, se requiere esfuerzo para lograr el ambiente de confidencialidad necesario: *“toma tiempo lograr la confidencialidad que requiere el llenado de los datos de la Ficha de Vigilancia Epidemiológica y vencer el temor de las personas a dar la información por tratarse de información muy íntima”*.

En relación al uso de la base de datos, muchas las personas entrevistadas indicaron que se requiere de experiencia en el manejo de Epi-Info.

Integración con otros sistemas

La mayor parte de las personas entrevistadas considera que el sistema de vigilancia del VIH no está integrado con otros sistemas de vigilancia de la salud. La principal desarticulación mencionada, fue la

ubicación de vigilancia del VIH directamente en el Departamento de ITS/VIH/SIDA y no en la Dirección de Vigilancia de la Salud. En el nivel central, se mencionó que la vigilancia del VIH es un *“sub sistema que está en el Departamento de VIH”*.

Sin embargo, en el nivel regional varias de las personas entrevistadas refirieron envío de datos tanto al Departamento de ITS/VIH/SIDA, como a la Dirección de Vigilancia de la Salud: *“la notificación de casos se hace mensualmente tanto a la Dirección de Vigilancia como al Departamento de ITS/VIH/ SIDA, pero la base de datos solamente se envía al Departamento”*.

Otra participante indicó: *“El CAI produce 3 informes: el CS2, el de transmisión vertical y la base de datos de la ficha. Las dos primeras fluyen a Epidemiología y Estadística del nivel local; desde aquí se reportan al nivel regional y la región al nivel nacional. En el caso de la base de datos de la ficha de vigilancia, directamente se entrega al Programa de VIH de la región departamental y al Departamento de ITS/VIH/SIDA”*.

Otras áreas de desarticulación señaladas por las personas entrevistadas fueron:

- Retos en el flujo de información entre algunos CAI y la Unidad de Epidemiología de los hospitales donde funcionan, o entre los CAI y la región: *“solo tenemos los datos que nosotros en la región reportamos y no lo de los CAI; que ni los conocemos”*. *“El Programa de VIH se maneja en el CAI y éste no fluye la información a vigilancia. La información que fluye es la de CS2 y la del PPTMH...el CAI se ve aislado y debería haber un acercamiento con el hospital”*.
- Algunos hospitales no reportan a la región: *“Uno de los más críticos problemas de coordinación se registra entre el hospital y la región por falta de buena gestión”*.
- Diferencias en los sistemas de información de TB y VIH que dificultan el seguimiento de la co-infección.
- Usos de diferentes software (EpiInfo vs Excel).
- Uso de diferentes versiones de ficha de notificación de caso y bases de datos en las regiones de salud, esto ha ocurrido por diferentes cambios que se han realizado a la ficha con el propósito de obtener información con mayor precisión y calidad. Sin embargo, por razones de logística utilizan versiones no actualizada.
- Débil sistema de referencias y respuesta: *“No hay respuesta de las referencias, los pacientes se pierden y el sistema no permite monitorear los pacientes”*.

c) Oportunidad

La mayoría de las personas entrevistadas en el nivel local y regional indicaron que el flujo de la información se cumple en general y según criterios establecidos. En el nivel central, se reportó que existen retrasos en la notificación oportuna de los casos, pero específicamente de tres a cinco regiones de salud.

Los pasos del sistema de vigilancia, que se han incumplido con mayor frecuencia son el monitoreo y la retroalimentación. Una participante en un hospital indicó que *“el programa trabaja de forma muy individualizada y vertical y no se socializa, ni fluye la información. Las personas se apropian de la información y no hacen que fluya. Se desconoce por ejemplo el resultado de evaluaciones nacionales, y considero que es un problema generalizado”*.

En relación al envío de la ficha de notificación de casos, se señaló que puede retrasarse cuando regresa el paciente por su resultado o por problemas logísticos; la falta de transporte y/o internet.

d) Aceptabilidad

Nivel de esfuerzo

La mayor parte de las personas entrevistadas opinaron que llenar la ficha de notificación de caso de VIH en sí, no implica un alto nivel de trabajo. En palabras de una entrevistada: *“No se realiza nada extraordinario. Todo es parte de nuestro trabajo y hay que hacerlo”*. Otra participante indicó: *“es fácil de llenar y está dentro de mi perfil”*. Aun así, algunas personas entrevistadas a nivel operativo indicaron que lo que puede tomar más tiempo es establecer la confianza con el usuario para recolectar los datos de comportamiento solicitados en la ficha. Por otro lado, se puede retrasar el llenado de la ficha por tener que cumplir con otras funciones que tienen dentro de su perfil.

Nivel de compromiso

Las personas entrevistadas expresaron una mezcla de opiniones respecto al nivel de compromiso de los actores del sistema de vigilancia, lo que muestra que las experiencias con el sistema han sido variadas. Por un lado, se señaló el compromiso que existe por parte de la Secretaría de Salud evidenciado por la dotación de recursos humanos, insumos, capacitaciones, la existencia de normativa de consejería, el llenado y envío de la ficha de notificación de casos, la implementación de vigilancia centinela en

poblaciones en mayor riesgo (VICITS). Sin embargo, otras personas entrevistadas indicaron que el desabastecimiento crónico de insumos necesarios para el sistema, como reactivos para pruebas de VIH, servicio de internet, fichas de notificación y otra papelería, así como la falta de apoyo en capacitación y mantenimiento de la base de datos, demuestran que el nivel de compromiso es bajo.

Algunas personas entrevistadas expresaron que el compromiso bajo se refleja en la debilidad del sistema de referencia y respuesta: *“a veces solo refieren a los pacientes y luego se olvidan que le pasó al paciente, si llegó al hospital, si se captó la ficha”*. También indicaron que el nivel de compromiso con el sistema de vigilancia es mayor en el sector público, dando ejemplos de algunas ONG que realizan pruebas de VIH en poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y no notifican casos de VIH, *“por ejemplo, desde hace más de tres años”*.

Otras personas entrevistadas, enfatizaron la estrecha colaboración que tienen con algunas ONG, no solo en la notificación de casos, sino en otras áreas como gestión de reactivos, actividades conjuntas de promoción y visitas domiciliarias. En general, no se percibe compromiso del sector privado, ya que en su mayoría estos no reportan los casos de VIH al sistema nacional de vigilancia.

e) Calidad del dato.

La calidad del dato fue evaluado bajo dos criterios definidos para esta evaluación, se revisó en las fichas de notificación de caso y en las bases de datos que éstos estuviesen completos y válidos. Para ello se utilizaron las siguientes definiciones: un dato era completo cuando en la casilla de la ficha de notificación de caso de VIH se registró la información solicitada y fue válido cuando la información incluida en el formulario de notificación era correcta. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Se auditaron un total de 204 fichas de notificación de casos de VIH de las 941 fichas reportadas a diciembre de 2012, y que se encontraron en los sitios seleccionados en la evaluación. Los resultados de dicha revisión muestra que para la variable sexo, en el 100.0% de las fichas el dato estaba completo y válido. Para la variable de fecha de notificación, el 99.0% de las fichas de notificación tenían completa y válida la información. Mientras que en la variable edad, el 98% de las fichas de notificación tenían los datos completos y válidos. Se observa un ligero descenso en la calidad de los datos completos y válidos, en las variables de clasificación del caso (90.0%), fecha de diagnóstico (89.0%), no obstante el descenso

es mayor para las variables de modo de transmisión con 88.0% de datos completos y 85.0% de datos válidos y lugar de residencia con 83.0% de datos completos y 75.0% de datos válidos.

Cuadro 6. Calidad del dato en la ficha de notificación de caso de VIH según revisión realizada en la tercera evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH en Honduras, 2013.

| Variable revisada | Tipo de variable | % Completo | % válido |
|------------------------|------------------|------------|----------|
| Fecha de notificación | Numérica | 99.0 | 99.0 |
| Edad | Numérica | 98.0 | 98.0 |
| Sexo | Nominal | 100.0 | 100.0 |
| Modo de transmisión | Nominal | 88.0 | 85.0 |
| Lugar de residencia | Nominal | 83.0 | 75.0 |
| Clasificación del caso | Nominal | 90.0 | 90.0 |
| Fecha de diagnóstico | Numérica | 89.0 | 89.0 |

Información incompleta/equivocada

De acuerdo a las personas entrevistadas, la información que con mayor frecuencia viene incompleta o equivocada fue:

- Clasificación de los casos VIH: *“los consejeros no cuentan con el dato de CD4 para poder clasificar como Infección Avanzada o Sida o porque los pacientes no reconocen sus síntomas”. “hay ciertos datos que el médico debería de llenar y no lo hace tal vez por eso se pierde alguna información”*
- Patrón de transmisión: *“las personas no quieren identificarse con la diversidad sexual”, “el paciente no quiere cooperar con el llenado de esta variable”. “Lleva tiempo... a veces los pacientes se sienten acosados por las preguntas de la ficha”.*
- Información personal de los pacientes: Dirección, número de identidad, prácticas sexuales, orientación sexual entre otros.
- Antecedentes de realización de prueba: *“el paciente muchas veces no sabe la fecha cuando se realizó la prueba”. “el personal confunde los antecedentes de estudio de VIH con el algoritmo de diagnóstico; colocan la fecha actual donde va la fecha anterior de la prueba”*

- Información de transfusiones sanguíneas: *“los pacientes no saben diferenciar una transfusión de una aplicación de suero y muchas veces se verifica en expediente si han recibido transfusión”*

Capacitación

Entre las personas entrevistadas que mencionaron haber sido capacitados en algún tema relacionado con el sistema de vigilancia durante los últimos 12 meses, mencionaron con mayor frecuencia los siguientes temas:

- La nueva ficha de notificación de casos,
- Los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación del Departamento de ITS/VIH/SIDA
- La Vigilancia Centinela de ITS (VICITS),
- Epi Info,
- Consejería basada en riesgos y,
- En los CAI, el subsistema de Información para los servicios de atención Integral (SISAI).

Los temas de capacitación reflejan en parte, las responsabilidades inherentes a los cargos de las personas entrevistadas y también la relevancia del apoyo de la cooperación internacional para los temas de capacitación.

Aunque las personas entrevistadas fueron seleccionadas basados en que son partícipes del sistema de vigilancia regular, llama la atención que no todos refirieron haber recibido capacitación en el funcionamiento y procedimientos de dicho sistema, particularmente en los hospitales y al nivel local. A manera de ejemplo citamos a un participante: *“ el epidemiólogo del hospital no está capacitado en vigilancia de VIH, ni en el flujo de la información, y no se realiza supervisión”, “los que están en epidemiología solo han recibido capacitación sobre vigilancia de VIH en el DDM”*.

El curso modular semi presencial sobre vigilancia de segunda generación del VIH para la toma de decisiones (DDM por sus siglas en inglés), es un esfuerzo de país que se ha realizado desde el año 2009 para mejorar las habilidades en el uso de datos para la toma de decisiones y se han capacitado 28 profesionales de todas las regiones de salud.

Acciones para mejorar la calidad del dato

La calidad de los datos de la ficha de vigilancia epidemiológica del VIH, ha sido una acción realizada según el criterio de cada persona como por ejemplo:

- Revisión de fichas enviadas
- Llamadas o visitas al personal encargado en caso de errores
- Cuaderno de control de la ficha de vigilancia epidemiológica, para identificar personas que ya han sido diagnosticadas

Una participante mencionó: *“Se cuenta con tiempos y fechas establecidos para la recepción de la información y se procede a la revisión de la ficha para verificar el llenado de la misma y posible errores. A veces se registran inconsistencias en los datos entre lo que registra el municipio y lo que registra el nivel regional del mismo municipio. Para estos casos y otros errores en los datos, se realiza una retroalimentación a las unidades de salud vía telefónica para subsanarlos. Posteriormente se llama de nuevo para conocer si se hizo el ajuste”.*

Sin embargo, estos esfuerzos variaban por localidad y región, tampoco representa un método sistemático que se realice igual en los diferentes niveles del sistema. Varias de las personas entrevistadas indicaron que el acceso en línea a la base de datos permitiría tener una revisión más eficaz de la calidad del dato.

Retroalimentación

Se obtuvo diversas opiniones sobre el nivel de retroalimentación recibido tras enviar las fichas de vigilancia de VIH. Varias de las personas entrevistadas mencionaron que la recibían en reuniones, talleres o a través del boletín epidemiológico. Otros sin embargo, manifestaron lo contrario: *“cuando la región solicita la base de datos, se manda. Si no la piden, no se envía y nadie de la región viene a revisar si lo que estamos haciendo está bien o está mal”.*

Otras de las personas entrevistadas indicaron que es en nivel local donde existe la mayor necesidad de hacer retroalimentación, ya que representa el origen del dato. Se percibieron molestias en algunas de las personas entrevistadas del nivel local, por no recibir retroalimentación del nivel regional y central.

f) Flexibilidad

Las personas entrevistadas mencionaron dos cambios recientes al sistema de vigilancia de VIH:

- El principal está relacionado con los cambios realizados en la ficha de notificación de caso; es decir, la codificación o numeración de las mismas y la inclusión de variables adicionales tales como grupo étnico y población en mayor riesgo. En general, las personas entrevistadas expresaron que el sistema pudo incorporar fácilmente estas nuevas variables y que las mismas enriquecieron la vigilancia del VIH.

Sin embargo, parte de las personas entrevistadas señalaron las siguientes dificultades en la implementación de estos cambios:

- En algunas regiones, se implementó la nueva ficha pero no se instaló la base de datos correspondiente. No obstante en algunas regiones indicaron la existencia de hasta tres bases de datos con diferentes variables:

“Estas variables no están incluidas en la base de datos por carencia de compatibilidad informática, ya que la base de datos que manejan en la región no es compatible con la del nivel central y el nivel central no ha instalado la nueva base de datos en la región”.

“Se empezó a socializar la nueva ficha con hospitales, centros de salud, así mismo la nueva base de datos porque se agregaron nuevas variables para el uso, a partir de enero 2013...fue hasta en julio que tuvimos la nueva base de datos y no digitábamos la nueva ficha. Tuvimos varios meses sin digitación y se nos acumularon las fichas”

En algunas regiones, el número de nuevas fichas distribuidas fueron insuficientes y solo se implementó parcialmente, lo que generó el uso de varias versiones de las fichas: *“no se implementó la ficha en la totalidad de los municipios en vista que no habían suficientes fichas”.*

En otras regiones y organizaciones, conocen la nueva ficha pero no la han utilizado: *“Hay una nueva ficha sin implementar. No nos ha afectado porque no se ha implementado, en Tegucigalpa si se ha dado lo de nuevas fichas”.*

Se identificó como limitantes el desabastecimiento de las nuevas fichas y hacen fotocopias de la misma en el nivel local y, consecuentemente, se deja de llevar la codificación: *“No mandan suficientes fichas y al fotocopiarlas se pierde la codificación”.*

Indistintamente las dificultades enfrentadas, las personas entrevistadas afirmaron que el proceso de notificación no se ha detenido, aun cuando no se capta toda la información en la base de datos, no se use la ficha en todos los municipios o se pierda el correlativo de las fichas.

Reforma del sector salud

En relación a las implicaciones que tiene la reforma del sector salud en la vigilancia del VIH, las opiniones de las personas entrevistadas fueron variadas. Por un lado, muchas personas, particularmente a nivel de hospitales y CESAMOS, afirmaron que no conocían la reforma.

Algunas personas entrevistadas expresaron que la reforma traería cambios positivos, como la integración del VIH al sistema nacional de vigilancia de la salud y la incorporación del sector privado al sistema de vigilancia.

Otro grupo de personas entrevistadas expresaron inquietud sobre aspectos del proceso, por ejemplo:

- La separación de roles de vigilancia entre redes y las regiones de salud
- La diferencia de avance en el proceso de implementación del nuevo DO entre las regiones y el nivel central
- El traslado de personal capacitado en vigilancia a otras dependencias.
- La concentración de actividades de vigilancia de diferentes programas en una sola persona: *“La separación de funciones según el nuevo DO en la región y nivel central, todavía hay cosas que no están claras. Por ejemplo, lo que vigilancia y lo que redes deben hacer, aquí en la región la base de datos está en vigilancia, pero las fichas están con redes, pero en otras regiones la vigilancia de VIH está en redes, eso no está claro”, “las regiones no se encuentran seguras. La duda la ha sembrado el nuevo DO, ya que se aplica en las regionales pero en el nivel central, no se encuentra bien definido”.*

Una participante expresó inquietud sobre la posibilidad que la vigilancia de VIH pase a un ente externo a la Secretaría de Salud: *“una amenaza latente es que el sistema de vigilancia ya no sea de la Secretaria de Salud, sino que se dé también a un gestor intermedio”.*

Aun con estas inquietudes, el sentir de muchas personas entrevistadas es que la vigilancia no se verá interrumpida: *“es un trabajo que hacemos, y lo seguiremos haciendo”.*

g) Sensibilidad

La sensibilidad fue evaluada cualitativamente. Por lo tanto, los resultados son presentados según la percepción que tienen las personas entrevistadas respecto a este atributo.

La mayor parte de las personas entrevistadas señalaron, que hay casos que no son reportados en el sistema nacional de vigilancia de VIH. Los casos que no son reportados según apreciación de las personas entrevistadas, son de dos tipos:

- Hay casos no reportados dentro de la Secretaría de Salud
 - o Pacientes perdidos, que no regresan por sus resultados: *“Se les solicita la prueba, y no vuelven y dan información falsa”, “Personas que tiene dificultades en el acceso, por el temor al resultado y factores económicos...”*.
 - o Fichas que no son enviadas por falta de claridad sobre flujo de información: En un hospital, una participante indicó que tenía 18 fichas de notificación de caso que no fueron enviadas porque las personas con resultado positivo tenían domicilio en otra región: *“Hay algunos casos que son diagnosticados en el hospital, pero vienen de otras regiones, entonces no se notifica y las fichas se quedan sin enviar. Epidemiología recibe solo lo que pertenece a esta región”*.
 - o Una participante indicó que en su región hay algunos municipios que regularmente no reportan sus casos. En otro caso, un participante indicó que hay instancias en las cuales se ordenan pruebas de laboratorio directamente y no se llena la boleta de solicitud de prueba de VIH.
- Casos no reportados fuera de la Secretaría de Salud
 - o Clínicas y laboratorios privados que no reportan. Esta fue la respuesta más común de las personas entrevistadas y mencionaron que la Secretaría de Salud no ha coordinado, ni ha ejercido el rol rector con estos actores para que notifiquen los casos que se diagnostiquen según lo establecido en el marco jurídico.

Aunque se mencionaron casos de buena coordinación con algunas ONG, también se mencionaron ejemplos de otras ONG que no reportan casos de VIH al sistema, algunas incluso desde hace varios años. La presente evaluación no incluyó objetivos para profundizar en las razones del porque las ONG no reportan.

h) Estabilidad

Manejo de datos

Se evidenció variabilidad de opiniones respecto al sistema de administración de datos que se utiliza en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica del VIH. En algunos centros, las personas entrevistadas indicaron que contaban con la base de datos electrónica, otros solamente en papel, otros ambos, y otro ninguno.

En otras unidades de salud y en un hospital, se señaló que no hay base de datos y que no queda una copia de las fichas que envían a la región: *“enviamos el informe a la región Metropolitana y no dejamos copias porque las fichas son enviadas junto con los informes y no tenemos capacidad económica para sacar copias del mismo”*.

Respecto a la confidencialidad, muchas personas entrevistadas indicaron que solo el personal autorizado tiene acceso a las fichas y que se tenía un buen nivel de confidencialidad. En el nivel central, se destacó que solo una persona tiene acceso a los datos y a la clave de la computadora donde se encuentra la base. Sin embargo, se identificaron brechas en algunos sitios, por ejemplo: los archivos no están bajo llave; aunque estén en un lugar con acceso restringido, o que no se toman las medidas adecuadas para asegurar la confidencialidad en el envío de fichas de un establecimiento de salud a la región; el envío de algunas fichas se hizo por fax.

Respecto a las copias de seguridad, las repuestas de las personas entrevistadas también fueron muy variadas. Algunas personas entrevistadas indicaron que no mantenían copia de seguridad de la base de datos, mientras que otros manifestaron que tenían el respaldo en una memoria USB, y otros en disco duro externo. Por otro lado, la base de datos del nivel central ha funcionado como copia de seguridad: *“perdimos una base de datos con más de X registros porque la computadora agarró virus y no había respaldo aquí, pero sí en el nivel central”*.

En relación al análisis, muchas personas entrevistadas del nivel local indicaron que los datos se enviaban a la región y que se hacía poco o ningún análisis al nivel local.

Recursos

En relación a la disponibilidad de recursos, existe una opinión generalizada que el sistema no cuenta con la asignación de recursos necesario, particularmente en las siguientes áreas:

- Disponibilidad de pruebas de VIH: *“El año pasado hubo desabastecimiento de pruebas de VIH por 4 meses. No se hacían ni a las embarazadas”.*
- Disponibilidad de fichas de notificación de caso: *“presentamos dificultades por falta de formatos, la región no provee, solucionamos al sacar copias”.*
- Internet para envío de base de datos y otras comunicaciones: *“...uso a veces MI modem, en MI casa, tengo que sacar los datos en MI memoria y busco quien tiene Internet aquí en la región para hacer los envíos...”*
- Logística para el monitoreo y supervisión del sistema: *“no se cuenta con la logística, no hay combustible, y los vehículos están dañados. Solo hay 2 carros para 67 unidades de salud que deben monitorearse, de 13 municipios”.*

Un aspecto en el cual muchas personas entrevistadas opinaron, fue que contaban con el recurso humano para ejecutar las acciones de vigilancia de VIH, aunque varios señalaron que este personal era multidisciplinario, con múltiples funciones y que debían ser creativos ante la falta de presupuesto para realizar la gestión del recurso humano: *“Se aprovechan los espacios en las reuniones mensuales porque vigilancia no tiene presupuesto específico para hacer capacitaciones ni supervisión”.* Al nivel central, se indicó que solamente cuentan con un recurso para apoyar la notificación de casos.

Los informantes clave consultados identificaron la ausencia de una norma y guía para la vigilancia del VIH. Esta información fue validada por los técnicos del nivel central, cuando hicieron la retroalimentación de los resultados de la evaluación y afirmaron que en efecto no existe a nivel local y regional porque los mismos se encuentran en proceso de diseño e impresión.

En relación a la pérdida de funcionalidad del sistema, la mayoría de las personas entrevistadas indicaron que aun con estas dificultades, el sistema es adaptable y no ha dejado de funcionar.

9.2 Vigilancia de laboratorio de VIH

A continuación se detallan los principales hallazgos encontrados en la evaluación para el componente vigilancia de laboratorio de VIH. Dichos hallazgos son descritos según fortalezas y debilidades por niveles; central, regional y local de los aspectos evaluados; organización de laboratorio, recursos humanos, capacitación, presupuesto, espacio físico e instalaciones, equipo, insumos, reactivos existentes, capacidad diagnóstica, capacidad para funcionar bajo condiciones adversas, sistema de calidad, bioseguridad y mantenimiento, sistema de información, disponibilidad de la información y monitoreo.

Nivel central (1)

Fortalezas

- Existe recurso humano capacitado para realizar las funciones del laboratorio
- Dispone de procedimientos operativos estandarizados (POES) y manual de bioseguridad
- Dispone de manual de procedimientos de laboratorio para diagnóstico VIH, validado para uso en el nivel regional y local
- Cuenta con formato estandarizado de: solicitud para carga viral, registro de información mensual para recuento de CD4 y pruebas realizadas para diagnóstico de VIH a nivel nacional
- Existe registro de datos de laboratorio en forma electrónica
- Cumple con el algoritmo de diagnóstico de VIH
- Dispone de seroteca de VIH
- Tiene implementado el sistema de gestión de calidad de laboratorio
- Remite información sobre las pruebas realizadas trimestralmente al Departamento de ITS/VIH/SIDA
- Prepara y envía paneles de controles de calidad a las unidades de salud con y sin laboratorio que realizan pruebas para diagnóstico de VIH
- Participa en controles de calidad externo para serología de VIH, CD4, carga viral y PCR.

Debilidades

- El recurso humano para realizar sus funciones del laboratorio central es limitado. Esta situación puede agravarse el próximo año pues la plaza para Microbióloga contratada por Fondo Mundial no será renovada
- Existe un manual desactualizado para la toma, manejo y envío de muestras y el instrumento de supervisión
- No se dispone de financiamiento para diagramación e impresión de manual de procedimientos de laboratorio para nivel regional y local
- El 80% de los gastos de VIH de laboratorio Nacional dependen de presupuesto con Fondo Mundial
- El sistema de información de vigilancia de laboratorio no es compatible e integrado con el sistema de notificación de casos de VIH, lo que genera diferencias en el número de casos reportados
- Los resultados de pruebas no concluyentes de VIH y PCR se entregan de 3 semanas a un mes
- Reciben muestras y solicitudes de las regiones de 1 o 2 meses después de la toma de muestra
- No existe un sistema de información automatizado y uniforme en la red de laboratorio
- No se cuenta con un formato estandarizado a nivel nacional para el registro de pruebas de VIH realizadas
- No se cuenta con un plan de contingencia en caso de falla de la planta de emergencia
- No se dispone de personal calificado y un programa para el mantenimiento preventivo de los equipos. Excepto los equipos que son por comodato gestionados por la cooperación externa
- No existe el financiamiento para acciones de monitoreo del sistema de información y controles de calidad en la red de laboratorio a nivel nacional
- Falta de financiamiento para compra de insumos y reactivos que permita el monitoreo de terapia de ARV (CD4 y Carga Viral).

Nivel regional

Fortalezas

En total se visitaron 18 laboratorios de las regiones seleccionadas y de hospitales nacionales y regionales, así como dos bancos de sangre, a continuación se detallan los principales hallazgos:

- El 61% de los laboratorios regionales y hospitales visitados, cuenta con recurso humano suficiente, capacitado y motivado para realizar las actividades correspondientes a la notificación de caso de VIH
- En el 90% de los laboratorios regionales y hospitales visitados se usan los formularios estandarizados para solicitud de pruebas y entrega de resultados de VIH
- En el 100% de las personas entrevistadas en los laboratorios regionales y hospitales visitados indicaron que entregaban los resultados de VIH dos días posterior a la recepción de la muestra serológica
- El 90% de los laboratorios regionales y hospitales visitados se cumple con el algoritmo diagnóstico de VIH
- El 80% de los laboratorios regionales y hospitales visitados mantienen la cadena de frio para los reactivos almacenados
- El 100% de los laboratorios regionales y hospitales visitados, cuentan con capacidad para confirmar muestras inicialmente positivas
- El 100% de los laboratorios cuenta con un libro de registro de pruebas realizadas para VIH
- El 100% de los laboratorios se presentó la documentación que confirmó la participación en la evaluación externa del desempeño a través de paneles de muestras enviados por el Laboratorio Nacional de VIH.

Debilidades

- El 60% de los laboratorios regionales y hospitales visitados no cuentan con espacio físico adecuado, según los criterios establecidos y observados
- Solamente el 17% de los laboratorios regionales y hospitales visitados cuenta con un programa de educación continua para el personal de laboratorio
- El 56% de los laboratorios no cuenta con equipos, reactivos e insumos necesarios para realizar las pruebas de VIH por insuficiente financiamiento por fondos nacionales

- El 60% de los laboratorios no cuentan con computadora, impresora para consolidar información, ni servicio de Internet para envío de la misma
- En el 40% reportaron haberse tenido limitantes para realizar pruebas de VIH por falta de energía, agua potable, incapacidades y vacaciones del personal
- En los laboratorios visitados no se dispone del manual de procedimientos de laboratorio de pruebas estandarizadas para diagnóstico de VIH
- En el 90% de los laboratorios reportaron no tener financiamiento suficiente para garantizar compra de reactivos e insumos para diagnóstico VIH
- El 90% de los laboratorios no tienen una refrigeradora exclusiva para VIH, se comparte con reactivos y muestras, lo cual no es lo recomendado según sistema de gestión de calidad
- Los microbiólogos entrevistadas señalaron no haber recibido capacitación en vigilancia epidemiológica, ni de gestión de calidad
- Los laboratorios regionales y hospitales visitados no tienen implementado un sistema de gestión de calidad para laboratorios clínicos
- El 76% de los microbiólogos departamentales no realizan supervisiones directas de procedimientos de laboratorio de VIH en los niveles locales por falta de financiamiento
- El 100% de los laboratorios no tiene un instrumento de supervisión estandarizado
- En el 90% de los laboratorios no existe una base de datos que registre la producción de las pruebas de VIH, solo existe un registro manual de pruebas realizadas
- El 90% de los laboratorios regionales y hospitales visitados no tiene capacidad para confirmar resultados de muestras no concluyentes y las refieren al Laboratorio Nacional de VIH
- En el 100% de los laboratorios no existe personal capacitado, ni un programa de mantenimiento preventivo y correctivo para equipos de la red de laboratorio a nivel regional con su respectivo presupuesto
- Falta de financiamiento para compra de insumos y reactivos que permita el monitoreo de terapia de ARV (CD4 y Carga Viral).

Nivel local

Se visitaron 14 laboratorios de CESAMO y hospitales de área de las regiones seleccionadas, se encontraron los siguientes hallazgos:

Fortalezas

- Todos laboratorios locales cuentan con profesionales capacitados en los procedimientos diagnósticos para VIH, consejería., y con actitud pro activa para realizar actividades de laboratorio para VIH
- El 64% de los laboratorios locales cuentan con el recurso humano suficiente para realizar los servicios de diagnóstico de VIH
- El 57% de los laboratorio visitados cuentan con ventilación, iluminación, abastecimiento de agua y suministro de energía oportuna y adecuada para realizar los procedimientos establecidos en el diagnóstico de VIH
- Todos los laboratorios locales realizan el envío de informes mensuales de pruebas de VIH, a nivel regional y al Laboratorio Nacional de VIH
- Todos los laboratorios locales mantenían la cadena de frio para los reactivos almacenados
- En el 100% de los laboratorios locales visitados cumplían con el algoritmo de VIH
- El 100% reportaron que entregaron los resultados de VIH el mismo día en que fue tomada la muestra
- El 90 % de los laboratorios utilizaron formularios estandarizados para la solicitud de prueba de VIH, y entrega de resultados
- El 100% de los laboratorios presentaron documentación que confirmó la participación en la evaluación externa del desempeño a través de paneles de muestras enviados por el Laboratorio Nacional de VIH.

Debilidades

- El 50% de los laboratorios locales tenían espacios de trabajo inadecuados según los criterios establecidos para el funcionamiento de los laboratorios

- El 64% de las personas entrevistadas reportaron no recibir actualizaciones sobre laboratorio de VIH a través de un programa de educación continua
- Los entrevistado en los laboratorio locales señalaron no haber recibido capacitación en vigilancia epidemiológica, ni de gestión de calidad
- En el 43% de los laboratorios locales se reportó que no tenían regularmente un suministro de energía eléctrica y de agua
- El 86% de los laboratorios locales reportaron no tener financiamiento suficiente para garantizar los servicios diagnósticos de VIH
- El 80% de los laboratorios reutilizan puntas para micro pipeta, lo que representa un incumplimiento de las normas de calidad en procedimientos de laboratorio
- En todos los laboratorios locales no se disponía de una refrigeradora exclusiva para el almacenamiento de reactivos, se comparte con el almacenamiento de las muestras, lo cual no es lo recomendado según sistema de gestión de calidad
- El 86% de los laboratorios locales no cumplen con el manejo de desechos según las normas de bioseguridad por falta de dotación de insumos
- En el 72% de los laboratorios locales no contaban con un plan de contingencia para trabajar en caso de falta de energía o agua potable
- En el 90% de los laboratorios locales no existe una base de datos que registre la producción de las pruebas de VIH, solo existe un registro manual de pruebas realizadas
- En ninguno de los laboratorios visitados no se dispone del manual de procedimientos de pruebas estandarizadas para diagnóstico de VIH.

10. Recomendaciones

Como resultado de los hallazgos de la presente evaluación se proponen las siguientes recomendaciones:

Notificación de caso de VIH

- Desarrollo de un proceso de planificación estratégica a corto y mediano plazo en el marco de la reforma del sector salud y el modelo de desarrollo organizacional, que responda a las debilidades identificadas en los resultados de la evaluación para el adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia de VIH.
- Elaboración de la Norma de Vigilancia Epidemiológica de VIH que fortalezca la notificación de casos de VIH con enfoque de segunda generación de acuerdo a los lineamientos de la Norma Técnica del Sector Salud establecida por la Dirección de Regulación Sanitaria.
- Implementación de la Guía de Vigilancia epidemiológica de VIH, que permita estandarizar el procedimiento de vigilancia según niveles de atención.
- Desarrollo de un proceso de capacitación en cascada para la implementación de la Norma y Guía de Vigilancia de VIH con énfasis en la notificación de casos, al personal del sector salud que realizan acciones de vigilancia y que contribuya con el fortalecimiento del sistema.
- Inclusión del financiamiento para los insumos, reactivos y papelería relacionada a la notificación (boleta de solicitud y ficha de notificación de casos de VIH), en los presupuestos anuales de las regiones de salud.
- Elaboración de un plan de monitoreo y evaluación de los diferentes componentes del sistema de vigilancia para todos los niveles, y gestionar los recursos financieros para su implementación.
- Definición de un protocolo de seguridad de datos, que incluya el mantenimiento adecuado del equipo de cómputo, copias de seguridad, manejo confidencial y restringido de las bases de datos.

- Aplicación del marco normativo y jurídico respecto a la notificación de casos de VIH por parte de los proveedores no públicos, en vista que actualmente no notifican al sistema. Para ello, se recomienda iniciar la coordinación, hacer del conocimiento de todas las instituciones, organizaciones, hospitales y clínicas privadas respecto al marco jurídico. Hacer énfasis en la importancia de cumplir con dicha disposición, para garantizar la confidencialidad y seguridad de la información mediante los mecanismos establecidos por la Dirección de Regulación Sanitaria.
- Instalación de la base de datos actualizada según modificación de la ficha de notificación en todas las regiones de salud, y de volver a realizar cambios a la ficha
- Integración de las diferentes bases de datos de VIH existentes a nivel regional

Vigilancia de laboratorio de VIH

- Inclusión en el programa de entrenamiento en epidemiología de campo (FETP) u otros procesos de educación continua al personal de laboratorio de nivel central, departamental y de hospitales
- Gestión de presupuesto que fortalezca el funcionamiento del laboratorio de VIH y que asegure la sostenibilidad y estabilidad de las acciones de vigilancia epidemiológica en los siguientes componentes:
 - a. Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo biomédico a nivel nacional, que incluya la capacitación al personal de salud.
 - b. Compra de reactivos para VIH, que garantice la sostenibilidad de los servicios de diagnóstico.
 - c. Implementar procesos de Gestión de Calidad en la Red de Laboratorios a nivel departamental.
 - d. Contratación permanente del recurso humano que está por contrato en el Laboratorio Nacional de VIH.
 - e. Readequación del área física con ambiente climatizado en los laboratorios de la red nacional, según diagnóstico de necesidades.

- Centralización de mecanismos de adquisición y compra de reactivos a fin de disminuir los costos por compra en escala, tal como lo plantea la Estrategia de Abordaje Integral de las ITS y VIH en el Marco de la Reforma del Sector Salud.
- Fortalecimiento de las medidas de bioseguridad en la Red Nacional de Laboratorios mediante la compra de equipos y materiales de bioseguridad y capacitación al personal de laboratorio en el manejo de los desechos sólidos.
- Elaboración de un plan de monitoreo y supervisión de procedimientos en la Red Nacional de Laboratorios que incluya la gestión de recursos financieros para implementarlo.
- Elaboración y/o actualización e impresión de manuales de procedimientos de laboratorio en diagnóstico de VIH para el nivel regional y local.
- Actualización e impresión del manual de toma, manejo y envío de muestra para distribución entre el personal de laboratorio en los diferentes niveles.
- Estandarizar y automatizar el manejo de los datos de la red de laboratorio a través de la provisión de equipos de cómputo, provisión de internet y su respectivo mantenimiento.

11. Limitaciones

- La presente evaluación solamente evaluó el sistema de notificación de casos de VIH y la vigilancia de laboratorio de VIH, los hallazgos y recomendaciones están enfocados en estos dos aspectos.
- Los sitios evaluados fueron seleccionados de acuerdo a criterios establecidos y no se utilizó muestreo para selección aleatoria de las regiones de salud, hospitales y laboratorios y cesamos. El equipo evaluador visitó 10 de las 20 regiones de salud. Por lo tanto, los hallazgos encontrados no pueden generalizarse las otras regiones, y unidades de salud los cuales podrían tener un escenario diferente en el funcionamiento del sistema de vigilancia de notificación de caso y de laboratorio.

- Por factores externos, los instrumentos no fueron piloteados antes de iniciar el trabajo de campo, solamente fueron revisados técnicamente por el equipo conductor del proceso.
- La naturaleza de la evaluación es casi en su totalidad cualitativa, los resultados e interpretaciones son susceptibles al sesgo del equipo que condujo la evaluación y realizó el análisis y el reporte.
- El uso de diferentes metodologías en la evaluación del sistema de vigilancia de VIH realizada en el 2008 no hace posible hacer la comparación de los hallazgos. Además es importante reconocer que no se realizó el análisis de atributos cuantitativos del sistema como ser: sensibilidad, y valor predictivo positivo.

12. Referencias bibliográficas

1. **UNAIDS/WHO.** *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic.* 2012.
2. **Unidad de VIH, Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala.** 2011, Revista Epidemiológica, volumen 2, edición 1.
3. *Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries.* **Soto RJ, G. A et al.** 2007, J Acquir Immune Defic Syndr , págs. 101-11.
4. **Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud.** *Informe estadístico de la Epidemia del VIH en Honduras.* 2013.
5. **Departamento ITS/VIH/SIDA, OPS/OMS, SE-COMISCA.** *Evaluación del Flujo de Notificación de Casos De VIH/Sida a Vigilancia de la Salud y Cumplimiento del Algoritmo Diagnóstico en la Red de Servicios de la.* 2012.
6. **Departamento de ITS/VIH/SIDA, TEPHINET, CDC.** *Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de VIH e ITS: Resultados preliminares.* Tegucigalpa : s.n., 2012.
7. **Departamento ITS/VIH/SIDA, Tephinet, CDC.** *Manual de capacitación en la ficha de notificación de casos para la vigilancia epidemiologica del VIH en Honduras.* 2012.
8. **Secretaría de Salud de Honduras.** *Modelo Nacional de Salud.* Tegucigalpa, Honduras : s.n., 2013.
9. **Secretaria de Salud de Honduras.** *Situación de Salud en Honduras, Indicadores Básicos.* . 2010.
10. **Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras.** *Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiologica de Honduras.* Tegucigalpa : s.n., 2011.
11. **Congreso Nacional de la República de Honduras.** *Código de Salud. Decreto 65-91.* Tegucigalpa, Honduras : s.n., 1991.
12. —. *Decreto No. 147-99; Ley Especial sobre el VIH/SIDA en Honduras.* Tegucigalpa, Honduras : s.n., 1999.
13. **Departamento ITS/VIH/SIDA.Secretaría de Salud de Honduras, CDC.** *Evaluación del sistema de vigilancia epidemiologica de las ITS/VIH/SIDA en Honduras.* 2004.
14. **ONUSIDA.** *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2009.* Ginebra : s.n., 2009.
15. *Situación de la Epidemia de VIH-SIDA en Guatemala.* **PASCA.** 1999.

16. **Departamento ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud.** *Estimaciones y proyecciones de la epidemia del VIH en Honduras.* s.l. : Boletín Epidemiológico, Vol. 1 No.1, Diciembre 2010.
17. **Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud.** *Estimaciones y proyecciones de la epidemia del VIH en Honduras.* s.l. : Boletín Epidemiológico. Vol. 1, No1., 2012.
18. **M. Paredes, S. Morales et al.** *Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Grupos vulnerables.* Tegucigalpa : s.n., 2007.
19. **Centers for Disease Control (CDC).** *Guidelines Working Group. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems..* . s.l. : 1-35. MMWR, 2001.

13. Anexos

13.1 Anexo 1

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE VIH EN LA REPUBLICA DE HONDURAS

Nombre de las instituciones que realizan la evaluación del sistema de vigilancia de VIH son la Secretaría de Salud de la República de Honduras con apoyo de CDC Centro América a través de SE COMISCA. .

Introducción: *Agradecemos el tiempo que nos brinda para participar en esta evaluación.* Usted ha sido seleccionado para participar en esta evaluación, la cual está siendo coordinada por la Dra. Elvia María Ardón de Medina quien funge Jefa del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de la República de Honduras.

El propósito de esta evaluación es revisar los principales componentes del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH en la República de Honduras. Los objetivos de la evaluación son:

- Describir los componentes del sistema de vigilancia de segunda generación de VIH en la República de Honduras, específicamente el reporte de casos de VIH asintomático e infección avanzada por VIH y la vigilancia de laboratorio.
- Evaluar el desempeño del sistema en términos de su utilidad y otros atributos específicos.

¿Qué debo hacer si accedo a participar? Si acepta participar, se le solicitará información para completar un cuestionario semi estructurado, en relación a la capacidad del sistema actual de vigilancia epidemiológica de VIH.

¿Cuáles son los riesgos potenciales de participar? Ninguno

¿Se mantendrá mi información de forma confidencial? Sí. No se recolectara ningún identificador personal. Sin embargo, información sobre el servicio de salud y el nombre de su organización deberán ser obtenidos con el propósito de análisis de los principales componentes del sistema de vigilancia de VIH.

¿A quién debo contactar en caso de tener preguntas sobre la evaluación? Si tiene preguntas sobre la evaluación, puede contactar a la Dra. Elvia María Ardón de Medina al correo; elvia_ardon1@hotmail.com o a la Dra. Sandra Lorenzana al correo; sandralorenzana1@gmail.com del Departamento de ITS/VIH/SIDA, de la Secretaria de Salud de Honduras.

¿Si accedo a participar, puedo retirarme en cualquier momento? Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Gracias por su tiempo y atención

Declaración de consentimiento:

Mi firma abajo, indica que me ha sido explicado, que he preguntado y recibido respuestas. Yo acepto participar en las entrevistas.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre de la persona que administra el consentimiento: _____

Firma _____ Fecha _____

13.2 Anexo 2

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO FOCAL EVALUACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE VIH EN LA REPUBLICA DE HONDURAS

Nombre de las instituciones que realizan la evaluación del sistema de vigilancia de VIH son la Secretaría de Salud de la República de Honduras con apoyo de CDC Centro América a través de SE COMISCA. .

Introducción: Agradecemos el tiempo que nos brinda para participar en esta evaluación. Usted ha sido seleccionado para participar en esta evaluación, la cual está siendo coordinada por la Dra. Elvia María Ardón de Medina quien funge Jefa del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de la República de Honduras.

El propósito de esta evaluación es revisar los principales componentes del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH en la República de Honduras. Los objetivos de la evaluación son:

- Describir el sistema de reporte de casos de VIH y la vigilancia de laboratorio.
- Evaluar el desempeño del sistema en términos de su utilidad y otros atributos específicos.

¿Qué debo hacer si accedo a participar? Si acepta participar en el grupo focal, se harán preguntas en relación a la capacidad del sistema actual de vigilancia epidemiológica de VIH.

¿Cuáles son los riesgos potenciales de participar? Ninguno

¿Se mantendrá mi información de forma confidencial? Sí. No se recolectara ningún identificador personal. Sin embargo, información sobre el servicio de salud y el nombre de su organización deberán ser obtenidos con el propósito de análisis de los principales componentes del sistema de vigilancia de VIH.

¿A quién debo contactar en caso de tener preguntas sobre la evaluación? Si tiene preguntas sobre la evaluación, puede contactar a la Dra. Elvia María Ardón de Medina al correo; elvia_ardon1@hotmail.com o a la Dra. Sandra Lorenzana al correo; sandralorenzana1@gmail.com del Departamento de ITS/VIH/SIDA, de la Secretaria de Salud de Honduras.

¿Si accedo a participar, puedo retirarme en cualquier momento? Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento. Gracias por su tiempo y atención

Declaración de consentimiento:

Mi firma abajo, indica que me ha sido explicado, que he preguntado y recibido respuestas. Yo acepto participar en el grupo focal.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre de la persona que administra el consentimiento: _____

Firma _____ Fecha _____

13.3 Anexo 3

B1. ENTREVISTA A PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD /NIVEL CENTRAL

I. DATOS ENTREVISTADOR

Grupo evaluador No: _____ Nombre de entrevistador: _____

Fecha de visita: _____ Ciudad: _____

Unidad Normativa: _____

II. PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cuáles son sus responsabilidades relacionadas a la vigilancia del VIH?
2. ¿Cuánto tiempo tiene realizando las funciones de vigilancia de VIH? Meses _____ Años _____
3. ¿Ha recibido algún entrenamiento sobre la vigilancia del VIH y monitoreo del VIH?
 - a. ¿En qué temas?: _____
 - b. ¿Cuándo fue la última vez que fue capacitado?: _____

III. UTILIDAD

4. ¿La información que se genera del sistema de vigilancia permite caracterizar la epidemia del VIH?
 - a. ¿Podría explicar el por qué?
5. ¿El sistema de vigilancia contribuye para la prevención y control del VIH? ¿Podría explicar el por qué?
6. ¿Cómo ha usado los datos del sistema de vigilancia de VIH?

Puede dar ejemplos? Mostrar documentación de como se ha usado

IV. SIMPLICIDAD

7. ¿El sistema actual de vigilancia de VIH es sencillo en su funcionamiento?
8. ¿Cuáles son los desafíos en el funcionamiento del sistema de vigilancia de VIH?
9. ¿Cuáles son los desafíos para monitorear el sistema de vigilancia de VIH?
10. En su opinión ¿Qué piensas respecto al nivel de trabajo que implica llenar la ficha de notificación de vigilancia de VIH para el nivel operativo?
11. ¿El sistema de vigilancia de VIH se encuentra integrado en el sistema nacional de vigilancia de la salud?

V. OPORTUNIDAD

12. En los pasos del sistema de vigilancia de VIH, ¿El flujo de información se cumple según criterios establecidos?

13. Podría mencionar ¿En cuál/cuales de los pasos se tienen dificultades para que el flujo de información funcione?

- Llenado de las Fichas de Notificación de caso de VIH y Sida
- Digitación de las fichas de notificación de caso de VIH y Sida
- Envío de la base de datos del nivel regional al nivel central
- Análisis de los datos
- Monitorear el sistema de vigilancia
- Retroalimentación de nivel central a nivel regional
- Generación de informes

14. ¿Qué acciones se realizan cuando la información no fluye oportunamente?

VI. **ACEPTABILIDAD**

15. De su tiempo laboral ¿Qué nivel de esfuerzo invierte usted en la notificación de caso de VIH?

16. ¿Existen diferencias en la forma de reporte en las regiones departamentales de salud?

a. ¿A qué cree que se deben estas diferencias? _____

17. ¿Existe compromiso de las instituciones que reportan al sistema, para apoyar el funcionamiento y mantenimiento de la vigilancia de VIH?

a. ¿Podría explicar el por qué?

18. ¿Existe compromiso político de las autoridades de salud, para apoyar el funcionamiento y mantenimiento del sistema de vigilancia de VIH?

VII. **CALIDAD DE DATOS**

19. ¿Cuál es la información en la Ficha de Notificación de Casos de VIH, que con mayor frecuencia NO se llena?

a. ¿Porque considera que esta información no se llena?

20. ¿Cuál es la información en la Ficha de Notificación de Casos de VIH, que con mayor frecuencia tiene errores?

a. ¿Porque considera que esta información tiene errores?

21. ¿Qué acciones se han hecho para evaluar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?

22. ¿Qué acciones se han hecho para mejorar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?

VIII. FLEXIBILIDAD

23. En los últimos 12 meses ¿Se han hecho cambios en el sistema de vigilancia de VIH?
- ¿Qué cambios se han realizado? _____
 - ¿Cómo afectaron estos cambios al funcionamiento del sistema de vigilancia de VIH? _____
 - ¿Fue capaz el sistema de ajustarse a los cambios y continuar con el proceso de recolección y reporte sin interrupción? _____
24. ¿Qué implicaciones tiene o puede tener en el sistema de vigilancia del VIH, la reforma que está experimentando el sector salud?

IX. SENSIBILIDAD

25. ¿Hay casos de VIH que no son reportados en el sistema de vigilancia? _____
- ¿Por qué no se reportan? _____
 - ¿Dónde ocurre? _____
 - ¿Cuáles son esos casos? _____
26. ¿Puede el sistema de vigilancia de VIH monitorear los cambios de la epidemia en el tiempo?
- Podría explicar cuáles cambios y porque? _____

X. REPRESENTATIVIDAD

27. ¿El sistema describe las tendencias de la epidemia de VIH y su distribución en la población a través del tiempo?
- Menciones ejemplos
28. En su opinión, ¿hay alguna población clave que no está representada en el sistema de vigilancia de VIH?

XI. ESTABILIDAD

29. En relación al manejo de los datos de VIH a nivel nacional, ¿Los datos se manejan en electrónico, papel o web?
- ¿Cómo se guardan estos datos? _____ ¿Existen copias de seguridad? _____
- ¿Cada cuánto se realizan los respaldos? _____
- ¿Quiénes tienen acceso a la base de datos de VIH nacional? _____
- ¿Qué piensa del nivel de seguridad con que se manejan los datos? _____
30. ¿Existen recursos para apoyar al sistema de vigilancia del VIH?
- ¿Qué tipo de recursos existen?
 - ¿Considera que esos recursos son suficientes?
31. ¿Ha ocurrido alguna pérdida de datos en el sistema de vigilancia de VIH? ¿Qué fue lo que ocurrió?
32. ¿En algún momento ha dejado de funcionar el sistema de vigilancia de VIH?
- Por cuánto tiempo?
 - Porque razones?
33. Describa cualquier otro problema que se haya tenido en el reporte de casos.

XII. RECOMENDACIONES

34. ¿Qué cambios considera que deben hacerse mejorar el sistema de vigilancia de VIH?

13.4 Anexo 4

B2. ENTREVISTA A PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD /NIVEL REGIONAL/HOSPITAL/CESAMO

XIII. DATOS ENTREVISTADOR

Grupo evaluador No: _____ Nombre de entrevistador: _____

Fecha de visita: _____ Ciudad: _____

Unidad Normativa: _____

XIV. PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cuáles son sus responsabilidades relacionadas a la vigilancia del VIH?
2. ¿Cuánto tiempo tiene realizando las funciones de vigilancia de VIH? Meses _____ Años _____
3. ¿Ha recibido algún entrenamiento sobre la vigilancia del VIH y monitoreo del VIH?
 - a. ¿En qué temas?: _____
 - b. ¿Cuándo fue la última vez que fue capacitado?: _____

XV. UTILIDAD

4. ¿La información que se genera del sistema de vigilancia permite caracterizar la epidemia del VIH?
 - a. ¿Podría explicar el por qué?
5. ¿El sistema de vigilancia contribuye para la prevención y control del VIH? ¿Podría explicar el por qué?
6. ¿Cómo ha usado los datos del sistema de vigilancia de VIH?
¿Puede dar ejemplos? Solicitar documentación de como se ha usado

XVI. SIMPLICIDAD

7. ¿El sistema actual de vigilancia de VIH es sencillo en su funcionamiento?
8. ¿Cuáles son los desafíos en el funcionamiento del sistema de vigilancia de VIH?
9. ¿Cuáles son los desafíos para monitorear el sistema de vigilancia de VIH?
10. En su opinión ¿Qué piensas respecto al nivel de trabajo que implica llenar la ficha de notificación de vigilancia de VIH para el nivel operativo?
11. ¿El sistema de vigilancia de VIH se encuentra integrado en el sistema nacional de vigilancia de la salud?

XVII. OPORTUNIDAD

12. ¿Cuál es el procedimiento para el envío de la información de VIH desde la unidad de salud al nivel regional y del nivel regional a nivel central ? **(Dibujar flujo de información en secuencia)**
13. En los pasos del sistema de vigilancia de VIH, ¿El flujo de información se cumple según criterios establecidos?
14. Podría mencionar ¿En cuál/cuales de los pasos se tienen dificultades para que el flujo de información funcione?

- Llenado de las fichas de notificación de caso de VIH y Sida
- Digitación de las fichas de notificación de caso de VIH y Sida
- Envío de la base de datos del nivel regional al nivel central
- Análisis de los datos
- Monitorear el sistema de vigilancia
- Retroalimentación de nivel central a nivel regional
- Generación de informes

15. ¿Qué acciones se realizan cuando la información no fluye oportunamente?

16. ¿Con que frecuencia son analizados los datos de VIH?
- a. ¿Qué reportes se generan? _____
 - b. ¿Quién recibe estos reportes? ¿Con que frecuencia los recibe? _____
 - c. ¿Cómo se utilizan los datos reportados? ¿Por quién? _____

XVIII. **ACEPTABILIDAD**

17. De su tiempo laboral ¿Qué nivel de esfuerzo invierte usted en la notificación de caso de VIH?
18. ¿Existen diferencias en la forma de reporte en las regiones departamentales de salud?
- a. ¿A qué cree que se deben estas diferencias? _____
19. ¿Existe compromiso de las instituciones que reportan al sistema, para apoyar el funcionamiento y mantenimiento de la vigilancia de VIH?
- a. ¿Podría explicar el por qué?
20. ¿Existe compromiso político de las autoridades de salud, para apoyar el funcionamiento y mantenimiento del sistema de vigilancia de VIH?

XIX. **CALIDAD DE DATOS**

21. ¿Cuál es la información en la Ficha de Notificación de Casos de VIH, que con mayor frecuencia NO se llena?
- a. ¿Porque considera que esta información no se llena?
22. ¿Cuál es la información en la Ficha de Notificación de Casos de VIH, que con mayor frecuencia tiene errores?
- a. ¿Porque considera que esta información tiene errores?
23. ¿Qué acciones se han hecho para evaluar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?
24. ¿Qué acciones se han hecho para mejorar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?
25. ¿La capacitación y supervisión que recibe el personal es suficiente para garantizar la calidad de los datos? _____

Si contesta Si o No indicar ¿Porque?

26. ¿Recibe retroalimentación del nivel central/regional, sobre la información de notificación de caso de VIH que ha reportado? _____

Si la respuesta es SI,

- a. ¿cómo se hace esa retroalimentación?
- b. ¿Con qué frecuencia se hace?
- c. Si no, ¿qué tipo de retroalimentación le gustaría recibir?

27. ¿Se provee retroalimentación al nivel local, sobre la información de notificación de caso de VIH? (solo aplica en el nivel regional) _____

Si la respuesta es SI,

- a. ¿cómo se hace esa retroalimentación?
- b. ¿Con qué frecuencia se hace?
- c. ¿Se le ha informado a su programa de su baja tasa de aceptación/conformidad?
- d. Si es así, ¿Cuándo?

XX. FLEXIBILIDAD

28. En los últimos 12 meses ¿Se han hecho cambios en el sistema de vigilancia de VIH?
- a. ¿Qué cambios se han realizado? _____
- b. ¿Cómo afectaron estos cambios al funcionamiento del sistema de vigilancia de VIH? _____
- c. ¿Fue capaz el sistema de ajustarse a los cambios y continuar con el proceso de recolección y reporte sin interrupción? _____
29. ¿Qué implicaciones tiene o puede tener en el sistema de vigilancia del VIH, la reforma que está experimentando el sector salud?

XXI. SENSIBILIDAD

30. ¿Hay casos de VIH que no son reportados en el sistema de vigilancia? _____
- ¿Por qué no se reportan? _____
 - ¿Dónde ocurre? _____
 - ¿Cuáles son esos casos? _____
31. ¿Puede el sistema de vigilancia de VIH monitorear los cambios de la epidemia en el tiempo?
- ¿Podría explicar cuáles cambios y porque? _____

XXII. REPRESENTATIVIDAD

32. ¿El sistema describe las tendencias de la epidemia de VIH y su distribución en la población a través del tiempo
- Menciones ejemplos
33. En su opinión, ¿hay alguna población clave que no está representada en el sistema de vigilancia de VIH?

XXIII. ESTABILIDAD

34. En relación al manejo de los datos de VIH a nivel nacional, ¿Los datos se manejan en electrónico, papel o web?
- Si es a través de papel,
- ¿Cómo se ingresan los datos? _____
 - ¿Cómo se mantienen y almacenan las copias en duro? _____
 - ¿Quién es responsable del ingreso de los datos? _____
 - ¿Quién es responsable del análisis de los datos? _____
- ¿Existen copias de seguridad? _____ ¿Cada cuánto se realizan los respaldos? _____
- ¿Quiénes tienen acceso a la base de datos de VIH? _____
- ¿Qué piensa del nivel de seguridad con que se manejan los datos? _____
35. ¿Existen recursos para apoyar al sistema de vigilancia del VIH?
- ¿Qué tipo de recursos existen?
 - ¿Considera que esos recursos son suficientes?
36. ¿Ha ocurrido alguna pérdida de datos en el sistema de vigilancia de VIH? ¿Qué fue lo que ocurrió?
37. ¿En algún momento ha dejado de funcionar el sistema de vigilancia de VIH?
- ¿Por cuánto tiempo?
 - ¿Porque razones?
38. Describa cualquier otro problema que se haya tenido en el reporte de casos.

XXIV. RECOMENDACIONES

39. ¿Qué cambios considera que deben hacerse mejorar el sistema de vigilancia de VIH

13.5 Anexo 5

B3: DIGITADORES Y ADMINSITRADORES DE INFORMACION

XXV. DATOS DEL ENTREVISTADOR

Grupo evaluador No: _____ Nombre de entrevistador: _____

Fecha de visita: _____ Ciudad: _____

Región de salud No: _____ Unidad de salud: _____

XXVI. PREGUNTAS GENERALES

1. Cuáles son sus responsabilidades relacionadas a la vigilancia del VIH?
 - a. ¿Qué otras responsabilidades tiene?
2. ¿Ha recibido algún entrenamiento sobre la vigilancia del VIH y monitoreo del VIH?
 - a. ¿En qué temas?: _____
 - b. ¿Cuándo fue la última vez que fue capacitado?: _____
3. ¿Cuánto tiempo tiene realizando las funciones de digitación y manejo de datos del sistema de vigilancia de VIH? Meses _____ años _____

XXVII. SIMPLICIDAD

4. ¿Qué nivel de experiencia se requiere para digitar y manejar los datos en el sistema de vigilancia?
 - a. ¿Cuáles son los desafíos?
5. ¿Cuánto esfuerzo/tiempo le requiere para hacer la digitación y manejo de los datos del sistema de vigilancia?

XXVIII. OPORTUNIDAD

6. ¿Cuál es el tiempo de cada paso del sistema de vigilancia?
 - a. ¿Con que frecuencia recibe datos de las regiones/unidades de salud/hospitales? _____
 - b. ¿Qué tiempo toma para digitar los datos? _____
 - c. ¿Qué tiempo toma para hacer el análisis de datos? _____
 - d. ¿Qué tiempo toma para hacer la retroalimentación a las regiones/unidades que reportan al sistema de vigilancia de VIH? _____
 - e. ¿Qué tiempo le requiere para generar informes? _____
7. ¿Qué acciones se realizan, cuando las regiones/unidades de salud/hospitales, no envían la información del sistema de vigilancia de VIH en el tiempo establecido según flujograma?

XXIX. ACCEPTABILIDAD

8. ¿Cuál o cuáles son las principales barreras para la recolección de datos, reporte y análisis de datos?
9. ¿Existen diferencias en el nivel de reporte de las diferentes regiones/unidades/ hospitales? _____ ¿A qué cree que se deben estas diferencias? _____

XXX. CALIDAD DE DATOS

10. ¿Cuál es la información que con mayor frecuencia no se llena en la Ficha de Notificación de Casos de VIH?
¿Porque considera que esta información no se reporta frecuentemente?
11. ¿Cuál es la información que con mayor frecuencia tiene errores en la Ficha de Notificación de Casos de VIH?
12. ¿Qué esfuerzos se han hecho para evaluar y mejorar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?
 - a. Evaluar: _____
 - b. Mejorar: _____
13. ¿Qué esfuerzos se han hecho para mejorar la calidad del dato (variables en la Ficha de Notificación de Casos de VIH vacías o mal llenada o con errores)?

XXXI. FLEXIBILIDAD

14. ¿Se han hecho cambios en el sistema de vigilancia de VIH en los últimos 12 meses? Cuáles son esos cambios?
15. ¿Fue capaz el sistema de ajustarse a los cambios y continuar con el proceso de digitación y reporte sin interrupción?
16. ¿Cuáles fueron los esfuerzos y costos asociados para hacer estos cambios?

XXXII. ESTABILIDAD

17. ¿Qué opina del sistema de manejo de datos que usa el sistema de vigilancia de VIH a nivel nacional, Como se guardan estos datos? Existen backups? ¿Cada cuanto se realizan los respaldos?
18. ¿Ha ocurrido alguna perdida de datos? ¿Qué fue lo que ocurrió? ¿cuál fue el período más largo de tiempo en el que se perdió la funcionalidad del sistema como resultado de la misma?
19. Por favor, describa cualquier otro problema que se haya tenido en la recolección de datos, reporte y análisis de datos.

XXXIII. RECOMENDACIONES

20. ¿Qué cambios considera que deben hacerse al sistema y porque?
21. Provea sugerencias para mejorar el sistema de recolección de datos, utilización y su divulgación

13.6 Anexo 6

D1: GUIA PARA GRUPO FOCAL PARA PERSONAL CLINICO/ESTADIGRAFOS/LABORATORIO

Guía grupos focales: Evaluación del sistema de vigilancia de VIH en la República de Panamá

Tema 1: Personal adecuado. ¿Se cuentan con personal suficiente para la vigilancia del VIH y Sida?

1. Tema 2: Metodología apropiada. ¿Qué tan importante considera usted, la notificación de casos de VIH y Sida en el sistema de vigilancia nacional? ¿Por qué?

- a. ¿Qué opina sobre la ficha de notificación de casos de VIH y Sida al sistema nacional de vigilancia?
- b. ¿Es útil? ¿Es muy extenso? ¿Hace falta alguna variable? ¿Toma mucho tiempo en el llenado?
- c. ¿Existe una norma disponible que proporcione los lineamientos/procedimiento para la vigilancia de VIH/SIDA?, conocen esa norma?, han sido capacitados?
- d. ¿Están siendo obtenidos/recolectados los datos de vigilancia de una forma apropiada?, porque?

Tema 3. Proceso de reporte: ¿Cuál es el proceso desde el diagnóstico de un caso de VIH y Sida hasta el reporte en la ficha de notificación? ¿Cómo usa la información?

Tema 4. Documentación: Describa ¿Cómo reporta los casos de VIH y Sida? ¿Existe otro formato/sistema para el reporte?

Tema 5. Aseguramiento de la calidad de datos: ¿Que métodos utilizan para asegurar la calidad de los datos en la vigilancia del VIH y Sida?

Tema 6. Estándares/normas éticos (confidencialidad): ¿Existen procedimientos/normas éticas apropiadas en todos los sitios que realizan la notificación de caso de VIH y Sida?

Tema 7. Recursos y presupuesto: ¿Existe alguna(s) dificultades en relación a los recursos y presupuesto necesario para la vigilancia de VIH y Sida?

- Recursos suficientes adjudicados
- Eficiente desembolso de los recursos
- Eficiente provisión de materiales (pruebas de laboratorio, Ficha de Notificación de Casos de VIH s de vigilancia)

Tema 8. Capacitación: ¿Han recibido entrenamiento/capacitación para la notificación de casos de VIH/SIDA? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación? ¿Cuándo fue la última capacitación?, ¿en qué tema le gustaría recibir capacitación?

Tema 9. Recomendaciones: Recomendaciones para mejorar el sistema

13.7 Anexo 7

D2: RESUMEN GRUPO FOCAL

| Resumen Grupo Focal | |
|--|----------------|
| Evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH | |
| Fecha de evaluación: | |
| Sitio: | |
| Área de Salud: | |
| Nombres de los miembros del equipo: | _____ _____ |
| Tema 1: Personal adecuado | |
| Tema 2: Metodología apropiada | |
| Tema 3: Proceso de reporte de casos | |
| Tema 4: Documentación | |
| Tema 5: Aseguramiento de la calidad de información | |
| Tema 6: Estándares éticos | |

| |
|--------------------------------|
| Tema 7: Presupuesto y recursos |
| Tema 8: Capacitación |
| Tema 9: Recomendaciones |

13.8 Anexo 8

INSTRUMENTO PARA EVALUACION DE LABORATORIO. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE VIH DE HONDURAS

I. DATOS GENERALES

Fecha de evaluación: _____
 Nombre del establecimiento: _____ Ciudad: _____
 Región: _____ Área de Salud: _____
 Horario del servicio: _____
 Nombre del Jefe de Laboratorio/ unidad de salud: _____
 Nombre del Entrevistador: _____

II. ORGANIZACION DE LABORATORIO

1. Organigrama de unidades de salud y relación en diagnóstico VIH
2. Flujograma sistema de información del laboratorio
3. Algoritmos diagnósticos para VIH y Sífilis
4. Lineamientos para realizar Recuento de Linfocitos T- CD4 y Carga Viral

III. ESPACIO FISICO E INSTALACIONES

| Descripción | Condición | | | Observaciones |
|------------------------|-----------|------------|-----------|---------------|
| | Adecuado | Inadecuado | No aplica | |
| Ventilación | | | | |
| Iluminación | | | | |
| Suministro de energía | | | | |
| Abastecimiento de agua | | | | |
| Distribución de gas | | | | |
| Otros | | | | |

I. ÁREAS DE LABORATORIO EN UNIDADES DE SALUD CON Y SIN LABORATORIO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

| | Condición | |
|--|-----------|--|
|--|-----------|--|

| Descripción | Adecuado | Inadecuado | NO APLICA | Observaciones |
|--------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|
| Administración | | | | |
| Sala de espera | | | | |
| Consejería y prueba rápida | | | | |
| Recepción de muestras | | | | |
| Toma de muestra | | | | |
| Microbiología | | | | |
| Parasitología | | | | |
| Uro análisis | | | | |
| Hematología | | | | |
| Química | | | | |
| Serología | | | | |
| Biología Molecular | | | | |
| Lavado y esterilización del material | | | | |

IV. RECURSO HUMANO

| Personal | Nº | Cargo | | Otro | | Observaciones |
|------------------------|----|---------|-----------|----------|-----------------|---------------|
| | | Nominal | Funcional | Contrato | Servicio social | |
| Microbiólogo | | | | | | |
| Técnico de Laboratorio | | | | | | |
| Digitador | | | | | | |
| Auxiliar | | | | | | |
| Conserje | | | | | | |
| Otros | | | | | | |

V. CAPACITACION

| Descripción | Respuesta | | | Observaciones |
|---|-----------|----|-----------|------------------------------------|
| | Si | No | No aplica | |
| ¿Existe un programa de educación continua? | | | | SOLO PARA Nivel central y regional |
| ¿Esta Ud. motivado con las labores que realiza fortaleciendo el programa VIH? | | | | |
| ¿Existe personal capacitado en consejería VIH? | | | | |
| Responsable capacitado en: | | | | |
| - Garantía de calidad | | | | |
| - Procedimientos de Laboratorio para diagnóstico VIH | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| - Procedimientos de Laboratorio para diagnóstico de sífilis | | | | |
| - Bioseguridad | | | | |
| - Vigilancia epidemiológica, análisis de resultados de laboratorio | | | | |
| <p>¿Cuenta usted con el tiempo suficiente para llevar a cabo tareas específicas necesarias para el sistema de vigilancia de VIH? Marcar Si o NO según las tareas realizadas Las tareas incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Registro diario b) Llenado de la ficha de notificación de caso de VIH c) Envío oportuno de resultados d) Llenado del informe mensual e) Envío oportuno del informe mensual | | | | |

VI. EQUIPO, INSUMOS, REACTIVOS EXISTENTES

| EQUIPO | Si | No | No aplica | Cuantos están en funcionamiento | Observaciones |
|---|----|----|-----------|---------------------------------|---------------|
| Computadora | | | | | |
| Impresora | | | | | |
| Termómetro | | | | | |
| Refrigeradora de 0 a 4°C | | | | | |
| Congelador a – 20°Cy/o -70 | | | | | |
| Microscopio binocular con objetivo de inmersión | | | | | |
| Micro pipetas Especifique rangos | | | | | |
| Rotador de placas | | | | | |
| Centrifuga refrigerada | | | | | |
| pH-metro | | | | | |
| Autoclave para material limpio | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Autoclave para descontaminar (material sucio) | | | | | |
| Incubadora Especifique temperatura | | | | | |
| Destilador de agua | | | | | |
| Lector de placas (ELISA) | | | | | |
| Lavador de placas | | | | | |
| Cámara de Bioseguridad Especifique nivel | | | | | |
| Cámara para electroforesis | | | | | |
| Cámara para documentación corrida electroforética (PHOTO DOC) | | | | | |
| Termociclador | | | | | |
| Transiluminador | | | | | |
| Bomba al vacío | | | | | |
| Equipo automatizado para conteo de linfocitos CD4 Especifique PIMA , FASCOUNT etc | | | | | |
| Contador de células | | | | | |
| Reloj Especifique rango | | | | | |
| Cámaras mallassez | | | | | |
| Vortex | | | | | |
| Concentrador de partículas magnéticas Magneto | | | | | |
| Mezclador de muestras (CD4) | | | | | |
| Equipo de extracción y detección de ADN PCR en tiempo real | | | | | |

| INSUMOS | Si | No | NO APLICA | Observaciones |
|---|----|----|-----------|---------------|
| Cristalería y plástico | | | | |
| Jeringas/ | | | | |
| Tubo vacutainer con EDTA | | | | |
| Papel filtro para toma de muestra y envío para PCR | | | | |
| TUBOS sin anticoagulante para toma de muestra sangre venosa y obtener suero | | | | |
| TUBOS sin anticoagulante o vial para para envío de muestra de suero | | | | |
| Puntas especifique rangos | | | | |
| Lancetas | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Capilares calibrados 50ul con EDTA | | | | |
| Pipeta plástica calibrada para realizar procedimiento de prueba rápida | | | | |
| Aza calibrada para procedimiento de prueba rápida confirmatoria | | | | |
| Viales cónicos con tapa adherida (CD4) o PCR | | | | |
| Viales de polipropileno con tapón de rosca (muestra plasma –carga viral) | | | | |

| REACTIVOS | Si | NO | No Aplica | Observaciones |
|--|----|----|-----------|---------------|
| Existencia de: | | | | |
| - Reactivos para VIH | | | | |
| - Reactivos para Carga Viral | | | | |
| - Reactivos recuento de linfocitos T CD4 | | | | |
| - Reactivos PCR convencional | | | | |
| - Reactivos de Sífilis | | | | |
| - Utiliza reactivos con fecha de expiración vencida | | | | |
| - Almacenamiento de los reactivos a temperatura de refrigeración | | | | |
| - Almacenamiento de los reactivos a temperatura ambiente | | | | |

VII. DETECCION

a) Fase Pre-analítica

| Descripción | Si | no | No Aplica | Observaciones |
|---|----|----|-----------|---------------|
| ¿Cuenta con un manual de laboratorio? | | | | |
| ¿ El manual de laboratorio incluye: | | | | |
| - Criterios de aceptación y rechazo de muestra | | | | |
| - El plazo o tiempo de entrega de la muestra | | | | |
| - Proceso de toma, envío y recepción de muestras | | | | |
| - Flujo de la muestra dentro del laboratorio | | | | |
| - Identificación de muestras | | | | |
| - Procedimientos de laboratorio para el diagnóstico de VIH | | | | |
| - Procedimientos de laboratorio para el diagnóstico de Sífilis | | | | |
| ¿Cuentan con un servicio de calibración periódica para pipetas automáticas? | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Cuenta con formularios estandarizados para solicitudes de examen de: 1. VIH 2. CD4 3. Carga viral con datos clínicos y epidemiológicos del paciente 4. Sífilis 5. Especifique | | | | |
| ¿Cuenta con formularios estandarizados para referencia de muestras al nivel correspondiente?' | | | | |
| ¿Qué tipo de extracción de muestra de sangre utilizada? 1. Punción digita 2. Punción venosa | | | | |
| ¿Cuál es el tiempo que Ud. requiere para el envío de una muestra suero/plasma con resultado indeterminado? | | | | |
| ¿Cuál es el tiempo que Ud. requiere para el envío de una muestra de plasma para carga viral o de sangre total en papel filtro para PCR? | | | | |
| ¿Cuenta con seroteca de VIH? | | | | |

b) Fase Analítica

| Síndrome Enfermedades | Agente específico | Test | Si | No | Observaciones (Nombre de las pruebas) |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|----|----|---------------------------------------|
| | VIH | Pruebas Rápidas | | | |
| | | ELISA | | | |
| | | WESTERN BLOTT | | | |
| | | Recuento de linfocitos T CD4 | | | |
| | | Carga Viral | | | |
| | | Resistencia a Anti-retrovirales | | | |
| ITS | <i>T. pallidum</i> | RPR o VDRL | | | |
| | | TPHA o FTA | | | |
| | | ELISA | | | |
| | | Pruebas Rápidas | | | |

c) Fase Post-Analítica

| Descripción | Respuesta | | | Observaciones |
|--|-----------|----|-----------|---------------|
| | Si | no | No aplica | |
| ¿Se utiliza un formato estándar para el (los) informe(s) de resultados de VIH? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ¿El personal debidamente autorizado, interpreta y comunica los resultados de las pruebas? | | | | |
| ¿Los resultados de las pruebas son comprensibles, se verifican técnicamente y se corrobora la identidad del paciente? | | | | |
| ¿Envía Ud. a un Laboratorio muestra de suero al tener resultado indeterminado o no concluyente? | | | | |
| ¿Existe una revisión sistemática y analítica de los resultados? | | | | |
| ¿Existen criterios para determinar plazo para entrega de resultados? | | | | |
| ¿La entrega de resultados es oportuna? ¿En cuántos días se hace? | | | | VIH= Sífilis= |
| ¿El personal de laboratorio entrega el resultado de VIH al consejero/ consejera? | | | | APLICA SOLO EN LAS US DONDE HAY LABORATORIO |
| ¿Realiza consejería post prueba al entregar resultado de VIH al paciente? | | | | APLICA SOLO EN LAS US DONDE NO HAY LABORATORIO |
| Explique el sistema de envío de resultados | | | | |
| ¿Qué factores afectan la entrega de resultados? | | | | |
| ¿Los resultados de las pruebas se documentan en un libro de registro o en un registro electrónico de una manera oportuna? | | | | |
| Los resultados confirmados de VIH, son reportados en la ficha de vigilancia? Explique como lo hace | | | | APLICA SOLO EN LAS US DONDE NO HAY LABORATORIO |
| La Unidad de salud con o sin laboratorio, ¿recibe muestras de instituciones privadas y ONG? | | | | |
| Si la pregunta anterior es si: ¿Existe un formato para referir la muestra? ¿Existe un formato para reportar el resultado? | | | | |

VIII. CAPACIDAD DEL LABORATORIO o UNIDADES DE SALUD CON O SIN LABORATORIO HAN DEJADO DE FUNCIONAR

| Descripción | Respuesta | | | Observaciones |
|---|-----------|----|-----------|---------------|
| | Si | no | No Aplica | |
| <p>Han habido ocasiones en los últimos 6 meses que la unidad de salud no haya realizado procesos por falta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Electricidad b) Agua potable c) Reactivos e insumos d) Equipo en mal estado <p>Si contesta SI a alguna de las anteriores, Indique que PROCESOS NO REALIZÓ:</p> <p>¿Hacer las pruebas diagnósticas?</p> <p>¿Recibir/tomar muestras</p> <p>¿Reportar resultados en libro de registro?</p> <p>¿Ingresar resultados en computadora (editar, almacenar, hacer el respaldo)?</p> <p>¿Entregar/ resultados?</p> | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>¿Han habido situaciones en los últimos 6 meses que la unidad de salud no haya realizado procesos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Huelga b) Incapacidades c) Vacaciones <p>Si contesta SI a alguna de las anteriores PREGUNTAR: Indique que PROCESOS NO REALIZÓ</p> <p>¿Hacer las pruebas diagnósticas?</p> <p>¿Recibir/tomar muestras</p> <p>¿Ingresar resultados en computadora (editar, almacenar, hacer el respaldo?</p> <p>¿Entregar/ resultados?</p> | | | | |
| <p>¿Existen procedimientos de apoyo para casos de fallas de equipos (POE para el manejo de muestras durante estos momentos, identificación de un laboratorio de apoyo para pruebas y procedimientos de remisión)?</p> | | | | |
| <p>¿Están implementados los procedimientos para procesar muestras “urgentes” y solicitudes verbales?</p> | | | | |
| <p>¿Existe una unidad de alimentación de energía eléctrica de reserva en funcionamiento (generador)?</p> | | | | |
| <p>¿Existe un plan de contingencia para continuar las pruebas en el caso de una interrupción prolongada de la electricidad?</p> | | | | |
| <p>¿Se han adoptado las medidas correspondientes para garantizar el suministro adecuado del agua, como agua desionizada (AD) o agua destilada, si se necesita?</p> | | | | |

XI. BIOSEGURIDAD Y MANTENIMIENTO

| Descripción | Respuesta | | Observaciones |
|--|-----------|----|---------------|
| | Si | No | |
| ¿Existe manual de normas de bioseguridad? | | | |
| ¿Existe un programa de vacunación del personal? | | | |
| ¿Existen afiches sobre bioseguridad? | | | |
| ¿Ha recibido el personal capacitación en bioseguridad? | | | |
| ¿Existe manual para toma transporte envío de muestras | | | |
| ¿El equipo de protección está disponible para todo el personal? | | | |
| ¿Existe un registro de los accidentes de laboratorio que se presentan? | | | |
| ¿Se cuenta con un protocolo específico a seguir en caso de un accidente? | | | |
| ¿Se cuenta con un botiquín de primeros auxilios? | | | |
| ¿Hay un sistema adecuado de eliminación de desechos; los desechos se separan en infecciosos y no infecciosos, y los desechos infecciosos se esterilizan en autoclave, incineran o entierran? | | | |
| ¿Existe un programa de mantenimiento preventivo de equipo? | | | |
| ¿Contempla el programa medidas correctivas? | | | |
| ¿Se revisan periódicamente las cabinas de bioseguridad? | | | |
| ¿Existen recursos financieros específicos para cubrir necesidades de mantenimiento y reparación de equipos? | | | |
| ¿Existe personal capacitado para mantenimiento de equipos? | | | |

X. PRESUPUESTO

| Descripción | Respuesta | | | Observaciones |
|---|-----------|----|-----------|--|
| | Si | NO | No Aplica | |
| ¿Existe el financiamiento para los servicios de diagnóstico? | | | | |
| ¿Existe el financiamiento que garantice el diagnóstico del VIH tamizaje y confirmación? | | | | |
| ¿Existe el financiamiento que garantice el diagnóstico de Sífilis tamizaje y confirmación? | | | | |
| ¿Existe el financiamiento que garantice el monitoreo de terapia ARV a través de Recuento de Linfocitos T CD4? | | | | |
| ¿Existe el financiamiento que garantice el monitoreo de terapia ARV a través de carga viral? | | | | |
| ¿Existe un sistema de distribución de insumos y reactivos de laboratorio? Por favor, podría describirlo | | | | Preguntar solo a nivel central y departamental |
| ¿Existe la dotación necesaria sobre cantidad de insumos de laboratorio que se requieren para realizar pruebas diagnósticas VIH? (PRUEBAS RAPIDAS o ELISA) | | | | |
| Existe la dotación necesaria sobre cantidad de insumos de laboratorio que se requieren para realizar monitoreo de terapia ARV (CD4+, CARGA VIRAL) en los Laboratorios que apoyan los CAI | | | | |
| Existe la dotación necesaria sobre cantidad de insumos de laboratorio que se requieren para realizar pruebas diagnósticas de Sífilis | | | | |
| ¿Existe en esta unida la compra de: | | | | |
| - Reactivos para VIH? Explique | | | | |
| - Reactivos para Recuento de linfocito T CD4? Explique | | | | |
| - ¿Reactivos para carga viral? | | | | |
| - ¿Reactivos para diagnóstico de sífilis? | | | | |

XI. SISTEMA DE CALIDAD

| Descripción | Respuesta | | | Observaciones |
|---|-----------|----|-----------|------------------------------|
| | Si | No | No Aplica | |
| ¿Cuenta con un manual de calidad? | | | | |
| ¿Existe un plan para la revisión frecuente y regular de los procedimientos operativos estándar? | | | | |
| ¿Existe un control de calidad interno sistemático para todas las pruebas? | | | | |
| ¿Existe formularios de registro de reactivos según lote, fecha vencimiento, entrada, salida? | | | | |
| ¿Se realiza y registra control de temperatura de equipos? | | | | |
| ¿Se realiza, registra y archiva el control de calidad de los equipos? | | | | |
| ¿Existe un programa de evaluación externa del desempeño VIH? Especifique Institución con la cual participa, (CDC, etc.) | | | | |
| Recibe paneles de muestras para control de calidad por parte del laboratorio nacional VIH | | | | |
| ¿Realiza el laboratorio controles de calidad/VIH a laboratorios privados? | | | | |
| ¿Existen registros de la evaluación externa del desempeño? | | | | |
| ¿Son coherentes los resultados de la evaluación externa del desempeño? | | | | |
| ¿Existe un plan de acciones correctivas? | | | | |
| ¿Existen criterios de selección para compra de equipos e insumos? | | | | |
| Solicitan muestras a unidades de salud para realizarles control de calidad | | | | SOLO APLICA A NIVEL REGIONAL |
| A nivel departamental ¿Realizan la comparación entre resultados de VIH positivos y el número de casos reportados por la unidad de Vigilancia deptal ? especifique | | | | |
| ¿Si lo realiza qué tan frecuente lo hace? | | | | |

XII. INFORMACION

| Descripción | RESPUESTA | | | Observaciones |
|-------------|-----------|----|-----------|---------------|
| | Si | NO | No APLICA | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ¿Existe un sistema de manejo de información que genere información de calidad para el tratamiento de pacientes, propósitos de salud pública, vigilancia y aseguramiento de la calidad? | | | | |
| ¿Es compatible e integrado el sistema de información de la red con el sistema nacional de información y vigilancia? | | | | |
| ¿Existe un sistema de información automatizado y uniforme en la red de laboratorios? | | | | |
| ¿Es funcional el flujo de información? | | | | |
| ¿Existe un formato para registro de información (diaria, mensual, etc.)? | | | | |
| ¿El flujo de toma y envío de muestras está definido en la Red? | | | | |
| ¿Los resultados archivados (en papel u otro medio de almacenamiento de datos) están debidamente etiquetados y almacenados en un lugar seguro, al que solo puede tener acceso el personal autorizado? | | | | |
| ¿Existen procedimientos documentados para prevenir la pérdida de resultados de las pruebas en caso de errores de hardware/software, o robo? | | | | |
| ¿Existe acceso a la información vía Internet? | | | | |
| ¿Existen facilidades para enviar resultados vía internet? | | | | |

NUMERO DE PRUEBAS/VIH REALIZADAS POR AÑO

ESPECIFICAR CUADROS POR AÑO-

| Donantes | Niños | Población general | Embarazadas | Otros grupos |
|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|
| | | | | |

| Donantes | Población general | Embarazadas | Otros grupos |
|----------|-------------------|-------------|--------------|
| | | | |

NUMERO DE PRUEBAS SEROPOSITIVAS/VIH/AÑO

| | | | | |
|----------|-------------------|-------|-------------|--------------|
| Donantes | Población general | Niños | Embarazadas | Otros grupos |
| | | | | |

NUMERO PRUEBAS DE CARGA VIRAL/AÑO

| | |
|-------------|----------------|
| Primera vez | En tratamiento |
| | |

NUMERO PRUEBAS CD4/AÑO

| | |
|-------------|----------------|
| Primera vez | En tratamiento |
| | |

XIII. MONITORIA

| Descripción | RESPUESTA | | | Observaciones |
|---|-----------|----|-----------|---------------|
| | Si | no | No aplica | |
| ¿Existe un cronograma de supervisiones a realizar? | | | | |
| ¿Existe un presupuesto asignado a supervisión? | | | | |
| ¿Se realizan supervisiones directas de procedimientos laboratorios de VIH en el nivel local? | | | | |
| ¿Las supervisiones son coordinadas con el Programa ITS/SIDA? | | | | |
| ¿Existe un Instrumento de Supervisión? | | | | |
| ¿Existen reuniones periódicas con las unidades de salud para fortalecer el diagnóstico VIH | | | | |
| ¿Se han implementado estrategias para la mejora continua de las unidades de salud con y sin laboratorio para atención del paciente? | | | | |

XIV. OTRAS OBSERVACIONES:
