

Informe de Evaluación rápida:

Implementación de intervenciones para reducir el estigma y discriminación en 15 SAI priorizados de República Dominicana

Diciembre, 2018

Realizado por:

Dra. Claudia Valdez
Consultora Líder

Dr. Edgar Barillas
Consultor independiente
Experto en Salud Pública



Calle Plaza La Trinitaria #10. Apto. 301. El Millón
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: +809.616.1773
E-mail: info@grupogis.com
Web: www.grupogis.com
RNC: 1-31-44870-4

Informe de Evaluación rápida:

Evaluación rápida: Intervenciones para reducir el estigma y discriminación en 15 SAI priorizados

Dra. Claudia Valdez

Presentado a:

Consejo Nacional de VIH y Sida, CONAVIHSIDA

En Fecha:

20 de diciembre, 2018. Santo Domingo, República Dominicana.



Cláusula de exención de responsabilidad

Las opiniones de los autores expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA).

El apoyo fue proporcionado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y la Malaria, implementado por el Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA). El contenido del informe no necesariamente refleja los puntos de vista de la agencia financiadora.

Autores:

Dra. Claudia Valdez, Consultora Líder.

Dr. Edgar Barillas, Experto en Salud Pública.

Colaboradores

Equipo de la Unidad de proyectos del CONAVIHSIDA: Lic. Ivelisse Sabbagh.

Equipos de profesionales para el desarrollo del trabajo de campo, conformado por: Dra. Edna Nadal, Lic. Orquídea Ramírez, Lic. Magaly González, Lic. Yoleyda Marte, Lic. Paula Peralta e Ing. Alejandro Quintero, bajo la coordinación de la Lic. Leidy Ledesma.

Equipos médicos, enfermería, psicólogos y consejeros de los Servicios de Atención Integral participantes:

Dr. Luis Eduardo Aybar

Centro sanitario

Instituto Dominicano de Estudios Viroológico (IDEV)

Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)

Fuerzas Armada

Juan Pablo Pina

José María Cabral y Báez

Rosa Cisneros (PROFAMILIA) Santiago

Centro de promoción y solidaridad humana (CEPROSH)

Leopoldo Pou

Hospital Jaime Mota

General Melenciano

Clínica de Familia

Hospital Gonzalvo

Hospital Rosa Duarte

Hospital Matías Ramón Mella

Padre Fantino

Cita recomendada

Valdez, C; Barillas E. (2018). *Evaluación final: Intervenciones para reducir el estigma y discriminación en 15 SAI priorizados*. Presentado al proyecto del Fondo Mundial del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) en Santo Domingo, República Dominicana.

CONTENIDO

CONTENIDO	4
1. Antecedentes	6
2. Objetivos de la evaluación	0
3. Preguntas de evaluación	0
4. Población de estudio	0
5. Metodología de evaluación	1
a. Tipo de evaluación	1
c. Dimensiones y variables por tipo de método	9
d. Tipo de métodos o técnicas de recolección de datos	9
e. Tipo de muestreo	10
f. Análisis	10
6. Resultados de la evaluación	11
6.1. Nivel de cumplimiento global de las intervenciones y actividades acordadas en el plan de trabajo ...	11
6.2. Factores operativos y estratégicos que afectaron la implementación de los planes de trabajo	14
6.3. Percepción de usuarios y usuarias de los servicios sobre la calidad de la atención y recursos disponibles.....	17
7. Análisis de los resultados	20
8. Recomendaciones	21

Siglas

ARV	Antirretrovirales
CEAS	Centros Especializados de Atención en Salud
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional del VIH y el SIDA
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
E&D	Estigma y Discriminación
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones no gubernamentales.
SAI	Servicio de Atención Integral VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRS	Servicios Regionales de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida



1. Antecedentes¹

A inicios del 2017, el Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) publicó el estudio “Diagnóstico de la situación de Estigma y Discriminación (E&D) hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana”, el cual muestra que el estigma asociado al VIH se basa en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la condición, conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la organización de los servicios y los prejuicios o mitos y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte.

Estos resultados fueron utilizados por el Servicio Nacional de Salud (SNS) para sensibilizar en los efectos y repercusiones de estas prácticas en la prestación de servicios, al personal que labora en establecimientos públicos y tomadores de decisión. Para ello, el SNS con la asistencia técnica de GIS Grupo Consultor realizaron cinco talleres regionales durante los meses de junio y Julio del 2017, donde equipos de trabajo multidisciplinarios analizaron y acordaron intervenciones operativas para reducir el estigma y discriminación en los Servicios Regionales de Salud (SRS) y SAI priorizados. Estos fueron:

1. SRS Metropolitano (0) + SRS 3 (6 SAI en total, incluyendo a Samaná).
2. SRS Valdesia (1) (1 SAI).
3. SRS Norcentral (2) + SRS 7 (3 SAI).
4. SRS Enriquillo (4) y Región (6) (3 SAI en total).
5. SRS Este (5) (2 SAI).

El objetivo de los talleres fue capacitar al personal, elaborar un plan de intervención y establecer un equipo líder para la réplica en cascada al resto del personal de salud y administrativo de los establecimientos seleccionados. La propuesta de intervención o planes de trabajo, se elaboraron siguiendo los lineamientos y recomendaciones realizadas en el estudio “Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación (E&D) hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) Priorizados en República Dominicana”. Estas intervenciones en E&D son:

Intervención I. Acciones educativas y de formación: sensibilización y capacitación.

Intervención II: Directrices y procedimientos en establecimientos de salud.

Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias.

Como parte del plan de asistencia técnica, se realizaron tres mediciones para recabar información sobre el nivel de progreso en la implementación de las intervenciones para la reducción del E&D incluidas en los planes de trabajo. La primera medición se realizó en septiembre 2017 revelando un nivel de cumplimiento global de un 64% (168/255) de las actividades a tres meses (noviembre 2017) de iniciada la implementación. La segunda medición se realizó a los nueve meses (agosto 2018), encontrándose que solo un 66% (163/255) de las intervenciones de los planes de trabajo se habían cumplido.

El presente informe muestra los resultados de la evaluación final (tercera medición), que tiene como propósito conocer el progreso global hasta la fecha (Diciembre de 2018) a 12 meses de iniciada la implementación de los planes de trabajo, los factores que están afectaron o contribuyeron al cumplimiento y la percepción de las y los usuarios sobre las intervenciones y sus resultados.

¹ Tomado del Informe de Monitoreo de la implementación de estrategias para la reducción del estigma y discriminación hacia poblaciones viviendo con VIH en 15 servicios priorizados en República Dominicana. Noviembre 2017.

2. Objetivos de la evaluación

Objetivo General

- Identificar facilitantes y barreras que afectaron la implementación de las intervenciones incluidas en los planes de trabajo para reducir el estigma y discriminación en 15 SAI priorizados

Objetivos específicos

- Establecer el nivel de progreso de la implementación de las intervenciones propuestas para reducir el estigma y discriminación.
- Conocer la percepción de implementadores (proveedores/as) y tomadores decisiones, sobre las barreras y facilitadores que afectaron la implementación intervenciones acordadas para reducir el estigma y discriminación para contribuir al desarrollo de nuevos planes
- Conocer la percepción de los usuarios/as con VIH con énfasis en población clave, acerca de cambios en la calidad y trato en los servicios que recibieron durante el curso de la intervención

3. Preguntas de evaluación

Esta evaluación respondió a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento actual de las intervenciones acordadas en el plan de trabajo de reducción de estigma y discriminación?
2. ¿Cuáles son los factores de índole operativos y estratégicos (nivel técnico, político y financiero) que afectaron negativa o positivamente la implementación de los planes de trabajo?
3. ¿Cuáles son los planes y recomendaciones por parte de los SAI para mantener intervenciones que contribuyan a la reducción del estigma y la discriminación?
4. ¿Cuál es la percepción de los/as usuarios/as sobre los cambios en la calidad de la atención y recursos disponibles en los SAI durante el curso de la intervención?

4. Población de estudio

Dado que la unidad de evaluación son las actividades para cada área de intervención, el personal a ser entrevistado fue el responsable de su implementación de acuerdo con el plan de trabajo. Se incluyen las siguientes categorías:

- Personal de salud y administrativo: Personal que ofrece servicios clínicos y apoyo administrativo, con un papel relevante en la implementación de las intervenciones para la reducción del estigma y la discriminación. Para fines del estudio se segmentó dicho grupo en dos niveles en los SAI:
 - Nivel clínico y prestación directa:
 - Personal médico
 - Personal no médico: enfermera/o, psicólogo/a, trabajadores/as sociales y consejeros/as.
 - Nivel administrativo y usuarios:
 - Personal que labora en el área de administración,
 - Personal que labora en el área de Recursos Humanos (RH)
 - Personal de atención al usuario/a
 - Personal del área de enseñanza
 - Personal Directivo
- Población de estudio: criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión determinan cuales personas participaron del diagnóstico y cuáles no fueron consideradas.

	INCLUSION	EXCLUSION
PERSONAL DE LOS SAI	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 años de edad o más • Ser proveedor de servicios de VIH en los SAIs seleccionados, trabajando al menos durante un año en ese puesto, y que hayan participado activamente en la implementación de las intervenciones de reducción de estigma y discriminación • Ser personal administrativo que labore en los hospitales seleccionados y directamente con servicios de VIH, trabajando al menos durante un año en ese puesto y que hayan participado activamente en la implementación de las intervenciones de reducción de estigma y discriminación • Informantes que estén en capacidad de dar su consentimiento voluntariamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores/personal administrativo o de la SAI con menos de un año en el puesto • Persona que exhiba un comportamiento violento, sufra de enfermedad mental o física que le impida responder a las preguntas, o esté bajo la influencia de drogas o alcohol previo o durante la entrevista • Persona que no pueda dar voluntariamente el consentimiento para la entrevista • Usuarios/as de ingreso al SAI con menos de 3 meses
USUARIOS/AS DE LOS SERVICIOS DE VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 años de edad o mas • Persona que viva con el VIH y que pertenezca población general y población clave • Usuaría de los servicios de la SAI, en seguimiento clínico activo y que hayan realizado una visita al servicio en los últimos 3 meses (90 días). • Personas den su consentimiento voluntariamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 18 años

5. Metodología de evaluación

a. Tipo de evaluación

Se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, con una metodología mixta que combinó métodos cualitativos y cuantitativos utilizados comúnmente en diseños de evaluación de programas.

b. Zona geográfica de estudio:

El estudio comprendió diez provincias en cinco SRS (Metropolitano, 3, 4, 6 y 8; ver Tabla 1), los mismos incluidos en el estudio “Diagnóstico de la situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana”.

Tabla 1. Selección de Servicios Regionales de Salud

Servicio Regional (n=5)	Provincia (n=10)
Servicio Regional de Salud 0 (metropolitano)	Santo Domingo
Servicio Regional de Salud 3	San Francisco de Macorís
Servicio Regional de Salud 4	Barahona, Bahoruco y Pedernales
Servicio Regional de Salud 6	San de la Maguana y Azua
Servicio Regional de Salud 8	Monseñor Nouel, Sánchez Ramírez y La Vega

La evaluación se realizó en los 15 SAI seleccionados, de estos 10 ubicados Centros de Atención Especializada (CEAS), 2 Centro del Primer Nivel de Atención (CPN) y 3 Organizaciones no gubernamentales (ONG).

Tabla 2. Selección de Servicios de Atención Integral

No.	SRS	Provincia	Localización del SAI (n=15)	Tipo
1.	Metropolitano (0)	Distrito Nacional	Centro Sanitario Santo Domingo	CPN
2.	Metropolitano (0)	Distrito Nacional	Clínica Urbana Yolanda Guzmán	CPN
3.	Metropolitano (0)	Distrito Nacional	COIN*	ONG
4.	Metropolitano (0)	Distrito Nacional	IDEV	ONG
5.	Valdesia (1)	San Cristóbal	Hospital Regional Juan Pablo Pina	CEAS
6.	Cibao Norcentral (2)	Santiago	Hospital Regional Docente Universitario José María Cabral y Báez	CEAS
7.	Cibao Norcentral (2)	Puerto Plata	CEPROSH	ONG
8.	Cibao Oriental (3)	Samaná	Hospital Leopoldo Pou	CEAS
9.	Enriquillo (4)	Barahona	Hospital Regional Universitario Dr. Jaime Mota	CEAS
10.	Enriquillo (4)	Jimaní	Hospital General Melenciano	CEAS
11.	Yuma (5)	La Romana	Hospital Dr. Francisco Gonzalvo	CEAS
12.	Yuma (5)	La Romana	Clínica de Familia	ONG
13.	El Valle (6)	Elías Piña	Hospital Rosa Duarte	CEAS
14.	Cibao Occidental (7)	Dajabón	Hospital Ramón Matías Mella	CEAS
15.	Cibao Occidental (7)	Montecristi	Hospital Padre Fantino	CEAS

* COIN fue el único centro que no pudo ser visitado en la evaluación final (12 meses), por problemas con la infraestructura. Por ello, en la sección de análisis se utilizó el mismo resultado obtenido en la evaluación de los 9 meses.



c. Dimensiones y variables por tipo de método

La Tabla 3 presenta los indicadores, fuentes de datos, instrumentos y métodos de recolección de datos utilizados para responder a las preguntas de evaluación.

Tabla 3. Indicadores, fuentes de datos y métodos

PREGUNTA 1. ¿Cuáles son los factores de índole operativos y estratégicos (nivel técnico, político y financiero) que afectaron negativa o positivamente la implementación de los planes de trabajo?		
Variables/Indicadores	Fuente de datos	Métodos/ instrumentos
Facilitantes/ Barreras <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nivel técnico</u> [número participantes y roles, tiempo dedicado, capacidad y conocimientos, motivación, etc.] • <u>Nivel Político</u> [voluntad, motivación y concientización, nivel de involucramiento, etc.] • <u>Nivel financiero/recursos</u> [disponibilidad y accesibilidad, tipo de recursos, etc.] 	<ul style="list-style-type: none"> • Informantes claves por nivel de gestión [nivel local/centro y del nivel central] • Documentos o evidencia física por tipo de intervención [sensibilización y capacitación; directrices y procedimientos; canalización de quejas y denuncias] 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta semi-estructurada • Revisión documental
PREGUNTA 2. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento actual de las intervenciones acordadas en el plan de trabajo de reducción de estigma y discriminación?		
Variables/Indicadores	Fuente de datos	Métodos/instrumentos
Nivel de cumplimiento del plan de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • % de actividades implementadas por tipo de intervención según el plan de trabajo [numerador: # de actividades realizadas/ denominador: # total de actividades contempladas a realizarse por tipo de intervención] • % actividades no implementadas y las razones. [numerador: # de actividades no realizadas/ denominador: # total de actividades contempladas a realizarse por tipo de intervención] 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos o evidencia física por tipo de intervención [sensibilización y capacitación; directrices y procedimientos; canalización de quejas y denuncias] 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión Documental • Entrevistas a profundidad • Observación directa
Adherencia al plan de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de <u>actividades realizadas no contempladas</u> en el plan de trabajo original • Implementación de las actividades según lo esperado [hubo o no cambios inesperados y razones] 	<ul style="list-style-type: none"> • Informantes claves por nivel de gestión [nivel local/centro y del nivel central] • Pasillos, salas de espera y consultorios [laboratorios, farmacias y áreas quirúrgicas, atención al usuario/a, SAI, área administrativa] 	
Indicadores claves <ul style="list-style-type: none"> • % de actividades no iniciadas o con cumplimiento parcial cuya barrera fue la falta de implementación de actividades técnicas • % de actividades no iniciadas o con cumplimiento parcial cuya barrera fue la falta de decisiones políticas/ administrativas de nivel superior • % de actividades no iniciadas o con cumplimiento parcial cuya barrera fue la falta de recursos materiales o financieros 		
PREGUNTA 3. ¿Cuál es la percepción de los/as usuarios/as sobre los cambios en la calidad de la atención y recursos disponibles en los SAI durante el curso de la intervención?		
Variables/Indicadores	Fuente de datos	Métodos/instrumentos
Percepción sobre la calidad del servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Experimentó estigma y discriminación por parte del personal de la SAI u otro personal que labora en el centro durante el periodo de la intervención (en los últimos 12 meses) • Disponibilidad nuevos servicios o recursos de atención al usuario o quejas en caso de experimentar estigma y discriminación en el SAI en los últimos 12 meses (información recibida, letreros informativos, fichas de quejas, buzones disponibles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios/as de los servicios de VIH (población general y población clave) 	Entrevista-semiestructurada

d. Tipo de métodos o técnicas de recolección de datos

Con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de las actividades se utilizaron las siguientes técnicas:

- **Entrevistas semi-estructuradas a informantes claves**
 - a. Personal del SAI que haya participado activamente en la implementación de las intervenciones de reducción de E&D (personal de salud y administrativo) y
 - b. Usuarios/as de los servicios de VIH

- **Revisión documental** o verificación de registros vinculados al proyecto (afiches, guías o formularios, quejas de usuarios/as)
- **Observación directa** en pasillos, salas de espera y consultorios de las áreas priorizadas por el proyecto [*laboratorios, farmacias y áreas quirúrgicas, atención al usuario/a, SAI, área administrativa*]

e. Tipo de muestreo

La muestra fue no probabilística con propósito definido o conveniencia y de tipo heterogénea, basada en la segmentación de los y las participantes por características preestablecidas en la tabla 4.

Tabla 4. Informantes claves y tipo de SAI

Localización del SAI (n=15)	
Los 15 SAI: Centros públicos:	Centro Sanitario Santo Domingo; Clínica Urbana Yolanda Guzmán; Hospital Regional Juan Pablo Pina; Hospital Regional Docente Universitario José María Cabral y Báez; Hospital Leopoldo Pou; Hospital Regional Universitario Dr. Jaime Mota; Hospital General Melenciano; Hospital Dr. Francisco Gonzalvo; Clínica de Familia; Hospital Rosa Duarte; Hospital Ramón Matías Mella; Hospital Padre Fantino.
Organizaciones sin fines de Lucro (ONG):	IDEV; CEPROSH **En COIN no se pudo realizar la evaluación a los 12 meses, por las condiciones en la que se encontraba después de la explosión de Polyplas. Se mantuvo el mismo porcentaje de la evaluación de los 9 meses.

f. Análisis

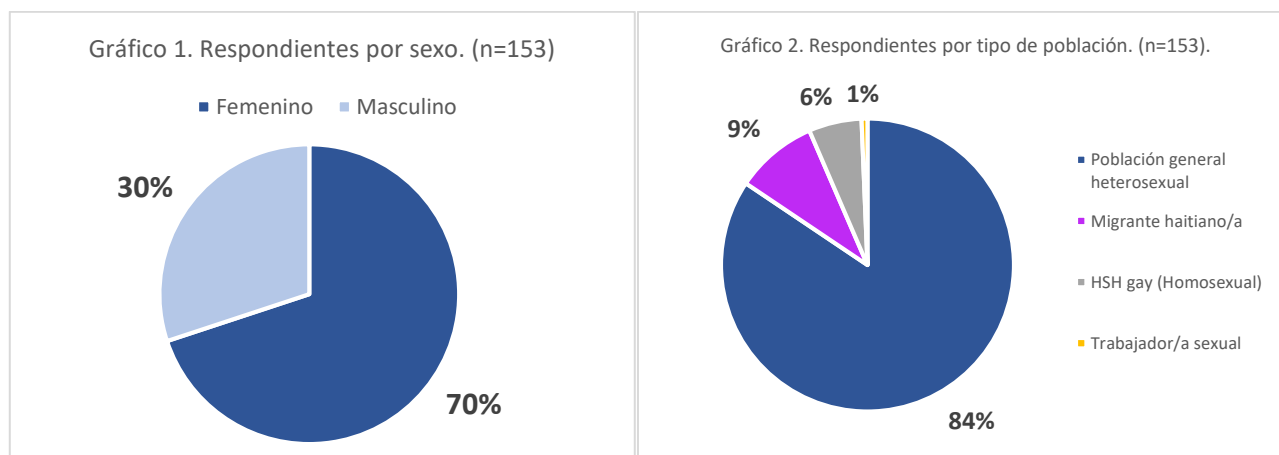
El análisis se realizó comparando los resultados de la línea de base (Agosto del 2017), con el progreso alcanzado a los tres meses de iniciada la intervención (Noviembre 2017), a los 9 meses (agosto 2018) y a los 12 meses (diciembre 2018). El plan acordado con los SAI contenía tres intervenciones y 17 actividades a implementarse entre noviembre 2017 y diciembre 2018. La evaluación del desempeño general de los SAI se realizó a través de una escala de cumplimiento de las 17 actividades programas (255 en los 15 SAI priorizados).

Para comparar el avance se utilizó una escala de colores: el verde para representar un 90% o más de cumplimiento (230/255); amarillo entre 60-89% (153-229/255) y rojo por debajo del 59% (>150/255).

Nivel de cumplimiento	Valoración
> 90%	Óptimo
60-89%	Parcial
< 59%	Deficiente

6. Resultados de la evaluación

Se llevaron a cabo 28 entrevistas a personal (1-2 personas por SAI) en los 14 SAI seleccionados y un SAI que se utilizó el mismo nivel de desempeño de la evaluación a los 9 meses. Solo fueron entrevistados informantes que cumplieran con todos los criterios de inclusión. A nivel de los usuarios/as, se llevaron a cabo 153 entrevistas (mujeres 107, hombres 46) con usuarios/as activos/as de los servicios de VIH en edades del 18-49 años, activos en seguimiento clínico y que hayan realizado una visita al servicio en los 3 meses (90 días) anteriores a la evaluación final. La distribución por tipo de población fue: Heterosexual, 129; Migrantes/haitianos, 14; hombres que tienen sexo con hombres, 9 y transexuales, 1. (Gráfico 1 y 2)



Los hallazgos fueron organizados conforme a las preguntas de evaluación del estudio y a los indicadores de progreso asociadas a cada una.

6.1. Nivel de cumplimiento global de las intervenciones y actividades acordadas en el plan de trabajo

Como se observa en la tabla 5, el nivel de cumplimiento global fue de un 64% (168/255) de las actividades a tres meses (noviembre 2017) después de iniciar la ejecución de los planes de trabajo. A los nueve meses (agosto 2018) después de iniciada la implementación, se encontró un 66% (163/255) de cumplimiento de las intervenciones. Al momento de la evaluación final (12 meses después de iniciada la intervención) se observa un importante incremento – a un 88% (217/255)- de cumplimiento de las actividades en todos los SAI priorizados.

Tabla 5. Nivel global de cumplimiento por tipo de intervención

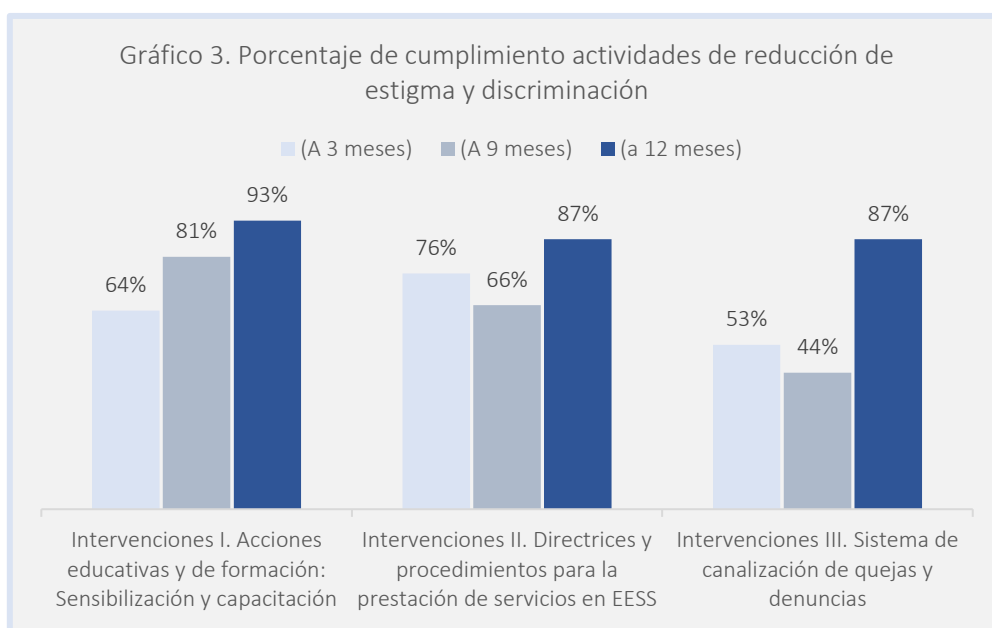
Intervenciones	% Cumplimiento		
	(A 3 meses)	(A 9 meses)	(A 12 meses)
Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación	64%	81%	91%
Intervención II. Directrices y procedimientos para la prestación de servicios en establecimientos de salud	76%	66%	90%
Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias	53%	44%	84%
% Total	66%	64%	88%

EL progreso en el cumplimiento de las actividades de la Intervención I, que incrementó del 64% (48/75) a un 81% (61/75) a los nueve meses y a un 91% (68/75) a los doce meses, lo que representa un 29% de incremento entre tres y doce meses. El número de SAI que completaron todas las actividades bajo esta intervención se elevó de 10 a 14.

El estudio evidenció un incremento en el nivel de cumplimiento para las intervenciones II y III. La Intervención II pasó de un 76% (80/105) a los 3 meses, disminuyó a un 66% (69/105) a los 9 meses, pero presentó un aumento a un 90% (95/105) de cumplimiento a los 12 meses de iniciada la ejecución de los planes de trabajo.

Los mayores retrasos en la ejecución fueron las asociadas a las Intervención III o Sistema de Canalización de Quejas y Denuncias donde se observa un 53% (40/75) y 44% (33/75) de implementación a los a tres meses y nueve meses, respectivamente. Se registró un cambio importante a los 12 meses, elevándose el cumplimiento a un 84% (63/75) de para todas las actividades bajo esta categoría (gráfico 3).

De acuerdo a las entrevistas realizadas la disminución de los 6 meses se debió a la rotación de personal, la jubilación de algunos técnicos involucrados en la implementación de los planes de trabajo y la falta de insumos como afiches o buzón de quejas por remodelación de las instalaciones o falta de recursos económicos para suplirlos.



En la tabla 6 se observa el cumplimiento por actividad a los tres, nueve y doce meses de iniciar la implementación. A doce meses de iniciada la implementación para la Intervención I, un 93% de los SAI priorizados (14/15) completaron las actividades relacionadas con incluir en el plan operativo anual una línea presupuestaria para la capacitación en Derechos Humanos y Estigma y Discriminación, la implementación de los talleres de capacitación de dichos temas y la creación del comité a cargo de desarrollar los talleres. Solo un SAI acordó completar las actividades relacionadas con la inclusión de una línea presupuestaria para la capacitación en reducción de E&D.

Bajo la intervención II, se observa que un 100% de los centros (15/15) completaron a los 12 meses de iniciada la implementación, las actividades relacionadas con el diseño y colocación de afiches en las áreas de emergencia, cirugía y laboratorio. El 93% (14/15) de los centros crearon una ficha para el reporte de accidentes. Entre las actividades con mejor nivel de cumplimiento se encuentran la creación de una comunicación de la Dirección indicando los stocks de antirretrovirales profilácticos que deben mantenerse en áreas seleccionada y el registro y consolidación mensual y trimestral de los accidentes laborales. A los 6 meses de iniciada la implementación solo 6 de los 15 SAI habían completado dichas actividades, y a los 12 meses 13 las habían completado.

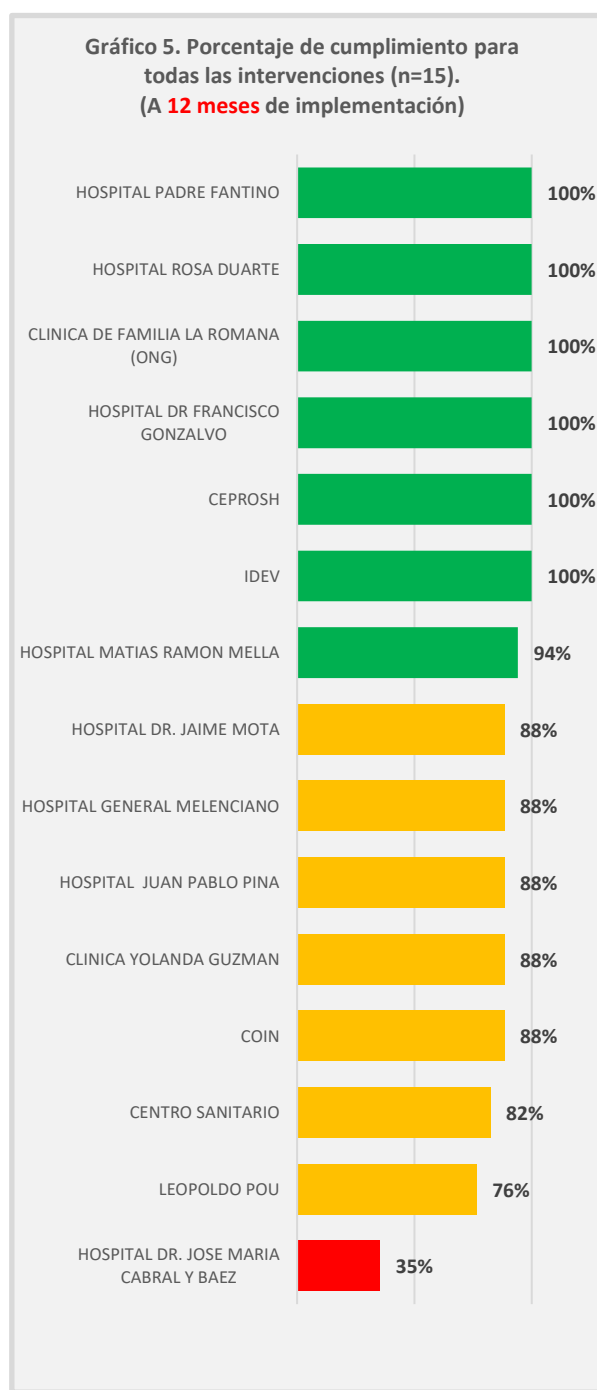
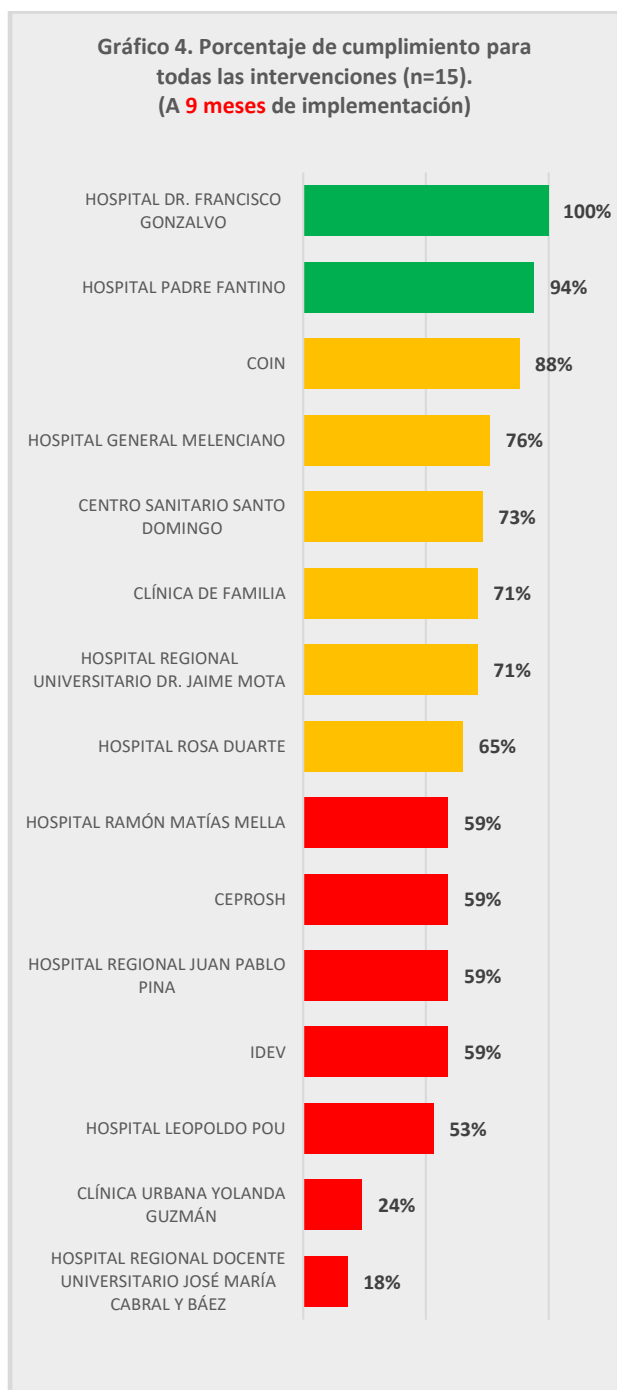
Donde se observaba la mayor brecha a los 3 y 6 meses de implementación fue en las actividades de la Intervención III o Sistema de Canalización de Quejas y Denuncias. A los tres meses se registraba un 53% (8/15) de cumplimiento, lo que mejoró considerablemente a los 12 meses, donde 13 de los 15 centros (84%) habían realizado las actividades contempladas bajo esta intervención. La actividad de menor cumplimiento (solo 10 de 15 SAI) fue la colocación de letreros visibles de guía a las oficinas de atención al usuario.

**Tabla 6.** Porcentaje de cumplimiento por tipo de actividad a los 3, 9 meses y 12 meses de implementación

Indicadores/Intervenciones (procesos)		% de centros y nivel de cumplimiento		
		3 Meses	9 Meses	12 Meses
Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación.				
1	% de SAI con POA con una línea presupuestaria para capacitación en temas de DDHH, E&D, Exposición laboral y	0%	73%	87%
2	% de SAI con solicitud de inclusión en el presupuesto del establecimiento para la inclusión en el POA los recursos	73%	80%	93%
3	% de SAI con programas de capacitación incluyendo temas de derechos Humanos, Estigma y Discriminación,	80%	80%	87%
4	% de SAI con comité para capacitar en estos temas.	87%	87%	93%
5	% SAI con talleres o charlas realizadas o coordinadas en temas de derechos Humanos, Estigma y Discriminación,	80%	87%	93%
Subtotal		64%	81%	91%
Intervención II: Directrices y procedimientos en establecimientos de salud				
6	% de SAI con comunicación de la Dirección indicando los stocks de medicamentos en áreas seleccionadas.	80%	47%	87%
7	% de SAI con reunión con el servicio de Farmacia para establecer el stock en las áreas seleccionadas.	93%	67%	93%
9	% de SAI con afiches en las áreas de emergencia, cirugía, laboratorio.	93%	93%	100%
10	% de SAI con creación o actualización de una ficha para reporte de accidentes.	93%	67%	93%
11	% de SAI con consolidación mensual y trimestral de los accidentes laborales.	67%	40%	80%
12	% de SAI con inclusión en el POA de las evaluaciones al personal del SAI, bajo el formato del MAP.	67%	73%	100%
13	% de SAI donde el I comité de calidad da a conocer los estándares de prestación de servicios.	40%	73%	87%
Subtotal		76%	66%	90%
Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias.				
14	% de SAI con comunicación de la Dirección para la conformación o reactivación de oficinas de atención al usuario.	53%	47%	93%
15	% de SAI con letreros visibles de guía a las oficinas de atención al usuario.	33%	40%	67%
16	% de SAI con buzones de sugerencias, incluyendo el SAI.	93%	67%	100%
17	% de SAI con fichas de quejas elaboradas o adaptadas.	47%	40%	87%
18	% de SAI con consolidación de las quejas y entregadas a la Dirección.	40%	27%	73%
Subtotal		53%	44%	84%



Como indican los gráficos 4 y 5, a los 9 meses de iniciada la implementación de las actividades de reducción de E&D, solo 2 de los 15 SAI priorizados habían completado más del 90% de todas las actividades en los tres niveles de intervención: el Hospital Padre Fantino Falco y el Hospital Dr. Francisco Gonzalvo. Seis de los SAI presentaban una ejecución entre 60-89% y 7 SAI menos a un 60% de cumplimiento (gráfico 4). A 12 meses de iniciada la implementación de los planes de trabajo se observa un cumplimiento de un 90 a 100% de las actividades en 7 SAI del total evaluado: el Hospital Matías Ramon Mella, IDEV, CEPROSH, Hospital Dr. Francisco Gonzalvo, Clínica De Familia La Romana (ONG), Hospital Rosa Duarte, Hospital Padre Fantino. Cinco de los centros pasaron de un 59% de ejecución a los 6 meses, a más de un 80% a los 12 meses. Solo el Hospital Dr. José María Cabral y Báez se mantuvo a los 12 meses con una ejecución de un 35% de cumplimiento. Esto fue debido múltiples razones, entre las que se destacan la falta de seguimiento por el equipo del SAI y limitado apoyo de la Dirección para cumplimiento del plan.





En la tabla 7, se presenta el cumplimiento por SAI y por cada una de las intervenciones. Se observa que en 7 de los 15 SAI las actividades relacionadas a la intervención III o Sistema de Quejas y Denuncias e Intervención II o Procedimientos y Directrices, muestran una mayor brecha en la ejecución. A nueve meses de iniciada la implementación dos de los SAI, la Clínica Urbana Yolanda Guzmán y el Hospital Regional José María Cabral mostraron un importante retraso con menos del 43% en la ejecución de las actividades para todos los niveles de intervención. El IDEV y el Hospital Leopoldo Pou mostraban un 43% de ejecución en las actividades de las Intervenciones II y III. La Intervención I es que la mostraba un mejor nivel de cumplimiento para la mayoría de los SAI. Esta evaluación muestra progresos importantes a los 12 meses de implementación: el 100% de las actividades fue completado en 13 SAI para la intervención I, en 10 para la intervención II y en 8 para la intervención III.

Tabla 7. Nivel de cumplimiento por SAI para todas las intervenciones

Tabla 2. Nivel global de cumplimiento por centro (Para todas las intervenciones)	Septiembre 2018			Diciembre 2018		
	I1. Acciones Educativas	I2. Directrices y procedimientos	I3. Quejas y denuncias	I1. Acciones Educativas	I2. Directrices y procedimientos	I3. Quejas y denuncias
CENTRO SANITARIO SANTO DOMINGO	100%	60%	60%	100%	71%	80%
IDEV	100%	43%	40%	100%	100%	100%
COIN*	100%	100%	60%	100%	100%	60%
CLINICA URBANA YOLANDA GUZMAN	40%	29%	0%	100%	71%	100%
HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA	60%	86%	20%	60%	100%	100%
CEPROSH	60%	57%	60%	100%	100%	100%
HOSPITAL DR. JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ	0%	43%	0%	0%	57%	40%
LEOPOLDO POU	100%	43%	20%	100%	71%	60%
HOSPITAL GENERAL MELENCIANO	100%	71%	60%	100%	86%	80%
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DR. JAIME MOTA	100%	86%	20%	100%	100%	60%
HOSPITAL DR FRANCISCO ANTONIO GONZALVO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CLINICA DE FAMILIA LA ROMANA (ONG)	100%	57%	60%	100%	100%	100%
HOSPITAL ROSA DUARTE	100%	71%	20%	100%	100%	100%
HOSPITAL MATIAS RAMON MELLA	60%	57%	60%	100%	100%	80%
HOSPITAL PADRE FANTINO	100%	100%	80%	100%	100%	100%

**# de actividades bajo la Intervención 1 (5), Intervención 2 (7) e Intervención 3 (5). Para un total de 17 actividades para todas las intervenciones.

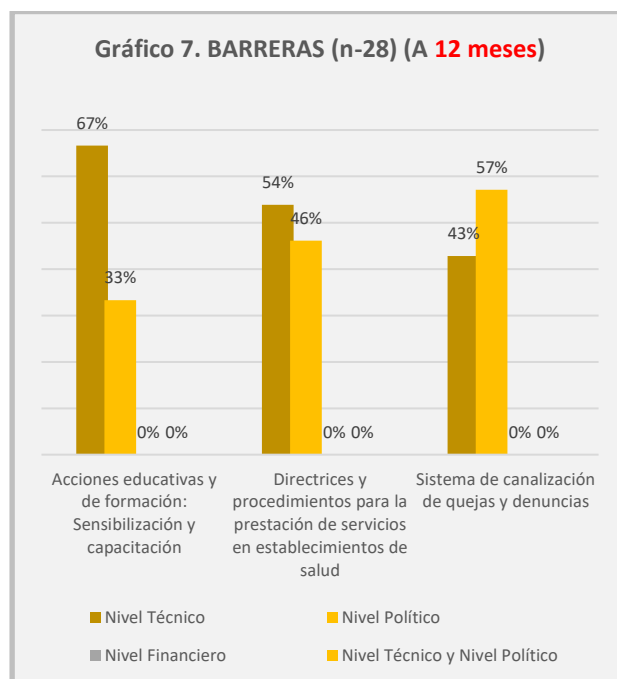
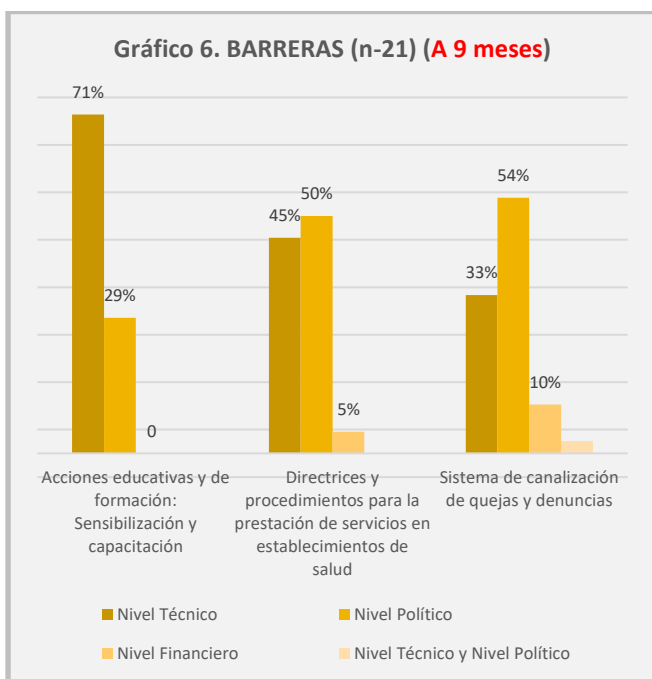
* COIN fue el único centro que no pudo ser visitado en la evaluación de los 12 meses, por problemas con la infraestructura. Por ello, se utilizó el mismo resultado obtenido en la evaluación de los 9 meses.

6.2. Factores operativos y estratégicos que afectaron la implementación de los planes de trabajo

Las principales barreras que afectaban a los 9 meses la implementación de las actividades de la **Intervención I** eran técnicas (en un 71% de los casos) y políticas (en un 29%). Dentro de las causas asociadas al nivel técnico los/as informantes mencionaron la ausencia de un comité para capacitar en Derechos Humanos, Estigma y Discriminación, Bioseguridad/ profilaxis post-exposición laboral y Calidad de la Atención. En el nivel político una de las principales barreras fue el cambio de director/a del establecimiento. A los 12 meses se observaron percepciones similares: barreras de índole técnico 67% y políticas 33%.

La implementación de las Intervenciones II y III, se encontraba entre un 50%-54% a los 9 meses de iniciada la implementación. Para la **Intervención II**, las barreras políticas estuvieron asociadas a la falta de acompañamiento por parte del SRS y problemas de comunicación interna. Entre las técnicas, se encontraba la falta de uso de la ficha de reporte de accidentes, problemas de comunicación con el SAI y el comité de calidad.

En cuando a barreras financieras estaba las de renovación del hospital que impedía el desarrollo de las actividades.



Las barreras a la implementación de la **Intervención III**, están ligadas a falta de seguimiento y compromiso por el nivel político, la falta acondicionamiento de una oficina de atención al usuario/a por limitaciones financieras y, en el plano técnico, a la “dejadez” y ausencia de clarificación sobre roles y responsabilidades del personal y a la falta de una ficha formal para quejas y denuncias.

A los 12 meses de implementación, los/as entrevistados informaron que las principales barreras la implementación fueron técnicas (54% de los casos) para la intervención II y políticas (57% de los casos) para la intervención III. Entre las causas técnicas está que al Plan Operativo Anual (POA) no se le da seguimiento. En algunos SAI “no utilizan POA, utilizan herramienta propia llamada Seguimiento Clínico y es aprobada por la dirección”. Entre las causas políticas se mencionó la “rotación del personal directivo”. No se identificaron barreras de índole financiero.

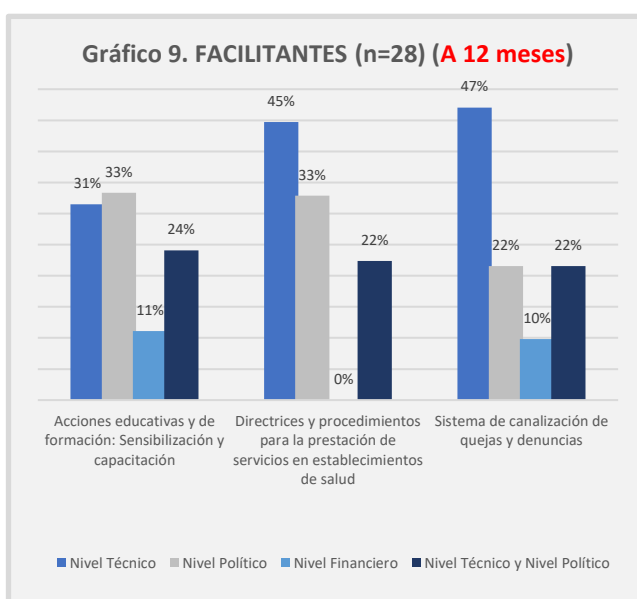
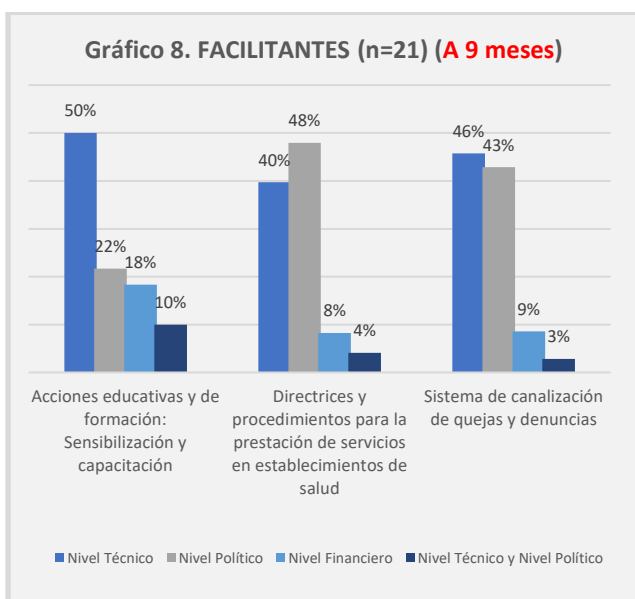
Tabla 8. Impresiones de los/as entrevistados/as sobre las barreras al cumplimiento a los 9 meses

INTERVENCIONES	Dimensiones		
	POLITICAS	TECNICAS	FINANZAS
Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Está en proceso de reducción de personal del comité (era muy grande) • Cambio de dirección, no se notificó al director y no se incluyó para elaboración del POA 	<ul style="list-style-type: none"> • El comité nunca se conformó y el encargado anterior nunca gestionó la realización de esta actividad. • Del personal que asistió al taller en octubre 2017 ninguno gestionó la conformación del comité. 	No se reportó
Intervención II. Directrices y procedimientos para la prestación de servicios en establecimientos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación de la Dirección comunicando los Stock de medicamentos. La comunicación se realizó y el encargado del SAI no lo gestionó con la dirección. La comunicación se perdió con las inundaciones de fin de año. • Falta de acompañamiento y seguimiento del SRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de reporte de accidentes se creó, pero no se utiliza • El comité de calidad no informa a la SAI sobre los estándares • Consolidación de accidentes laborales, el SAI pasa las fichas llenas a Estadística, Estadística la reporta en el EPI-2. No hay consolidado interno del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Remozamiento del hospital de hace más de dos años ha impedido la colocación de los afiches

INTERVENCIONES	Dimensiones		
	POLITICAS	TECNICAS	FINANZAS
Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias	<ul style="list-style-type: none"> • No se dio seguimiento a este compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> • Escriben sus quejas o sugerencias en un papel libremente • Por dejadez. Porque no hay fichas. • La oficina de atención al usuario esta activa, pero gestiona mayormente proceso de trabajo sociales. • La oficina de atención al usuario se ocupa mayormente de trabajo social y dicen que las quejas deben canalizarse por la SAI 	<ul style="list-style-type: none"> • No deben ser copias, sino letreros formales • Acondicionar una oficina de atención al usuario, actualmente está ubicada en la recepción

Los principales *facilitantes* que influyeron a los 9 meses la implementación de las actividades bajo la **Intervención I**, fueron técnicos (59% de los casos) y políticos (22% de los casos). Dentro de los *facilitantes* asociados al nivel técnico se encontró la creación del comité de capacitación y su rol en el monitoreo y seguimiento de las actividades. Las personas entrevistadas enfatizaron la iniciativa de miembros/as del comité tras recibir la capacitación de E&D. A nivel político uno de los principales *facilitantes* fue el involucramiento y la voluntad para llevar a cabo los planes de reducción de E&D por parte de la Dirección, así como el apoyo financiero por parte de la administración.

Para las actividades bajo la **Intervención II**, los *facilitantes* de índole políticos estuvieron asociados a la voluntad y apoyo directo del director/a. Entre los técnicos, se encuentra el establecimiento de metas y el monitoreo del cumplimiento de las actividades por parte de los comités. Los *facilitantes* para la **Intervención III**, fueron solo de índole técnicos, donde se destaca la instalación de un quiosco y pantalla de asistencia al usuario, y designación de personal a las oficinas donde se reciben las denuncias.



A los 12 meses después de iniciada la implementación, los *facilitantes* identificados fueron principalmente de índole técnico. Entre ellos destacan la creación de canales de comunicación permanentes. Los entrevistados mencionaron que “la secretaria tiene un grupo de WhatsApp y se comunica”, “el último viernes de cada mes se reúne todo el personal; todos los pasantes (médicos) rotan por el servicio de atención al usuario para recibir información de estigma y discriminación”, “extensión de horario hasta la 5pm”, “digitalización de formularios de reporte de accidentes y de atención al usuario”, etc.

Tabla 9. Impresiones de los/as entrevistados/as sobre los *facilitantes* para el cumplimiento a 9 meses

INTERVENCIONES	Dimensiones		
	POLITICAS	TECNICAS	FINANZAS
Intervención I. Acciones educativas y de formación: Sensibilización y capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importante nivel de involucramiento y voluntad para llevar a cabo los planes de E&D</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El comité se ha encargado de monitorear y dar seguimiento</i> • <i>Fue iniciativa del grupo luego de las recomendaciones de los talleres de E&D</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El comité solicita la capacitación, y la administración facilita recursos.</i>
Intervención II. Directrices y procedimientos para la prestación de servicios en establecimientos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Voluntad de la dirección</i> • <i>Apoyo directo del proyecto y de la dirección. Agilidad del comité.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Se establecen metas y se monitorea cumplimiento</i> • <i>Se elabora reporte mensual, incluso cuando no hay accidentes.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No se reportó</i>
Intervención III. Sistema de canalización de quejas y denuncias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No se reportó</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proceso de instalación rutero (kiosco) y pantalla de asistencia al usuario para visualizar dependencias y turnos (a instalarse la próxima semana).</i> • <i>Personal que dirige a las personas a las oficinas administrativas donde se realizan las denuncias</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No se reportó</i>

6.3. Percepción de usuarios y usuarias de los servicios sobre la calidad de la atención y recursos disponibles

Un elemento innovador de esta evaluación, en comparación con mediciones anteriores, fueron las entrevistas realizadas a las y los usuarios de los servicios sobre experiencia vivida de E&D durante los 12 meses de la intervención y la percepción sobre la oferta de nuevos servicios o recursos disponibles de atención al usuario/a. El propósito de esta medición no fue el de medir “atribución” o la relación causa-efecto de las intervenciones, sino ayudar a identificar las contribuciones del proyecto sobre la base de la percepción de las y los usuarios.

En el gráfico 10, que el 96% (146/153) de las y los usuarios valora como “buena” y “muy buena” la atención recibida en los últimos 12 meses, por parte del personal de salud en comparación con las atención recibida en años anteriores. Un 92% (140/153) expresó al menos una vez en los últimos 12 meses haber experimentado E&D. Solo un 33% (50/153) reconoció haber recibido información sobre la disponibilidad de nuevos servicios o recursos de atención al usuario en caso de experimentar E&D (información recibida, Letreros informativos, fichas de quejas, buzones disponibles).

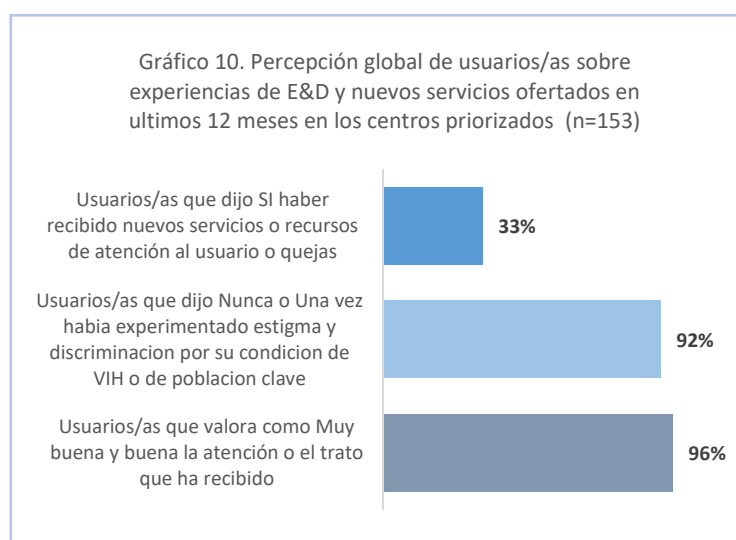




Gráfico 11. % de usuarios/as valora **Muy buena y buena** la atención o el trato que ha recibido en los últimos 12 meses en el centro/SAI por parte del personal de salud en comparación con años anteriores (n=144)

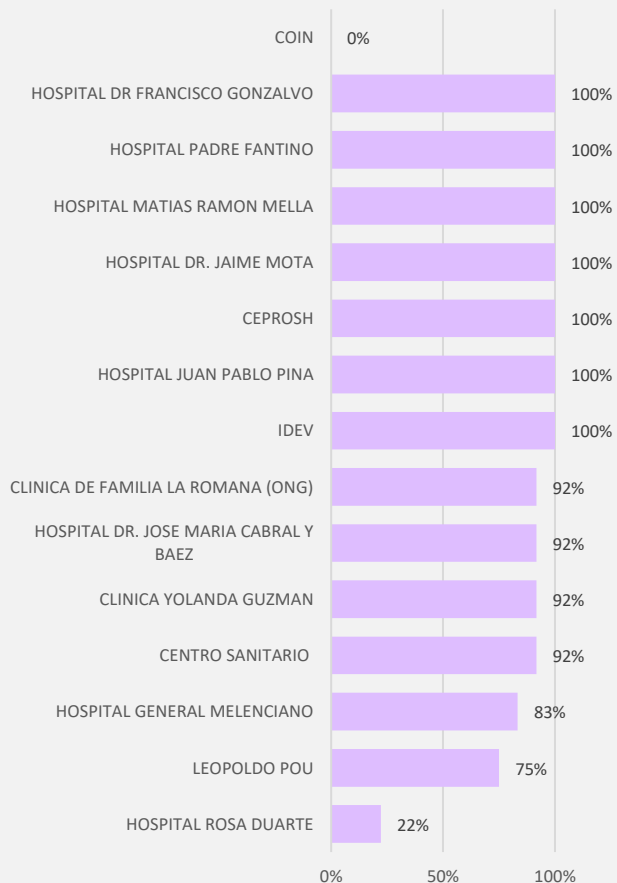


Gráfico 12. % de usuarios/as que dijo al menos **Una vez** había experimentado estigma y discriminación por parte del personal de salud por su condición de VIH o de población clave en los últimos 12 meses. (n=125)

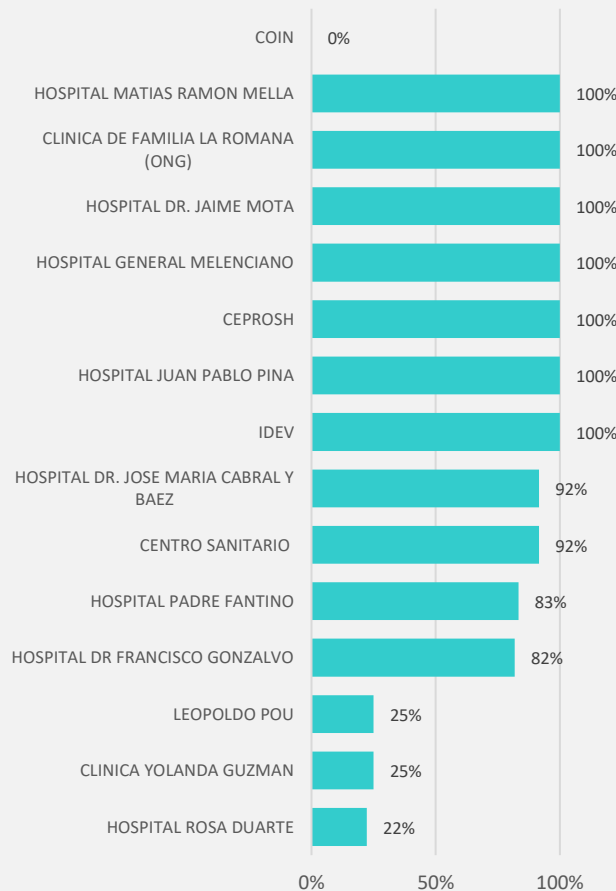
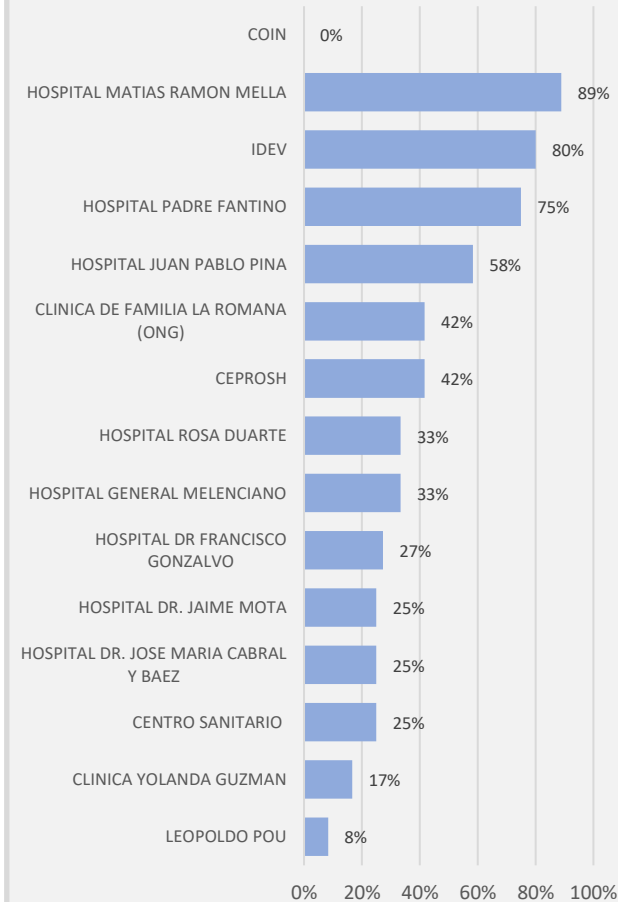


Gráfico 13. % de usuarios/as que dijo **SI** haber recibido nuevos servicios o recursos de atención al usuario o quejas en caso de experimentar estigma y discriminación en el centro en los últimos 12 meses. (n=152)





Como se puede ver en el gráfico 11, el 100% de los entrevistados/as en 11 de los 14 SAI, valora como *muy buena y buena* la atención o el trato que ha recibido en los últimos 12 meses en el centro/SAI por parte del personal de salud en comparación con años anteriores. En el Centro Rosa Duarte, solo 22% valoró como *muy buena o buena la atención*.

El gráfico 12, entre 82% y 100% de las y los usuarios/as de 11 de los 14 SAI expresaron al menos una vez había experimentado estigma y discriminación por parte del personal de salud por su condición de VIH o de población clave. En 3 de los SAI (el Hospital Leopold Pou, Clínica Yolanda Guzmán y el Hospital Rosa Duarte) solo el 25% de las y los usuarios/as expresó nunca o una vez haber vivido E&D.

El gráfico 13 muestra que solo en 5 de los 15 SAI entre 59%-89% de las y los usuarios/as reconoció haber recibido, en los últimos 12 meses, nuevos servicios o recursos de atención al usuario o quejas en caso de experimentar estigma y discriminación. En el resto de los centros (10/15) aproximadamente menos del 40% de las y los usuarios/as dijo haber recibido información sobre nuevos recursos y servicios.

Los datos cualitativos corroboran lo expresado anteriormente. Los usuarios/as expresaron opiniones muy favorables sobre la calidad de la atención por parte de personal que labora en el centro, pero no necesariamente en el SAI. Mencionaron situaciones donde las personas agresoras han sido sancionadas. La disponibilidad de los servicios de atención a usuarios/as no han sido bien promovida. Solamente en algunos SAI se utilizan materiales impresos y charlas para promoverlos.

VARIABLES Últimos 12 meses	OPINIONES DE USUARIOS/AS
DISPONIBILIDAD DE NUEVOS SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ha habido innovación y mejoría en el servicio, la paciente entiende que las encuestas que se hacen han ayudado a mejorar el servicio a pesar de que siempre ha sido bueno”</i> • <i>“La asistente le informó del buzón, pero las fichas de presentar quejas no”</i> • <i>“El Psicólogo le informó que en caso de ser discriminado puede acercarse a él informarle la situación”</i> • <i>“Se imparten charlas sobre el tema de los derechos y sobre los nuevos servicios”</i> • <i>“Tienen letreros en la recepción y en los pasillos, reparten volantes”</i> • <i>“Pero no hay buzón de quejas en la SAI, desconoce”</i>
VIVENCIA DE E&D	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Un señor que trabajaba en el centro hizo un comentario acerca de algunos pacientes VIH+ y por esta razón lo suspendieron”</i> • <i>“Por motivo de salir embarazada”</i> • <i>“Una antigua administradora lo trataba con diferencia y se alejaba del lugar donde la persona estaba”</i> • <i>“La persona que da los turnos a veces atiende a otras personas que llegan más tarde y lo deja esperando”</i> • <i>“No, incluso le llaman si falta a su cita, un doctor que la buscaba a la parada para que no faltara a la cita”</i> • <i>“Los estudiantes de medicina que vienen al centro los tratan con distancia y a veces le hablan mal”</i>
CALIDAD DE LA ATENCION	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ha recibido buenas atenciones y apoyo, se les dan las mismas tarjetas que a los pacientes que no son VIH positivo para mantener la discreción”</i> • <i>“No se explica al paciente cuando hay un inconveniente, por ejemplo, se acabaron los tickets y no les informaron cuando llegan”</i> • <i>“No hay diferencia en relación con otros pacientes”</i> • <i>“Ha mejorado. Ahora les dan más charlas y tienen los buzones”</i> • <i>“Es tratada con igualdad”</i> • <i>“Están al día, tienen los medicamentos, nos avisan de una gripe que anda por ahí. Me gustaría que fuéramos más grupos como antes”</i>

7. Análisis de los resultados

El estigma y discriminación del que son objeto las personas con VIH y en particular la población clave es un obstáculo para el logro de las metas del 90/90/90. El estudio de base conducido en 2017, estableció que el problema es profundo y generalizado entre el personal que presta atenciones clínicas y administrativas en los SAI.

Con recursos del FM, CONAVIHSIDA diseñó e implementó intervenciones dirigidas a reducir el estigma y discriminación en 15 SAI priorizados. Estas intervenciones estaban orientadas a reducir los problemas identificados en el estudio de base.

Aunque las percepciones y actitudes del personal son difíciles de modificar en plazos cortos, las intervenciones partieron de jornadas de sensibilización al personal que, alimentados de vivencias personales de usuarios discriminados en los SAI, se enfocaron el tema de los derechos humanos y de los usuarios de los servicios de salud.

Las intervenciones operativas estuvieron dirigidas a mejorar las prácticas de los servicios en la prevención de la transmisión del VIH, incluida la profilaxis post – exposición, las mejores prácticas clínicas para la atención de las personas y la canalización de quejas y denuncias por parte de los usuarios.

El monitoreo de la implementación de los planes de trabajo (17 intervenciones en cada uno de los 15 SAI) evidenció un progreso lento en la implementación a los tres y nueve meses. Las principales razones de este retraso fueron: Ausencia de un comité coordinador responsable, cambios en el personal y readequaciones de infraestructura en los establecimientos. Algunos SAI (H. Francisco Gonzalvo y H. Padre Fantino) mostraron avances tempranos debido al compromiso de las autoridades y a la implementación de acciones concretas como el nombramiento de comités de seguimiento y capacitación.

Los retrasos en la implementación identificados en la segunda ronda de monitoreo condujeron a la realización de talleres para presentar los avances y planificar *cierres de brechas*. Esta intervención permitió acelerar la implementación de los planes de trabajo durante los últimos tres meses de la intervención. Este impulso puede atribuirse a los compromisos asumidos por los equipos en los talleres de *cierre de brechas* y al apoyo financiero y acompañamiento técnico ofrecido, respectivamente, por FM/CONAVIHSIDA y la firma contratada para facilitar esta intervención (GIS, Grupo Consultor). La evaluación final mostró que más de la mitad de los SAI habían cumplido con todas las actividades incluidas en los planes de trabajo.

Las entrevistas conducidas durante la evaluación final a usuarios regulares de los SAI sugieren que las intervenciones implementadas pueden estar teniendo un impacto positivo en la reducción del estigma y discriminación, pero nuevos y más profundos estudios son necesarios para asegurar que el impacto no es temporal y dependiente de las intervenciones producto de esta asistencia técnica.

Las estrategias de sostenibilidad de los logros alcanzados deben considerar el monitoreo y fortalecimiento de las intervenciones operativas (buzones de quejas, disponibilidad de profilaxis post - exposición, por ejemplo) y campañas continuas de educación para modificar las actitudes y percepciones del personal.

8. Recomendaciones

- Para los centros con un cumplimiento del 90%-100% de las actividades:
 - Diseñar una estrategia de sostenibilidad que permita visibilizar la reducción del E&D como eje transversal de la atención con calidad, involucrando a todos los actores claves de los niveles de atención y áreas de atención, que incluya, además, nuevas actividades o la innovación de las originalmente contempladas en los planes. Por ejemplo:
 - Mejor promoción de los servicios de quejas de atención al usuario/a (Panfletos, Afiches, Talleres, etc.)
 - Estandarización de las fichas de quejas y reportes.
 - Creación de procedimientos estandarizados para recolección, análisis, uso y diseminación de las fichas de quejas y soluciones.
 - Creación de un comité de “veeduría de E&D” conformado por usuarios/as en coordinación con el personal de salud designado a estas labores.
 - Oficializar los talleres o capacitación del personal en temas de E&D, al menos dos veces al año y estandarizar materiales educativos para estos fines.
- Para los centros con un cumplimiento parcial (menor a un 89%) de las actividades:
 - Asegurar que, en los próximos 3 meses, el/a líder o “Campeón” designado en el SRS y en los comités creados en cada centro, rinda cuentas de la ejecución del plan de mejora o cierres de brechas desarrollado como parte de los productos de este como proyecto.