

Artículo Científico

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre sexualidad, VIH y SIDA de Cochabamba, estudio comparado de 20 años

Knowledge, attitudes and practices of health personnel on sexuality, HIV and AIDS in Cochabamba, a 20-year comparative study

Dr. Edgar Valdez Carrizo 1.
Dr. Joaquín Salcedo Cuellar 2.
Ph.D. Lucia Elena Alvarado Arnez 3.
Dr. Iván Rivera Carrasco 4.
Lic. Nayra Rojas Escalier 5.

1. Director, Instituto para el Desarrollo Humano – Bolivia. direccion@idh.bolivia.org
2. Presidente de la Asamblea del Instituto para el Desarrollo Humano – Bolivia. siquiqui@aol.com
3. Coordinadora Nacional de Investigación de la Universidad Franz Tamayo – UNIFRANZ-Bolivia. lucia.alvarado@unifranz.edu.bo
4. Médico del Instituto para el Desarrollo Humano – Bolivia. rci42@hotmail.com
5. Psicóloga, del Instituto para el Desarrollo Humano – Bolivia. nrojas.idh@gmail.com

RESUMEN

Trascurrieron 35 años desde que se diagnosticó el primer caso de SIDA en Cochabamba, durante este tiempo se observó un aumento continuo de personas infectadas con VIH y reacciones de estigmatización por parte del personal de salud de Cochabamba hacia esta población. El estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas tiene como objetivo comparar los resultados de tres encuestas realizadas en 1997, 2008 y 2018.

Es un estudio descriptivo transversal, realizado al personal de salud en servicios de salud públicos y privados de Cochabamba. La primera encuesta se aplicó a 303 personas, la segunda a 305 personas; y la tercera a 308 personas. Asimismo, en el presente trabajo, se observó una disminución de la percepción de la gravedad del VIH y SIDA como problema de salud pública, así como de la percepción de población de riesgo en receptores de transfusiones de sangre. Si bien

ha disminuido la discriminación, el rechazo y el miedo hacia las personas con VIH, existe un

leve aumento del porcentaje del personal que atendió a las personas con VIH, ya que el personal de salud se siente con menos capacidad para atender a estos pacientes.

Los resultados reflejan los deficientes conocimientos por parte del personal de salud en relación a la sexualidad, el VIH y SIDA, por la falta de políticas de formación continua, es decir, talleres y actualizaciones en los servicios de salud, e incluso falta de motivación para un autoaprendizaje.

A nivel de actitudes y prácticas, la infraestructura inadecuada de los servicios de salud y la falta de insumos de bioseguridad genera preocupación y miedo a transmitir VIH en el personal de salud, por ello, persiste la estigmatización de estos pacientes.

Palabras Clave: Antirretrovirales. Personal de salud. PrEP¹. SIDA. TaSP². VIH.

1 Profilaxis previa a la exposición.
2 Tratamiento como prevención.

ABSTRACT

35 years passed since the first AIDS case was diagnosed in Cochabamba, during this time there was a continuous increase in people infected with HIV and stigmatization reactions by Cochabamba health personnel towards this population. The study on knowledge, attitudes and practices aims to compare the results of three surveys carried out in 1997, 2008 and 2018. It is a descriptive cross-sectional study, carried out on health personnel in public and private health services in Cochabamba. The first survey was applied to 303 people, the second to 305 people; and the third to 308 people. Likewise, in the present work, a decrease in the perception of the severity of HIV and AIDS as a public health problem was observed, as well as the perception of the population at risk in recipients of blood transfusions. Although discrimination, rejection, and fear of people with HIV has decreased, there is a slight increase in the percentage of staff who cared for people with HIV, as health personnel feel less able to care for these patients.

The results reflect the poor knowledge of health personnel related to sexuality, HIV and AIDS, due to the lack of continuous training policies, that is, workshops and updates in health services, and even lack of motivation to a self-learning.

At the level of attitudes and practices, the inadequate infrastructure of health services and the lack of biosafety inputs generate concern and fear of transmitting HIV to health personnel, therefore, stigmatization of these patients persists.

Keywords: AIDS. Antiretrovirals. Health personnel. HIV. PrEP. TaSP.

INTRODUCCIÓN

En 1985 se diagnosticó el primer caso de SIDA en Cochabamba (1). Trascurren 35 años durante los cuales se observó un aumento continuo del número de personas infectadas con VIH (2). Durante ese período, se registraron diversos

comportamientos negativos en el personal de salud hacia las personas que viven con VIH, siendo los más frecuentes la discriminación, el rechazo y la estigmatización (3). Lamentablemente, parte del personal de salud de diferentes países aún continúa rechazando a las personas con VIH y a las poblaciones de las diversidades sexuales, pese a que tiene información sobre el tema.

Las reacciones de rechazo son debidas a la percepción de riesgo de una transmisión accidental, a la falta de información del tema, a aspectos socioculturales y la influencia de la religión, arraigados en estereotipos, prejuicios sexuales y escasa deontología médica (4).

En Bolivia, desde que se inició el programa para la vigilancia y prevención del VIH y SIDA, existen flagrantes violaciones a los derechos humanos de las personas con el VIH o SIDA, por el personal de salud en establecimientos privados y públicos de salud (5).

Con la finalidad de acceder a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad, el VIH y SIDA en el personal de salud, el Instituto para el Desarrollo Humano (IDH) - Bolivia realiza una encuesta cada 10 años -aproximadamente- en el área urbana y periurbana de la ciudad de Cochabamba. La primera se realizó en 1997 (3). Once años después, en 2008, se aplicó la segunda encuesta, con la misma metodología (6); y la tercera, el año 2018, para realizar el estudio comparativo.

Gracias a las encuestas, se logró determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud frente al VIH y SIDA. Los resultados obtenidos orientaron el establecimiento de una estrategia de trabajo en la atención a las personas, y en la formación del personal de salud con relación al VIH y SIDA, que fueron aplicadas, posteriormente, en acciones en el Instituto para el Desarrollo Humano- Bolivia.

Objetivos del estudio

El objetivo del estudio es comparar los resultados de la primera encuesta (tiempo cero) con la segunda encuesta (tiempo 1) y la tercera encuesta (tiempo 2), sobre conocimientos del personal de salud de la ciudad de Cochabamba con relación a VIH y SIDA; así como también las actitudes del personal de salud hacia las personas con VIH y SIDA; y las prácticas de atención del personal de salud con relación al VIH y SIDA en la ciudad de Cochabamba (7) (8).

El objetivo específico es medir la incidencia del programa de formación del personal de salud del Instituto para el Desarrollo Humano en la temática VIH y SIDA en los servicios de salud de la ciudad de Cochabamba, que permitirán reorientar las acciones de formación del personal de salud y de atención a las personas con VIH y SIDA del Programa Sidacción

MATERIAL Y MÉTODOS

El Comité de ética de la Universidad Mayor de San Simón aprobó el estudio en junio del 2018, también se solicitó el apoyo a las autoridades del Ministerio de Salud (permiso oficial para realizar las encuestas en los servicios de salud).

Se elaboró el cuestionario sobre la base de la primera encuesta de 1987, según los modelos de la OMS/OPS (9); también se agregaron preguntas para medir las acciones del IDH y del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y las nuevas estrategias de la OMS.

Se capacitó a estudiantes universitarios y voluntarios profesionales de salud del Instituto para el Desarrollo Humano en calidad de encuestadores. Se realizó la prueba piloto de la encuesta para obtener el cuestionario final.

La base de datos de la encuesta se elaboró en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para determinar las diferencias de conocimientos y actitudes en el personal de salud, se presentan los resultados en porcentajes.

Sin embargo, todo resultado estadístico implica un riesgo de error (umbral de significación) que, en el presente estudio, se determina al 5 por 100 ($p < 0,05$), significa que se tiene el riesgo de 5 probabilidades sobre 100 de equivocarse al afirmar que la diferencia observada no es debida al azar (10).

Este umbral o grado de significación, el «valor de p» expresa la probabilidad «p» de obtener una diferencia más grande o igual a la observada. Para verificar esta posibilidad, se recurre al test estadístico de X^2 de Pearson, que aprecia si las diferencias observadas son reales y si son estadísticamente significativas, ejemplos: $p < 0,001$ =muy significativo, $p < 0,05$ =significativo (10)

El estudio es de tipo descriptivo (10), según las variables sexo, edad, profesión, servicio de salud donde trabaja el personal encuestado (público, seguro social o privado) y religión. Mientras que el muestreo se realizó sobre la base de las listas actualizadas del personal de salud que trabaja en la ciudad en el sector público, seguro social y sector privado (médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, laboratoristas, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, técnicos de Rayos X y administradores).

En el sector público, se consideró para el muestreo aleatorio, al personal del SEDES (Distritos y Centros de salud, Hospitales e Institutos). En los servicios del seguro social, se encuestó al personal de la Caja Nacional de Salud (Hospitales y Policonsultorios); Seguro Universitario; Caja de Caminos y Caja Petrolera. En el sector privado, se tomó en cuenta Clínicas/ Hospitales y Consultorios privados para el muestreo aleatorio.

Tamaño mínimo de la muestra

- Estimación de P (prevalencia).
- Grado de precisión deseado para el estudio.

Cálculo del tamaño mínimo de la muestra

$$N = \frac{Z^2}{D^2} \times PQ$$

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,90 \times 0,10}{(0,05)^2} = 138 \text{ personas.}$$

Valor de Z = 1,96 (95% de confianza).
 D = 0,05 (precisión deseada).
 P = 0,90 (prevalencia estimada).
 N = Tamaño de la muestra.
 Q = 1 - P (1 - prevalencia).

El valor de P = percepción de la gravedad del VIH en Cochabamba, valor estimado a 90% de P (prevalencia). D=grado de precisión= 5%; intervalo de confianza=95%, es decir, 1,96 (11). El tamaño mínimo de la muestra fue de 138 personas a entrevistar en el personal de salud de la ciudad de Cochabamba.

Hipótesis del estudio

a. Se las realiza en base a las anteriores encuestas. Los conocimientos sobre el VIH y SIDA, y las actitudes hacia las personas con VIH mejoraron con relación a las anteriores

encuestas. El personal de salud tiene mayor experiencia en la atención a las personas con VIH y sida en Cochabamba.

- b. A pesar de la información difundida sobre sexualidad, VIH y SIDA, persisten prejuicios, estereotipos y estigmas en el personal de salud.
- c. El equipo de formación del personal de salud del IDH, tiene un rol importante en el incremento de conocimientos.

Tabla N°1. Datos generales del personal de salud participante de las tres encuestas en la ciudad de Cochabamba, encuestas 1997, 2008 y 2018

Datos generales**	1997		2008		2018	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo femenino	218	71,9%	211	69,2%	226	73,3%
Sexo masculino	85	28,1%	94	30,8%	81	26,2%
Médicos	96	31,4%	130	42,6%	92	29,8%
Enfermeras	47	15,4%	38	12,4%	58	18,8%
Aux. de enfermería	85	27,8%	83	27,2%	113	36,6%
Otras profesiones ³	43	14%	34	11,1%	26	8,4%
Técnicos y administrativos ⁴	34	11,1%	20	6,5%	19	6,1%.
Personal especializado ⁵	102	33,7%	135	44,4%	87	28,3%.
Total del personal de salud encuestado	303	100%	305	100%	308	100%
Edad media de la población encuestada	36 años (18 - 64)		40,2 años (19 - 71)		40,7 años (20 - 76)	

** Sumatoria de datos puede variar en función de la disponibilidad de informaciones.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

RESULTADOS

Los principales datos generales son presentados según las variables establecidas en las dos encuestas anteriores. Están relacionados a los conocimientos, las actitudes y los comportamientos frente a las personas con VIH y SIDA.

En las tres encuestas, la media del personal de salud encuestado en los servicios públicos es de 54,6%; del seguro social 19,1% y de los servicios privados 9,7%. Con relación a la religión que profesan, el 84% es católica; 11;1% otras religiones y el 4,7% declara no practicar ninguna religión.

Conocimientos sobre VIH y SIDA

Se observa una disminución progresiva de la percepción que el VIH y SIDA como un problema grave de salud pública. También, en la confirmación del diagnóstico existe un mayor desconocimiento del algoritmo, modificado en el año 2016 como se muestra en la tabla N° 2.

Al respecto del diagnóstico de VIH, el algoritmo ha cambiado. La estrategia del Programa Nacional VIH y SIDA es realizar dos pruebas rápidas: la primera es Alere Determine, y la segunda, Trinity Biotech Unigold, que confirma la primera prueba. En casos de discordancia se confirma con un test de Elisa para VIH, y por métodos directos como

Tabla N°2. Comparación del nivel de conocimientos del personal de salud sobre VIH y sida en la ciudad de Cochabamba, encuestas 1997, 2008 y 2018

Conocimientos	1997 %	2008 %	2018 %
Estima que el VIH representa un grave problema de salud.	90,8	87,5	81,8
Menciona signos y síntomas correctos.	47,2	90,5	84,2
Conoce la prueba de tamizaje para VIH.	75,8	85,9	63
Conoce la prueba de confirmación del diagnóstico.	20,6	71,5	5
Conoce el periodo de ventana de 3 meses.	21,3	47,5	51
Piensa que se debe tener el consentimiento de la persona para realizar el test.	37,1	78,7	75,3
Sabe que una persona con VIH puede tener buena salud.	43,9	78,4	69,2

Fuente: Elaboración propia, 2019.

PCR – RNA y PCR - DNA Proviral. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Investigación Médica (LABIMED) en casos de mujeres embarazadas y recién nacidos (12).

En la primera encuesta hubo diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento del test de Elisa para VIH entre médicos y el resto del personal de salud ($p < 0,001$). Los médicos conocían más el test, principalmente, en el sector privado más que

en el público ($p < 0,001$). En la segunda y tercera encuesta, no se registraron estas diferencias estadísticamente significativas.

En la primera encuesta fueron los médicos quienes más conocían que una persona con VIH puede tener buena salud, más que el personal de salud de otras profesiones ($p < 0,001$). En la segunda encuesta, también los médicos conocían más que los otros profesionales de salud encuestados. Esa diferencia fue

significativa ($p < 0,01$) al comparar con auxiliares de enfermería. En la tercera encuesta, no existen diferencias estadísticamente significativas sobre

el conocimiento de este tema entre las diferentes profesiones.

Tabla N°3. Comparación de conocimientos sobre el test obligatorio de VIH para estudiantes, universitarios, extranjeros, trabajadoras sexuales y homosexuales, según el personal de salud, Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018

Conocimientos sobre el test obligatorio	1997 %	2008 %	2018 %
Muy adecuado para controlar el VIH y sida	71,1	57	61
Apropiado para vigilar la conducta sexual de esos grupos	20,1	8,6	19,2
Es una violación a los derechos humanos.	3,8	21	11,7
Es estigmatizante.	2,1	6,6	3,2
No tiene base científica ni epidemiológica.	2,7	6,6	3,2
No responde	0,2	0,2	1,7
TOTAL	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Si tomamos la media de estas tres encuestas, se observa que solo el 12,1% considera el test obligatorio como una violación a los derechos humanos. El 3,8% considera estigmatizante, y 4,1% refiere que no tiene base científica ni epidemiológica. En cambio, el 63% lo considera como una medida adecuada para controlar el VIH y SIDA, mientras que el 15,9% piensa que es apropiada para vigilar la conducta sexual de estos grupos.

Durante la última década aumentan los prejuicios hacia las poblaciones más vulnerables a la transmisión del VIH, estos resultados muestran que gran parte del personal de salud no tiene conocimiento de la Ley N° 3729, para

la prevención del VIH y SIDA, en su artículo 19, establece que ninguna persona será sometida a pruebas obligatorias para VIH (13).

En la primera y segunda encuesta, no existen diferencias estadísticamente significativas con relación al test obligatorio. En la tercera encuesta, son los médicos los que más mencionan que el test obligatorio no es una medida apropiada para vigilar la conducta sexual de estos grupos, y la menos adecuada para controlar el VIH y SIDA ($p < 0,001$). Con relación al sexo, son las mujeres las que más consideran que el test obligatorio para el VIH es el más apropiado y el más adecuado para controlar el VIH y SIDA ($p < 0,001$).

Tabla N°4. Comparación de las personas que deben realizarse el test obligatorio para el VIH, según el personal de salud. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018

Test obligatorio para el VIH	1997 %	2008 %	2018 %
Donadores de sangre	2,2	25,6	24,2
Trabajadoras sexuales	26,9	21,3	23,5
Homosexuales	18	18,2	15,2
Extranjeros	20	13,1	8,1
No responde	23,6	20,8	29

Fuente: Elaboración propia, 2019.

De acuerdo con la Ley N° 3729, y su artículo 19 (13), el test para el VIH es obligatorio para donadores de sangre, hemoderivados, leche materna, semen, órganos o tejido. Asimismo, para emisión del carnet sanitario, enjuiciamiento penal y la vigilancia epidemiológica, así como para acceder a hemodiálisis, intervenciones quirúrgicas, presencia de ITS o alguna conducta de riesgo.

En la primera encuesta, no existía la ley del SIDA, solo la Resolución 0660 (14) que hacía referencia a la necesidad de consentimiento para efectuar la prueba de VIH. En la segunda encuesta, 25% conoce la Ley N°3729; y en la tercera 39,9%. En la segunda encuesta, son los servicios públicos los que más conocen la Ley, en comparación con los servicios de seguro social y los privados ($p < 0,04$). En la tercera encuesta no existen diferencias significativas.

Tabla N°5. Comparación de las personas con mayor riesgo de transmisión del VIH, según el personal de salud. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018

Personas con más riesgo de contraer el VIH	1997 %	2008 %	2018 %
Personas con comportamiento sexuales de riesgo	3,6	29,8	19,3
Homosexuales	39,7	22	15,1
Trabajadoras sexuales	10,8	20	16,2
Mujeres embarazadas/recién nacido	-	2,2	9,7
Personal de salud	-	12,1	8,9
Personas que consumen drogas	5,6	12,7	7
Receptores de transmisión sanguínea	2,2	25,6	1,8
Jóvenes y adolescentes	-	-	24,7

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Disminuye la percepción que las personas con más probabilidad de transmisión son las que tienen comportamientos sexuales de riesgo, como también las trabajadoras sexuales y homosexuales. Se observa una disminución importante en la percepción de población de riesgo en receptores de transfusiones de sangre. En cambio, señalan que una población con riesgo de transmisión son mujeres embarazadas y recién nacidos. En la última encuesta se perciben como poblaciones de riesgo a los adolescentes y jóvenes.

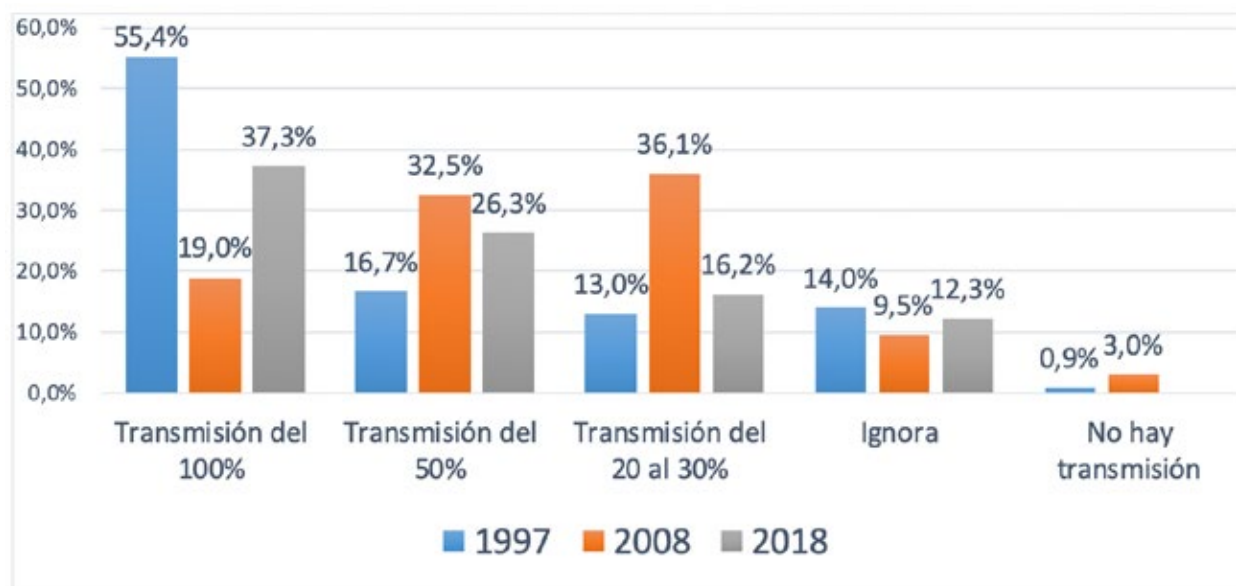
En la primera encuesta, el género femenino considera en mayor frecuencia comparado con encuestados del género masculino, que la homosexualidad constituye un factor de riesgo

importante para infectarse con el VIH ($p < 0,001$). En la segunda encuesta no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En la tercera encuesta, los médicos son los que más identifican de manera correcta a la población con más riesgo de transmisión de VIH en mayor proporción, que personas de otras profesiones ($p < 0,01$).

Con relación a otras religiones diferentes a la católica (mormones, evangelistas, adventistas, protestantes y cosmos), el personal de salud católico que refiere que la homosexualidad como una orientación sexual aceptable ($p < 0,001$).

Figura N°1. Comparación de los conocimientos sobre la transmisión materna fetal, según el personal de salud. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Durante la última década disminuyeron los conocimientos en el personal de salud sobre la transmisión materna fetal. El 16,2% responde correctamente en la última encuesta, la media de las tres encuestas es de 21,7%.

En la primera y tercera encuesta no existen diferencias estadísticamente significativas acerca de los conocimientos sobre la transmisión materna fetal. En la segunda, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el personal que recibió cursos de actualización, con los que no recibieron ($p < 0,09$). En la tercera encuesta, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Actitudes hacia las personas con VIH o SIDA

Las últimas dos encuestas muestran que las actitudes del personal hacia las personas con VIH, mejoraron con relación a la primera encuesta. Disminuyó el rechazo, el miedo y los

datos revelan mayor aceptación como se observa en la tabla N°6. En la tercera encuesta, existe una ligera mejoría de manera global con relación a la segunda encuesta.

Tabla N°6. Comparación de actitudes del personal de salud hacia las personas con VIH. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018

Actitudes del personal de salud	1997 %	2008 %	2018 %
La persona con VIH debe ser aislada	33,6	16,4	12,7
Refiere tener miedo atender	33,8	12,5	8,1
Considera que puede rechazar la atención	32,3	14,4	8,1
Aceptaría trabajar con una persona con VIH	69,1	87,5	89,6
Aceptaría niños con VIH en la escuela de sus hijos	37,7	61,3	72,7

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La segunda y tercera encuesta muestra que las actitudes del personal hacia las personas con VIH, mejoraron con relación a la primera evaluación. Disminuyó el rechazo, el miedo y los datos revelan mayor aceptación. En la tercera encuesta, existe una ligera mejoría de manera global con relación a la segunda encuesta.

En la primera encuesta los resultados indicaron que el personal de 18 a 29 años es el que más teme atender a las personas con VIH por miedo a la transmisión ($p < 0,001$), así como el personal de salud que trabajan en los hospitales ($p < 0,005$). Las mujeres son las que aceptan más trabajar con una persona con VIH ($p < 0,01$). El sector privado es el que más considera que las personas con VIH deben ser aisladas ($p < 0,02$).

En la segunda encuesta: el personal que ha sido formado, es el que expresa menor temor

para atender a las personas con VIH ($p < 0,02$). En la tercera encuesta, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las otras variables.

Prácticas hacia las personas con VIH o SIDA

En la tercera encuesta, aumenta la atención a las personas con VIH por parte del personal de salud, que corresponde con el incremento importante de las nuevas infecciones en Cochabamba como se observa en la tabla N°7.

También el personal de salud encuestado refiere que las normas de bioseguridad se están aplicando de manera sistemática, ante la posibilidad de infectarse de manera accidental por VIH. En la última encuesta se observa un aumento en el personal de salud encuestado que siempre piensa en la posibilidad de infectarse.

Tabla N°7. Comparación de actualizaciones, práctica y experiencia en la atención a las personas con VIH. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018

Actualización, práctica y experiencia	1997 %	2008 %	2018 %
Atendió a una persona con VIH y sida	10	60	64
Refiere que cumple con normas de bioseguridad	-	76,7	94,5
Siempre piensa en la posibilidad de infectarse	37,4	21,3	33,4
Recibió cursos de capacitación	-	61	50,3

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En la tercera encuesta, aumenta levemente el porcentaje del personal que atiende a las personas con VIH, que no corresponde con el incremento importante de las nuevas infecciones en Cochabamba. Estos datos revelan que las normas de bioseguridad se están aplicando de manera sistemática, ante la posibilidad de infectarse de manera accidental.

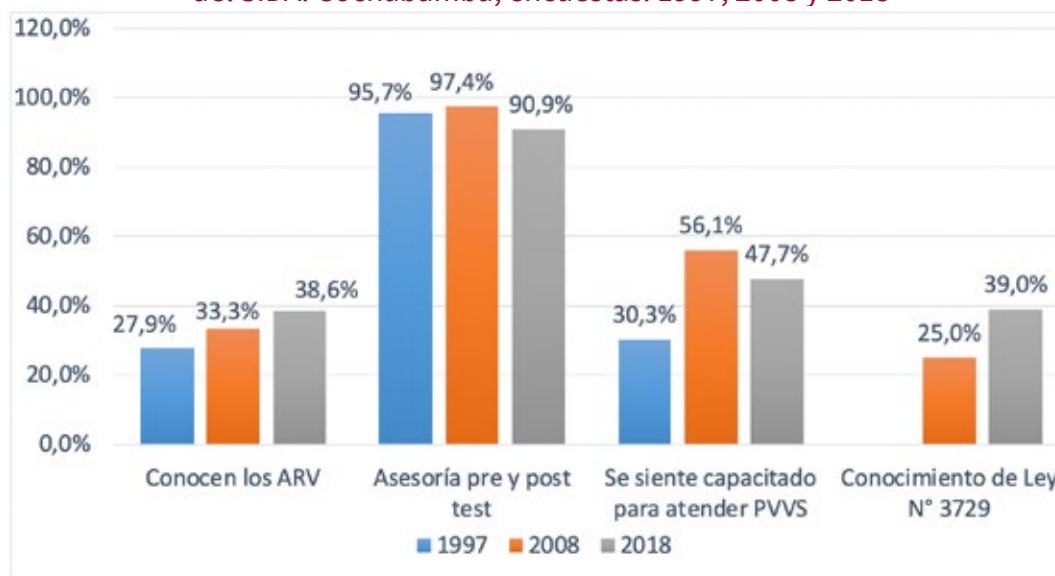
En la segunda encuesta, los resultados estadísticamente significativos mostraron que los servicios públicos que recibieron capacitación fueron los que más atendieron a personas con VIH ($p < 0,01$), y también los que mejor cumplieron con las normas de bioseguridad ($p < 0,03$).

En la tercera encuesta, es el personal que recibió

los talleres de capacitación del IDH/SEDES el que más conoce la segunda prueba rápida para confirmar el VIH ($p < 0,05$), como también el que más considera que la homosexualidad es una orientación sexual aceptable ($p < 0,05$).

Se observa un leve aumento en los conocimientos sobre los antirretrovirales en la figura N°2. En la primera y segunda encuesta existen diferencias estadísticamente significativas entre el personal médico, que conoce más los antirretrovirales que las otras profesiones ($p < 0,001$). En cambio, en la tercera encuesta, no hay diferencias estadísticamente significativas de conocimientos entre el personal de salud.

Figura N° 2. Comparación de conocimientos sobre los antirretrovirales, asesoría, capacitación y ley del SIDA. Cochabamba, encuestas: 1997, 2008 y 2018



Fuente: Elaboración propia, 2019.

En la última década, se observa que el personal de salud se siente con menor capacidad para atender a las personas con VIH o Sida con relación a la segunda encuesta.

En la primera encuesta fueron los hombres los que se sentían menos capacitados que las mujeres ($p < 0,01$). En la segunda, el personal que recibió capacitaciones se siente mejor formado para atender a las personas con VIH ($p < 0,002$). En la tercera encuesta no hay otras diferencias estadísticamente significativas. Se observa un aumento de conocimiento de la Ley para la prevención del VIH y SIDA (N° 3729).

Prevención biomédica del VIH

Corresponden a las nuevas estrategias de la organización Mundial de la Salud (OMS) para que todos los gobiernos la apliquen con el objetivo de eliminar el VIH el 2030. Estas preguntas se incluyeron en la última encuesta, debido a que en el 2007 no existían.

Profilaxis Post Exposición al VIH (PPE o PEP)

Consiste en tomar medicamentos antirretrovirales (Tenofovir, lamivudina y efavirenz) para prevenir una posible infección de VIH, tiempo después de una exposición al virus (exposición laboral y no laboral). Se crea con la intención de emplearla en situaciones de emergencia. No se destina como uso regular por las personas que pueden estar expuestas al VIH con frecuencia. Se debe tomar dentro de las 72 horas después de la posible transmisión y durante 28 días (15).

En la primera y segunda encuesta, no hubo preguntas con relación a la PPE. En la tercera encuesta, el 43,2% sabe en qué situaciones puede emplearse la PPE, pero solo el 21% responde correctamente sobre su uso. No existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

Estrategia 90.90.90 para terminar con el VIH del planeta

En la tercera encuesta se incluyen preguntas sobre los conocimientos de las nuevas estrategias para poner fin a la epidemia del VIH en el contexto mundial. Solo el 13,3% del personal de salud conoce la estrategia del 90.90.90, no existen diferencias estadísticamente significativas con relación a todas las variables (16).

- **Primer 90%**, el 2020 el 90% de las personas con VIH deben conocer su estado serológico respecto al VIH. Pero, solo el 17,9% del personal de salud encuestado pudo explicar el primer objetivo de la estrategia 90.90.90.
- **Segundo 90%**, en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciben terapia antirretroviral continuada. Solo el 18,5% del personal de salud encuestado conoce el segundo objetivo de la estrategia 90.90.90.
- **Tercer 90%**, que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral. Solo el 13,3% del personal de salud encuestado conoce el tercer objetivo de la estrategia 90.90.90.

PrEP (del inglés: Pre Exposure Prophylaxis), es una medida de prevención que se recomienda usar antes de exponerse al riesgo. Es una estrategia propuesta a las personas sin VIH con prácticas sexuales de alto riesgo de infectarse (17). En la última encuesta, el 18,4% conoce la existencia de la PrEP y el 14,2% sabe que está dirigido a personas que tienen alto riesgo de transmisión del virus, pero sin VIH. Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos -31,5%- y las otras profesiones -6,9%- ($p < 0,01$), al respecto de este conocimiento.

TaSP (del inglés: Treatment as Prevention), se sabe que las personas con VIH que toman su tratamiento antirretroviral logran tener una carga viral indetectable los últimos seis meses. El tratamiento como prevención reduce el riesgo de la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales, de compartir agujas, y de madre a hijo

durante el embarazo, el parto y la lactancia (18). Solo el 4,9% del personal encuestado conoce el TasP.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos -9,7%-, y otras profesiones -2,7%- ($p < 0,01$) en el conocimiento del TasP, como también entre el personal de salud encuestado que trabaja en servicios de salud del sector público (4,3%), con el privado (1,2%) ($p < 0,03$), que revela que el personal del sector público conoce más que el privado.

DISCUSIÓN

El estudio realizado en la ciudad de Cochabamba es válido para el área urbana y periurbana de la ciudad de Cochabamba. El nivel de participación del personal de salud fue aceptable en términos generales. Pero, en varias situaciones hubo también rechazo para participar en la encuesta, porque el personal de salud se sentía cuestionado al no poder responder las preguntas. Muchos profesionales solicitaron llenar la encuesta en su casa o con ayuda de sus compañeros, expresaban que no tenían tiempo. Los encuestadores tuvieron que esperar muchas horas para que respondieran el cuestionario, pese a que tenían la acreditación certificada por una carta oficial del Servicio Departamental de Salud.

Hubo también profesionales que, al darse cuenta de sus falencias, solicitaron cursos o talleres de información sobre el VIH y SIDA. Las tres encuestas muestran insuficiencias sobre todo en conocimientos en el personal de salud sobre el VIH y Sida, que reflejan carencias en la formación sobre el tema.

Lamentablemente, durante estos últimos 20 años, el personal de salud no mejoró significativamente sus conocimientos sobre el VIH y SIDA (hipótesis a). Los resultados obtenidos revelan que tampoco estuvieron actualizados en las nuevas estrategias recomendadas por Naciones Unidas, a través de la OMS como

organismo rector de la salud a nivel mundial.

En la tercera encuesta, se observa una disminución de diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos entre médicos con el resto del personal de salud. Esto puede interpretarse como mejora del personal no médico o disminución de conocimientos entre el grupo médico específicamente.

Acerca de la realización del test obligatorio a donadores, la media de las respuestas correctas llega solo al 17,3% en las tres encuestas. De manera similar, la media de las respuestas correctas sobre transmisión materno-fetal del VIH es solo del 21,7%. Los conocimientos sobre los ARV, son también deficientes (la media es de 33,2%) y solo se siente capacitado para atender a una persona con VIH y Sida el 44,7% (media).

La tercera encuesta revela que el Instituto para el Desarrollo Humano llegó al 7,5% del personal de salud de Cochabamba, con cursos de capacitación, y de manera conjunta con el SEDES, al 8,1% del personal. El SEDES llegó al 25%.

La mayoría del personal de salud refiere que cumple las medidas de bioseguridad (media de la segunda y tercera encuesta: 85,6%), pero, solo el 30,7% expresa que piensa siempre en la posibilidad de tener el riesgo de transmisión en el trabajo.

A pesar de cursos, talleres y seminarios de actualización realizados, estos son insuficientes (hipótesis c). De acuerdo a los resultados obtenidos, el IDH y el SEDES contribuyeron en la mejora de la atención a las personas con VIH y SIDA en los centros de referencia que realizan a través de los cursos, talleres y seminarios que se realizan en coordinación entre ambas instituciones. La actualización continua es importante para superar la calidad de atención a las personas con VIH, disminuir el estigma y la discriminación (hipótesis c).

Persisten los prejuicios, el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y las diversidades sexuales por parte del personal de salud, aunque en menor proporción en los médicos (hipótesis b). El personal femenino expresa, en mayor proporción, que el test obligatorio para el VIH es una medida apropiada para vigilar o controlar la conducta sexual de la población más vulnerable a la transmisión del VIH, y el personal que profesa otras religiones diferentes a la católica, al referirse a la homosexualidad, expresa que no es una orientación sexual aceptable, lo que indica poca tolerancia hacia este grupo de la población.

Lamentablemente, la Ley del SIDA, aprobada el 1 de agosto del 2007, no es conocida por la mayoría del personal. Solo el 32,4% la conoce (media de segunda y tercera encuesta). En Cochabamba, existen denuncias al Defensor del Pueblo de actitudes y prácticas de discriminación en los servicios de salud hacia las personas con el VIH o SIDA.

Un estudio similar realizado en Lisboa (Portugal), revela que el 77% del personal de salud no recibió capacitación durante los 5 últimos años sobre el VIH, que el 30% pensaba que el VIH no era transmisible mediante la lactancia materna, que el 75% era transmitido por besos en la boca, solo el 45% conocía las directrices nacionales sobre el VIH, etc. (19).

Otro estudio realizado en Cali (Colombia) sobre la misma temática, expresa la importancia que el personal de salud respete los derechos humanos de las personas con VIH, las desigualdades entre sexos, y acabe con el estigma y la discriminación hacia las diversidades sexuales (20).

Probablemente, la falta de una buena formación profesional del personal de salud en Bolivia, se debe a:

- a. Escasa prioridad del VIH y SIDA en el diseño curricular universitario, así como de facultades y escuelas de enfermería.

- b. Alta rotación del personal de salud.
- c. Persistencia de prejuicios y estereotipos sobre la sexualidad y el VIH.

Por el problema estructural del sistema de salud del país, persiste la exposición al riesgo de transmisión accidental, a causa de falta de material e insumos y estrés del personal por sobrecarga de trabajo. Es de nuestro conocimiento la limitación de provisión de guantes, barbijos e incluso de agua potable en algunos hospitales.

CONCLUSIONES

Los conocimientos acerca de la sexualidad, VIH y SIDA no mejoran durante el tiempo estudiado, inclusive se observa un retroceso por la falta de actualización en los diferentes aspectos del VIH y sida.

El IDH y el SEDES capacitan a la mitad de todos los servicios de salud, este personal de salud capacitado, presenta niveles más altos de conocimientos.

Recomendaciones

Es importante mejorar el sistema de salud (público, privado y de seguros) de Cochabamba. Algunas medidas podrían ser: dotar personal calificado a través de exámenes de competencia para obtener el puesto, mejorar la infraestructura, lograr un nivel óptimo de abastecimiento de insumos para cumplir con las normas de bioseguridad, establecer políticas de formación continua del personal para mejorar la capacidad técnica, motivar la realización de investigaciones de temas relacionados al VIH y SIDA.

Evaluar los conocimientos del personal, las actitudes y prácticas de atención a las personas con VIH (semestralmente o anualmente). Otorgar el permiso correspondiente de los directores para que su personal de salud asista a cursos, talleres y seminarios, acreditar su asistencia y replicar al resto del personal en su servicio.

Agradecimientos

Al Servicio Departamental de Salud, directores de los Centros de Salud y hospitales, al personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, odontólogos, etc.), a los encuestadores: Indira Pariente, Jhulisa Pillco, Marco A. Mendoza, Sulma Vargas, Danna Yucra, Javier Torrez, Jheila Valenzuela, Miriam Jardín, José M. Torres, Mykhael Fuentes, Luis Pañumi y Carla Huanca, por el apoyo y el trabajo realizado para la realización de este estudio, como también a Pan para el Mundo - Alemania. Como también a la Lic. Giancarla de Quiroga por la corrección del texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Choque H, Morgensten R. Estudio de siete casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida hospitalizados en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Cochabamba. *Acta gastroenterol Bolív.* 1995;(5): p. 22-24.
- (2) Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de las ITS. Presentación Power Point. Cochabamba:, Programa Departamental ITS/VIH y SIDA SEDES Cochabamba; 2019.
- (3) Valdez E, Saudan A. El personal de Salud frente al sida: Conocimientos, actitudes y prácticas. *Revista Médica.* 1997 Noviembre; 2(12): p. 35- 46.
- (4) Valdez E. El Sida en el reino de la impunidad, hasta las últimas consecuencias. Cochabamba: Asamblea Permanente de los derechos humanos ; 2006.
- (5) Valdez E. Sexo, amor y miedo entre tradiciones y realidades. Cochabamba: Instituto para el Desarrollo Humano , Tierra de Hombres- Suiza; 2007.
- (6) Valdez E, Vargas A, Apaza M. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre el VIH y sida en Cochabamba. *Revista Médica.* 2010 Septiembre ; 1(21): p. 53-63.
- (7) FHI, DFID, USAID. Encuestas de Vigilancia del Comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. ; 2000.
- (8) OMS. Protocole pour les enquetes repatees dans la population generale. Ginebra: GPA/CNP/ EVA/326; 1993.
- (9) OMS. Protocolo de investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP) Ginebra; 1990.
- (10) De Muynck A. Notes du Cours D'épidémiologie et de Bio statistique. In ; 1991; Antwerpen.
- (11) Goldberg M. L'épidémiologie sans peine Lausanne; 1985.
- (12) Ministerio de Salud. Instructivo técnico (nuevo) algoritmo de diagnóstico para VIH. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 21. Available from: <http://www.minsalud.gob.bo/35-libros-y-normas/1572-area-sida>.
- (13) Honorable Congreso Nacional Boliviano. Ley para la prevencion del vih-sida, proteccion de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el vih-sida. [Online].; 2007 [cited 2019 Agosto 20. Available from: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_ndeg_3729_de_2007_para_la_prevencion_del_vih.pdf.
- (14) Ministerio de Salud. Generalidades: Antecedentes. In Salud Md. Obtención del consentimiento informado. La Paz; 2018. p. 2.
- (15) InfoSIDA. Prevención e investigación del VIH y SIDA- Profilaxis posexposición (PEP). [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo 21. Available from: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/87/profilaxis-posexposicion--pep->.
- (16) ONUSIDA- Unaid. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. [Online].; 2013 [cited 2019 Junio 8. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf.

- (17) InfoSIDA. Prevención e investigación del VIH y SIDA- Profilaxis preexposición (PrEP). [Online].; 2019 [cited 2019 Agosto 8. Available from: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/85/profilaxis-preexposicion--prep->.
- (18) InfoSIDA. Prevención e investigación del VIH y SIDA- Tratamiento como prevención (TasP). [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 8. Available from: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/4703/tratamiento-como-prevencion>.
- (19) Coalition Plus – GAT. La investigación comunitaria en acción. Conocimientos, actitudes y comportamientos de los-as profesionales de la salud en los servicios de atención primaria respecto al VIH y a las poblaciones más expuestas al VIH en Portugal. 2015-2018;; p. 66-67.
- (20) Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Avances en enfermería. 2011 Diciembre; XXIX(2): p. 271-284.
- (21) OMS. Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas referentes al SIDA: fase 2. Cuestionario. Ginebra;; 1993.

Derechos de Autor (c) 2020 Edgar Valdez Carrizo; Joaquín Salcedo Cuellar, Lucia Elena Alvarado Arnez, Iván Rivera Carrasco; Nayra Rojas Escalier.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra

[Resumen de licencia - Texto completo de la licencia](#)