



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

***Percepción de los pacientes VIH/SIDA respecto a la atención, riesgo de
infección y discriminación en el servicio de odontología en la Caja de
Seguro Social, Área Metropolitana, Panamá 2010***

Dra. María Elena Guerrero G

CED N-17-391

ODONTÓLOGA

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN ADMINISTRACIÓN Y PLANIFICACIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PANAMÁ, REP. DE PANAMÁ**

2012

ST

II

ÍNDICE GENERAL

	Pág. No.
Índice general	II
Índice de tablas	IV
Dedicatoria	VI
Agradecimientos	VIII
Resumen	X
Summary	XII

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1. Planteamiento del Problema.....	5
1.2. Justificación y uso de los resultados.....	7
1.2. Objetivos	
1.2.1. Objetivo General.....	11
1.2.2. Objetivos Específicos	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.	13
2.2. La epidemia de VIH /SIDA	17
2.3. Manifestaciones Orales del VIH/SIDA.....	20
2.4. Sistema de Salud de Panamá.....	23
2.5. Políticas y Normas de Atención.....	25

30 ENE 2013

Obsequio.

17669

III

2.6. Región Institucional de Panamá Metro y San Miguelito Metro.....	27
2.7. Percepción.....	28
2.8. Satisfacción de la Atención.....	30
2.9. Riesgo de Infección en la Atención.....	32
2.10. Rechazo y Discriminación.....	36

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio.....	41
3.2. Universo y Muestra.....	41
3.2.1. Universo	
3.2.2. Muestra	
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	42
3.4. Instrumento y Procedimiento para la recolección de información.....	42
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	44
3.6. Variables	
3.6.1. Definición Conceptual y Operacional de las Variables.....	44
3.6.2. Construcción de las variables principales.....	47

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados	51
4.2. Discusión	63

CONCLUSIONES.....	74
--------------------------	-----------

IV

RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	84

INDICE DE TABLAS

No. DE TABLAS	Pág. No.
Tabla I Personas que viven con VIH/SIDA por sexo que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá Nov-Dic 2010	51
Tabla II Personas que viven con VIH/SIDA por grupo étnico que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá Nov-Dic 2010	52
Tabla III Personas que viven con VIH/SIDA por grupo lugar de residencia que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá Nov-Dic 2010	53
Tabla IV Personas que viven con VIH/SIDA por escolaridad que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá Nov-Dic 2010	54
Tabla V Personas que viven con VIH/SIDA por ingreso per cápita que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá Nov-Dic 2010	55

Tabla VI	56
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de la atención Buco Dental que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	
Tabla VII	57
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de la atención Buco dental y según indicadores que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	
Tabla VIII	58
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de riesgo que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S. Panamá. Nov-Dic 2010	
Tabla IX	59
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de riesgo De infección y según indicadores que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	
Tabla X	61
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de discriminación que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	
Tabla XI	61
Personas que viven con VIH/SIDA por percepción de Discriminación y según indicadores que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	
Tabla XII	63
Diferencias en la atención Buco Dental en las clínicas Odontológicas percibidas por los PVVS que asisten a la clínica antirretroviral en el CHMDR.AAM-C.S.S.Panamá Nov-Dic 2010	

DEDICATORIA

VII

Con mucho amor dedico este trabajo a mis hijos, Gina Marcela, Jaime Eduardo y Jorge Alejandro, para que nunca desistan de alcanzar sus sueños con esfuerzo, trabajo y superación constante.

A todas las personas que viven con VIH quienes han soportado el estigma y la discriminación.

Maria Elena

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primera instancia a Dios todo poderoso por guiar mis pasos a través de la vida. A mis maestros que con tanto amor me brindaron sus enseñanzas; de igual manera a mis tutores y asesores, Dr. Néstor Chen y Prof. Ricaurte Tuñón por sus acertadas orientaciones en el desarrollo de este trabajo investigativo.

Mi especial gratitud al Dr. Manuel Escala (q.e.p.d.), mi primer asesor de tesis, quien por circunstancias del destino no pudo apreciar la terminación del proyecto.

A los compañeros de “Viviendo Positivamente”, mil gracias por sus consideraciones; de la misma manera a los PVVS (Personas que viven con VIH/SIDA) que participaron en el estudio y creyeron en la confidencialidad de los datos emitidos; y a todas las personas que hicieron posible la culminación exitosa de la presente investigación.

RESUMEN

Se trata de un estudio transversal descriptivo, mediante un diseño no experimental, para conocer la percepción respecto a la atención, riesgo y discriminación odontológica de los pacientes seropositivos, mayores de 18 años, atendidos en la Clínica Antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, en la ciudad de Panamá, durante el año 2010. Para un nivel de confianza del 95%, se seleccionó una muestra de 147 atendidos durante los meses de noviembre y diciembre de 2010. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. La muestra incluyó un 68% de hombres y un 31% mujeres, en su mayoría (64%) entre las edades de 30 a 49 años, con un nivel educativo entre primaria y universitaria (94%) y con remuneraciones por debajo del salario mínimo (72%). Un 55%, de los PVVS, perciben la atención entre MALA Y REGULAR siendo, la falta de explicación o información por parte del odontólogo y la no resolución de los problemas de salud, los indicadores que mayor peso ejercieron en dicha percepción. Un 40% percibió el riesgo de infección, por atención en dicha clínica, BAJO Las medidas de bioseguridad son consideradas importantes mecanismos de protección, a pesar de ello, la mayoría de estos pacientes sienten temor de infectarse, de infectar a otros o al equipo de salud bucal, situación que pudiese interferir en la accesibilidad a la atención dental. Un 63%, de estos pacientes, se sienten discriminados, siendo la falta de confidencialidad del diagnóstico, las diferencias en la atención y el trato, los indicadores de mayor peso en dicha percepción. En general, los resultados sugieren que la mayoría de las PVVS, atendidos en la Clínica Antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, perciben deficiencias y diferencias en cuanto a la atención buco dental.

Palabras Claves: Atención Odontológica, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), Riesgo, Discriminación.

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive study by means of a non-observational design aimed to know the perception regarding the dental medical attention, the risk and discrimination in seropositive patients older than 18 years old who received medical attention in The Antiretroviral Medical Institution of The General Hospital Arnulfo Arias Madrid in Panama city during the year 2010. To collect data a survey with open and close questions was used. A sample of 147 patients who received medical attention between November 2010 and December 2010 was selected for a reliability level of 95%. The sample included 68% of men and 31% of women, mainly between the ages of 30 and 49 years old (64%) with an educational level between elementary and university level (94%) and with incomes below the minimum wage (72%). Fifty five percent of HIV/AIDS patients perceived medical attention as BAD or REGULAR, they state that the lack of information supplied by the dentist and the unsolved health problems were the facts with heavier emphasis in this perception. Forty percent perceived the risk of infection due to medical attention in this Medical Institution, as LOW. Biosecurity measures are considered valuable protection mechanisms; nevertheless, most of these patients are afraid to get sick, to infect other patients or the dental personnel, such situation may interfere with the accessibility to medical attention. Sixty three percent of these patients feel discriminated, being the lack of confidentiality of diagnosis and the differences on medical attention and courtesy the facts with heavier emphasis in this perception. In general, the results suggest most of HIV/AIDS patients who assisted to The Antiretroviral Medical Institution of The General Hospital Arnulfo Arias Madrid perceived weaknesses and differences regarding the dental medical attention.

Key Words: Dental medical attention, Human Immunodeficiency virus (HIV/AIDS), Risk, Discrimination.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de un cuarto de siglo, la aparición del virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. En el año 2008 los reportes mundiales registran 34 millones de personas que viven con VIH, un 20% más que para el 2000 y en forma general la prevalencia es tres veces mayor que en 1999.

(1)

En la década del 80 hasta nuestros días, políticos, recursos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, sociedad civil, grupos organizados de personas afectadas e investigadores de todo el mundo, han unido esfuerzos, en la lucha contra esta pandemia, logran así avances significativos, especialmente en cuanto a terapia antirretroviral, y control de la transmisión perinatal, sin embargo, el aumento de la epidemia ha sobrepasado las expectativas de control y ha facilitado el desinterés por otras facetas del mismo problema.

Históricamente, la epidemia de SIDA transformó la práctica clínica de la profesión odontológica, debido a la percepción de un mayor riesgo ocupacional en el consultorio dental. A pesar de los estudios progresivos, en el conocimiento del virus, sus formas de transmisión e implementación de las medidas universales de bioseguridad, persisten actitudes de rechazo y discriminación hacia las personas seropositivas y hasta evidente negativa de atención por parte del equipo de salud buco-dental. (8)(10)(11)

El acceso a medidas preventivas, tratamiento y seguimiento odontológico ha demostrado que la salud bucal de las personas con VIH/SIDA, mejora sustancialmente y disminuye los problemas más prevalentes como la caries y la enfermedad periodontal severa; crece la capacidad de respuesta a la terapia antirretroviral y mejora las expectativas y la calidad de vida.

Con el incremento de sobrevivencia de estos pacientes, dado por las nuevas terapias antirretrovirales, y la creciente aparición de nuevos casos, las necesidades de atención dental de este grupo aumentan (6), por lo tanto, los odontólogos, como parte de su responsabilidad moral, ética y social, están obligados a capacitarse en la identificación, diagnóstico y manejo adecuado de las lesiones bucales asociadas al VIH para proveer atención odontológica integral, como equipo médico, a todas las personas por igual.

Entre las principales causas que inhiben la demanda y uso de los servicios, por parte de las PVVS, destacan: el temor a ser rechazados y estigmatizados y la falta de confidencialidad sobre su condición de VIH, lo que trae como consecuencia la negativa de los pacientes a informar sobre su seropositividad al equipo de salud. (11)

Las razones que decidieron la elección e importancia de esta temática y la población objeto, de este estudio se basan en el protagonismo que recientemente ha adquirido el paciente como evaluador de los servicios sanitarios, el contacto con PVVS con reiteradas manifestaciones de experiencias negativas en el ámbito de la atención odontológica y la falta de

investigaciones sobre la salud Buco dental y este grupo poblacional, en nuestro país.

Gran cantidad de investigaciones que se han realizado sobre la evaluación de la atención y la mejora continua de las organizaciones se fundamentan en el paciente, como el eje sobre el cual gira todo el sistema. Las empresas, tanto privadas como públicas, han dejado de considerar a los clientes/pacientes como meros destinatarios de sus servicios para convertirse en verdaderos jueces y evaluadores de su gestión.

La adopción de la perspectiva del usuario, en el momento de evaluar el servicio, introduce el concepto de percepción, lo que permite considerar al usuario como pilar fundamental para determinar, si un servicio es o no, apropiado.

En este estudio pretendemos medir la percepción de los pacientes VIH respecto a la atención buco-dental recibida en las clínicas odontológicas de la CSS (Caja de Seguro Social) con un instrumento creado para este fin. Es igualmente importante conocer la percepción de riesgo y la percepción de rechazo /discriminación, en la atención odontológica.

CAPITULO I
ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La salud bucal es un aspecto muy importante para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH. La caries dental, las enfermedades periodontales y las lesiones blanquecinas de boca y faringe son patologías frecuentes en estos pacientes. La prevalencia de las lesiones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales está entre 30-80% por lo que el diagnóstico precoz, el mantenimiento de una adecuada higiene oral y el control periódico de la salud oral constituyen aspectos fundamentales de la atención que mejoran la adherencia al tratamiento antirretroviral, factor importante para el éxito del mismo. La visita periódica al odontólogo, con una positiva relación odontólogo paciente, permite no solo el adecuado control sino que mejora la capacidad de respuesta, el deseo de luchar y conservar su vida y facilita la aceptación de su condición de salud. (2)

Es importante anotar que el riesgo de transmisión ocupacional del virus entre los trabajadores de la salud es bajo; especialmente en odontología, se calcula aproximadamente en 0.3% por herida percutánea y de 0.001% por exposición mucosa (sea nasal, oral u ocular) (3) A pesar de esto y de la aplicación de las medidas universales de bioseguridad, persisten actitudes de rechazo y discriminación, por parte del equipo de salud hacia las personas infectadas. Entre los aspectos involucrados en el rechazo encontramos percepción de riesgo, aumentada por parte del personal, elevados costos, pérdida de

pacientes por atender este tipo de población, diferencias entre conocimientos y actitudes de los profesionales y el estigma con el cual se levantó la epidemia entre otros . Las actitudes discriminatorias se traducen en el reforzamiento de las medidas de bioseguridad, la postergación de la atención, y hasta evidente negativa de atención a estos enfermos. (8)(10)(11). Es importante resaltar que el acceso se convierte, para estas personas, en factor de exclusión en los servicios públicos de salud, por las actitudes de rechazo, discriminación y de exclusión económica, por los altos costos privados, de los tratamientos requeridos y la creciente demanda de los servicios, en este grupo.

La exploración de la literatura existente, en este aspecto, nos muestra cómo el abordaje de esta problemática se ha orientado a estudiarlo desde el punto de vista del profesional ya sea odontólogo o técnico, en donde se estudiaron los conocimientos, las actitudes, las prácticas y todo lo relacionado al riesgo de infección y transmisión, en el consultorio dental y a reconocer y describir las normas de bioseguridad. Pero poco se ha indagado sobre la percepción de los pacientes respecto a la atención odontológica.

Para conocer nuestra realidad consideramos importante y prioritario realizar un abordaje de los servicios de atención buco-dental, de las personas afectadas por VIH/SIDA desde la perspectiva de los usuarios. Debemos conocer las respuestas que manifestaron los entrevistados, a las siguientes preguntas:

¿Los pacientes seropositivos al VIH utilizan los servicios de atención odontológica para la solución de sus problemas buco dentales?

¿Están realmente satisfechas sus expectativas de atención, con parámetros de dignidad y no discriminación o rechazo por su condición?

¿Qué experiencias, recientes, han tenido con respecto a discriminación o no atención de salud bucal en las diferentes instituciones prestadoras del servicio, por parte de los profesionales, sea odontólogo o técnico?

¿Qué percepción tienen las personas que viven con VIH/SIDA del miedo o riesgo de contagio del personal de salud, en la atención buco dental actualmente?

¿Cómo se sienten los usuarios seropositivos con la aplicación de las medidas de bioseguridad, en la atención odontológica?

Y finalmente ¿Cuál es la percepción de los pacientes VIH/SIDA respecto a la atención buco dental en las clínicas odontológicas de la Caja de Seguro Social, en el área metropolitana?

1.2. JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS

Los efectos del VIH han sido tan devastadores para la humanidad, en este

siglo, que han obligado a gobiernos y expertos de todo el mundo a unificar esfuerzos en la lucha por su control. Éstos, en la sociedad moderna, han retrasado en años, el desarrollo de la mayoría de los países en vías de desarrollo, por lo que su control y prevención fueron designados como uno de los objetivos, loables, para alcanzar, como meta de desarrollo del Milenio. (1)

Con el aumento de personas diagnosticadas positivas que se encuentran bajo regímenes terapéuticos (triple terapia), sumadas a las 15.000-20.000 personas seropositivas que desconocen su condición, las necesidades de atención bucodental de esta población, aumenta. (6)

Los expertos de todo el mundo han determinado que el mejoramiento de la atención integral a las personas afectadas y la lucha contra el estigma y la discriminación son herramientas, indispensables, para el control de esta pandemia mundial.

Diversos estudios han concluido que entre un 40-50% de las personas, con este virus, desarrollará, durante el curso de la enfermedad, alguna lesión ya sea bacteriana, micótico o viral en la cavidad oral; y que en la mayoría de los casos, puede ser la primera manifestación del daño al sistema inmunológico.

De hecho, la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su informe sobre la salud en el mundo, revela que las manifestaciones bucales, asociadas al VIH/Sida son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo.

Es de gran relevancia fomentar la salud bucal en este grupo de personas, pues permite prevenir, detectar y brindar tratamiento a diversas enfermedades oportunistas, que pueden propiciar el deterioro general del individuo. Por ello, la atención odontológica ha funcionado como un elemento importante en el diagnóstico y atención de algunos padecimientos iniciales en el desarrollo de la enfermedad y que afecta grandemente el progreso de la misma.

A pesar que la Organización Mundial de la Salud considera la salud oral como un componente fundamental de la salud general y la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA, la desinformación y los propios temores al contagio, han dado como resultado que las personas portadoras sean desatendidas en sus requerimientos de salud; sean rechazados, estigmatizados y en el peor de los casos abandonados; esta situación viola los principios éticos de nuestra profesión, además de los derechos humanos de estos pacientes. “Las condiciones y la calidad de vida de ellos definirán su capacidad para enfrentar esta terrible enfermedad, desde lo intelectual-afectivo, hasta lo económico, pasando por la accesibilidad a los servicios de salud.” (2)

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes investigaciones y se han propuesto diferentes teorías sobre la calidad en los servicios de salud. Una de ellas apunta que las dimensiones de calidad que más influyen en la satisfacción global y en la percepción de la calidad son la accesibilidad, la confianza en que se recuperará su salud, el profesionalismo del odontólogo, las relaciones

interpersonales y la calidad de los medicamentos, dimensiones hacia las que se debería canalizar los recursos para elevar la satisfacción del usuario. (20)

La satisfacción del paciente debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de los servicios de salud y una medida de la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida; el método más utilizado para su medida es la encuestas de opinión, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades.

En algunos países de América Latina, como Colombia y Venezuela se encuentran referencias sobre estudios que aportan importantes conocimientos sobre el tema; hasta el momento no se ha realizado ninguno en Panamá, sobre la percepción de los usuarios VIH /SIDA de los servicios de salud buco dental.

Esperamos obtener, a través de esta investigación, datos de suma importancia, que permitan implementar medidas tendientes a mejorar los servicios de salud bucal para este grupo con riesgo incrementado. También es nuestro interés que los resultados puedan sensibilizar a quienes prestan los servicios, al conocer cómo los perciben los usuarios. Iniciamos este estudio en la región metropolitana, debido a que es el área de mayor incidencia en la República y lo dimensionaremos hacia la Caja de Seguro Social, como entidad prestadora de servicios de salud, en vista de que atiende, en la actualidad, aproximadamente

al 75 % de la población total del país. Esperamos que los resultados del presente trabajo sean tomados en consideración para la planificación de los servicios de salud oral, acorde a las necesidades y expectativas de las personas viven con VIH/SIDA, y podamos contribuir de esta manera, con el logro de los objetivos de desarrollo, del milenio.

Se procederá a socializar los resultados en la clínica antirretroviral del Complejo Hospitalario, en la Jefatura de Odontología, al igual que a los diferentes grupos de odontólogos que laboran en la Caja de Seguro Social.

Confiamos en que los resultados sean de gran ayuda para el Programa Nacional de Odontología de la CSS, que permitan implementar medidas que corrijan los hallazgos encontrados y de esta forma, mejoren la calidad de atención de salud bucal, como parte de la salud integral de todas las personas que padecen de VIH/SIDA.

1. 3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

Establecer la percepción de los pacientes seropositivos, respecto a la atención, al riesgo de contagio y a la discriminación en los servicios odontológicos de la Caja de Seguro Social del área metropolitana.

3.2. Objetivos Específicos.

- 1.- Establecer la percepción de los PVVS respecto a la atención dental en las clínicas odontológicas de la Caja de Seguro Social, según la utilización y la satisfacción del servicio recibido.
2. Determinar la percepción de los PVVS de riesgo individual, de riesgo de contagio a otras personas y al equipo de salud, en la atención buco-dental.
3. Determinar la percepción de discriminación o rechazo por su condición de seropositividad al VIH en la atención dental en las clínicas odontológicas de la Caja de Seguro Social.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

En la revisión bibliográfica del tema, en el grupo poblacional seleccionado y la salud bucal, encontramos el estudio de García –Sánchez C, Sierra-Gallegos y otros “Percepción de PVVS sobre atención odontológica”, estudio cualitativo realizado en Colombia 2009, que estableció seis categorías de análisis: 1) Importancia de la atención odontológica: Los resultados indican que para las PVVS es importante acudir regularmente al odontólogo y recibir un tratamiento adecuado para prevenir mayor deterioro de su salud. 2) Omisión y discriminación por parte del odontólogo: el resultado refleja dificultades para acceder a la atención odontológica y discriminación por parte del odontólogo, puesto que gran cantidad se niega a tratarlos, los remiten a otros servicios para evitar atenderlos, les prestan inadecuada atención o retrasan sus citas 3) Temor del especialista frente al contagio: se obtuvo en la población PVVS estudiada, que concuerda con que los odontólogos, frecuentemente, manifiestan temor para atenderlos por miedo al contagio, durante el contacto casual accidente durante la consulta. 4) Información y capacitación del odontólogo sobre el VIH/SIDA: en este aspecto los hallazgos dicen que en algunos casos los mismos tienen poca información, información desactualizada y desarticulada, con relación a los cánones internacionales de bioseguridad, en lo referente al diagnóstico, las manifestaciones y avance de la enfermedad, así como a los

reales riesgos de contagio. 5) Posibilidad del odontólogo de contagiarse en la atención: odontológica: Perciben que la probabilidad de contagio, durante la consulta, actúa como limitante para acceder a la atención, porque los odontólogos la usan como razón de la omisión. Y 6) Normas de bioseguridad: Perciben que los odontólogos, en muchas ocasiones, adoptan actitudes extremas e innecesarias de bioseguridad, lo que les genera cierta incomodidad, asociada con su diagnóstico. (7)

El estudio de RAMIREZ-AMADOR V, y col (México D.F. 2007) sobre experiencias de pacientes con VIH /sida y respuestas de odontólogos, ante el tratamiento dental, en la ciudad de México, encontró que el 45.5% de los profesionales aceptan tratar a personas seropositivas; con resultados similares el estudio brasileño de 1994 encontró un 44% de aceptación al tratamiento de PVVS, por sus odontólogos.

Las cifras encontradas en otros estudios, sobre la aceptación de los odontólogos a tratar personas VIH/sida varían en un amplio rango desde 14%, encontrado en un estudio que se realizó en Jordania, hasta 79-% y 84 % de estudios reportados en EE.UU y Canadá, respectivamente.

Los temores más frecuentes, mencionados en este estudio, coinciden con otros realizados en México en donde, el riesgo a infectarse, perder otros pacientes no VIH, perder a su propio personal y los costos de aplicar las medidas de

bioseguridad, se presentaron como las principales razones para la no atención de PVVS.

Pese a que en los últimos años se ha incrementado la disposición de odontólogos a la atención de los PVVS, los autores hacen hincapié en la necesidad de reducir las actitudes de rechazo, especialmente en los países en los que la ley no es de carácter obligatorio como en los EEUU, en donde los profesionales se ven obligados a brindarles sus servicios

Este estudio encontró que entre el 37% de los pacientes VIH no informan a su odontólogo sobre su condición y comparando estos datos con diversos estudios, a nivel mundial, se observa que los reportes de no informar su estado de salud, por los pacientes, está en rango entre 13 -37 % con un promedio de 30%. El bajo nivel de educación se relaciona directamente con esta actitud negativa.

Un mayor grado de escolaridad, mejor nivel de ingresos y el contar con un seguro se refleja en un productivo uso de los servicios odontológicos. Las inequidades socioeconómicas que enfrentan estos pacientes son semejantes a las que se manifiestan en otros grupos desfavorecidos de la población que buscan atención sólo en casos de dolor y emergencias. (8)

En Venezuela encontramos referencia de un estudio realizado por Dávila-La Cruz, M Mujica M, y otros sobre "Experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/sida, hacia la atención odontológica" reveló que: Con relación a la

atención odontológica, 76,7% reportó una experiencia “negativa” y 67,4% una opinión “regular”. 89,4% que no se identifican como tales, han tenido una experiencia “negativa”. Los hallazgos de la investigación sugieren que la mayoría de estas personas han tenido experiencia negativa y en consecuencia una “mala” opinión acerca de los servicios de atención odontológica. Se deben hacer esfuerzos conjuntos, autoridades de salud y comunidades científicas y educativas, para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios odontológicos para las PVVS. (9)

Irigoyen –Camacho y otros, en un reciente estudio en México sobre Opinión de la población sobre el contagio del VIH/SIDA en el consultorio dental, reportó que el 75% de las personas manifiestan temor al contagio en la clínica dental y sólo el 21% estaría dispuesto a continuar su tratamiento, si supieran que se atienden PVVS y 20% si atendiera un odontólogo con VIH. (10)

Encontramos un estudio en Perú, relacionado con la percepción de los PVVS ante la atención relacionada con la TARGA, en el que nos llama la atención que en sus conclusiones, reporta que los PVVS tienen una gran necesidad de información. (11). Aunque este estudio no está dirigido a la atención dental refiere falta de información por parte de los afectados.

En Panamá se han realizado varios estudios en diferentes poblaciones como adolescentes, indígenas, reclutas, cadetes y en niños y sus familias, pero ninguno en salud buco dental. Igualmente se llevo a cabo, con el patrocinio de

PASCA, el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica de la AED/Futures, un estudio multicéntrico en Centroamérica, en el año 2006, en donde Panamá mediante una encuesta de opinión, midió la percepción sobre el VIH/SIDA, en población adulta en donde se obtuvo los siguientes resultados:

1. Del total de entrevistados, un 73% afirmó haber escuchado mucho sobre el VIH/SIDA, mientras que 3% manifestó no haber escuchado nada.
2. 51% opinaba que las prostitutas con VIH/SIDA, se lo buscaban por su mal comportamiento.
3. 40% afirmaba que las personas con VIH/SIDA no deberían tener acceso a lugares públicos.
4. El 64% estuvo de acuerdo con que el dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba de VIH, como requisito para empleo.
5. El 99% estuvo de acuerdo en que se ofreciera información sobre el VIH/SIDA en los colegios. (13)

2. 2. LA EPIDEMIA DE VIH /SIDA

La infección por VIH/SIDA se considera un problema de salud para la humanidad, convirtiéndose en la amenaza más grande para la supervivencia humana en los últimos 700 años. No hay ninguna región en el mundo que

escape de este flagelo; se estima que para el 2010 habrá 40 millones de niños huérfanos debido a esta pandemia. (1)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) clínicamente representa la última etapa de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue identificado como tal, en la primavera de 1981 en Los Ángeles, Estados Unidos de Norteamérica, cuando el doctor M. Gottlieb describió los primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces, el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombre homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños de todos los continentes.

Las epidemias de América Latina y el Caribe están bien reconocidas. Se calcula que en la región hay 1,4 millones de adultos y niños que viven con el VIH y se reporta 240.000 nuevos casos en el 2009; en América Central la epidemia se concentra, preferentemente, en las grandes zonas urbanas. (1) Panamá ocupa actualmente el tercer lugar de prevalencia en Centroamérica, y pese a todos los esfuerzos realizados no hemos logrado detener el avance de esta pandemia.

Desde la aparición del primer caso en Panamá en 1984 hasta la fecha, ha mantenido un patrón de crecimiento progresivo. El MINSA (Ministerio de Salud), reporta hasta septiembre de 2009 una prevalencia de 10.127 casos, con un promedio, de aproximadamente 300 nuevos diagnósticos de SIDA, por año y

un incremento de unos 150 personas seropositivas; lo que significa una tasa de prevalencia de 0.9%.

En la distribución de los portadores del VIH, por sexo, durante los años en estudio, esta tasa ha sido mayor en hombres que en mujeres; merece especial referencia el análisis del comportamiento de este indicador, toda vez que en 1990 la tasa en hombres fue 7.7 veces mayor que en las mujeres y esta diferencia presenta un descenso progresivo hasta que en 2004 alcanza a ser 2.7 veces mayor en hombres que en mujeres, lo que ha significado la llamada feminización de la epidemia. La prevalencia por grupo etáreo, hasta finales del 2008 se encuentra en el grupo de 25 a 34 años. Del 1° Enero al 31 de Octubre del 2008, la mayoría de los casos proceden de la Región Metropolitana de Salud (107 casos)". (12)

La mortalidad por VIH/SIDA ha sufrido un ascenso porcentual en sus tasas de 43.8%; en 1990 es de 2.6 defunciones por 100,000 habitantes y en el 2004 de 14.0 por 100,000 habitantes, ocupando el noveno lugar como causa de muerte en el país , según estadísticas de la Contraloría General de la República

El reporte Epidemiológico de la Caja de Seguro Social muestra que para el 2008 se notificaron 332 casos nuevos de SIDA en pacientes asegurados y 144 de portadores asintomáticos. A Junio del presente año hay 131 casos nuevos de SIDA y 65 portadores asintomáticos más. Se observa claramente el aumento

de casos en mujeres y especialmente jóvenes, y como desde sus inicios los grupos de edad más afectados continúan siendo los jóvenes. (14)

En nuestro país se han logrado significativos avances en lo que respecta a la atención de las personas afectadas, en la lucha por el control de la epidemia, en la cobertura de medicamentos antirretrovirales, en los análisis de diagnóstico y especialmente en la disminución de la transmisión vertical. Sin embargo y pese a que la Organización Mundial de la Salud considera la salud oral como un componente fundamental en la salud general y la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA, (1) en Panamá, en las Clínicas antirretrovirales, creadas como respuesta a la atención integral de las personas afectadas, la atención odontológica no está incluida.

2.3. MANIFESTACIONES ORALES DEL VIH/SIDA.

La Organización Mundial de la Salud en su “Informe sobre la Salud en el Mundo” ha concluido la necesidad de enfatizar la promoción de la salud bucal, considerada como parte integral de la salud y un componente esencial para una buena calidad de vida

Diversos estudios han concluido que entre un 40-50% de las personas VIH positivas desarrollará, durante el curso de la enfermedad, alguna lesión ya sea bacteriana, micótica o viral en la cavidad oral. Las manifestaciones orales, en la mayoría de los casos, puede ser la primera manifestación del daño al Sistema Inmunológico. (2)

De hecho, este mismo informe revela que, las manifestaciones bucales asociadas al VIH/Sida son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo.

A pesar del incremento en la incidencia y prevalencia del VIH/Sida en las Américas, en general no parece haber políticas, estrategias ni programas que aborden idóneamente el problema de la salud bucal y la infección por este virus.

Con bastante frecuencia, las iniciativas para proveer atención odontológica a este tipo de paciente, en las Américas, provienen de instituciones académicas, gremiales u organizaciones no gubernamentales, pero estos esfuerzos, sin duda, loables, también son intermitentes y llevados a cabo sin una clara coordinación con los programas y estrategias nacionales (4)

Esta falta de articulación en los esfuerzos, aunada a los problemas de discriminación, inequidad socioeconómica y escasa disponibilidad de servicios que afectan a algunos países, se traducen solamente en serias dificultades que debe enfrentar el paciente VIH positivo para acceder a la consulta odontológica(2)

Las manifestaciones bucales más comunes de la infección son: Candidiasis: La cavidad bucal es la localización más frecuente de las lesiones por hongos en el cuerpo humano; en los pacientes inmunosuprimidos constituye una infección oportunista muy frecuente. Es una micosis superficial producida por hongos del género *Candida*; la más común es el género *Albicans*, (70%) pero también encontramos, en cavidad oral, otras especies como *C. tropicales*, *C. glabrata*, *C. Krusei*. Leucoplasia vellosa, Virus del Herpes Simple, Queilitis angular, Periodontitis asociada al VIH, Eritema Lineal gingival, Gingivo estomatitis ulcero necrotizante aguda, Sarcoma de Kaposi y aumento de incidencia de caries dental en pacientes bajo terapia antirretroviral por la xerostomía, efecto secundario de algunos fármacos de la triple terapia.(5) La xerostomía, que es disminución del flujo salivar incrementa el riesgo de patologías bucales y generales como caries dental, lesiones mucosas y alteraciones digestivas entre otras.

Pocos son los estudios realizados en nuestra región, en el perfil epidemiológico de salud bucal de las PVVS, por lo que es importante señalar el estudio realizado en Cartagena, Colombia 2010, en donde encontraron que "El 59,9% de los participantes presentaron higiene oral regular, a su vez el 66% reportó presencia de cálculo supragingival y 15,1% de sangrado gingival, se presentó caries en el 92,5% y ausencia de dientes en el 73,6% de los participantes. La

prevalencia general de manifestaciones orales VIH/SIDA fue de 45,3%, destacándose las de origen infeccioso con un 28,3%, seguida de las glandulares con 11,3% y las idiopáticas con un 5,7%. La totalidad de los individuos necesitan asistencia odontológica, de éstos el 60,4% necesita 4 tipos de tratamientos diferentes. Sobresale la promoción y prevención en un 98,1% de los casos seguida por el detartraje con 73,6% y la necesidad protésica en el 81,2% de los individuos. (15) Datos similares se encontraron en Venezuela en donde Dávila y Tagliaferro 2009, reportan 66% de PVVS con caries dental, 78% con periodontitis y 42% requieren tratamiento urgente (16)

Conclusión: se hace evidente la falta de atención y la necesidad de tratamiento de esta población, la cual presenta un estado de salud oral regular. Afirmando el derecho a la atención integral que este tipo de pacientes merece.

2.4. SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ

El Sistema de Salud de Panamá está organizado en Subsector Público y Subsector Privado. El público está integrado por el Ministerio de Salud (MINSAL), la Caja de Seguro Social (CSS), y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAN).

Las estimaciones de cobertura asignan el 70% de la población a la CSS y el 30% al MINSAL que además de ser un importante prestador de servicios es también, el

ente rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades son financiadoras de los servicios de salud pública y atención médica en el país; aportan cerca del 70% de los recursos utilizados y dejan un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

El MINSA y la CSS armonizan los planes de acción y los modelos de gestión de sus propias Instituciones prestadoras de salud, en los cuatro hospitales nacionales y en las clínicas especializadas de la CSS. Sin embargo, la gestión puede definirse como centralizada y con una estructura fuertemente jerárquica, aunque con un cierto grado de desconcentración de funciones, en las regiones sanitarias. Para la prestación de servicios, el sector dispone de 11 médicos y 10 enfermeras profesionales por 10,000 habitantes (17)

La estructura operativa de la Caja de Seguro Social está dividida en 9 regiones institucionales y no tiene presencia en las comarcas indígenas. Tiene funciones de financiación, comprador y proveedor. El Sistema está organizado por Niveles de Atención, Primario, secundario y terciario y escalones de complejidad.

La atención odontológica general se ubica en el primer nivel de atención, es ambulatoria y se encuentra descentralizada; el paciente puede acceder al servicio mediante solicitud de cita por el sistema de "call center", en donde el

derecho habiente pide su cita con el profesional que desea y en la Unidad ejecutora que decida ,por referencia de otro especialista o de alguno de los Programas de Salud existentes o mediante el sistema de atención de urgencias.

La C.S.S. ofrece servicios especializados de Periodoncia, Endodoncia, Odontopediatría, Radiología y Cirugía máxilofacial a los cuales se ingresa por referencia del odontólogo general.

2.5 POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN

En la Constitución Política de la República de Panamá se plasma a la Salud como un derecho de todos los ciudadanos y es el Estado el encargado de velar por este derecho. El Capítulo VI sobre Salud, Seguridad Social y Asistencia social define varios artículos entre los que destaca:

Art. 105: Derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la Salud

Art. 106: Derecho a la capacitación de los grupos sociales

Sin embargo ante el vacío legal de algunos aspectos , en el año 2000 se crea la Ley 3 General de ITS y VIH/SIDA; un año mas tarde se reglamenta mediante Decreto Ejecutivo N° 119.

En la Ley 3 General de ITS/VIH /SIDA y su Reglamentación destacan los siguientes artículos:

Art. 5. Los resultados de las pruebas de VIH deben manejarse de manera confidencial.

Artículo 7: Este artículo establece que nadie puede ser sometido a una prueba de VIH sin su debido consentimiento.

Art.60. Obliga a los Directores de Centros de Atención a velar por una adecuada atención a los PVVS, y a eliminar, de su personal, cualquier acto de discriminación

Art. 21: Toda persona diagnosticada con ITS/VIH/SIDA deberá recibir atención oportuna y en igualdad de condiciones, tanto en entidades públicas como en privadas.

Art. 26: Ninguna persona infectada con VIH/SIDA, podrá ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o técnicas.

Art. 31: Prohíbe cualquier discriminación y acto estigmatizador o de segregación en perjuicio de las PVVS, así como de sus parientes y allegados

El Cap de Derechos y deberes prohíbe actos discriminatorios, estigmatizantes o de segregación. (13)

En Panamá el ente regulador- administrativo es el Programa Nacional de VIH/SIDA, estructura del Ministerio de Salud. En el “Estudio Piloto sobre políticas de salud bucal y VIH “ realizado por Tamí- Maury et al, el que de 38 países contactados solo 12 Directores Nacionales de odontología contestaron el cuestionario , entre los que esta Panamá; encontraron que la razón odontólogo/pacientes infectados por VIH es de 1:8 colocándose en 4º lugar

descendente entre los 12 reportados; además concluyen que existe poco conocimiento de los directores de los servicios de salud bucal, de la situación del VIH y poca articulación con los Programas Nacionales de VIH .(18)

El documento: Manual de Normas técnicas, Administrativas y protocolos de atención en salud bucal, de agosto de 2004, de la Caja de Seguro Social elaborada en conjunto por el MINSA , C.S.S. la Universidad de Panamá y la Asociación Odontológica Panameña, establece el protocolo de atención para pacientes con VIH/SIDA.

La política nacional de salud bucal (19) contempla que la atención odontológica debe tener un carácter integral, es decir, se debe brindar a la población fomento y prevención de la salud, curación, rehabilitación y mantenimiento; incorporando la difusión de la información acerca del uso de fluoruros, los métodos preventivos y las técnicas educativas-preventivas participativas, que deben ser desarrolladas no sólo en las escuelas sino también en las comunidades.

2.6. REGIÓN INSTITUCIONAL DE PANAMÁ METRO Y SAN MIGUELITO

División geográfica administrativa que abarca la ciudad capital , incluido el distrito de san Miguelito , en donde la Caja de Seguro Social tiene 7 Policlínicas 3 Centros de atención , promoción y prevención en salud (CAPPS) y 4 Unidades Locales de Atención Primaria en Salud (ULAPS)

Solo hay servicio de odontología en la Policlínicas y en las ULAPS

El área metropolitana tiene un total de 363 funcionarios de los cuales hay 204 odontólogos: 131 generales, 27 especialistas.

La razón odontólogo /personas con VIH para Panamá es de 1:8 según estudio en America Latina, en donde para países como Canadá es de 1:3 y Guatemala 1:19

La población total de personas positivas al virus, inscritas en la Clínica antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano, se estima en 2.500 aproximadamente, para el año 2009. Un promedio de 300 pacientes por mes reciben terapia antirretroviral en esta clínica. Existen otras clínicas antirretrovirales en Chorrera y Panamá Este, Colon y Chiriquí , pero la mayor concentración de pacientes se encuentra adscrito a la Clínica Antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano .

2.7 PERCEPCIÓN

Es el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda de la obtención y el procesamiento de información.

Las palabras claves para definir la percepción son selección y organización. Es común que personas diferentes perciban, en forma distinta, una situación, tanto en términos de lo que perciben en forma selectiva, como en la manera en que organizan e interpretan lo percibido.

Las personas reciben estímulos del ambiente a través de los cinco sentidos: tacto, olfato, gusto, vista y oído. En algún momento, específico, todos presentan atención, en forma selectiva, a ciertos aspectos del medio y pasan por alto otros, de la misma manera.

El proceso de selección de una persona comprende tanto factores internos como externos, con la filtración de las percepciones sensoriales y establecen cuál recibirá la mayor atención. Después, la persona organiza los estímulos seleccionados, en patrones significativos.

La forma en que las personas interpretan lo que perciben también varía en forma notable. La interpretación de los estímulos sensoriales que recibe un individuo, conducirá una respuesta, sea manifiesta (acciones) o encubierta (motivación, actitudes y sentimientos) o ambas. Cada quien selecciona y organiza los estímulos sensoriales de manera diferente y, por lo tanto, llega a interpretaciones y respuestas diversas. La diferencia de percepción ayuda a explicar por qué las personas se comportan en forma distinta, en la misma situación. Con frecuencia se perciben las mismas cosas, de manera divergente y las respuestas de comportamiento dependen, en parte, de éstas.

Para la Psicología moderna, la percepción puede definirse como el conjunto de actividades y procesos relacionados con la estimulación a través de los sentidos, mediante los cuales obtenemos información sobre nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. Otra definición nos dice que percepción es “Una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva” .(20)

En el ámbito del servicio, al usuario, la percepción es determinante; es la base para establecer la credibilidad en una persona u organización.

Son pocos los estudios relacionados a las percepciones de los PVVS sobre la calidad de la atención, la mayoría en países desarrollados como Canadá, EE.UU. Inglaterra y España. En América Latina encontramos referencias de estudios en Brasil y Venezuela. La mayoría miden la calidad de vida de las PVVS y otros orientados a los servicios de salud relacionado con el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). como el estudio peruano (11)

2.8. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN.

Implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio, está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos

elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona, en diferentes circunstancias.

Es bien conocido que las buenas relaciones interpersonales contribuyen, en forma efectiva, en los resultados eficientes de la prestación de los servicios de salud. Una buena relación médico-paciente produce confianza y credibilidad. La calidad de esta relación se basa en el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la escucha activa, la comprensión y compenetración. Una mala relación interpersonal puede contribuir a una mala evaluación de la calidad aunque el servicio se preste en forma profesional y competente, comprometiendo la calidad general de la atención.

La satisfacción del paciente, con la atención odontológica, se considera uno de los valores deseables de la prestación de un servicio y debe ser uno de los objetivos de los prestadores del mismo. Donabedian lo ha incluido como un elemento que marca el nivel de salud en sí mismo. (21)

Establecer y validar la calidad de un servicio, determinar su valoración, así como diseñar y aplicar instrumentos para evaluar la percepción y expectativas, por parte de sus usuarios, a los fines de considerarlas en el rediseño del servicio, debería constituirse en parte importante del trabajo de Administrar servicios de salud con efectividad.

La satisfacción del paciente/usuario debe ser un objetivo primordial para cualquier responsable de los servicios sanitarios y una medida de la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio

expectativas-calidad percibida; el método más utilizado para su medida es la encuesta de opinión, que permite detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades. (21)

Son varios los estudios que abordan la satisfacción del usuario como medida de resultado de los procesos de atención; para la población de PVVS son pocos. Igualmente se ha estudiado la satisfacción del paciente con los servicios dentales y la calidad de atención buco dental, como el estudio de Bendi en el Reino Unido, en el cual el 87% de las personas reportaron estar satisfechos con el servicio recibido, o el realizado por Hincapié y col. en Colombia, en el 2004 donde el 95.65% de la población estaba completamente satisfecha con su atención de salud oral; el de García Z en Perú, quien reporta un 85% de satisfacción, pero estos estudios y otros más realizados, no se orientan a los PVVS sino a la población en general.

2.9. RIESGO DE INFECCIÓN EN LA ATENCIÓN.

En los inicios de la epidemia, 1990, el temor al contagio en la población odontológica se vio exacerbado por la publicación en Florida USA, de la supuesta transmisión del virus por parte de un odontólogo con SIDA, a seis de sus pacientes. A pesar de los exhaustivos estudios no se logró evidencia concluyente que apoyara esta vía de transmisión.

Sin embargo independientemente de este caso , la incertidumbre sobre las potenciales medios de transmisión por vía bucal y de los factores inhibitorios de la capacidad de infección del virus, en la cavidad bucal , influyeron en el dentista de manera negativa, ocasionando rechazo de los odontólogos hacia las personas infectadas, en un porcentaje considerable . (22)

En la literatura internacional se han publicado diversos estudios concernientes a las actitudes del dentista hacia los portadores del virus y sus factores relacionados. Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica, predominan aquellas que se relacionan con las deficiencias de conocimientos y aplicación de las medidas de control de infecciones. (22)(23)

El grupo de odontólogos se diferenció significativamente de los médicos , enfermeras y estudiantes, pues presentaba una actitud negativa más acentuada en el factor rechazo y menor en el factor discriminación; en un estudio realizado en Venezuela con una escala ACSI para medir actitud hacia el VIH. Se asume que la actitud de los odontólogos, obedece, quizás, a la mayor probabilidad sentida de contagio y riesgo, derivada, de su actividad clínica. (24)

Otros estudios realizados al respecto, coinciden en que se debe, en parte, al alto índice de mortalidad por la infección, la ausencia de un tratamiento curativo, el carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio entre los principales factores reportados. (7)(8)(9)(22)(23)(24)(25)

Al estudiar sobre la actitud de los odontólogos para atender pacientes VIH/SIDA, se dice que a mayor tiempo de graduado, menor es el interés de tener contacto con pacientes portadores, así como sobreestimación del riesgo de transmisión y falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre prevención y control de la enfermedad.; “de acuerdo con encuestas, la mayoría de los odontólogos tiene miedo de tratar a pacientes VIH positivos, inclusive les han negado la atención y discriminado.”(7)(24)(25)

Desde un punto de vista más realista sobre los riesgos ocupacionales, un mayor conocimiento y práctica rutinaria de las medidas universales de bioseguridad permitirían asegurar la práctica clínica, que permitirá una positiva contribución de la odontología a este grave problema.

Algunos estudios de otros países califican como conflictiva la interpretación que tienen el público y los grupos profesionales de la salud con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Además de que los prejuicios resultantes de este conocimiento deficiente dan lugar a una estigmatización, la información perjudiciada ha afectado a los trabajadores de la salud.

La información y las actitudes en profesionales de la salud dental son importantes, ya que algunas manifestaciones de la infección pueden ser identificadas en revisiones dentales. (4). La meta de una política adecuada para enfrentar el reto, es reeducar a los profesionales de la salud oral, en el diagnóstico, manejo clínico y control de infecciones. Este proceso de capacitación puede, a su vez, mejorar las actitudes hacia los pacientes ; muchos

profesionales de la salud oral prefieren no tratarlos porque temen ser infectados, porque no usan las barreras adecuadas, porque carecen del equipo para esterilizar de manera correcta o no lo usan adecuadamente, por los costos elevados que estas medidas significan y por el recelo a perder pacientes, al enterarse de que ahí se atiende a pacientes VIH positivos. (23) En este clima de desconfianza mutua, muchos odontólogos refieren pacientes de alto riesgo en lugar de atenderlos, a la vez que muchas personas buscarán otro odontólogo si éste es VIH positivo, aun cuando el riesgo de que un paciente sea infectado por un odontólogo es mínimo. (24) En general, las actitudes de los profesionales de la salud oral tienden a ser negativas más que positivas, de acuerdo con los datos obtenidos en varios países.

En el ámbito de la formación de nuevos profesionales, también encontramos deficiencias. Estudios realizados en México y Colombia reportan que la proporción de estudiantes que tienen experiencia directa con una persona VIH positiva es muy pequeña. Sin embargo, una proporción más grande de los estudiantes, estaría dispuesta a tratar a pacientes infectados (54.7%) que la informada en profesionales norteamericanos (entre 27 y 43%), Comparativamente, sólo el 18% de los profesionales británicos no estaría dispuesto a atenderlos. Estas cifras sugieren comparaciones interesantes respecto a la aparente disposición de los estudiantes para tratar pacientes seropositivos, aun a pesar de su poca experiencia en este aspecto. La mayor parte de los estudiantes indicó que, tanto ellos como sus relaciones sociales,

estaban preocupados por la infección VIH, Debido a que sólo se cuenta con la información que los encuestados afirman emplear, sólo cabe preguntarse si éstos son los criterios que emplearían en la vida real. De cualquier forma, una mayoría describió su percepción del problema de la infección VIH como sumamente importante, hasta el punto de que el 93.4% estuvo de acuerdo en que esta epidemia , ha cambiado la forma en la que se da atención dental. (26)

2.10. RECHAZO Y DISCRIMINACIÓN.

Desde el comienzo de la epidemia, las personas con VIH/SIDA o aquellos vulnerables a la infección han sido sistemáticamente objeto de estigma y discriminación, en diferentes grados y contextos sociales. La literatura científica ha documentado diversidad de actitudes discriminatorias que van desde la indiferencia, hasta la pérdida de familia, amigos, trabajo, maltrato físico y psicológico, que violan los principios fundamentales de los Derechos Humanos. Se ha identificado, que los dentistas, a menudo, rechazan al paciente, debido, principalmente, al temor de contagio con el virus, durante los procedimientos odontológicos, por el uso inadecuado de las medidas universales de bioseguridad. Diferentes estudios evalúan este rechazo entre el 20-84% , con la conclusión que casi una cuarta parte de los dentistas rechazan al paciente VIH, a pesar de que la posibilidad de transmisión en los trabajadores de la

salud, es infinitamente baja y todavía menor en el consultorio dental.

(6)(7)(8)(9)(229)(23)(24)(25)

Todas las acciones de rechazo y discriminación afectan no sólo a la persona, sino a todo su entorno social y ocasionan graves problemas al sistema de salud cuando son realizados en los mismos lugares de provisión de servicios de salud, ya que impiden la atención oportuna, esto agrava su condición, aumenta el riesgo de contagio y encarece los servicios. El temor a ser considerado vulnerable a la infección impide que muchas personas soliciten pruebas voluntarias; por consiguiente, es menos probable que esas personas tomen medidas para protegerse y proteger a otros. Sumado a esto, estas acciones conducen a la depresión, aislamiento social y una pesada carga para las familias y los cuidadores.

La doctora Alise Desclaux, catedrática de Antropología médica, en su artículo Estigmatización y Discriminación, discutido en París en una mesa redonda de la UNESCO, declaró: "El VIH/SIDA no comporta ninguna connotación positiva ...Cubriendo todo el espectro de la desconfianza a la crítica, del ostracismo a la discriminación, del rechazo al abandono y de la estigmatización al expolio, las actitudes hostiles hacia las personas con VIH, reforzadas por las asociaciones negativas de la enfermedad, parecen constituir una invariable cultural. A las personas infectadas y a quienes las rodean, a menudo les resulta más difícil vivir con esta enfermedad social" (28) que con las manifestaciones clínicas de la infección.

“Estigmatización y Discriminación” son términos muy generales que abarcan una variedad de prácticas y actitudes enraizadas en representaciones y modos de discurso, que van desde un gesto inconsciente a una decisión consciente, de negligencia pasiva a violencia y que engloban todas las esferas de la existencia, desde el microcosmo de las relaciones interpersonales, hasta el macrocosmo de las relaciones entre grupos sociales y entre pueblos. Los puntos que tiene en común son:

- 1) que establecen una distinción o diferencia,
- 2) que son devaluadoras y peyorativas
- 3) que se basan en una marca o estigma asociada a la enfermedad o riesgo al contagio.

Las cuestiones que rodean a la discriminación, relacionada con el SIDA pueden ser de varios tipos. Hablando de una violación de un principio de justicia natural, aplicado a todos los individuos: el derecho a no ser discriminado queda estipulado en el Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

En este punto es relevante considerar el estudio de Infante, Zarco y col. en México 2006 “ El Estigma asociado al VIH : El caso de los prestadores de Salud en México” , reporta que el 75% de los proveedores recibió capacitación relacionada con el VIH/SIDA, pese a lo cual persiste la discriminación debida a clasificaciones en *grupos de riesgo*; la identificación de vivir con el virus, padecer

el síndrome y morir; y el desconocimiento de las vías de transmisión. El 23% no compraría comida a una PVVS y 16% sugiere prohibir su ingreso a servicios públicos. El aislamiento, registro del VIH en expedientes, pruebas obligatorias y demora en procedimientos quirúrgicos de las PVVS fueron prácticas constantes. La percepción de que los hombres que tienen sexo con otros hombres y las personas que realizan trabajo sexual deciden sus prácticas sexuales establece la división entre *víctimas inocentes* y *culpables* e influye en la estigmatización y discriminación en los servicios.

La confidencialidad del diagnóstico es otro aspecto controversial: por un lado, 89% de los encuestados señala que se debe mantener la confidencialidad de los resultados de la prueba diagnóstica; empero, cuando se preguntó si los jefes o administradores de una empresa tenían derecho a conocer la condición serológica de sus empleados, el porcentaje descendió a 59.52%; es decir, 38.07% estuvo de acuerdo en violar la confidencialidad de las personas cuando se les preguntó por un caso concreto y alejado de la práctica médica y su discurso oficial. Algunos médicos refirieron que existe un retraso intencionado de las citas de las PVVS, en particular en cirugía y atención buco-dental. El diferir las citas y la negación constante de la atención demuestran la existencia de un trato discriminatorio entre un paciente cualquiera y una PVVS. Un médico especialista en VIH/SIDA comenta: "Se da un deambular de las PVVS por todo el sistema y por los distintos niveles de atención, en donde los médicos no están capacitados y además no desean atender a las PVVS". (25)

En Chile Vidal y otros han realizado estudios sobre discriminación a PVVS en diferentes ámbitos incluyendo la atención de salud, en donde han reportado avances desde el 2002 al 2005. Sin embargo las situaciones de rechazo y retardo en la atención odontológica y ginecológica persisten. Al igual que persisten situaciones de violación a la confidencialidad del diagnóstico, especialmente, con pacientes hospitalizados.(29)

En nuestro país encontramos una Encuesta sobre Discriminación, 2006, en donde se reportan algunos aspectos en que se da discriminación. En el área de asistencia sanitaria se encuentran: 1) Denegación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA 2) Realización de pruebas del VIH sin conocimiento. 3) Negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas del VIH. 4) Falta de confidencialidad: informar a otros de los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales (13)

En Panamá, nuestra experiencia debería indicar que la percepción de los pacientes VIH/SIDA respecto a la atención dental en la Caja de Seguro Social en el área metropolitana, se caracteriza por el uso regular de los servicios de salud buco dental, satisfechos de la atención recibida en igualdad de condición que para otros asegurados, sin discriminación ni rechazo y concientes de una clara percepción del riesgo para otras personas en la atención de salud bucal.

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal acerca de la percepción de los pacientes seropositivos al VIH, sobre la atención, el riesgo de contagio y la discriminación, en la atención odontológica, de la Caja de Seguro Social en el área metropolitana.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1. Universo de estudio:

El universo lo conforman los pacientes ambulatorios, mayores de 18 años, atendidos en la clínica antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano, pues los mecanismos de confidencialidad no permiten ubicar los PVVS en otro lugar.

3.2.2. Muestra:

Para el cálculo de la muestra se consideró el promedio mensual de 300 pacientes que se atendieron durante el año 2009. Se utilizó el Programa estadístico EPIDATA 3. Para un nivel de confianza de 95% se estimó una muestra inicial de $n=150$ a la cual se le agregó un 10% por efecto de diseño con

lo cual se obtuvo una muestra de $n=165$. De este total se eliminaron 9 encuestas, 8 por falta de respuesta y 1 por no ser un paciente VIH positivo. Finalmente, la muestra quedó conformada por 147 pacientes.

Para la selección de los participantes se utilizó muestreo aleatorio sistemático, entrevistando por orden de llegada a intervalo de dos (2), a pacientes que acudieron a la Clínica antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

El estudio incluirá a todos los asegurados PVVS mayores de 18 años, que hayan vivido en la capital durante el último año, que se atienden en la Clínica Antirretroviral del Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS y que acepten participar en el mismo. No se incluirán pacientes en estado terminal y que hayan participado de la aplicación de la prueba piloto.

3.4. INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta que considera parámetros de las variables a medir y las adapta a las necesidades del estudio. La misma se validó con una prueba piloto aplicada a 15 personas que viven con VIH perteneciente a la ONG “Viviendo Positivamente”; se realizaron las correcciones en los términos e interrogantes planteadas por el grupo piloto. La encuesta final quedó constituida por 6 preguntas para las variables socio demográficas, 4 para percepción de la atención, 5 para la variable riesgo y 4 para la variable discriminación. Al instrumento se le aplicó la prueba KR 20 (Kuder –Richardson) con resultados de 0.68, 0.65 y 0.71 que se considera confiabilidad alta

Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital y se informó a las personas encargadas de la Clínica Antirretroviral para su consentimiento. La aplicación de las encuestas se realizó durante el mes de Noviembre y Diciembre del año 2010, en la sala de espera de la Clínica TARV y en la sala de espera de la farmacia para la terapia antirretroviral (TAR). A cada participante se le explicaron, los objetivos del estudio, los mecanismos de confidencialidad de la información y sobre su derecho a no contestar preguntas que no desearan y/o abandonar la encuesta cuando lo desearan. Finalmente, se les solicitó la firma del documento de consentimiento.

Se creó la base de datos en el programa Excel de Microsoft y se realizó una limpieza de datos que llevó a la eliminación de 8 encuestas por tener muy poca

información o muchas respuestas a cada pregunta, además se eliminó una encuesta porque la persona contestó el instrumento, no siendo PVVS

3.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

Durante el período del estudio se tomaron en cuenta todos los aspectos éticos, y de confidencialidad; se inició con la validación del protocolo por el Comité de Ética del complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Se le explicó, a cada participante, los objetivos del estudio y se leyó (totalmente) el consentimiento informado. Este documento no se adjuntó a la hoja de cuestionario para evitar la identificación del entrevistado. Las encuestas no incluyeron ninguna forma de identificación del participante para salvaguardar la confidencialidad del entrevistado. A los participantes se les dio la oportunidad de contestar o no las preguntas y la posibilidad de abandonar la entrevista, en el momento que lo deseara.

3.6 VARIABLES

3.6.1. Definición conceptual y Operacional de las Variables:

***“AUNQUE ES HUMANO ERRAR, ES INHUMANO NO TRATAR Y SI ES
POSIBLE PROTEGER DE FALLAS EVITABLES Y PELIGROS A AQUELLOS
QUE CONFIAN SUS VIDAS A NUESTRAS MANOS”***

MAX THOREK, CIRUJANO, MÚSICO Y FOTOGRAFO 1880-1960

CAPÍTULO III.
METODOLOGÍA

A continuación presentamos las definiciones conceptuales y operacionales de las variables del estudio:

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Edad	Tiempo(en años cumplidos) transcurrido desde el nacimiento a la fecha de aplicación de la encuesta	Edad en años cumplidos declarada por el entrevistado. Agrupados por Grupo de edad: 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69
Sexo	Características externas e internas que percibe el individuo de su ser sexuado	Según declaración del entrevistado y clasificados en categorías: Masculino Femenino
Escolaridad	Preparación académica, formal e informal, que permite el desempeño profesional, técnico o práctico	Escolaridad declarada por el entrevistado y clasificado en categorías : Primaria incompleta Primaria completa Primer ciclo Segundo ciclo Universitaria incompleta Universitaria completa Técnico Práctico(artesano)

Lugar de residencia	Ubicación del sitio de vivienda habitual de la persona	Lugar de residencia declarada por el entrevistado
Nivel de Ingresos	Aporte en dinero que permite sufragar las necesidades básicas de la familia El monto total de ingresos de la familia, con la suma de todos los miembros que colaboran, dividido por el número de miembros de la familia que viven bajo el mismo techo.	Generado mediante la formula: $I = \frac{I(1)+I(2)+I(3)+\dots}{N^{\circ} \text{ personas}}$ Categorías empleadas . 0-200 B/. 201-400 B/. 401-600 B/. 601-800 B/. 801-1000 B/.
Atención odontológica en la CSS	Valoración del servicio en las clínicas odontológicas de la Caja de Seguro Social, según su utilización y la satisfacción del servicio recibido	Puntaje resultante de la sumatoria de los valores obtenidos en las preguntas de la 1 (a,b) a la 4 del cuestionario Categorías empleadas: Excelente Bueno Regular Malo
Percepción de riesgo de contagio	Expresiones de inseguridad y sensación de riesgo y/o amenaza a la vida la seguridad de otras	Puntaje obtenido de la sumatoria de los valores obtenidos en las preguntas de la 5 a la 9 del cuestionario Las categorías empleadas

	personas o de si mismo en el proceso de atención de salud bucal relacionado con las medidas universales de bioseguridad	fueron: Alto Moderado Bajo Ninguno
Discriminación en la atención dental	Variedad de prácticas y actitudes enraizadas en representaciones o modos de discurso, que van desde un gesto inconsciente a una decisión y/o acción	Puntaje adquirido de la sumatoria de los valores obtenidos en las preguntas de la 10 a la 13 del cuestionario. Las categorías empleadas fueron: SI NO

3.6.2. Construcción de las variables principales

Las variables “Atención odontológica en la CSS”, “Percepción de riesgo de contagio” y “Discriminación en la atención dental”, fueron generadas mediante indicadores. A cada indicador se le asignó un valor de cero (0) o uno (1). El valor cero le fue asignado si el indicador de la percepción de la atención, de riesgo y de discriminación resultaba negativo, en caso contrario se le asignó el valor uno

(1) (percepción positiva). Con los valores asignados se realizó una sumatoria que generó puntajes de 0 a 4(Percepción de la Atención), de 0 a 5 (Percepción de Riesgo) y de 0 a 4(Percepción de Discriminación). Las variables, componentes, preguntas, opciones de respuesta, valores, valores asignados y categorías, se describen a continuación:

VARIABLE	COMPONENTES	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	VALORES	VALOR ASIGNADO	CATEGORÍAS
PERCEPCION DE LA ATENCIÓN	• Solicitud de atención	P1	SÍ	SÍ { (-) 1,2,6 (+) 3,4,5,7	PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)	EXCELENTE (PUNTAJE=4)
		1.a(MOTIVO)	NO		PERCEPCIÓN POSITIVA(1)	
			Urgencia, Dolor		PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)	
			Control d salud Caries, Sangrado enc Extracción otro.			
	• Opinión sobre la atención	1.b(NO PORQUE)	No consigo cita, Mala atención,	NO { (-) 1,2,,4,6 (+) 3,5,7	PERCEPCIÓN POSITIVA(1)	BUENA (PUNTAJE=3)
			No tengo tiempo, Citas muy lejos/ No se atiende en CSS, Miedo- temor		PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)	
		P4	EXCELENTE BUENO REGULAR	POSITIVA	PERCEPCIÓN POSITIVA(1)	REGULAR PUNTAJE=2
			DEFICIENTE MALO	NEGATIVA	PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)	
• Información recibida	P2	SÍ	POSITIVA	PERCEPCIÓN POSITIVA(1)	MALA PUNTAJE=0 ó 1)	
	P3	NO	NEGATIVA	PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)		
Resolución del problema		P3	SÍ	POSITIVA	PERCEPCIÓN POSITIVA(1)	MALA PUNTAJE=0 ó 1)
	NO		NEGATIVA	PERCEPCIÓN NEGATIVA(0)		

PERCEPCIÓN DE RIESGO	• Opinión de Mecanismos de protección.	P5	4,5,6 1,2,3,	RIESGO NO RIESGO	PERCEPCIÓN DE RIESGO(1) PERCEPCIÓN DE NO RIESGO(0)	ALTO (PUNTAJE=4 ó 5)	
	• Temor de infectarse	P6	SÍ NO	RIESGO NO RIESGO		MODERADO (PUNTAJE=3)	
	• CSS toma medidas de bioseguridad	P7	SÍ NO	NO RIESGO RIESGO		BAJO (PUNTAJE=1 ó 2)	
	• Otras personas pueden infectarse	P8	SÍ NO	RIESGO NO RIESGO		NINGUNO (PUNTAJE=0)	
	• Odontólogo y asistente pueden infectarse	P9	SÍ NO	RIESGO NO RIESGO			
	• Odontólogo informo sobre su condición	P10	SÍ NO	NO DISCRIMINACION DISCRIMINACION		DISCRIMINACIÓN(1)	SÍ (PUNTAJE DE 1 A 4)
PERCEPCION DE DISCRIMINACIÓN	• Confidencialidad	P11	SÍ NO	NO DISCRIMINACION DISCRIMINACION	NO DISCRIMINACIÓN(0)		
	• Difatan (diferencias en la atención)	P12 12a	SÍ O NO y 1,2,3,4,5,6,	DISCRIMINACION (1)			NO (PUNTAJE=0)
			NO	NO DISCRIMINACION (0)			
	Trato h	P13	1, 7 2,3,4,5,6,8	NO DISCRIMINACION (0) DISCRIMINACION (1)			

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados generados por el estudio

TABLA N° I PERSONAS VIVEN CON VIH/SIDA POR SEXO QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	100	68	68
MUJER	46	31	99
No Contestó	1	1	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov-Dic. 2010

La muestra estuvo constituida por 68% de hombres y 31% de mujeres.

TABLA Nº II PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR GRUPO ETÁREO QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S. PANAMÁ. NOV –DIC 2010.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20-29	23	16	16
30-39	44	30	46
40-49	50	34	80
50-59	20	14	94
60-69	7	5	98
No Contestó	3	2	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov-Dic. 2010

Los grupos etáreos en donde se concentraron los pacientes, en mayor porcentaje, fueron de 30 a 39 años (30%) y de 40 a 49 años (34%). El 80% tenían 49 años o menos. Es llamativo encontrar un 5 % de personas en edades entre 60-69 años

TABLA N° III. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV-DIC. 2010.

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PMA METRO	60	41	41
SAN MIGUELITO	29	20	61
PMA ESTE	8	5	66
PMA OESTE	13	9	75
COLON	9	6	81
OTRO	3	2	83
No Contestó	25	17	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.-Dic. 2010

Los lugares de residencia (durante el último año), con mayores porcentajes fueron: Panamá Metro (41 %) y San Miguelito (20%). Con una menor representación estuvieron Panamá Oeste (9%), Colón (6%) y Panamá Este (5%). El 17% de los pacientes no reportó el lugar de residencia.

TABLA N° IV PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR ESCOLARIDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC. 2010.

ESTUDIOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PRIMARIA INCOMPLETA	1	1	1
PRIMARIA COMPLETA	6	4	5
PRIMER CICLO	27	18	23
SEGUNDO CICLO	28	19	42
TECNICO	12	8	50
PRACTICO	3	2	52
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	40	27	80
UNIVERSITARIA COMPLETA	22	15	95
No Contestó	8	5	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov-Dic. 2010

EL 42% de los pacientes reporta tener un nivel Medio de escolaridad, el 8 % un nivel de formación intermedia y el 42% uno de educación superior. De este 42% sólo el 15% concluyó su educación superior.

TABLA Nº V.PERSONAS QUE VIVEN CONVIH/SIDA POR INGRESO PERCÁPITA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

INGRESO PERCÁPITA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1-200	77	52	52
201-400	30	20	72
401-600	6	4	76
601-800	4	3	79
801-1000	4	3	82
1001-1200	1	1	83
NC	25	17	100
Total	147	100	

Fuente : Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov-Dic 2010

El 72% de los pacientes reportaron un ingreso per cápita de B/.400.00 balboas o menos. Sólo el 1 % está en el nivel alto de ingreso (mayor de B/.1.001)

Es importante resaltar que el salario mínimo para el año 2010 en la República de Panamá era de B/350.00 por lo que la mayoría de la población muestreada están por debajo del salario mínimo.

TABLA Nº VI PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN BUCO DENTAL QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

PERCEPCION ATENCION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MALA	32	22	22
REGULAR	49	33	55
BUENA	42	29	84
EXCELENTE	24	16	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.-Dic. 2010

TABLA N°VII. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN BUCO DENTAL Y SEGÚN INDICADORES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S. PANAMÁ. NOV.-DIC. 2010.

PERCEPCION ATENCION	INDICADORES DE LA ATENCIÓN BUCO DENTAL							
	Solicitud de atención		Atención en última cita		El Odontólogo le explicó la importancia del cuidado		Resolvió su problema	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
MALA	12	20	29	3	31	1	30	2
%	8	14	20	2	21	1	20	1
REGULAR	5	44	12	37	43	6	38	11
%	3	30	8	25	29	4	26	7
BUENA	2	40	4	38	35	7	1	41
%	1	27	3	26	24	5	1	28
EXCELENTE	0	24	0	24	0	24	0	24
%	0	16	0	16	0	16	0	16
Total	19	128	45	102	109	38	69	78
%	13	87	31	69	74	26	47	53

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S. Panamá, Nov.-Dic. 2010

El 55% de los pacientes tienen una percepción de regular a mala. De estos, el 22% la considera MALA. (Tabla No.VI)

Al analizar dentro de este grupo por indicador se observa que el que mayor peso ejerció fue “la falta de explicación ofrecida por el odontólogo (50%)” y “la no solución del problema presentado (46%)”. (Tabla No.VII)

TABLA N°VIII. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC. 2010.

PERCEPCIÓN DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NINGUNO	27	18	18
BAJO	59	40	58
MODERADO	48	33	91
ALTO	13	9	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov-Dic. 2010

El 58% de los pacientes percibe un nivel de riesgo de infección, en la atención dental, de bajo a ninguno. Sin embargo, observamos que la percepción de riesgo se presenta, en todos los niveles, con tendencia marcada en bajo y moderado (Tabla No.VIII)

TABLA Nº IX. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN Y SEGÚN INDICADORES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC. 2010.

Riesgo	INDICADORES DE RIESGO DE INFECCIÓN									
	Mecanismos de protección de los Odontólogos		Temor de infectarse		Las clínicas de CSS toman medidas de bioseguridad		Las otras personas pueden infectarse		El odontólogo o su Asistente tienen riesgo de infectarse	
	Riesgo	No Riesgo	No Riesgo	Riesgo	No Riesgo	Riesgo	No Riesgo	Riesgo	No Riesgo	Riesgo
NINGUNO	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
%	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BAJO	4	59	52	11	60	3	52	11	48	15
%	3	40	35	7	41	2	35	7	33	10
MODERADO	4	24	9	19	24	4	5	23	15	13
%	3	16	6	13	16	3	3	16	10	9
ALTO	3	52	2	53	43	12	1	54	1	54
%	2	35	1	36	29	8	1	37	1	37
Total	12	135	64	83	128	19	59	88	65	82
%	8	92	44	56	87	13	40	60	44	56

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el

CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.-Dic 2010

Al desglosar la variable, por indicador, se observa que el 92% de los pacientes perciben los mecanismos de bioseguridad usados por el equipo de salud, como medida positiva para su protección, solo el 8% considera que aun con las MUB existe riesgo de infección. Un 60% perciben que existe riesgo de que otras personas puedan infectarse, al usar los mismos equipos de ellos, el 53% consideraron el riesgo de moderado a alto. Un 56% siente temor de infectarse y que esto le suceda al odontólogo y a su asistente. Sólo un 8% considera a los mecanismos de bioseguridad, usados por el equipo de salud, como un riesgo por lo que existe, en su mayoría, confianza en los mismos. (Tabla No.IX)

**TABLA N° X .PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR
PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-
C.S.S.PANAMA NOV –DIC. 2010.**

PERCEPCION DE DISCRIMINACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	54	37	37
SÍ	93	63	100
Total	147	100	

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.Dic 2010

TABLA N° XI. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y SEGUN INDICADORES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV.-DIC. 2010.

DISCRIMINACIÓN	Informo al ODO sobre su condición VIH		El personal ODO mantiene confidencialidad de su Dx		Ha percibido diferencias en la atención por su Dx		Trato recibido	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
SÍ	0	46	16	114	52	78	51	79
%	0	31	11	78	35	53	35	54
NO	84	17	0	17	0	17	0	17
%	57	12	0	12	0	12	0	12
TOTAL	84	63	16	131	52	95	51	96
%	57	43	11	89	35	65	35	65

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.-Dic 2010

El 63% de los pacientes perciben algún tipo de discriminación en la atención que se brinda en las clínicas odontológicas de la C.S.S.(Tabla X)

Al analizar, por componentes, dentro del grupo de pacientes que se sienten discriminados, tenemos que el que presenta mayor importancia, es el “no sentir que se guarde la confidencialidad de su Dx”(78%), le siguen, “diferencias en la atención” y “el trato dado por su Dx” (35%). Es significativo el hecho de que un 31%, de los pacientes, no informó al equipo de salud buco-dental, sobre su condición. (TablaXI)

TABLA Nº XII. DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN BUCO DENTAL EN LAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS PERCIBIDAS POR LOS PVVS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMA NOV –DIC. 2010.

Cual Diferencia	Frecuencia	Porcentaje
Reproches	10	7
Temor	12	8
Rechazo	4	3
Retardo en la atención	120	81
NS/NR	1	1
Total	147	100

Fuente: Encuesta aplicada a PVVS que asisten a la Clínica antirretroviral en el CHMDr AAM-C.S.S. Panamá, Nov.-Dic 2010

Entre las principales acciones que las PVVS perciben como discriminatorias están, en orden descendente, "Retardo en la atención"(81%), "Temor a infectarse" (8%) y "Reproches por su condición"(7%)

Las variables epidemiológicas se cruzaron con las tres variables principales del estudio (percepción de la atención, percepción de riesgo y percepción de discriminación) obteniéndose diferencias estadísticamente no significativas ($p>0.05$)

4.2. DISCUSIÓN.

La epidemia de VIH /SIDA ha impactado, de tal forma, la sociedad y la profesión odontológica que actualmente, el 90% de los profesionales están concientes que el VIH cambio completamente la forma como se presta el servicio de salud buco dental.

Para el presente trabajo, pionero en nuestro país, se entrevistaron 147 personas que viven con VIH/SIDA que se encontraban bajo tratamiento TAR (Terapia antirretroviral), en la clínica antirretroviral del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, principal centro de tercer nivel de atención de la República de Panamá.

La orientación del estudio va dirigida a la percepción que tienen los usuarios, de los servicios, sobre la atención de la salud bucal, en este caso las PVVS.

En referencia a las variables epidemiológicas como sexo, grupo de edad y lugar de residencia los resultados, coinciden con las estadísticas nacionales reportadas por el MINSA, en donde el sexo masculino continúa como el más afectado y guarda una relación aproximada de 2:1 con respecto al sexo femenino; por grupo de edad, las personas jóvenes entre 29-49 años se ubican

en el de mayor prevalencia y la mayoría de los pacientes encuestados reside en Panamá Centro, lo que coincide con las estadísticas oficiales.

Sin embargo, a diferencia de resultados de otros estudios similares la mayoría (42%) presenta una escolaridad universitaria y si a ello agregamos la educación secundaria y técnica, aproximadamente el 77% de los encuestados tienen algún grado de educación formal; esto parece indicar que no es la falta de conocimiento, sobre VIH, un factor relevante. Otros estudios reportan una relación directa entre baja escolaridad, menor ingreso y menor uso de los servicios de salud (9) (22) (23)

En cuanto a la distribución por ingreso per cápita tenemos que la mayoría posee ingresos inferiores a B/ 400.00 balboas mensuales que contrasta con el nivel educativo alcanzado, lo que parece indicar que los PVVS han sufrido una disminución de las fuentes de ingreso.

Con respecto a la variable Percepción de la atención, se encontró que la mayoría de las PVVS (55%) tiene una percepción de negativa a regular de los servicios odontológicos en la C.S.S. Esto, aunque en menor porcentaje, coincide con estudios realizados en otros países, en la población de PVVS, como Davila-La Cruz, 2010 que reporta una experiencia negativa en el 76.7% y una mala opinión de los servicios dentales en el 67.7%. Igualmente Ramírez- Amador ,Mex 2008, encontró que solo el 45.5% de las PVVS encuestadas opinó estar

satisfecho con la atención recibida, que coincide con los datos encontrados en el presente estudio. García-Sánchez en su estudio cualitativo reporta “servicios inadecuados que no responden eficientemente a la demanda y “una percepción de desatención por los PVVS”.

Al comparar esta variable, con estudios realizados sobre población general encontramos grandes diferencias en la percepción de la atención ya que estos estudios revelan un porcentaje de aceptación de 60-89%, lo cual corrobora la tesis de una diferencia negativa en la atención de las PVVS

Por otra parte, Davila De la Cruz concluye que a nivel mundial :” La accesibilidad varia si la atención se da en clínicas especializadas donde la atención es mejor”. La experiencia panameña, con la creación de las clínicas antirretrovirales, indica una mejora en la atención de los PVVS; pero lamentablemente, no se consideró la atención odontológica en estas clínicas.

Los indicadores que mayor peso ejercieron sobre la percepción de la atención, entre mala y regular fueron: primero, “la falta de explicación ofrecida por el odontólogo (50%)”. Situación similar se encontró, en el estudio peruano de Girón (2007), que concluye, que los PVVS tienen pobre acceso a información y métodos de prevención.

Estos resultados contrastan con las normas de atención, en nuestro país, las que regulan que la atención debe ser integral e incluir la información pertinente y detallada, al paciente, para que este pueda tomar decisiones acertadas hacia

su salud bucal. Igualmente la Constitución Nacional (art 21, 22, 25), la Ley General 3 de VIH/SIDA (art. 109) y la Ley orgánica de la Caja de Seguro Social (art. 1,39) son explícitas en plasmar la integralidad de la atención, que incluye información en prevención, diagnóstico y tratamiento, en igualdad de condiciones y la cual es de obligatoriedad para el profesional.

Igualmente, el estudio epidemiológico de la salud bucal de los PVVS realizado en Colombia (Fang,LC 2009) encontró que el 60% de los PVVS requiere 4 tipos de tratamientos bucales entre los que sobresale la promoción y prevención con un 98%, confirmando lo encontrado en el presente estudio..

El segundo indicador que mayor peso ejerció, en la percepción de la atención, fue “la no solución del problema presentado” (46%) que es un indicador no señalado en estudios similares, con esta denominación. Sin embargo el estudio de García-Sánchez, Colombia 2009 en la categoría “Importancia de la atención odontológica” hace referencia a que los odontólogos “le prestan inadecuada atención” a las PVVS por el temor a infectarse. En variados estudios desde la óptica de los trabajadores de la salud, la primera causa de rechazo es el temor al contagio (García-Sánchez,2009,. Ramírez-Amador 2007, Robinson 2006, Dávila M.E 2007 y otros) lo que podría traducirse en deficiencias en la resolución del problema de salud bucal, pero faltan estudios concluyentes a este respecto.

En general, los resultados de los estudios en varios países indican que, las actitudes de los profesionales de la salud oral tienden a ser negativas más que positivas; esto parece indicar la existencia de deficiencias en la relación

odontólogo- paciente que es básica para la percepción de la satisfacción por el usuario (Donabedian, 1988) (García-Sánchez 2007)

La percepción de riesgo de infección, por parte de los PVVS, se encontró en general como Baja (40%). Tenemos pocos estudios desde la óptica de las PVVS; uno bastante reciente (García-Sánchez, 2007) reporta que la percepción de riesgo de contagio del odontólogo es una limitante para acceder a los servicios porque ellos la usan como razón de omisión a la atención.

La mayoría de los estudios realizados sobre el tema, en el personal odontológico, encontró, que el temor al contagio fue evidenciado como principal motivo de rechazo de pacientes seropositivos. (15) (16)(19)(20(22) (23) y este temor esta dado principalmente por falta de conocimiento y fallas en la aplicación de las medidas universales de bioseguridad. García - Sánchez reporta que los PVVS tienen que soportar técnicas extremistas, ya que los odontólogos tiene miedo de contagiarse y los rechazan a pesar de la baja probabilidad de contagio. En México todavía el 54.8% de los dentistas piensan que el riesgo de atender pacientes VIH es Alto. Ramírez-Amador reporta un porcentaje mayor de 79% de profesionales que perciben riesgo alto de infección y además temen perder pacientes o personal. Esquivel – Pedroza 2000 igualmente reporta que el temor al contagio por los profesionales de la salud persiste por deficiencias en conocimientos y aplicación de las medidas universales de bioseguridad

A nivel global se ha encontrado que este rechazo, con base en el temor al contagio se encuentra entre 20 y 84% y, aunque los profesionales han sido capacitados en el tema y entrenados en la aplicación de medidas universales de bioseguridad, todavía persisten actitudes de rechazo a la atención por deficiencias en el manejo del control de infecciones. Esto es más evidente en personal odontológico con mayor tiempo de graduado y mayor en el sexo masculino que en el femenino.(Esquivel2000)

Una práctica constante en la atención dental de PVVS es el de diferir las citas o referir al paciente a otro profesional por temor al contagio y falta de seguridad en las medidas protectoras.

Al desglosar la variable encontramos que el 92% de los PVVS encuestados confían en los Mecanismos de protección (MUB), sin embargo observamos que la percepción de riesgo persiste, de moderada a alta, en el 49% para si mismo, 53% para otras personas y 46% para el personal odontológico. Esta situación coincide con lo encontrado por García- Sánchez (2007) quien reporta que “ La percepción de riesgo provoca en los PVVS sentimientos de vulnerabilidad, y aumento de la sensación de deterioro de salud muy a pesar del reconocimiento de las medidas universales de bioseguridad (MUB) durante la consulta”

El que el 92 % de los pacientes, en la muestra de este estudio, confíen en que los mecanismos de bioseguridad son para protegerlos, podría inducirnos a pensar que la percepción, en este aspecto, ha ido mejorando ya que en estudios

anteriores, como el de Haselkorn, 1990 (citado por Esquivel 2000) observaron que los PVVS percibían los mecanismos de bioseguridad solo para protección del dentista y no al paciente.

En la variable percepción de discriminación encontramos que un 63% de los PVVS se sienten discriminados por la atención que se brinda en las clínicas odontológicas de la C.S.S., este resultado coincide con parámetros de estudios mundiales en que el rechazo se encuentra en rango de 20% a 84% según las condiciones y leyes en cada país. (7)(9)(10) (11)(22)(23).

En Chile 2005 Vidal y col en su estudio sobre discriminación en PVVS consideraron “casos paradigmáticos” la atención bucal y ginecológica, a diferencia de los otros gremios de trabajadores de la salud. Una visión mas general de la discriminación la vemos en los resultados de la Encuesta de discriminación 2006, en Panamá donde concluyen que la discriminación es un fenómeno histórico social que afecta diferentes facetas de la vida .

García –Sánchez y otros (2007) concluye que la carencia de conocimientos es lo que provoca que se cometan faltas éticas, al brindar servicios de salud a PVVS que las estigmatizan y contribuyen al deterioro de su salud física y emocional, sin embargo estima que deben hacerse más estudios desde la óptica de todos los otros actores implicados en el proceso, con atención al contexto, a los asuntos de género y una posible discriminación, por sectores de la sociedad. Planteamiento que acogemos, igualmente, después de este estudio.

Igualmente Esquivel y otros (2000) concluye que en la discriminación y el rechazo de los PVVS influye, predominantemente, la falta de conocimientos y la aplicación de las medidas de control de infecciones.

Davila –La cruz y otros (2010) señalan que la accesibilidad a los servicios odontológicos, por parte de las PVVS alrededor del mundo, varía dependiendo si los servicios son en clínicas dedicadas a la atención de PVVS o no; por lo que sugiere que el ser atendido en clínicas especiales disminuye la posibilidad de tener una experiencia negativa. Este aspecto contrasta con la tendencia mundial de descentralización de la atención de PVVS. En Panamá, la atención odontológica esta descentralizada ya que las clínicas TARV no tienen servicio de salud bucal.

Al desglosar la variable por indicador, los que mayor peso ejercieron en la percepción de discriminación, fue la falta de confidencialidad en un 78% lo que coincide con el estudio de Infante, Zarco y col. en México 2006 que, aunque realizado en personal de salud, evidencio que el 89% teóricamente consideran que debe guardarse la confidencialidad del diagnóstico, pero al enfrentarlos a una situación en un contexto fuera de la práctica médica, el 38% de éstos aceptaría violar la confidencialidad con los patronos de estas personas, ya que el patrono “tiene derecho a saber a quien va a contratar”

Esta misma situación se presenta en los resultados de la encuesta sobre discriminación realizada en Panamá 2006 en donde sin datos estadísticos resaltan que en Atención sanitaria se presenta falta de confidencialidad al informar a otros de los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales.

El segundo indicador de importancia, fue las diferencias en el trato, lo que coincide con otros estudios, a nivel mundial, donde se encontró, que esas diferencias son retardo en la atención, temor a infectarse de parte de los profesionales y reproches por su condición. Estos hallazgos coinciden con los reportados por los estudios revisados en la presente investigación.

Con respecto a la práctica de los PVVS, en un 31%, de no informar al odontólogo de su condición, coincide con estudios en varios países en donde el promedio de pacientes que no informan su condición es del 30%. Esto refuerza la tesis de que su negativa a informar, se debe al temor de ser rechazado, desconfianza de ser tratado de manera diferente y acceder a los servicios dentales. (Ramírez- A y otros2008).

Ramírez-A 2008 reporta un 36% de PVVS que no informan su condición al dentista y lo relaciona con el bajo nivel educativo. Este valor es superior al

obtenido en la presente investigación y coincide en lo relacionado al nivel educativo ya que nuestra muestra presento un nivel educativo medio y mas bajo porcentaje de negación de la condición de salud. Dávila –La Cruz y otros 2010 reporta que esta actitud de no informar, al dentista , pudiera significar la adición de un nuevo mecanismo de defensa negativo, ante el rechazo, en la consulta odontológica.

Vidal F y otros 2002, concluye que la interacción profesional de la odontología-paciente (seropositivo) se ve afectada por la existencia y persistencia de los sentimientos de discriminación, que se traducen, en la práctica, en omisión, negligencia, fastidio, desgano, y/o pereza, se convierten en elementos de exclusión social, en el marco de una atención odontológica fundamentada en derechos y deberes del usuario; esta situación de desconfianza mutua, afecta la relación medico-paciente que es fundamental para el éxito del tratamiento y la consecución de una mejor salud.

García –Sánchez y otros (2007), Infante –Zarco y otros (2006) destacan la importancia de la atención odontológica, desde la esfera de lo social, en donde el odontólogo, como profesional de la salud, no es ajeno a la actitud social discriminatoria o estigmatizante.

El sistema de atención resulta ser una manifestación de lo que se juega en el resto de la sociedad, por lo que el estigma que ejercen los prestadores de salud se podrá entender a la luz de la historia y evolución de un modelo médico ligado a intereses políticos, sociales, culturales religiosos y morales.

Estas situaciones se ven corroboradas por hallazgos encontrados por Irigoyen-Camacho (2003) en donde el 74% de la población, en general, tenían preocupación sobre la posibilidad de contagio en la clínica dental y sólo el 21% manifestó su intención de continuar su tratamiento, con el conocimiento que en el mismo sitio se atienden PVVS.

Igualmente la encuesta sobre discriminación en Panamá (2000), reporta esta actitud, no solo en el ámbito de la atención sanitaria, sino en el empleo, vivienda, justicia, educación, vida familiar y reproductiva, seguros y servicios financieros, lo que indica que la discriminación es un fenómeno histórico social que afecta diferentes facetas de la vida.

CONCLUSIONES

1. La percepción de las PVVS, respecto a la atención odontológica en las clínicas dentales de la CSS del área metropolitana, es de regular a mala y las razones para esta percepción son: la falta de información por los profesionales de la salud oral, respecto a su salud bucal y el VIH/SIDA y en segundo lugar, los afectados perciben de mala a regular la atención, porque sienten que no le resuelven el problema por el que consultan.

Este resultado es interesante si consideramos que existe obligatoriedad de informar sobre la situación de salud oral, los tratamientos a realizar y además se encuentra plasmada en la Normativa de la atención integral, en nuestro país, que incluye la promoción, prevención y rehabilitación de la salud oral a todos nuestros pacientes, en igualdad de condiciones, de tal forma que le facilite, al paciente, la toma de decisiones respecto a su salud bucal.

2. La percepción del riesgo de infección prevalece en toda gama de intensidad. Las PVVS consideran las medidas de bioseguridad importantes mecanismos de protección pero aún así, una gran cantidad de pacientes sienten temor de infectarse, de infectar a otros o al equipo de salud bucal, situación que pudiese interferir en la accesibilidad a la atención dental.

3. Con respecto a la percepción de la discriminación, en nuestros pacientes, aún es alta, señalándose como principal indicador sentir que no se guarda la confidencialidad del diagnóstico; esto indica una pérdida de confianza en el profesional odontológico, lo que puede afectar directamente, la relación médico-paciente. Esto contrasta con tantos años de lucha por disminuir la discriminación; sin embargo, persisten actitudes de rechazo, percibidas en el retardo en la atención, temor del personal odontológico a infectarse y reproches por su condición, lo que podríamos asociar a la persistencia de conceptos de culpabilidad del paciente, por su condición.

RECOMENDACIONES

Conscientes de que la sola perspectiva del paciente no es definitiva para la evaluación de la atención y que se requiere de más investigaciones con los otros actores del proceso, recomendamos:

1. **Incentivar las investigaciones en las facetas en las que encontramos deficiencias como la calidad y frecuencia de la información ofrecida al paciente, la percepción que tiene los PVVS de no resolución de sus problemas de salud bucal, la confidencialidad y el reforzamiento de las medidas universales de bioseguridad**
2. **Socializar estos resultados obtenidos con los encargados de la toma de decisiones para establecer estrategias de mejoramiento en los servicios odontológicos de la C.S.S., en el área metropolitana de salud e igualmente con los profesionales de la salud bucal para que conozcan cómo los perciben sus pacientes y qué aspectos de la atención son susceptibles de cambiar, en búsqueda de mejorar la calidad de la atención y nuestro compromiso social, ético y humano, con la profesión que elegimos.**
3. **Continuar elevando el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo adecuado de las PVVS, en nuestros profesionales de la salud**

bucal, convencidos que con la educación continua y la actualización permanente, con sensibilidad humana, lograremos elevar la calidad técnica y humanística de nuestra profesión y cumplir con el mandato constitucional de salud para todos en igualdad de condiciones, cumpliendo con nuestro compromiso social como profesionales de la salud.

4. El problema del VIH/SIDA debe ser abordado integralmente desde la formación de los nuevos profesionales y especialmente desde el abordaje humano de la profesión para disminuir las barreras más difíciles que son el estigma y la discriminación, por lo que recomendamos instar a las autoridades formadoras de Recursos Humanos para que se incluya en la currícula, los temas de estigma, discriminación y VIH y otras enfermedades infecciosas, de manejo importante, en la salud bucal.
5. Propugnar por la integración de la atención de Salud Bucal como rama importante de la atención integral de la salud y que se hace más evidente en estos grupos de pacientes tradicionalmente estigmatizados de tal forma que podamos contribuir como parte del equipo de salud, a reducir el avance de esta pandemia mundial y mejorar la calidad de vida, de las personas afectadas.

“Vivir con calidad, aun padeciendo VIH/SIDA, puede garantizarse cuando se poseen los conocimientos adecuados, capaces de combatir el proceso de deterioro que lleva consigo la propia enfermedad, por lo cual instruir acerca de cómo prevenir las caries, periodontopatías y lesiones en las mucosas de la cavidad bucal, permitirá lograr salud para todos como primicia indispensable para el bienestar social e individual”

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
Situación de la Epidemia de SIDA –2009

Disponible en: <http://WWW.Unaids.org>

2.- Organización Panamericana de la Salud.(OPS) Oficina Regional de la OMS
Reporte /Boletín : **La Salud Bucodental : repercusión del VIH /SIDA en la
práctica odontológica..** Washington, D.C. EEUU. 2003

3.- Tovar V, Guerra ME, Carvajal A. **Accidentes laborales y riesgo a contraer
infección por el VIH y el Virus de la Hepatitis B y C en el consultorio
odontológico.** Acta odontológica venezolana.2004

4.- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). **Informe sobre salud en el
mundo.** Ginebra: OMS; 2004

5.- Glick M, Muzyka C, et al. **Manifestaciones bucales asociadas con la
enfermedad afín al VIH como indicios para la supresión inmune y el SIDA.**
Oral Surge Oral MED Oral Path 77:344-9, 1994.

6.- Silverman S Jr. **El efecto del VIH /SIDA sobre la odontología en la próxima
década.** Revista Cubana de Estomatología 1996 VOL 33 N3 pág. 132-185

Disponible en <http://SCielo.php?script=sci/cu>

7. García, C-Sánchez, I; Sierra, J. - **Percepción de personas VIH SIDA sobre
la atención odontológica** XVIII Encuentro Nacional de Investigación
Odontológica ACFO, II Reunión Sección Colombia International Association for

Dental Research (IADR), III Encuentro de Semilleros de Investigación ACFO-Red SIFO, en Manizales Colombia 2007

8. Ramírez-Amador V, López –Cámara V y cols. **Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la ciudad de México.** Revista ADM Vol. LXV N° 3 Mayo-junio 2008 pp133-140

9.- Dávila-La Cruz y col “Experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/SIDA sobre la atención odontológica” en Revista odontológica de los Andes, Mérida –Venezuela Vol.5 n°1 enero-Junio 2010.

10. Irigoyen-Camacho ME, Zepeda-Zepeda MA, Maupome G. Lopez-Cámara V. **Attitudes of a Group of Mexico City residents Howard HIV/AIDS In the dental office.** Am Infect Control 2003 Jun(4):231-6

11. Girón JM, Segura ER, Salazar V, Valverde R, Salazar X, Cáceres C. **Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú.** Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública (revista electrónica) 2007; 24(3).211-217

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

12. - Ministerio de Salud, República de Panamá, Dirección Nacional de Salud Pública Departamento de Epidemiología. **Informe acumulativo de la Situación de SIDA 1984-2009**

13. Banco Mundial. Programa global de VIH/SIDA América Latina y el Caribe. **Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica.**

Panamá: situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia Estudio dirigido por Marcelo Bortman y colaboradores. Diciembre de 2006

14. Caja de Seguro Social República de Panamá, Departamento de Epidemiología. **Boletín Epidemiológico Sep 2007**

15. Fang L.C. **Perfil epidemiológico Oral y necesidad de tratamiento odontológico en Personas viviendo con VIH/SIDA.** Agosto-Diciembre 2009. Cartagena Colombia

16. Dávila M.E., Tagliafero Z, Parra H, Ugel E. **Diagnóstico Bucal de las personas viviendo con VIH/SIDA.** Rev. odontol. De los andes Vol 4 nº2 Jul-Dic 2009

17. Organización Panamericana de la salud: **Perfil del Sistema de Salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma 3º edición,** Washington D.C.: OPS, 2007

Disponible en: www.lachealthsys.org

18. Tamí-Maury, Agüero M, Estupiñán S **Estudio piloto sobre políticas de salud y VIH.** Revista Panamericana de Salud Pública 26(6) 2009

19. MINSA, C.S.S, Universidad de Panamá, Asociación Odontológica Panameña. **Normas Técnicas, Administrativas y protocolos de Atención en salud Bucal I nivel de Atención.** Panamá Agosto 2004.

20. MORALES, J.(1999) **Psicología Social.** Mc Graw- Hill. Madrid, España

21. Donabedian A. **The quality of care. How can it be assessed?** J Am Med Assoc 1988; 260:173-8. In: Tuonominen R, Tuonominen M. **Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. Community**

Dent Oral Epidemiol. 1998; (26):95-100.

22. Dávila M, Gil M, **Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores VIH/SIDA.** Acta odontológica venezolana 2007; 45(2):1-9

23. Esquivel L, Fernández L, Pedrosa L, y otros. **Actitudes de Rechazo hacia el paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica.** Rev. de Mex de (Revista electrónica) 2000 ADM LVII (6):214-217

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od2000/od006c.pdf>.

24. Prieto, S. **Actitudes del profesional de la salud hacia pacientes con SIDA.** Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela 1999.

25. Infante C, Zarco A y otros **El Estigma asociado al VIH sida : El caso de los prestadores de salud en México** Revista mexicana de Salud publica vol48 n°2 marzo/abril 2006

26. Acosta B, Pérez. Then E, Mueses H y otros. **Actitud de los estudiantes en tres facultades de Odontología en Santiago de Cali, Colombia frente a pacientes con VIH** Acta bioética 2011; 17(2): 265-271

27- Robinson PG. **Implications of HIV disease for oral health services** Adv. Dent Res..ADR 2006 19:73 DOI: 10.1177/154407370601900115

Disponible en: <http://adr.sagepub.com/cgi/reprint719/1/73>

28. Desclaux A, Laniése Indoye I y otros. **El senegalés. Iniciativa de acceso a los antirretrovirales. Un comportamiento Económico, Social y análisis de Biomédica.** Paris 2004 ANRS, ONUSIDA.OMS.

Disponible en: <http://www.ird.sn/activities/sida/thesenegalese.pdf>.

29. Vidal F, Donoso C, Hevia A, Pascal R. **Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile.** Vivo Positivo (revista electrónica) 2002.

Disponible en:

<http://www.vivopositivo.org/portal/datos/ftpsituacionesdiscriminación>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción de los pacientes VIH/SIDA respecto a la atención odontológica de la Caja de Seguro Social, Área Metropolitana, Panamá 2010

Consentimiento Informado.

La presente investigación es conducida por la Dra. María Elena Guerrero, Odontóloga de la Universidad Nacional de Panamá, como tesis de grado para optar por el título de magíster en Salud pública. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los pacientes VIH/SIDA respecto a la atención Buco dental , en el servicio de odontología de la Caja de Seguro Social, Área Metropolitana, Panamá 2011 “

El propósito y el uso de la información recabada en esta investigación tiene como propósito recomendar cambios que mejoren la percepción y satisfacción de los usuarios

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente treinta (15) minutos de su tiempo. La metodología que utilizaremos será una entrevista guiada con preguntas cerradas y abiertas por un entrevistador. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Se le agradece de antemano su participación en este estudio.

Dra. Maria Elena Guerrero

Participante

INSTRUMENTO

N° de ENCUESTA _____

DATOS GENERALES:

EDAD _____ SEXO: M _____ F _____

LUGAR DE RESIDENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO _____

ESCOLARIDAD

Primaria Incompleta		Universitaria Incompleta	
Primaria completa		Universitaria Completa	
Primer Ciclo		Técnico	
Segundo Ciclo		Practico (Oficio u artesano)	

Ingreso mensual familiar _____ N° de miembros en la familia _____

1. Ha solicitado cita para atención odontológica en el último año?

- a) SI _____ MOTIVO: Urgencia Dolor Extracción
Caries Sangrado de encías
Control de Salud Otro _____
- b) NO _____ Por qué? _____

2. En las consultas del año pasado su odontólogo e explico sobre la importancia de cuidado de su salud bucal por su condición de VIH?

SI NO NS/NR

3. Considera Usted que se le resolvió su necesidad e atención dental par la que solicitó atención?

SI NO

4. Cómo considera usted la atención recibida en su última cita en odontológica de la CSS?

EXCELENTE BUENO REGULAR
DEFICIENTE MALO

5. Qué opina de los mecanismos de protección que usan los odontólogos y asistentes en la atención? (Pantalla , guantes , gorro, batas largas , mascarilla etc...)

- a) Son importantes para nuestra protección
b) Solo son para protegerse ellos
c) Estoy de acuerdo que los usen
d) No deberían usarlos
e) Son demasiado exagerados
f) otro _____

6. Siente temor de infectarse al utilizar los mismos equipos que otras personas durante la atención dental?

SI NO NS/NR

7. Considera que en las clínicas dentales de la CSS se toman las **medidas de bioseguridad** para que la atención no sea perjudicial para usted?

SI NO NS/NR

8. Cree usted que las otras personas pueden infectarse al utilizar los mismos equipos que usted?
 SI NO NS/NR
9. Considera usted que el odontólogo y su asistente tiene riesgo de infectarse en el proceso de atención dental de las personas positivas al VIH?
 SI NO NS/NR
10. En sus citas odontológicas informo al odontólogo sobre su condición de VIH positivo?
 SI NO
11. Considera que el personal de atención dental mantiene la confidencialidad con respecto a su diagnóstico?
 SI NO NS/NR
12. Según su experiencia ha percibido **diferencias** en la atención dental debidas a su **diagnóstico VIH ?**
 SI NO NS/NR
 a) Cuáles diferencias? _____
13. Cómo calificaría usted el trato humano recibido por el personal de odontología en su última cita?
 Igual para todos Sobre protector
 Temeroso Le doy lástima
 Distante Respetuoso
 Discriminatorio Otro _____

¡¡Muchas gracias por su colaboración!!

Gráficos

GRAFICO N°1 PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR SEXO QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

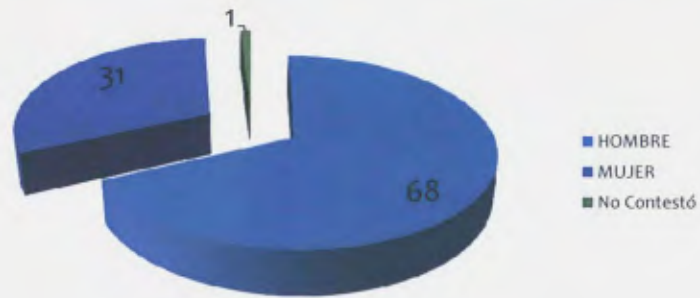


GRAFICO N°2 PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR GRUPO ETÁREO QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S. PANAMÁ. NOV -DIC 2010.

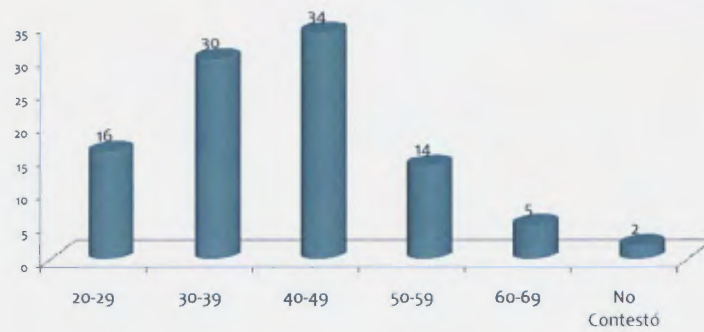


GRAFICO N° 3. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ. NOV-DIC. 2010

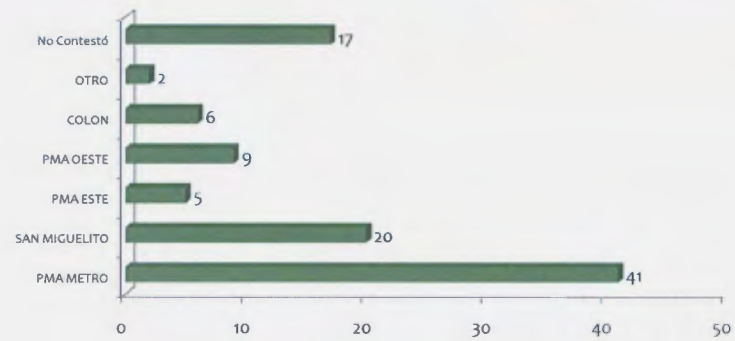


GRAFICO N° 4 PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR ESCOLARIDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC. 2010.

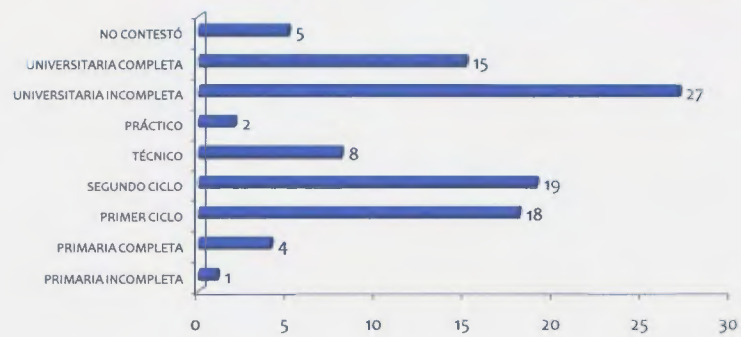


GRÁFICO N° 5. PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA POR INGRESO PERCÁPITA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

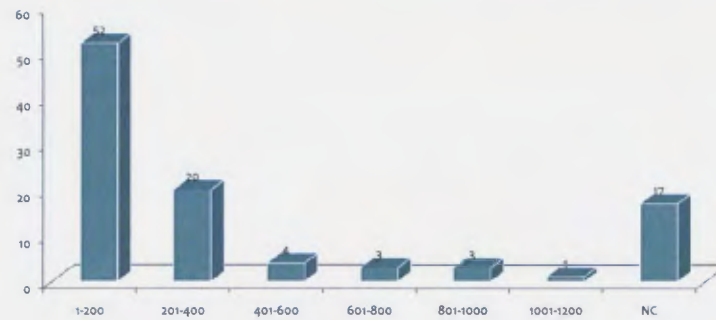


GRÁFICO N° 6. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN BUCO DENTAL QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S.PANAMÁ. NOV-DIC 2010.

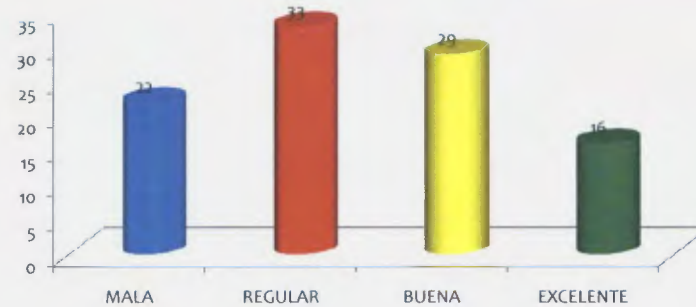


GRÁFICO N° 7. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN BUCO DENTAL Y SEGÚN INDICADORES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM- C.S.S. PANAMÁ. NOV.-DIC. 2010.

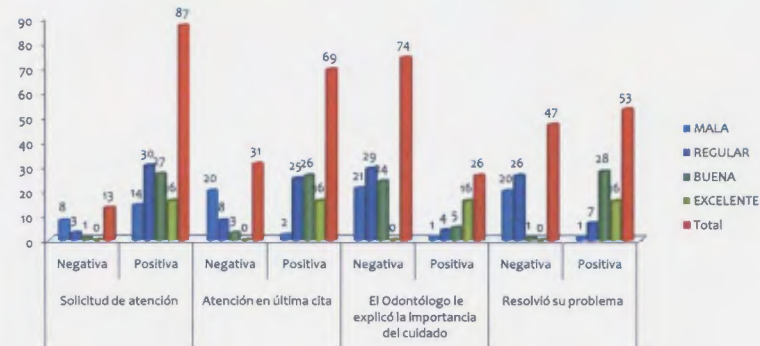
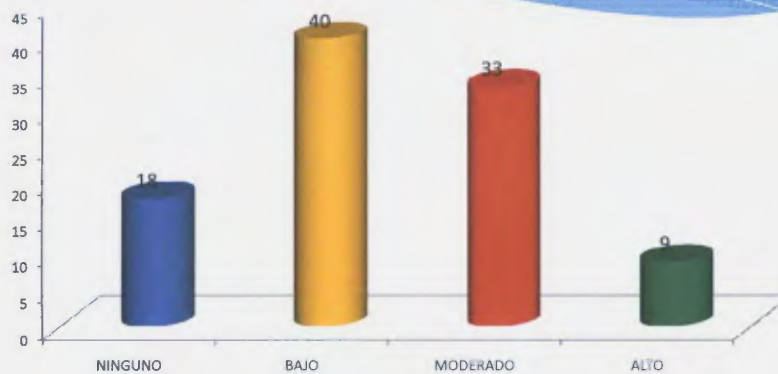


GRÁFICO N° 8. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMÁ. NOV.-DIC. 2010.



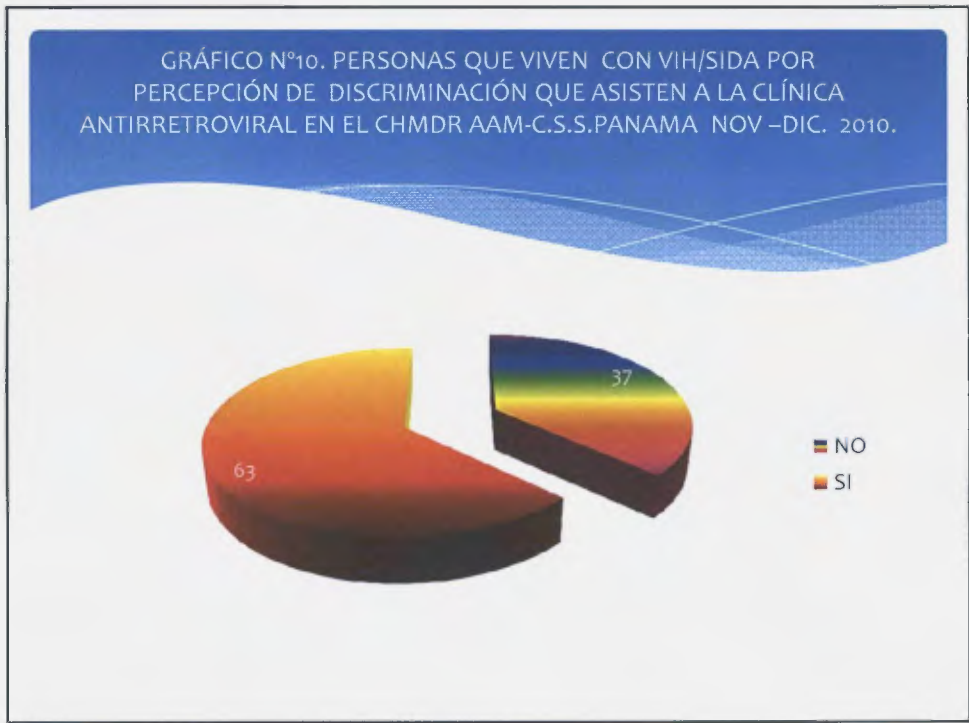
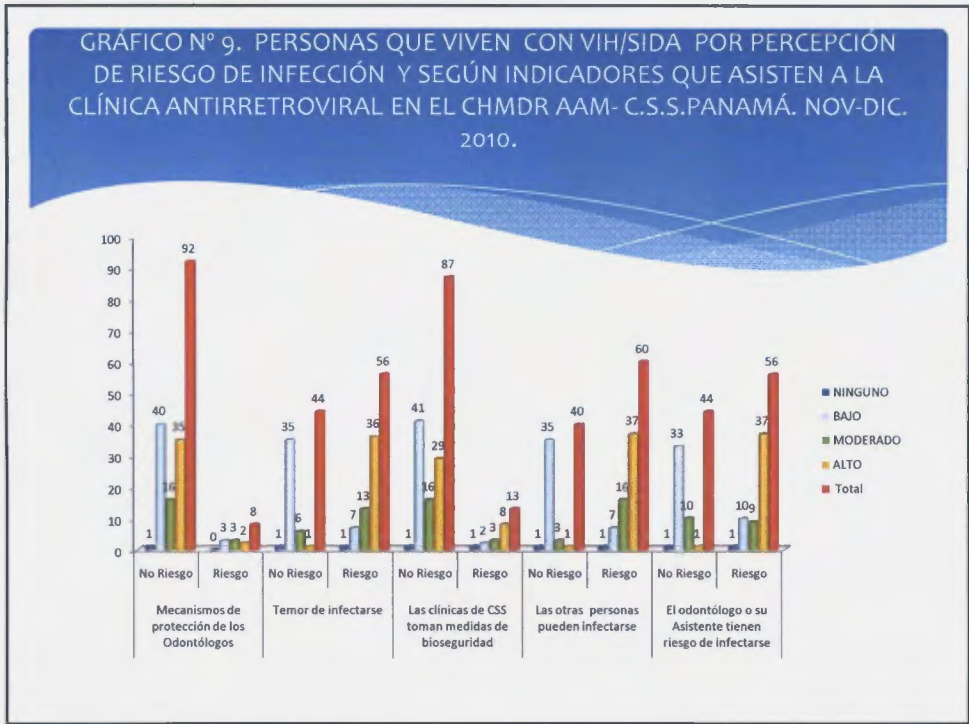


GRÁFICO No.11. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA POR PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y SEGUN INDICADORES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S. PANAMÁ, NOV.-DIC. 2010.

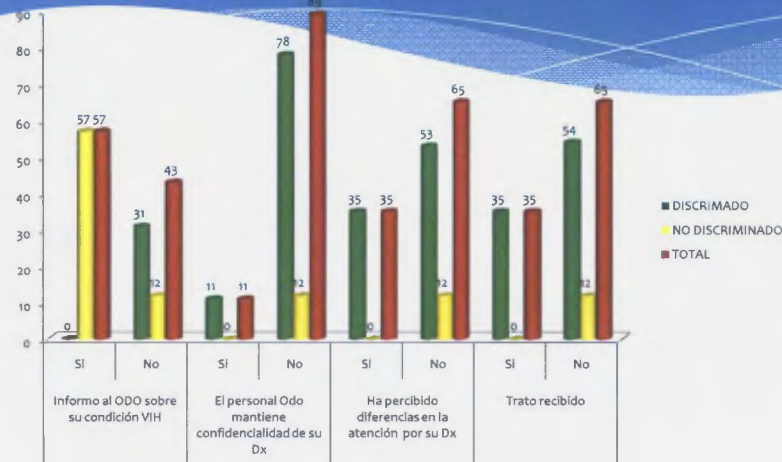


GRÁFICO N° 12. DIFERENCIAS EN LA ATENCION BUCO DENTAL EN LAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS PERCIBIDAS POR LOS PVVS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ANTIRRETROVIRAL EN EL CHMDR AAM-C.S.S.PANAMA NOV -DIC. 2010.

