

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES VIH EN EL HOSPITAL

ESCUELA Y CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO, REGIÓN

METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL. 2010-2012

PRESENTADO POR

CYNTHIA XELAJÚ SIERRA PAVÓN

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORAS

MSc. MERCEDES MARTINEZ H.

DRA. EMILIA ALDUVIN

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MARZO, 2014 HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTORA DE ASUNTOS INTERNACIONALES

MSc. MAYRA FALK

SECRETARIA GENERAL

Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSTGRADOS DE FACULTAD
CIENCIAS MÉDICAS**

DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi guía, por haberme dado la vida, salud y sabiduría en todo momento para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A los pilares de mi vida, mi familia por su apoyo, su amor y ser mi fuente inspiradora que me impulsan siempre a superarme. En especial a mi padre Camilo Sierra y a mi madre Eva Margarita Pavón, por su apoyo incondicional, su entrega, sus sabios consejos y por seguir hoy en día a mi lado enfrentando todos los momentos de este proceso académico . A mis queridas hermanas Azucena y Evahmaría, los amo.

A Rafael Oyuela por compartir momentos significativos en mi vida por nunca negarse a apoyarme y su confianza durante mi carrera profesional, gracias por estar siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por el patrocinio de la beca lo que me permitió cursar esta valiosa maestría. En especial a la Facultad de Odontología por haberme formado.

Esta tesis, no es solo fruto de los conocimientos adquiridos en los libros, sino que es producto de la experiencia de todos mis maestros del Postgrado en Salud Pública que compartieron su tiempo y enseñanzas en el transcurso de la maestría. A mi tutora, Dra. Emilia Alduvín, por haberme impulsado a estudiar el tema, su asesoría y disponibilidad para cada consulta en el desarrollo de este trabajo.

En especial agradecimiento a mi tutora magister Mercedes Martínez, por compartir sus conocimientos en todo momento, por su tiempo, paciencia y invaluable apoyo en este ir y venir de el trabajo de investigación, Gracias por haber hecho posible culminar este sueño que parecía inalcanzable.

A mis compañeros de la VII Promoción de Maestría en Salud Pública por haber compartido su amistad, compañerismo que hicieron ameno este proceso académico.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	5
3.	MARCO TEÓRICO	6
3.1.	<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)</i>	6
3.2.	<i>Estimaciones de VIH/SIDA a nivel mundial.</i>	8
3.3.	<i>Situación actual del VIH/SIDA en Honduras.</i>	9
3.4.	<i>El Derecho a la Salud y la No Discriminación de las Personas que viven Con VIH-SIDA</i>	11
3.5.	<i>Atención Integral</i>	19
3.6.	<i>Actitud</i>	27
3.7.	<i>Normativa de Bioseguridad.</i>	29
3.8.	<i>Estigma y Discriminación</i>	31
3.9.	<i>Exclusión en el Sector Salud</i>	36
3.10.	<i>Estigma y Discriminación en la Atención Odontológica</i>	39
4.	HIPÓTESIS	43
5.	METODOLOGÍA	43
6.	RESULTADOS	55
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	107
8.	CONCLUSIONES	127
9.	RECOMENDACIONES	130
10.	BIBLIOGRAFIA	132
11.	ANEXOS	143

1. Introducción

El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye una de las epidemias más devastadoras de la época actual. Las dimensiones y consecuencias constituyen *“una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos”* (UNGASS., 2001).

A la vez esta epidemia es uno de los ejemplos claros de desigualdad ya que el 95% de las personas infectadas viven en países en vías de desarrollo (ONU 2006). En América Latina, las personas con menor nivel de estudios, tienen mayor probabilidad de contraer VIH (ONUSIDA/OMS, 2009). Sumando a esta situación, la incompreensión, el rechazo a las personas contagiadas, falta de acceso a servicios de prevención y tratamiento adecuados (Prieto, 1999). Dentro de esta carencia de servicios destaca la atención odontológica (REDLA+, 2009). Honduras, ocupa el quinto lugar del continente americano de la problemática en VIH/SIDA y es el segundo país más afectado en Centroamérica. (Banco Mundial, 2006).

De acuerdo al informe estadístico de la Secretaria de Salud sobre la epidemia de VIH, en Honduras a Diciembre del 2012 se habían reportaron 31, 051 casos de VIH. El incremento acelerado de personas con diagnóstico de VIH, por su complejidad, requiere de atención en salud multidisciplinaria con el fin de garantizar la mejor calidad de vida. Es por ello que los profesionales de la odontología contribuyen significativamente al control de la epidemia de VIH/Sida a través de promocionar la salud bucal, considerada como parte integral de la salud general y un componente esencial para una buena calidad de vida. (WHO, 2003).

Una exploración de la literatura internacional en relación con la atención odontológica, muestra cómo el abordaje de este fenómeno, evidencia que persiste una negativa de atención hacia los pacientes infectados, principalmente debido a la percepción de riesgo de contagio ocupacional. Asimismo, se describen barreras de tipo económico, falta de servicios disponibles, temor al rechazo y la falta de confidencialidad acerca de su enfermedad; las cuales inhiben la demanda y uso de servicios odontológicos como parte del tratamiento integral de las personas con VIH (PVIH).

En Honduras, la información sobre la disposición de los Cirujanos Dentistas para tratar a las personas con VIH/SIDA es limitada. Hasta el momento no existen estudios que reflejen la actitud de estos profesionales sobre la atención

a los PVIH. Adicionalmente, no existen mecanismos de monitoreo y evaluación que aseguren el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos relacionados con el VIH; en especial la atención odontológica hacia las personas que viven con VIH.

El presente estudio ha permitido caracterizar la atención odontológica que se les brinda a las personas con VIH que acuden a la consulta externa de infectología en el Centro de Atención Integral del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo del Distrito Central.

Es un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra constituida por 2 grupos de personas, uno las personas con VIH que asisten a los Centros de Atención Integral y otro los 35 Cirujanos Dentistas que diariamente brindan atención en el servicio de Odontología de cada unidad de salud, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección cualitativa de datos con la escala de Likert, lo cual permitió medir las variables que representan comportamiento o actitudes.

Los principales hallazgos fueron que los profesionales de la salud oral se caracterizan por tener entre 1-5 años de ejercicio profesional, más de la mitad ejerce en el Hospital Escuela, un dato similar indica que la mayoría de los profesionales son odontólogos generales, han recibido algún tipo de capacitación en el tema de VIH, de la misma manera un alto porcentaje tiene la disponibilidad de brindar atención odontológica a PVIH; No obstante se

evidenció que existe limitación de parte del personal de salud en la actualización y avances de la enfermedad del VIH/SIDA, los reales riesgos de contagio y desconocimiento del derecho a la salud de los/las usuarios/as.

En cuanto a las personas con VIH(PVIH), este grupo en su mayoría pertenecen al género femenino, tienen un nivel educativo básico y para la mayoría de los usuarios/as es muy importante una atención odontológica integral oportuna, ya que está consciente puede afectar su salud en general. No obstante predomina el miedo al rechazo por parte del profesional al revelar su condición, así como el factor económico reflejando una conducta de no búsqueda de los servicios de salud (autoexclusión).

Cabe destacar que en esta investigación, la sobre estimación del riesgo de infección, la aplicación selectiva de los procedimientos de control y prevención de la enfermedad influyen en la negativa del odontólogo para prestar el servicio; hecho que se manifiesta como estigma, discriminación y violación de los derechos humanos de las PVIH.

Los resultados señalan la urgente necesidad de plantear normativas e intervenciones que garanticen el acceso de los usuarios a los servicios odontológicos de prevención, curación y rehabilitación equitativa, desde el enfoque de derechos humanos, así disminuir el sufrimiento de quienes viven con el VIH. Asimismo adoptar medidas que regulen la atención odontológica

equitativa de forma periódica, y mecanismos que permitan sensibilizar a los odontólogos en el tema de VIH con capacitaciones permanentes.

2. OBJETIVOS

A. GENERAL

Describir la atención odontológica que se les brinda a las personas con VIH/SIDA que acuden a los Centros de Atención Integral del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo del Distrito Central y el papel de los profesionales de la salud oral en dicha atención.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar la actitud de los Odontólogos que laboran en el servicio Odontológico de el Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo, al brindar atención odontológica a las personas con VIH (PVIH) como parte de la Atención Integral.
2. Describir la percepción que las personas con VIH, tienen sobre la atención odontológica brindada a las personas que asisten al Centro de Atención Integral del Hospital Escuela y del Centro de Salud Alonso Suazo del Municipio del Distrito Central.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El *VIH* es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Se caracteriza por provocar una reducción paulatina y progresiva del número de linfocitos T o CD4, hasta llegar a una destrucción lenta del sistema inmunológico, acompañado de infecciones oportunistas (Gileva OS, 2004). A partir de la introducción de la Terapia Antirretroviral (TARV), se ha modificado la incidencia de lesiones oportunistas, proporcionando de esta forma, una alternativa para alargar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, la infección por VIH/SIDA se considera uno de los mayores problemas de salud que azota la humanidad por ser una enfermedad transmisible que afecta poblaciones cada vez más jóvenes y de diferentes estratos socioeconómicos, las personas con menor nivel de estudios tienen mayor probabilidad de contraer VIH (ONUSIDA/OMS., 2009) A la vez esta epidemia es uno de los ejemplos claros de desigualdad ya que el 95% de las personas infectadas viven en países en vías de desarrollo.

Existe un acelerado incremento de nuevas infecciones y defunciones a causa del VIH en la mayoría de los casos debido a falta de acceso a servicios de prevención y tratamiento adecuados (ONU, 2006). Dentro de esta carencia de servicios, RedLa+ (2009), identificó debilidades en el acceso a diferentes

servicios de atención integral, incluyendo la atención odontológica, como uno de los servicios que se recibe con menor frecuencia; viéndose más afectadas las PVIH en Centro América, por la no prestación de estos servicios.

Según (Greenspan, y otros, 2000) (Okoje, Obiechina, & Aken'Ova, 2006) (Melnick, 1993) el 30 y 80% de personas VIH+ desarrolla algún tipo de lesión oral durante el curso de la infección por VIH. Según Gileva OS(2004) el espectro de las manifestaciones orales de la infección por VIH depende del estado de inmunosupresión, la vía de contagio, algunos factores étnicos, geográficos, sociales y demográficos en regiones concretas. En el 2003, la Organización Mundial para la Salud, considera las manifestaciones bucales asociadas al VIH/SIDA, como un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo.

De tal forma, los esfuerzos nacionales han sido débiles y dispersos en sus objetivos y cobertura con respecto a la salud oral de las personas con VIH. El modelo de atención actual sigue siendo insuficiente para encarar las consecuencias del VIH en materia de salud odontológica ya que actualmente no existe una política nacional que trate este tema y las que existen no han sido efectivas ya que carecen de programas definidos a brindar protección, respeto y cumplimiento de derecho a la salud oral de los PVIH.

3.2. Estimaciones de VIH/SIDA a nivel mundial.

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es un proceso patológico detectado por vez primera en los Estados Unidos de América en 1981, a partir de este momento adquiere un carácter epidémico de propagación rápida, que se extiende a nivel mundial. De tal forma, que según ONUSIDA al 2012, estimó que 33.4 millones de personas en el mundo viven con VIH, 2.7 millones contrajeron una nueva infección por el VIH. (ONUSIDA/OMS, 2009)

Según ONUSIDA (2011) África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH. En el 2010, alrededor del 68% de todas las personas que vivían con el VIH residían en África subsahariana. Las mujeres representan el 49% de los adultos que viven con el VIH (ONUSIDA, 2013).

En la región Latinoamericana, aproximadamente 2 millones de personas viven con VIH, anualmente se documentan 100,000 nuevas infecciones y mueren 67,000 personas al año a causa de la infección (ONUSIDA, 2011). Cuatro de los seis países de América Latina y el Caribe con mayor prevalencia del VIH están en Centroamérica. Según el Programa Global de VIH/SIDA (2006), Honduras es el segundo país de Centro América más afectado por el VIH con una prevalencia de infección de 1.6%

3.3. Situación actual del VIH/SIDA en Honduras.

La población hondureña es eminentemente joven (53% menor de 19 años) y la esperanza de vida muestra una tendencia ascendente (72 años), ejerciendo presión sobre los servicios básicos, especialmente los de salud. La principal problemática en el desempeño de dichos servicios, se relaciona con la situación de pobreza, ya que el 69% de hogares vive bajo la línea de pobreza y de estos 50% bajo la línea de indigencia; débil coordinación de la red de servicios de salud pública; insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados, añadiendo poca disponibilidad de recursos financieros, entre otros. El gasto nacional en salud per cápita es de US\$ 49,8%.(OPS, 2009)

El sector salud está constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro. Se estima que el 60% de la población es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud, un 12% por el IHSS y alrededor de un 10% por el subsector privado. En términos de personal de salud, según la Encuesta Nacional de Salud y Demografía (2013) se estima que existen 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos por cada 1,000 habitantes brecha significativa que no responde a los estándares mínimos. (Salud, INE, & ICF, 2013)

Honduras, muestra un perfil epidemiológico caracterizado por la presencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas. Entre las enfermedades infecciosas de mayor escala y en aumento es el VIH/SIDA con una incidencia de 138 por cada millón de habitante mayor que el 1%. (OPS, 2007)

Según la Secretaria de Salud en su informe estadístico de la epidemia del VIH (2012), desde 1985 a Diciembre 2012 se han registrado 31,051 casos de personas con VIH, de los cuales 22,086 son de infección avanzada de VIH y 8965 asintomático, 1,722 personas han fallecido a causa del SIDA; de los casos reportados 16,353 son casos de hombres y 14, 698 casos de mujeres, con una razón hombre-mujer de 1.1. Lo que indica que la epidemia en el país es de predominio heterosexual, y los grupos de edad más afectados se sitúan en el grupo de 20-49 años (66%). El departamento con mayor incidencia de casos es Cortes con 11,561 casos, le sigue Francisco Morazán con 6,610 casos. Oficialmente se reconoce un Subregistro del 45%. (Secretaria de Salud, 2012).

El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto en los hogares como en el sistema de salud del país. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se reconoce que: *“la pobreza, el subdesarrollo y el*

analfabetismo se describen entre los principales factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA y agravan la pobreza de un país". (UNGASS 2006),

Desde la aparición del primer caso de VIH/SIDA en el mundo en el año 1981, no sólo se han producido cambios en la conducta de las personas y si se han planteado desafíos, sino que también han evolucionado múltiples transformaciones en la vida social, instituciones públicas y en la cultura del país; es en esta combinación de factores como son pobreza, débil coordinación de los servicios y escasos de recurso humano, que los efectos del VIH/SIDA no solo se limitan a los costos médicos y económicos, sino crea una línea trazadora donde esta combinación de factores pone en el debate público el tema de los derechos de las personas que viven VIH/SIDA.

3.4. El Derecho a la Salud y la No Discriminación de las Personas que viven Con VIH-SIDA

3.4.1. Marco Internacional del Derecho a la Salud

El derecho a la salud está plasmado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales (PIDESC, 1966), se reconoce la salud como un derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de:

1. **Respetar:** Abstenerse de rechazar o discriminar cualquier persona, abstenerse de prohibir o impedir practicas preventivas o curativas.
2. **Proteger:** Adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención en la salud.
3. **Cumplir:** Aplicación de leyes y adopción de políticas para facilitar la salud y promover la salud.

Comprendido este derecho, como “el goce del grado máximo de salud”, “estado de completo bienestar físico, mental y social» y no solamente la ausencia de enfermedad (Organización de las Naciones Unidas Consejo Económico y Social, 2000). Asegurando no solo el acceso a la atención sino también a una **atención integral** que exprese “el logro del grado más alto posible de salud”.

El Derecho a la Salud abarca aspectos como la calidad, disponibilidad en la cual se debe tener en cuenta los recursos necesarios para poder prestar un servicio, además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos; la accesibilidad entonces está íntimamente relacionada con la disponibilidad.

La observación General No.14 del artículo No.12 del PIDESC, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, establece algunos criterios como

estándares de carácter obligatorio para evaluar el respeto del derecho a la salud. Un estándar es la Disponibilidad la cual se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados).

Otro aspecto de carácter obligatorio es la Accesibilidad, que implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, principalmente las poblaciones vulnerables; se consideran las diversas barreras que puedan impedir ó dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos, obstáculos de la organización de los servicios de la institución determinados por su localización física o los horarios de atención, barreras culturales determinadas por actitudes negativas ó creencias desfavorables respecto a los servicios. Este último se convierte para las personas con VIH/SIDA, en un factor propio de exclusión.

En el contexto del VIH, las normativas internacionales de derechos humanos y los objetivos de la salud pública exigen que los Estados identifiquen maneras de hacer efectivas sus obligaciones, es en este sentido que en el documento Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (ONUSIDA 2006), plantea que Los Estados deberían establecer un marco nacional efectivo para responder al VIH, que permita una actuación coordinada, para analizar y reformar la legislación sanitaria y prestar suficiente atención a

los constantes retos que enfrenta el VIH, este principio debería ser aplicable a la Respuesta Nacional.

Actualmente el marco legal nacional en materia de VIH reconoce la vinculación que existe entre derechos humanos, no discriminación y salud de las personas. Sin embargo según el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2009) en su estudio *“El diagnóstico de los servicios de VIH/Sida ofrecidos en los centros de atención integral en Honduras”*, todavía existe una creciente demanda no satisfecha de la población a la que atienden. Este mismo estudio destaca los bajos niveles de comunicación interinstitucional y del sistema de referencia y contra referencia, ausencia de programas de formación continua, falta de actualización y capacitación de normas en general y la falta de supervisión en todos los niveles.

3.4.2. Marco Legal Nacional

La Constitución de la República de Honduras en su Artículo no.145, reconoce el derecho de protección de la salud y de que es un deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. Dentro de este marco en Estado crea la Ley Especial del VIH/SIDA (1999), con el propósito:

ARTICULO 1.- de contribuir a la protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias

conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Así como, la educación e información de la población en general.

ARTÍCULO 2: Se declara de interés nacional la lucha contra el VIH/SIDA, entendida en los aspectos de control y prevención de la propagación del VIH, considerando como puntos focales la educación y protección de la población en general, el respeto a los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH y enfermas del SIDA en cualquier ámbito y el tratamiento y la investigación de la infección.

La Ley Especial del VIH/SIDA, hace referencia particular sobre la protección en materia de derechos humanos y en particular en los siguientes artículos donde menciona la obligación del cumplimiento de los mismos:

ARTICULO 47.- Se reconoce el derecho a la salud de toda persona infectada por VIH o que padece de SIDA, a recibir sin distinción o restricción alguna, la atención médica hospitalaria pública o privada que solicite.

ARTICULO 48.- La negación o restricción de atención médica a las personas infectadas por VIH o enfermas de SIDA, supone una conducta sancionable y estará sujeta a las disposiciones que al respecto establecen las normas del ejercicio profesional y las Leyes.

ARTICULO 49.- Ningún profesional de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiere una persona seropositiva o enferma de SIDA, en caso contrario incurrirá en responsabilidad civil. Es importante destacar la obligatoriedad de dar atención a los pacientes VIH/SIDA, según asignación de responsabilidad, por nivel de atención y grado de complejidad.

A pesar de lo anterior en la actualidad en el país no existe política nacional para la atención odontológica de la persona con VIH. La Secretaría de Salud a través del Departamento de ITS/VIH/Sida ha desarrollado normas, lineamientos y/o protocolos de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, manejo integral de ITS, y manejo clínico de la infección por VIH en el adulto y niño de forma general, en el cual no incluye lineamientos sobre la atención odontológica. El Colegio de Cirujanos Dentistas tampoco contempla dichos lineamientos.

Es por esta razón que (ONUSIDA, 2006) en su sexta directriz plasma que los Estados deben adoptar medidas de políticas que regulen los servicios relacionados al VIH, a su vez dice se deben tomar las medidas necesarias para *“asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA”*, incluidos enfermedades conexas, en este caso las enfermedades de cavidad bucal que

en múltiples estudios se evidencian se presentan en un 30-80% de las personas.

Dentro de las recomendaciones del documento *“Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y Derechos Humanos”* (2006), plantea que las legislaciones, políticas, programas y planes de los Estados deberían incluir medidas positivas para abordar los factores que dificultan el acceso igualitario a la prevención, tratamiento y atención; en caso de tenerlas *“Los Estados deberían revisar y, si es necesario, enmendar leyes, políticas, programas y planes para hacer efectivo el acceso universal e igualitario a productos y servicios relacionados con el VIH”* (ONUSIDA, 2006).

En el 2005, el país aprobó el Reglamento para el control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de interés sanitario, el cual se basa en la protección de la salud de los consumidores en servicios y establecimientos de interés sanitario, el cual regula las condiciones de eficacia y seguridad de los productos, servicios y establecimientos de interés sanitario.

Este reglamento está enfocado principalmente a la obtención de licencia sanitaria e inspecciones sanitarias incluidos los establecimientos odontológicos, con el objeto de verificar el cumplimiento de las normas sanitarias relacionadas a la prestación de servicios de salud, condiciones higiénicas de los establecimientos y manejo de desechos; no están enfocadas a la calidad de

atención, recurso humano y el cumplimiento de los derechos humanos del usuario.

3.4.3. El VIH y la No Discriminación

A más de dos décadas de la epidemia en el mundo, han ocurrido diversos cambios en la forma de enfrentarla en el país, uno de ellos son los múltiples compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA, donde los Estados miembros acordaron trabajar para alcanzar el objetivo de garantizar el “*acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo*” en VIH/sida para el año 2010 (ONU, 2006).

El acceso Universal se define como, la ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la recepción de servicios de salud y otros servicios sociales, este es un determinante de la obtención de los servicios necesarios por población. (OMS, 2008)

En materia de VIH, la OPS define acceso universal al tratamiento de VIH como, un conjunto de condiciones en virtud de quienes requieran tratamiento, teniendo derecho de recibir un suministro constante y de por vida, de terapia antirretroviral y otros servicios de salud para tratar eficazmente el VIH; Así como

la disponibilidad **continua** de servicios de atención integral por parte del público, independientemente de su situación legal o económica (OPS, 2005).

3.5. Atención Integral

De tal forma la atención y el tratamiento en salud para las PVIH, va más allá de la atención médica y considera una visión de las necesidades del ser humano, en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, sin barreras y de forma continua; es en estas dos palabras que se considera los efectos asociados al VIH/SIDA; el estigma y la discriminación. (OPS, 2004).

RedLa+ (Mayo 2009) expuso que el Estigma y la Discriminación, son una poderosa barrera de acceso a los servicios de salud, que tiene como consecuencia la exclusión de Servicios de Salud; siendo los más frecuentes en presentar problemas en la atención de especialidades, la atención odontológica entre otras. (FLACSO-Chile, 2005).

ONUSIDA (2006), plantea que para evitar diversos tipos de discriminación, el Estado, debe ayudar a los dispensadores de atención y donde corresponda, a asegurar la disponibilidad, uso y aplicación de normas científicamente actualizadas, de prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas que viven con el VIH en relación con los servicios e información de atención sanitaria disponibles. Los Estados deberían desarrollar mecanismos para

efectuar el seguimiento y mejorar, si es necesario, la disponibilidad, uso y aplicación de dichas directrices.

La atención integral debe contemplar un carácter multidisciplinario e integrado que apoye no solo a las personas con VIH, sino también a los miembros de sus familias y a la comunidad. Debe asegurar la atención continua de alta calidad, y que sea costo-efectiva. La OPS define la atención integral como: *“la Combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH y aminorar las consecuencias físicas y emocionales de la infección, prevenir la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas y/o emocionales, proveer atención destinada a mejorar las condiciones generales y la calidad de vida y a proporcionar acceso al tratamiento”* (OPS, 2004).

La *“Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección TB/VIH en América Latina y el Caribe”* de la (OPS, 2004) plantea cuatro conceptos para la atención integral: cuidados de enfermería, consejería y apoyo emocional, apoyo social y manejo clínico, dentro de éste cabe mencionar a odontología.

Existe una relación bidireccional entre salud general y oral ya que la salud no sólo es la *“ausencia de afecciones o enfermedades”* sino es un completo bienestar (Briceño-León & Souza, 2000). De igual forma la salud oral es *“más*

que tener buena dentadura, es estar libre de dolor, enfermedades y desordenes que afectan el complejo craneofacial". (OMS, 2003).

3.5.1. Establecimiento de Salud

Son aquellos establecimientos públicos o privados, en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud; como hospitales, centros de salud, consultorios, clínicas médicas, clínicas odontológicas, entre otros. (Secretaria de Salud, 2005).

3.5.2. Establecimiento de Interés Sanitario

Entidad que produce, manipula, almacena, transporta, distribuye, expende y dispensa productos de interés sanitario, así como brinda servicios en salud de forma organizada formalmente, clasificándose según el grado de complejidad en Categoría I baja complejidad, Categoría II mediana complejidad y Categoría III alta complejidad.

3.5.3. Atención en Salud

Son las acciones de carácter promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación brindados, por un equipo multidisciplinario.

3.5.4. Clínica Odontológica

Establecimiento de Salud que desarrolla acciones de diagnóstico, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud bucal, cuyo funcionamiento se ajusta a las disposiciones del Código de Salud y su reglamento.

3.5.5. Atención Odontológica

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo en el cual recibe atención a sus afecciones de la cavidad bucal, resueltas en intervenciones derivadas de la multicausalidad diagnóstica, con fines de prevención, curación y rehabilitación de la salud oral.

3.5.6. Atención Odontológica a PVIH

Existen múltiples estudios que demuestran que la cavidad bucal es uno de los sitios donde se presentan las primeras manifestaciones de lesiones causadas por el VIH, ocurren en el 30-80% de las personas con VIH y son uno de los indicadores importantes del estadio de la infección según las células CD4. (Okoje, Obiechina, & Aken'Ova, 2006) (Gileva OS, 2004) (Leão, Ribeiro, Carvalho, Frezzini, & Porter, 2009). Es interesante que, a pesar de las múltiples manifestaciones que se presentan en la cavidad oral, la vía salival no es una ruta eficiente de contagio del VIH (Scully C, 2000). El riesgo de transmisión de

infección cruzada por VIH, paciente- profesional de salud oral y viceversa es mínimo (Exposición laboral al VIH y tratamiento antirretroviral, 1998).

Por estas razones, el odontólogo, como parte de un equipo de salud, debe conocer y manejar los diferentes protocolos de bioseguridad y diagnóstico de las lesiones específicas dentro de la cavidad bucal, las manifestaciones orales y sistémicas, Además de intervenir con atención específica para caries y enfermedad periodontal. (WHO, 2003). Debido al papel que juegan los odontólogos en la identificación temprana, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal; es necesario que las personas que viven con VIH/SIDA tengan fácil acceso a los servicios prestadores de salud.

Por tanto los profesionales de la odontología deben tener la capacidad para identificar en forma temprana a personas con VIH/SIDA en lesiones bucales así como de participar en grupos interdisciplinarios de salud pública, intercambiar información y participar desde el diagnóstico hasta el tratamiento adecuado para las personas VIH/SIDA, de ahí que la información y las actitudes en trabajadores de la salud dental sean importantes.

En una exploración de la literatura existente en relación con la atención odontológica (Esquivel, Fernandez, & Magis, 2000) (Dávila & Gil, 2007) muestra cómo el abordaje de este fenómeno, se ha dado desde identificar la

discriminación por profesionales de la salud, tanto médicos como odontólogos, explorar los conocimientos del personal que labora en servicios odontológicos sobre el SIDA, hasta reconocer y describir las principales prácticas de bioseguridad y la posibilidad de riesgo y contagio en el medio profesional. Sin embargo, es notorio según, Dávila ME (2008), persiste la negación en la atención odontológica a PVIH y la integración de ésta dentro de lo que es la atención integral a personas que viven con VIH/SIDA.

Paradójicamente, el riesgo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud es muy bajo; se ha calculado en sólo un 0.32% por heridas percutáneas con objetos punzocortantes, es decir que el 99.7% de las exposiciones por piquetes y cortadas no ocasionan infección. (O.M.Jiménez, 2005).

Esquivel, Fernandez, & Magis (2000) Exponen que específicamente dentro del consultorio dental, la cifra es minúscula (<0.004 por contacto) si la comparamos con el riesgo de adquirir el virus de la hepatitis B, el cual se estima en un 6-32% por contacto. El riesgo después de la exposición de la piel a la sangre infectada con VIH es menos de 0.1%, una pequeña cantidad de sangre que entre en contacto con piel intacta probablemente no representa ningún riesgo. (Jiménez, 2005.)

Vidal F y otros en su publicación, "Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile" (2002), indica que es evidente

la existencia y persistencia de los sentimientos de discriminación en la atención odontológica a PVIH, omisión, negligencia, fastidio, desgano, pereza del odontólogo, trato no igualitario, se convierten en elementos de exclusión social (Vidal F, 2002) en el marco de una atención odontológica fundamentada en deberes y derechos del usuario.

3.5.7. Aspectos Involucrados con el Rechazo

La información prejuiciada o la falta de esta, ha afectado a los trabajadores de la salud, sumado las actitudes negativas hacia personas VIH, y/o la falta de conocimientos, provoca que se cometan faltas éticas al brindar servicios médicos hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Situación que contribuye al deterioro de la salud física y emocional de las PVIH, de esta forma se convierte en un campo fértil para la estigmatización de este grupo de personas; violentando los principios éticos de cumplimiento obligatorio que rigen el ejercicio de la medicina y de la salud en general. (Instituto Nacional de Salud Publica, 2006)

En este sentido, múltiples investigaciones coinciden en señalar que existe un carácter estigmatizante de la enfermedad por parte de los profesionales de la odontología. Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica hacia la persona contagiada con VIH, predominan aquellas relacionadas con la deficiencia en el conocimiento y aplicación de las medidas

de control de infecciones en el consultorio dental, (Jiménez, 2005.) temores al contagio y la desinformación, dando como resultado que los afectados con VIH-SIDA no estén siendo tratados. (Khandwalla SE, 2000)

A modo de ejemplo, el 54,8% de los dentistas de la ciudad de México, consideran que el riesgo de contagio por el VIH durante el tratamiento dental es alto o desconocen la magnitud del mismo, en algunos casos los pacientes son expuestos al desprecio público, considerándoles enfermos altamente contagiosos. (Gómez GR, 2001). En este estudio también se describe la asociación entre la disposición de atender pacientes seropositivos y el uso de medidas de control de infección en el consultorio dental, incluso algunos dentistas niegan la atención por no tener disponible el equipo o insumos adecuados. En Honduras, esta información se desconoce.

Asimismo, se ha publicado que el conocimiento del dentista sobre las medidas de control de infección difiere de sus actitudes y conductas mostradas con relación a estas precauciones, no solo en la práctica general rutinaria sino especializada también. Incluso se ha descrito que en el sector educativo odontológico, existe una inconsistencia para efectuar las medidas de control de infección durante el ejercicio de la odontología.

Dávila, Gil. (2008), en un estudio sobre la actitud de los odontólogos y estudiantes de odontología para atender personas que viven con VIH/SIDA,

manifestó que la mayoría de los encuestados reportó una actitud desfavorable, la cual se ve afectada por los años de ejercicio ya que los profesionales con mas años de ejercer mostraron una actitud negativa hacia las PVIH.

En el país se desconoce este dato, por lo tanto es importante conocer la actitud del Cirujano Dentistas hacia la atención de las personas con VIH/SIDA para poder tomar acciones educativas, correctivas y preventivas, sobre todo en aspectos de bioseguridad.

3.6. Actitud

La actitud es la predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable a determinados objetos, ideas, personas o situaciones. (Esquivel, Fernandez, & Magis, 2000).

Fernández de Pinedo (2005) sostiene que una actitud “es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

Valencia y Solera (2009) discute que las actitudes son disposiciones que le permiten al ser humano actuar selectivamente en sus interacciones sociales, e inciden en la forma de actuar y de comportarse frente a diversas situaciones de

la cotidianidad, además, una vez que las actitudes son interiorizadas por los sujetos regulan su conducta.

Las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH (García Martínez, 2005). Actualmente, se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/ SIDA, debido a que se mantiene el estigma frente a la infección(OPS, 2005).

Infante C. (2006), en su publicación *“El estigma asociado al VIH/SIDA”*, documentó que en algunos países los comportamientos y actitudes del personal médico están más cercanos a mitos, creencias, emociones, pautas culturales y sociales que al “conocimiento científico” existente. De tal forma que la coexistencia de información médica “científica” con los mitos y creencias vinculados con el VIH/SIDA se manifiestan en prácticas estigmatizantes y discriminatorias dirigidas a aquellas personas infectadas por el virus y los “sospechosos” de estarlo.

En este caso el efecto negativo del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA, se refleja en los obstáculos para el acceso a servicios de salud, tratamiento de enfermedades oportunistas y terapéuticas, así como para el acceso a la información para la prevención, tal como es el caso de la atención odontológica.

3.7. Normativa de Bioseguridad.

Tal como se menciona en los párrafos anteriores en múltiples estudios internacionales se ha confirmado que existen deficiencias por parte de los profesionales de la salud oral en el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental, lo que se exterioriza como un temor percibido al contagio y mal manejo en la atención de los pacientes con VIH/SIDA.

El país se rige por un control sanitario y regulación sanitaria, pero carece de una normativa de bioseguridad en general, sin embargo existe normas o reglamentos por cada área de la salud; por ejemplo: laboratorios, materno-infantil y normas y procedimientos para prevención y control de infecciones intrahospitalarias, etc.

El programa de salud bucal, carece de normas o reglamentos de bioseguridad, esta rama de la salud se rige por los reglamentos de cada establecimiento de salud donde se desempeña. En la actualidad, previo a su práctica profesional odontológica, los profesionales, son capacitados en materia de bioseguridad. La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por medio de la Facultad de Odontología elaboró un manual de Bioseguridad, el cual es un referente para dichas capacitaciones.

El Hospital Escuela es un establecimiento de salud de categoría III de alta complejidad, brinda atención de consulta externa y hospitalaria altamente especializada, éste por su alta complejidad se rige en materia de prevención y control de infecciones por las “*Normas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias*” elaboradas por el Departamento de Epidemiología del mismo; dentro de estas normas se detalla las precauciones Estándar a seguir de “*forma obligatoria por todo el personal de salud, diseñadas para el cuidado de **todos** los pacientes en la institución independientemente de su diagnóstico y presunto estado de salud*”. (Hospital Escuela, 2009)

En la norma 5, del mismo documento detalla las precauciones que debe **cumplir** el personal de salud al ejecutar su trabajo, en uno de sus apartados indica que se debe manejar todo paciente como potencialmente infectado, las precauciones deben aplicarse con todo paciente independientemente de su diagnóstico, y añade que por tal razón se hace innecesaria la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales.

En el tema de VIH/SIDA, la ley Especial del VIH/SIDA en el capítulo II comenta sobre las normas de bioseguridad y expone que la Secretaria de Salud establecerá las normas de bioseguridad para el manejo y uso de materiales, instrumentos y equipo necesario para la protección del personal potencialmente

en riesgo de estar en contacto con el VIH, estas normas serán de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones de salud del sistema de salud del país.

El Departamento de ITS/VIH/SIDA desarrolló las Normas de Atención Clínica del Adulto con VIH/SIDA y pediátricas, donde se establece el manejo de la infección con VIH/SIDA en el adulto y de las infecciones oportunistas tanto a nivel hospitalario como comunitario y, establece los lineamientos Nacionales que rigen el tratamiento de dicha infección, el manual da una amplia explicación del tratamiento pero carece de un apartado para las manifestaciones bucales o el manejo odontológico de este tipo de paciente.

A pesar de la universalidad de las medidas de control de infecciones en las áreas clínicas, ciertos odontólogos ante la sospecha de encontrarse con un paciente seropositivo, aplican las precauciones o las incrementan. Esta aplicación selectiva de las medidas de control de infección es considerada inútil e inapropiada, ya que ciertas personas seropositivas niegan su estado serológico, con el fin de evitar un rechazo y otros pacientes infectados por el VIH son asintomáticos por largos períodos de tiempo.

3.8. Estigma y Discriminación

“La base del miedo suele ser la ignorancia, por ejemplo en el caso del VIH/SIDA, El meollo del estigma es el miedo”. (OPS, 2003) El estigma y

discriminación relacionados con el VIH/SIDA, se convierte en obstáculo para la prevención y tratamiento del VIH provocando que las PVIH tengan muchas menos probabilidades de recibir atención y apoyo (ONUSIDA, 2005). Los trabajadores de salud oral no son la excepción, por lo que es necesario comprender ambos conceptos.

3.8.1. ¿Qué es estigma? Relacionado al VIH

El estigma es tan antiguo como la historia. El concepto es universal, es de origen griego y se refiere a la marca física que se deja en los individuos consideradas extraños o inferiores. (ONUSIDA, 2005), en su publicación *“Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas”*, describe el estigma como *“un proceso dinámico de devaluación que «desacredita significativamente» a un individuo ante los ojos de los demás, se justifica por el color de piel, forma de hablar, conductas sexuales”*, difiere según el contexto o cultura.

Existe una distinción del estigma “percibido” y el estigma “efectivo” El primero, también se ha denominado auto estigmatización y miedo al estigma, se refiere al propio punto de vista de las personas estigmatizadas respecto a la reacción de los demás frente a su estado; esta distinción de estigma motiva a las personas a esconder, lo que provoca la estigmatización. *“El estigma efectivo se*

define como la vivencia real del estigma y la discriminación". Las principales causas del estigma se vinculan con enfermedades que provocan reacciones emocionales.

El VIH es un campo fértil por ser causa de enfermedad y/o muerte. Estos dos componentes del estigma por el VIH/SIDA, enfermedad y estigma preexistente, lleva a la distinción entre el estigma determinante del SIDA (refleja el miedo por ser transmisible y mortal) y el estigma simbólico del SIDA, por la vinculación con grupos estigmatizados.

La estigmatización relacionada con el VIH es un fenómeno multi-estratificado por medio del cual se desacredita a las personas que viven con el VIH, reforzando los miedos de los excluidos y otros grupos vulnerables. Con frecuencia se considera que las personas que viven con el VIH se merecen su estado VIH-positivo porque han hecho algo "malo" al cargar con la culpa a individuos y grupos "diferentes", los demás pueden eximirse a sí mismos de reconocer su propio riesgo, afrontar el problema y cuidar a los afectados (ONUSIDA, 2001). De tal forma, que cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación.

3.8.2. ¿Qué es Discriminación? Relacionado al VIH

El significado original de "discriminar" era observar las diferencias, sin embargo en la actualidad adquiere el significado de tomar actitudes activas o pasivas que

perjudiquen a personas que pertenecen, o se cree pertenecen, a un grupo determinado, en particular a un grupo estigmatizado.

ONUSIDA, en su “Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH” (2001) la define como, cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecte a una persona en general, no solo por una característica personal inherente o por su posible pertenencia a un grupo concreto, en el caso del VIH/SIDA, el estado seropositivo confirmado o sospechado de una persona, independientemente que exista o no alguna justificación para tales medidas.

Asimismo, la Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades, considera que la discriminación significa “*toda distinción, exclusión o restricción*” que viole sus derechos humanos y libertades fundamentales. (OEA, 1999)

La discriminación puede ser **legislativa**, sancionada por leyes o políticas; y **comunitaria**, acción o falta de acción en contextos menos formales, como los lugares de trabajo o los entornos sociales. Consta de tres componentes: las actitudes discriminatorias (prejuicios) y el comportamiento discriminatorio, estos dos se aplican a las personas que están dentro de la norma social; como tercer componente esta la discriminación propiamente dicha, la cual se aplica a la relación entre los que están dentro de la norma social y los estigmatizados. (ONUSIDA, 2001)

La discriminación por VIH/SIDA, es *“cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado”*. (OPS, julio 2005) Este tipo de discriminación plasma el estigma en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH o, en la falta de políticas antidiscriminatorias o protocolos de atención.

De esta forma incurriendo en violaciones, como ejemplo, es la discriminación en los Servicios sanitarios, en sentido de: menor nivel de calidad de la atención; denegación del acceso a asistencia y tratamiento, actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los profesionales sanitarios. (ONUSIDA, 2005). Como se menciona anteriormente que en estudios internacionales se da en la atención sanitaria específicamente la odontológica que mencionan los profesionales muestran negligencia, fastidio, desgano, pereza y trato no igualitario hacia las personas con VIH.

3.8.3. Estigma, Discriminación y Derechos Humanos

En el 2001, en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) se puso claramente de manifiesto que *“el ejercicio de los derechos humanos constituye un elemento esencial en la respuesta global al VIH/SIDA”*, reduce la vulnerabilidad de la epidemia, previene el estigma y la discriminación consecuente contra las PVIH.

En el contexto del VIH/SIDA, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resolvió que “... *la discriminación basada en el estatus de seropositivo al VIH/SIDA, real o presunto, está prohibida por la normativa internacional de Derechos Humanos existente*”, y que el término “u otro estatus” en las cláusulas de no-discriminación de los instrumentos internacionales de derechos humanos debe interpretarse, incluida la condición respecto del VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2006).

Honduras como uno de los Estados signatarios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Constitución de la República de Honduras, en su Artículo # 60, declara “*punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase o cualquier otra lesiva a la dignidad humana*”. En el Art.44, se “reconoce el derecho a la salud con atención integral a toda persona infectada por VIH/SIDA, a recibir sin restricción o discriminación alguna atención medica - hospitalaria... ya sea en institución pública”. (Depto.ITS/VIH/SIDA, 2010).

3.9. Exclusión en el Sector Salud

En un estudio de la OPS en el 2009, sobre Exclusión en Salud Estudio de Casos: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras, define la exclusión en salud como “*la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad*”

disfrutan”. Honduras, al momento del análisis, cerca del 44% de la población estudiada no tuvo acceso a los servicios de salud cuando lo requirió.

De igual forma, la conducta de no búsqueda de servicios de salud (autoexclusión) resultó un factor importante de exclusión, la principal razón para no demandar servicios fue de tipo económico, la lejanía de las unidades de salud y la mala atención en el punto de servicio (OPS, 2009). Por sus características, el análisis de la exclusión es distinguible e identificable, para estudiar la exclusión en salud se deben tener en cuenta: los patrones de exclusión propiamente dicha, acceso a servicios de salud en la provisión de servicios de salud y la exposición a riesgos.

En la publicación de la OPS *“Exclusión en Salud en Países de América Latina y El Caribe”* (2009) hace una relación con la exclusión en salud, que está fuertemente ligada a la pobreza y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales, al aislamiento geográfico por la ruralidad; a la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico; y a un bajo nivel de educación e información de los usuarios de los servicios.

Existen otras dimensiones que dependen propiamente del sector salud como, el modelo de Provisión de servicios. De tal forma que una de los aspectos de la exclusión en salud es la *“falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud”*. (OPS, 2003)

Lo anterior es aplicable cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud; ó las personas no pueden acceder a ellos debido a las barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo (OPS, 2003).

ONUSIDA (2005) menciona que existe un tipo de discriminación que tiene lugar en *contextos institucionales*, por ejemplo: servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Esa discriminación plasma el estigma «declarado» en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH o de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación.

La misma publicación menciona que este tipo de discriminación estigma y negación relacionados con el VIH/SIDA, se exterioriza en discriminación en los servicios de Salud de las siguientes formas tanto manifiestas como encubiertas:

- ✓ Menor nivel de calidad de la atención.
- ✓ denegación del acceso a asistencia y tratamiento.
- ✓ pruebas del VIH sin consentimiento.
- ✓ fisuras en la confidencialidad, incluido el hecho de revelar el estado seropositivo a familiares u organismos externos, rotulación especial de la historia clínica.

- ✓ actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los profesionales sanitarios.
- ✓ Denegación de ingreso para asistencia/tratamiento hospitalarios.
- ✓ Acceso restringido a instalaciones e instrumentos.
- ✓ Aislamiento físico en la sala.
- ✓ Retrasos en el tratamiento; servicio lento (p.ej., hacer cola durante la espera, pedir que vuelvan otro día).
- ✓ Uso innecesario de indumentaria de protección (guantes, mascarillas, etc.) de parte del personal sanitario.

3.10. *Estigma y Discriminación en la Atención Odontológica*

Según el estudio (Prieto, 1999) Actitud de los profesionales de la salud hacia las personas con VIH, los odontólogos muestran una actitud más acentuada hacia el rechazo de los PVIH, que otros profesionales de la salud. Se asume que la actitud de los odontólogos obedece a la mayor probabilidad sentida de contagio y riesgo, derivada de su actividad clínica. El mismo estudio menciona que este profesional no tiene fácil acceso a una historia clínica completa, a la vez no es frecuente los odontólogos apliquen todas las precauciones universales ya que las mismas no han sido incorporadas o aprendidas como requisito indispensable para el desempeño de su profesión.

Situación que se caracteriza en nuestro país, donde actualmente la gran mayoría de los CAI no cuentan con atención odontológica a las PVIH; sin embargo cuentan con un sistema de referencia a la unidad odontológica del centro, los que en la mayoría sino siempre, no cuentan con el equipo y/o personal capacitado para dicha atención, es consecuencia que en el país no existen políticas, normas, reglamentos en materia de salud bucal para el cuidado de las personas con VIH por consiguiente los profesionales desconocen el manejo de estos pacientes y como resultado los servicios de odontología no están exentos de exteriorizar actitudes discriminatorias en la atención de los PVIH.

En Honduras no existen estudios que evidencien las inequidades en la atención y estado de salud a nivel odontológico; siendo relevante en términos de la política pública, identificar diferencias sistemáticas e injustas, entre grupos similares de la población, grupos con base socio demográfica, cultural y socioeconómica similar, como lo son las personas que viven con VIH/SIDA.

La literatura consultada, coincide en señalar que existe un carácter estigmatizante de la enfermedad; el temor al contagio, deficiencia en la aplicación de las medidas de bioseguridad y desinformación son los argumentos más reportados por parte de los profesionales de la odontología para rechazar a estos enfermos; por tal razón que el control de infecciones y el

uso adecuado de las precauciones universales es un tema de vital importancia en el desarrollo de la actividad odontológica.

Dado que el país carece de una normativa en materia de bioseguridad, específicamente el Programa de Salud Bucal los servicios de Odontología en general se rigen por las normas de control de infecciones de cada institución, de igual forma carece de mecanismos que regulen el correcto funcionamiento del mismo, situación que favorece el no tener los parámetros de tratamiento claramente definidos y de ésta forma poder minimizar las posibilidades de error humano.

Algunos de los hallazgos más preocupantes indican que el estudiantado de Odontología estigmatiza más al VIH/SIDA que a otras enfermedades. (Acosta de Velazquez, Perez, Mueses Marin, Pinzón Gómez, & Shor-Posner, 2011)Otros estudios evidencian que la literatura usada para adiestrar a profesionales de la salud tiende a ser moralizante y promueven la idea de que las PVVS son peligrosas para los/as profesionales de la salud (Varaz- Diaz, Neilands, Guilamo- Ramos, & Cintón Bou, 2008).

Tami-Maury, Agüero, & Estupiñan-Day (2009) en un estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH, reveló que en el 75% de los países de la región que participaron en el estudio, los encargados nacionales de la salud dental desconocen la realidad de la epidemia VIH/Sida en su país, explica que el

problema posiblemente radique en la falta de integración efectiva entre el programa odontológico nacional y el programa de VIH/Sida de cada país/región.

La problemática socioeconómica se refleja en el estado de salud del paciente, en este caso en la salud oral. Varios estudios epidemiológicos indican que más del 90% de la población hondureña presenta lesiones cariosas; la magnitud del problema se puede apreciar aún mejor cuando se tiene en cuenta la multicausalidad de la patología oral. Frente a este inmenso problema, la atención odontológica existente es insatisfactoria en términos de niveles y amplitud de la cobertura; más de las tres cuartas partes de la población no recibe atención odontológica integral, según el Instituto Nacional de Estadística hay 0.15 odontólogos por cada 1000 habitantes.

En este momento, es necesario señalar dos puntos importantes. El primero, que dada la magnitud del problema de poco recurso humano y las características actuales de la práctica profesional, como ser: la ausencia de insumos necesarios básicos, establecimientos deteriorados y el continuo crecimiento de la población, contribuyen directamente al empeoramiento gradual de la situación de la salud bucodental, disminuyendo la posibilidad de brindar atención integral a las personas que viven con VIH.

El segundo, que la propia estructura de la sociedad conduce hacia una atención para la salud discriminatoria según los estratos sociales, marginando a grandes

sectores de la población; por lo tanto, constituye la fuerza determinante de la persistencia del problema. Por las consideraciones mencionadas, el postulado "La atención para la salud es un derecho universal", resulta ahora una utopía.

Dada la importancia que tiene la atención odontológica y las dificultades que enfrentan las PVIH para acceder a los servicios, aunado a la ausencia de investigaciones publicadas en el país, sobre el tema en estudio, es necesario explorar la experiencia y opinión de las PVIH con relación dicha atención.

4. HIPÓTESIS

Los profesionales de Salud Bucal que trabajan en los establecimientos de salud que cuentan con un Centro de Atención Integral han tenido actitudes discriminatorias en la atención odontológica a las personas que viven con VIH/SIDA.

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN:

5.1.1. Tipo de Estudio

Es un estudio Descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo con el cual se describió la atención odontológica que reciben las personas con VIH (PVIH) que

asisten al Centro de Atención Integral del Hospital Escuela y el Centro de Salud Alonso. Dicho estudio se realizó en dos etapas;

1. la primera fase exploró la práctica de los Cirujanos Dentistas hacia la atención a dicha población en el periodo 2010-2012.
2. La segunda, permitió describir la percepción de las personas que viven con VIH en relación a los servicios odontológico que reciben en los centros anteriormente mencionados.

A través de la investigación descriptiva se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Sampieri, Fernández- Collado, & Baptista Lucio, 2006). Debido a ello el presente estudio describe el contexto de la atención odontológica y la percepción de los PVIH.

El estudio es transversal porque se investigaron las variables de manera simultánea y se recolectaron los datos solamente una vez, en un momento específico. “Los diseños transversales son investigaciones que recopilan datos en un momento dado” (Sampieri & Collado, 2006:208) en este caso en el segundo semestre del año 2011.

5.1.2. Universo

Comprendió a todos los profesionales de la salud bucal que laboran en una unidad de salud que exista un Centro de Atención Integral para personas con VIH, en Tegucigalpa. Para este estudio solo participaron los odontólogos del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo.

Todos los pacientes que recibieron consulta de forma continua en los Centros de Atención Integral a PVIH antes mencionados.

5.1.3. Marco Muestral

La selección de la muestra se hizo de forma no probabilística intencionada o por conveniencia, ya que tiene una ventaja desde la perspectiva cuantitativa y es que para determinado diseño de estudio, no requiere tanto de una representatividad de elementos de una población, *“sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”* (Sampieri, Fernández- Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Muestra de Profesionales de la Salud Bucal

La población en estudio estuvo conformada 34 Cirujanos Dentistas que ejercen su profesión en una Unidad de salud que tenga un Centro de Atención Integral a personas con VIH/SIDA de Francisco Morazán, para lo cual se seleccionó: el servicio de Odontología del Hospital Escuela y del Centro de Salud Alonso Suazo. Participaron 29 Cirujanos Dentistas ya que 4 estaban de vacaciones y 1 incapacitado. La selección de la muestra fue: no probabilística intencionada.

Muestra de Personas que viven con VIH/Sida

Para la selección de la muestra de PVIH, se tomó de una población sumatoria de los pacientes que están acogidos a los Centros de Atención Integral en estudio, haciendo un total de 639 pacientes y se seleccionó la muestra con la siguiente fórmula:

Muestra

$$N = 639 \text{ Universo}$$

$$Z = 1.96^2 = 3.8416$$

$$p = \text{Prevalencia del evento es } 50\% \text{ o sea } 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$E_0^2 - 0.05^2 = 0.0025$$

$$n_0 = \frac{Z^2 \times pq}{E_0^2} \text{ (si no conocemos la población)}$$

$$E_0^2$$

Pero conocemos la población hacemos un ajuste (n ajustada)

$$n = n_0 \frac{N}{1 + (n_0 - 1) \frac{N}{n}}$$

$$1 + (n_0 - 1) \frac{N}{n}$$

Nivel de confianza al 95% entonces $1 - \alpha = 95\%$ cuando el nivel de confianza es 95%, $Z = 1.96$

$e =$ (error máximo permitido) en este caso consideramos un 5%, pero como trabajamos con valores relativos = **0.05**

Haciendo una tamaño muestral de **240 pacientes**.

5.1.4. Unidad de análisis

La Atención odontológica que reciben las personas que viven con VIH/Sida que asisten a los CAI del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo.

5.1.5. Unidad de observación

- Los odontólogos que laboran en el Hospital Escuela y centro de salud Alonzo Suazo
- Las personas que viven con VIH que asisten a dichos centros de dicha atención.

5.1.6. Criterios de Inclusión

Odontólogos:

1. Ser Cirujano Dentista en actividad profesional en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.
2. Brindar asistencia odontológica en el Servicio de Odontología ubicado en Centro de Salud Alonzo Suazo o en el Hospital Escuela.
3. Participar voluntariamente.

Criterios de Inclusión PVIH

1. Tener diagnóstico confirmado de VIH.
2. Estar en Terapia Antirretroviral.
3. Ser mayor de 18 años.
4. asistir periódicamente a consulta al Centro de Atención Integral en estudio.
5. participar en el estudio de forma voluntaria, confidencial y anónima.

5.2. Aspectos éticos

A los pacientes y profesionales entrevistados que participaron en el estudio se les informó acerca de los objetivos de la investigación, para que su participación fuera de forma consciente, y de carácter voluntario. Se hizo énfasis en la

privacidad y confidencialidad de los datos que suministraron en la entrevista y que sólo se utilizarán para los fines del estudio.

5.3. Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos

Con el objeto recolectar la información que permita determinar la actitud de los odontólogos hacia las personas portadoras de VIH/SIDA se construyó un instrumento con el método de cuestionario, elaborado conforme a los objetivos de estudio. Los datos obtenidos fueron registrados en un instrumento estructurado con la escala tipo Likert, este es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos (Malave, 2007); constituido de la siguiente forma:

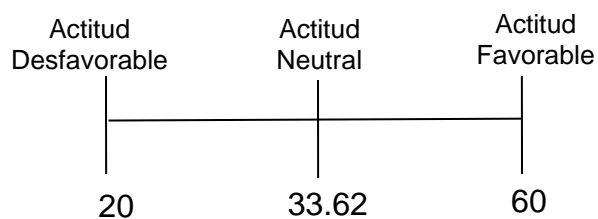
a. Datos Generales: como edad, sexo, años de ejercicio profesional y centro de trabajo.

b. Datos sobre actitud del cirujano dentista: el instrumento constó de varias dimensiones: conocimientos, actitudes discriminatorias, Derechos de PVIH. Haciendo un total de 20 preguntas sobre actitud en una escala de Lickert, con 3 alternativas u opciones de respuesta: De Acuerdo, Neutral y en Desacuerdo.

La escala tipo Likert, es un tipo de escala que mide actitudes, se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente. (Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2008).

Con la finalidad de determinar la actitud del profesional de la odontología se diseño la siguiente escala de actitud: Para la categorización de la calificación se propuso la siguiente segmentación: Favorable, Neutral y Desfavorable, que para fines de análisis se le asignó una puntuación de 1 es una actitud Favorable, 2 Neutral y 3 es una actitud Desfavorable.

En este sentido el puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1, en este caso 20 puntos; como puntuación máxima 60 puntos y la media en 33.62.



La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos muestra una tendencia a una actitud más favorable que el que tiene 30 (Malave, 2007).

Al graficarlo para ver la tendencia de la actitud hacia una conducta favorable o desfavorable observamos que si consideramos el total de la puntuación obtenida entre el número de preguntas obtendremos un promedio, el cual indica la tendencia hacia la actitud.

En una primera etapa, los instrumentos fueron validados mediante una prueba piloto; la que se aplicó a 16 Cirujanos Dentistas que no laboran en los lugares de estudio, de los cuales se obtuvo un total de 10 encuestas validas ya que se asemejaban más a la realidad de este estudio. La confiabilidad se midió a través de coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach, con un nivel de 0.768 lo cual es superior al valor establecido lo que nos autoriza aplicar la encuesta, con un alto nivel de confiabilidad y seguridad, nivel aceptable para su aplicación.

En la próxima etapa se recolectó la información definitiva para realizar los análisis correspondientes. La investigación se abordó a través de la

recopilación de datos por medio de cuestionarios aplicados a pacientes y profesionales diseñados en Excel.

En el estudio participaron 29 odontólogos que laboran en servicio de Odontología de los centros previamente descritos. Previa autorización del Jefe de cada uno de los Servicios, se procedió a la aplicación de un instrumento [1] el cual constó de 2 partes, la primera parte fueron: preguntas generales sobre grado académico que poseen, años de estudio, estado civil, género y la segunda parte contiene preguntas sobre actitud.

En cuanto a las personas con VIH/SIDA de los centros de referencia señalados, se utilizó la técnica de entrevista “lado a lado” mostrando transparencia en el levantamiento del cuestionario el cual respondieron con carácter anónimo. El cuestionario empleado en esta investigación está comprendido principalmente en 4 secciones: socio-demográfica, diagnóstico, atención integral, estigma y discriminación; también se incluyó una pregunta abierta para que el encuestado(a) exprese su opinión respecto a la atención odontológica recibida.

El número de cuestionarios se distribuyeron conforme a su importancia relativa y significancia en el diseño muestral y para ello se planificó recolectar la información en los dos establecimientos de salud anteriormente mencionados, considerando sus cargas de trabajo en el detalle del plan de cobertura. Para recolectar la información, se contó con el apoyo de 2 entrevistadores,

integrantes del grupo de autoapoyo del Centro de Atención Integral (CAI) de el Hospital Escuela, quienes fueron capacitadas, acumulando conocimientos y experticia en el manejo de los cuestionarios y de técnicas que les permitieran asegurar cada una de las encuestas; este apoyo fue necesario ya que los entrevistados demostraban más confianza al responder a una persona de su misma condición que a un extraño.

Los universos de estudio (Odontólogos y pacientes) fueron independientes y únicamente se relacionaron con respecto a las respuestas obtenidas sobre la disposición a ofrecer atención odontológica en el caso de los primeros, y el haber tenido acceso a ésta en los segundos.

5.4. Procesamiento de Datos

La información obtenida a través de los cuestionarios se ingresó a una base de datos en forma automatizada empleando el paquete estadístico SPSS versión 18.0, utilizando como medidas estadísticas; frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central como la media, desviación estándar, porcentajes y el test de Chi – cuadrado de Pearson para determinar la significancia estadística y alfa de Cronbach. Los resultados se presentan en tablas de contingencia, para la cual se utilizó el programa Word y Excel.

5.5. Análisis de Datos

El análisis se realizó a partir de frecuencias simples, porcentaje, distribución normal, se realizó un análisis descriptivo de las variables y posteriormente se construyeron tablas de contingencia. Seguidamente se describió la atención entre ambos centros. El cruce de variables se realizó según los objetivos del estudio.

La distribución de frecuencias se organizó por: Sexo, Edad, Grado Académico, Centro de trabajo, disponibilidad de material y equipo, conocimientos, descripción de las principales practicas bioseguridad frente a las personas con VIH, posibilidad de riesgo y contagio y Actitud en general. Las tablas de contingencia se organizaron por:

1. Actitud del Cirujano dentista/Sexo/ años de ejercicio/ centro de trabajo/ Grado Académico.
2. Actitud de Cirujanos Dentistas /Derechos PVIH.
3. Actitud/ manejo de PVIH.

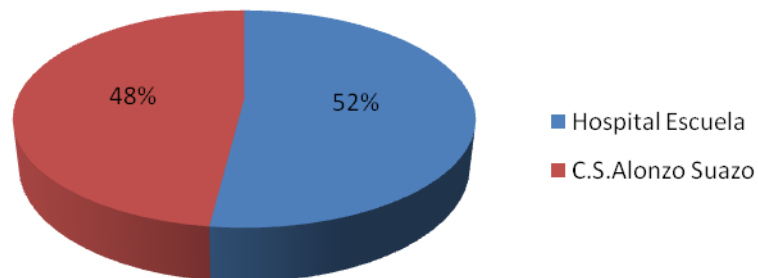
Se realizaron los cuadros y gráficos en el Programa Excel 2010 para darle mayor representatividad a la información obtenida.

6. RESULTADOS

6.1. Actitud de los Cirujanos Dentista ante la atención odontológica de Personas con VIH/Sida, que prestan en las Unidades de Salud.

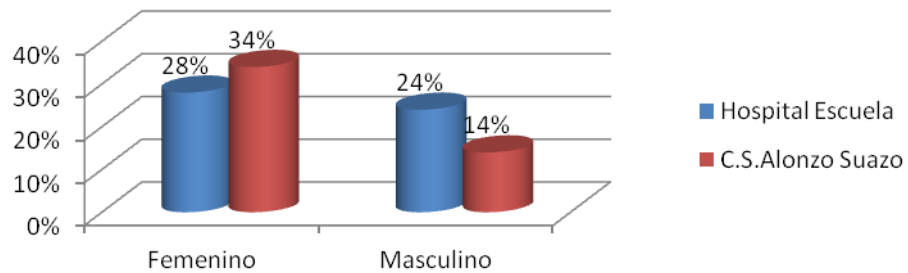
El presente estudio estuvo constituido por una muestra de 29 Cirujanos Dentistas que laboran En Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo 2010-2012, Tegucigalpa, obteniendo los siguientes resultados:

Gráfico 1. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo. 2010-2012.



Del total de Cirujanos Dentistas participantes en la investigación, el 52% ejerce la profesión en el Hospital Escuela, el 48% ejerce la profesión en el Centro de Salud Alonso Suazo.

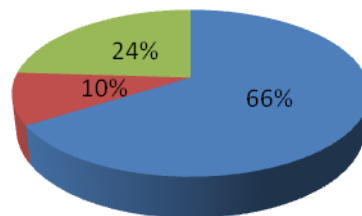
Gráfico 2. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo y sexo. 2010-2012.



Del total de los Cirujanos Dentistas, 62% pertenecen al sexo femenino y el 38% pertenecen al sexo masculino.

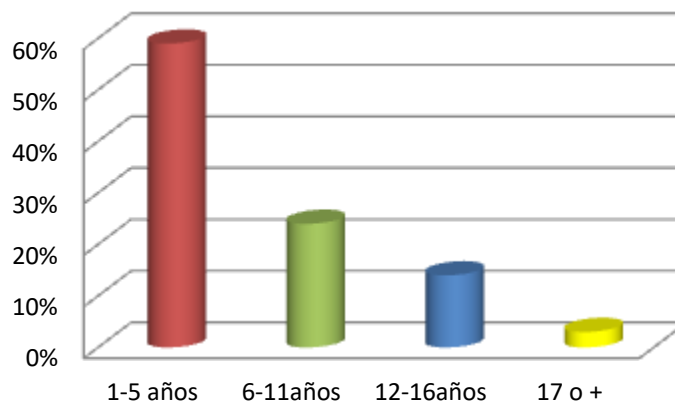
Gráfico 3. Distribución de Cirujanos Dentistas, según Grado Académico. 2010-2012.

■ Odontologo General ■ Especialista ■ Pasante Servicio Social



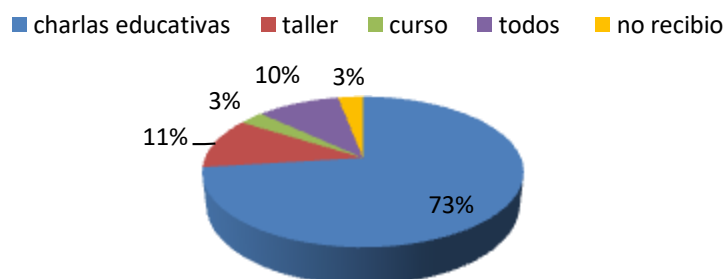
El 66% de los Cirujanos Dentistas son Odontólogos Generales, 10% son especialistas y el 24% son pasantes de Servicio Social.

Gráfico 4. Distribución de Cirujanos Dentistas, según años de ejercicio de la profesión. 2010-2012.



En cuanto a los años de ejercicio profesional el 59% tienen de 1-5 años de ejercer la profesión, el 24% tienen de 6-11 años, 14% tiene 12-16 años y el 3% tienen 17 ó más de ejercicio profesional.

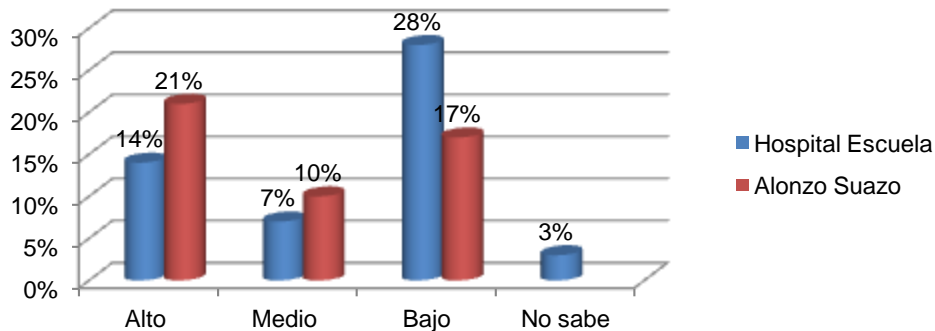
Gráfico 5. Distribución de Cirujanos Dentistas, según capacitación en el tema de VIH/SIDA. 2010-2012.



En cuanto a la capacitación que han recibido los Cirujanos Dentistas sobre el tema de VIH/Sida el 97% ha recibido algún tipo de capacitación, distribuido de la siguiente forma; 73% recibió charlas educativas, 11% recibió algún taller, 3% recibió algún curso, 10% ha recibido todas las anteriores y 3% dijo haber recibido ninguno de los anteriores.

Referente a si los Cirujanos Dentistas consideran que en su unidad de salud la prevalencia del VIH es baja, el 10% estuvo de acuerdo, 55% tuvo una posición neutral y el 35% estuvo en desacuerdo. Sobre la frecuencia con la que se atienden las PVIH, el 28% atiende semanalmente, 21% diario, 21% mensualmente, 24% dijo no saber con qué frecuencia y el 6% dijo que nunca habían atendido una persona con VIH.

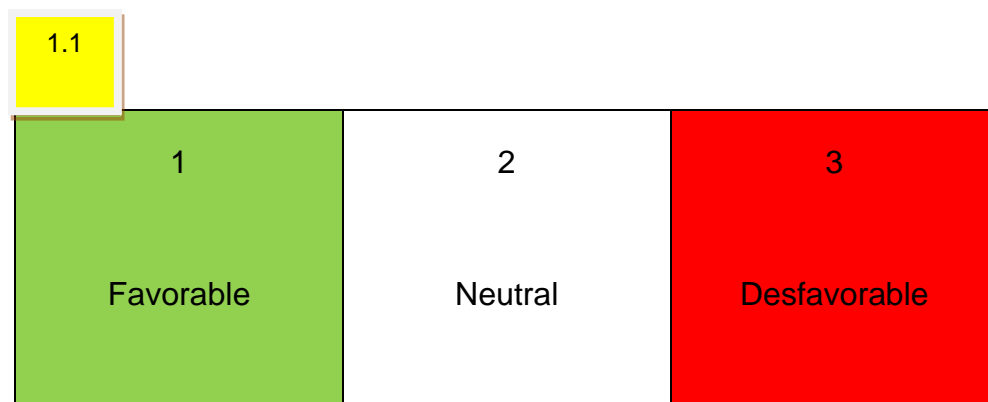
Gráfico 6. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo y consideración del riesgo de transmisión .2010-2012.



El 45% de los profesionales consideró que el riesgo de transmisión de la infección del VIH en el consultorio dental es bajo, 35% consideró que el riesgo de transmisión es alto, 17% riesgo medio y el 3% no sabía cuál era el riesgo de transmisión de la infección por VIH en el consultorio dental.

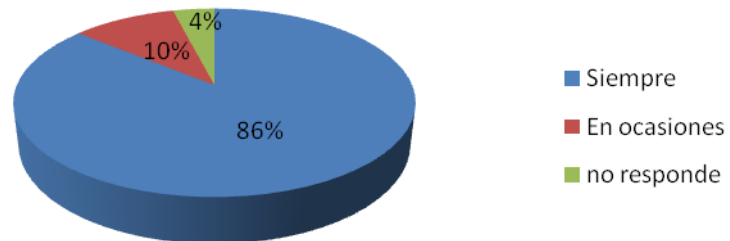
El 55% de los participantes consideró tienen mayor riesgo de contraer el VIH por conducta de riesgo, el 45% considera el mayor riesgo es por accidente laboral. El 66% afirmó que nunca ha tenido un accidente laboral tal como un pinchazo con un persona con VIH, el 31% se ha pinchado entre 1 – 5 veces y 3% se ha pinchado de 6-12 veces. En caso de haberse pinchado se consulto si sabía que acciones tomar el 97% dijo si saber que acciones tomar y 3% no sabía que acciones tomar.

Gráfico 7. Conocimiento de Cirujanos Dentistas, según el manejo de pacientes VIH+. 2010-2012.



En cuanto a la dimensión de conocimiento de los Cirujanos Dentistas, en relación al manejo de las personas con VIH, se considera la puntuación máxima alcanzada de $1+2+1+1+1+1+1+1+1+1$ sumando un total de 11 puntos dividido entre 10 ítems relacionados con el conocimiento de los profesionales, equivale a un promedio de 1.1. Mostrando una tendencia favorable hacia el conocimiento básico para el manejo de pacientes VIH+.

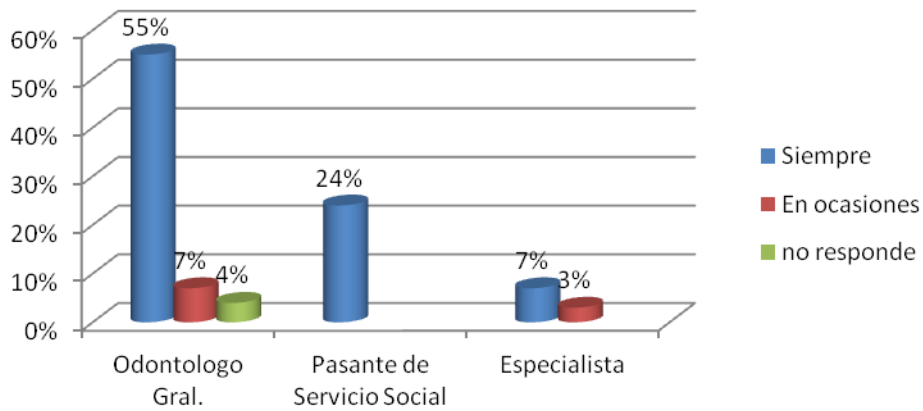
Gráfico 8. Distribución de Cirujanos Dentistas, según disponibilidad de brindar atención odontológica a PVIH, 2010-2012.



El 86% de los profesionales afirmó que siempre atendería un paciente con VIH, el 10% en ocasiones atendería un PVIH y 4% no respondió.

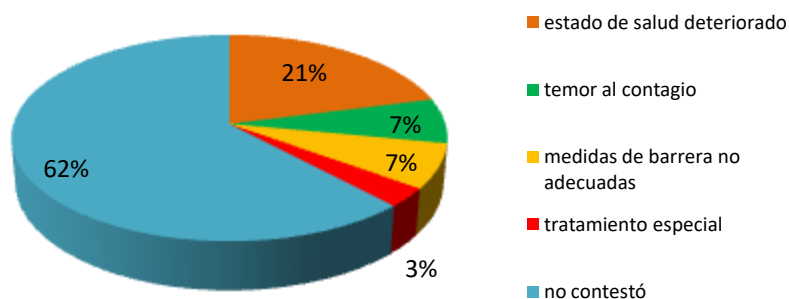
El 69% de los Cirujanos Dentistas afirma su unidad de salud cuenta con un manual de manejo odontológico de una persona con VIH, El 17% no lo tiene y el 14% no sabe si existe.

Gráfico 9. Distribución de Cirujanos Dentistas, según nivel académico y disponibilidad de atención a PVIH que asisten a el HEU y Centro de Salud A.S. 2010-2012.



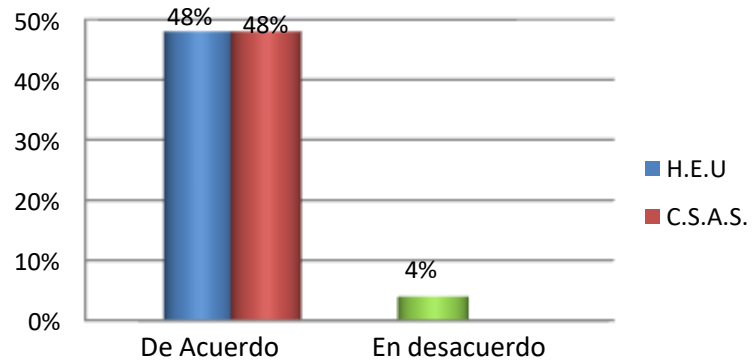
El 55% de los odontólogos generales afirmó siempre atendería un PVIH, un 7% en ocasiones, el 4% no respondió, el 24% de los pasantes afirmó atendería un PVIH y el 7% de los especialistas afirmó siempre atendería, un 3% en ocasiones.

Gráfico 10. Distribución de Cirujanos Dentistas, según razón para evitar atender un PVIH. 2010-2012.



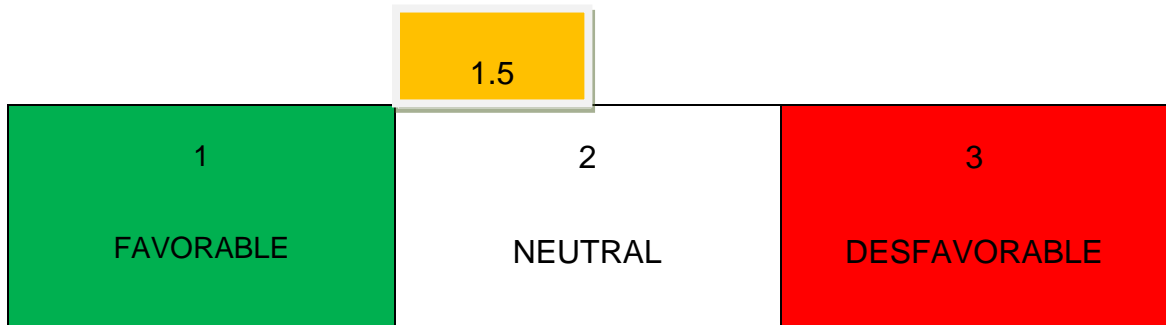
En cuanto a la razón que dieron para evitar atender un paciente VIH fue en un 21% por un estado de salud deteriorado, 7% por temor al contagio, 7% por medidas de barrera no adecuadas, 3% mencionaron que los PVIH requieren de un tratamiento dental especial y 62% no contestó.

Gráfico 11. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar donde trabaja y brindar trato igualitario a una persona con VIH/Sida. 2010-2012.



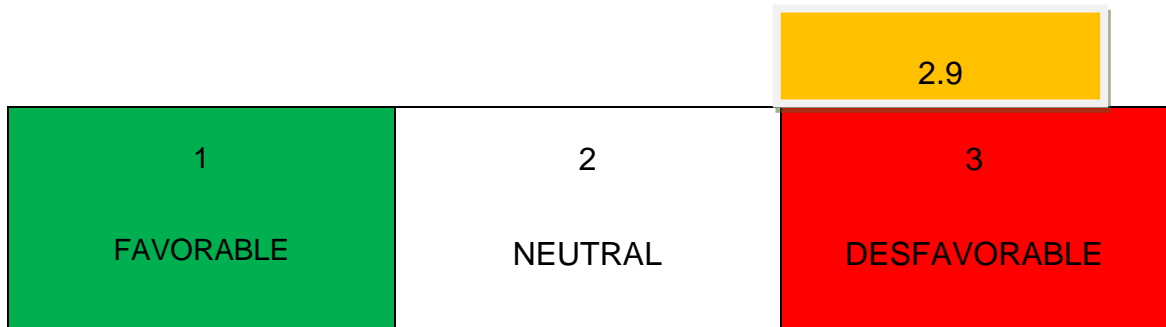
El 96% de los participantes afirma dar un trato igualitario a una persona con diagnóstico VIH, el 4% dice no dar un trato igualitario.

Grafico 12. Actitud de los Cirujanos Dentistas en cuanto al trato igualitario a PVIH.2010-2012.



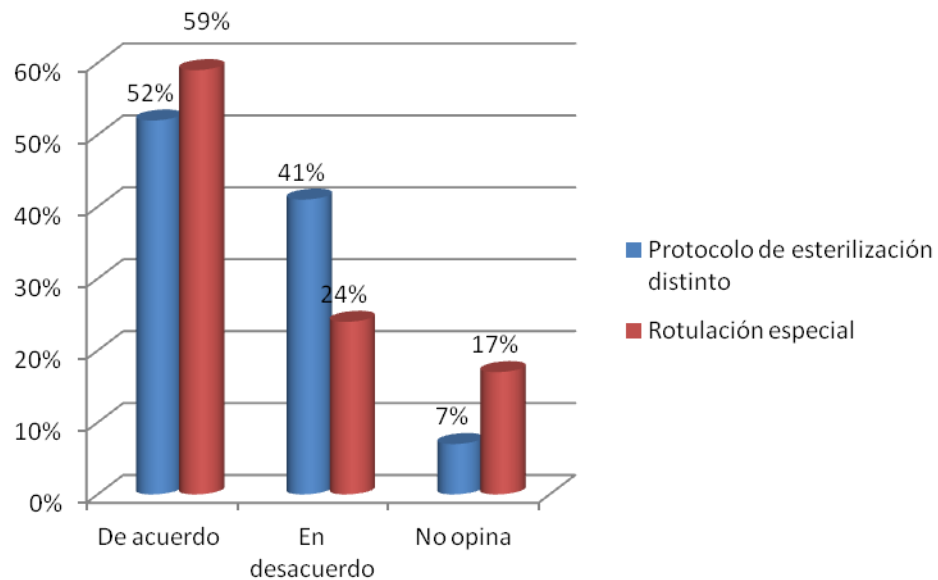
Al graficarlo para ver la tendencia de la actitud hacia una conducta favorable o desfavorable en el trato de los PVIH observamos que 28 profesionales estuvieron a favor en dar trato igualitario y 1 en contra, $28(D.A.) + (1(E.D.A.) \times 3)$ haciendo una sumatoria de 31, esta puntuación se divide entre 20 ítems obtenemos un promedio de 1.5, lo que nos indica que los Odontólogos muestran una tendencia hacia una actitud Neutral en cuanto al trato de los PVIH.

Grafico 13. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según el peligro de atender a PVIH.2010-2012.



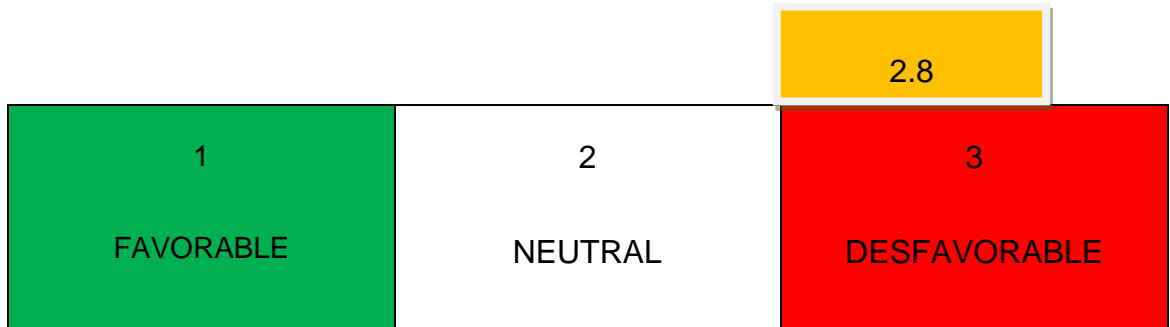
De los participantes un 48% está de Acuerdo es peligroso atender una persona con VIH, un 4% neutral y un 48% está en desacuerdo. Si consideramos la puntuación más alta acumulada fue de $14(D.A.) + (2(N) \times 1) + (14(E.D.A) \times 3)$ sumando 58 puntos dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 2.9; lo que indica que los Odontólogos tienen una tendencia a la actitud desfavorable al considerar el peligro al atender un PVIH.

Gráfico 14. Distribución de Cirujanos Dentistas, según protocolo de esterilización y rotulación de historia clínica. 2010-2012.



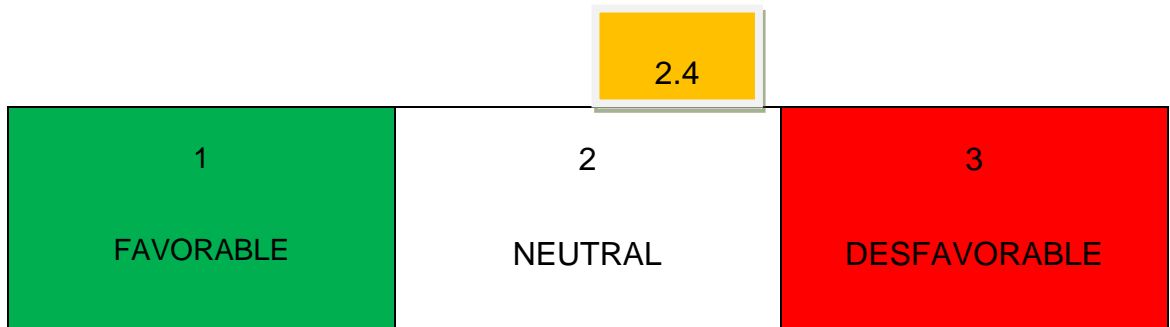
El 52% de los encuestados sigue un protocolo de esterilización distinto para el instrumental empleado con una PVIH, 7% no opinó y 41% estuvo en desacuerdo de los encuestados. El 59% de los participantes considera la historia clínica de una persona con VIH debe tener una rotulación especial, el 24% está en desacuerdo y el 17% neutral.

Gráfico 15. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según practicar un protocolo de esterilización distinto con un PVIH.2010-2012.



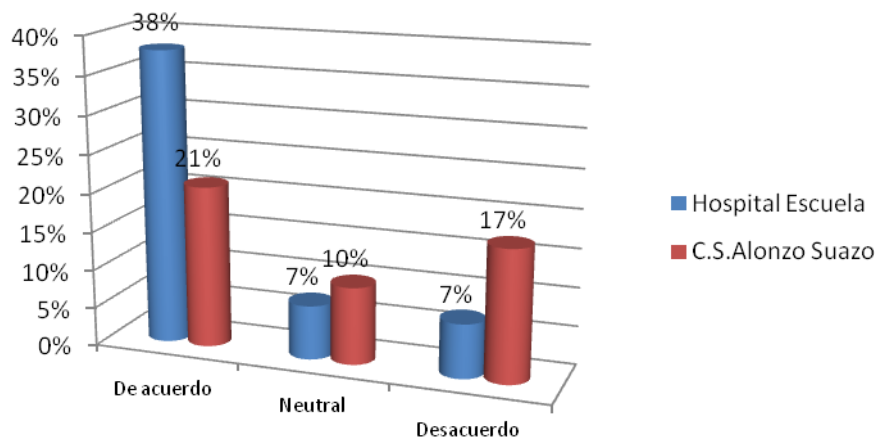
Si consideramos las puntuaciones más altas en cada una de las afirmaciones, por ejemplo $15(D.A.) + (2(N) \times 2) + (12(EDA) \times 3)$ obteniendo una sumatoria de 55 puntos dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 2.75, mostrando una tendencia hacia una actitud desfavorable en relación a realizar un protocolo de esterilización distinto al utilizar el instrumental de trabajo con una persona seropositiva.

Gráfico 16. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según realizar una rotulación especial en la historia clínica de PVIH.2010-2012.



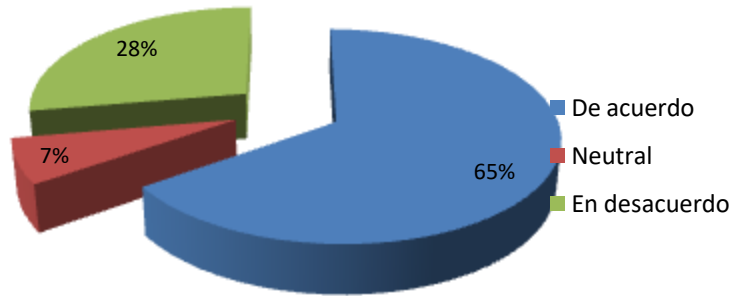
Si consideramos las puntuaciones más altas en cada uno de las afirmaciones, por ejemplo $17(D.A.) + (5 (N) \times 2) + (7(E.D.A.) \times 3)$ obteniendo una sumatoria de 48 puntos dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 2.4; mostrando una tendencia hacia una actitud desfavorable al rotular la historia clínica de una persona seropositiva.

Gráfico 17. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo y rotulación especial en la historia clínica de PVIH. 2010-2012.



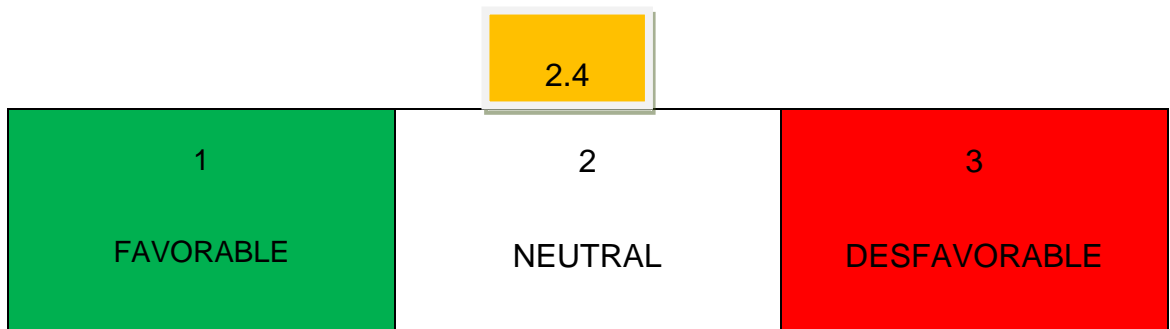
El 38% de los encuestados que ejercen en el Hospital Escuela y el 21% en el C.S. Alonzo Suazo considera la historia clínica de los PVIH debe tener una rotulación especial; el 7% de los profesionales que ejercen en Hospital Escuela y el 17% en el C.S. Alonzo Suazo está en desacuerdo; 7% en el Hospital Escuela y 10% en C.S. Alonzo Suazo neutral.

Gráfico 18. Distribución de Cirujanos Dentistas según, la aplicación medidas de bioseguridad adicionales al atender una personaVIH,2010-2012.



El 65% de los participantes considera se deben tomar medidas de bioseguridad adicionales al atender a una persona seropositiva, 28% considera no es necesario y un 7% no contestó.

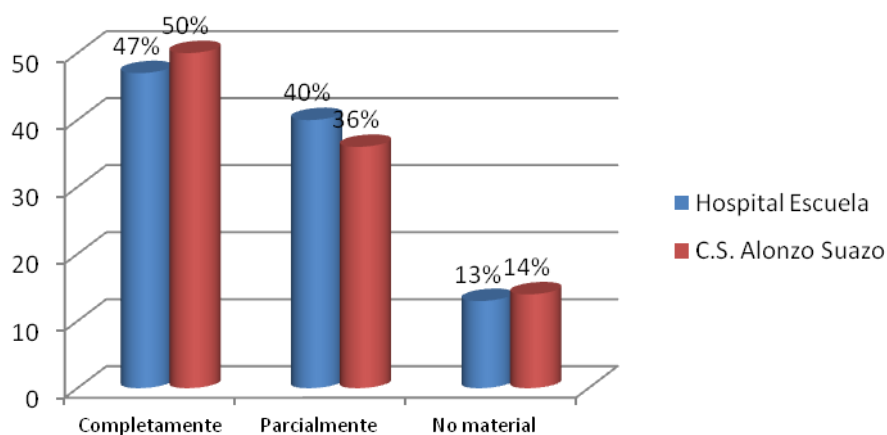
Gráfico 19. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según aplicar medidas de bioseguridad adicionales al atender una PVIH.2010-2012.



Si consideramos las puntuaciones más altas en cada uno de las afirmaciones, por ejemplo $19(D.A) + (2(N) \times 2) + (8(E.D.A) \times 3)$ obteniendo una sumatoria de 47 dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 2.35; mostrando una tendencia hacia una actitud desfavorable al aplicar medidas de bioseguridad adicionales al atender un paciente seropositivo.

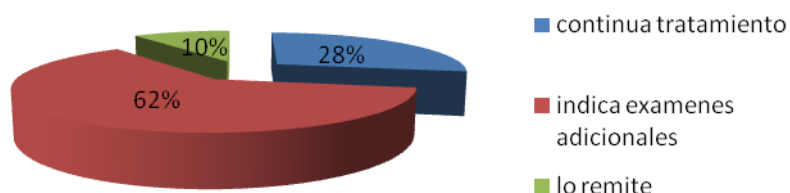
Las principales razones fueron, 18% por temor a infectarse, 4% por medidas de bioseguridad no Favorables, 14% por estado de salud deteriorado, 10% para protección adicional, 6% requiere tratamiento especial, 17% por todas las razones anteriores y 31%no contesto.

Gráfico 20. Distribución de Cirujanos Dentistas según, Disponibilidad de Equipo y Material para aplicar las precauciones universales en los Servicios de Odontología. 2010-2012.



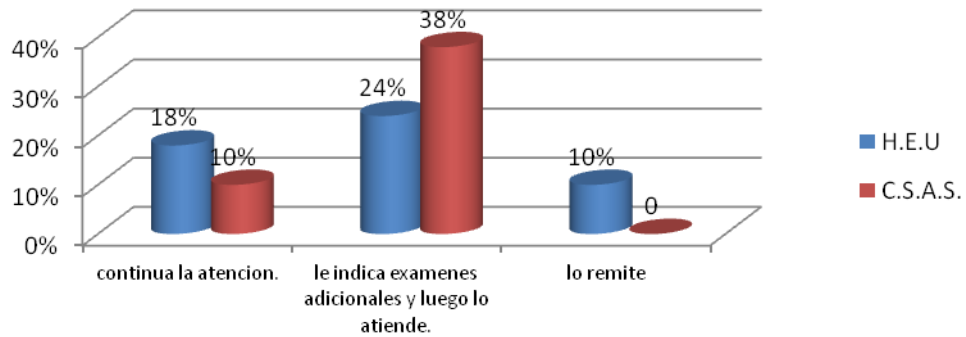
En lo que se refiere a disponibilidad de material y equipo completo para aplicar las precauciones universales en ambos centros de atención, en el Hospital Escuela el 47% su respuesta fue que su unidad de salud le brinda el material y equipo completamente, el 40% parcialmente y el 13% su unidad de salud no brinda el material y equipo necesario. Mientras que en el Centro de Salud Alonzo Suazo el 50% contestó completamente, 36% parcialmente y 14% no brinda el material y equipo necesario

Gráfico 21. Distribución de Cirujanos Dentistas, según dar continuidad de tratamiento al conocer el diagnóstico VIH. 2010-2012



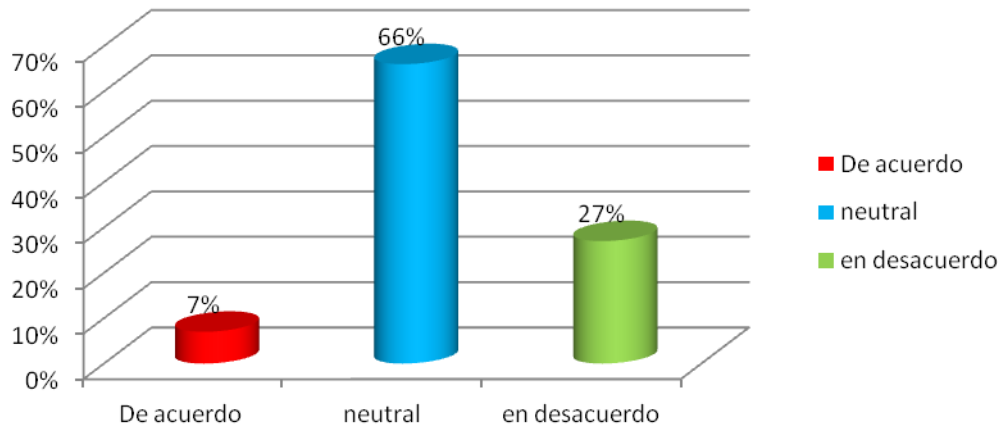
En el caso que el paciente le informa al Cirujano Dentista, que ha sido diagnosticado con VIH, el 28% continua su atención como la había hecho, el 62% le indica exámenes adicionales y luego lo atiende, el 10% lo remite.

Gráfico22. Distribución de Cirujanos Dentistas, según dar continuidad de tratamiento y lugar de ejercicio profesional.2010-2012.



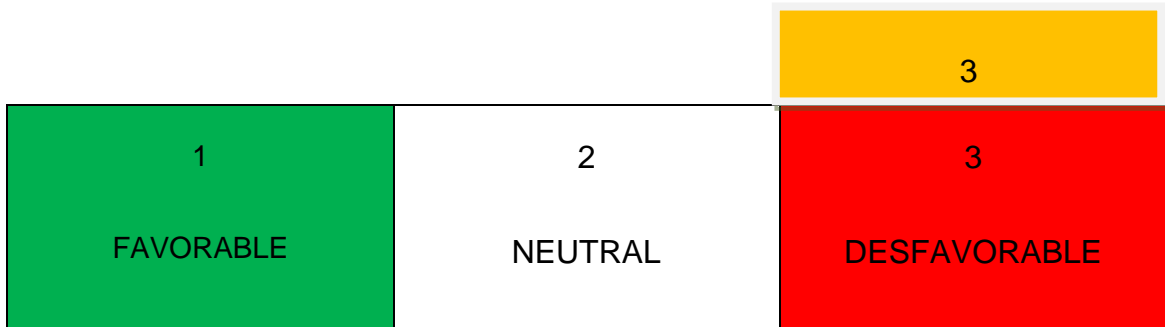
Del 28% de los profesionales que al infórmale el paciente es seropositivo le continúa dando tratamiento, el 18% ejercen en el Hospital Escuela y el 10% en el Centro de Salud Alonzo Suazo; del 62% que indican exámenes adicionales 38% ejerce en el Centro de Salud, el 24% en el Hospital Escuela; el 10% que los remite ejercen en el Hospital Escuela.

Gráfico 23. Distribución de Cirujanos Dentistas, según dar consulta especial a PVIH. 2010-2012.



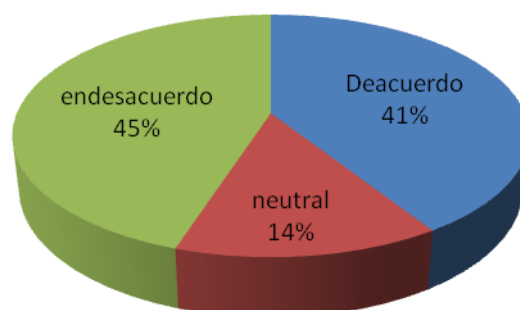
El 7% de los encuestados considera que las personas con VIH deben recibir una consulta odontológica de forma especial, el 66% es neutral y el 27% está en desacuerdo.

Gráfico 24. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según dar consulta especial a los PVIH.2010-2012.



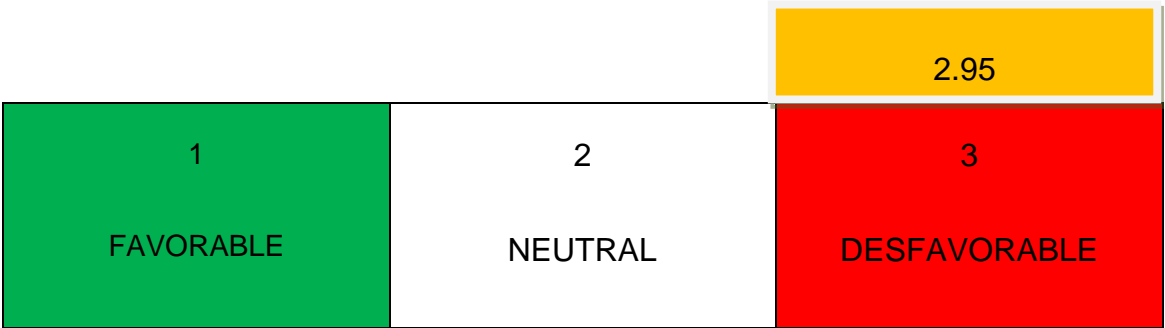
Si consideramos las puntuaciones más altas en cada uno de las afirmaciones, por ejemplo $2(D.A) + (19(N) \times 2) + (8(E.D.A) \times 3)$ obteniendo una sumatoria de 64 dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 3.2; mostrando una tendencia hacia una actitud desfavorable al aplicar considerar las personas con diagnóstico VIH deben recibir consulta de forma especial.

Gráfico 25. Distribución de Cirujanos Dentistas , según remitir PVIH a consulta especial. 2010-2012.



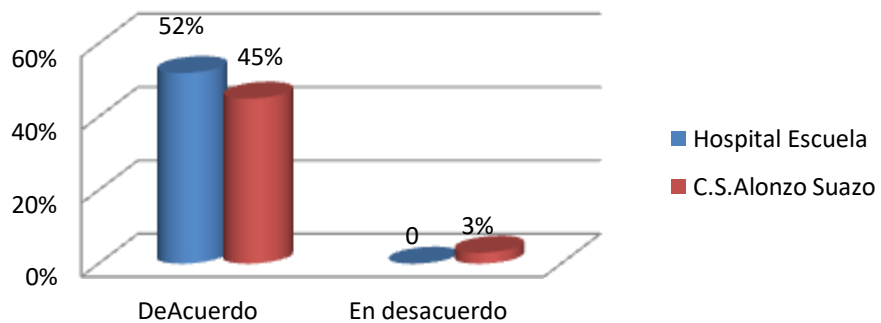
El 41% de los encuestados admitió remite los pacientes seropositivos para su atención dental a clínicas especializadas, el 14% neutral y el 45% está en desacuerdo.

Gráfico 26. Actitud de los Cirujanos Dentistas, según remitir a un paciente con diagnostico VIH para una consulta especial.2010-2012.



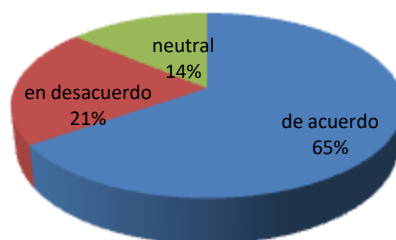
Si consideramos las puntuaciones más altas en cada uno de las afirmaciones, por ejemplo $12(D.A) + (4(N) \times 2) + (13(E.D.A) \times 3)$ obteniendo una sumatoria de 59 dividido entre 20 ítems obtenemos un promedio de 2.95; mostrando una tendencia hacia una actitud desfavorable al remitir a consultas especiales a un paciente con diagnostico VIH.

Gráfico 27. Distribución de Cirujanos Dentistas , según necesidad de conocer más sobre la enfermedad del VIH/Sida. 2010-2012.



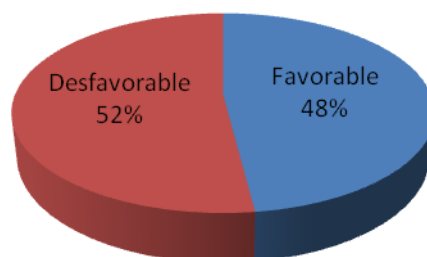
El 97% de los profesionales manifestó que necesita conocer más sobre la enfermedad, el 3% estuvo en desacuerdo.

Gráfico 28. Distribución de Cirujanos Dentistas, que consideran carecen vinculación con CAI.2010-2012.



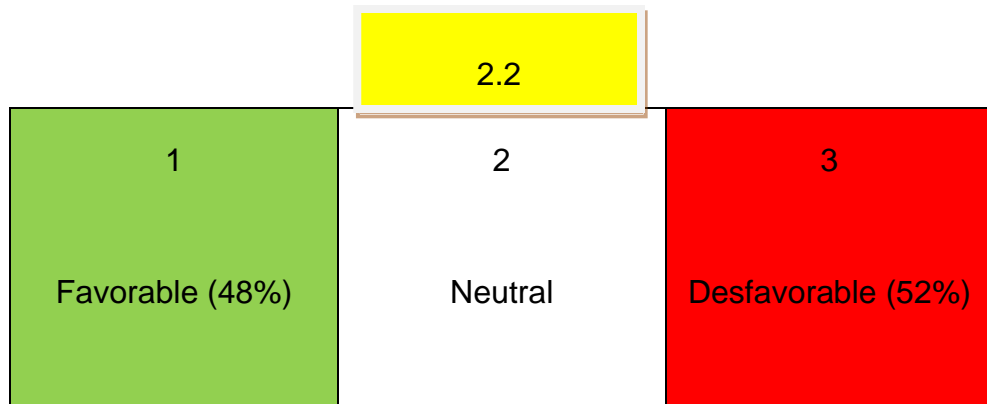
El 65% de los profesionales de la salud bucal manifestó carecer de vinculación con el Centro de Atención Integral para hacer consultas sobre el tema, 21% estuvo en desacuerdo y 14% se mantuvo neutral ante esta interrogante.

Gráfico 29. Actitud de Cirujanos Dentistas, según manejo de pacientes VIH+. 2010-2014.



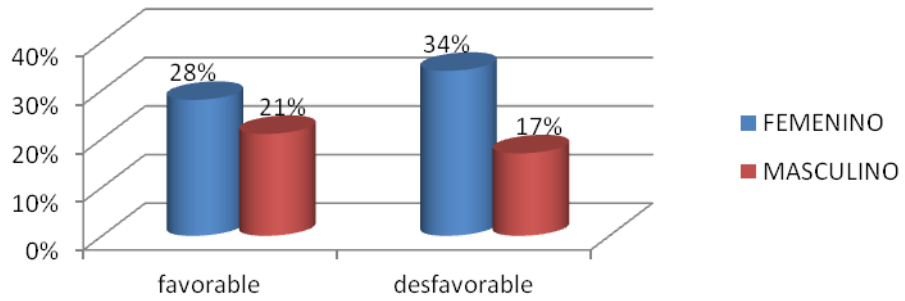
El 48% de los Cirujanos Dentistas tienen una actitud favorable en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA y el 52% presentan una actitud desfavorable.

Gráfico 30. Actitud de Cirujanos Dentistas, según manejo del paciente portador del VIH/SIDA. 2010-2012.



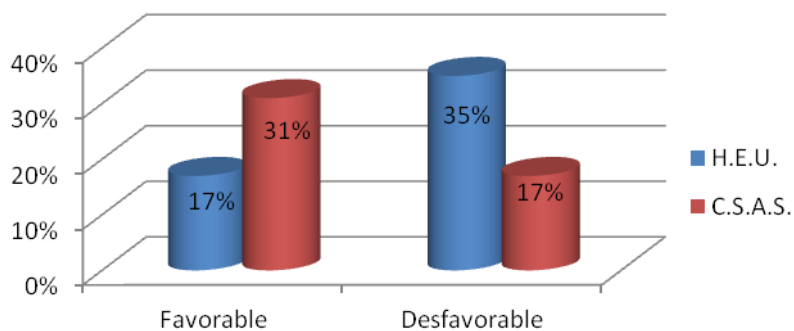
Al graficar este dato notamos que las puntuaciones fueron las siguientes: $9(F) + 2(N) + (11(DF)(3))$ sumando 44 puntos dividido entre 20 ítems, obteniendo un promedio de 2.2. Lo que indica que los Cirujanos Dentistas que ejercen en las unidades de salud en estudio muestran una tendencia hacia la actitud Desfavorable en el manejo de una persona con VIH.

Gráfico 31. Actitud de Cirujanos Dentistas que ejercen en el Hospital Escuela y C.S. Alonzo Suazo, según sexo. 2010-2012.



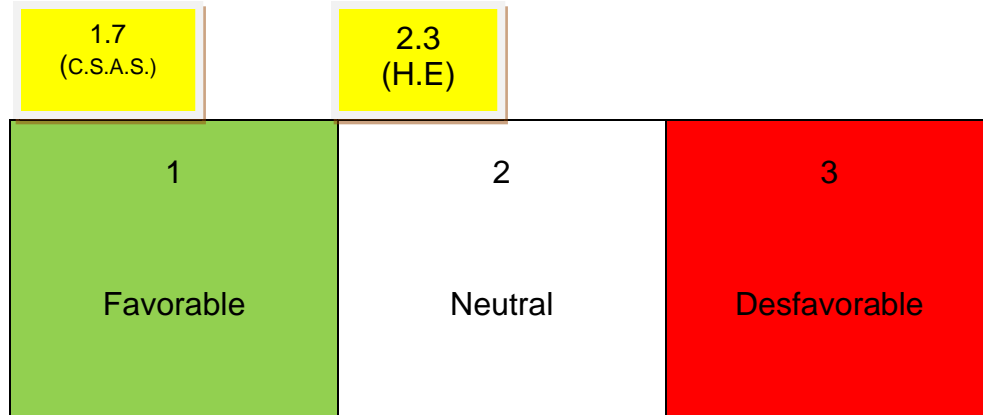
La Actitud de los Cirujanos Dentistas según sexo en un 34% fue Desfavorable y un 28% Favorable; mientras que para el sexo masculino un 21% manifestó una actitud Favorable y un 17% Desfavorable.

Gráfico 32. Distribución de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo y Actitud ante la atención de PVIH. 2010-2012.



El 17% de los Cirujanos Dentistas que ejercen el Hospital Escuela mostró Actitud Favorable en la atención de una persona con VIH y un 35% de los profesionales de este centro mostró actitud Desfavorable. En el Centro de Salud Alonzo Suazo el 31% mostró una actitud Favorable y el 17% Desfavorable.

Gráfico 33. Actitud de Cirujanos Dentistas, según lugar de trabajo. 2010-2012.



H.E= $5 (F) + (10(DF) \times 3)$ sumando 35 puntos dividido entre 15 profesionales equivale a un promedio de 2.33. C.S.A.S= $9(F) + (5(DF) \times 3)$ sumando 24 puntos dividido entre 14 profesionales equivale a un promedio de 1.7. Al graficar este dato notamos que las puntuaciones acumuladas más altas corresponden al grupo de Cirujanos Dentistas que ejercen en el Centro de Salud Alonzo Suazo mostrando una mayor tendencia hacia una actitud Favorable al atender un PVIH que los profesionales que ejercen en el Hospital Escuela, quienes muestran una tendencia a la actitud Desfavorable .

Tabla 1. Pruebas de Chi – cuadrado sobre la actitud del Cirujano Dentista según el lugar de trabajo.

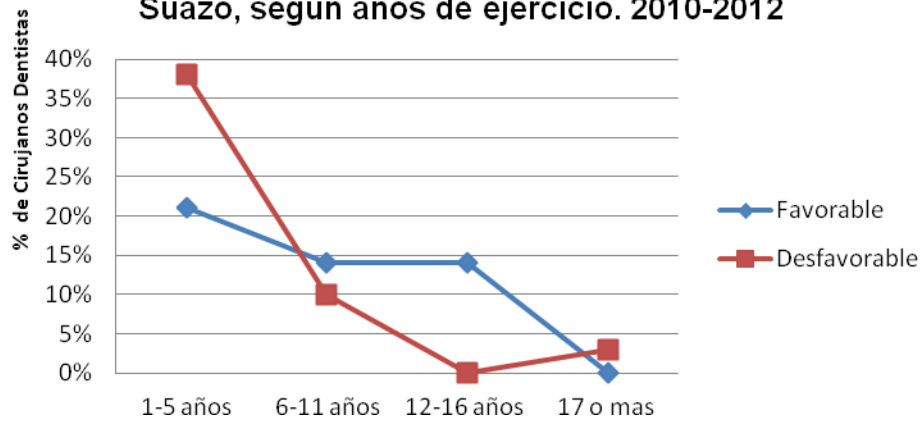
	Valor Chi-cuadrado	g/l	Sig. asintótica(bilateral)
Actitud / lugar de trabajo	2.778 ^a	1	.096

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.76.

b. calculado solo para una tabla 2x2.

No se observó diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los cirujanos dentistas que ejercen en el Hospital Escuela y los profesionales del Centro de Salud Alonzo Suazo. Se rechaza la hipótesis que los cirujanos dentistas que ejercen su profesión en el Hospital Escuela demuestran una actitud más favorable hacia el manejo de los PVIH, que los profesionales que ejercen en el Centro de Salud Alonzo Suazo.

Grafico 34. Actitud de Cirujanos Dentistas que ejercen en el Hospital Escuela y C.S.Alonzo Suazo, según años de ejercicio. 2010-2012



En cuanto a la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA según tiempo de ejercicio profesional se encontró que el grupo de Cirujano Dentistas que tiene 1-5 años ejerciendo la profesión un 38% mostró actitud desfavorable y 21% favorable; en el grupo que tienen 6-11 años ejerciendo la profesión un 10% mostró actitud Desfavorable y un 14% mostró actitud Favorable; el grupo de 12-16 años de ejercer la profesión el 14% mostró actitud Favorable y 0 % tienen actitud Desfavorable; el grupo de 17 o más años de ejercer la profesión el 0% tienen actitud Favorable mientras que el 3% mostró actitud Desfavorable.

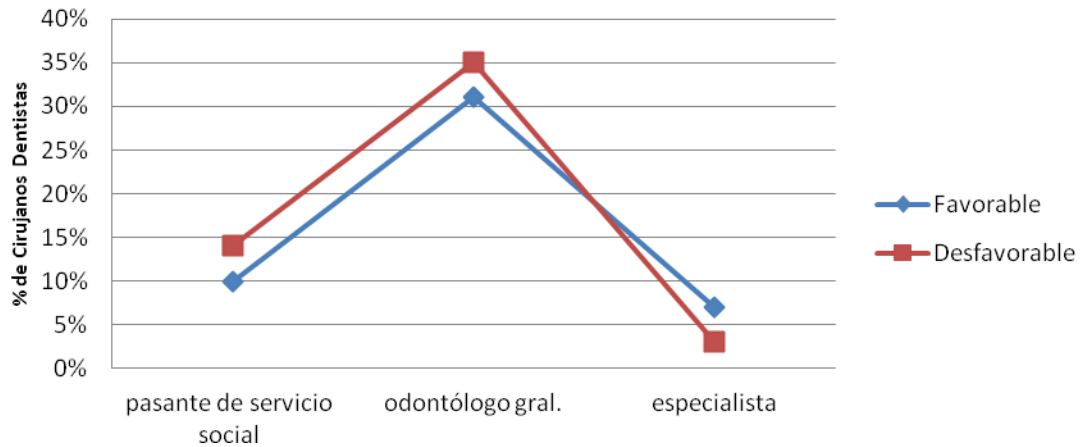
Tabla 3. Pruebas de Chi – Cuadrado sobre la actitud de los Cirujanos Dentistas según años de ejercicio profesional. 2010-2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.587 ^a	3	.086
Razón de verosimilitudes	8.533	3	.036
Asociación lineal por lineal	2.034	1	.154
N de casos válidos	29		

a. 6 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .48.

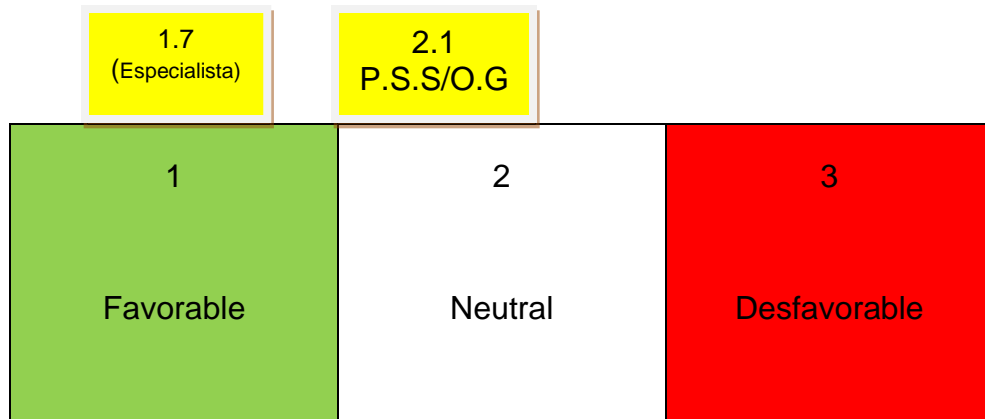
Se observó diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los años de ejercicio y la actitud de los Cirujanos Dentistas hacia las personas que viven con VIH/SIDA. La hipótesis se acepta ya que los años de ejercicio si influye en la actitud de los profesionales de la Odontología.

Gráfico 35. Actitud de Cirujanos Dentistas que ejercen en el Hospital Escuela y C.S.Alonzo Suazo, según grado académico . 2010-2012.



La actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA según el Grado Académico es: en el grupo de Odontólogos generales el 35% tiene actitud No Favorable y 31% Favorable; en el grupo de especialistas de diferentes ramas de la odontología el 7% tienen actitud Favorable y 3% actitud No Favorable; mientras que el grupo de los pasantes de servicio social el 14% tuvieron actitud No Favorable y 10% Actitud Favorable.

**Gráfico 36. Actitud de Cirujanos Dentistas, según el grado académico
2010-2012.**



Pasante de Servicio Social = $3 (F) + (4(DF) \times 3)$ sumando 15 puntos dividido entre 7 profesionales equivale a un promedio de 2.1. Odontólogo Gral.= $9(F) + (10(DF) \times 3)$ sumando 39 puntos dividido entre 19 profesionales equivale a un promedio de 2.1. Especialistas = $2(F) + (1(DF) \times 3)$ sumando 5 puntos entre 3 profesionales equivale a un promedio de 1.7. Mostrando una tendencia hacia una actitud Neutral hacia el manejo de pacientes VIH+, por parte de los Odontólogos generales y pasantes de servicio social que de los especialistas quienes tienen una tendencia hacia la actitud Favorable.

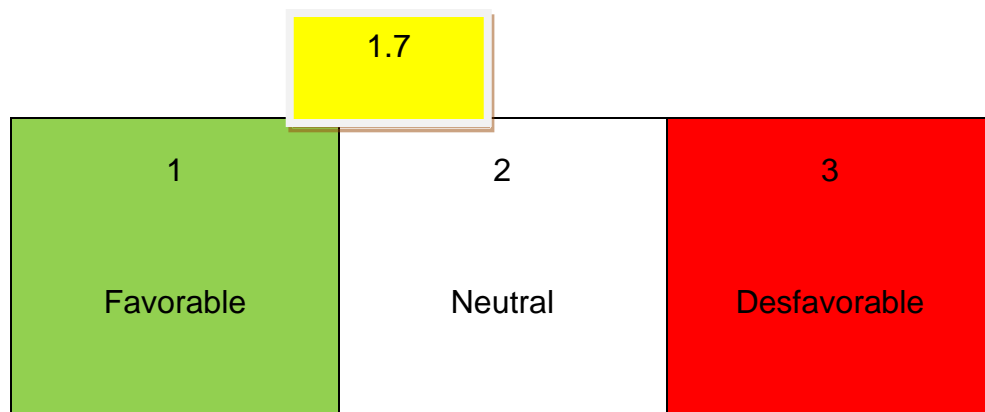
Tabla 2. Pruebas de Chi – Cuadrado sobre la actitud del Cirujano Dentista, según grado académico. 2010-2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.495 ^a	2	.781
Razón de verosimilitudes	.501	2	.778
Asociación lineal por lineal	.355	1	.551
N de casos válidos	29		

a. 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.45.

No se observó diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el grado académico y la actitud de los Cirujanos Dentistas hacia las personas que viven con VIH/SIDA. La hipótesis se rechaza ya que el grado académico no influye en la actitud de los profesionales de la Odontología.

Gráfico 37. Actitud de Cirujanos Dentistas, según los Derechos de los PVIH. 2010-2012.

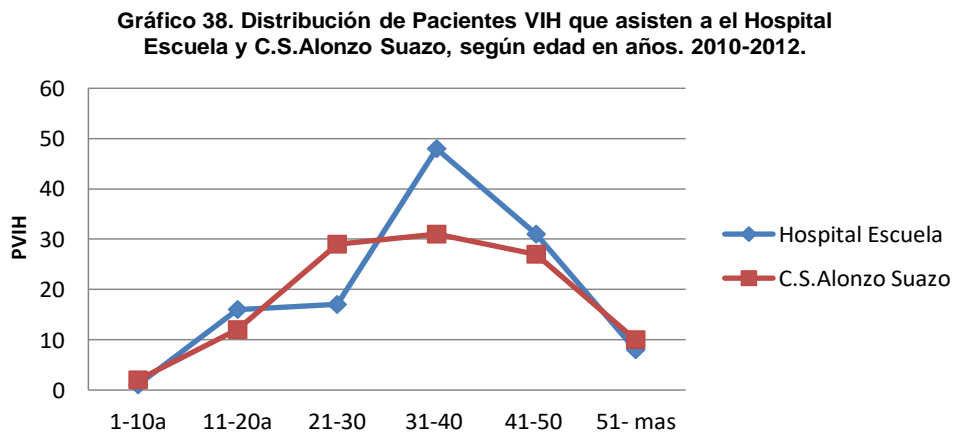


En cuanto a la actitud de los Cirujanos Dentistas hacia los Derechos de las PVIH, se considera la puntuación máxima alcanzada de 1+1+3+1+3+1 sumando un total de 10 puntos dividido entre 6 ítems relacionados con los derechos de los PVIH, equivale a un promedio de 1.7. Mostrando una mayor tendencia hacia una actitud Neutral hacia los Derechos de las personas con VIH.

6.2. Resultados de los cuestionarios de las Personas que viven con VIH/SIDA.

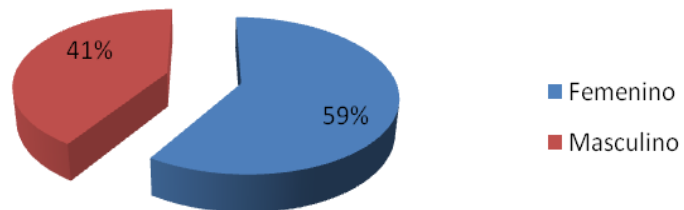
Percepción de los usuarios sobre el servicio odontológico que recibe en las unidades de salud

El presente estudio estuvo constituido por una muestra de 240 pacientes que asisten a consulta a los Centros de Atención Integral (CAI) Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo 2010-2012, obteniendo los siguientes resultados:



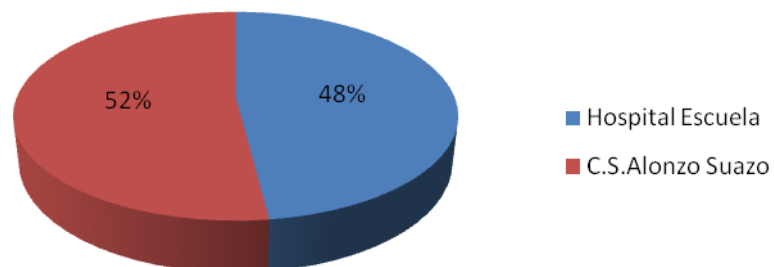
El 1% de los encuestados que asisten a los CAI están en el rango de edad de 1-10 años de edad, el 12 % de 11-20 años, el 20% de 21-30 años, el 34% de 31-40 años, el 25% de 41-50 años y 8% de 51 años.

Grafico 39. Distribución de PVIH que asisten a los CAI Hospital Escuela y Alonzo Suazo 2010-2012, según Género.



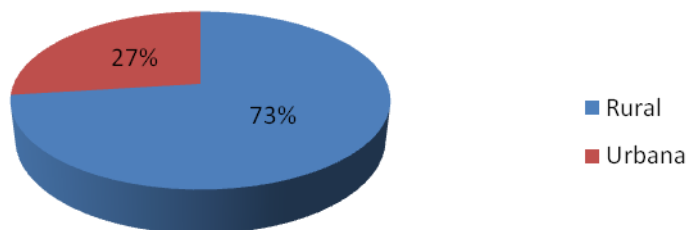
El 59% de la muestra es del sexo femenino y 41% del sexo masculino.

Gráfico 40. Distribución de PVIH que asisten a los CAI Hospital Escuela y C.S.Alonzo Suazo, según lugar de encuesta. 2010-2012.



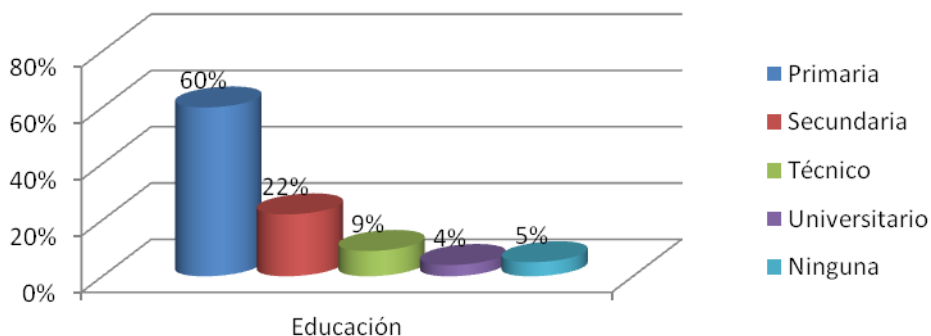
El 52% de la población encuestada asiste al CAI del Hospital Escuela y el 48% asiste al CAI del Centro de Salud Alonzo Suazo.

Gráfico 41. Distribución de PVIH que asisten a CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según lugar de procedencia. 2010-2012.



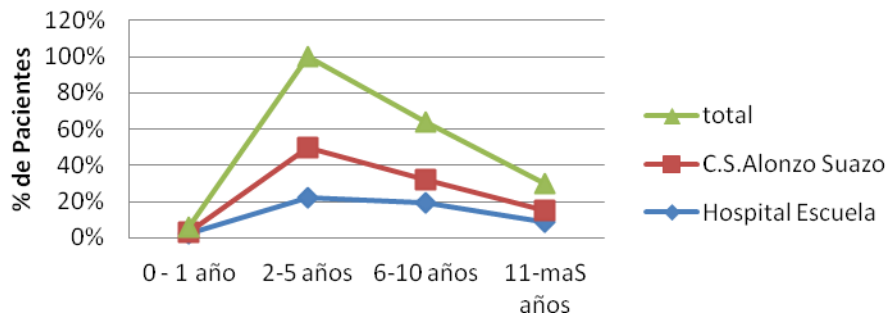
El 73% de la población encuestada se concentra en el área urbana y el 27% en el área rural.

Gráfico 42. Distribución de PVIH que asisten a CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según nivel académico. 2010-2012.



En cuanto al nivel académico de los pacientes que asisten a los CAI del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo, el 60% posee educación primaria, 22% educación secundaria, el 9% no tiene ninguna educación, el 5% tiene educación técnica y un 4% tiene estudios universitarios.

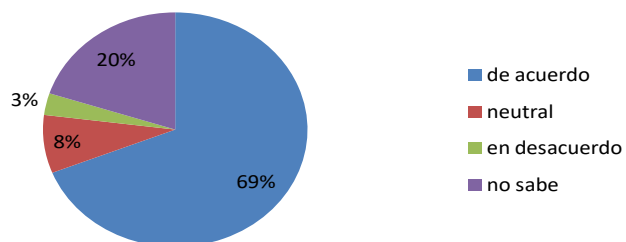
Gráfico 43. Distribución de PVIH que asisten a los CAI H.E y C.S.Alonzo Suazo, según tiempo de diagnóstico.2010-2012.



Los datos recolectados reflejan que el 3% de la población encuestada tiene de 6 meses a 1 año de tener diagnóstico VIH, 50% tiene de 2-5 años de diagnóstico positivo, 32% tiene de 6- 10 años de diagnóstico y 15% tiene 11 o más años de diagnóstico.

El tiempo, en años, de estar recibiendo la atención en el servicio de salud el 27% de los encuestados reportan estar recibiendo los servicios entre 0-2 años, el 37% ha recibido los servicios de 3-5 años, 26% ha recibido los servicios de 6-9 años y el 11% ha recibido los servicios por más de 10 años.

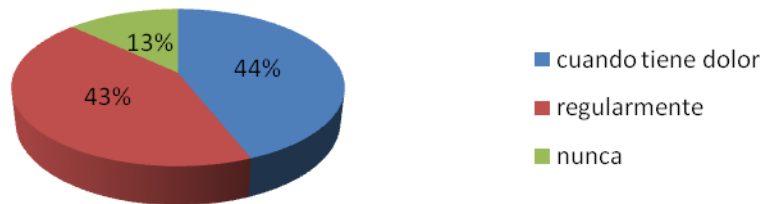
Gráfico 44. Distribución de PVIH que asisten a los CAI H.E. y C.S.Alonzo Suazo, según relación salud bucal con la salud general. 2010-2012.



El 69% de los encuestados manifestó la Salud Bucal le puede afectar su salud general, el 20% no sabe si le afecta, el 3% de la población esta en desacuerdo y el 8% no opina sobre el tema.

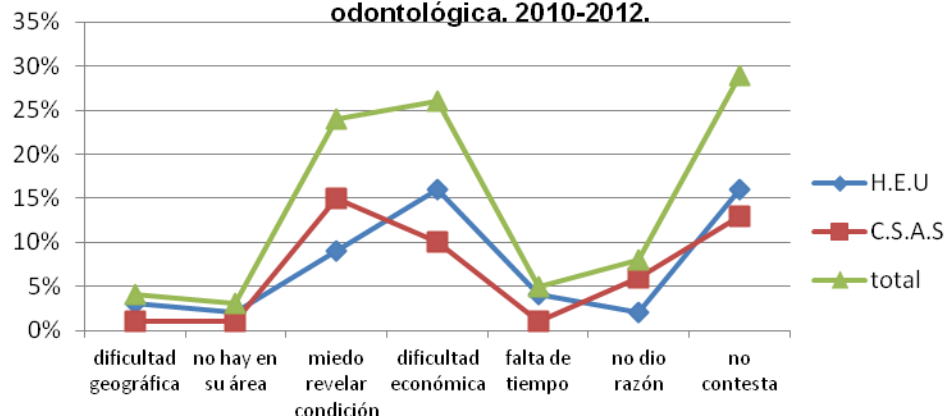
En cuanto a la manera que los problemas odontológicos le afectan su salud , el 13% considera le provoca dificultad al alimentarse, 13% dolor, 10% le afecta su apariencia física, 7% autoestima, el 38% todas y el 19% no sabe como le puede afectar.

Gráfico 45. Distribución de PVIH que asisten a los CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según asistir a consulta odontológica. 2010-2012.



El 44% de los encuestados asiste a consulta odontológica únicamente cuando le duele, 43% regularmente y el 13% nunca asiste a la consulta.

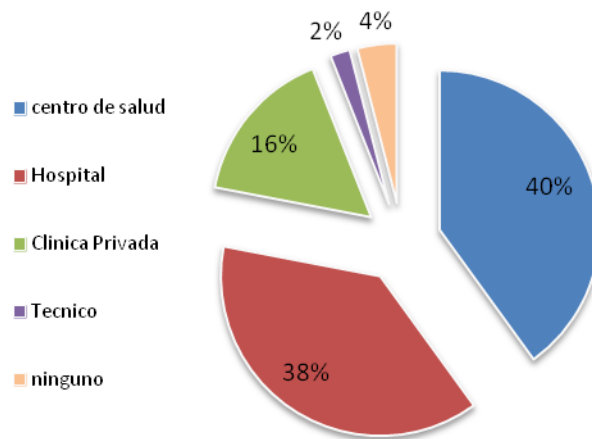
Gráfico 46. Distribución de PVIH que asisten a CAI H.E.U. y C.S.Alonzo Suazo, según razón para no asistir a consulta odontológica. 2010-2012.



Los encuestados justificaron el no asistir a consulta odontológica en un 4% por dificultad geográfica, 3% dijo no había en su área, 24% por miedo a revelar su

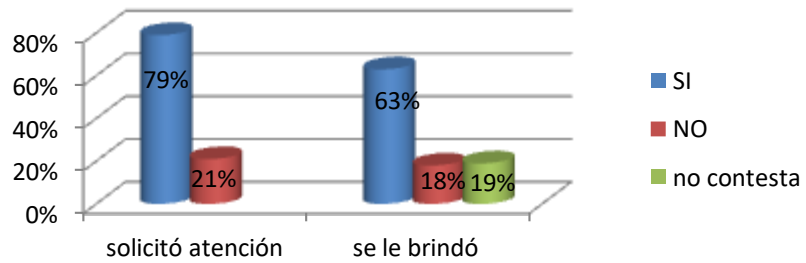
condicion, el 26% dio como principal causa la dificultad económica, un 5% falta de tiempo, 8% no dio razón y 29% no contesto.

Grafico 47. Distribución de PVIH que asisten a los CAI Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo, según lugar donde solicita la atención odontológica.



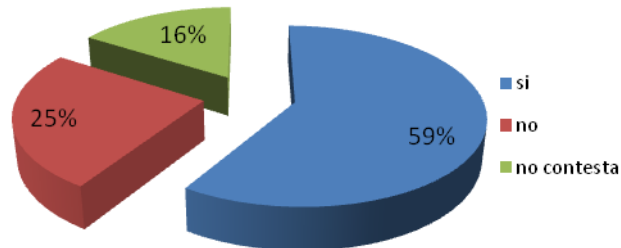
En lo referente a lugar de preferencia para solicitar la atención odontológica, un 40% de los encuestados afirmo prefieren el centro de salud, el 38% un hospital, 16% solicita la atencion en una clinica privada, 2% acude a un técnico dental y un 4% no acude a ninguno de los anteriormente mencionados.

Gráfico 48. Distribución de PVIH que asisten a CAI H.E.U. y C.S.Alonzo Suazo, según solicitar y recibir asistencia odontológica.2010-2012.



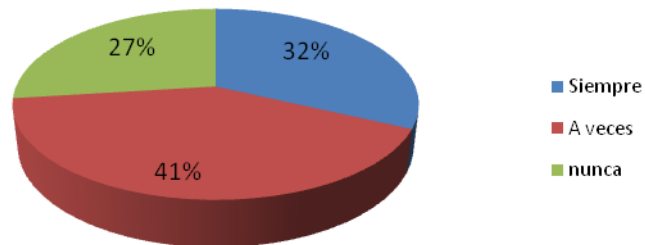
El 79% de los entrevistados reportó que ha solicitado atención odontológica luego de su diagnóstico, el 21% nunca había solicitado. En lo referente a recibir la atención solicitada, el 63% afirmó si se le había brindado la atención, un 18% dijo que no y un 19% no contesto.

Gráfico 49. Distribución de PVIH que asisten a los CAI de el Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo, según considerar necesario revelar su diagnostico en la consulta odontológica. 2010-2012.



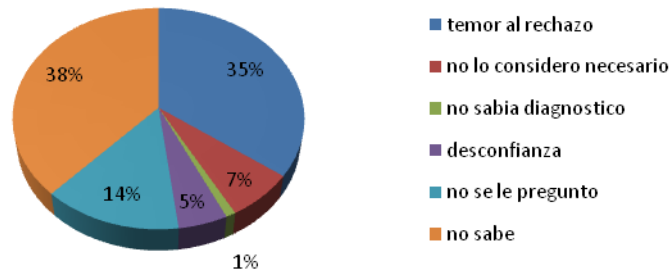
El 59% de los encuestados considera necesario revelar su diagnostico al asistir a consulta odontológica, 25% no lo considera necesario y el 16% no contesta.

Gráfico 50. Distribución de PVIH que asisten a los CAI H.E.U. y C.S.Alonzo Suazo, según haber revelado su diagnostico en la consulta odontológica. 2010-2012.



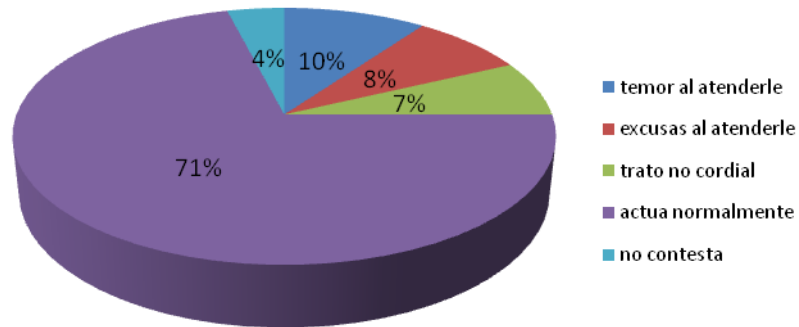
El 32% de los encuestados respondió siempre revelaba su diagnóstico en la consulta odontológico, el 41% dijo que a veces y el 27% dijo que nunca revelaba su diagnostico.

Gráfico 51. Distribución de PVIH que asisten a los CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según justificación de NO revelar su diagnostico. 2010-2012.



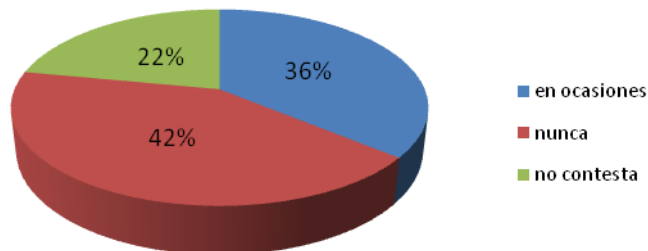
El 35% de los encuestados afirmó NO revelar su diagnostico por temor al rechazo, el 14% expresó que no se le pregunto, 7% no consideró necesario revelar su diagnostico, 5% por desconfianza, el 1% no sabía su diagnostico y el 38% no contesto.

Gráfico 52. Distribución de PVIH que asiten a los CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según comportamiento del odontólogo al atenderle. 2010-2012.



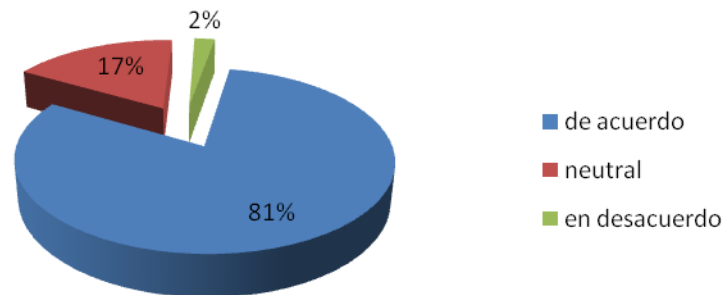
El 71% de los encuestados afirmó que el odontólogo actúa normalmente al atenderlo, 10% percibe temor por parte del profesional al atenderle, 8% le da muchas excusas al atenderle, 7% le dio trato cordial y 4 no contesta%.

Gráfico 53. Distribución de PVIH que asisten a los CAI HEU y C.S.Alonzo Suazo, según recibir trato diferente por su condición serológica. 2010-2012.



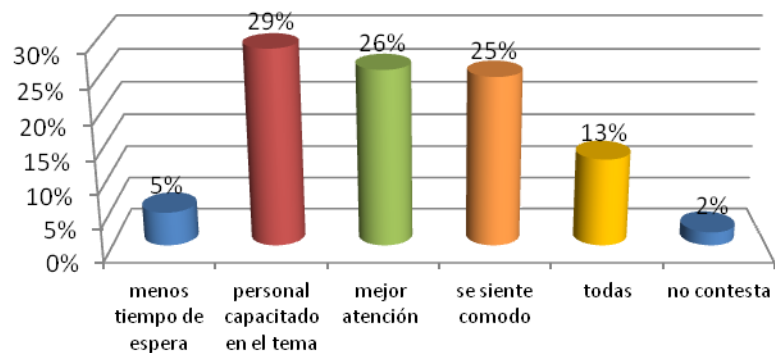
En lo referente a recibir un trato diferente por su condición serológica, el 42% dijo que nunca ha recibido trato diferente, 36% en ocasiones y 22% no contestó.

Gráfico 54. Distribución de PVIH que asisten a los CAI de el Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo, según preferencia de recibir consulta en un centro de atención integral.2010-2012..



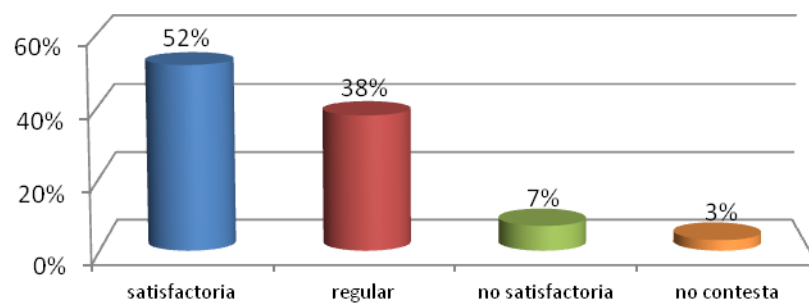
El 81% de los encuestados preferiría la atención odontológica en el centro de atención integral, 17% no contesta y el 2% está en desacuerdo.

Gráfico 55. Distribución de PVIH que asisten a los CAI H.E. y C.S.Alonzo Suazo, según razón de preferir la atención odontológica fuese en CAI . 2010-2012.



En lo referente a las razones de preferir la atención odontológica en el Centro de Atención Integral, el 29% mencionó que el personal estaba mejor capacitado en el tema, 26% le dan mejor atención, 25% me siento mas comodo, 5% menos tiempo de espera, 13% dijo que todas las razones anteriores y el 2% no contesto.

Gráfico 56. Distribución de PVIH que asisten a los CAI de el Hospital Escuela y Centro de Salud Alonzo Suazo, según la percepción de la atención que le brinda el Cirujano Dentista. 2010-2012.



El 52% de la población encuestada considera la atención que se le brinda es satisfactoria, 38% considera es regular, 7% considera no es satisfactoria y un 3% no contesta.

7. ANALISIS DE RESULTADOS

7.1 Ejercicio profesional de los Cirujanos Dentistas hacia la atención de PVIH.

El análisis establece vínculos determinantes que han hecho posible la presente investigación orientada a determinar la atención odontológica brindada a las personas con VIH/SIDA que acuden a los Centros de Atención Integral del Hospital Escuela y Centro de Salud Alonso Suazo del Distrito Central.

Los hallazgos están descritos en dos niveles uno de ellos es en base a la actitud de los Cirujanos Dentistas que laboran en dichos centros en relación a la atención que se brinda a las personas que viven con VIH/SIDA (PVIH) como parte de la Atención Integral. Y el segundo, el describir la percepción que tienen las personas con VIH/SIDA que asisten al CAI del Hospital Escuela y del Centro de Salud Alonso Suazo del Municipio del Distrito Central, sobre la atención odontológica que se le brinda en dichos centros.

Debido al incremento gradual de las personas infectadas por el VIH eleva consecuentemente los requerimientos odontológicos en este grupo de personas; sin embargo, estos individuos se enfrentan comúnmente a una negativa de atención odontológica. (L.Esquivel-Pedraza, 2008).

La investigación revela que la mayoría de los Cirujanos Dentistas el 52% ejerce su profesión en el Hospital Escuela, que por ser un hospital nacional se justifica para brindar atención de mayor complejidad y el resto de la muestra ejerce la profesión en el centro de salud Alonzo Suazo lo cual no es una diferencia significativa. Ambos centros dan atención odontológica según la demanda de pacientes de cada establecimiento de salud.

Referente al sexo de los encuestados el 62% de los cirujanos dentistas son del sexo femenino y un 38% son del sexo masculino.

En cuanto a la calificación académico profesional, llama la atención que un alto porcentaje de los encuestados, el 66% son Odontólogos Generales, el resto son pasantes de servicio social y solo un pequeño porcentaje de los profesionales tienen especialidad quienes ejercen en el Hospital Escuela. Lo que indica que existe una similitud en ambas instituciones en lo referente a la calificación profesional del recurso humano. Dato que resulta contradictorio ya que el Hospital Escuela es un hospital especializado de alta complejidad por consiguiente tiene una capacidad resolutoria mayor que un centro de salud donde la severidad de los problemas plantea una atención de baja complejidad, menor especialización de sus recursos.

En este sentido nos planteamos una hipótesis donde los profesionales que ejercen en el Hospital Escuela muestran una actitud más favorable que los profesionales del Centro de Salud Alonzo Suazo. Sin Embargo, al analizar la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador del VIH/SIDA según la unidad de salud donde labora (Gráfico 33), resulta que los profesionales que ejercen en el Hospital Escuela muestran mayor tendencia hacia una actitud neutral en el manejo de las personas con VIH; según la escala de Lickert la tendencia neutral se considera negativa.

Al disgregar esta variable como se observa en los resultados en cuanto a considerar los pacientes deben recibir consulta de forma especial, realizar un protocolo de esterilización distinto a otros y el considerar las historias clínicas de las PVIH deben tener una rotulación especial; se considera que los profesionales tienen una tendencia hacia lo desfavorable. Al aplicar las pruebas estadísticas no se observó diferencia estadísticamente significativa entre la actitud hacia el manejo de los PVIH y el lugar de ejercicio profesional; por lo que se rechaza la hipótesis que los Cirujanos Dentistas que ejercen en el Hospital Escuela muestran una actitud más favorable hacia que los profesionales que ejercen en el Centro de Salud Alonzo Suazo. Apreciándose que el lugar donde se ejerce la profesión no influye en la actitud de los profesionales de la odontología.

Las evidencias anteriores corresponde a que en el Hospital Escuela el personal de enfermería de el CAI acompaña al paciente a la consulta odontológica lleva su expediente y expone que es un paciente seropositivo, los profesionales al saber este dato le alargan la cita, le indican exámenes adicionales que los que ya tiene el expediente, de tal forma que es casi imposible brindar una pronta atención odontológica al PVIH; *“cuesta que me atiendan hasta después de los otros pacientes”*, *“he esperado mucho tiempo para que me atiendan”*, mientras que el centro de salud Alonzo Suazo sucede lo contrario el médico tratante de el CAI refiere al paciente al servicio de odontología con una hoja de tránsito indicando únicamente que necesita atención odontológica sin éste enviar el expediente, como resultado el paciente es tratado como cualquier otro.

Aproximadamente el 60% de los encuestados tienen entre 1-5 años de ejercer la profesión. En cuanto a la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador del VIH/SIDA relacionado con el tiempo de ejercicio profesional el presente estudio mostró que son los profesionales que tienen mayor tiempo de ejercicio profesional quienes muestran una mejor actitud respecto al manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA, que los que tienen menos de 5 años en la profesión quienes mostraron en un mayor porcentaje (38%) actitudes desfavorables. Esto discrepa al estudio de (Dávila ME, 2008)

quien encontró una actitud negativa de los profesionales con mayores años de graduados hacia las PVIH.

Al aplicar la prueba estadística de Chi – cuadrado, se observó que si hay diferencia estadísticamente significativa entre los años de ejercicio y la actitud de los Cirujanos Dentistas en el manejo de los PVIH; por lo que se acepta la hipótesis que los años de ejercicio si influyen en la actitud de los profesionales de la Odontología. Se aprecia que aquellos profesionales con 12 años y más de ejercer la profesión reflejan una actitud favorable hacia las personas con VIH/SIDA, que los profesionales que tienen menos tiempo de ejercicio.

Sin embargo la mayoría (86%) aseguró siempre atendería un paciente VIH positivo; lo que discrepa con los estudios internacionales donde se discute ampliamente el grado de indisposición y negativa de parte de los Cirujanos Dentistas, para dar atención a las personas con VIH (Dávila ME, 2008) (Esquivel, Fernandez, & Magis, 2000) (Khandwalla SE, 2000) (Dávila & Gil, 2007).

En lo referente a la dimensión de conocimiento de los profesionales sobre el tema de VIH, en el gráfico 7 de esta investigación, se evidenció que los profesionales muestran una tendencia favorable en sentido de conocimientos

básicos para la atención de PVIH; un casi el total de los profesionales ha recibido algún tipo de capacitación el tema, lo que permite contemplar la idea que los profesionales que ejercen en estas instituciones tienen el conocimiento básico para prestar el servicio odontológico a las PVIH.

Por tal razón se procedió a disgregar aspectos relacionados con los conocimientos relevantes para esta investigación. Los hallazgos muestran que el 59% sabe existe Ley Especial sobre el VIH/SIDA a nivel nacional, la mitad desconoce la prevalencia de VIH en su unidad de salud, casi el total de los profesionales sabe que hacer al tener un accidente laboral e indicó con precisión las medidas de bioseguridad en el consultorio dental, un poco menos de la mitad de los profesionales consideró que el riesgo de transmisión de la infección del VIH en el consultorio dental es bajo.

Sin embargo, el 48% considera es peligroso atender a un PVIH y un 38% describió algún motivo para evitar la atención odontológica de estos pacientes. Dentro de las razones, para negarse a atender a una persona con VIH, descritas por los odontólogos de la muestra, predominan aquéllas relativas al temor al contagio y desconocimiento en torno al manejo médico y odontológico del paciente con VIH, no tener insumos necesarios para aplicar las medidas de bioseguridad. Lo anterior coincide con lo reportado en estudios similares, en los

que se explica la negativa del personal asistencial para atender pacientes VIH (Esquivel, Fernandez, & Magis, 2000) (Dávila ME, 2008).

Ya que uno de los elementos identificados para evitar la atención odontológica a las personas infectadas con el VIH, fue el no tener el equipo, material e insumos necesarios para aplicar las precauciones universales; Se procedió a indagar si el personal de las instituciones en estudio cuenta con este recurso. De tal forma que el 47% de encuestados en el Hospital Escuela y 50% de los profesionales del Centro de Salud Alonzo Suazo afirmó que su unidad de salud le brinda completamente el material y equipo para aplicar las precauciones universales necesarias para dar atención a las PVIH.

En esta investigación se demostró que los Cirujanos Dentistas poseen tanto los conocimientos como el equipo e insumos básicos para la aplicación de las precauciones universales y dar un trato igualitario en la atención odontológica de las personas que viven con VIH. De tal forma que, el 97% de los Cirujanos Dentistas afirma dar un trato igualitario a las personas seropositivas.

No obstante al analizar la dimensión de discriminación (gráfico 30), se observó que los Cirujanos Dentistas ante la sospecha de enfrentarse a un paciente VIH, muestran una tendencia hacia las actitudes de rechazo, tal como lo discute

(Fernández, 2003) que en los servicios públicos de salud es frecuente observar actitudes de rechazo, negación de servicios y aislamiento para brindar la atención de PVIH por parte de sus trabajadores, situación que plantea como un ejemplo de violación del Derecho a la salud de los PVIH.

Al desgregar las actitudes discriminatorias, el 52% indicó se sigue un protocolo de esterilización distinto, más de la mitad de los profesionales considera la historia clínica de las PVIH debe tener una rotulación especial, de estos un 38% ejerce en el Hospital Escuela y 21% en el Alonzo Suazo. Un alto porcentaje considera se deben tomar medidas de bioseguridad adicionales al atender un PVIH, un dato similar es que, los Cirujanos Dentistas, al enterarse un paciente ha sido diagnosticado con VIH, solo un 28% le continúa dando tratamiento, la mayoría el 62% le indica exámenes adicionales y luego lo atiende. Un 66% se mantiene indiferente a la existencia de consultas especiales para las personas con VIH/SIDA, el 41% admitió remite los pVIH para su atención dental a clínicas especializadas.

Es evidente que a pesar de tener alta disponibilidad de atención, el conocimiento de los odontólogos sobre el tema y medidas de bioseguridad, difiere de su actitud en la práctica odontológica. Lo que según (ONUSIDA,

2005) es discriminación relacionada al VIH en los servicios de salud, que se exterioriza:

- ✓ con el uso innecesario de indumentaria de protección(65% considera necesario el uso de medidas de bioseguridad adicional)
- ✓ filtración del diagnostico(59% considera la historia clínica de las PVIH debe tener una rotulación especial)
- ✓ retraso en el tratamiento(62% le indica exámenes adicionales y luego lo atiende)
- ✓ trato no igualitario (59% considera debería estar reglamentado en los servicios públicos y privados la prueba de VIH) (52% sigue un protocolo de esterilización distinto).

La OPS (2005) en su documento “*Estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina*” menciona que la falta de políticas antidiscriminatorias o protocolos de atención se considera una forma de discriminación en los servicios sanitarios, en sentido de dar una atención de menor calidad.

En el ambiente odontológico el país carece de una normativa general sobre control de infecciones en odontología, también en materia el manejo

estomatológico del paciente seropositivo. Realidad que difiere con otros países de la región centroamericana que si cuentan con guías estipuladas del manejo odontológico de las personas con VIH, como es El Salvador (Ministerio de Salud y Asistencia Social , 2008). Sin embargo, el 69% de los Cirujanos Dentistas afirmó que su unidad de salud cuenta con el Manual de Manejo Odontológico de atención de las personas con VIH.

Las evidencias anteriores concuerdan con el estudio de (Tami-Maury, Agüero, & Estupiñan-Day, 2009) "*estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH*" quien menciona existe una desarticulación en todos los niveles de los programas odontológicos y los programas odontológicos. El 66% de los profesionales manifestó carecer de vinculación con cada centro de atención Integral respectivo para realizar consultas sobre el tema de VIH, dato que concuerda con un estudio realizado por (AIDSTAR-ONE, 2009) donde se discute la ausencia de coordinación entre los CAI y los servicios hospitalarios.

De tal forma que la atención integral que comprende la combinación de servicios con carácter multidisciplinario, que mejore las condiciones de vida y que proporcione el acceso continuo al tratamiento de un paciente VIH+ , resulta casi imposible de cumplir. Por tal razón (ONUSIDA, 2006) en su documento "*Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos*

Humanos”, plantea en la directriz la # 6, “Los Estados deben promulgar legislación que considere la regulación de bienes, servicios e información relacionados con el VIH...”

En lo referente al grado académico, se aprecia que casi la totalidad de los profesionales que ejercen en ambas instituciones son Odontólogos Generales y pasantes de servicio social, un pequeño porcentaje son especialistas. Al considerar el grado académico como factor influyente en la actitud hacia los PVIH; inicialmente se consideró la hipótesis que a mayor grado académico mejor actitud por ende mayor disposición para la atención.

Sin embargo, al aplicar la prueba de Chi – cuadrado no se observó diferencia estadísticamente significativa entre el grado académico y la actitud de los Cirujanos Dentistas hacia las personas que viven con VIH/SIDA. La hipótesis se rechaza ya que el grado académico no influye en la actitud de los profesionales de la Odontología, no existe diferencia entre la actitud de los odontólogos generales, pasantes de servicio social y especialistas. Un factor podría ser el bajo porcentaje de especialistas en ambas instituciones.

Sin embargo al observar el gráfico de la escala de Likert se observa que los odontólogos generales y pasantes de servicio social, tienen una tendencia a

una actitud neutral o indiferente que los especialistas. En este sentido (Rivera, 2000) menciona que el conocimiento y la experiencia en el manejo de los PVIH resulta en una actitud positiva para la atención hacia grupos estigmatizados.

Los resultados de esta investigación dejan al descubierto lo expuesto por el Instituto Nacional de Salud Pública (México, 2006), en sentido que la información prejuiciada o la falta de esta, y/o la falta de conocimientos se exterioriza en actitudes negativas hacia las PVIH; afecta a los trabajadores de la salud provocando se cometan faltas éticas al brindar servicios médicos hacia la PVIH.

No obstante al evaluar la actitud de los Cirujanos Dentistas hacia los derechos de los PVIH, resulta que muestran una tendencia favorable hacia los derechos de los PVIH. Al disgregar las variables que conforman esta dimensión se encontró que, el 86% de los profesionales considera las PVIH tienen derecho a la confidencialidad; solamente el 7% cree se puede identificar a las PVIH por su apariencia física, el 76% está en desacuerdo; 69% está en contra de aislar a los PVIH para proteger a los demás; 83% está en contra que las PVIH sean una amenaza para la salud pública y el 69% está a favor de solicitar la autorización del paciente para hacer la prueba del VIH.

Cabe destacar que a lo largo del estudio apareció como una constante que el conocimiento de los profesionales difiere de la práctica, principalmente por el riesgo al contagio asociado al concepto erróneo de la aplicación selectiva de las medidas de bioseguridad. Por consiguiente, la educación del personal de salud destinada a influir sobre sus conocimientos, actitudes y la adopción de medidas de bioseguridad debería ser una prioridad. Tal es el caso que en esta investigación la mayoría (97%) de los Cirujanos Dentistas admiten abiertamente que necesitan conocer más sobre la enfermedad, a pesar que un alto porcentaje manifestó haber recibido algún tipo de capacitación sobre el tema.

Discusión de la percepción de las PVIH

Los hallazgos demuestran que 59% de las personas encuestadas son del género femenino. Lo que se asemeja a la realidad nacional por la feminización de los servicios según un estudio (Kennedy, (2006)) debido a que estas dependen más de los servicios de salud por los riesgos reproductivos, las políticas de salud se centran en programas básicos de alta participación femenina.

La edad promedio del grupo osciló entre 31- 50 años, similar a lo encontrado en el Informe Estadístico de la Secretaría de Salud de la epidemia (2012) donde se observa que la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa es la principal afectada, y el grupo de edad comprendido entre 15 a 39 años representa cerca del 70% de los casos notificados a lo largo de las dos décadas.

No se encontró diferencia significativa entre las personas con VIH que asisten a los centros; 52% de la muestra asisten al CAI del Hospital Escuela y el 48% al CAI del Alonzo Suazo.

También se observa que la mayoría de las personas que asisten a estos centros poseen un grado académico bajo, un 60% curso solamente la

educación primaria. El 73% procede del área periférica urbana del DC. Tal como afirma (ONUSIDA/OMS., 2009) las personas con menor nivel de estudios, tienen mayor probabilidad de contraer VIH. Lo que refleja lo que afirman otros estudios sobre el VIH/SIDA (Dávila M. E., 2010) la que se ha convertido en uno de los acontecimientos más importantes en salud pública, puesto que afecta poblaciones cada vez más jóvenes y de diferentes estratos socioeconómico.

La mitad de los encuestados tiene de 2-5 años de diagnóstico positivo, un porcentaje similar tiene la misma cantidad de años de recibir los servicios médicos en los respectivos centros de atención integral. Entre los resultados más significativos se destaca que, tres cuartas partes de las personas encuestadas, considera es muy importante una atención odontológica integral oportuna, ya que está consciente puede afectar su salud en general.

Sin embargo, no están conscientes que su sistema inmune está comprometido y los medicamentos antirretrovirales disminuyen la salivación, lo que aumenta su susceptibilidad a caries, enfermedad periodontal, infecciones oportunistas bacterianas, virales y fúngicas así como crecimientos celulares anormales, entre otros; sino que consideran los problemas odontológicos le puede afectar para alimentarse(38%), un 20% no sabe si le puede afectar o no, y el resto no

contesto, lo que se puede entender que tampoco saben. Es así que un poco menos de la mitad dice asistir a consulta solo cuando le duele un diente.

Existen diversos factores por los cuales los pacientes no asisten a consulta odontológica regularmente independientemente si es seropositivo o no; la principal causa es el miedo, en este caso existe un miedo adicional que es el temor a revelar su condición serológica, como factor predominante; también predominó el factor económico. En la literatura consultada (ONUSIDA, 2005) la barrera de acceso de las personas con VIH a los servicios de salud, ya sea por factor cultural, factor económico, desorganización de los servicios de salud entre otros aporta al estigma y discriminación; convirtiéndose en una violación de los derechos humanos que afectan fundamentalmente el bienestar de las personas que viven con el VIH.

Diferentes estudios en diferentes países entre ellos: (Carolina García, 2007) (Dávila M. E., 2010) y (L. Esquivel-Pedraza, 2008) evidencian que las PVIH pueden tener problemas para acceder a la atención odontológica por actitudes del profesionales de salud bucal frente a la situación de salud del paciente VIH. Este hecho se discute anteriormente en este estudio, al quedar evidenciado que el 52% de los profesionales muestran actitudes desfavorables hacia la atención

de las PVIH. *“Fui al hospital escuela espere mucho tiempo y nunca me atendieron”*.

Aproximadamente la mitad de los encuestados, prefiere la atención en el Centro de Salud, debido a la accesibilidad al Centro de Salud, ya sea por ubicación geográfica y/o capacidad económica para transportarse, no necesita una referencia sino que accede directamente a la consulta como parte del proceso de atención primaria del sistema de salud; además el profesional que le atiende no tiene acceso a la historia clínica que pueda identificar de antemano a la persona con VIH y en un momento determinado poder ser rechazado por su condición.

En cuanto a revelar su diagnóstico, los pacientes prefieren no hacerlo para evitar un rechazo de parte del profesional, hecho que ha quedado plasmado en diversos estudios. En esta investigación se evidenció solamente una cuarta parte de los encuestados ha revelado su diagnóstico, un poco menos de la mitad contestó que a veces revela su diagnóstico y la otra cuarta parte dijo que nunca revelaba su diagnóstico *“normal y muy excelente por parte del médico tratante pues no sabe mi condición de salud”*.

Dentro de las razones más frecuentes que se dieron para no revelar su diagnóstico la mayoría afirmó el temor al rechazo; misma razón por la que no asisten a consulta odontológica. Dato similar a en el estudio de Exclusión en salud (OPS, 2009), donde la no búsqueda de servicios de salud que se define como autoexclusión, la lejanía de las unidades de salud y la mala atención en estas, resulta un factor importante de la exclusión. *“me atendió bien a pesar que soy VIH positivo”* son comentarios que frecuentemente se escuchan por las personas con VIH luego de las consultas.

En este sentido, (Vidal & otros, 2002) mencionan que la interacción paciente seropositivo-profesional de la odontología se ve afectada por la existencia y persistencia de los sentimientos de discriminación, omisión, negligencia, fastidio, desgano, pereza del odontólogo, que se convierten en elementos de exclusión social en el marco de una atención odontológica fundamentada en deberes y derechos de usuario. *“cuando fui a ala UNAH a que me extrajeran una muela cuando dije era positivo les cambio la cara”, “fui a la clínica privada no me atendieron, fui al centro de salud no me atendieron”, “me dejan de último y eso no es trato para nadie”*.

A pesar que los pacientes sientan miedo al rechazo, el 71% de los entrevistados dijo que el profesional actúa normalmente al atenderlo; solo un

25% consideró que el profesional demostró alguna actitud discriminante “ *el odontólogo le cambia el semblante cuando uno revela su condición*” De igual forma el 42% dijo nunca se le ha dado un trato diferente por su condición “*lo atienden bien no lo ven diferente*”, el 36% dijo en alguna vez le han dado trato diferente “*atienden a todo paciente y a mí me dejan de último, es el mismo odontólogo*” y un 22% no sabe si se dio un trato diferente. Lo que puede justificarse ya que la mayoría de las personas que asisten a estos centros son de escasos recursos, tienen poca educación entienden poco de cuáles son sus deberes y derechos.

De los encuestados el 32% de los encuestados están conscientes que es su deber revelar su diagnóstico. Pero dentro de los hallazgos se evidenció que los mismos pacientes se auto discriminan ya que un 43% dijo es deber revelar su diagnóstico para que el personal tomen las medidas; “*aunque soy persona viviendo con VIH me trato bien*”.

En promedio el 52% de los usuarios se sienten satisfechos con la atención de los Cirujanos Dentistas, un 38% considera es regular. “*Siempre me atienden bien*”; solo un 7% no está satisfecho.

Aproximadamente el total de los encuestados afirmó que preferiría la atención odontológica se diera en el Centro de Atención Integral *“es mejor en el CAI fue la mejor decisión para uno de paciente es menos incomodo porque los doctores ya saben el diagnostico de uno”, “ pues bien porque solo he ido una vez y me atendió bien, pero me gustaría que fuera en el CAI”*, las razones que dieron fueron que se sienten más cómodos, se le da mejor atención, menos tiempo de espera y la mayoría considera el personal de el CAI está mejor capacitado. Estos resultados sugieren que el ser atendido en las clínicas especiales disminuye la probabilidad de tener una experiencia negativa y como resultado mejora su salud bucal.

8. CONCLUSIONES

1. En lo referente a la atención odontológica, el presente estudio permite revelar que los Cirujanos Dentistas tienen tanto la disposición como los conocimientos básicos necesarios para el manejo de las personas con VIH, cuenta con el material necesario, conoce sobre los derechos de las personas infectadas; Sin embargo su conocimiento difiere de su práctica, dejando al descubierto la manifestación de actitudes discriminatorias y estigmatizante en el manejo clínico de la PVIH, principalmente relacionada al miedo preconcebido y la aplicación selectiva de las precauciones universales.

2. Sobre la experiencia y opinión de las PVIH de la atención odontológica, se demostró que estos enfrentan barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud como el miedo al rechazo y dificultad económica. Lo que se debe a la falta de articulación tanto interinstitucional como intrainstitucional, aunada a los problemas que afectan al país inequidad socioeconómica, escasa disponibilidad de servicios y recurso humano, que se traduce en serias dificultades que debe enfrentar las personas con VIH para acceder a la consulta odontológica integral.

3.- Los Cirujanos Dentistas que ejercen en el Hospital Escuela demostraron una tendencia hacia una actitud desfavorable en el manejo de las PVIH, en comparación con los profesionales del Centro de Salud Alonzo Suazo quienes tienen una tendencia hacia una actitud favorable; lo cual es contradictorio ya el H.EU. tiene mayor capacidad resolutive y es el llamado a dar la pauta o las directrices sobre el manejo odontológico integral de los pacientes medicamente comprometidos en este caso de los pacientes con VIH.

4. Se evidenció que el hecho de no saber el estado serológico del paciente en el caso de el Centro de Salud es un factor que determina el prestar la atención odontológica sin distinción alguna ya que el profesional no está consciente del estado serológico del paciente, caso contrario en el Hospital Escuela donde sí se sabe el diagnostico y estado serológico pero existe una negación implícita al trato de los PVIH, violentando el derecho del paciente a ser tratado en un establecimiento de salud con la capacidad de darle una atención especializada.

5. En términos del Derecho a la salud en sentido de no contar con la suficiente cantidad de odontólogos capacitados para brindar atención a la población que asiste a los centros de atención integral para PVIH, así como el no tener un

protocolo de manejo de las personas con VIH, el no ser parte de los equipos multidisciplinarios que tratan la infección del VIH y el hecho que los servicios odontológicos no sea accesibles a todos, se consideran barreras en el cumplimiento del Derecho a la salud de los usuarios que asisten a las unidades de salud.

6.- La conducta de no búsqueda de los servicios de salud (autoexclusión) por parte de las personas con VIH encuestadas, resultó un factor importante de exclusión; relacionado con el proceso de atención, miedo al rechazo y factor económico.

7.- El modelo prevalente de servicio, se caracteriza por actuar sobre demanda, adoptar un enfoque curativo a consecuencia se da un tratamiento costoso, limitando el tipo de tratamiento y así reducir la brecha de pacientes que no gozan de una atención odontológica favorable. Sumado a esta problemática es la situación de abastecimiento de insumos y equipo en los establecimientos de salud del país, el cual es escaso y cubre únicamente las necesidades básicas.

9. RECOMENDACIONES

1.- Es importante incorporar estrategias de capacitación y actualización para el personal profesional de la salud oral que ejerce en las unidades de salud con servicio odontológico, en el tema de VIH; que contribuyan a mejorar la actitud y capacidad de respuesta a los usuarios.

2.- Aunque el riesgo de infección por VIH mediante transmisión ocupacional es bajo, es necesario adoptar medidas de bioseguridad sistematizadas para prevenirlo. Para esto se requiere de una dotación continua de insumos necesarios para la atención odontológica en los establecimientos de salud públicos, así como necesidad de realizar campañas de educación permanente del personal de salud odontológico que refuercen la adopción de medidas de bioseguridad.

3.- Los resultados de esta investigación en sentido de actitud del odontólogo y papel de estos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal que afectan a las personas con VIH/SIDA, ofrecen un insumo para promover la construcción y/o revisión de guías de atención en el manejo clínico de las personas con VIH en materia odontológica.

4.- De acuerdo a los resultados de esta investigación donde se comprobó que los Cirujanos Dentistas con menor años de ejercicio tienen mayor tendencia a una actitud desfavorable hacia las personas con VIH, es necesario que el currículo de la carrera de Odontología de las diferentes universidades nacionales, se incorpore una cátedra de medicina bucal donde los estudiantes adquieran amplio conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de patologías de la cavidad oral de pacientes medicamente comprometidos.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Acosta de Velazquez, B., Perez, E., Muses Marin, H. F., Pinzón Gómez, E. M., & Shor-Posner, G. (2011). Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología, frente a pacientes con VIH. *Actha Bioetica* , 265-271.
2. AIDSTAR-ONE. (2009). *Diagnostico de los Servicios de VIH/SIDA ofrecidos de los Centros de Atencion Integral en Honduras.*
3. Banco Mundial. Programa Global de VIH/SIDA. (2006). *Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: Honduras Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia.* Banco Mundial. Washington.
4. Briceño-León, R..2000. "Bienestar, salud pública y cambio social". En: Briceño-León, R; Souza, M.C. y Coimbra, C. (Eds.) (Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editora FIOCRUZ. Río de Janeiro.
5. Carolina García, e. A. (2007). *Percepción de la atención odontológica de personas con VIH/SIDA.* Universidad de Antioquia . Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública.

6. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad. Art.1, num.2, apartado A.
7. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. 2005. “*Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus*”. Bull World Health Organ. 83:700-6.
8. Corte Suprema de Justicia. (1999). *Ley Especial sobre VIH/SIDA*. Decreto No. 147-99. Diario Oficial La Gaceta 29,020. Tegucigalpa, Honduras.
9. Dávila ME, G. M. (2008). Actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA. *Odontol. Prev* , 1, (2):90-6. .
10. Dávila, M. E. (2010). Experiencia y Opinión de las personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Odontológica de los Andes* .
11. Dávila, María E*; Gil, Maritza*.2007.” Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA”. Acta odontol. Venez v.45 n.2. Caracas.
12. Depto.ITS/VIH/SIDA.2010.”*VI Reimpresión de la Ley Especial sobre VIH/SIDA*”. Secretaria de Salud. Honduras.

13. Departamento ITS/VIH/SIDA. 2012. Informe Estadístico de la Epidemia del VIH. Período 1985 – Diciembre 2012. Secretaria de Salud de Honduras. Tegucigalpa.
14. Esquivel, P., Fernandez, C., & Magis, R. (2000). Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. *Rev de Mex. de ADM* , 57(6):214-17.
15. Fernández, J. (2003). La epidemia de VIH/SIDA en Honduras: Discriminación, Estigmatización y Derechos Humanos. *Revista Medica Hondureña* , 71: 35-41.
16. FLACSO-Chile; Universidad ARCIS; VIVO POSITIVO. 2005."Discriminación por VIH/SIDA en Chile. Cambios y continuidades: 2002-2005". Santiago, Chile.
17. García Martínez, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología* , 21, 50-57.
18. Gileva OS, Sazhina MV, Gileva ES, Efimov AV, Scully C.(2004). *Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas*. *Med Oral* 2004; 9:212-5.

19. Gómez GR, Alejandro Grimaldi CA, Lara NR. 2001. “*Conocimientos y actitudes de los odontólogos frente al SIDA.*” Rev. México ADM. 58(3):85-9.

20. Greenspan D, Komaroff E, Redford M, Phelan JA, Navazesh M, Alves ME, et al.2000. *Oral mucosal lesions and HIV viral load in the Women’s Interagency HIV Study (WIHS).*

21. Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill Interamericana.

22. Infante C, Z. A.-C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública Mex.* , 48: 141-150.

23. Instituto Nacional de Salud Publica. (2006). El Estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico* , 141-150.

24. Jiménez, O.M. et al. 2005. “*Conocimientos y actitudes del personal de odontología sobre los riesgos biológicos*”. *Arch. Prev. Riesgos Labor* 2005; 8 (4): 155-162.

25. Kennedy, M. ((2006)). *Situación de la Euidad de Género en Honduras*.
www.bd.cdmujeres.net.
26. Khandwalla SE, S Luby, Rahman S. 2000. "Conocimientos, actitudes y prácticas en materia de infecciones de transmisión sexual entre los médicos generalistas y especialistas médicos. *Infecciones de transmisión sexual. Karachi, Pakistán*. (76): 383-85.
27. Leão JC, Ribeiro CMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. 2009. Oral complications of HIV disease. *Clinics*. 64(5):459-70.
28. L.Esquivel-Pedraza. 2008. Rechazo al paciente con VIH. *Revista ADM* , 4 (LXV), 183-188.
29. Malave, N. 2007. *Trabajo Modelo para Enfoques de investigación acción Participativa*. Maturín: Ministerio de Educación Universitario.
30. Ministerio de Salud de Chile. (2007). *Estrategia de atención integral a personas que viven con VIH-Sida*. Chile.
31. OMS. (2003). *Estrategia Mundial del sector Sanitario para el VIH/SIDA: 2003-2007: un marco para las alianzas y la acción*. OMS. Ginebra.

32. ONUSIDA. 2006." *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la Discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH*".
33. ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA*. ONUSIDA. Ginebra.
34. ONUSIDA.2001." *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH*". ONUSIDA/01.71S. Noviembre. ISBN 92-9173-129-3. Ginebra.
35. ONUSIDA. (2005). " *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas*". UNAIDS/05.05E.
36. ONUSIDA/OMS. (2009). *Situación de la Epidemia de SIDA*. 09.36S.ONUSIDA.
37. ONUSIDA. (2013). " *Women Out Loud. Como las mujeres que viven con VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA*". Ginebra.

38. OPS. 2003. *“Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”*. ISBN 92 75 32471
39. OPS. (2009). *“Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños”*. Washington, D.C.: OPS, ©
40. OPS. (2003). *“Exclusión en Salud en Países de América Latina y El Caribe. (Serie Extensión de la Protección en Salud No. 1)”*. Washington, D. C: OPS.
41. OPS. (2009). *Exclusión en Salud, Estudio de casos: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México , Honduras*. Washington, D.C.
42. OPS. (2005). *La Estigmatización y el Acceso a la Atención de Salud en América Latina: Amenazas y Perspectivas*. OPS.
43. OPS.2005.”*Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015”*. Washington.pag.5.
44. OPS. (2010).*Taller: “El Bibliotecólogo y el acceso a la información para la prevención de VIH/SIDA”*. [Diapositiva].Secretaria de Salud: Honduras.

45. Organización de las Naciones Unidas Consejo Económico y Social. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General No 14. 11/08/2000. (General Comments)* Ginebra, Suiza.
46. Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el Sida. (A/RES/S-26/2)*. Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (UNGASS).
47. Organización Panamericana de la Salud (2003) “*Exclusión en Salud en Países de América Latina y El Caribe. (Serie Extensión de la Protección en Salud No. 1)*” OPS. Washington, D. C.
48. Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección TB/VIH en América Latina y el Caribe.*
49. Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Informe del Secretario General: Declaración de Compromisos en la lucha contra el SIDA: cinco años después. 24/03/2006. A/60/736*
50. Prieto, S. (1999). Actitud del Profesional de la Salud hacia los pacientes VIH. *Med-ULA , Venez; Vol.5 (N. 1-4).*

51. Red Latinoamericana de Personas con VIH (REDLA+). (2009). *Servicios de Atención Integral para Personas con VIH en 14 países de Latinoamérica*. Editorial Gente Nueva. Colombia.
52. Rev. Cubana Estomatologica.2000. “El SIDA su repercusión en Estomatología”. Facultad de Ciencias Medicas Cienfuegos. Cuba
53. Rivera, J. B. (2000). Actitud del médico familiar ante el persona con VIH (PVIH). factores relacionados. *Revista Médica IMSS* , 38 (3), 203-209.
54. Sandra I. Melnick. (1993). “*Guide of Oral Manifestation HIV*”. WHO. England.
55. Santana Yrma. 2007.” *Condiciones de Salud –Enfermedad Bucal en pacientes adultos VIH/SIDA*”. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 46 N° 2 / 2008
56. Scully C, PorterS. 2000. “*HIV topic update: oro-genital transmission of HIV*”. Oral Dis.:92-8.*
57. Secretaria de Salud. 2011. “*Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la Reforma del Sector Salud*”. USAID. Tegucigalpa, Honduras.

58. Secretaria de Salud, INE, ICF. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Tegucigalpa, Honduras.
59. Secretaria de Salud (2007). "Perfil Epidemiológico de ITS/VIH/SIDA en Honduras". Departamento de ITS/VIH/SIDA.
60. Sierra M., Alger J., Espinoza E. , Espinoza I. ,Gonzales M., Maradiaga E., et al.(200). *Vulnerabilidad A La Epidemia De ITS/VIH/Sida en Zonas Rurales de Honduras*. Rev. Med. Honduras 2009; 77(4):159-164.
61. Sistema de las Naciones Unidas Honduras. (2003). *Informe sobre las metas del milenio: Honduras 2003*. (ISBN 99926-672-7-3).Tegucigalpa, Honduras. Lithopress Industrial.
62. Tami-Maury, I., Agüero, M., & Estupiñan-Day, S. (2009). Estudio Piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. *Revista Panamericana para la Salud Pública* , 536-40.
63. Valencia, N. y. (2009). Necesidades de aprendizaje sobre la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe Colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 106-131.

64. Varaz- Diaz, N., Neilands, T. B., Guilamo- Ramos, V., & Cintón Bou, F. N. (2008). Desarrollo de la Escala de Estigma y Discriminación relacionado con el VIH/SIDA para profesionales de la salud. *Revista Puertorriqueña de Psicología* .
65. Vidal, F., & otros, y. (2002). *Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile*. Santiago de Chile: Vivo Positivo-CIBISAP.
66. WHO. (2003). "Informe Mundial de Salud Oral: desarrollo continuo de salud oral en el siglo XXI". WHO/NMH/NPH/ORH/03.2. WHO. Ginebra.

11. ANEXOS