



# Reducción del riesgo de VIH en trabajadoras/es a través de la implementación de políticas de VIH en empresas miembros de las Cámaras y Asociaciones del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) 2012-2013



Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud: Estrategia de prevención combinada del VIH para poblaciones claves o en mayor riesgo (PEMAR), Violencia basada en género, Estigma y discriminación y Registro único.



Diseños metodológicos y notas técnicas  
Managua, Nicaragua, 2013





## **Proyecto:**

# **Reducción del riesgo de VIH en trabajadoras/es a través de la implementación de políticas de VIH en empresas miembros de las Cámaras y Asociaciones del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) 2012-2013**

**Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud: Estrategia de prevención combinada del VIH para poblaciones claves o en mayor riesgo (PEMAR), Violencia basada en género, Estigma y discriminación y Registro único.**





# **Reducción del riesgo de VIH en trabajadoras/es a través de la implementación de políticas de VIH en empresas miembros de las Cámaras y Asociaciones del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) 2012-2013**

## **Autoridades del proyecto**

**José Adán Aguerri**  
Presidente  
COSEP

**María Germania Carrión**  
Directora Ejecutiva  
COSEP

**Álvaro Guerra**  
Presidente Comisión de VIH  
COSEP

**Carolina Castro**  
Chief of Party  
Proyecto USAID/Alianzas

## **Equipo Técnico del proyecto**

**Mariela Terán**  
Coordinadora del Proyecto

**Milagro Hernández**  
Responsable de Monitoreo y Evaluación

**Donald Moncada**  
Asesor Técnico en VIH

## **Autor del Módulo Educativo del proyecto**

USAID/ PrevenSida

## **Apoyo Técnico**

**Oscar Núñez**

Director de USAID/PrevenSida

## **Diseño y Diagramación**

José Luis Jimenez

Diseñador Gráfico

Mario Rodriguez

Diseñador Gráfico

---

El Proyecto Reducción del riesgo de VIH en trabajadoras/es a través de la implementación de políticas de VIH en empresas miembros de las Cámaras y Asociaciones Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) 2012-2013 es parte del Programa USAID Alianzas II, financiado por PEPFAR, (Programa Presidencial de Emergencia de a Asistencia para el alivio del SIDA) administrado por Triangle Research Institute (RTI) bajo el acuerdo cooperativo número 0212516.000.002-G-2013-001-00.

Este paquete pedagógico fue desarrollado inicialmente por PrevenSida bajo el acuerdo corporativo AID-524-A-10-00003. El equipo del Programa de PrevenSida de USAID incluye a URC (receptor principal), así como al Centro de Investigaciones y Estudios de Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES).

Este documento es posible por el apoyo del pueblo norteamericano, a través de los fondos PEPFAR y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

### **RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**

El contenido expresado por los autores de esta publicación, no necesariamente refleja la opinión del Gobierno de los Estados Unidos de América o de USAID.

Introducción	9
Duración por temas	9
Destinatarios	10
Calificación de los destinatarios	10
Resultados esperados	10
Contenidos de estudio	10
Recomendaciones para el manejo de esta guía metodológica	11
Diseño metodológico para la capacitación	12
Objetivos de aprendizaje	12
Evaluación del aprendizaje	13
Matrices del plan de facilitación	14

---

**Tema: I Estrategia de prevención combinada de VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR).** 23

**Tema: II Violencia Basada en Género (VBG)** 75

**Tema: III Reducción del estigma y discriminación ante el VIH** 109

**Tema: IV Registro único de identificación de PEMAR y PVIH** 119

## SIGLAS

AC	Anticonceptivos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
CANSALUD	Cámara Nicaragüense de la Salud
CEPRESI	Centro para la Educación y Prevención del SIDA
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés)
COSEP	Consejo Superior de la Empresa Privada
CP	Código Penal
ECVC	Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas con VIH,
FMI	Fondo Monetario Internacional.
GHI	Iniciativa Global de Salud (por sus siglas en inglés)
HCI	Health Care Improvement (en inglés)
HSB	Hombres que tienen sexo con otros hombres
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
IPSS	Instituciones de Previsión Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MINSA	Ministerio de Salud.
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
MM	Mortalidad Materna.
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no Gubernamental.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social.
PATH	Organización Internacional No lucrativa (en inglés)
PEMAR	Poblaciones en más alto riesgo
PEPFAR	Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA (por sus siglas en inglés)
PROFAMILIA	Asociación Pro bienestar de la Familia Nicaragüense.
PNDH	Plan Nacional de Desarrollo Humano
PF	Planificación Familiar.
PVC	Prueba voluntaria con consejería
PVIH	Personas con VIH
PSI	Population Services International (en inglés)
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte.
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur.
RMCV	Red de Mujeres contra la Violencia
RSJ	Río San Juan.
RTI	Research Triangle Institute (en inglés)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Terapia anti retroviral
TS	Trabajadora sexual
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.(por sus siglas en inglés)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
URC	University Research Corporation (en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VGB	Violencia basada en género



## **Mensaje del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP)**

**D**entro del COSEP estamos conscientes que el VIH/Sida es y ha sido uno de los más grandes desafíos que atañe al mundo entero. Es por ello que hace dos años decidimos asumir un nuevo compromiso con nuestra nación integrándonos de manera activa en la prevención del VIH, tomando en cuenta nuestro mandato institucional de promover y defender los derechos humanos, la libertad, la democracia y la justicia.

Considerando que el Sida está teniendo un impacto devastador en la economía y en los mercados, el sector gremial empresarial ha tomado conciencia de la responsabilidad que tenemos de actuar ágilmente y de desempeñar un papel crucial en la lucha global contra la epidemia y en particular dentro de nuestro ámbito laboral.

Como parte del aporte y compromiso en respuesta al VIH por parte del sector gremial empresarial, hemos adoptado este tipo de programas de prevención y sensibilización en el lugar de trabajo, con el objetivo de brindarle a los colaboradores la oportunidad y el acceso a la información de cómo prevenir el VIH y en otros casos de cómo enfrentar la epidemia.

Desde la gremialidad, instamos e invitamos a todas las personas de diferentes sectores, nacionalidades, partidos políticos, religiones, a que nos unamos a esta iniciativa que contribuye al cambio de nuestras naciones.

## **GUÍA METODOLÓGICA EN PREVENCIÓN COMBINADA DE VIH**

### **Temática**

- **Estrategia de prevención combinada de VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR).**
- **Violencia basada en género (VBG).**
- **Estigma y Discriminación y VIH**
- **Registro único de identificación de PEMAR**



## Introducción

**E**l COSEP tiene como propósito fundamental, unificar el esfuerzo del sector privado, fomentando la libre empresa, la democracia y los derechos humanos para el desarrollo económico y social del país.

En este marco el COSEP asumió un nuevo compromiso para la ejecución del proyecto, “REDUCCIÓN DEL RIESGO DE VIH EN TRABAJADORAS/ES A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE VIH EN EMPRESAS MIEMBROS DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA EMPRESA PRIVADA (COSEP) 2012-2013”, proyecto que es apoyado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de su programa de Alianzas2.

El objetivo fundamental del proyecto es fortalecer las capacidades de las empresas miembros del COSEP para la implementación y evaluación de políticas laborales sobre VIH para contribuir a la reducción de la epidemia de VIH en la población económicamente activa.

Apoyando el desarrollo de capacidades en los trabajadores y trabajadoras de las empresas y asociaciones afiliadas al Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP) y el fortalecimiento de las capacidades de médicos, enfermeras y personal de salud para la prevención del VIH se ha preparado esta guía metodológica que incluye cuatro temas de suma importancia que son:

1. la estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a PEMAR,
2. violencia basada en género (VBG),
3. estigma y discriminación
4. el manejo del registro único de identificación de PEMAR y PVIH, referido éste último al registro de las acciones de prevención combinada que ejecuten las empresas.

La capacitación al personal de salud, promotores y personal clave de las empresas se ejecutará en dos modalidades: Se realizará un taller para capacitación de facilitadores, y otra modalidad para personas que implementarán directamente, en nombre de las empresas que representan, la estrategia de prevención combinada y el registro único.

Se pretende que la metodología de capacitación sea dinámica y participativa, fundamentada en los principios de la educación de adultos y en el perfil de los participantes a la misma, de tal manera que se obtengan con seguridad los objetivos de aprendizaje propuestos. Así mismo, que permita a los participantes lograr un aprendizaje significativo, en relación con las habilidades y conocimientos que deben poseer los promotores durante su desempeño como agentes de cambio importantes para la prevención del VIH.

Para orientar el proceso de capacitación, de ambos momentos, se ha elaborado la presente guía metodológica, la cual también estará acompañada de las respectivas notas técnicas que contiene la información básica para dominar los temas de estudio correspondientes. Las notas técnicas mencionadas serán proporcionadas a todos los participantes.

### Duración por temas

Temas 1: Estrategia de prevención combinada de VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR)	12 horas
Tema 2: Violencia basada en género (VBG)	4 horas
Tema 3: Estigma y Discriminación y VIH	4 horas
Tema 4: Registro único de identificación de PEMAR	4 horas

## Destinatarios

Son personas del área de salud (médicos y enfermeras) y personal de promotoría (educadores, promotores, etc.) de las empresas, los cuales se formarán como capacitadores de un mayor número de personas de su organización, quienes implementarán directamente la estrategia de prevención combinada de VIH para PEMAR y realizarán el registro de las personas alcanzadas

## Calificación de los destinatarios

Los participantes de ambos momentos de capacitación sobre prevención combinada, poseen diferentes niveles de calificación, entre éstos: solamente primaria aprobada, educación secundaria incompleta o completa (bachillerato, técnica y magisterio) y educación superior completa e incompleta.

Estas personas se desempeñan como trabajadores y no como promotores en las empresas que laboran y en su mayoría NO poseen mucha experiencia de trabajo en el tema de VIH, educación sexual y reproductiva y derechos humanos. De manera que conocen poco sobre la implementación de diversas modalidades educativas y de comunicación dirigida a población en general, PEMAR, y otras poblaciones expuestas a situaciones de riesgo

## Resultados esperados

1. Participantes con capacidad para implementar directamente la prevención combinada y el registro único de identificación de PEMAR.

## Contenidos de estudio

### Tema 1: Estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR)

- VIH en el lugar de trabajo
- Generalidades sobre la estrategia de prevención combinada
- Conceptualización y caracterización de las PEMAR
- Paquete básico de servicios de prevención combinada para PEMAR
- Modalidades educativas aplicadas al proceso de cambios de comportamiento en las PEMAR
- Información básica sobre las temáticas a abordar en la estrategia de prevención combinada

### Tema 2: Violencia basada en género (VBG)

- Introducción
- Definiciones de sexo y género; identidad de género, identidad sexual, diversidad sexual, orientación sexual
- Marco legal contra la violencia en Nicaragua
- Tipos de violencia
- Definición de violencia basada en género (VBG), prevalencia y factores de riesgo
- Magnitud y frecuencia de la VGB en Nicaragua
- Relación entre VBG, salud sexual y reproductiva y VIH/Sida
- Principios para guiar las actividades de prevención de VBG
- Ruta crítica de atención a la violencia sexual
- Brechas de abordaje entre violencia basada en género y VIH

**Tema 3: Estigma y Discriminación y VIH**

- Introducción
- Definición de estigma y discriminación
- Manifestaciones del estigma y la discriminación
- Aspectos Jurídicos en relación a la discriminación
- Ley No. 820, Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención.

**Tema 4: Registro único de identificación de PEMAR y PVIH**

- Creación del código de persona para el registro único
- Importancia del registro único
- Registro único de identificación de PEMAR
- Elaboración del código individual
- Recolección de dato
- Matrices para registrar los datos
- Sistema automatizado para el registro de PEMAR y PVIH
- Estructura del sistema automatizado
- Digitación de dato
- Análisis y uso de la información

**Recomendaciones para el manejo de esta guía metodológica**

Para favorecer el máximo provecho de esta guía metodológica, es necesario tomar en consideración los aspectos que se plantean en este inciso.

El facilitador de esta guía metodológica es la persona que acompañará y apoyará a un grupo para: aprender, superar dificultades, funcionar con más efectividad y eficiencia, a fin de lograr con éxito los objetivos de aprendizaje propuestos. Para ello se le recomienda:

1. Cumplir los principios de unir al grupo, centrar en la tarea y mover al grupo hacia los objetivos.
2. Cumplir las funciones de informar, clarificar, controlar, relajar y dinamizar.
3. Poner en práctica los ejercicios participativos, para analizar situaciones, observar comportamientos, generar discusiones, obtener conclusiones, precisar y fijar conceptos, motivar hacia el cambio de actitudes, introducir nuevas prácticas, que es, en definitiva, lo que se pretende con la capacitación.

Cuando un facilitador va a dirigir el aprendizaje siguiendo esta guía metodológica, debe realizar las siguientes actividades:

1. Ejecutar las tareas correspondientes a la organización del taller de capacitación, siguiendo los lineamientos y procedimientos establecidos en su organización para este tipo de evento.
2. Realizar una lectura exploratoria de esta guía metodológica para conocer las partes que contiene y tener una idea completa de la herramienta técnico-metodológica que tiene en sus manos.
3. Realizar una lectura exploratoria de las notas técnicas o información básica relacionada con los contenidos que se estudiarán con esta guía metodológica, en general, los contenidos que serán estudiados y el nivel de profundidad que se proponen alcanzar.

#### 4. Prepararse en lo metodológico:

- Analizar los objetivos a lograr por los participantes.
- Leer las indicaciones metodológicas o procedimientos, tiempo, etc. para facilitar el taller de capacitación. Si desea incorporar o suprimir actividades debe tener mucho cuidado porque puede crear incoherencia con los demás elementos pedagógicos (objetivos, procedimientos, tiempo, recursos o materiales, etc.)
- Leer detenidamente los materiales de apoyo respectivos al tema o subtema.
- Asignar las horas específicas para cada actividad, porque eso depende del horario que hayan decidido para el taller de capacitación.
- Preparar todo lo necesario para impartir los temas, siguiendo las indicaciones metodológicas. Preparar otros materiales que no estén incluidos.

#### 5. Prepararse en los temas (contenido):

- Localizar información complementaria sobre el tema o subtema, si es necesario, para reforzar los conocimientos sobre éstos.
- Estudiar la información referida a los temas y subtemas.

## Diseño metodológico para la capacitación

### Objetivos de aprendizaje

#### Temas 1

Al finalizar el estudio de los contenidos referidos al tema sobre la estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a PEMAR, los participantes serán capaces de:

1. Conocer el marco conceptual básico referido a la estrategia de prevención combinada aplicada a PEMAR, partiendo de lo presentado en los documentos PEPFAR (El Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Alivio del SIDA).
2. Conocer algunas modalidades educativas sobre cambios de comportamiento en PEMAR, mediante ejercicios de preguntas y respuestas.
3. Conocer los elementos básicos sobre los temas a abordar durante la prevención combinada a PEMAR.
4. Realizar las actividades correspondientes de prevención combinada aplicada a PEMAR, mediante simulaciones.

#### Tema 2

Al finalizar el estudio de los contenidos referidos al tema sobre violencia basada en género (VBG), los participantes serán capaces de:

1. Comprender la importancia del tema y la dimensión del problema en relación con la prevención combinada del VIH.
2. Conocer cuál es la ruta de atención que deben seguir las personas que requieren atención por sufrir violencia basada en género.
3. Utilizar elementos sobre violencia basada en género para abordar el tema en las actividades de prevención combinada mediante las simulaciones.

**Tema 3**

Al finalizar el estudio de los contenidos referidos al tema de Estigma y Discriminación y VIH los participantes serán capaces de:

1. Explicar los conceptos de estigma y discriminación.
2. Identificar las formas en que se podría manifestar el estigma y la discriminación a PEMAR en la familia, la comunidad y los servicios de salud.
3. Identificar la relación entre derechos humanos y VIH en el contexto de las PEMAR y PVIH.
4. Valorar la importancia de conocer la Ley 820 y la necesidad de ponerlas en práctica durante los procesos de atención.

**Tema 4**

Al finalizar el estudio de los contenidos referidos al tema sobre el registro único de identificación de PEMAR y PVIH, los participantes serán capaces de:

1. Enumerar las razones por las cuales se debe implementar en forma correcta y oportuna el registro único.
2. Construir el código de PEMAR requeridos para la implementación del registro único, mediante simulaciones en grupos por Dependencia.
3. Registrar en los formatos correspondientes la información recolectada mediante las simulaciones.
4. Registrar en los formatos correspondientes la información referida a realización de la prevención con PEMAR, prevención con positivos, prueba de VIH y personas capacitadas, según datos proporcionados.
5. Conocer las características y potencial del software del registro único de identificación de PEMAR y PVIH.
6. Digitar en la base de datos correspondiente la información anotada en los formularios.
7. Utilizar la herramienta de generación de informes incluida en el software.

**Evaluación del aprendizaje**

El aprendizaje se evaluará mediante la participación en las actividades prácticas, ya que están seleccionadas de tal manera que el 100% de los participantes debe realizarlas. Tal es el caso de: simulaciones en parejas y en grupos, ejercicios de preguntas y respuestas llenado de formularios y registro en la base de datos correspondiente.

## Matrices del plan de facilitación

### Tema 1: La estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a PEMAR

#### Primer día

#### Actividades de organización

Actividad/Procedimiento	Tiempo	Recursos
<p>Inscripción de participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El facilitador de la capacitación acreditará a los asistentes, llenando en forma completa y ordenada el formato de asistencia.</li> <li>Entrega de materiales y etiquetas</li> <li>Aseguramiento de las condiciones del local</li> </ul>	1 hora antes del inicio del evento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de asistencia</li> <li>Lapiceros</li> <li>Materiales para el participante (libreta, lapicero, carpeta, etc.)</li> <li>Notas técnicas</li> <li>Guía metodológica (solamente para el taller de facilitadores)</li> <li>CD con archivos para el desarrollo del taller (solamente para el taller de facilitadores)</li> </ul>

#### Actividades de desarrollo

Actividad/Procedimiento	Tiempo	Recursos
<p>Bienvenida e integración de los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El facilitador se presentará ante los participantes.</li> <li>El facilitador realizará una dinámica de integración, seleccionada y preparada previamente, para romper el hielo, realizar la presentación y propiciar la disposición del grupo al aprendizaje y la participación.</li> <li>La dinámica debe permitir formar grupos de 4 a 6 personas, heterogéneos, en los cuales se realice la presentación (nombre, dependencias, expectativas personales, aspectos sobre su trabajo).</li> </ul> <p>Determinación de un máximo de 10 normas para el taller</p> <p>El facilitador, solicitará a los participantes que determinen las normas de comportamientos durante el taller. Cada propuesta debe ser consensuada para ser aprobada por el plenario. Debe ir escribiéndolas en papelógrafo para que se mantengan visibles en el salón.</p>	9:00 a.m. 15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los que se requieran para la dinámica seleccionada por el facilitador</li> </ul>

<p>Aplicación de pretest de conocimientos sobre los Temas 1 y 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador explicará a los participantes que el pretest no es un examen para calificar sino, para que al evaluar el taller, se pueda establecer una relación entre conocimiento existente y conocimiento adquirido.</li> <li>• El facilitador recogerá los pretest resueltos por los participantes.</li> </ul>	<p>9:15 a.m. 15 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de pretest para los temas 1 y 2</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>
<p>Presentación de objetivos y agenda para los Temas 1, 2, 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante diapositivas, el facilitador presentará los objetivos de aprendizaje de los temas 1, 2, 3 y la agenda, haciendo énfasis en la importancia de la participación para el logro de los mismos.</li> <li>• Exposición de expectativas por parte de los participantes</li> <li>• El facilitador, solicitará participantes voluntarios que expresen sus expectativas personales, a lograr en el taller.</li> </ul>	<p>9:30 a.m. 20 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda del evento</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> </ul>
<p><b>Receso</b></p>	<p>9:50 a.m. 15 min</p>	
<p><b>Tema 1: Estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR)</b></p>		
<p>Exposición dialogada sobre la información general acerca de estrategia de prevención combinada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH en el lugar de trabajo</li> <li>• Generalidades sobre la estrategia de prevención combinada en PEMAR</li> <li>• Conceptualización y caracterización de las PEMAR</li> <li>• Factores de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y VIH en PEMAR</li> <li>• Factores de riesgo de reinfección en personas positivas</li> <li>• Paquete básico de servicios de prevención combinada para PEMAR</li> </ul>	<p>10:05 a.m. 90 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas en PowerPoint</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> </ul>

<p>Abordaje en tríos para aclarar dudas entre los participantes y/o expresar comentarios sobre el tema expuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador debe pedir a los participantes que formen tríos y les explica que disponen de 20 min para realizar el abordaje.</li> <li>• El facilitador debe apoyar a los grupos durante el ejercicio.</li> </ul>	<p>11:30 a.m. 25 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota técnica</li> </ul>
<p>Exposición dialogada acerca de los primeros tres temas de las intervenciones de prevención combinada, haciendo énfasis en cada uno, sobre los cambios de comportamiento para la reducción de parejas sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso correcto y consistente del condón y lubricantes.</li> <li>• Consejería y prueba voluntaria de VIH (Abordar el tema del estado serológico de la pareja).</li> <li>• Evaluación de una infección de transmisión sexual. (El enfoque debe ser del individuo y de la pareja e incluir dónde buscar atención en caso de ITS).</li> <li>• El facilitador intercalará preguntas para que los participantes las respondan individual y voluntariamente. Debe indicar dónde obtener condones y lubricantes.</li> </ul>	<p>12:00 a.m. 60 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas en PowerPoint</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> </ul>
<p><b>Almuerzo</b></p>	<p>01:00 p m. 60 min</p>	
<p>Ejercicio en grupos para responder preguntas sobre los temas expuestos en la actividad anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador explicará la guía del trabajo a realizar sobre los temas abordados.</li> <li>• El facilitador debe formar grupos no mayores de 6 personas.</li> <li>• En cada grupo se nombre un coordinador y un relator.</li> <li>• En cada grupo deben contestar las preguntas según una guía proporcionada.</li> </ul> <p>En plenario los relatores expondrán las respuestas. El grupo que responde correctamente acumula un punto.</p>	<p>02:00 p.m.  30 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota técnica</li> <li>• Guía No. 1.1</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador debe organizar la presentación pregunta por pregunta. Es decir todos los relatores responden la misma pregunta, a fin de reforzar el aprendizaje y que el plenario pueda detectar errores o aclarar dudas.</li> </ul>	30 min	
<p>Exposición dialogada acerca de los siguientes cuatro temas de las intervenciones de prevención combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar (el enfoque debe ser del individuo y de la pareja, también incluir dónde buscar atención sobre planificación familiar).</li> <li>• Evaluación de uso de sustancias (abordar dónde pueden encontrar ayuda y relacionarlo con el siguiente tema).</li> <li>• Grupos de ayuda y de autoayuda (PcP) en la comunidad</li> <li>• Referencia y contrarreferencia</li> <li>• El facilitador intercalará preguntas para que los participantes las respondan individual y voluntariamente.</li> </ul>	3:00 p.m. 60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas en PowerPoint</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> </ul>
<p>Ejercicio en grupos para responder preguntas sobre los temas expuestos en la actividad anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador explicará la guía del trabajo a realizar sobre los temas abordados.</li> <li>• El facilitador debe formar grupos no mayores de 6 personas.</li> <li>• En cada grupo debe nombrarse un coordinador y un relator.</li> <li>• En cada grupo deben contestarse las preguntas según una guía proporcionada.</li> </ul> <p>En plenario los relatores expondrán las respuestas. El grupo que responda correctamente acumula un punto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador debe organizar la presentación pregunta por pregunta. Es decir todos los relatores responden la misma pregunta, a fin de reforzar el aprendizaje y que el plenario pueda detectar errores o aclarar dudas.</li> </ul>	4:00 p.m.  30 min   30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota técnica</li> <li>• Guía No. 1.2</li> </ul>

<p>Cierre del primer día</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recapitulación sobre los temas</li> <li>• Valoración sobre el desarrollo del trabajo</li> <li>• Exposición de sugerencias</li> <li>• Información sobre aspectos organizativos</li> </ul>	5:00 p.m.	
--	-----------	--

**Segundo día**

Actividad/Procedimiento	Tiempo	Recursos
<p>Exposición dialogada sobre las modalidades educativas aplicadas al proceso de cambios de comportamiento en las PEMAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de comportamiento</li> <li>• Educación de pares</li> <li>• Abordaje cara a cara</li> <li>• Orientación personalizada</li> <li>• Aprendiendo a vivir</li> <li>• Charlas de orientación personalizada</li> <li>• El facilitador intercalará preguntas para que los participantes las respondan individual y voluntariamente.</li> </ul>	8:30 60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas en PowerPoint</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> <li>• Nota técnica</li> </ul>
<p>Abordaje en tríos para aclarar dudas entre los participantes y/o expresar comentarios sobre el tema expuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador debe pedir a los participantes que formen tríos y les explica que disponen de 20 min para realizar el abordaje.</li> <li>• El facilitador debe apoyar a los grupos durante el ejercicio.</li> </ul>	9:30 a.m. 30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota técnica</li> </ul>
<b>Receso</b>	10:00 a.m. 15 min	
<p>Práctica del paquete de prevención combinada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador presentará el folleto integrado de apoyo para las intervenciones de prevención combinada.</li> <li>• El facilitador formará grupos de 6 personas.</li> <li>• Cada miembro del grupo debe preparar una práctica del paquete de prevención combinada dirigido a una persona específica de las poblaciones meta (transportistas, obreros agrícolas migrantes, obreros de maquilas, etc.).</li> </ul>	10:15 a.m. 10 min  20 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folleto integrado</li> <li>• Nota técnica</li> </ul>



**Tercer día**

Actividad/Procedimiento	Tiempo	Recursos
<b>Tema 3: Estigma y Discriminación y VIH</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición dialogada acerca del estigma y la discriminación enfocado en PEMAR y PVIH.</li> <li>• Ejercicios de dramatización que reflejen las formas en que se podría manifestar el estigma y la discriminación a PEMAR y PVIH, en la familia, la comunidad y los servicios de salud.</li> <li>• El facilitador formará grupos de 6 a 8 personas como máximo y les explicará el ejercicio. Debe asignar a cada grupo la representación de uno de los escenarios (familia, comunidad, servicios de salud). En cada uno deben mostrar casos de personas con VIH y PEMAR. Igualmente, deben abordar tanto lo positivo como lo negativo.</li> <li>• Cada grupo dispondrá de 15 min para prepararse y 10 para la dramatización.</li> <li>• El facilitador se movilizará entre los grupos de trabajo durante la preparación para aclarar dudas.</li> <li>• En plenario se presentarán las dramatizaciones de 3 grupos (familia, comunidad y servicios de salud). Al finalizar las presentaciones comentarán lo observado y aclararán dudas.</li> </ul>	<p>8:30 a.m. 60 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas en PowerPoint</li> <li>• Datashow</li> <li>• Laptop</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El facilitador debe realizar un resumen acerca de aspectos relevantes encontrados durante la dramatización para completar los objetivos de aprendizaje</li> </ul>	<p>9:30 a.m. 30 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota técnica</li> </ul>
<b>Receso</b>	<p>10:00 a.m. 15 min</p>	

<b>Tema 4: Registro único de identificación de PEMAR</b>		
<b>Actividad/Procedimiento</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
<p>Presentación de objetivos del tema 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante diapositivas, El facilitador presentará los objetivos de aprendizaje, haciendo énfasis en la importancia de la participación para el logro de los mismos.</li> </ul>	<p>10:15 a.m. 10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agenda del evento</li> <li>Datashow</li> <li>Laptop</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar la ronda de todos los miembros del grupo y utilizando la información que se les proporcione, los participantes deben registrar los datos en los formularios:</li> </ul>		
<p>Exposición dialogada sobre el registro único, la forma de construir el código de las personas de PEMAR y el contenido de los formularios para alimentar la base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El facilitador expondrá la importancia de contar con el registro único y la calidad del dato a recolectar.</li> <li>El facilitador, explicará a las y los participantes la construcción del código único de personas.</li> <li>El facilitador, explicará los formularios del registro único.</li> </ul>	<p>10:25 a.m. 60 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diapositivas en PowerPoint</li> <li>Datashow</li> <li>Laptop</li> </ul>
<p>Ejercicio en grupos para construir el código de identificación de la persona y tomar datos de servicio brindado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El facilitador formará grupos por empresa o dependencia.</li> <li>El facilitador, explicará a las y los participantes el ejercicio que realizarán, según la guía de trabajo 4.1.</li> <li>En cada grupo, en 5 minutos, cada miembro debe realizar el abordaje a una persona PEMAR, tomando de referencia los servicios preventivos del plegable de prevención combinada; deben iniciar con la construcción del código de identificación y luego brindar los servicios de prevención combinada.</li> </ul>	<p>11:25 a.m. 60 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laptop</li> <li>Nota técnica</li> <li>Formularios</li> <li>Hojas de datos</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz de registro único de PEMAR alcanzados en actividades de prevención del VIH</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de pruebas de VIH realizadas</li> <li>Matriz de registro único de personas capacitadas por la empresas.</li> <li>El facilitador debe movilizarse entre los grupos para apoyarles.</li> </ul>	10:00 a.m. 15 min	
<b>Almuerzo</b>	12:25 a.m 60 min	
Período de finalización del ejercicio de registro de datos en los formularios.	1:25 p.m. 30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laptop</li> <li>Nota técnica</li> <li>Formularios</li> <li>Hojas de datos</li> </ul>
<p>Presentación en plenario de la digitación de la información en el sistema automatizado para el registro de PEMAR y de análisis de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El facilitador debe realizar la demostración en plenario.</li> <li>Los participantes irán aplicando lo orientado por el facilitador.</li> <li>Al concluir la digitación de datos, El facilitador debe abrir el diálogo con los participantes para aclarar dudas o para plantearles preguntas que permitan detectar algunos aspectos que requieran reforzamiento.</li> <li>El facilitador debe realizar la demostración de un análisis de información de una base de datos con información.</li> </ul>	2:00 p.m. 80 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laptop</li> <li>Datashow</li> <li>Nota técnica</li> <li>Formularios</li> <li>Hojas de datos</li> </ul>
Aplicación y corrección en plenario del test de evaluación del aprendizaje del tema 4.	3:20 p.m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de evaluación del aprendizaje</li> <li>Diapositivas con respuestas correctas del test.</li> <li>Lap top</li> <li>Datashow</li> </ul>
Cierre del taller	3:30 p.m.	

**Tema I:  
Estrategia de prevención combinada de VIH aplicada a  
poblaciones en mayor riesgo (PEMAR)**

<b>Tema: Estrategia de prevención combinada de VIH aplicada a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR).</b>	<b>23</b>
Introducción	24
Los objetivos de la estrategia de ONUSIDA el 2015 son	25
Las metas de PEPFAR para el período 2010-2014	26
1. Vih/sida en el lugar de trabajo	27
1.1. Introducción	27
1.2. El vih/sida es un asunto de negocios	28
1.3. El vih/sida es un asunto laboral	29
1.4. Respuestas ante el vih/sida en el lugar de trabajo	30
1.5. Factores que aumentan el riesgo de vih/sida en las empresas	32
2. Generalidades sobre la estrategia de prevención combinada	34
2.1. Conceptos clave	34
2.2. De acuerdo con las guías técnicas de PEPFAR, prevención combinada es:	34
• Las intervenciones biomédicas	35
• Las intervenciones conductuales	36
2.3. Los 4 “conoces”	37
2.3.1. Conoce tu epidemia	37
2.3.2. Conoce el contexto	38
2.3.3. Conoce tu respuesta	38
2.3.4. Conoce tu costo	38
3. Conceptualización y caracterización de las PEMAR	39
3.1. Factores que inciden en la exposición a situaciones de riesgo frente al VIH y otras ITS en las PEMAR	40
3.2. Factores de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y el VIH	42
3.2.1. Relaciones sexuales con riesgo	42
3.2.2. Uso inconsistente del condón	43
3.2.3. No utilizar lubricantes a base de agua	43
3.2.4. Múltiples parejas	44
3.2.5. Sexo bajo el efecto de droga o alcohol	44
4. Paquete básico de servicios de prevención combinada para PEMAR	45
4.1. PEPFAR	45
4.2. Paquete básico de prevención combinada para personas en mayor riesgo <sup>8</sup>	46
5. Modalidades educativas aplicadas al proceso de cambios de comportamiento en las PEMAR	48
5.2. Canales de comunicación	49
5.3. Enfoque de los mensajes:	49
5.5. Educación de pares	51
5.6. Modalidades educativas	52
5.6.1. Modalidad interpersonal individual	52

5.6.2.	Modalidades educativas interpersonales grupales	55
6.	Información básica sobre las temáticas a abordar en la estrategia de prevención combinada	57
6.1.	Intervenciones estructurales para la prevención de la transmisión sexual del VIH	57
6.1.1.	La reforma legal y la política	57
6.1.2.	Reducir el estigma y la discriminación contra las PEMAR y PVIH	57
6.1.3.	La desigualdad de género y violencia basada en género (VBG)	57
6.1.4.	Empoderamiento económico y otros enfoques multisectoriales	57
6.1.5.	Educación	58
6.2.	Intervenciones biomédicas	58
6.2.1.	Uso correcto y consistente del condón	58
6.2.2.	Consejería y prueba voluntaria del VIH	61
6.2.3.	Tipos de consejería para la prueba del VIH	63
7.	Principales Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	66
7.1.	Planificación familiar	67
7.2.	Evaluación de uso de sustancias	69
7.3.	Drogas más comunes y síntomas de uso de las mismas	70
7.4.	Grupos de ayuda en la comunidad	70
7.5.	Referencia y contrareferencia	71
8.	Situación del VIH en Nicaragua	72
	Bibliografía	

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Personas con VIH según Grupos de Edad. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011	73
Gráfico 2: Personas con VIH según sexo. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011.	73
Gráfico 3: Prevalencia Acumulada de personas con VIH por 100,000 habitantes. Republica de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011	74
Gráfico 4: Número de persona con VIH por años. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011	74

## Introducción

**O**NUSIDA en el documento denominado “acción conjunta para obtener resultados: marco de resultados de ONUSIDA de 2009 a 2011”, promueve la implementación de un enfoque de prevención combinada ante el VIH, lo cual es la aplicación de acciones simultáneas, tanto para los riesgos inmediatos como para aquellos que impulsan o permiten la expansión de la epidemia.

Este nuevo enfoque de prevención, permite a los países que conocen su epidemia, y que por lo tanto, conocen su respuesta, elegir las medidas de prevención que necesitan y adaptarlas en función del tipo de epidemia; por ejemplo, en el caso de Nicaragua las medidas de prevención deben enfocarse en las recomendadas para una epidemia concentrada en poblaciones en mayor riesgo.

La prevención combinada para el VIH significa ofrecer a los individuos aquellos servicios y programas que mejoren sus conocimientos y promuevan actitudes para adoptar comportamientos seguros, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Conocimiento del estado serológico del VIH.
- Conocimiento de los riesgos.
- La disminución de parejas sexuales concurrentes o consecutivas.
- El uso sistemático de condón.
- Circuncisión masculina.
- Prevención de la transmisión materno-infantil.

En este nuevo enfoque de prevención combinada también se tiene que invertir en intervenciones estructurales tales como:

- Marco legal que prohíba la discriminación contra las personas que viven con el VIH.
- Leyes que prohíben la violencia sexual o de género.

Otro de los aspectos estructurales que deben ser abordados desde la comunidad, es el deseo de un cambio social para la creación de un entorno seguro y de apoyo, que se base en los derechos humanos, la protección y la reducción de la vulnerabilidad.

Esta sinergia de acciones antes mencionadas, permitirá una respuesta de prevención del VIH más sostenible y extendida.

Como describe el documento de ONUSIDA, “no hay una receta única para la prevención del VIH”, pero el tomar las decisiones correctas permitirá al país la posibilidad y la cobertura necesaria para detener nuevas infecciones por el VIH.

La estrategia de ONUSIDA, adoptada por la Junta Coordinadora del Programa, en diciembre de 2010, está diseñada para situar la respuesta al VIH dentro del nuevo contexto global; la intención de la estrategia es “revolucionar la prevención del VIH, catalizar la próxima fase del tratamiento, la atención y el apoyo, y progresar en la realización de los derechos humanos y la igualdad de género.”

## Los objetivos de la estrategia de ONUSIDA para 2015 son:

- Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y dentro del contexto del trabajo sexual.
- Eliminar la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el Sida.
- Prevenir todas las nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas.
- Acceso universal a la terapia antirretrovírica para las personas que viven con el VIH que son elegibles para recibirla.
- Reducir a la mitad las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH.
- Incluir en las estrategias de protección social nacionales a las personas que viven con el VIH y a los hogares afectados por el virus, quienes además tienen acceso a servicios de atención y apoyo esenciales.
- Reducir a la mitad el número de países con leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad que bloquean las respuestas efectivas.
- Eliminar en la mitad de los países que las imponen las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
- Abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en, al menos, la mitad de las respuestas nacionales al VIH.
- Tolerancia cero con la violencia de género.

La estrategia de ONUSIDA es una hoja de ruta para el Programa Conjunto con objetivos concretos que señalan los hitos en el camino hacia la visión de ONUSIDA de “Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminaciones. Cero muertes relacionadas con el Sida”.

En relación con la prevención, en diferentes momentos y lugares, se han planteado varias interrogantes, dado que centrarse en prevenir el VIH es cada vez más apremiante. Algunas de las principales cuestiones son: ¿Cómo podemos dirigirnos a aquellos expuestos al riesgo de contraer el VIH para producir un impacto? ¿Cómo podemos ampliar la respuesta? ¿Cómo podemos coordinar las intervenciones para que se complementen unas a otras?

Estas son algunas de las principales preguntas que se analizaron en una reunión satélite de ONUSIDA celebrada dentro de la XVIII Conferencia internacional sobre el Sida de Viena (2010).

En la sesión de la mencionada reunión satélite titulada “Prevención combinada en acción: enfoques adaptados”, el énfasis estuvo en la necesidad de abordar la prevención en diversas poblaciones clave, como los profesionales del sexo y sus clientes, los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las poblaciones en situación de crisis humanitaria y los migrantes.

Además, ONUSIDA defiende el liderazgo de las personas con VIH para aplicar el concepto de “salud, dignidad y prevención positivas”, y ampliando el acceso a los servicios y recursos de prevención, especialmente para los más expuestos al riesgo.

Todo lo anterior implica que se debe de asegurar que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores del sexo y las personas transexuales, estén capacitados para ofrecer y acceder a servicios integrales y

apropiados de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, asegurándose al mismo tiempo de que las leyes del país, incluyendo el sistema judicial protejan sus derechos.

En la declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011, los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, por invitación de la Organización Mundial de la Salud, “expresaron su determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral”.

Estos determinantes sociales corresponden a las intervenciones estructurales que de no ser intervenidas afectan la respuesta al VIH. A continuación se presenta un conjunto de elementos, temáticas y acciones, que conforman la estrategia de prevención combinada aplicada a PEPFAR.

## **Las metas de PEPFAR para el período 2010-2014**

**D**esde 2003, el gobierno de Estados Unidos implementa el plan PEPFAR, el cual es el esfuerzo más grande de una nación en combatir una enfermedad a nivel mundial. Nicaragua recibe parte de este apoyo global a través de los proyectos implementados por las agencias como USAID, CDC, Cuerpo de Paz, etc.

PEPFAR está enfocado en el establecimiento y ampliación de los programas de prevención, atención y tratamiento, lográndose el éxito en regiones con limitados recursos.

Durante su primera fase, PEPFAR apoyó en la provisión de tratamiento a más de 2 millones de personas, la atención a más de 10 millones de personas, incluyendo más de 4 millones de huérfanos y niños vulnerables, y servicios de prevención y tratamiento para la madre y niño durante casi 16 millones de embarazos. Esta epidemia mundial requiere un abordaje integral y multisectorial que amplíe el acceso a la prevención, atención y tratamiento. Dado que PEPFAR trabaja para construir en base a sus éxitos, se centrará en la transición de una respuesta de emergencia a la promoción de programas sostenibles en los países.

### **Las metas de PEPFAR dentro de las cuales se enmarca el apoyo que brinda USAID en Nicaragua son:**

1. La transición de una respuesta de emergencia a la promoción de programas nacionales sostenibles.
2. Fortalecer la capacidad de los socios del gobierno para liderar la respuesta a esta epidemia y otras demandas de salud.
3. Ampliar la prevención, atención y tratamiento, tanto en las epidemias concentradas como en las generalizadas.
4. Integrar y coordinar los programas de VIH/Sida con amplios programas mundiales de salud y desarrollo para maximizar el impacto en los sistemas de salud.
5. Invertir en la innovación y la investigación operativa para evaluar el impacto, mejorar la prestación de servicios y maximizar los resultados.

La prevención sigue siendo el reto fundamental de la epidemia del VIH, y la principal prioridad para los próximos cinco años de PEPFAR. Los programas exitosos de prevención requieren una combinación basada en la evidencia, que se refuerzan mutuamente siendo estas: intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales.

### PEPFAR está ampliando sus actividades de prevención con énfasis en lo siguiente:

- Trabajar con los países para monitorear y reevaluar la epidemiología de la epidemia, con el fin de diseñar una respuesta a la prevención basada en los mejores datos disponibles y más recientes.
- Énfasis en las estrategias de prevención que han demostrado ser intervenciones efectivas orientadas a las poblaciones en mayor riesgo y con altas tasas de incidencia.
- Aumento en el énfasis en el apoyo y evaluaciones de los métodos de prevención innovadoras y prometedoras.

Específicamente en el campo de la prevención, PEPFAR espera prevenir la ocurrencia de más de 12 millones de nuevas infecciones a nivel mundial. En el caso de Nicaragua, el proyecto USAID|PrevenSida contribuye a la meta superior de reducir la transmisión del VIH entre las poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) al aumentar los comportamientos saludables entre las personas en más alto riesgo (PEMAR).

El presente documento se enmarca dentro de las actividades previstas por el proyecto USAID| Alianzas para la Educación y la Salud a fin de mejorar las capacidades de las empresas y asociaciones afiliadas a las cámaras de COSEP colaborando en la respuesta nacional para implementar sus actividades de prevención de VIH con la población trabajadora.

## 1. VIH/SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO

### 1.1. INTRODUCCION

La epidemia del VIH ha sido el mayor desafío social que ha enfrentado nuestra generación y el peor desastre de salud pública en al menos seiscientos años. Está teniendo un impacto devastador en la economía y los mercados, amenazando la seguridad y prosperidad de nuestra sociedad global.

Para las compañías que operan en las regiones de alta incidencia de VIH, las consecuencias en su productividad y en la rentabilidad serán aún mayores.

El sector empresarial no sólo tiene la responsabilidad de actuar, sino también la oportunidad de desempeñar un papel crucial en la lucha global contra la epidemia, en particular dentro de su ámbito laboral. Las empresas pueden lograr resultados de manera más rápida y efectiva que cualquiera, por su propio bien y por el de la sociedad en general. En muchos países, los programas de prevención y sensibilización en el lugar de trabajo, serán la única fuente de información sobre VIH con la que contarán los empleados. El hecho de que los líderes de las compañías distribuyan condones, proporcionen consejería y pruebas voluntarias y

faciliten el acceso a la atención y tratamiento, servirá como un gran ejemplo para los gobiernos y para otros sectores.

Además, las compañías tienen una oportunidad única para enfrentar el estigma y la discriminación que han permitido, a su vez, que el virus se haya diseminado tanto en los últimos veinte años.

Aunque es silencioso en sus primeras etapas, este virus es mortal: el SIDA mata. A pesar de que todavía no es suficiente, hoy en día vemos cada vez mayor acción por parte de las comunidades empresariales.

Ésta es una situación en la que tenemos que levantar la bandera amarilla y decir que en este momento es el momento apropiado para intervenir. Hay un esfuerzo que queremos hacer para que las empresas respalden la lucha contra esta enfermedad.

Ya sea que la compañía opere en un país de baja incidencia o de alta incidencia de VIH, es un hecho que ahora esta enfermedad afecta por igual a los gerentes, representantes de los trabajadores y obreros.

También afecta la administración de los recursos humanos, el bienestar de los empleados, la eficiencia en las operaciones y las relaciones con los clientes

La complejidad de las situaciones que crea el VIH, requiere que existan respuestas flexibles y los lineamientos ofrecidos aquí, pueden adaptarse a las diferentes necesidades. Además, enfrentar el VIH debe

ser una tarea de todos los sectores de la sociedad. Un programa de VIH en el lugar de trabajo no debe operar en forma aislada del gobierno, las comunidades locales, otras compañías o una diversidad de grupos de la sociedad civil, sino convertirse en parte contribuyente del esfuerzo nacional general para controlar la enfermedad y su impacto.

## 1.2. EL VIH/SIDA ES UN ASUNTO DE NEGOCIOS

**P**ara que una empresa logre ser productiva, ofrezca servicios de manera eficiente y tenga utilidades, es necesario que cuente con trabajadores experimentados y especializados en todos los niveles (desde los gerentes hasta los encargados de limpieza) y así proporcionar productos servicios de calidad a los consumidores.

El entorno en el que operan las compañías experimenta cambios constantes por lo tanto se requiere de flexibilidad y coordinación en los procesos de producción.

Junto con otros desafíos que enfrenta el mundo empresarial contemporáneo, el VIH es un factor que las compañías deben ahora también considerar en su planeación y en sus operaciones. La infección de VIH puede interrumpir la operación de una empresa en varias formas, por ejemplo, si la persona encargada de llevar las cuentas por cobrar tiene frecuentes o largos períodos de ausencia, es probable que se afecte el flujo de efectivo de la empresa.

Las interrupciones no sólo ocurren cuando falta el personal altamente capacitado. La compañía Tata Tea de la India tiene como empleados a gran número de recolectores de hojas de té. Después de que se presentó el primer caso de VIH en su plantación en el distrito sur del país, en diciembre de 1996, la compañía tuvo que ampliar sus servicios de salud (que ya incluían atención médica gratuita) para que todos sus empleados recibieran capacitación, educación y consejería sobre VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). “La salud y bienestar de la fuerza laboral influye directamente en la motivación y por lo tanto, en la productividad, sobre todo en una industria que tiene mano de obra intensiva, (como la producción de té), “explicó el Dr. E. Mohamed Rafique, oficial médico de Tata Tea.

De igual manera, las compañías dedicadas a la floricultura en Kenia y las cervecerías en Camboya, que emplean mucha mano de obra, explican que las

habilidades de sus empleados se adquieren con el tiempo y no son fácilmente reemplazadas por los nuevos empleados.

El argumento de que existe una gran cantidad de gente desempleada que está lista para sustituir de inmediato a los empleados, debe tomarse con realismo:

El entorno particular que existe en una empresa es la que da forma a la experiencia y a las habilidades y esto toma muchos meses en poder sustituirse.

El VIH afecta los gastos planeados de la compañía, al tener que aumentar los costos en atención médica, reclutamiento y capacitación. Al aumentar los gastos, evidentemente se reducirán las utilidades de la empresa, la producción o prestación de servicios no podrá cumplir con los programas trazados y los clientes cambiarán sus planes de adquisición por los gastos de VIH y el Sida que ellos también han tenido.

### El VIH y el Sida:

- Interrumpe la producción e incrementa los costos empresariales;
- Reduce las ventas al detalle y la producción;
- Agota los ahorros y recursos de una familia

Esta enfermedad es un factor que los inversionistas toman muy en cuenta a la hora de decidir si invierten o no en una compañía, y esto a su vez, afecta la disponibilidad de capital para la expansión.

Además, las tiendas al por menor pierden dinero cuando realizan ventas a crédito y luego la gente no tiene el dinero necesario para pagarles. Para cubrir esas pérdidas, tienen que subir sus precios o reducir los costos, a veces despidiendo empleados. Una fábrica de muebles en Sudáfrica (JD Group) ya estimó que tendrá un 18 por ciento de reducción en la demanda de sus clientes en los próximos 10 años debido al VIH.

### 1.3. EL VIH/SIDA ES UN ASUNTO LABORAL

**E**l VIH no sólo afecta a la gente en sus trabajos sino también ocasiona un desgaste en los recursos y ahorros de la familia. Igual que una compañía experimenta mayores gastos debidos a la enfermedad, también las familias se ven afectadas en su economía cuando alguno de sus miembros presenta el VIH.

Uno de los motivos es la pérdida de salario cuando ya están muy enfermos para seguir trabajando, otro es el aumento en los gastos médicos para tratar condiciones asociadas con la infección y el otro es dejar de trabajar para cuidar a un familiar enfermo, lo que reduce aún más los ingresos.

Los activos e ingresos de los hogares se convierten en un asunto de empleo al tener que gastar en medicinas y médicos en lugar de comprar comida, ropa, artículos para el hogar y otros productos que al multiplicarse varias veces se traduce en menores ventas para las tiendas que a su vez generan una disminución en la producción. La menor demanda en las ventas y en los niveles de producción, afecta a su vez, los niveles de empleo.

Los sindicatos y otras organizaciones de trabajadores han colaborado con los patronos para asegurar que

Los fabricantes y tiendas de menudeo experimentarán también una baja en las ventas. Desde luego que cada compañía sufrirá los efectos del Sida a su manera.

La preocupación acerca de la enfermedad y su impacto se encuentra ahora tan extendida como la propia enfermedad. Las experiencias que se tienen de África del Sur y del Este –donde la epidemia está más avanzada demuestran que afecta a los empleados de todos los niveles, que afecta las utilidades de las empresas y que los empleados aceptan con beneplácito todos los programas de prevención y atención en sus lugares de trabajo.

los programas y las políticas sobre VIH sean parte integral del ámbito de trabajo. Una de las grandes preocupaciones de las organizaciones de trabajadores es proteger a los empleados de la discriminación, de despidos injustificados y de la negación de prestaciones porque son (o se cree que son) VIH-positivo.

Los patronos y los empleados muchas veces no están de acuerdo en todos los aspectos de las políticas sobre el VIH, sin embargo, existen muchos asuntos de interés común que pueden mantenerlos unidos. En algunos países, la comunicación entre el gobierno, las empresas y los trabajadores son obligatorios, como sucede en Sri Lanka y Zimbabwe. Las declaraciones de ciertas organizaciones que representan tanto a trabajadores y empresas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comunidad para el Desarrollo de Sudáfrica (CDS), reflejan intereses en común.

Mantener a los trabajadores con buena salud y en sus empleos, es esencial para el bienestar de las familias y de los empleadores. Mantener a los trabajadores saludables es indispensable para el bienestar de las empresas en las que laboran y mantener a las empresas saludables es esencial, as su vez, para mantener el empleo de los trabajadores.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mensaje del Sr. RICHARD C. HOLBROOKE  
Presidente y Director General del Consejo Empresarial Global sobre VIH/SIDA

#### 1.4. RESPUESTAS ANTE EL VIH/SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Más de una década de experiencias que han obtenido las compañías que cuentan con programas sobre VIH han demostrado que las políticas y los programas de prevención y atención son efectivos.

Un programa completo sobre VIH, incluye los siguientes elementos:

- Creación de una política sobre VIH dentro de la compañía; su difusión entre todos los empleados, su implementación y su actualización periódica;
- Información sobre VIH, formas de prevenir la transmisión, lugares a los cuales acudir para obtener información y servicios adicionales como atención de ITS y Pruebas Voluntarias con Consejería, apoyo constante de la compañía y del sindicato para tener un comportamiento sexual responsable;
- Distribución de condones en lugares accesibles dentro de la empresa

Es posible que las compañías grandes cuenten con el personal y los recursos para ofrecer todos los elementos de un programa completo de prevención y atención del VIH y el Sida. Las compañías medianas y las pequeñas por otro lado, es poco probable que cuenten con los recursos para llevar a cabo un programa completo. En este caso, pueden solicitar apoyo técnico y financiero de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

De hecho, es poco usual que una compañía lleve a cabo un programa completo por sí sola, más bien todas, sin importar el tamaño, generalmente colaboran con grupos externos en el diseño e implementación de uno o más de los componentes mencionados anteriormente.

Los gerentes de recursos humanos, el servicio médico y los representantes de los trabajadores, están mucho más conscientes de la presencia e impacto del VIH entre los empleados, más que los gerentes o directores de alto nivel. Todo esto se debe en parte a que los directivos de alto nivel están más preocupados

por otros asuntos de la empresa, porque hay muchos malentendidos acerca del VIH y el Sida y porque les preocupan los costos de implementar un programa completo, así que es necesario informar y persuadir a algunos ejecutivos y directores para que autoricen los programas y políticas sobre el VIH y el Sida. Cada compañía tiene sus propios métodos de comunicación interna y de toma de decisiones. La información contenida en esta guía sobre el impacto económico del VIH y el Sida y los beneficios que se derivan de contar con programas efectivos de prevención y atención, así como las experiencias de otras compañías, pueden ser de gran ayuda para desarrollar o revisar un programa en los lugares de trabajo. Algunas empresas incluso han formado comités para asesorar a la dirección general sobre cualquier asunto relacionado con el VIH/SIDA.

Dichos comités, a menudo están integrados por miembros de diferentes departamentos, incluyendo a los trabajadores. A menudo uno o varios de los miembros reconocen ser VIH positivos.

La experiencia que se tiene de otras compañías es que las preguntas que a menudo hacen quienes toman las decisiones son las siguientes:

- ¿Cuál es la prevalencia de infección de VIH entre sus empleados?
- ¿Cómo está afectando el VIH la productividad de sus empleados?
- ¿Qué tanto afectan los cambios en la productividad a los costos de la empresa?
- ¿Cuánto cuesta a la compañía invertir en programas de prevención y atención del VIH/SIDA?
- ¿Qué beneficios se esperan de invertir en estos programas?
- ¿Realmente funcionan los programas de prevención?  
Las preguntas que hacen los trabajadores acerca de los programas de VIH/SIDA en el lugar de trabajo, incluyen:
- ¿Respetará la empresa mi privacidad si busco información y servicios sobre el VIH/SIDA?
- ¿Usará la compañía los resultados de mis exámenes de VIH para despedirme o negarme mis prestaciones?
- ¿Cómo podemos nosotros como empleados contribuir y fortalecer los programas y políticas en el lugar de trabajo?
- ¿Qué papel juega nuestro sindicato en el diseño e implementación de los programas acerca del VIH/SIDA?

El anticiparse a las preguntas y preocupaciones tanto de los directivos como de los empleados nos permite recopilar y presentar información que satisfaga sus necesidades. Las tablas, resúmenes y recomendaciones claras de acción, son componentes poderosos de una presentación efectiva para informar e influir en las acciones de una compañía en cuanto al VIH/SIDA.

También las pláticas informales con los gerentes y representantes de los trabajadores pueden ayudar a formar un grupo interno que ayude en las acciones futuras de la compañía.

La mayoría de las personas no adquieren el VIH dentro de sus lugares de trabajo; desde luego hay excepciones, especialmente dentro de las industrias agrícolas y mineras en donde se traslapan el trabajo con las diversiones y la vivienda. La experiencia nos demuestra que la prevención y atención del VIH y el Sida dependen en gran medida del entorno económico, social, político y familiar que rodea a los trabajadores y que influencia su comportamiento sexual. Las empresas forman también parte importante de ese entorno.

La participación y apoyo al trabajo comunitario en VIH es un esfuerzo conjunto. No existe una compañía, una autoridad gubernamental o un grupo civil que pueda por sí solo cubrir todos los aspectos referentes al VIH y el Sida en una comunidad. Las compañías, como parte de su responsabilidad social, contribuyen y apoyan los esfuerzos de las comunidades para sus programas de prevención y atención. Dichas contribuciones pueden ser monetarias o en especie.

Por ejemplo, pagar capacitaciones a ciertos empleados para que sean educadores dentro de la compañía o que asesoren a las comunidades vecinas. Hemos visto que cuanto más se involucre una compañía en los programas comunitarios sobre VIH, mayor será el aumento en su prestigio y respeto público.

## **1.5. FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE VIH/SIDA EN LAS EMPRESAS**

Generalmente se habla de individuos que tienen “el riesgo” de contraer la infección del VIH, esto significa que hay ciertas características sociales, económicas y de comportamiento que aumentan las probabilidades de infectarse con el virus.

Sin embargo, las compañías también pueden tener “el riesgo” debido a la naturaleza de trabajo que realizan sus empleados. Las siguientes preguntas e información ayudarán a los directivos a evaluar el riesgo que presenta el VIH a sus compañías y empleados:

### **¿Hay en la compañía un gran número de trabajadores que viven sin sus familias o lejos de sus hogares?**

Muchas veces las personas que viven lejos de sus parejas y de sus entornos familiares, se involucran en comportamientos diferentes y de alto riesgo. Los hombres con mayor frecuencia que las mujeres tienden a tener numerosas compañeras sexuales y visitar a trabajadoras sexuales. Un estudio realizado entre los trabajadores de una empresa azucarera en Kenia demostró que el 25% de ellos eran VIH positivos (comparado con el 14% de la población del país que tiene entre 15 y 49 años de edad). Muchos de estos trabajadores se habían mudado al lugar donde está la compañía para obtener empleo y vivieron allí temporalmente mientras sus familias se quedaron en casa.

Las zonas en donde existen el libre comercio y empresas maquiladoras resultan muy atractivas para los trabajadores jóvenes y solteros. Estudios en zonas de libre comercio en República Dominicana y Sri Lanka, donde la prevalencia del VIH es baja, demuestran la numerosa presencia de trabajadores jóvenes y solteros. Estas condiciones pueden contribuir a la rápida diseminación del VIH.

### **¿Es la compañía que realiza proyectos de construcción, por ejemplo de carreteras, donde los hombres se encuentran lejos de sus hogares y donde las mujeres se encargan de proveer servicio, incluyendo los sexuales?**

La industria de la minería y de la construcción son sectores típicos que emplean hombres jóvenes y solteros.

Las actividades de esparcimiento son muy pocas y en cambio proliferan los bares, los vendedores de droga y de sexo. La construcción de la presa Katse en Lesotho atrajo una gran cantidad de oportunidades de empleo sobre todo para jóvenes solteros. Para mediados de 1990 la prevalencia de VIH entre ellos era 6 veces mayor que la que existía entre los grupos de jóvenes de las comunidades vecinas.

### **¿Tiene la compañía trabajadores bien pagados en áreas de alto desempleo y/o pobreza?**

Los empleados de las compañías petroleras en la región Níger Delta de Nigeria ganan mucho mejores sueldos que el resto de la gente de la región. Esta relativa riqueza los conduce a la explotación sexual de mujeres y de estudiantes que necesitan o quieren dinero, comida o bienes materiales. De la misma manera, en Honduras, las tasas de infección por VIH parecen ser mayores en San Pedro Sula, que es una ciudad portuaria con mayor comercio y riqueza, que en Tegucigalpa, donde la población es más pobre y menos móvil.

### **¿Administra la compañía transporte de largas distancias?**

De acuerdo a ciertas encuestas, los conductores de camiones y sus ayudantes que recorren largas distancias alrededor de la India y entre la India y Nepal, presentan, en promedio, tasas de infección de VIH de entre tres y

cinco veces mayores que las del resto de la población adulta. En el estado de Tamil Nadu en la India, la prevalencia de VIH entre los conductores de camiones aumentó del 3 al 9 por ciento entre 1994 y 1997.

Un estudio en África del Este encontró que un tercio de los choferes eran VIH positivo (por lo menos el doble del promedio nacional que existe en la región); las mujeres que trabajan en las paradas de los camiones y las trabajadoras sexuales tienen tasas de infección de entre el 44 y 88 por ciento.

Mientras se hace la inspección de la mercancía y se elabora el papeleo aduanal en los puntos fronterizos, procedimientos que tardan mucho tiempo, es fácil que los choferes aprovechen la oportunidad para ingerir bebidas alcohólicas y tener sexo casual. ¿Espera la compañía que sus ejecutivos de mediano y alto nivel viajen con frecuencia? En las primeras etapas de la epidemia los ejecutivos de más alto nivel, con niveles educativos altos mostraban una prevalencia mayor de infección de VIH que otros empleados.

Cuando se siente el impacto del VIH, depende de varios factores:

- Cantidad de trabajadores;
- El tiempo en que han existido los factores de riesgo;
- Magnitud de la epidemia en las comunidades vecinas y en el país;
- Prevalencia de ITS curables entre los trabajadores;
- Estado de salud general de los trabajadores.

En promedio, una persona empezará a mostrar los primeros síntomas de infección del VIH de cinco a diez años después al momento en que ocurrió el contagio.

En una compañía de la India, se le preguntó a varios empleados acerca de su comportamiento sexual, las respuestas mostraron que el comportamiento riesgoso era mayor entre los que tenían mejores puestos e ingresos y era menor en los que tenían mayores niveles educativos.

En una compañía de electricidad en Sudáfrica, se vio que había menor prevalencia de VIH entre los trabajadores que eran fieles a sus parejas y que viajaban menos de cinco días al mes.

### **¿Es común que los empleados de las compañías visiten a las trabajadoras sexuales o tengan numerosas relaciones sexuales casuales?**

Gran número de encuestas locales y nacionales indican que en muchos países, la industria del sexo es muy activa y que es frecuente que los hombres jóvenes se involucren con trabajadoras sexuales.

### **¿Está el país o la región teniendo rápidos cambios económicos?**

La globalización económica –libre movimiento de capital debido a presiones externas y reformas internas– produce rápidos cambios en el bienestar de grandes segmentos de la población. Muchas personas han experimentado una baja en sus recursos económicos y esto aunado a la reducción en los servicios sociales (de salud, educación, etc.) limita en gran medida las oportunidades y esto trae como consecuencia la emigración a otros lugares en busca de trabajo y el cambio de comportamientos en cuanto al alcohol, drogas y sexo.

Los factores que colocan a las compañías en riesgo pueden verse en la lista inicial de verificación (ver el recuadro “Evaluación del riesgo de la compañía”).

Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas indica que la compañía se encuentra en riesgo. La lista de verificación puede ser una herramienta muy útil para convencer a los directivos que el VIH sí puede ser un problema para la compañía. Los sindicatos y las organizaciones de trabajadores tienen también que examinar los factores de riesgo, ya que junto con los directivos son los encargados de evaluar las situaciones o prácticas que aumentan el riesgo entre los individuos y la compañía.<sup>2</sup>

### EVALUANDO EL RIESGO DE LA COMPAÑÍA

Si se responde “sí” a cualquiera de las preguntas que se hacen en esta sección, significa que la compañía se encuentra en riesgo moderado. Si se responde “sí” a tres o cuatro de las preguntas, el riesgo es un poco mayor, pero si se responde “sí” a cinco preguntas o más, refleja que la compañía está definitivamente en riesgo de ser afectada por el VIH.

## 2. Generalidades sobre la estrategia de prevención combinada

### 2.1. Conceptos claves

¿Qué es una estrategia?: es el conjunto de principios y rutas fundamentales que orientarán un proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar. Una estrategia muestra cómo una institución pretende llegar a esos objetivos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias, de corto, mediano y largo plazos según el horizonte temporal.

¿Qué es prevención?: “son aquellas medidas destinadas no solamente a impedir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

¿Qué es prevención combinada?: es el conjunto de acciones y tácticas de comportamiento, biomédicas y estructurales según la naturaleza de la epidemia y de las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección. Un enfoque de prevención del VIH que se base sólo en una de las acciones mencionadas no es eficaz. El país debe conocer su epidemia y dirigir su respuesta con enfoques integrales de prevención del VIH a partir de estrategias combinadas.

### 2.2. De acuerdo con las guías técnicas de PEPFAR, prevención combinada es:

Mediante la combinación de intervenciones de calidad biomédicas, conductuales y estructurales conocida como “prevención combinada”, los países pueden trabajar a través del tiempo en determinadas zonas geográficas para elaborar una respuesta integral de prevención.

#### Los componentes de la prevención combinada incluyen:

- **Las intervenciones estructurales** reconocen que los comportamientos de un individuo son, en parte, regidos por las normas sociales, culturales, políticas y económicas. Estas intervenciones tienen por objeto cambiar los contextos sociales más amplios, como son los contextos políticos y económicos que pueden contribuir a la vulnerabilidad y el riesgo. Por ejemplo, la violencia basada en género (VBG) se ha relacionado con mayor riesgo de contraer el VIH. Las intervenciones estructurales dirigidas a este riesgo son los cambios legales y de políticas que criminalizan la violencia de género y lograr una mayor concientización, información y ejecución de las penas para quienes incurran en la violencia de género.

*Bibliografía:* <sup>2</sup>PROGRAMAS SOBRE VIH/SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO UNA GUÍA DE ACCIÓN PARA GERENTES ESCRITA POR BILL RAU, JUNIO 2007, 2002 Family Health International (FHI).

Las intervenciones estructurales buscan modificar el entorno físico y social en que se desarrolla el comportamiento individual. Su objetivo también puede ser el de eliminar las barreras de cara a la protección o poner limitaciones a la asunción de riesgos.

“Las barreras estructurales son obstáculos sistémicos (sociales, culturales y jurídicos) que impiden a grupos clave acceder a los servicios relacionados con el VIH, lo que hace que estos últimos sean menos eficaces. Cabe citar como ejemplos de barreras estructurales el acoso policial y la violencia ejercidos contra determinadas poblaciones o las políticas, prácticas y actitudes discriminatorias que subsisten dentro de los servicios de salud. Las intervenciones estructurales tienen por objeto eliminar esas barreras”.

Es crucial en las intervenciones estructurales el fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH:

- Los contextos legales y sociales que no ofrecen protección frente al estigma y la discriminación, o que no facilitan el acceso a los programas relacionados con el VIH siguen obstaculizando el acceso universal.
- Los derechos humanos relacionados con el VIH deben de ser promovidos y protegidos, incluyendo los de las mujeres y niñas.
- Instaurar entornos legales que protejan a las personas seropositivas y a los grupos de población más expuestos a contraer el virus.
- Garantizar que las comunidades con más carencias y más vulnerables reciban cobertura del VIH.
- Las personas seropositivas y las más expuestas a la infección deben conocer sus derechos relacionados con la enfermedad y recibir apoyo para poder defenderlos.
- Abordar los vínculos entre la vulnerabilidad al VIH, las desigualdades entre géneros, y la violencia contra mujeres y niñas.

• **Las intervenciones biomédicas:** tales como la prevención de la transmisión madre a hijo, uso de métodos médicos para bloquear la infección, disminuir el contagio, o reducir el riesgo de infección. El tratamiento o la intervención a menudo actúa como una plataforma para el mensaje de prevención más amplia, siendo las intervenciones más importantes:

- **Terapia o antirretroviral (TAR),** generalmente se utilizan para mejorar la salud de la persona con el VIH, también puede servir como una estrategia preventiva mediante la reducción de la carga viral, lo que reduce el riesgo de transmitir el VIH a su pareja sexual o la pareja con la que comparte agujas para el uso de drogas.
- **Seguridad de la sangre y su disponibilidad.** Prevención de la transfusión de sangre contaminada a través de tamizaje de donantes y los procesos de pruebas, y la participación cada vez mayor de donantes de sangre voluntarios y no remunerados puede reducir significativamente la propagación del VIH.
- **Anticoncepción** para prevenir embarazos no deseados entre las mujeres con VIH. La provisión de métodos anticonceptivos a las mujeres con VIH que desean posponer o evitar el embarazo puede prevenir la transmisión vertical del VIH de madre a hijo.
- **Diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.** Infecciones de transmisión sexual (ITS) facilitan la transmisión y adquisición del VIH.

- **Pruebas de VIH y consejería.** Como una intervención independiente, contribuye a la prevención de la transmisión del VIH mediante la identificación e información a los individuos, parejas y familias de su estado del VIH.
- **Seguridad de las inyecciones.** Ayuda a prevenir la transmisión del VIH y otros patógenos transmitidos por la sangre a los pacientes y trabajadores de la salud.
- **Profilaxis post-exposición.** Profilaxis post-exposición con antirretrovirales a corto plazo, tiene como objetivo impedir el establecimiento de la infección por VIH en una persona expuesta.
- **Prevención de la transmisión madre – niño.** Se refiere a las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de una madre que vive con el VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o después del parto durante la lactancia.
- **Circuncisión masculina voluntaria.** Es la extirpación quirúrgica completa del prepucio del pene. Si bien llevado a cabo por un número de razones, la evidencia de ensayos clínicos recientes han demostrado que la circuncisión médica masculina puede reducir significativamente (pero no eliminar) el riesgo de los hombres de contraer el VIH por contacto sexual vaginal heterosexual.
- **Las intervenciones conductuales:** incluyen una variedad de enfoques que abordan los principales resultados del comportamiento, incluyendo la postergación del inicio de las relaciones sexuales, la reducción de parejas, la monogamia mutua, y el uso correcto y consistente del condón. Los enfoques se orientan a motivar un cambio positivo de comportamiento en los individuos, parejas, familias, grupos de pares o redes, instituciones y comunidades. Estas intervenciones basadas en la ciencia y apropiadas culturalmente a la edad de las poblaciones, promueven cambios de comportamiento sostenido a través de diferentes programas que se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, los medios de comunicación, la movilización de la comunidad y esfuerzos de comunicación interpersonal se utilizan en conjunto para alentar a los individuos, las familias y las comunidades a adoptar y mantener normas y comportamientos saludables.

Las intervenciones conductuales tienen el propósito de eliminar los comportamientos de riesgo y fortalecer los de protección, por lo general, abordando los conocimientos, actitudes, habilidades y creencias siendo las principales intervenciones las siguientes:

- **Uso consistente y correcto del condón.** El sexo sin protección es la principal causa de transmisión del VIH, lo que representa más del 80 por ciento del número total de infecciones. Los condones masculinos y femeninos, cuando se usan correctamente, ayudan a reducir de forma significativa la infección de ITS y VIH al servir como una barrera impermeable al intercambio sexual de las secreciones.
- **Mensajes de prevención del VIH dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).** Los hombres que tienen sexo con hombres pueden ser difíciles de alcanzar con mensajes de prevención del VIH, ya que muchos mantienen en secreto sus actividades sexuales. Para tener éxito, los programas deben abordar la reducción de los comportamientos de riesgo y llegar a los HSH en formas que reflejen la diversidad de su comportamiento sexual y sus variados contextos sociales y políticos.
- **Medios de comunicación y prevención del VIH.** Intervenciones en los medios de comunicación apuntan a la prevención del VIH mediante el aumento de los conocimientos, la mejora de la percepción del riesgo, el cambio de comportamientos sexuales, y cuestionar las normas sociales potencialmente dañinas.

- **Parejas sexuales múltiples y concurrentes.** Pocas personas son conscientes de que tener relaciones sexuales simultáneas, que se define como tener dos o más de forma concurrente, aumenta su riesgo de contraer el VIH. Una persona está en mayor riesgo de contraer el VIH si su pareja sexual se conecta a una más amplia red sexual a través de los cuales el VIH se puede propagar.
- **Reducción de parejas.** Es una estrategia de prevención que se centra en la disminución de número total de parejas con el fin de disminuir el riesgo de infectarse con el VIH o la transmisión.
- **Educación entre pares.** Involucra a los miembros de un grupo específico para influir en otros miembros a adoptar conductas sexuales saludables y modificar las normas. Los educadores de pares pueden ser más eficaces para influir en casos difíciles de alcanzar o individuos privados de sus derechos porque son vistos como más creíbles o menos críticos que aquellos que no son iguales.
- **Prevención de uso de alcohol.** El consumo de alcohol en prácticamente todas las culturas, reduce la percepción tanto de las personas de riesgo y sus inhibiciones, frente a involucrarse en comportamientos riesgosos. El consumo de alcohol se asocia con factores de riesgo de VIH, incluyendo el uso del condón y el número y la concurrencia de parejas sexuales.

### 2.3. Los 4 “conoces”

PEPFAR considera importante para construir un programa de prevención del VIH los dos conocimientos que ha enunciado ONUSIDA “conoce tu epidemia, conoce su respuesta”. Sin embargo, PEPFAR ha agregado dos “conoces” a la lista (The four knows en inglés): conoce el contexto, conoce el costo. La recolección y análisis de datos para los cuatro “conoces” debe ser permanente y debe de reflejarse en los planes operacionales del país.

A continuación se describe el significados de los 4 conoce presentes en la guía para la prevención de VIH de PEPFAR<sup>8</sup>:

- 2.3.1. **Conoce tu epidemia.** Esta categoría incluye los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la prevalencia del VIH, las posibles próximas 1.000 infecciones, los puntos geográficos de la epidemia, los mecanismos de transmisión, las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH y la prevalencia e incidencia del VIH dentro de las sub-poblaciones. Estos datos provienen de encuestas de población, los modos de los estudios de transmisión, estimación de tamaño de los estudios de las poblaciones de mayor riesgo, y la investigación tanto cualitativa como cuantitativa y otros.

Los tipos de epidemia de VIH se clasifica en tres tipos : las epidemias concentradas, las epidemias mixtas y las epidemias generalizadas.

- **Epidemias concentradas:** La transmisión se produce principalmente dentro de las poblaciones de mayor riesgo, incluidos los trabajadores sexuales (TS), HSH y las personas que se inyectan drogas.
- **Epidemias mixtas:** la transmisión se produce tanto en las poblaciones de mayor riesgo (incluyendo TS, HSH, y usuarios de drogas) y la población en general.
- **Epidemia generalizada:** la transmisión se produce principalmente en la población general. Es importante señalar que incluso en las epidemias generalizadas, las poblaciones de mayor riesgo están involucradas y las necesidades de detener la transmisión es para ambos grupos.

- 2.3.2. **Conoce el contexto:** Esta categoría incluye información que contextualiza los datos epidemiológicos y apoya a los diseñadores de programas para orientar con mayor eficacia las intervenciones hacia poblaciones específicas y aspectos estructurales.

La falta de información del contexto puede dar lugar a programas de prevención que pierdan el rumbo por no tener en cuenta los factores clave que determinan las conductas .

La información puede ser las leyes o políticas que apoyan o discriminan personas positivas o que dificultan el acceso a los servicios de salud a estas personas o de la diversidad sexual.

También se puede incluir situaciones que dificultan la prevención de la transmisión del VIH, como las leyes no aplicadas con respecto a la violencia de género (VBG). Conocer los datos del contexto también incluye información sobre los contextos socio-culturales relacionados a comportamientos y actitudes sobre la salud, la enfermedad, el sexo incluyendo prácticas de alto riesgo tradicional y otros factores en la transmisión del VIH.

Entender éstos puede desempeñar un papel fundamental en la conformación de los programas de prevención que sean culturalmente relevantes y aceptables. Los datos sobre los patrones de movimiento de la población son otro tipo de información contextual crítico. Las poblaciones móviles y migrantes que pasan largos periodos de tiempo fuera de casa están especialmente en riesgo de contraer y transmitir el VIH .

- 2.3.3. **Conoce tu respuesta.** Incluye el mapeo de todas las actividades de prevención, tanto los financiados por el PEPFAR, los gobiernos y otros donantes. Esto debe incluir la cobertura geográfica y poblacional de cada intervención. Conocer el mapeo de la respuesta incluye tener en cuenta la accesibilidad de las intervenciones, y saber si los servicios y programas están disponibles para las poblaciones destinatarias en los lugares y en las horas apropiadas para las poblaciones que lo necesitan y deben usarlos. Estos datos del mapeo de la respuesta se obtienen de diversas fuentes. Los datos sobre el tamaño de la población objetivo vendrán de las metodologías adecuadas llevadas a cabo para obtener una estimación del tamaño, así como los datos demográficos más generales. Los datos sobre la cobertura y la calidad deben surgir de la vigilancia rutinaria y evaluación de los programas.

- 2.3.4. **Conoce tu costo.** El cálculo de los costos con precisión de las actividades de prevención del VIH es esencial para el éxito de los programas. PEPFAR están apoyando para que se conozca y comprendan los costos unitarios de las intervenciones, pero aún queda mucho trabajo por hacer para comprender mejor el costo de las actividades de prevención en diferentes contextos. Esta información es importante para asegurar que nuestras inversiones son eficaces tanto como sea posible.

Otro aspecto relevante en el plan PEPFAR es el apoyo a la continuidad de la respuesta de los países. Esto se traduce en un sistema nacional organizado para dar seguimiento a las poblaciones, sus necesidades, tanto en la salud y sectores más amplios de desarrollo, en lugar de ser organizada en torno a los donantes particulares, agencias, o los códigos de presupuesto.

En el caso del VIH, esto significa que un Programa Nacional de Sida, que identifica las poblaciones en riesgo y define específicamente qué servicios deben estar disponibles para cada una de estas poblaciones. Para cada población meta en cada entorno geográfico, la continuidad toma en cuenta sus necesidades que son cambiantes en

el tiempo para la prevención del VIH, y luego, si están infectados, para la atención y el tratamiento y la prevención de la transmisión.

Servicios para la atención del VIH que incluye la prevención, es parte del continuo más importante de la respuesta, la cual abarca la totalidad de las necesidades de salud de la población.

PEPFAR establece tres enfoques generales que son cruciales para reducir nuevas infecciones por el VIH:

- 1 Aumentar el conocimiento del estado del VIH entre las personas que viven con VIH y sus parejas.
- 2 Reducción del riesgo de transmisión del VIH de las personas que viven con el VIH.
- 3 La reducción de la transmisión del VIH entre las personas en riesgo de infección.

### 3. Conceptualización y caracterización de las PEMAR

Las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) están conformados por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que aumentan la probabilidad de exposición al VIH. Estos comportamientos incluyen sexo sin protección (en particular sexo anal), sexo con varias parejas y el uso de instrumentos como equipos de inyección que pueden estar contaminados con sangre infectada”.

Para efectos de este módulo, se usará “población en mayor riesgo” (PEMAR), para incluir a: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), estos son los bisexuales, los homosexuales (gays), trans y las trabajadoras sexuales (TS). En otras poblaciones expuestas a “situaciones de riesgo”, están contempladas las siguientes: privados de libertad, uniformados (Ejército de Nicaragua, Ministerio de Gobernación), poblaciones móviles, clientes de trabajadoras sexuales, usuarios de sustancias, mujeres en situación de violencia basada en género (VBG).

Para llegar a la conceptualización de PEMAR, presentamos las aclaraciones que hace ONUSIDA<sup>8</sup>, al respecto.

Según la definición de ONUSIDA<sup>9</sup>

“Los términos «población clave» o «población clave de mayor riesgo de exposición al VIH» se refieren a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma.

En todos los países, la población clave engloba a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los escenarios, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, las personas que usan sustancias, los trabajadores sexuales y sus clientes, y las personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que otras.

Existe una fuerte vinculación entre diversos tipos de movilidad y el riesgo aumentado de exposición al VIH, dependiendo de la razón para la movilidad y el grado de disociación de las personas respecto de su contexto y normas sociales.

Cada país debería definir qué población específica resulta clave en su epidemia y enfrentarse a esta última en función de un contexto epidemiológico y social concreto. Evítense el uso de «grupo de alto riesgo».

ONUSIDA también recomienda utilizar «poblaciones clave de mayor riesgo» (clave tanto para la dinámica de la epidemia como para la respuesta a la epidemia).” Las poblaciones clave son distintas de las poblaciones vulnerables, las cuales están supeditadas a presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a la exposición a las infecciones, entre ellas, el VIH.”

Así mismo, ONUSIDA recomienda lo siguiente:

“Evítense el uso de «grupo de alto riesgo», ya que implica que el riesgo está contenido dentro del propio grupo, mientras que, de hecho, todos los grupos sociales están interrelacionados. El uso de este término puede inducir a un falso sentido de seguridad en personas que desarrollan comportamientos de riesgo, pero que, sin embargo, no se identifican con este grupo.

Por otro lado, también puede generar estigma y discriminación. Pertenecer a un determinado grupo no expone a las personas a un mayor o menor riesgo: es el comportamiento que se adopta el que puede hacerlo. En el caso de las personas casadas o que viven en pareja (y especialmente las mujeres), puede ser el comportamiento de riesgo del compañero lo que las expone a una «situación de riesgo».

“Evítense términos como «adolescentes de mayor riesgo», «jóvenes de mayor riesgo» o «poblaciones de mayor riesgo» porque son estigmatizadores. Sería más apropiado y preciso describir la conducta concreta de cada población que pone en riesgo de exposición al VIH a esos grupos de personas; por ejemplo, relaciones sexuales sin protección entre parejas estables serodiscordantes, trabajos sexuales con bajo uso del preservativo, jóvenes que usan sustancias y no tienen acceso a equipos de inyección esterilizados, etc. En proyectos donde estas expresiones se siguen utilizando, es importante no catalogar nunca a una persona (directa o indirectamente) dentro del grupo de adolescentes, jóvenes o poblaciones en mayor riesgo.”

### **3.1. Factores que inciden en la exposición a situaciones de riesgo frente al VIH y otras ITS en las PEMAR**

El nivel de exposición al riesgo frente al VIH como a otras infecciones de transmisión sexual está interrelacionado directamente con conductas concretas que la población asume en el ejercicio de su sexualidad. Así mismo, estas conductas están vinculadas a ciertos factores biológicos y socioeconómicos que tienen influencia sobre las mismas y, por ende, al nivel de exposición al riesgo.

El modelo de cambios de comportamiento de PSI/PASMO (2006) propone, para efectos de trabajo con las PEMAR, la selección de tres factores: oportunidad, habilidad y motivación, ya que inciden en comportamientos que podrían modificarse. Estos factores, que se interrelacionan, influyen sustancialmente en las conductas, exponiendo a situaciones de riesgo.

A continuación, se describen.

Tabla 1. Modelo de cambios de comportamiento de PSI/PASMO

Factores	Elementos de esos factores
<b>Oportunidad:</b> se entiende como los factores estructurales o institucionales que influyen en la posibilidad de un individuo para ejecutar una conducta específica.	<p><b>Disponibilidad:</b> es la percepción de frecuencia y accesibilidad a productos o servicios, que pueden ser encontrados en un área predeterminada. A mayor disponibilidad de un producto o servicio, se incrementan las posibilidades para que las personas puedan obtener dicho producto o servicio.</p> <p><b>Normas sociales:</b> son los roles de comportamientos establecidos y socialmente aceptados para que un individuo los siga. Marcan la pauta para que un comportamiento sea aceptado como una práctica usual.</p>
<b>Habilidad:</b> se entiende como las destrezas individuales que inciden en la ejecución de un comportamiento, éstas son controladas por el individuo y pueden ser demostradas a través de la acción.	<b>Conocimiento:</b> es la acumulación del aprendizaje por medio de hechos verdaderos que se relacionan con objetos, acciones y eventos, a través de la recopilación de información correcta sobre éstos. A medida que el conocimiento se incrementa los individuos tienen más posibilidades de cambiar su comportamiento.
	<p><b>Apoyo social:</b> dentro de este concepto encontramos tres elementos interrelacionados: el apoyo emocional que son las actividades que un individuo hace para que otro se sienta amado y cuidado, el apoyo instrumental que es la ayuda tangible que un individuo recibe o provee, y, por último, el apoyo formativo que es la ayuda que un individuo da u ofrece a través de la información.</p> <p><b>Autoeficacia:</b> es la capacidad de ejecutar efectivamente una conducta, acción o aplicación del conocimiento. Por ejemplo: “sé cómo se usa correctamente un condón y puedo colocarlo de manera efectiva”.</p>
<b>Motivación:</b> es el deseo o aspiración del individuo a realizar una acción específica. Depende directamente del control que el individuo tenga de sí mismo y no es demostrable, solamente puede ser medida de manera subjetiva.	<p><b>Actitudes:</b> es la evaluación que un individuo hace con respecto de un comportamiento o de una acción.</p> <p><b>Creencias:</b> es la percepción que se tenga con relación a un objeto, cosa o entidad y que presupone en el individuo si dicho objeto, cosa o entidad es verdadero o no. En muchas ocasiones las creencias se pueden presentar como mitos y concepciones erradas de la realidad afectando directamente la conducta. Por ejemplo, “usar dos condones durante una relación sexual es más efectivo para evitar el VIH”.</p> <p><b>Intención:</b> es el deseo futuro de un individuo para realizar una acción determinada. Por ejemplo, “trataré de serle fiel a mi pareja”.</p> <p><b>Ubicación del control:</b> es el punto de control de la vida de un individuo, que está en relación directa con su conducta. Ésta se divide en dos aspectos: punto de control externo, cuando las decisiones de un individuo están bajo el poder de otros, o bien, punto de control interno, cuando las decisiones del individuo están controladas por sí mismo. Por ejemplo, “Me afecté con una ITS porque tengo mala suerte” o bien “No uso condones porque mi religión no me lo permite”.</p> <p><b>Norma subjetiva:</b> es lo que un individuo cree que debe hacer, al pertenecer a determinado grupo social, respecto a una conducta específica, que está vinculada con la percepción de aceptación o negación por parte del grupo. Por ejemplo: “tengo múltiples parejas porque es algo común en el medio en que me desenvuelvo”.</p> <p><b>Riesgo:</b> es una amenaza latente a la integridad de un individuo, la cual está integrada por dos dimensiones; la severidad, que es la magnitud percibida del daño que se puede producir, y la susceptibilidad, que es la cercanía percibida de la forma en que el daño puede afectarle.</p>
PSI/PASMO. Modelo de Cambio de Comportamiento. Manual de CCC. Lineamientos de implementación, revisados a Julio 2006. Pág. 79	

### 3.2. Factores de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y el VIH

Los factores de riesgo son condiciones o variables relacionadas con una disminución de la probabilidad de obtener resultados positivos y un aumento de la probabilidad de obtener resultados negativos o no saludables.

Los factores de protección tienen el efecto inverso: aumentan la probabilidad de obtener resultados positivos y reducen la probabilidad de obtener consecuencias negativas de la exposición al riesgo.

Los factores de riesgo aumentan para el VIH/Sida cuando las personas se involucran en actividades que conlleven riesgo sexual u otras formas de exposición como es la de uso de equipos infectables para el uso de drogas intravenosas. El inicio temprano de las relaciones sexuales incrementa los factores de riesgo al VIH. Un ejemplo de factor de protección para la prevención del VIH es tener una actitud positiva respecto a la prevención del embarazo y tener la capacidad de rehusarse a tener relaciones sexuales de riesgo.

Hay ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH. Se trata de los siguientes:

1. Practicar coito anal o vaginal sin protección.
2. Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
3. Compartir agujas o jeringas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
4. Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
5. Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

Los principales factores de riesgo para contraer el VIH-Sida, están principalmente en las prácticas sexuales, en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

#### 3.2.1. Relaciones sexuales con riesgo

Entre los principales factores de riesgo están las relaciones con múltiples parejas, independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que existe penetración pene-vagina, pene-ano, pene boca, o boca-vagina, sin utilizar alguna barrera, como el condón de látex o poliuretano.

Una de las prácticas más peligrosas es la penetración pene-ano, dado que esta parte del cuerpo es muy sensible a las fisuras, lo que aumenta el riesgo de penetración del virus al torrente sanguíneo. También la práctica de relaciones sexuales durante la menstruación, ya que si existe alguna fisura o lesión en el pene, de igual forma el virus puede penetrar más fácilmente.

Otro factor de riesgo importante son las prácticas sexuales con personas que tienen otras enfermedades de transmisión sexual como: sífilis, gonorrea, candidiasis, herpes, condilomas, etc., ya que además del riesgo de contagio de estas enfermedades, se favorece la transmisión del VIH en caso de que alguna de las personas sea portadora.

Los factores de riesgo relacionados a comportamientos que favorecen que una persona contraiga el VIH son:

### 3.2.2. Uso inconsistente del condón

Tener relaciones sexuales sin protección causa un alto grado de diseminación del VIH. El riesgo mayor existe cuando la sangre o los fluidos sexuales entran en contacto con las áreas suaves y húmedas (membranas mucosas) del interior del recto, vagina, boca, nariz o de la punta del pene. Estas zonas pueden ser lastimadas fácilmente, lo que permite el acceso del VIH al interior del cuerpo.

Las relaciones vaginales o rectales sin protección son prácticas de alto riesgo. Los fluidos sexuales entran al cuerpo y cuando el pene del hombre es insertado, puede causar pequeños desgarros que facilitan la infección con el VIH. La persona receptora tiene mayores posibilidades de infectarse. El VIH también es capaz de ingresar por el pene, especialmente si éste entra en contacto con sangre o fluidos vaginales por largo tiempo o si existen heridas abiertas.

Algunos hombres creen que no pueden transmitir el VIH si retiran el pene antes de tener un orgasmo. Esto no es cierto, ya que el VIH puede estar presente en el fluido que sale del pene antes del orgasmo.

### 3.2.3. No utilizar lubricantes a base de agua

El utilizar vaselina o aceites como lubricantes pueden dañar el condón y romperlo, aumentando el riesgo de infectarse del VIH. Es por ello que se recomienda cuando exista penetración anal que se utilicen condones de forma adecuada, con lubricante a base de agua, en todas y cada una de las relaciones sexuales, de esta forma el riesgo de transmisión del VIH pasa a ser muy bajo.

El uso de lubricante a base de agua ayuda en la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/Sida, pero no actúa independientemente, debe acompañarse del uso correcto y consistente de condones de látex.

El lubricante a base de agua:

- Incrementa la efectividad del condón, reduciendo la posibilidad de ruptura.
- Ayuda a reducir el daño y laceración en la piel de los genitales debido a la frotación.
- Ayuda a preservar el antiséptico natural (lactobacilo) contenido en la humedad de la vagina.
- Agrega variedad a la actividad sexual, incrementando la sensibilidad y confort durante la misma.

**Recuerde: El lubricante a base de agua no es anticonceptivo.**

Los lubricantes deben aplicarse fuera del condón, en la vagina o en el ano, nunca en el pene ya que pueden provocar que se deslice el condón y se salga. Para los condones masculinos, generalmente compuestos de látex, no se pueden utilizar lubricantes oleosos: aceites de cualquier tipo, vaselina, cremas frías, mantecas o lociones.

Los condones femeninos están compuestos de plásticos y suelen estar acompañados de lubricantes en base a siliconas. No obstante, también pueden agregarse lubricantes.

Los lubricantes pueden aumentar la estimulación sexual. También reducen las posibilidades de que los condones u otras barreras se rompan. Los lubricantes hechos a base de aceite como la vaselina, algunos aceites o cremas pueden dañar los condones o a otras barreras de látex. Asegúrese de usar lubricantes hechos a base de agua.

### 3.2.4. Múltiples parejas

El tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH. Es por ello que se debe reducir el número de parejas sexuales y usar el condón siempre y de forma correcta.

Los programas de prevención orientan a reducir la formación de parejas sexuales múltiples, sean o no concurrentes, y a comunicar el probable riesgo adicional de las relaciones sexuales concurrentes, incluidas aquellas que son de largo plazo.

Con frecuencia, las relaciones concurrentes múltiples de pareja están relacionadas con la movilidad (incluida la movilidad por razones laborales), dado que las personas pueden tener distintas parejas en sus distintos lugares de residencia; además, quienes quedan atrás pueden, a su vez, tener otras parejas (Lurie et al., 2003; Coffee, Lurie y Garnett, 2007)

### 3.2.5. Sexo bajo el efecto de droga o alcohol

El uso de drogas y la adicción han estado íntimamente ligados al VIH/Sida desde el comienzo de la pandemia. La transmisión del VIH puede ocurrir por compartir las agujas usadas para inyectarse las drogas. “De hecho, aproximadamente una cuarta parte de los casos de Sida en los Estados Unidos se debe al uso de drogas inyectables. Pero en realidad, cualquier forma de consumo de drogas y de alcohol puede poner a los usuarios en situación de riesgo para el VIH al interferir con su juicio, lo que puede llevar a comportamientos sexuales de riesgo”.

Cuando se ha tomado licor o usado drogas, existe el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, lo que aumenta el riesgo de contraer una infección sexual y el VIH.

Los consumidores de drogas inyectables adquieren el VIH por compartir material de inyección, mientras que el consumo de drogas no inyectables, como cocaína y estimulantes del tipo de las anfetaminas, está asociado con la transmisión del VIH por medio de conductas sexuales de alto riesgo. Algunos consumidores de drogas mantienen relaciones sexuales de riesgo con múltiples parejas a cambio de drogas o dinero, con lo que crean un puente para la propagación del VIH de poblaciones con alta prevalencia del virus a la población general.

#### Relaciones sexuales sin riesgo

Con las actividades seguras no se corre el riesgo de transmitir el VIH. La abstinencia (no tener relaciones sexuales nunca) está completamente libre de riesgos. Tener relaciones con una sola persona, está libre de riesgos siempre y cuando ninguno de los dos esté infectado ni tenga relaciones con otra persona ni comparta agujas y que no reciba transfusiones inseguras, y no tenga exposición ocupacional o por otro tipo de lesiones de la piel.

Tener fantasías o masturbarse (situaciones en las que usted no comparte sus fluidos), conversaciones eróticas y el masaje no sexual, son también situaciones libres de riesgo. Estas actividades evitan el contacto con sangre o fluidos sexuales y por lo tanto no existe riesgo de transmitir el VIH.

**Para correr menos riesgos, asuma que su pareja sexual está infectada con el VIH.** Usted no puede saber si una persona está infectada, juzgando por su aspecto. Pueden mentirle y no decirle que están infectados, especialmente si quieren tener relaciones con usted. Hay personas que se infectaron con VIH de sus parejas, quienes fueron infieles “sólo una vez”.

**Incluso aquellos que obtienen un resultado negativo en el análisis del VIH pueden estar infectados.** Se pudieron haber infectado después de hacerse el análisis o haberse hecho el análisis muy poco tiempo después de haberse infectado.

El sexo oral acarrea riesgo de transmisión del VIH, especialmente si los fluidos sexuales entran en la boca y existen encías sangrantes o heridas en la boca. Los condones sobre el pene pueden ser usados como barreras durante el sexo oral. Los condones sin lubricantes son mejores para practicar sexo oral, ya que la mayoría de los lubricantes tienen mal sabor.

### **¿Qué pasa si las dos personas están infectadas?**

Algunas personas con VIH no creen que tengan que mantener relaciones sexuales de bajo riesgo cuando sus parejas sexuales también tienen VIH. Sin embargo, todavía es importante jugar “sin riesgo”. Si no lo hace, puede exponerse a otras infecciones de transmisión sexual como herpes o sífilis. En una persona que tiene VIH, estas enfermedades pueden ser más serias.

Además, la persona con VIH puede “re infectarse” con una cepa diferente del VIH. Quizás no pueda controlar esta nueva versión del VIH con los medicamentos que tome. Es posible que también sea resistente a otros antirretrovirales. No hay forma de saber qué tan riesgoso es para dos personas con VIH tener relaciones sexuales sin protección.

### **Seguir las sugerencias siguientes puede reducir el riesgo.**

- Usar alcohol o drogas antes o durante las actividades sexuales, aumenta las posibilidades que no siga las recomendaciones para practicar relaciones más seguras. Tenga mucho cuidado si ha usado alcohol o drogas.
- Decida cuánto riesgo está dispuesto a correr. Sepa cuánta protección quiere usar durante sus relaciones sexuales.
- Antes de tener relaciones sexuales:
- Piense acerca de las relaciones sexuales más seguras
- Establezca sus límites
- Obtenga lubricantes y condones, u otras barreras de protección. Asegúrese de que resulte fácil encontrarlas cuando las necesite
- Hable con su pareja para que ellos conozcan sus límites
- Sea fiel a sus límites. No deje que el alcohol, las drogas o una pareja atractiva lo hagan olvidar de cómo protegerse

## **4. Paquete básico de servicios de prevención combinada para PEMAR**

### **4.1. PEPFAR**

En 2003, el Congreso de Estados Unidos aprobó una ley para proveer dinero a gobiernos extranjeros para combatir el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Este es el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA (PEPFAR, siglas en inglés). Es el compromiso más grande de cualquier país para combatir una enfermedad en toda la historia.

La prevención sigue siendo el reto fundamental de la epidemia del VIH, y la de las principales prioridades para los próximos cinco años de PEPFAR (2010 -2014).

## PEPFAR está ampliando sus actividades de prevención con énfasis en lo siguiente:

- Trabajar con los países para realizar un seguimiento y evaluar nuevamente la epidemiología de la epidemia, con el fin de diseñar una respuesta a la prevención basada en los mejores datos disponibles y más recientes;
- Hacer hincapié en las estrategias de prevención que se han demostrado su eficacia y orientar las intervenciones para la mayoría de las poblaciones en riesgo con altas tasas de incidencia y
- El aumento de énfasis en el apoyo y las evaluaciones de los métodos de prevención innovadoras y prometedoras.

### 4.2. Paquete básico de prevención combinada para personas en mayor riesgo<sup>8</sup>

#### Evidencia

Existe evidencia sustancial para demostrar la eficacia de un conjunto básico de intervenciones para poblaciones de alto riesgo para el VIH, incluyendo TS, HSH y usuarios de drogas.

#### Plan para la implementación<sup>8</sup>

Un vínculo fuerte entre los datos de la situación epidemiológica, de comportamiento, aspectos socio-culturales y actividades de prevención se necesita para asegurar que los resultados de los estudios sean la base para la priorización y ejecución de programas de prevención. Tanto los datos cualitativos y cuantitativos son importantes. Los métodos cualitativos deben ser empleados para entender las dinámicas sociales y de comportamiento de la transmisión del VIH, y para diseñar intervenciones. Se debe fortalecer los vínculos entre la información estratégica y la prevención para desarrollar programas basados en datos que caracterizan a las PEMAR.

Basándose en los datos obtenidos se debe diseñar e implementar el conjunto básico de intervenciones adaptadas a las diferentes sub-grupos especialmente vulnerables al VIH.

El paquete de servicios de prevención incluyen: reducción de riesgos, incluyendo la reducción de parejas, consejería, condones, lubricantes, detección y tratamiento del VIH y las ITS y servicios integrales para usuarios de drogas inyectables. Un enfoque integral para la prevención del VIH con PEMAR deber incluir también los vínculos con los servicios de apoyo psico-sociales, servicios jurídicos, de salud, proyectos de fortalecimiento económico, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, planificación familiar y servicios de salud reproductiva; y los servicios apropiados entre otros.

Las PEMAR en ocasiones se involucran en comportamientos que son criminalizados y estigmatizados, creando un entorno social con barreras de acceso a la prevención, atención y servicios de tratamiento. La capacidad de los programas de prevención del VIH para lograr un impacto real y duradero en la prevención de la propagación del VIH en gran medida será determinada por un entorno social más amplio en el que estos servicios se implementan.

Cuando el entorno se ve limitado, la eficacia y el impacto de los servicios son limitados. Sin embargo, cuando el medio ambiente permite que los servicios sean eficaces, el impacto se maximiza. Para la prevención del VIH, un entorno propicio abarca los determinantes sociales, económicos y jurídicos que faciliten el proceso de cambio de comportamiento y fomentar que los PEMAR y PVIH participen en todos los niveles de la respuesta a la epidemia.

El cambio de comportamiento de las conductas de riesgo relacionados con el VIH en las poblaciones de mayor riesgo es crucial para detener la propagación de la epidemia y los resultados de los modelos de prevención combinada implementados indican que pueden y están funcionando.

Las intervenciones de prevención a nivel individual y a nivel de grupos pequeños han demostrado ser efectivas para reducir los comportamientos riesgosos que contribuyen a la transmisión del VIH.

El hacer entrega de estas intervenciones de una forma organizada y hábilmente ejecutada a las poblaciones pertinentes, constituye un componente importante de las estrategias combinadas para la prevención del VIH.

Estas intervenciones pueden incluir, pero no están limitadas a: <sup>22</sup>

- Actividades de divulgación y acercamiento en las comunidades realizadas por pares.
- Actividades de prueba voluntaria y consejería. Promoción de la prueba cada seis meses para las personas en mayor riesgo.
- Programas para cambio de comportamientos en los que se incluye la distribución de condones dirigidos a aquellas personas que practican comportamientos sexuales de alto riesgo y la motivación para la reducción de parejas.
- Evaluación, tratamiento o referencia para el caso de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Referencias a una variedad de servicios para tratamiento por uso de sustancias (alcohol y droga).
- Vinculación con otros servicios de salud, a través de redes de referencia.
- Programas para prevenir comportamientos relativos al consumo de alcohol/drogas que tengan relación con un comportamiento sexual riesgoso y la transmisión del VIH.
- Formación en habilidades vocacionales u otras actividades generadoras de ingresos.

Es posible que sea necesario adaptar los modelos de servicios (por ejemplo, programas de consejería y prueba voluntaria de VIH) desarrollados para una población en general para alcanzar a las poblaciones en más alto riesgo, así como para abordar y satisfacer las necesidades de las mismas.

El modelo de red promueve y apoya los vínculos a servicios de cuidado y tratamiento. Mantener estos vínculos en mente durante la planificación de los programas de cuidado y tratamiento, ayudará a las poblaciones PEMAR.

**Trabajadoras del sexo femeninas (TSF):** un programa de prevención efectivo para las TSF debe:

- Asegurar la participación del grupo meta en el desarrollo, implementación y monitoreo de los programas de prevención.
- Promover el uso consistente y adecuado del condón para alcanzar un uso > al 90% tanto en los clientes como en sus esposos/novios/parejas regulares que no pagan.
- Asegurar la disponibilidad consistente de condones y lubricantes de calidad tanto masculinos como femeninos.

**Hombres que tienen sexo con hombres (HSH):** un programa de prevención efectivo para HSH debe:

- Asegurar la participación de los HSH en el desarrollo, implementación y monitoreo de los programas de prevención.
- Promover el uso consistente y adecuado del condón para alcanzar un uso > al 90% tanto con parejas regulares como ocasionales.
- Asegurar la disponibilidad consistente de condones y lubricantes masculinos de calidad.
- Asegurar la disponibilidad de servicios integrales de salud con especial énfasis en la calidad de la prestación de servicios de PVC e ITS y la vinculación con las unidades de salud para los servicios de cuidado y tratamiento de VIH.

**Población Trans:** un programa efectivo de prevención debe:

- Asegurar la participación de la población Trans en el desarrollo, implementación y monitoreo de los programas de prevención.
- Promover el uso adecuado y consistente de condón y lubricante con compañeros estables y ocasionales.
- Asegurar la disponibilidad consistente de lubricantes y condones masculinos de calidad.
- Asegurar la disponibilidad de servicios de salud integrales con énfasis especial en los servicios de ITS y consejería y prueba voluntaria de calidad y la provisión o existencia de vínculos con servicios de atención y tratamiento para VIH.
- Asegurar la disponibilidad de servicios integrales para la referencia y atención de la población Trans.

## **5. Modalidades educativas aplicadas al proceso de cambios de comportamiento en las PEMAR**

Las intervenciones conductuales para la prevención de la transmisión<sup>8</sup> tratan de promover una serie de objetivos de comportamiento relacionados con la reducción de la transmisión del VIH. Estos objetivos incluyen, entre otros, la abstinencia, la postergación del inicio sexual, la monogamia, la fidelidad y la reducción de parejas.

**Las intervenciones conductuales se dividen en dos grandes categorías:**

- Las intervenciones que buscan minimizar las conductas sexuales de riesgo o aumentar las conductas de protección.
- Las intervenciones de apoyo que buscan optimizar las intervenciones biomédicas mediante la creación de demanda de servicios y mejorar la adherencia y la atención posterior.

## 5.2. Canales de comunicación

- 5.2.1 **Medios de comunicación:** gran parte de la investigación sobre los medios de comunicación se ha centrado en cambios en los indicadores intermedios tales como el conocimiento, la percepción del riesgo, y la autoeficacia. Comentarios de esta investigación por lo general han encontrado efectos pequeños pero positivos en cada uno de estos indicadores. Los estudios relacionados a los medios de comunicación reportaron resultados positivos en el comportamiento, tales como el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, disminución en el número de parejas sexuales, el aumento en el uso de condones, y la utilización de servicios de consejería y prueba de VIH así como de prevención de la transmisión madre a hijo.
- 5.2.2 **Intervenciones a nivel comunitario:** las campañas de movilización comunitaria han demostrado aumentar la captación para la consejería y prueba de VIH en las parejas sero-discordantes y jóvenes. Las actividades específicas, tales como socio-dramas basados en la comunidad han demostrado que aumentan la utilización de la consejería y prueba de VIH así como el condón.

Los programas en medios locales de comunicación han demostrado su impacto en las normas sociales. Si bien su alcance geográfico es a menudo limitado, las actividades comunitarias suelen ofrecer buenos resultados a un bajo costo por beneficiario, aunque la duración de estos efectos es desconocido.

Actividades a escala comunitaria son más eficaces cuando: se centran explícitamente en las normas de la comunidad, desarrollan líderes de opinión con las habilidades y el deseo de difundir ampliamente los mensajes, y facilitar los sistemas de apoyo y de red.

- 5.2.3 **La comunicación interpersonal:** la comunicación interpersonal y la consejería se define como la interacción persona a persona o de grupos pequeños. Una reciente meta-análisis sobre la comunicación interpersonal encontró que la exposición fue significativamente asociado con un mayor conocimiento en el uso del condón. Además de estos resultados, la educación entre pares ha demostrado éxito en el cambio de actitudes de la comunidad. Estudios de costo-efectividad han demostrado que la comunicación interpersonal tiene la capacidad de llegar a poblaciones difíciles de alcanzar de una manera más rentable. Más allá de sus efectos directos sobre el comportamiento, hay un consenso creciente de que las intervenciones de comunicación interpersonal tienen importantes efectos secundarios o indirectos a través de la difusión de mensajes a través de redes sociales.

## 5.3. Enfoque de los mensajes:

- 5.3.1 **Parejas múltiples.** La actividad sexual con más de una pareja juega un papel central en todas las epidemias de VIH. Las intervenciones conductuales que utilizan diversos canales de comunicación han tenido un impacto demostrable en la reducción del número de parejas sexuales en poblaciones numerosas como los HSH, adultos, mujeres y jóvenes.
- 5.3.2 **Edad de iniciación sexual.** Un número de encuestas de población han encontrado una correlación entre el inicio temprano de relaciones sexuales y una mayor prevalencia del VIH entre los jóvenes.

5.3.3 **El consumo de alcohol.** El consumo de alcohol juega un papel fundamental en el comportamiento sexual de riesgo que pueden conducir a la transmisión del VIH. Múltiples estudios han encontrado que las personas que consumen alcohol en situaciones sexuales son más propensas a tener relaciones sexuales sin protección, el sexo casual, y múltiples parejas, que las personas que no consumen alcohol en las relaciones sexuales. El consumo de alcohol está relacionado con un mayor riesgo de ITS y VIH, la violencia de género, y la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, no hay evidencia de que una intervención en particular fiable reduce el consumo de alcohol en entornos de bajos recursos.

#### 5.4. Los cambios de comportamiento

Las diferentes acciones de carácter interpersonal que se implementan, buscan la adquisición y/o el desarrollo de conductas de menor riesgo en las poblaciones meta. En las personas, esto no es tan fácil, ya que se requiere de perseverancia por parte de ellas y mucha consistencia en los mensajes, así como de la planeación adecuada para ir modelando, progresivamente, los comportamientos deseados.

El cambio de comportamiento debe promover la evaluación de los riesgos a nivel personal, un mayor diálogo y un mayor sentido de responsabilidad para favorecer y apoyar conductas saludables y positivas, además facilita y acelera de forma sistemática el cambio en los factores determinantes subyacentes asociados al riesgo, la vulnerabilidad y el impacto del VIH. Permite que las personas aborden las barreras estructurales para responder de forma efectiva, como la desigualdad de género, la violación de los derechos humanos y el estigma relacionado con el VIH.

Tal como se ha expuesto previamente, el nivel de exposición al riesgo frente al VIH como a otras ITS está interrelacionado directamente con conductas concretas que la población asume en el ejercicio de su sexualidad. Así mismo, estas conductas están vinculadas a ciertos factores biológicos y socioeconómicos que tienen influencia sobre las mismas y, por ende, al nivel de exposición al riesgo.

Factores del cambio de comportamiento	Elementos de esos factores	¿Que factores de riesgo de contraer la infección debo modificar? ¿En cuál de los factores de comportamiento?
Oportunidad:	Disponibilidad:	Uso inconsistente de condon
	Normas sociales:	
Habilidad:	Conocimiento:	No uso de lubricante
	Apoyo social:	
	Autoeficacia:	Múltiples parejas
Motivación:	Actitudes:	Desconocimiento de estado serológico propio y de la pareja
	Creencias:	
	Intención:	Otros
	Ubicación del control:	
	Norma subjetiva:	
	Riesgo:	

Con el cambio de comportamiento se pretende que incremente el uso de los condones como forma vital para la prevención de la transmisión del VIH, para tal fin la “distribución de condones” no debe de ser un acto mecánico de “regalar condones”, más bien debe de ser el acto educativo que conlleve a las personas y a las comunidades a conocer las formas de transmisión del VIH y a cambiar las actitudes de riesgo por actitudes responsables iniciando éstas con el uso correcto y consistente del condón.

De igual forma con el cambio de comportamiento se intenta una mayor oferta y realización de consejería y prueba voluntaria del VIH con consejería de calidad y entrega de los resultados de forma oportuna y adecuada, esta acción debe convertirse, en un medio educativo para que las personas conozcan su estado serológico ante el VIH, pero que la acción de la prueba de VIH no termine allí, sino que permita que las personas cambien conductas de riesgo por conductas saludables y positivas, disminuyendo el riesgo y la vulnerabilidad e impactando positivamente en la reducción del VIH.

La disminución de parejas sexuales debe ser un logro importante del cambio de comportamiento de los individuos, pues entre mayor número de parejas sexuales tenga una persona, mayor posibilidad existe de que alguna de las parejas sexuales sea positiva y con ello aumente la posibilidad de adquirir el VIH.

#### **5.4.1. Comportamientos a promover en PEMAR**

- Viven su sexualidad con una alta percepción de riesgo del VIH.
- Practican la fidelidad con su pareja.
- Negocian relaciones sexuales de menor riesgo o ningún riesgo con todas sus parejas sexuales.
- Se abstienen de tener sexo, si no tienen disponible un condón.
- Usan consistente y correctamente el condón.
- Disminuyen el consumo de alcohol y/o drogas que estimulan las prácticas sexuales de riesgo.
- Demandan servicios amigables de salud para la atención de las ITS y la realización de la prueba informada de VIH, acorde a sus particularidades, basados en el respeto a su individualidad y libertad de elección.

#### **5.4.2. Mensajes clave**

Conociendo las características de comportamiento de las poblaciones metas que favorecen los riesgos de transmisión del VIH y tomando en cuenta las conducta o comportamiento deseados es que se deben de identificar los mensajes claves apropiados para cada una de las intervenciones definidas, los objetivos según el grupo poblacional destinatario de los mensajes.

Por lo tanto, lo primero que se debe de definir son los cambios de comportamiento o conductas metas para luego diseñar los mensajes.

A continuación se presentan las diversas modalidades para la transmisión de mensajes que favorezcan cambios de comportamiento que reduzcan la posibilidad de adquirir el VIH.

#### **5.5. Educación de pares**

Por “pares” se entiende las personas que son igual que uno en varios aspectos: edad, sexo, intereses, idioma, uso del tiempo, aspiraciones y quizás el estado seropositivo.

La educación de pares se ha venido aplicando desde los inicios de la epidemia del VIH debido a que es la forma más adecuada para ser escuchadas por las personas y recibir información acerca del HIV/Sida y de esta manera poder influir en la conducta de riesgo que actualmente práctica. (Ejemplo de pares: gay con gay, trans con trans, trabajadora sexual con trabajadora sexual).

Usualmente las personas que brindan información a sus pares no son una “figuras de autoridad”, sin embargo existe una forma de respeto y entendimiento mutuo.

Una persona que desee realizar educación de pares para la prevención del VIH debe de ser alguien respetado, carismático y que pueda comunicarse con la gente.

De esta manera el proceso de educación de pares es percibido por el destinatario de la información, como consejos de una persona similar a el que tiene conocimientos y que al mismo tiempo tiene los mismos problemas y los entiende.

Es muy importante, que el educador de pares sea modelo positivo de comportamiento en su comunidad, lo cual permite incidir en su grupo de influencia de forma exitosa, lo cual incluye el empoderar a las personas al tener la oportunidad de ser parte de actividades que les son importantes porque les afectan y que les brindan información y servicios que son necesarios para proteger su salud.

La educación de pares emplea una serie de modalidades que van desde pláticas informales, dramatizaciones hasta presentaciones audiovisuales y se pueden brindar en diversos lugares como parques, bares, centros de trabajo, escuelas, etc.

### **Importancia de la educación de pares<sup>59</sup>**

La educación de pares es importante para la prevención de VIH y otras ITS y para la promoción de una sexualidad saludable y responsable entre poblaciones clave, por las siguientes razones:

- Aceptación y aprecio. Un par, entiende y siente como otros que forman parte de su grupo y esto les permite conversar de temas que no son tan fáciles de abordar, como es la sexualidad entre gays, las infecciones de transmisión sexual y la violencia homofóbica.
- Mayor acceso, sobre todo el acceso físico cuando se trata de llegar a poblaciones difíciles como las trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas.
- Comunicación. Un educador de pares, conoce la terminología, expresiones y gestos cuando se abordan temas relacionados a la sexualidad.
- Eficaz, porque tiende a promover cambios de comportamientos positivos.
- Naturaleza participativa. Tanto el educador como el beneficiario forman parte de un aprendizaje horizontal.
- Costo efectivo, debido a que este abordaje emplea voluntarios tanto su aplicación como expansión no son costosas.

## **5.6. Modalidades educativas**

Tomando la experiencia de CEPRESI, a continuación se describen cuatro modalidades educativas que son aplicables a la estrategia de prevención combinada.

### **5.6.1. Modalidad interpersonal individual**

#### **Abordaje cara a cara**

##### Ficha técnica

**Modalidad educativa:** Abordaje cara a cara

**Duración:** una hora

**Objetivo de la modalidad educativa:** Propiciar un espacio de retroalimentación a las personas, el cual potencie la identificación de necesidades de información relacionada con las prácticas de riesgo y las saludables, a fin de favorecer cambios de comportamientos orientados a una responsabilidad en sus prácticas sexuales.

#### Consideraciones generales:

Los “abordajes cara a cara” se realizan en un lugar específico, en horarios determinados por la afluencia de población meta, durante los cuales se conversa de manera bilateral.

El “abordaje cara a cara” permite la interacción entre el facilitador y la persona abordada, con la finalidad de crear un espacio para fomentar en la persona la identificación, por medio de la reflexión sobre sus vivencias, de sus necesidades de información sobre sus prácticas de riesgo y saludables, identificando con ello, la vulnerabilidad. A la vez, también es un espacio que busca la iniciación para la responsabilidad en sus prácticas sexuales.

El momento de esta actividad, que podría presentar mayor dificultad, es “romper el hielo” (el hecho de acercarnos a una persona, e intentar iniciar una conversación, es una acción invasiva), por lo cual, se debe iniciar con una breve conversación trivial en la que debemos aprovechar para identificarnos (nombre del facilitador, organización que representa) y dar a conocer el motivo de nuestro acercamiento.

La efectividad en la realización de esta modalidad educativa, que debe ser preparada debidamente, es de suma importancia, ya que es el único espacio que permite alcanzar a un amplio grupo de población meta y trabajar con ellos en un ambiente de privacidad y confianza, por medio de un diálogo, puesto que en ninguna actividad se puede lograr la misma efectividad, con las mínimas condiciones en las que se desarrolla ésta.

#### Orientaciones para el desarrollo:

1. Determinar los objetivos específicos de la actividad (saber exactamente qué perseguimos).
2. Determinar la población meta que será atendida durante la actividad (grupo poblacional y cantidad de personas a abordar).
3. Reconocimiento previo del terreno para verificar las características del lugar, así como el horario en que la población meta se encuentra en la localidad y los posibles riesgos que conlleva el lugar.
4. Preparación de las temáticas a abordar (estudio previo de la información que se utilizará en el abordaje), para que durante el mismo, se pueda responder con claridad y precisión a lo planteado por la persona abordada, evitando las divagaciones y/o el referirse a demasiados temas. Para ello podría estudiar el contenido del Subtema 4 de esta nota técnica. Así mismo, el contenido del folleto integral o plegable que se preparó para la estrategia de prevención combinada.
5. Selección y/o preparación de materiales a utilizar durante el abordaje (condones, lubricantes, trípticos, folleto integral sobre prevención combinada, dildos, etc.).
6. Esta actividad no es una charla (en la que se determinan previamente los temas). Los facilitadores deben tener muy buena capacidad para escuchar y saber identificar las necesidades de información, así como las prácticas de riesgo y saludables de la persona abordada. Se deben enfocar más en lo que la persona abordada está diciendo y en lo que él deberá decir con relación a esto.

#### Situaciones y componentes temáticos:

Durante el momento de escucha con las personas abordadas, la experiencia nos sugiere las siguientes situaciones:

- Identificación de creencias erróneas en los participantes
- Identificación de información sesgada, de acuerdo con las temáticas planteadas
- La no identificación de factores y prácticas de riesgo (falta de percepción de riesgo personal)
- Identificación inapropiada y/o incompleta, respecto a las prácticas saludables en las abordadas

Cuando el facilitador capta algunas de estas situaciones, debe potenciar la capacidad de la persona abordada con relación a identificarlas, aclarando, informando y promocionando la adopción de prácticas saludables desde la responsabilidad en sus prácticas sexuales.

Al utilizar esta modalidad educativa para la estrategia de prevención combinada, los elementos temáticos a trabajar con las personas abordadas son los que aparecen en el folleto integral, los cuales se enumeran a continuación:

1. Uso correcto y consistente del condón y lubricante
2. Consejería y prueba voluntaria del VIH
3. Evaluación de una infección de transmisión sexual (ITS)
4. Evaluación de necesidades de planificación familiar
5. Evaluación de uso de sustancias
6. Grupos de apoyo en la comunidad
7. Referencia y contrarreferencia a otros servicios de salud

## **Orientación personalizada**

Ficha técnica
<p>Modalidad educativa: <u>Orientación personalizada</u>            Duración: <u>45 minutos a 1 hora</u>            Objetivo de la modalidad educativa: Establecer un clima de confianza con la persona orientada, permitiéndole expresar sus emociones y pensamientos en relación con su situación personal en cuanto a su exposición al riesgo ante el VIH y otras ITS, exteriorizando así su problemática.</p>
<p>Consideraciones generales:</p> <p>El enfoque de esta intervención es referir, informar y orientar a la persona, a través de un espacio reflexivo individual.</p> <p>La “orientación personalizada” es una intervención terapéutica que consiste en brindar un servicio de información y referencia específicos para la persona, facilitando a quien hace uso del mismo, exteriorizar ciertos conflictos internos, generalmente provocados por factores externos.</p> <p>Esta actividad nace producto de ciertas necesidades, surgidas en otras modalidades educativas, que por sus características grupales no tienen un momento de privacidad, para que las personas realicen consulta de carácter personal.</p> <p>Por ejemplo, si se está realizando intervención de prevención combinada a un grupo, puede surgir una persona que solicite posteriormente, orientación personalizada, en la que se profundice los temas de prevención combinada.</p> <p>Es una sola sesión, con duración de aproximadamente 45 minutos. En ésta se busca ofrecer posibles alternativas de solución de manera inmediata. La atención puede ser asistida (es decir, el facilitador puede ir en busca de los casos o la persona acude a las instalaciones de las instituciones u organizaciones que brindan ese servicio). Esta atención se debe realizar en un lugar que preste condiciones que favorezcan el ambiente de privacidad, tales como: confianza, calidez, libertad de poder expresar, sin ningún temor, la situación que está viviendo.</p>
<p>Orientaciones para el desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El facilitador debe mostrar empatía, para ubicarse en la situación de la otra persona, “ponerse en sus zapatos”.</li> <li>2. Asegurar el lugar para la realización de esta actividad.</li> <li>3. Sólo se debe atender a una persona a la vez. Se hace excepción en aquellos casos cuando la pareja podría tener la solución.</li> <li>4. No debe extenderse por más de una hora.</li> <li>5. Las personas atendidas deben ser mayores de 15 años.</li> <li>6. No es una sesión psicológica, es un proceso de orientación, referencia e información.</li> </ol>
<p>Componentes temáticos:</p> <p>Al utilizar esta modalidad educativa para la estrategia de prevención combinada, los elementos temáticos a trabajar con las personas abordadas son los que aparecen en el folleto integral, los cuales se enumeran a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso correcto y consistente del condón y lubricante</li> <li>2. Consejería y prueba voluntaria del VIH</li> <li>3. Evaluación de una infección de transmisión sexual (ITS)</li> <li>4. Evaluación de necesidades de planificación familiar</li> <li>5. Evaluación de uso de sustancias</li> <li>6. Grupos de apoyo en la comunidad</li> <li>7. Referencia y contrarreferencia a otros servicios de salud</li> </ol>

## 5.6.2. Modalidades educativas interpersonales grupales

### **Aprendiendo a vivir**

Ficha técnica
<p>Modalidad educativa: <u>Aprendiendo a vivir</u></p> <p>Duración: <u>1 hora</u></p> <p>Objetivo de la modalidad educativa: Desarrollar la percepción sobre riesgo personal frente al VIH y otras ITS, a fin de incidir en los cambios de comportamientos.</p>
<p>Consideraciones generales:</p> <p>La actividad referida a “aprendiendo a vivir”, persigue la interiorización y la reflexión, tanto individual como colectiva, orientada a que los participantes identifiquen las conductas que los exponen al riesgo de contraer una ITS incluyendo el VIH, tratando de identificar los factores conductuales que exponen a las personas a situaciones de riesgo.</p> <p>Esta actividad se desarrolla mediante el trabajo grupal, con un número mínimo de 8, y un máximo de 10 participantes. El lugar donde se desarrolle deberá tener las condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y privacidad, dado la naturaleza de los temas a abordar.</p>
<p>Orientaciones para el desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se inicia la actividad realizando un sondeo de los conocimientos previos que los participantes tienen respecto a las temáticas planteadas, mediante “lluvia de ideas”, las cuales se anotan en un papelógrafo. Seguidamente, se procede a aclarar dudas y desmitificar creencias erróneas sobre el tema.</li> <li>2. En un momento de preguntas y respuestas, se inicia un proceso de reflexión grupal, tratando de que los participantes identifiquen, en sus vivencias de la sexualidad, qué conductas los han expuesto al riesgo de contraer una ITS, incluyendo el VIH.</li> </ol> <p>Las preguntas pueden ser, por ejemplo, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Están las personas expuestas al contagio de una ITS incluyendo el VIH y de qué manera?</li> <li>b. ¿Cómo viven su sexualidad las personas?</li> <li>c. ¿Afecta nuestra salud y la de nuestras parejas la forma como vivimos la sexualidad?</li> <li>d. ¿Tiene consecuencias para la vida y la salud de las personas la violencia?</li> <li>e. ¿Necesitamos los hombres y mujeres mejorar en nuestras relaciones familiares?</li> <li>f. ¿Cómo podemos mejorar nuestra convivencia con nuestra pareja y nuestra familia?</li> <li>g. ¿De qué manera y por qué un hombre o una mujer decide utilizar un condón?</li> <li>h. ¿Cómo podemos negociar el uso del condón en las relaciones sexuales con nuestra pareja?</li> <li>i. ¿De qué manera podemos vivir una sexualidad plena y responsable?</li> <li>j. ¿Qué medidas podemos tomar para el auto cuidado en nuestras relaciones sexuales?</li> <li>k. ¿En qué momento podemos tomar la decisión de realizarnos la prueba del VIH voluntaria?</li> <li>l. ¿Qué beneficios obtenemos al tomar la decisión de realizarnos la prueba de VIH voluntaria?</li> <li>m. ¿En algún momento nos hemos sentido discriminados por alguien o por algún grupo de personas?</li> <li>n. ¿Cómo nos sentiríamos si alguien nos discriminara?</li> <li>o. ¿Qué cambios debe haber en nuestra forma de pensar, para evitar discriminar a las personas?</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Se cierra la actividad haciendo una reflexión final, consolidando las respuestas expresadas por el grupo en el proceso de reflexión colectiva, creando un concepto o una frase que englobe un aspecto propositivo y de orientación hacia el cambio de nuestra actitud, lo cual nos permita una nueva visión de la forma de ser y vivir en nuestras relaciones con la familia, las amistades y la pareja, así como en la necesidad de practicar una sexualidad responsable.</li> <li>4. Recursos necesarios para la implementación: condones, lubricantes, dildo, papelógrafos, marcadores, folleto integrado para prevención combinada.</li> </ol>

## Componentes temáticos:

Al utilizar esta modalidad educativa para la estrategia de prevención combinada, los elementos temáticos a trabajar con las personas abordadas son los que aparecen en el folleto integral, los cuales se enumeran a continuación:

1. Uso correcto y consistente del condón y lubricante
2. Consejería y prueba voluntaria del VIH
3. Evaluación de una infección de transmisión sexual (ITS)
4. Evaluación de necesidades de planificación familiar
5. Evaluación de uso de sustancias
6. Grupos de apoyo en la comunidad
7. Referencia y contrarreferencia a otros servicios de salud

### Charlas de efecto multiplicador

#### Ficha técnica

Modalidad educativa: Charlas de efecto multiplicador

Duración: 45 minutos

Objetivo de la modalidad educativa: Brindar información sobre temáticas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, prevención combinada del VIH, mediante interacción directa con las personas, en una charla de reflexión.

#### Consideraciones generales:

Esta actividad permite conocer, de forma general, cuál es el nivel de manejo y dominio de los temas de sexualidad y de salud sexual y reproductiva, prevención combinada del VIH y, además, entusiasmarlos para que continúen profundizando en dichos temas, mediante otras sesiones de reflexión que se podrían programar, con la debida anticipación.

Dependiendo del interés mostrado por el grupo, así como por la efectiva apertura de la institución o empresa, se podrían programar varias sesiones de reflexión, sobre los temas que se considere deben ser tratados, para responder a necesidades del grupo. Igualmente se podría elaborar un cronograma más amplio que permita ir tratando los temas semana a semana.

Una vez acordado con la institución o empresa o con el grupo, la realización de estas sesiones de reflexión, el promotor se debe presentar al lugar y desarrollar el tema, conforme la programación elaborada. Para sacar el máximo provecho a estas charlas de efecto multiplicador, el promotor debe prepararse leyendo información básica sobre los temas de la estrategia de prevención combinada.

#### Orientaciones para el desarrollo:

1. Sondeo para indagar qué opina o ya conoce el grupo sobre el tema a tratar, a fin de poder adecuar la charla a ese nivel.
2. Presentación de información básica, actualizada y accesible, para que facilite la adquisición de nuevos aprendizajes.
3. Trabajo en grupos, para desarrollar el pensamiento lógico y la construcción social del conocimiento, a través de la reflexión colectiva.
4. Socialización, en plenario, de las opiniones de los grupos para aclaración, ampliación o profundización de lo expuesto, por parte del promotor o facilitador.
5. Aplicación o proyección del nuevo aprendizaje, por parte de cada participante, en su ámbito personal, escolar o comunitario, a través de una tarea o compromiso personal y privado que se proponga.

**Componentes temáticos:**

Al utilizar esta modalidad educativa para la estrategia de prevención combinada, los elementos temáticos a trabajar con las personas abordadas son los que aparecen en el folleto integral, los cuales se enumeran a continuación:

1. Uso correcto y consistente del condón y lubricante
2. Consejería y prueba voluntaria del VIH
3. Evaluación de una infección de transmisión sexual (ITS)
4. Evaluación de necesidades de planificación familiar
5. Evaluación de uso de sustancias
6. Grupos de apoyo en la comunidad
7. Referencia y contra referencia a otros servicios de salud

## **6. Información básica sobre las temáticas a abordar en la estrategia de prevención combinada.**

A continuación se presenta la información básica para la implementación de los contenidos de la estrategia de prevención combinada.

### **6.1. Intervenciones estructurales para la prevención de la transmisión sexual del VIH**

#### **Estas actividades tienden a caer en cinco categorías generales.**

##### **6.1.1. La reforma legal y la política**

A fin de garantizar un acceso equitativo a los servicios de prevención y tratamiento para todas las personas y proteger a las personas afectadas por el VIH/Sida, los países deben tener leyes y políticas sólidas sobre el VIH.

La reforma jurídica y política que apoya la prevención del VIH, la atención y el tratamiento con PEMAR es especialmente crítica.

##### **6.1.2. Reducir el estigma y la discriminación contra las PEMAR y PVIH**

El estigma y la discriminación, tanto contra las PVIH y las PEMAR son barreras significativas a la creciente demanda y el acceso a los servicios, por lo que se deben de hacer los esfuerzos necesarios para superar este obstáculo. Al igual que la desigualdad de género, el estigma y la discriminación son cuestiones transversales que pueden limitar la eficacia de todos los programas de prevención del VIH. Programas de reducción de estigma y discriminación ayudan a crear un espacio seguro para que las interacciones entre pares que sirven como un mecanismo de referencia para el continuo de la respuesta al VIH hacia otros servicios de salud.

##### **6.1.3. La desigualdad de género y violencia basada en género (VBG)**

La desigualdad de género y la violencia basada en género contribuyen a través de múltiples vías para la transmisión de VIH. La desigualdad de género es un tema transversal: todos los programas de prevención del PEPFAR debe tener la dinámica de género en cuenta a fin de ser eficaz.

##### **6.1.4. Empoderamiento económico y otros enfoques multisectoriales**

Si bien la relación entre los ingresos y el riesgo de VIH es complejo y no lineal, siempre, hay pruebas sustanciales de que la inseguridad económica es a menudo un factor decisivo en la conformación de conductas de riesgo.

### **6.1.5. Educación**

ONUSIDA estimó en 2008 que en 17 países de América Latina y cuatro africanos, niñas mejor educadas tendían a retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

## **6.2. Intervenciones biomédicas**

Estas intervenciones son las que actúan directamente sobre los sistemas biológicos a través de los cuales el virus infecta a un nuevo huésped.

### **6.2.1. Uso correcto y consistente del condón**

#### **Evidencia**

**Condón masculino de látex** . Cuando se usan sistemática y correctamente, los condones masculinos son altamente efectivos en la prevención de la transmisión sexual y el contagio del VIH y otras ITS . El aumentar la disponibilidad de condones, accesibilidad y aceptabilidad en el uso por parte de las PEMAR ha demostrado un nivel de uso importante.

En las relaciones entre heterosexuales serodiscordantes en las que se utiliza el condón de forma constante, la pareja VIH negativa tiene un 80% menos de probabilidades de infectarse con respecto a personas en relaciones similares en las que los condones no eran usados.

El uso correcto y constante del condón reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH de hombres a las mujeres y también de mujeres hacia los hombres.

Los estudios muestran que los condones pueden reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual incluyendo la clamidia, la gonorrea y tricomoniasis. El uso de condones también parece reducir el riesgo de enfermedades asociadas al Virus del Papiloma Humano (por ejemplo, verrugas genitales y cáncer de cuello uterino.)

El fracaso de los condones masculinos para protegerse contra el VIH, la transmisión de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados generalmente resulta del uso incorrecto o inconsistente.

#### **Plan de implementación<sup>8</sup>**

Los condones son una parte integral y esencial de la prevención integral y la promoción de su uso debe ser acelerado. Los programas de prevención, tratamiento y atención deben tratar de asegurar que los condones de buena calidad son accesibles a quienes los necesitan, cuando los necesitan, y que las personas tienen el conocimiento y las habilidades para usarlos correctamente.

Los condones deben estar fácilmente disponibles tan ampliamente como sea posible, ya sea gratis o a bajo costo, y fomentarse de un modo que ayuden a superar los obstáculos sociales y personales para su uso. Promoción eficaz del condón no sólo la población en general, sino también las personas con mayor riesgo de exposición al VIH, especialmente las mujeres, trabajadoras sexuales y sus clientes, usuarios de drogas, y hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH)

Múltiples canales se pueden implementar para garantizar que todas las personas reciban información precisa y adecuada culturalmente. Educación sobre el VIH y la promoción del condón deben abordar los desafíos de la complejidad de género y los factores culturales, asegurando que las cuestiones de género no sean una barrera para

la información y el acceso a los condones. En muchos contextos sociales, las mujeres no tienen el poder de negociar el uso del condón, y los hombres son resistentes al uso de condones. Esta falta de poder debe ser reconocida en el diseño de programas de promoción del condón.

El incremento del acceso a la terapia antirretroviral (TAR), crea la necesidad y la oportunidad para la promoción del condón. El éxito de la terapia antirretroviral para reducir las enfermedades y prolongar la vida ha demostrado que puede alterar la percepción del riesgo asociado con el VIH. Con una buena adherencia, la TAR puede reducir significativamente el contagio, pero persiste cierto riesgo de transmisión, sobre todo si la supresión de la carga viral no se ha logrado plenamente. La promoción del uso correcto del condón y sistemático dentro de los programas de tratamiento, de salud reproductiva y planificación familiar es esencial para reducir el riesgo adicional de transmisión.

Las relaciones sexuales sin protección exponen a las personas a embarazos no deseados o no planeados y a la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida. Es por ello que la promoción del uso del condón masculino es una de las intervenciones cruciales en los programas de prevención de VIH/Sida.

En el caso de las personas con VIH, el sexo seguro previene que puedan sufrir una reinfección, es decir, adquirir nuevos virus con características diferentes que deterioran aún más la salud y crean resistencia a los medicamentos antirretrovirales y, por lo tanto se desarrollan infecciones oportunistas.

Tener sexo seguro tiene un enorme significado en la relación de pareja ya que significa que nos importa su salud y si se es portador del virus se evita la transmisión del virus a la pareja.

### **Principios generales del sexo seguro**

Sexo seguro es toda actividad sexual en la que se ponen barreras para que el semen, la sangre o los fluidos vaginales de una persona, no entren en el cuerpo de otra persona.

El virus del VIH puede entrar al torrente sanguíneo por: el ano y el recto, la vagina, el pene, la boca y los ojos. Estas partes deben ser protegidas del contacto con los fluidos infectados por el VIH o alguna ITS.

Cada vez que una persona tiene una actividad sexual está decidiendo de forma consciente o inconsciente, el nivel de riesgo con el que se siente cómoda en ese momento. El sexo seguro se consigue mediante el uso correcto y siempre con condones de látex, que actúan como barreras entre los fluidos infectados y las membranas mucosas o heridas abiertas.

¿Por qué practicar el sexo con protección?

El condón es un método preventivo ya que reduce significativamente la posibilidad de adquirir una ITS o el VIH.

A continuación se describen algunas razones por las que puede decidirse a practicar el sexo de forma más segura:

Dos personas que, siendo VIH negativas y habiendo practicado siempre el sexo con protección, no quieren perder el hábito de protegerse.

Dos personas que, siendo VIH negativas, desean evitar el conflicto de lidiar con el tema de la confianza entre ellos.

Dos personas que, siendo VIH negativas, deciden continuar practicando el sexo con protección por seis meses, antes de volver a tomarse la prueba de VIH, en su preparación para concebir un hijo.

Dos personas que, siendo VIH positivas, quieren evitar la re-infección con el virus o transmitir una cepa de VIH resistente a los fármacos.

## Razones para usar un condón

- Previenen significativamente el embarazo y las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Puede utilizarse conjuntamente con todos los demás métodos anticonceptivos (salvo el condón femenino), para una prevención eficaz de embarazos y para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
- Los condones no tienen ninguno de los efectos médicos secundarios o reacciones adversas.
- No necesita una receta médica.
- Fáciles de usar.
- Son económicos y de fácil disponibilidad.
- Pueden ayudar a reducir la eyaculación precoz.
- Pueden ayudar al hombre a mantener la erección por más tiempo.
- Pueden colocarse como parte de los juegos sexuales.

## Consejos para sentir confianza

- Siempre tenga disponible condones, es decir, debe de estar preparado en caso se presente la posibilidad de tener relaciones sexuales.
- El comprar o solicitar condones, demuestra que se es responsable con su salud y la de su pareja.
- Hable con su pareja acerca de usar un condón antes de tener sexo, esto promueve la comunicación y la confianza. "Si siente que los condones interrumpen la pasión entonces pruebe con introducir los condones en su relación sexual. Puede resultar realmente erótico si la pareja ayuda a colocarlo o si lo hacen juntos."

## Uso correcto del condón

- Verificar la fecha de caducidad o expiración sobre el empaque y no usarlo si esta fecha ya pasó. Buscar otro.
- Asegurar que el empaque esté sellado y que no ha sido dañado. Para hacerlo, basta presionar el empaque y sentir que hay aire adentro.
- Abrir el empaque con la yema de los dedos y retirar el condón. No usar ni tijeras ni los dientes, ya que podrían dañar el condón.
- Al poner el condón sobre el pene, asegurar que deja un espacio extra sin aire en la punta, en donde se depositará el semen.
- No usar vaselina, cremas cosméticas o aceites porque pueden dañar el condón. Usar únicamente lubricantes a base de agua.
- Después de terminar (eyacular) sujetar el anillo del condón sobre la base del pene cuando todavía se encuentra erecto, y retirarlo, cuidando de que no gotee, para depositarlo en la basura.

### **Uso consistente del condón**

Esto conlleva que se debe usar en cada relación sexual que se tenga, sin excepción alguna; sea para el sexo oral, vaginal o anal, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración.

El uso correcto y consistente del condón en toda relación sexual, inclusive con tu pareja estable, disminuye significativamente el riesgo de una infección de transmisión sexual y de VIH.<sup>11</sup>

### **Uso de lubricantes a base de agua adicional al uso del condón**

El propósito del uso de lubricantes a base agua es facilitar la penetración del pene en las relaciones vaginales y anales. Además, el lubricante previene la rotura de condón si se penetra en áreas donde no hay suficiente humedad.

Otra ventaja de usar lubricantes a base de agua es que cuando hay falta de humedad la relación sexual se vuelve dolorosa y desagradable. Es fácil de limpiarse después de la actividad sexual, no manchan las sábanas. No se deben de usar en la regadera o tinas de baño porque se disuelven.

El lubricante se aplica sobre el condón y también en la vagina o el ano.

Su uso en penetración anal es importante debido a que el recto no tiene la capacidad de segregar una lubricación natural por lo que puede sufrir el ano rasgadores que pueden facilitar la penetración del virus del VIH,

Es importante tener presente que si se va a realizar una penetración vaginal después de una penetración anal, se debe de cambiar de condón y aplicar lubricante limpio antes de la penetración, esto evita el contacto con bacterias propias de esa zona.

No se debe de utilizar lubricantes a base de aceites, petróleo, cremas cosméticas porque estos pueden romper el condón.

## **6.2.2. Consejería y prueba voluntaria del VIH**

La integración de la consejería y la prueba de VIH, el conocimiento del estado serológico del VIH, y la vinculación con otros servicios son fundamentales para el acceso a intervenciones de prevención efectivas, para aquellos que tienen una prueba con resultado negativo, y al tratamiento del VIH y otros servicios específicos para las PVIH. En particular, el servicio de consejería y la prueba de VIH permiten la identificación de las PVIH, que a su vez puede permitir el proteger a sus parejas VIH negativas .

Para las PVIH, los servicios de consejería y prueba de VIH son un punto crítico de entrada para acceder a servicios de prevención, atención y tratamiento, así como otros servicios de salud, incluyendo detección de la tuberculosis y la planificación familiar. También puede ayudar en la identificación de parejas serodiscordantes.

Mejorar de forma continua la calidad de los servicios de consejería y prueba de VIH puede contribuir a la reducción de conductas de riesgo entre estas poblaciones específicas.

### **Prueba del VIH**

La prueba voluntaria del VIH es un examen de sangre que se realiza en las unidades de salud o en centros alternativos, para conocer si la persona tiene o no VIH.

En Nicaragua, la realización de esta prueba está sujeta a lo que se describe en la Ley 820: “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida para su prevención y atención”; la cual contempla que esta prueba es voluntaria, estrictamente confidencial por lo que se debe utilizar códigos para referir las muestras al laboratorio. (cap. III, arto.10) .

Si el resultado de la prueba es positivo, significa que el virus de inmunodeficiencia humana circula en la sangre y puedes transmitir este virus a otras personas. Para confirmarlo, se debe realizar otra prueba. Conociendo si se tiene VIH, se puede prevenir la posibilidad de infectar a la pareja usando un condón durante las relaciones sexuales.

La pareja también se debe realizar la prueba, sobre todo si su estado serológico es positivo. Si la prueba resulta positiva, no significa que se va a morir, pues para el VIH existe tratamiento que se debe iniciar tempranamente para que tengan buena calidad de vida.

Es importante que se solicite consejería antes y después de la prueba y que entreguen el resultado. Se recomienda promover la realización de la prueba cada seis meses para las personas en mayor riesgo.

#### Consejería antes y después de la prueba del VIH

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la consejería es una metodología de prevención y apoyo para el VIH y sida. Es considerada como una relación confidencial, de aceptación, en la que un consejero utiliza sus conocimientos y competencias, para ayudar a los usuarios a enfrentar situaciones, que abordarían menos adecuadamente sin su ayuda.

Las pautas establecidas para la consejería por la OMS, establecidas en 1989 tienen 3 propósitos:

1. Ayudar a las personas a cambiar los patrones de conducta que les conducen a una situación de riesgo y, por consiguiente, impedir su infección por el VIH.
2. Motivar a las personas infectadas por el VIH a cambiar los patrones de conducta que pueden perjudicar a otras, y contribuyan a difundir la infección.
3. Apoyar a las personas infectadas por el VIH a enfrentar las consecuencias emocionales y sociales de la infección

#### Características de la consejería con calidad en VIH

La consejería, depende de factores culturales, de la disponibilidad de recursos, de las necesidades propias de quien la recibe, además, de los conceptos que la persona que brinda la consejería tenga sobre el tema que está abordando. Sin embargo, hay ciertas características comunes que ayudan a desarrollar una mejor labor. Siendo éstas:

##### 1. Disponibilidad de tiempo:

La persona que recibe la consejería debe tener el tiempo suficiente para que exponga sus expectativas e inquietudes, lo cual facilita un ambiente de confianza entre consejero y usuario. Por ser este un tema altamente complejo, una sola sesión no es suficiente para que la persona adopte los cambios de comportamiento discutidos.

##### 2. Actitud positiva:

Es importante que el consejero mantenga una actitud positiva para que las personas que lo consultan se sientan realmente apoyadas y aceptadas, cualquiera que sea su estilo de vida, orientación sexual o clase social. El consejero no debe emitir juicios basados en sus propias creencias o sentimientos.

3. **Honestidad:**  
La información que se brinde ha de ser coherente y exacta. Esto significa que el consejero debe conocer todos los aspectos de la infección y además tener claras sus limitaciones para hacer la referencia específica según sea el caso.
4. **Confidencialidad:**  
Este es un principio que se debe garantizar para que las personas puedan expresarse sin temores ni desconfianza.
5. **Terminología a utilizar:**  
Es de suma importancia que el consejero conozca y utilice la terminología que usa la persona, lo cual permita el entendimiento de la información que se está compartiendo. De lo contrario, no se logrará ganar la confianza de la persona y no se logrará el cambio de comportamiento sugerido.

### 6.2.3. Tipos de consejería para la prueba del VIH

- **Consejería antes de la realización de la prueba del VIH (consejería pre prueba):**

La consejería pre prueba es la información y el proceso educativo que se brinda antes que la persona decida realizarse las pruebas diagnósticas para el VIH. Puede hacerse en forma individual o en sesiones grupales. Es el momento para poder explicar en qué consiste la prueba, por qué realizarla, enfatizando la importancia y beneficios de que la persona conozca su estado serológico.

Es necesario contar con el consentimiento informado del usuario para poder realizar el examen diagnóstico para VIH y para ello la persona debe estar informada y tomar libremente la decisión de realizársela o no. Recordar que este examen es voluntario.

Se debe entonces:

- Identificar el motivo del examen.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del mismo.
- Intercambiar con el usuario informaciones sobre el significado de los resultados del examen.
- Reforzar la diferencia entre VIH y Sida, sus formas de transmisión, prevención, tratamiento.
- Identificar las dificultades para la adopción de prácticas más seguras (por ejemplo, no saber usar el condón o tener dificultades en la negociación del uso del mismo con la pareja).
- Enfatizar que la presencia de otras ITS multiplica el riesgo de infección por VIH.
- Considerar con los usuarios el impacto en su vida, por los posibles resultados del examen.
- Evaluar el sostén emocional y social disponible de los usuarios (familia, pareja amigos, compañeros).
- Reforzar la necesidad de adopción de prácticas seguras frente al VIH en el período de espera del resultado.

- **Consejería después de la realización de la prueba del VIH (consejería post prueba):**

Esta consejería siempre debe llevarse a cabo atendiendo a la situación personal y en forma individual. Es la información y el proceso educativo que se brinda una vez que la persona se ha realizado las pruebas diagnósticas y se tiene los resultados del examen.

Existen tres modalidades de resultados post prueba: resultado negativo o no reactivo, resultado positivo o reactivo y resultado indeterminado.

**Frente al resultado negativo:**

- Informar que un resultado es negativo significa que la persona no ha estado en contacto con el virus, no ha sido infectada con el VIH. También puede significar que se encuentre en el período ventana, por lo tanto puede estar infectada recientemente y todavía no ha producido los anticuerpos necesarios para que se detecten en el test. Si existe la sospecha de que esto ocurra, deberá repetirse el examen a los 30 días.
- No significa que sea inmune al virus.
- El proporcionar un resultado negativo es importantísimo, ya que es el momento de reforzar las prácticas seguras ya adoptadas como los beneficios del uso correcto del preservativo/condón y del uso exclusivo de equipamientos para consumo de drogas. También es la oportunidad para invitar a realizar preguntas, reiterar la información y explorar estrategias de un plan individualizado de gestión de riesgos en especial con las mujeres en su relación con su pareja y las posibilidades de negociar el uso correcto del condón.

**Frente a un resultado indeterminado:**

- Recordar que un resultado indeterminado significa que se debe realizar una nueva extracción de sangre, dejando pasar unos 30 días luego de esa primera extracción.
- Recordar la adopción de prácticas seguras para reducir los riesgos de infección por VIH y otras ITS.
- Brindar durante este período de espera de un nuevo resultado un apoyo emocional que permita contener a los usuarios.

**Frente al resultado positivo:**

Informar sobre un resultado positivo significa:

- La persona tiene anticuerpos contra el VIH, adquirió el virus.
- Aunque no tenga síntomas sí puede transmitir el virus.
- No significa que tenga Sida.

Es necesario:

- Recordar que el anuncio de un resultado positivo es una información dolorosa, difícil de aceptar. Hay que permitir el tiempo necesario para que los usuarios asimilen el impacto del diagnóstico y puedan expresar sus sentimientos.
- Brindar sostén emocional y desmitificar sentimientos que asocian la condición VIH/Sida a culpa, punición, rechazo y muerte.
- Establecer las medidas necesarias en aquellas personas que por su reacción puedan poner en riesgo su vida o la de otros.

- Reforzar la importancia de los controles médicos resaltando que la infección es tratable. Con los tratamientos antirretrovirales al día de hoy puede ser considerada como una infección crónica.
- Fortalecer la adopción de prácticas seguras para la reducción de riesgos de reinfección por VIH y otras ITS. El no usar preservativos durante la relación sexual no sólo genera el riesgo de infectar o re infectar a su pareja sexual, sino que también representa una posibilidad de re infectarse por VIH. Ello implica que una nueva cantidad de virus y/o un virus de diferente subtipo ingresen al organismo, agravando la evolución de la infección.
- Plantear también la realización de estudios que descarten posibles infecciones concomitantes como por ejemplo virus hepatitis B (VHB), C (VHC), Tuberculosis (TB) o Sífilis.
- Resaltar la necesidad de que el resultado sea comunicado a las parejas, ofreciendo ayuda, si es necesaria, y orientar en relación a la necesidad de que realicen el examen de diagnóstico para VIH.
- Definir con los usuarios los servicios de asistencia y grupos comunitarios de apoyo.

#### **6.2.4. Evaluación de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)**

Las ITS son infecciones que se adquieren cuando las relaciones sexuales se realizan sin la debida protección.

##### **Evidencia**

Los estudios han demostrado que las ITS, incluyendo aquellas que son asintomáticas, aumentan la susceptibilidad a la infección por VIH de dos a cinco veces por varias razones, incluyendo el daño directo a la mucosa a través de ulceración que facilita la infección, y a través de los procesos inflamatorios que aumentan la proliferación de las células del sistema inmune que también son objetivo del VIH. Las ITS también dan lugar a una mayor carga viral en las secreciones genitales de personas VIH positivos, lo que aumenta la posibilidad de infectar a su pareja sexual. Las ITS son marcadores biológicos para comportamientos sexuales de riesgo que aumentan la susceptibilidad al contagio del VIH a través de las úlceras genitales.

Orientación de la prevención del VIH y las pruebas a las poblaciones con enfermedades de transmisión sexual, sigue siendo clave, especialmente en que muchos pueden estar coinfectados con el VIH y enfermedades de transmisión sexual, y por lo tanto, un mayor riesgo de transmitir el VIH. Hay un importante potencial de co-beneficios y sinergias en el tratamiento de las ITS en los que están co-infectados con el VIH incluyendo: retrasar la progresión del VIH, la garantía de una óptima atención del VIH, incluyendo las infecciones oportunistas, y proporcionar un punto de entrada para otros, la prevención y atención del VIH.

##### **Plan de implementación<sup>8</sup>**

Los pacientes en las clínicas de ITS es probable que hayan participado en comportamientos de alto riesgo que los exponen al riesgo de infección por VIH. Las altas cargas virales asociadas con la infección aguda, junto con el comportamiento de alto riesgo de los pacientes en las clínicas de tratamiento de las ITS, hacen de esta población de alta prioridad para los mensajes de prevención del VIH y servicios, incluyendo consejería y prueba de VIH y orientación para reducir el riesgo. Proporcionar consejería y prueba de VIH como parte de los servicios de rutina que se ofrecen a los pacientes en las clínicas de tratamiento de las ITS, también puede identificar a los pacientes co-infectados con VIH.

### En las epidemias concentradas el enfoque de la población meta debe ser:

- PEMAR.
- Personas que presentan ITS sintomática (en especial la enfermedad de úlcera genital y secreción uretral).
- Las personas VIH positivas con comportamientos de alto riesgo (sintomáticos y asintomáticos de infecciones de transmisión sexual).
- Adolescentes sexualmente activos y las poblaciones desplazadas o móviles sexualmente activas.

### Signos y síntomas de alarma que sugieren la presencia de alguna ITS

En el boletín de prensa de la OMS de agosto de 2011, se reporta que la mayoría de las ITS son asintomáticas y se pone como ejemplo que hasta un 70% de las mujeres y una proporción importante de hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma.

A continuación se listan algunos síntomas que sugieren una ITS:

- Enrojecimiento, dolor y molestia en la zona genital
- Dolor o ardor al orinar
- Secreciones anormales a través del pene o vulva
- Dolor abdominal durante el coito
- Una llaga o bulto, verruga o salpullido en la zona genital o cerca del ano o boca
- Comezón excesiva en la zona genital

Acciones cuando se tiene una infección de transmisión sexual

- Trasladarse a la unidad de salud más cercana al domicilio para pasar de forma inmediata a consulta médica.
- No auto medicarse y aplicar correctamente el tratamiento indicado, aunque los síntomas desaparezcan eso no quiere decir que ya ha curado.
- Evitar las relaciones sexuales hasta que se haya curado.
- Informar a la pareja sexual para que asista a la consulta médica y que pueda recibir el tratamiento médico.

## 7. Principales infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Herpes genital

Aunque no se cura, pueden desaparecer los síntomas si se recibe tratamiento y se siguen las indicaciones del médico.

#### Síntomas:

- Enrojecimiento con grupos de ampollas picantes o dolorosas en la vagina, el cérvix, el pene, el ano, las nalgas u otra parte del cuerpo.
- Las ampollas se abren y dejan ulceraciones. La primera erupción puede causar dolor y molestia en el área infectada, picazón, ardor al orinar, glándulas hinchadas en la ingle, fiebre, dolor de cabeza y sensación de cansancio.

#### Sífilis

En su primera etapa se presenta como una llaga o inflamación de color rosado (chancro) que desaparece en algunas semanas. Se debe acudir al médico lo antes posible para recibir tratamiento, de lo contrario empeoraría y pasaría a otro estado clínico más grave.

**Clamidia**

Es una bacteria que se transmite durante la relación sexual sin protección.

Síntomas comunes:

- Secreción del pene o de la vagina
- Dolor o ardor al orinar
- Dolor en la vagina durante la penetración
- Sangrado entre las reglas o la relación sexual
- Dolor abdominal
- Náusea o fiebre
- Hinchazón o dolor en los testículos

**Gonorrea**

Es una bacteria que causa esterilidad, artritis y problemas cardiacos.

Síntomas en las mujeres:

- Orina con ardor
  - Regla irregular
  - Dolor en la pelvis o en el abdomen
  - Dolor durante la penetración
  - Flujo vaginal amarillo o verdoso
  - Hinchazón o sensibilidad en la vagina
- Dolores musculares Síntomas en los hombres:
- Flujo purulento del canal urinario
  - Dolor al orinar

**Gonorrea**

Es una bacteria que causa esterilidad, artritis y problemas cardiacos.

Síntomas en las mujeres:

- Orina con ardor
  - Regla irregular
  - Dolor en la pelvis o en el abdomen
  - Dolor durante la penetración
  - Flujo vaginal amarillo o verdoso
  - Hinchazón o sensibilidad en la vagina
- Dolores musculares Síntomas en los hombres:
- Flujo purulento del canal urinario
  - Dolor al orinar

**Verruga genital**

Se localizan generalmente en los órganos sexuales y el ano. Las verrugas son lesiones que no desaparecen solas, pueden aumentar de tamaño si no se tratan a tiempo.

Ante la aparición de cualquiera de estos signos y síntomas, acudir de forma inmediata a la unidad de salud más cercana para ser examinado.

**7.1. Planificación familiar**

Importancia de la planificación familiar

La planificación familiar supone mucho más que un derecho humano referente a una decisión personal y es un paso importante en la lucha contra la pobreza y la reducción de la mortalidad materna e infantil.

La planificación familiar es una estrategia de salud pública que no persigue el control de natalidad, sino que ayuda a las parejas a organizar su vida reproductiva, para que exista un adecuado período entre los embarazos; constituye el pilar preventivo para alcanzar una maternidad segura y es considerada “una medida de bienestar familiar y de desarrollo socioeconómico sostenible.”

La Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.”

Este derecho a recibir servicios de planificación familiar debe ser “con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales; recibiendo para ello la información y los medios para concretar estos planes, a fin de obtener una mejor calidad de salud sexual y reproductiva.”

Los servicios de planificación familiar, incluyen la consejería sobre métodos contraceptivos o embarazos más seguros a todas las mujeres VIH positivas y sus parejas como parte de un servicio de cuidado de rutina, con el fin de disminuir los embarazos no deseados y prevenir la transmisión materno-infantil.

Es importante apoyar a la persona con información para que pueda elegir voluntariamente un método para planificar la familia.

La OMS establece los siguientes principios de un programa de promoción para la planificación familiar siendo estos:

1. La usuaria es quien toma las decisiones.
2. El proveedor ayuda a la usuaria a que considere y tome las decisiones que mejor se ajusten a sus necesidades.
3. Los deseos de la usuaria se respetan siempre que sea posible.
4. El proveedor responde a todo lo que la usuaria dice, pregunta y necesita.
5. El proveedor escucha a la usuaria para saber qué hacer a continuación.

Las mujeres con VIH o Sida pueden utilizar la mayoría de los métodos, incluso si están en tratamiento . Uno de los medicamentos utilizados con frecuencia en personas con VIH es la Rifampicina (usada para el tratamiento de la tuberculosis) reduce la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Otros antibióticos no tienen este problema. En la unidad de salud donde le atienden le brindaran consejería sobre el método anticonceptivo adecuado a su necesidad.

La OMS reporta en el documento antes citado que algunos antirretrovirales podrían reducir la efectividad de los métodos hormonales. Esto no se sabe a ciencia cierta y para compensar cualquier disminución en la efectividad de los anticonceptivos, se debe hacer uso correcto del método recomendado y del condón.

En la actualidad muchas personas con VIH tienen calidad de vida porque han tenido buena adherencia a su tratamiento y prácticas de vida saludables y tener un hijo es una opción que requiere una planificación muy rigurosa con su médico tratante. Esta planificación idealmente debe de ser previa a la concepción para explorar las opciones disponibles y si se dio el embarazo, sea deseado o no, el médico tratante debe de aplicar las medidas necesarias para proteger la salud de la madre y del niño.

## **Información de cada método**

### **Inyecciones**

Existen dos tipos: la mensual y la de tres meses. Las mujeres que toman antirretrovirales deben ser cuidadosas con sus citas y mantener puntualmente sus siguientes inyecciones. Si una mujer se atrasa en recibir la siguiente inyección, puede usar condones como protección adicional contra el embarazo para mientras recibe la siguiente inyección. Este método no previene la transmisión del VIH.

### **Pastillas**

Generalmente se presentan en sobres de 21 a 28 pastillas. Cuando una mujer decide utilizar este método por primera vez, tiene que esperar su regla y entonces durante los primeros cinco días de la misma, debe empezar a tomar las pastillas, una diaria, preferiblemente por la noche, antes de acostarse. Este método no previene la transmisión del VIH.

### **Dispositivo intrauterino**

(DIU o T de cobre). Es un aparato en forma de T que se coloca dentro de la matriz para evitar los embarazos. Las mujeres viviendo con VIH pueden usar este método si están tomando medicamentos antirretrovirales (ARV) y están clínicamente bien. Este método no previene la transmisión del VIH.

### **Minilap**

(Esterilización femenina). Es un método permanente recomendado para las mujeres que ya no desean tener más hijos. Las mujeres con VIH, pueden someterse a este procedimiento de forma segura. Este método no previene la transmisión del VIH.

### **El condón**

Además de ser un método para planificar, disminuye significativamente el riesgo de VIH y de una infección de transmisión sexual.

## **7.2 Evaluación de uso de sustancias**

El uso de alcohol y drogas está asociado con prácticas de riesgo que conducen a la infección por VIH. Estas prácticas de riesgo incluyen las relaciones sexuales sin protección, la comercialización del sexo y la violencia.

ONUSIDA describe que de las diversas formas de transmisión del VIH es a través de la administración intravenosa de una sustancia contaminada con el VIH, la más eficiente vía de transmisión; mucho más que la que se da por la vía sexual. Por lo tanto, la combinación de drogas inyectables y el VIH es una combinación explosiva.

La respuesta a esta situación debe ser integral, lo que incluye el suministro de material estéril para inyección, educación a los usuarios de drogas y su pareja sexual sobre los riesgos de adquirir el VIH, apoyo en la atención especializada para desintoxicación, tratamiento en caso de ser VIH positivo, evaluación y tratamiento de las ITS y proveer de condones y lubricantes.

La educación de pares es otra medida eficaz para llegar a ellos en actividades de divulgación.

ONUSIDA describe que, además, es necesario asegurar un entorno propicio; esto significa reducir la pobreza y crear oportunidades de educación y empleo, cuya ausencia con frecuencia conduce a las personas, en pleno desespero, al uso de drogas.

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de los Estados Unidos de América reporta que las personas que toman alcohol tienen mayor probabilidad de contraer infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual que la población general.

Esto es debido a su asociación con conductas sexuales de riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, relaciones con trabajadoras sexuales y sexo a cambio de alcohol o drogas.

Por otro lado, personas con la infección por VIH son más propensas a consumir mayores cantidades de alcohol, lo que puede dificultar la adherencia para la terapia anti-retroviral.

El uso de alcohol o de drogas lleva a las personas a hacer cosas que normalmente no harían. Muchas personas bajo la influencia del alcohol y/o drogas, no pueden tomar la mejor decisión en relación al sexo seguro, o sea al sexo con condón.

Además de aumentar el riesgo de infección por VIH, las personas que consumen alcohol y drogas o que participan en comportamientos altamente riesgosos asociados con el uso de drogas y alcohol también se exponen, a sí mismos y a otros, al peligro de contraer hepatitis B y C, las cuales se transmiten por la sangre, semen y secreciones vaginales, así como a la tuberculosis y una variedad de otras infecciones de transmisión sexual.

### **7.3. Drogas más comunes y síntomas de uso de las mismas.**

**Estimulantes.** Entre los estimulantes se encuentran la cocaína, la marihuana y el crack o piedra. Los síntomas son: pulso y respiración acelerada, presión alta, pupilas grandes y poca hambre.

**Crack.** Es una de las drogas más usadas entre las personas de la calle y es una droga que contiene químicos muy venenosos.

**Cocaína.** Normalmente se aspira, pero a veces se inyecta o se fuma. Se siente con energía, confiado y con deseos de tener sexo, aún sin condón, lo que aumenta el riesgo de infectarse con el VIH.

**Marihuana.** Es la droga que con la que comúnmente se comienza para luego pasar a otros estimulantes más fuertes como la cocaína o crack. Los síntomas son: aumento de la energía física, habla mucho y rápido, se pone impaciente y con deseos de tener sexo.

Los tranquilizantes. Conocidos en la calle como aliviane o calmante o anestésico, hace que se sienta deprimido, confundido y desorientado.

### **7.4. Grupos de ayuda en la comunidad**

La Organización Mundial de la Salud define a los grupos de ayuda basados en la comunidad de la siguiente forma: “los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un obstáculo común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.”

Los grupos de ayuda basados en la comunidad están conformados por personas que comparten un problema o situación y tratan de superarlos, ya sea promoviendo cambios sociales o personales.

En este tipo de grupos se brinda información y se intercambian experiencias y se dan apoyo emocional que les permite, de manera conjunta, la solución de su problema o necesidad.

Usualmente son parte de una amplia red social que interactúa para obtener el apoyo necesario a sus objetivos, en la cual, muchas veces la familia no puede brindar este apoyo.

Hay grupos de ayuda que ofrecen apoyo a largo plazo como son aquellos dedicados a la atención de personas que están con problemas crónicos de salud como el club de diabéticos, lupus, renales crónicos y cardiovasculares entre otros.

La comunidad de alcohólicos anónimos de Nicaragua es un grupo de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo y sus locales se encuentran extendidos en todo el país.

Para el caso de las personas con adicciones a drogas, existe la organización Narcóticos Anónimos, es una organización sin fines de lucro, muy similar a Alcohólicos Anónimos creada para ayudar a las personas que sufren diversas formas de adicción y a sus familiares, que al igual que el alcoholismo, es una enfermedad.

El uso de drogas y alcohol aumenta el riesgo de contraer VIH porque la persona pierde la noción de lo que está haciendo y el riesgo al que se está exponiendo. Como resultado a la adicción, estas personas no pueden abandonar el hábito por sí solos. La presencia de las organizaciones de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos permite contar con una opción y esperanza de rehabilitación y una medida estructural de prevención en la propagación del VIH.

Existen centros de tratamiento, grupos de ayuda para apoyar o atender a personas con abuso de drogas o alcoholismo (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, centros de rehabilitación, etc.) o para orientar y apoyar a los familiares de estas personas.

Una expresión de organización juvenil es el proyecto de Profamilia Nicaragua dirigido a fortalecer los Clubes de Adolescentes y Jóvenes de las comunidades de la zona urbana y rural donde Profamilia tiene clubes juveniles. El objetivo de este proyecto es mejorar los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva, así como el ejercicio de los derechos. Paralelamente a los clubes juveniles se desarrollan clínicas amigables para jóvenes en zonas donde los indicadores de embarazo en la adolescencia y la prevalencia de ITS y el VIH son altos.

Otras formas de asociación que pueden apoyar a jóvenes en riesgo son los clubes de jóvenes ambientalistas y club deportivos que se han estado desarrollando en los diferentes municipios del país.

## 7.5. Referencia y contrareferencia

El modelo de atención del Ministerio de Salud de Nicaragua, denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) tiene como objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
3. Proteger de epidemias a la población.
4. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Este modelo plantea el trabajo en red, tanto en el sector público como privado y las organizaciones comunitarias, lo que permite responder a la demanda de salud de la comunidad en un territorio determinado. Esto aumenta la accesibilidad a los servicios de salud y asegura la continuidad de la atención y los cuidados de la salud.

Este trabajo en red enunciado en el MOSAFC facilita que las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención del VIH, establezcan alianzas para la referencia y contrarreferencia de sus poblaciones metas a los servicios que el modelo establece, ejemplo de éstos son:

- Planificación familiar para la provisión de métodos anticonceptivos.
- Consejería y realización de prueba rápida y/o confirmatoria de VIH.
- Manejo de infecciones de transmisión sexual.
- Atención de enfermedades agudas y crónicas.
- Atención de personas que sufren algún tipo de violencia.
- Clubes de adolescentes
- Atención de personas con discapacidad.

Es crucial para el trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales, el establecer con las autoridades de salud locales, un mecanismo eficaz de referencia y contrarreferencia que permita completar la atención de las poblaciones clave.

Es por ello que el promotor de prevención combinada debe conocer y estar preparado para que realice la referencia según la necesidad de la persona.

A continuación se muestra un modelo de boleta de referencia y contrarreferencia que podría ser utilizada.

ONIG, _____, Seta, No. 000	ONIG, _____, Seta, No. 000	ONIG, _____, Seta, No. 000
Formulario de referencia y contrarreferencia	Formulario de referencia y contrarreferencia	Formulario de referencia y contrarreferencia
Dirigido al: (personas de 15 años)	Dirigido al: (personas de 15 años)	Dirigido al: (personas de salud femenina)
<b>1. Compromiso del SNS, referencia</b> Código de servicio _____ Tipo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Dirección del servicio _____ Teléfono: _____ Unidad a la que se refiere _____ Fecha de referencia: ____/____/____ Motivo de referencia: <input type="checkbox"/> Lesiones de genital o labioanal <input type="checkbox"/> Prueba de VIH <input type="checkbox"/> Tratamiento de STI <input type="checkbox"/> Profilaxis sexual <input type="checkbox"/> Servicios para reducción de la violencia <input type="checkbox"/> Servicios para reducción de embarazos <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ Nombre y firma del referente _____ Aprobado por: (CARE/PROSAL) _____	<b>2. Referencia</b> Código de servicio _____ Tipo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Unidad a la que se refiere _____ Fecha de referencia: ____/____/____ Motivo de referencia: <input type="checkbox"/> Solicitudes de servicios y laboratorio <input type="checkbox"/> Prueba de VIH <input type="checkbox"/> Tratamiento de STI <input type="checkbox"/> Profilaxis sexual <input type="checkbox"/> Servicios para reducción de la violencia <input type="checkbox"/> Servicios para reducción de embarazos <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ Nombre y firma del referente _____ Aprobado por: (CARE/PROSAL) _____	<b>3. Contrarreferencia</b> Código de servicio _____ Motivos: _____ Nombre de la unidad contrarreferencia: _____ Nombre y código del médico tratante: _____ Fecha del último contacto: _____ Aprobado por: (CARE/PROSAL) _____

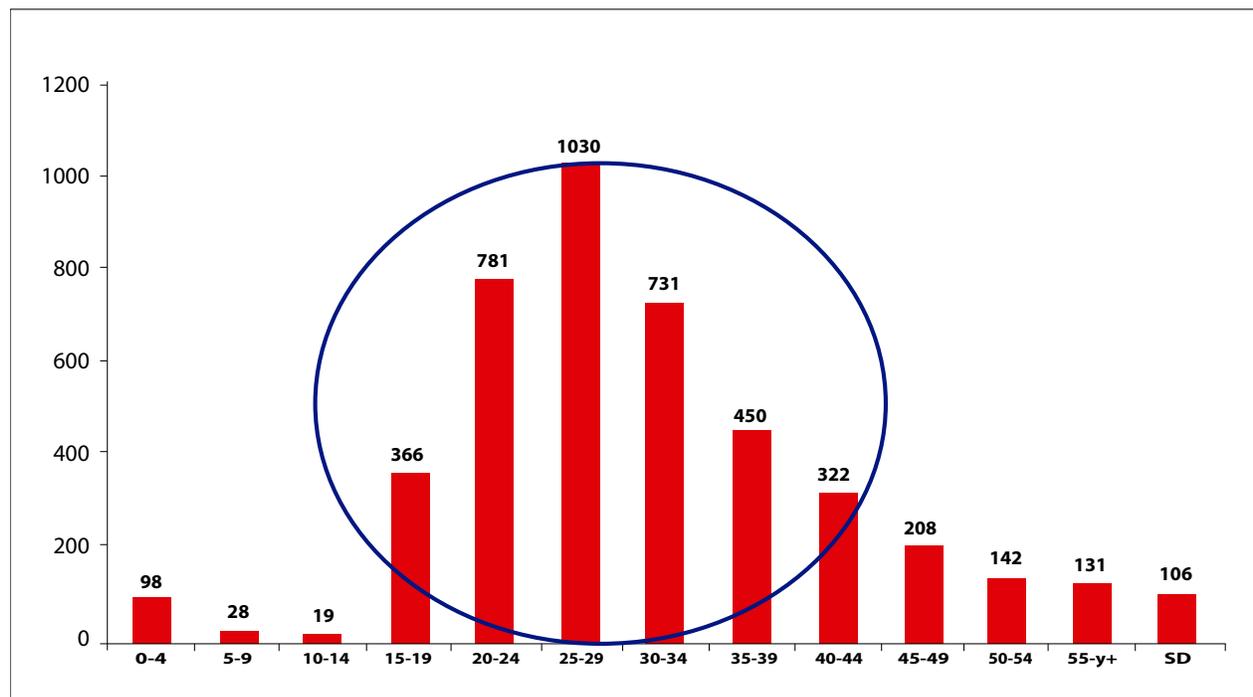
## 8. Situación del VIH en Nicaragua

El Ministerio de Salud de Nicaragua en su reporte Situación Epidemiológica VIH y Sida. Quinquenio: 2007 – 2011 reporta que el grupo etéreo predominante de personas con VIH está entre las edades comprendidas entre los 24 y años de edad. Siendo mayoritariamente el sexo masculino. Los departamentos con mayor prevalencia con personas positivas son Chinandega, Managua, León, RAAS y RAAN.

En el gráfico 4, se observa la tendencia en el aumento del número de casos de VIH a pesar de ello, la epidemia en Nicaragua es aun concentrada, teniendo un comportamiento muy bajo en población general y en embarazadas ya que no sobrepasa el 1%, en cambio se encuentra concentrada en poblaciones en mayor riesgo.

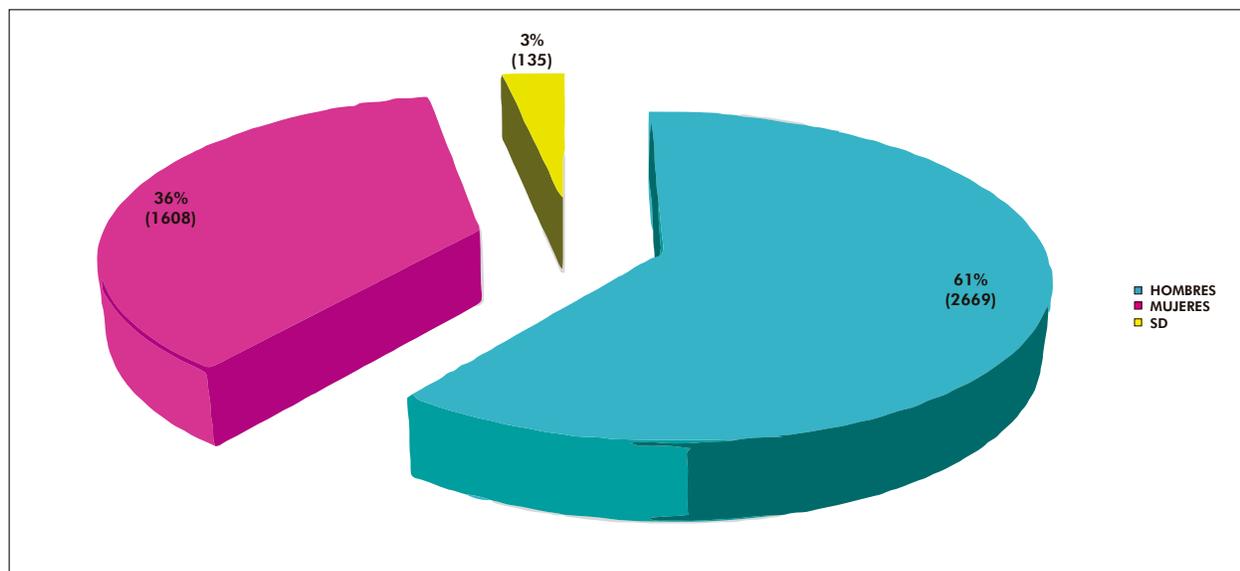
la encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH (2009) reporto que los hombres que tienen sexo con hombres, dieron positivo en 7.5% en Managua y 3.1% en Chinandega. En la población TRANS en Managua se reportó una prevalencia de 9.7% y de un 2% en las trabajadores sexuales.

**Gráfico 1: Personas con VIH según Grupos de Edad. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011**



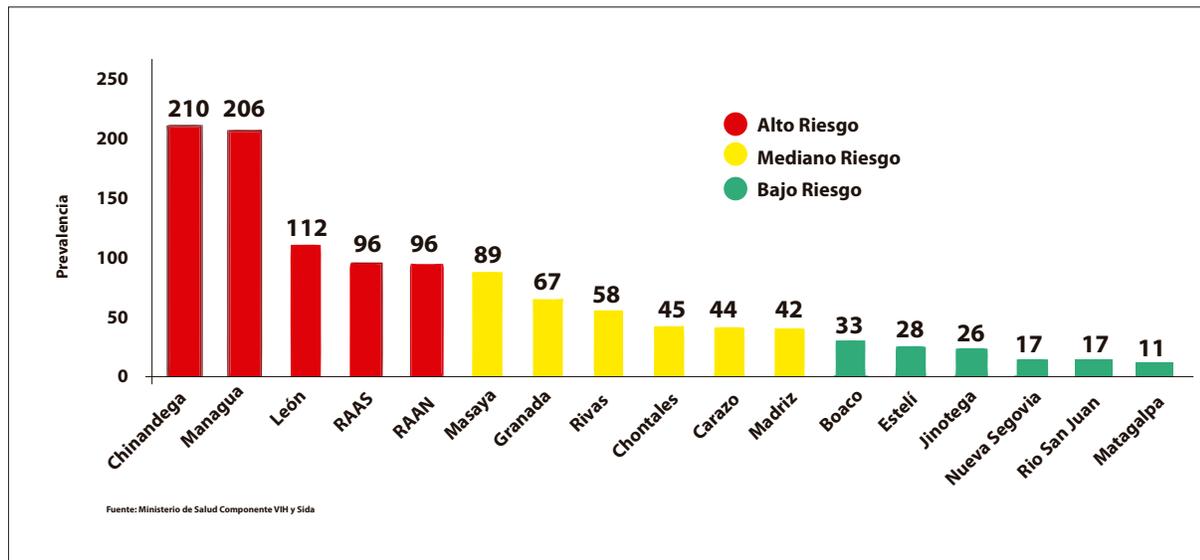
Fuente Ministerio de Salud. Componente VIH y Sida

**Gráfico 2: Personas con VIH según sexo. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011.**

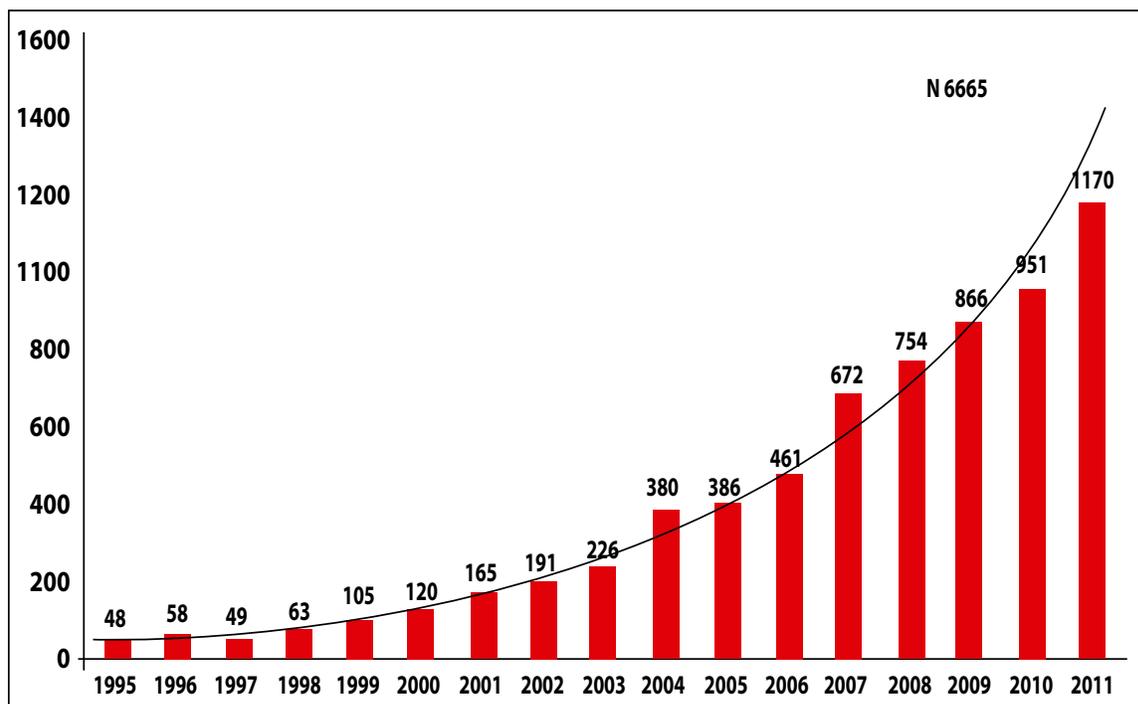


Fuente: Ministerio de Salud Componente VIH y Sida

**Gráfico 3: Prevalencia Acumulada de personas con VIH por 100,000 habitantes. Republica de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011**



**Gráfico 4: Número de persona con VIH por años. República de Nicaragua. Quinquenio 2007-2011**



---

---

## Referencias bibliográficas

---

---

ONUSIDA. Acción conjunta para obtener resultados: marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011. ONUSIDA/09.13S / JC1713S. Mayo de 2009. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2010/jc1713\\_joint\\_action\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2010/jc1713_joint_action_es.pdf). [Acceso el 24 de abril de 2012.]

Llegar a cero: estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA) para 2011 – 2015.

Adaptado del reportaje: Explorando la prevención combinada: el camino a seguir. ONUSIDA, 23 de julio de 2010. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2010/july/20100723combinationprevention/>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud RIO DE JANEIRO | BRASIL | 19-21 DE OCTUBRE DE 2011.

Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA. En <http://www.pepfar.gov/strategy/document/133244.htm>. [Acceso el 25 de abril de 2012]

Definición Org. Definición de estrategia. En <http://www.definicion.org/estrategia>. [Acceso el 18 de abril de 2012.]

Adaptado de la declaración de prensa de ONUSIDA. Ginebra, 18 de marzo de 2009.

PEPFAR. Prevention guidelines. En [http://www.pepfar.gov/strategy/prevention\\_care\\_treatment/133293.htm](http://www.pepfar.gov/strategy/prevention_care_treatment/133293.htm). [Acceso el 25 de abril de 2012.]

ONUSIDA | Orientaciones terminológicas, octubre de 2011. Versión Revisada. Ginebra, Suiza. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf). [Acceso el 23 de abril de 2012.]

64.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 28 de abril de 2011 Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_15-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_15-sp.pdf). [Acceso el 23 de abril de 2012].

USAID: HIV/STI Prevention and Condoms. Disponible en: [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/TechAreas/prevention/condomfactsheet.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/prevention/condomfactsheet.html). [Acceso el 9 de mayo de 2005.]

UNAIDS. (2008). Know Your Epidemic, Know Your Response. UNAIDS HIV Prevention Toolkit. Accessible at: [http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/Knowledge\\_Epidemic.aspx](http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/Knowledge_Epidemic.aspx). [Acceso el 26 de abril de 2012.]

Wilson D, Fraser N. (2011). Mixed HIV epidemic dynamics: epidemiology and program implications. HIV Prevention in Mixed Epidemics Technical Consultation. Accra, Ghana.

Merson, et al. 2008.

Laher F, Cescon A, Lazarus E, et al. (2011). Conversations with mothers: exploring reasons for prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) failures in the era of programmatic scale-up in Soweto, South Africa. AIDS and Behavior, epub ahead of print.

Coffee M, Lurie MN, Garnett GP. (2007). Modeling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. AIDS, 21(3), 343-350.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema al VIH en Paragua. Asunción: OPS, 2010.

PSI/PASMO. Modelo de Cambio de Comportamiento. Manual de CCC. Lineamientos de implementación, revisados a Julio 2006. Pág. 79.

Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales contra el SIDA: Una guía de indicadores para supervisar y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes. 2005. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/napyoungpeople\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/napyoungpeople_sp.pdf). [Acceso el 24 de abril de 2012.]

OMS. Centro de prensa. VIH/sida. Nota descriptiva N°360. Noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>. [Acceso el 25 de abril de 2012.]

El SIDA y las relaciones sexuales entre varones: Punto de vista del ONUSIDA Julio de 1998. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/Onusida/Sida%20y%20rel%20entre%20varones%20ONUSIDA.pdf>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

Página web de PSI/PASMO. Disponible en: [http://www.asociacionpasmo.org/temporal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=126:lubricante-a-base-de-agua&catid=41:productos&Itemid=290](http://www.asociacionpasmo.org/temporal/index.php?option=com_content&view=article&id=126:lubricante-a-base-de-agua&catid=41:productos&Itemid=290). [Acceso el 24 de abril de 2012.]

OMS. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE VIH | INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA 2008. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/un aids/2008/9789291737130\\_spa\\_chap2A.pdf](http://whqlibdoc.who.int/un aids/2008/9789291737130_spa_chap2A.pdf). [Acceso el 24 de abril de 2012.]

National Institute of Drug Abuse. The Science of Drug Abuse & Addiction. Agosto 2011. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/el-abuso-de-drogas-y-su-conexion-con-el-vihsida-y-otras-enfermedades-infecciosas>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

InfoRed SIDA. Centro. 26 de septiembre de 2011. Disponible en: [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/151?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa). [Acceso el 24 de abril de 2012.]

United States President's Emergency Plan For AIDS Relief. Indicadores PEPFAR Región de Centro América. Septiembre 2011.

U.S. Government interagency website managed by the Office of U.S. Global AIDS Coordinator and the Bureau of Public Affairs, U.S. State Department. Disponible en: <http://www.pepfar.gov/about/index.htm> [Acceso el 25 de abril de 2012.]

Accessible at: <http://www.pepfar.gov/guidance/combinacionprevention/combprevmsm/index.htm>. [Acceso el 26 de abril de 2012.]

Accessible at: <http://www.pepfar.gov/guidance/combinacionprevention/combprevidu/index.htm>. [Acceso el 26 de abril de 2012.]

Bessinger et al. Evidence for a successful implementation of the minimum package of HIV prevention interventions in Burma. USAID/Measure evaluation/PSI 2007.

PEPFAR Next Generations Indicators Reference Guide. August 2009.

Bertrand JT, O'Reilly K, Anhang R, et al. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education Research*, 21(4), 567-597.

FHI. (2003). Abstinence, fewer partners, and condom use are complementary messages. Arlington, FHI.

Noar, S. A 10-Year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 2006. 11, 21-42.

Snyder LB, Huedo-Medina TB, et al. (2011). Effectiveness of media interventions to prevent HIV transmission, 1986-2006: a meta-analysis. In Review.

Vaughan PW, Rogers EM, et al. Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 2000. 5(1), 81-100.

Wakefield MA, Loken B, Hornik RC, et al. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour." *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.

Bertrand JT, et al. 2006.

Marum E, Morgan G, Hightower A, et al. Using mass media campaigns to promote voluntary counseling and HIV-testing services in Kenya. *AIDS*, 22(15), 2008. 2019-2024

Sebert Kuhlmann AK, Kraft JM, et al. Radio role models for the prevention of mother-to-child transmission of HIV and HIV testing among pregnant women in Botswana. *Health Promotion International*, 2008. 23(3), 260-268.

Chomba E, Allen S, Kanweka W, et al. Evolution of couples' voluntary counseling and testing for HIV in Lusaka, Zambia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008. 47(1), 108-115.

Ngubane T, et al. Innovative mobilization strategies for attracting at risk youth and young adults to participate in community-based voluntary counselling and testing in rural Kwa-Zulu Natal, South Africa (Project Accept - HPTN 043). XVII International AIDS Conference, August 3-8, 2008. Mexico City, Mexico.

Harvey B, Stuart J, Swan T. Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *International Journal of STD and AIDS*, 2000. 11(2), 105-111.

Goldstein S, et al. Communicating HIV and AIDS, what works? A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Journal of Health Communication*, 2005. 10(5), 465-483.

Donahue J, Williamson J. Community mobilization to mitigate HIV/AIDS. Report prepared by the Displaced Children and Orphans Fund and War Victims Fund Project for the United States Agency for International Development. 1999.

Khumalo-Sakutukwa G, Morin S, Fritz K, et al. Project Accept (HPTN 043): a community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2008. 49(4), 422-431.

Aggleton P. Behavior Change Communication Strategies. *AIDS Education and Prevention*, 1997. 9 (2), 111-23.

AED Center for Global Health and Communication Marketing. Accessible at: [http://www.globalhealthcommunication.org/strategies/interpersonal\\_communication\\_-\\_counseling](http://www.globalhealthcommunication.org/strategies/interpersonal_communication_-_counseling). [Acceso el 26 de abril de 2012.]

Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, et al. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 2009. 21(3), 181-206.

Maticka-Tyndale E, Barnett JP. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review. *Evaluation and Program Planning*, 2010. 33(2), 98-112.

Fung IC, Guinness L, Vickerman P, et al. Modeling the impact and cost-effectiveness of the HIV intervention programme amongst commercial sex workers in Ahmedabad, Gujarat, India. *BMC Public Health*, 2007. 7, 195.

Herbst JH, Sherba RT, Crepaz N, et al. A Meta-Analytic Review of HIV Behavioral Interventions for Reducing Sexual Risk Behavior of Men Who Have Sex With Men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2005. 39(2), 228-241

Noar S. Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior*, 2008., 12(3), 1090-7165.

Munjoma MW, Mhlanga FD, et al. The incidence of HIV among women recruited during late pregnancy and followed up for six years after childbirth in Zimbabwe. *BMC Public Health*, 2010. 10, 668.

Busza JR, Balakireva OM, et al. Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010. Sept 23.

Kalichman, SC, Leickness CS, Vermaak R, et al. HIV/AIDS risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2007. 44, 594-600.

Li Q, Li X, Stanton B. Alcohol use among female sex workers and male clients: an integrative review of global literature. *Alcohol and Alcoholism*, 2010. 45(2), 188-199.

CONISIDA. PROPUESTA DE ESTRATEGIA NACIONAL DE COMUNICACIÓN PARA EL ABORDAJE DEL VIH/SIDA. Nicaragua. 2011-2015

Family Health International. P.O. Box 13950. Disponible en: [www.fhi.org](http://www.fhi.org) <http://www.fhi360.org/sp/Topics/Peer+education+topic+page.htm>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

Centro para la Educación y Prevención del Sida. Guía Metodológica para el Abordaje Comunitario con Hombres en el Tema de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Nicaragua: CEPRESI; 2010. Págs. 23-50

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (London, England)*, 22, S67.

Fay H, Baral S, Trapence G, et al. Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*, (epub ahead of print), 2010. 1-10.

Mawar N, Sahay S, et al. The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs. *Indian Journal of Medical Research*, 2005. 122, 471.

Skinner D, Mfecane S. Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa. *Sahara*, 2004. 1,157-164.

WHO, Department of Gender, Women and Health. (2009). Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs.

Gillespie S, Kadiyala S, Greener R. Is poverty or wealth driving HIV transmission? *AIDS*, 2007. 2, S5.

UNAIDS. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Geneva. 2000.

Additional information on male condoms is accessible at: [www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm](http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm). [Acceso el 27 de abril de 2012].

Foss AM, Hossain M, et al. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sexually Transmitted Infections*, 2007. 83(7), 510-516.

Weller SC, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD003255. 2000.

Saphonn V, Heng S, et al. Current HIV/AIDS/STI epidemic: intervention programs in Cambodia, 1993-2003. *AIDS Education and Prevention*, 2004. 16(Suppl A), 64-77.

Mehendale SM, Gupte N, et al. Declining HIV incidence among patients attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007. 45(5), 564-569.

Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2003.

Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections, *Bulletin of the*

World Health Organization, 2004. 82, 454–461.

CDC. Male latex condoms and sexually transmitted diseases. Fact sheet for public health personnel. 2008.

Ministerio de Salud de Perú. Plan de Mercadeo Social del Condón. 2009 – 2011.

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. USAID/HCI. “Trabajando estigma y discriminación asociados al VIH y diversidad sexual en unidades de salud”. Guía metodológica Nicaragua, mayo 2010.

Marta Repupilli. Espacio de prevención sobre VIH/Sida. 2 de enero de 2008. Disponible en: <http://www.martarepupilli.com.ar/?p=116>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

AVERT. HIV and AIDS charity <http://www.avert.org/condones.htm>. Disponible en: <http://www.avert.org/condones.htm>. [Acceso el 24 de abril de 2012.]

Planned Parenthood.Federation of America. El condón. 2012.



## **Tema II: Violencia Basada en Género (VBG)**

<b>Tema: Violencia Basada en Género (VBG)</b>	75
1. Introducción	77
2. Antecedentes de VBG y VIH a nivel mundial	79
2.1. Riesgo biológico para la mujer de contraer el VIH	79
2.2. Factores estructurales y riesgo de VIH	79
2.3. VIH y Violencia Basada en Género	80
3. Definiciones para el análisis de género: sexo y género, identidad de género, identidad sexual, diversidad sexual, orientación sexual.	80
3.1. Tipos de violencia	82
3.2. Definición de violencia basada en género	83
3.3. Magnitud y frecuencia de la VBG en Nicaragua.	84
4. Conclusiones del reporte de 2010 del Instituto de Medicina Legal.	91
4.1. Factores asociados con los altos niveles de violencia contra la mujer en la comunidad.	96
4.2. Relación entre VBG, salud sexual y reproductiva y VIH/Sida.	98
4.3. Ruta crítica de atención a la violencia sexual	102
4.4. Marco legal contra la violencia en Nicaragua	103
4.5. Dónde buscar apoyo en casos de violencia de género	107
Bibliografía	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Peritajes clínicos por tipo de violencia.	86
Tabla 2: Peritajes clínicos por violencia intrafamiliar según género y edad.	86
Tabla 3: Factores de riesgo asociados a riesgo de ser perpetrador o víctima	96
Tabla 4: VBG y el impacto en los programas de salud materno infantil	99
Tabla 5: VBG y consecuencias en el bienestar de las mujeres	100

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Peritajes por violencia intrafamiliar.	87
Gráfico 2: Violencia intrafamiliar por tipo, según género.	87
Gráfico 3: Violencia intrafamiliar según edad y género.	88
Gráfico 4: Violencia intrafamiliar según género y escolaridad. Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011.	88
Gráfico 5: Violencia sexual según género. Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011.	89
Gráfico 6: Violencia sexual según grupos de edad.	89
Gráfico 7: Violencia sexual según escolaridad.	90
Gráfico 8: Violencia sexual según agresor.	90
Gráfico 9: Violencia sexual cometida dentro de la familia	91
Gráfico 10: Edad de las víctimas.	92
Gráfico 11: Femicidio 2011.	92
Gráfico 12: Características particulares de estos 76 crímenes.	92
Gráfico 13: Quiénes son los asesinos de mujeres	92
Gráfico 14: Escenarios o ámbitos de agresión	93
Gráfico 15: Arma utilizada por el asesino	93
Gráfico 16: ¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a?	94
Gráfico 17: Por quiénes se han sentido discriminadas las poblaciones en estudio	94
Gráfico 18: ¿Alguna vez ha recibido violencia?	95
Gráfico 19: ¿Qué tipo de violencia han recibido?	95
Gráfico 20: Reporte de la Comisaría de la Mujer 2000-2004	96
Gráfico 21: Círculo de la violencia contra las mujeres	97



## 1. Introducción

**E**sta nota técnica tiene como propósito ayudar a los funcionarios de las empresas, a fortalecer sus conocimientos en el tema de Violencia Basado en Género (VBG) para integrar actividades en contra de la misma, tanto en sus planes operativos, como en sus proyectos en las etapas de planeación o de ejecución.

El documento está estructurado para que el participante en el taller de capacitación en prevención combinada de VIH, conozca las intervenciones o iniciativas en marcha, las cuales están basadas en la mejor evidencia para la prevención de la VBG y del contagio del VIH. Además, se abordan aspectos conceptuales, tales como tipos de violencia, la magnitud del problema en Nicaragua y sus repercusiones en la salud de las víctimas, sobre todo el contagio del VIH.

Igualmente, se presenta el marco legal que existe para perseguir y condenar la violencia y al victimario, lo cual forma parte de los instrumentos con que contamos los ciudadanos y la sociedad civil para crear un entorno más seguro para nuestros segmentos poblacionales más vulnerables.

Finalmente, se describe la ruta de la denuncia establecida por el Estado y la participación de la sociedad civil para apoyar a la víctima, durante el proceso de denuncia, en su seguridad y en la atención de los daños físicos y psicológicos como secuela de la agresión.

La importancia del tema radica en el número creciente de casos de violencia reportados y de aquellos que posiblemente son la mayoría, los ocultos o invisibles, ante la sociedad y los operadores de la justicia.

En Nicaragua la creciente denuncia de violencia contra las mujeres que son maltratadas y humilladas por parejas violentas y los feminicidios, son una muestra de cómo el Estado y la sociedad misma protege a sus poblaciones vulnerables y, menos visible son los niños y las personas mayores maltratados por quienes, se supone, son sus cuidadores y, más recientemente, los casos de crímenes denunciados por homofobia o transfobia.

Todo este sufrimiento es un ciclo que se repite, al aprender las víctimas de sus victimarios a reproducir la violencia haciendo que las condiciones sociales de la violencia sean permanentes en el tiempo con serias repercusiones psico-sociales y de salud pública, al estar la violencia estrechamente vinculada, sobre todo la violencia sexual, al contagio de infecciones de transmisión sexual y el VIH y al aumento de la carga en los costos en las instituciones sanitarias .

La Organización Panamericana de la Salud en su informe sobre la violencia (2002) reporta que la violencia es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y que afecta principalmente a las poblaciones de 15 a 44 años.

La violencia y su repercusión en el contagio por el VIH es un tema que está siendo abordado globalmente por gobiernos, agencias de cooperación y organismos no gubernamentales, a través de medidas estructurales y de prevención. En la actualidad se ha venido acumulando conocimiento y se cuenta con instrumentos y regulaciones necesarios para reducir la violencia, sobre todo la que se relaciona con problemas de salud.

Una de estas iniciativas es la del gobierno de los Estados Unidos, llamada Iniciativa de Salud Global (GHI, por sus siglas en inglés) cuyo principal objetivo es la prevención de 12 millones de nuevos contagios por VIH , siendo la

prevención la principal estrategia de esta iniciativa. Uno de los principales objetivos de ésta es que las actividades de prevención realizadas con fondos PEPFAR (El Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del SIDA de los Estados Unidos), sean con un enfoque de género e igualdad, principalmente hacia la mujer y la niña.

En la guía de prevención de PEPFAR se describe entre sus directrices de prevención, que la desigualdad de género y la violencia basada en género contribuye, a través de múltiples formas, a la transmisión de HIV. Por ser la desigualdad de género un tema transversal en todos los programas de prevención del PEPFAR, este enfoque debe estar incluido y ser muy dinámico para que las intervenciones de prevención sean efectivas. Nicaragua es uno de los países beneficiarios de fondos PEPFAR para la prevención de VIH a través de estrategias integrales que tengan un enfoque de género.

Un ejemplo de la ineficacia de una actividad de prevención que no incluye el enfoque de género, puede ser el de los programas escolares dirigidos a la reducción de la incidencia en las jóvenes, en los que no se toma en cuenta a aquellas jóvenes que no asisten al colegio, debido a la discriminación de género y otros factores.

La violencia basada en género (VBG)<sup>8</sup>, limita la capacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras, revelar su condición de VIH, y acceder a los servicios médicos y de consejería. En el 2010, PEPFAR intensificó su enfoque en la violencia basada en género con un compromiso de US \$ 30 millones para todos los países que reciben fondos PEPFAR. Como parte de su creciente y fuerte portafolio de asociación con el sector privado, PEPFAR se ha unido a la asociación pública-privada Juntos por las niñas, para de esta manera trabajar con los países brindando información y poner en práctica un enfoque coordinado de las políticas y los programas para la erradicación de la violencia sexual contra las niñas.

La violencia sexual contra las niñas tiene consecuencias dramáticas para ellas, sobre todo porque tienen mayor fragilidad biológica, lo que facilita el contraer el VIH y otras ITS ; por otro lado, este tipo de ataque modifica el porvenir de mucha de las niñas, empujándolas al abuso de sustancias, depresión, comportamiento de alto riesgo y hasta el suicidio.

## 2. Antecedentes de VBG y VIH a nivel mundial

A nivel mundial, casi la mitad de las personas infectadas son mujeres, siendo el patrón de transmisión dominante la vía sexual. El abordaje para la prevención del VIH en las mujeres implica intervenciones estructurales, biomédicas y conductuales. Las estrategias de reducción de la transmisión del VIH incluyen el mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluir y dirigir acciones para reducir la VBG, mejorar el entorno social, reducir la pobreza en las mujeres y de esta manera evitar el trabajo sexual como fuente de ingreso económico y, además, estimular una mayor responsabilidad del hombre.

Diferente al estado de la epidemia de VIH de hace dos décadas, en la actualidad casi la mitad de las mujeres están contagiadas.

La mujer adquiere la infección de VIH al menos 5 a 7 años más temprano que los hombres. Actualmente

no existen evidencias de la contribución del VIH/Sida en la mortalidad materna, pero sí hay una creciente evidencia de que el VIH/Sida es la principal causa de muertes asociadas al embarazo y es la principal causa de muertes en poblaciones con alta prevalencia.

Otro grupo poblacional que es afectado por la violencia son las personas positivas que viven principalmente en zonas marginales, que producto de la desigualdad social sufren de estigma y discriminación, así como de violencia en diversas formas.

La población transgénero, sea masculina o femenina, enfrenta un sinnúmero de problemas de discriminación y violencia en el día a día; además de su adicción a las drogas, con frecuencia se les niega el derecho a la atención en salud. Esta situación se agrava cuando las personas trans pertenecen a minorías étnicas o raciales. Se ha identificado que estos problemas pueden reducirse cuando existen redes sociales que les apoyan.

### 2.1. Riesgo biológico para la mujer de contraer el VIH

La edad del inicio de las relaciones sexuales, carga viral, estadio de la infección, ruta de la transmisión, integridad del epitelio y la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son algunos de los factores biológicos asociados a un mayor riesgo de contagio de VIH por parte de las mujeres. Una joven que se contagia de VIH a temprana edad, usualmente está asociado al haber tenido relaciones sexuales con un hombre mayor y que, probablemente, éste tenía otras parejas sexuales y una carga viral alta.

### 2.2. Factores estructurales y riesgo de VIH

Actualmente existe un reconocimiento mayor de cómo los factores estructurales influyen en aumentar el riesgo de VIH, especialmente el rol de género que la mujer tiene en la sociedad, lo que puede limitar el acceso a servicios de salud, sobre todo cuando es VIH positiva.

La pobreza es otro elemento estructural de gran peso que puede llevar a la mujer al trabajo sexual, esto se ve más pronunciado en las áreas rurales. La pobreza influye en ambos, tanto en los hombres como en las mujeres, que los motiva a migrar para mejorar sus ingresos y estas poblaciones móviles son altamente vulnerables al VIH por los comportamientos sexuales de riesgo. Una estrategia con enfoque de género que ha demostrado ser efectiva son los programas de micro finanzas lo que permite a la mujer su empoderamiento económico y mejores beneficios para su salud.

### **2.3. VIH y violencia basada en género**

Mujeres que han experimentado o están en situación de violencia intrafamiliar son de alto riesgo de adquirir el VIH y pueden beneficiarse de intervenciones bien adaptadas a su entorno social, cultural y sus necesidades, sobre todo en aquellas mujeres que buscan de forma activa apoyo a causa de la violencia cometida por su pareja, ya que pueden estar dispuestas a aceptar información y habilidades acerca de la prevención del VIH. Un estudio realizado en África del Sur<sup>21</sup> reportó que las mujeres tienen interés en el tema de prevención del VIH y de participar en intervenciones grupales donde obtienen información y apoyo.

Las mujeres sufriendo VBG pueden no cumplir con los mensajes de reducción de riesgo debido a su temor a las consecuencias de una relación intimidante con su pareja. El intento de querer tener sexo protegido puede ser un motivo de una respuesta violenta, sea física o sexual. Es por ello que los programas de prevención de VIH en mujeres en VBG, deben entender y estar claros del drama que sufren las mujeres. Ante este contexto de violencia e intimidación, las mujeres deben adquirir habilidades que puedan llevar a cabo en una relación desigual de poder.

El abuso y la violación de los derechos de las mujeres trabajadoras del sexo, muy pocas veces es discutido cuando se aborda el tema de VBG. Cuando el uso de drogas involucra a las trabajadoras sexuales, se ha asociado a una elevada probabilidad de adquirir una ITS o VIH por tener bajo esas circunstancias sexo sin protección, intercambio de drogas por sexo y múltiples parejas, los cuales, usualmente, son de comportamientos de alto riesgo.

Además, la relación con el consumo de crack, cocaína, ha demostrado que incrementa la violencia y la explotación hacia la trabajadora sexual, incrementando el riesgo de adquirir el VIH como resultado en la disminución de la capacidad de negociación para tener sexo con protección.

Se da la coerción sexual y muchas veces es forzada a tener relaciones grupales que en un contexto de uso de alcohol, se produce una barrera para la negociación del uso del condón; además, por un asunto de las normas tradicionales de género, le inhabilita con su pareja afectiva la negociación del uso del condón.

Varios estudios han revelado que las adolescentes que sufren violencia física o sexual, están comprometidas a tener relaciones sexuales de riesgo, lo que incluye inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas y uso de drogas; y la evidencia revela que la VBG en adolescentes está asociada a la infección de VIH.

### **3. Definiciones para el análisis de género: sexo y género, identidad de género, identidad sexual, diversidad sexual, orientación sexual.**

La sexualidad involucra aspectos físicos y biológicos, lo que llamamos sexo biológico (genitales) porque está relacionada con el cuerpo; aspectos emocionales (deseos) ya que está vinculada con la identidad de la persona sexo psicológico (lo que ella asume de sí) y los procesos afectivos propios de las relaciones interpersonales, sexo sociológico; además, implica aspectos sociales, culturales, económicos y relacionales que se adquieren en la familia, la escuela, el trabajo y en la vida cotidiana. La sexualidad se vivencia de una manera particular en cada sociedad, espacio (región geográfica) y tiempo.

#### **a) Identidad sexual**

La identidad sexual es la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro; es decir, ser varón o mujer, donde están implicados multitud de factores, entre los que podemos destacar el psicológico, social y biológico.

## **b) Identidad de género**

La identidad de género tiene que ver con los patrones socio-culturales que aprendemos en nuestra socialización temprana. Desde que nacemos, la familia y la sociedad en su conjunto nos asignan. Sin embargo, la diversidad sexual es el resultado de la mezcla de factores biológicos, culturales y espirituales; el concepto mencionado también abarca a la heterosexualidad y sus distintos tipos de manifestaciones. Diversidad sexual incluye a quienes sólo gustan de relaciones formales en un marco “conservador” y también a quienes expresan su sexualidad en formas no convencionales.

La diversidad sexual son las diferentes formas de expresar nuestra sexualidad, independientemente de las orientaciones, preferencias y prácticas sexuales; implica el conocimiento de todas las variables que encontramos en la sexualidad humana.

La diversidad sexual se refiere a todos los aspectos y formas de expresar la vida sexual de las personas: sus deseos sexuales, sus identidades (sexuales y de género) sus orientaciones y sus prácticas sexuales; y se experimenta/vive y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

## **d) Orientación sexual**

El término «orientación sexual» hace referencia a la atracción emocional y sexual que hace que cada persona tenga el deseo de intimar y tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo contrario o ambos.

## **e) Construcción social de género**

La construcción de género se interrelaciona con otras condiciones que existen en la vida de cada persona como son la cultura, etnia, clase social, edad, comunidad religiosa, planteamiento político e historia de su comunidad o familia. Debe entenderse como parte de un proceso cultural, social e histórico, conocido como proceso de socialización, durante el cual se configuran y se asumen la identidad femenina y masculina.

No todas las personas tenemos las mismas vivencias de género. La construcción social de la identidad del género tiene aspectos comunes y particulares que cambian de un grupo social a otro, de acuerdo con su acervo cultural, valores y ámbitos o espacios geográficos diferenciados.

## **f) Estigma y discriminación por identidad de género**

El estigma es un proceso que genera y reproduce relaciones injustas de poder, en las que se dan actitudes negativas hacia un grupo de individuos, con base en atributos particulares tales como: ser VIH positivo, por cuestiones de género, ejercicio de la sexualidad o comportamientos creados y sustentados para justificar a los grupos dominantes en la sociedad.

## **g) Estigma y discriminación vinculados al VIH**

El estigma resulta perjudicial en sí mismo, puesto que puede conllevar a sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento, y también porque la expresión de ideas prejuiciadas puede conducir a las personas a hacer cosas, u omitir otras, que terminan dañando, rechazando o negando los derechos de los otros.

En este sentido, el personal de un hospital o prisión, por ejemplo, puede intentar negar servicios médicos a una persona que vive con VIH/Sida. O los empleadores pudieran intentar despedir a trabajadores sobre la base del hecho de estar infectados con VIH.

La homofobia y la discriminación dificultan dar respuesta al VIH y al Sida, pues fomentan el aislamiento y la exclusión e impiden el acceso a los programas de prevención, consejería, pruebas y atención a población con orientación o identidad diferentes a la heterosexual, particularmente a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se asuman como homosexuales o no.

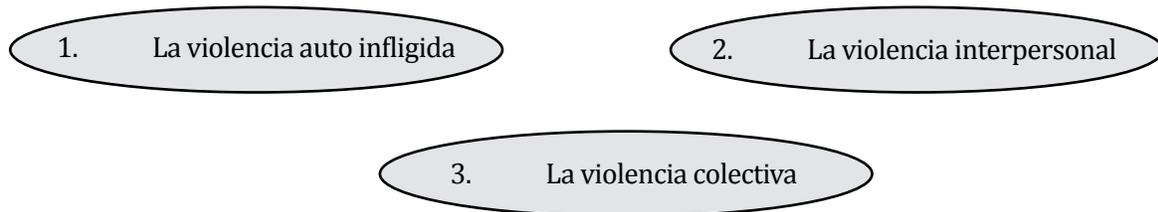
### 3.1. Tipos de violencia

Según las OMS la violencia es un fenómeno tan complejo y que depende de lo que se considere aceptable o no en determinadas culturas, que se hace difícil enunciar una definición que tenga exactitud científica.

En la consulta mundial sobre violencia y salud llevada a cabo por la OMS en Ginebra se definió violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Esta definición abarca los conflictos armados, amenazas, intimidaciones, las consecuencias del comportamiento violento que frecuentemente no son notorias como las privaciones y las deficiencias en el desarrollo que afectan el bienestar de las personas, la familia y la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud en el informe mundial sobre violencia y la salud, propone una clasificación de la violencia en tres categorías, según las características de quienes cometen el acto de violencia.



**La violencia auto infligida:** Es la que comprende comportamientos suicidas o de autolesionarse.

**La violencia interpersonal:** La OMS la divide en dos subcategorías:

- **Violencia familiar o de pareja.** Es la que se produce entre los miembros de la familia o pareja y por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar. Se incluye el maltrato de menores, pareja y contra personas mayores de edad.
- **Violencia comunitaria.** Es la que se produce entre personas que no tienen una relación familiar o parentesco y usualmente sucede fuera del hogar. Se incluye la violencia juvenil, violación o ataque sexual causado por extraños, violencia producida en los centros escolares y de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

### La violencia colectiva

Este tipo de violencia se subdivide en: violencia social, violencia política y violencia económica. Estas subdivisiones explican los posibles motivos de violencia cometida por el Estado o grupos de personas.

Como ejemplo de violencia colectiva social, se pueden mencionar: los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas.

La violencia política incluye la guerra y otros conflictos generados por el Estado.

La violencia económica corresponde a los ataques de grupos motivados por el afán de lucro económico, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación social.

Según la naturaleza de los actos de violencia estos se subdividen en:

Física siendo sus principales manifestaciones:

- Empujones, bofetadas, puñetazos, patadas
- Lanzamiento de objetos
- Estrangulamiento, heridas por armas de fuego o blanca
- Sujetar, amarrar y paralizar
- Abandono en lugares peligrosos
- Negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida

**Psicológica siendo sus principales manifestaciones:**

- Gritos, amenazas
- Aislamiento social y físico
- Celos extremos
- Intimidación, degradación y humillación
- Insultos, críticas constantes, acusaciones falsas, atribución de culpas por todo lo que pasa
- **Ignorar no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima Sexual cuyas expresiones son:**
- Forzar a la persona a tener relaciones sexuales o practicar actos sexuales
- Llevar a cabo actos sexuales con una persona inconsciente o que tiene miedo de negarse
- Lastimar físicamente durante el acto sexual
- Forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección contra un embarazo y/o una ITS y VIH/Sida
- Obligar a ver películas o revistas pornográficas
- Forzar a la pareja a observarla mientras tiene relaciones sexuales con otra persona

**Descuido o privaciones. Este tipo de violencia se expresa cuando:**

- Falla en proteger a una persona de alguna situación de peligro
- Falla en brindar los cuidados que lo lleven al hambre, soportar frío que lleven a la víctima a un importante deterioro de su salud.

### 3.2. Definición de violencia basada en género

La violencia basada en género tiene repercusiones en todos los aspectos de las políticas y programas de salud reproductiva. La violencia física y sexual no sólo produce mortalidad significativas en las mujeres, también en aquellas personas que sufren este tipo de violencia por su opción sexual, afectando significativamente su situación de salud, incluyendo la transmisión del VIH.

¿Qué es violencia basada en género?

“Todo acto que resulta, o puede resultar, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública, como en la privada”. (Naciones Unidas)

¿Qué más es violencia de género?

Todo lo anterior cuando se ejerce en contra de:

- Hombres por “abandonar” su rol de machos dominadores heterosexuales
- Mujeres con una identidad de género diferente a la heterosexual pasiva
- Mujeres/hombres trabajadoras/es sexuales
- Mujeres/hombres transgénero
- Personas transexuales

Este es un tipo de violencia que incluye a hombres y mujeres, en la cual, usualmente, la mujer es la víctima, ya que se deriva de relaciones de desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Además, no se limita a daños físicos, sexuales y psicológicos. Así mismo, incluye violencia perpetuada o tolerada por el Estado o por los gobiernos locales.

Entre las diversas formas de violencia basada en género están: violencia sexual hacia niños y niñas, violencia física, violencia sexual, violación matrimonial, acoso sexual en lugar de trabajo y/o en instituciones educativas, prostitución forzada, tráfico de niños/as y mujeres, mutilación genital femenina, despidos laborales, negación de derechos.

Los hombres también pueden ser víctimas de violación y de violencia por su compañero/a íntimo/a, aunque la mujer sufre esto en forma más frecuente y desproporcionada.

Para entender la violencia contra la mujer hay que conocer las normas de género y estructuras sociales que influyen en su vulnerabilidad.

Los datos registrados sobre la VBG contra los hombres son limitados; además, existen pocos recursos y desconocimiento de la existencia de respuestas programáticas, así como de recomendaciones enfocadas a la vulnerabilidad de este grupo ante la VBG.

### **3.3. Magnitud y frecuencia de la VBG en Nicaragua.**

En nuestro país, es más probable que la mujer sea atacada, sexual o físicamente, incluso asesinada, por una persona conocida, usualmente su propia pareja.

Según un reporte de PATH sobre el feminicidio en Nicaragua y propuesta de indicadores para la acción<sup>54</sup>, el feminicidio es la forma más severa de violencia contra las mujeres y es el resultado de la necesidad de control y poder del hombre sobre la mujer e incluyen los casos ocurrido en el seno familiar como aquellos sucedidos por violencia sexual (Carcedo 2000).

El feminicidio se puede clasificar en tres categorías:

1. Feminicidio íntimo

2. Feminicidio no íntimo

3. Feminicidio por conexión

El feminicidio íntimo se da cuando el crimen es cometido por el hombre que tiene o tuvo una relación de convivencia con ella, en el caso del feminicidio no íntimo es cuando la víctima no tiene o no ha tenido un vínculo familiar o afectivo con el victimario y el feminicidio, y el feminicidio por conexión, ocurre cuando muere en el enfrentamiento entre el hombre y otra mujer a la que esté está tratando de matar, estos se da en el contexto cuando otra mujer, pariente o niña quisieron intervenir y fueron asesinados como resultado del acto violento del femicida.

Uno de las investigaciones descritas en el documento de PATH es el “Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua (2009)” elaborado por la Dirección de la Comisaria de la Mujer y la Niñez de la Policía Nacional, el cual en una de sus conclusiones describe que es difícil conocer cuál es la situación real de la violencia contra la mujer, debido a la falta de datos por el subregistro y problemas de conocimiento en relación al concepto de femicidio, al confundirlo con homicidio, elementos que hacen difícil el conocer la dimensión real del problema.

Según datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998 “el 35 por ciento de las mujeres encuestadas reportaron haber sufrido al menos un episodio de violencia en el último año”. Prevalece la violencia de tipo física o sexual entre las mujeres que viven en zonas urbanas, que las que viven en zonas rurales.

De las mujeres que reportaron violencia conyugal, el 52 por ciento expreso “haber sido maltratadas, al menos cinco veces en el último año”. Un 37 por ciento de las mujeres reportó haber sido golpeadas durante uno o más de sus embarazos y el 60 por ciento de las mujeres que reportaron violencia manifestaron que esto sucedió en presencia de sus hijos.

En el Anuario 2011 del Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua se presenta el informe de las actividades médico legales realizadas en el 2011 y los datos reflejan la realidad del comportamiento de la violencia en Nicaragua.

En el documento se describe que las lesiones, producto de violencia la sufrieron principalmente las personas con un nivel escolar de secundaria (39.6%) y primaria (37.8%).

Durante el año 2011 se realizaron un total de 10,644 peritajes clínicos por violencia intrafamiliar a nivel nacional, lo que corresponde a una tasa nacional de 181 por cada 100,000 habitantes. Se registraron 887 peritajes clínicos por mes, 29 por día y 1 por hora.

En cuanto a las tasas, las de mayor incidencia de violencia intrafamiliar se observaron en Diriamba con 522; Jinotepe con 487 y Masaya con 306, por encima de la tasa nacional. En cambio las delegaciones con las tasas más bajas y menor incidencia son las delegaciones de: Jinotega 68, Acoyapa con 63 y Las Minas con 40 casos respectivamente por cada 100,000 habitantes.

La violencia fue el principal motivo de peritaje en el 2011 siendo en primer lugar la de tipo comunitaria con un total de 22,347 (39.4%) y en segundo lugar la violencia intrafamiliar con 10,644 casos (19%).

En este tipo de peritaje predomina el género femenino (75%) y en relación a los grupos de edad afectados son en primer lugar el de 23 a 35 años con 4,695 peritajes para un 44%, en segundo lugar el grupo de 36 a 50 con 1,979 para un 19% y el de 18 a 22 con 1,764 para un 17% del total. Todos corresponden a mujeres en edad económicamente activa.

En relación a los peritajes por violencia sexual, correspondió al 9% de todos los peritajes médico- legales realizados a personas vivas a nivel nacional.

Significa que se evaluaron 424 personas por mes, 14 por día y un caso cada dos horas siendo la tasa nacional de peritajes por violencia sexual de 86 por 100,000 habitantes. El 90% (4,578) de las víctimas pertenecen al género

femenino y el 10% (506) al masculino, lo que manifiesta el patrón de comportamiento de la violencia sexual hacia las mujeres en Nicaragua.

Por grupo de edad, el 50% de los peritajes por violencia sexual se practicó a menores de 13 años y sobre todo a mujeres (84%).

En relación al victimario, el 80% (4,060) fue una persona conocida entre ellos se incluye; a miembros de la familia y otros conocidos solamente el 16% (819) por personas desconocidas.

**Tabla 1: Peritajes clínicos por tipo de violencia.**

Cuadro No. 4  
peritajes clínicos por tipo de violencia  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2010-2011

Motivo de Peritaje	Número de Peritajes		Variación	
	2010	2011	Absoluta	Relativa
Violencia comunitaria	23954	22347	-1607	-6.7
Violencia Intrafamiliar	11082	10644	-438	-4
Estado de Salud	8259	8394	135	1.6
Hechos de Tránsito	5184	5514	330	6.3
Violencia Sexual	4792	5086	294	6.1
Psiquiatría Psicología	3504	3630	126	3.6
Edad Biológica	796	906	110	13.8
Otros Accidentes	206	97	-109	-53
<b>TOTAL</b>	<b>57777</b>	<b>56618</b>	<b>-1159</b>	<b>-2</b>

FUENTE: Departamento de Estadísticas - Instituto de Medicina Legal.

**Tabla 2: Peritajes clínicos por violencia intrafamiliar según género y edad**

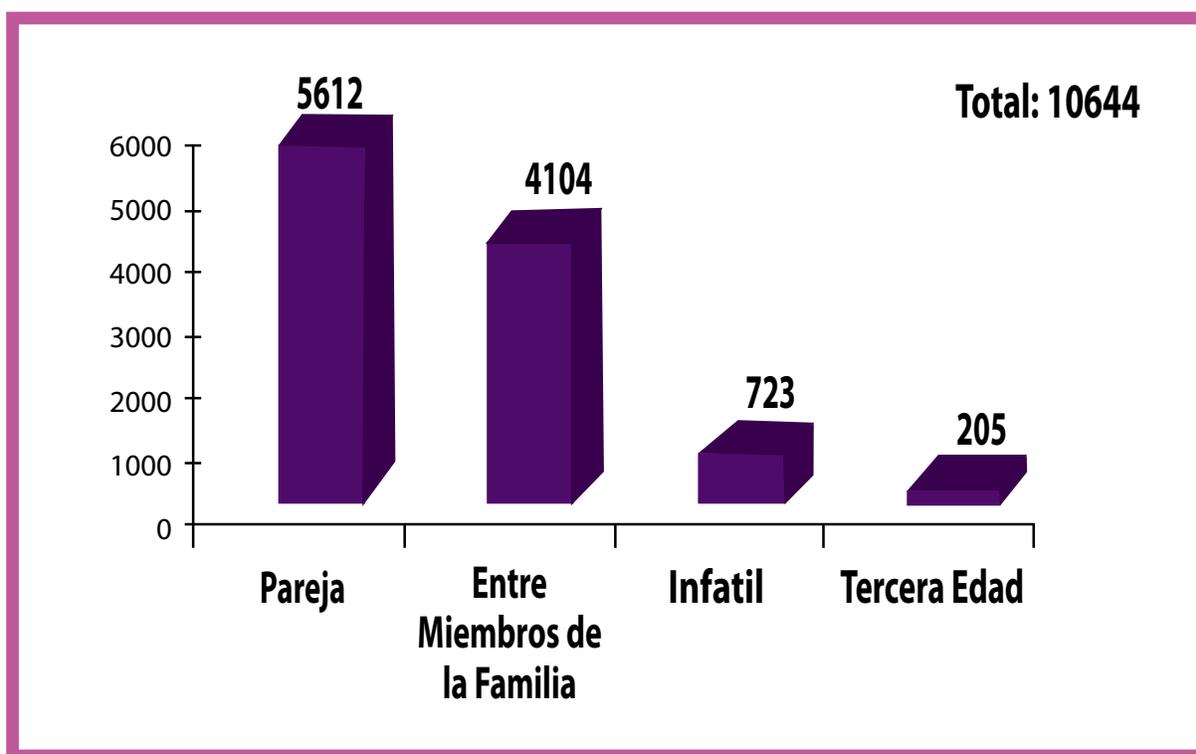
Peritajes Clínicos por Violencia Comunitaria por edad y género  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2011

Grupos de Edad	Violencia Comunitaria							Total	
	V. Callejera		V. Vecinal		P. de Libertad		Sin Datos	M	F
	M	F	M	F	M	F			
0 - 13	379	284	177	106	0	0	0	556	390
14 - 17	1272	733	212	341	27	0	0	1511	1074
18 - 22	2535	985	346	462	35	3	0	2916	1450
23 - 35	5029	1985	757	1023	103	5	0	5889	3010
36 - 50	2152	846	415	488	20	2	0	2587	1336
51 - 59	555	210	128	130	5	2	0	688	342
60 - +	323	72	69	70	0	0	0	392	142
Desconocidad	26	8	3	0	23	0	4	52	8
<b>Sub- Total</b>	<b>12271</b>	<b>5120</b>	<b>2107</b>	<b>2620</b>	<b>213</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>14591</b>	<b>7752</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17391</b>		<b>4727</b>		<b>225</b>		<b>4</b>	<b>22347</b>	

FUENTE: Departamento de Estadísticas - Instituto de Medicina Legal.

**Gráfico 1: Peritajes por Violencia Intrafamiliar**

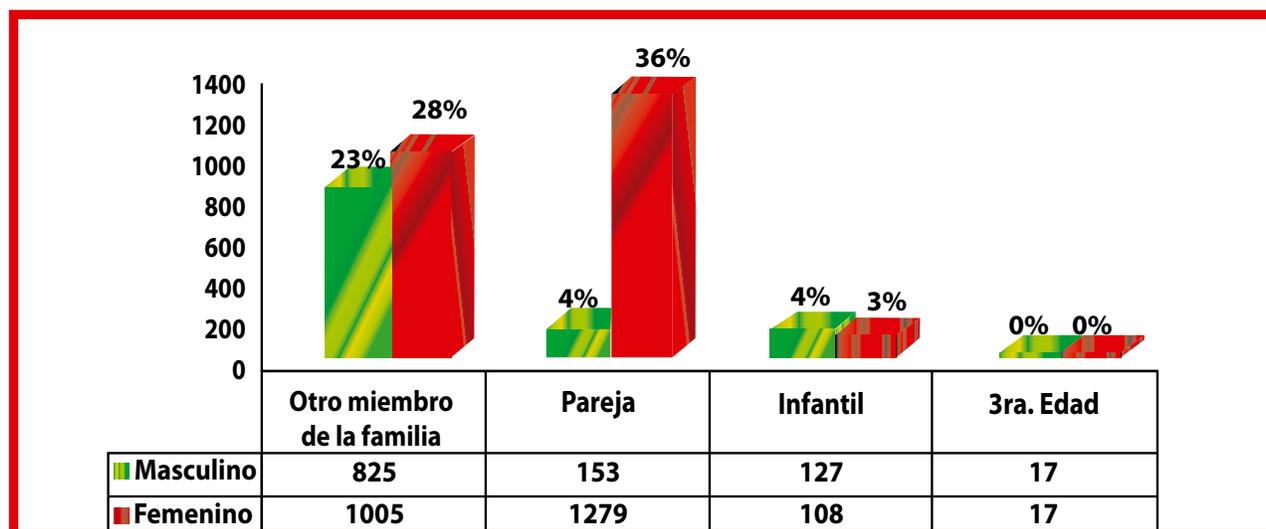
Peritajes por violencia intrafamiliar  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2011



Fuente: Departamento de Estadísticas- Instituto de Medicina Legal.

**Gráfico 2: Violencia intrafamiliar por tipo, según género**

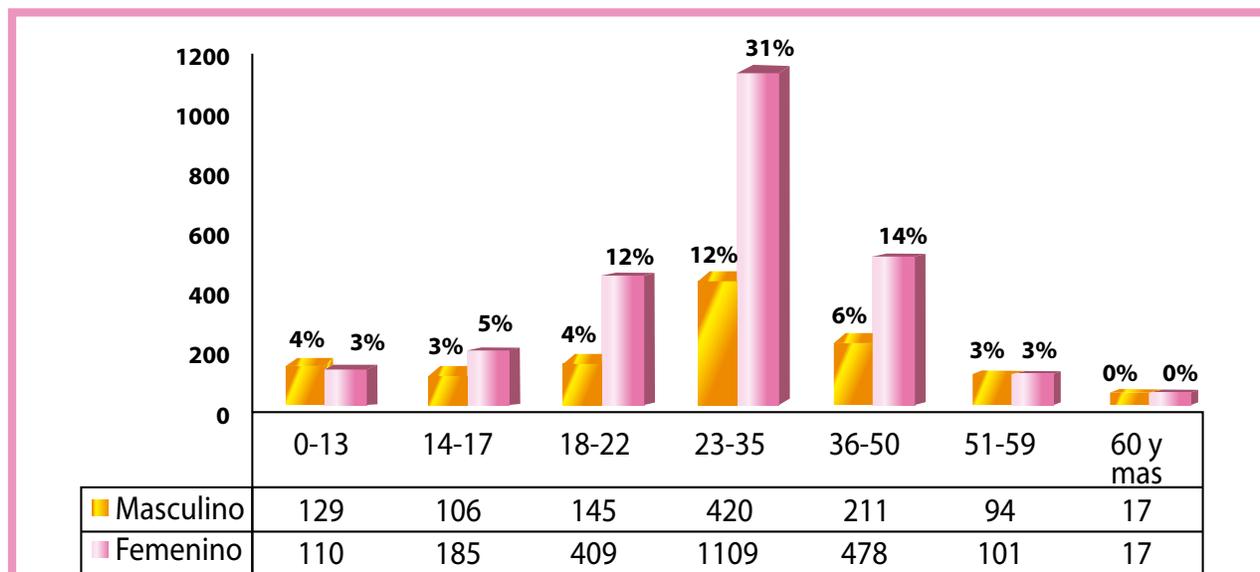
Violencia intrafamiliar por tipo, según el género  
Instituto de Medicina Legal, Managua 2011



Fuente: Departamento de Estadísticas- Instituto de Medicina Legal.

### Gráfico 3: Violencia intrafamiliar según edad y género

Violencia intrafamiliar según edad y género  
Instituto de Medicina Legal, Managua 2011

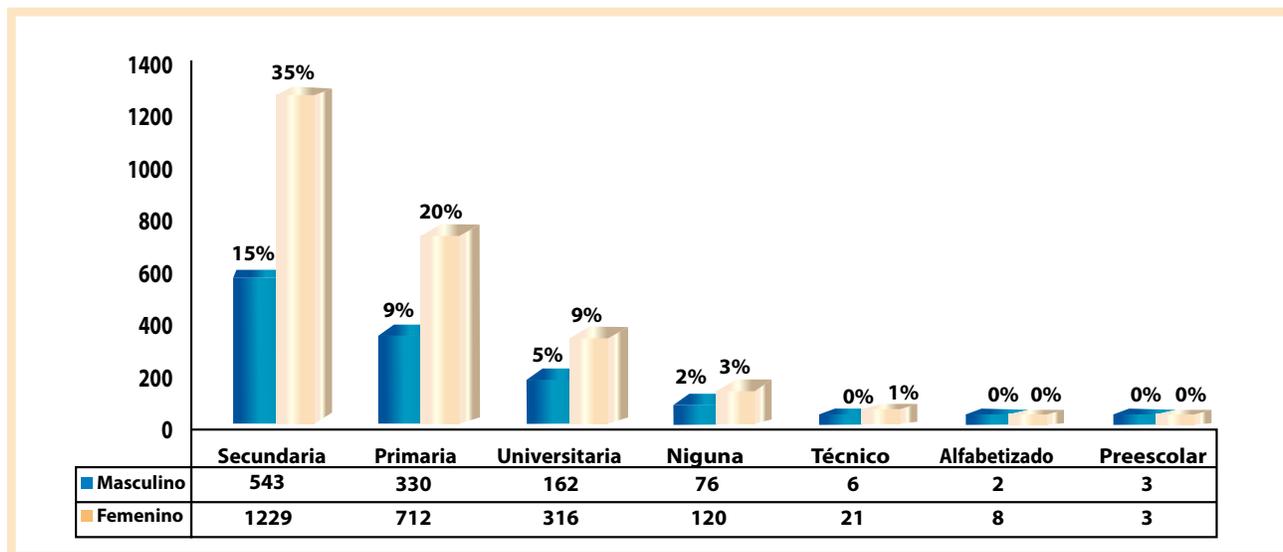


Fuente: Departamento de Estadísticas - Instituto de Medicina Legal.

### Gráfico 4: Violencia intrafamiliar según género y escolaridad

Instituto de Medicina Legal, Nicaragua, 2011

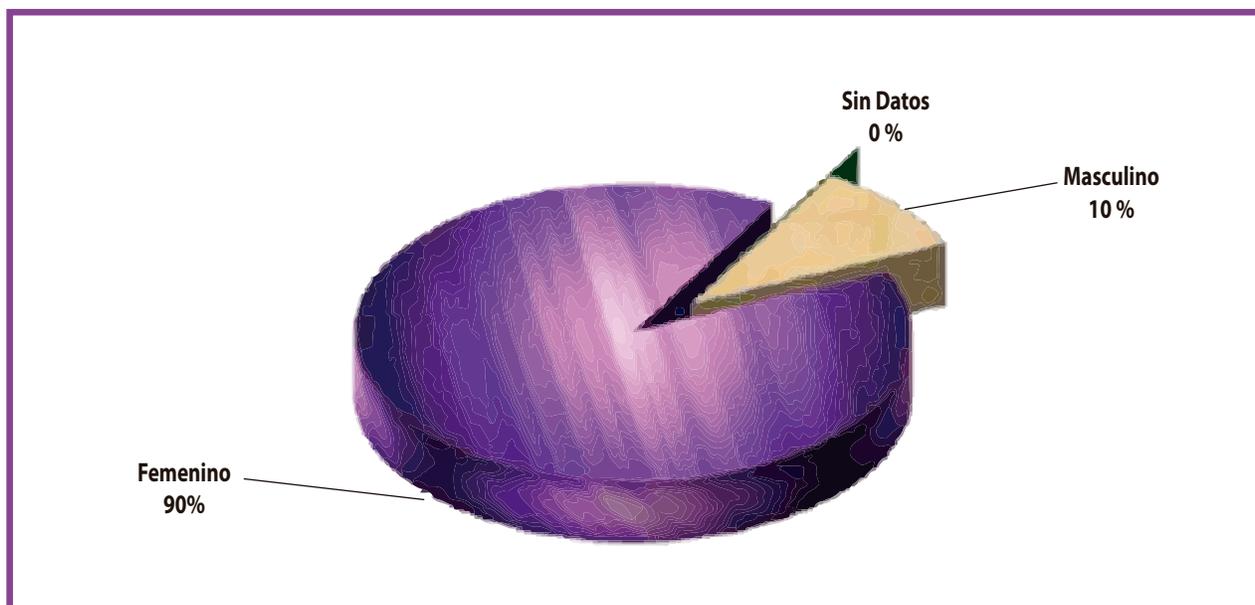
Violencia intramiliar según género y escolaridad  
Instituto de Medicina Legal, Magua 2011



Fuente: Departamento de estadísticas-Instituto de Medicina Legal.

### Gráfico 5: Violencia sexual según género Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011

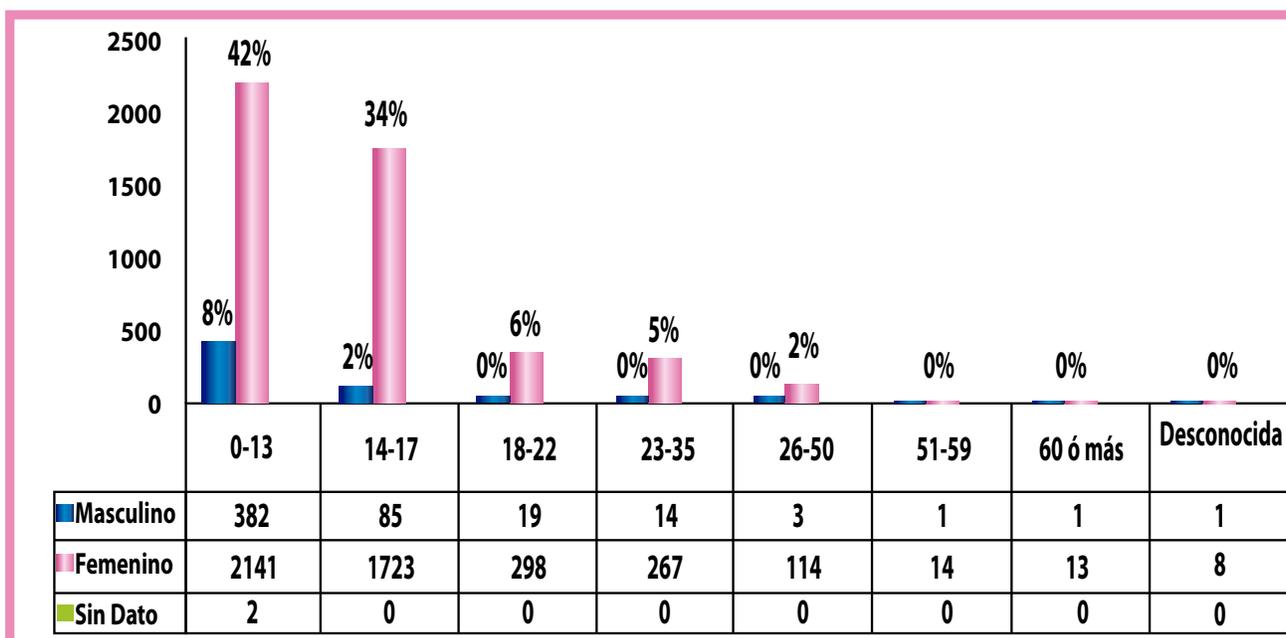
Violencia sexual según el género



Fuente: Departamento de Estadísticas. Instituto de Medicina Legal.

### Gráfico 6: Violencia sexual según grupos de edad

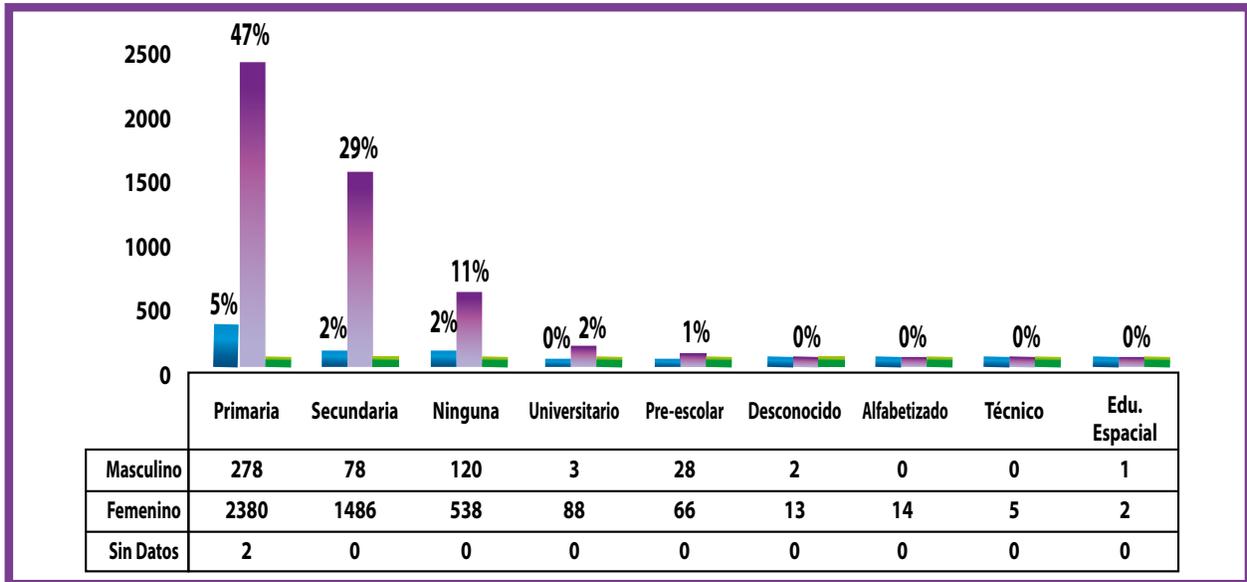
Violencia Sexual según grupos de edad



Fuente: Departamento de Estadísticas- Instituto de Medicina Legal.

**Gráfico 7: Violencia sexual según escolaridad**

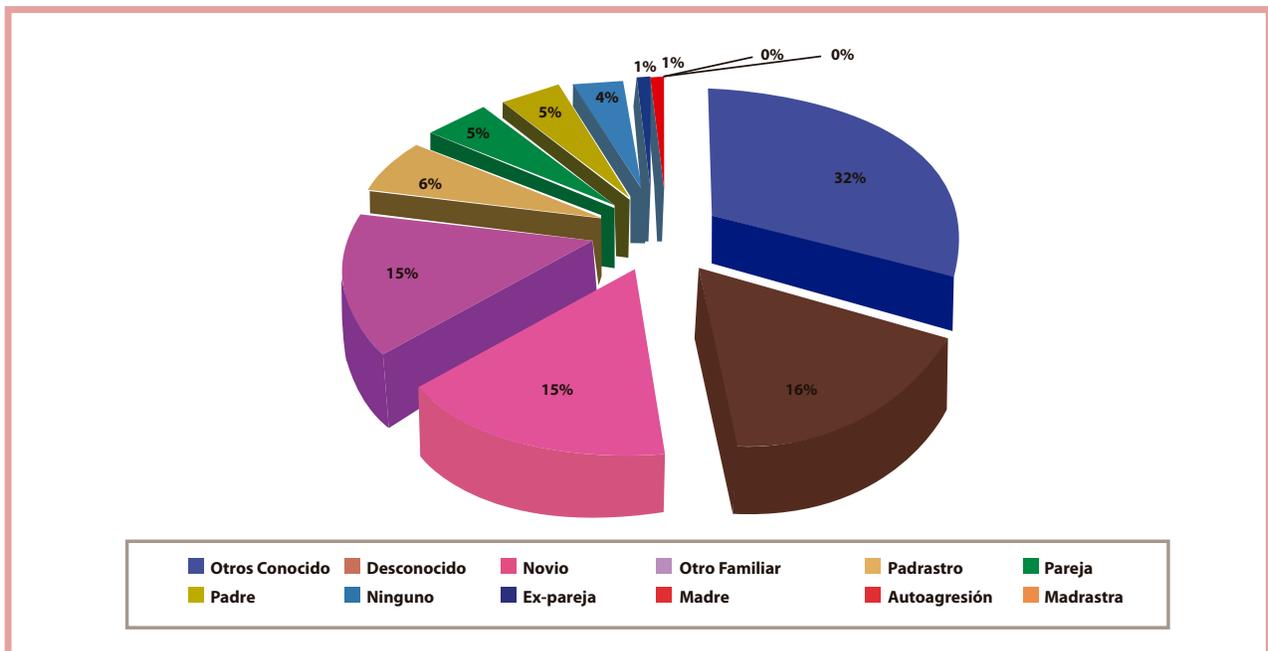
Violencia sexual según escolaridad  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2011



Fuente: Departamento de Estadísticas-Instituto de Medicina Legal.

**Gráfico 8: Violencia sexual según agresor**

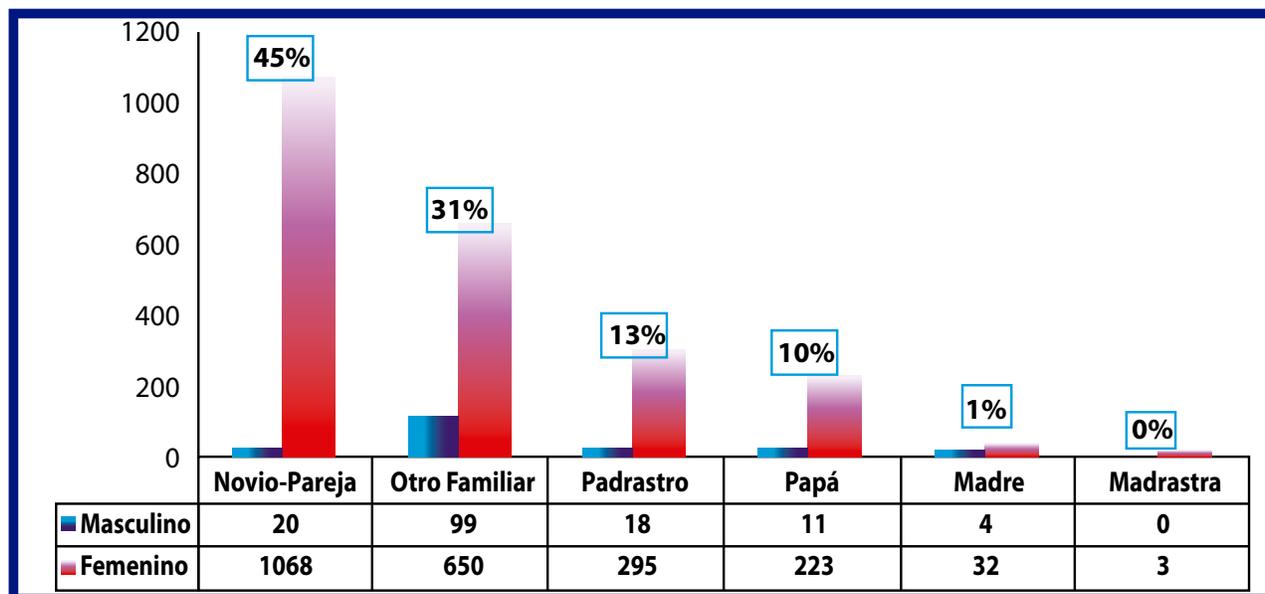
Violencia sexual según agresor  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2011



Fuente: Departamento de Estadísticas-Instituto de Medicina Legal.

## Gráfico 9: Violencia sexual cometida dentro de la familia

Violencia sexual cometida dentro del vínculo familiar  
Instituto de Medicina Legal, Nicaragua 2011



Fuente: Departamento de Estadísticas- Instituto de Medicina Legal

## 4. Conclusiones del reporte de 2011 del Instituto de Medicina Legal

1. La violencia intrafamiliar en el 2011 ocupó el segundo lugar como causa de lesiones físicas con 10,644 peritajes lo cual representa una tasa de 181 por 100,000 habitantes.
2. En el 2011 los peritajes por violencia intrafamiliar se disminuyeron en un 4% con respecto al 2009.
3. El tipo de violencia intrafamiliar que predomina es el de pareja con un 53%.
4. El maltrato infantil representó el 7%.
5. En el 2011 los peritajes por violencia sexual tuvieron un incremento del 6% con 294 casos más para totalizar 5,086 respecto al 2009.
6. En el 2011 la tasa nacional de peritajes por violencia sexual fue de 86 por 100,000 habitantes.
7. El 90% de las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual pertenecen al sexo femenino y el 76% del total son menores de 17 años.
8. El 80% de víctimas de violencia sexual refiere que el agresor es conocido y dentro de ellos, en 45% es el novio o pareja y en un 31% es miembro de la familia.
9. De las víctimas de violencia sexual del sexo femenino, el 67% son estudiantes con nivel escolar de primaria y secundaria.

En el Informe del nonestre 2012 de la Red de Mujeres Contra la Violencia (RMCV) se reporta que 55 femicidios en los primeros 9 meses del 2012, similar al 2011, se caracterizaron por la saña y crueldad” con que estos se cometieron evidenciando la debilidad del sistema para prevenir el femicidio y la falta de voluntad política para poner un alto a este flagelo.

De los 55 femicidios ocurridos en el 2011, 39 (71%) son femicidios íntimos y en el reporte indican que no se debe de rotular como pasional debido a que ésto puede interpretarse como “natural”.

Los femicidios no íntimos fueron 16 (29%) cometidos por hombres con quienes la víctima NO tenía relaciones íntimas.

Según el monitoreo de la RMCV, durante este período, el mayor índice de femicidio se dio contra mujeres jóvenes, entre 21 y 30 años de edad.

**Gráfico 10: Edad de las víctimas**



**Gráfico 11: Femicidio 2011**



**Gráfico 12: Características particulares de estos 76 crímenes**



**Gráfico 13: Quiénes son los asesinos de mujeres**



**Gráfico 14: Escenarios o ámbitos de agresión**



**Gráfico 15: Arma utilizada por el asesino**



En la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006 – 2007 se describe que del total de mujeres nicaragüenses, entre 15 y 49 años de edad, el 26 % observó a su padre maltratar físicamente a su madre. Estas cifras varían según área de residencia, región y otras características demográficas.

Un 21% declaró haber recibido algún maltrato físico por alguna persona, antes de cumplir 15 años de edad; mientras el 19% fueron maltratadas físicamente a partir de los 15 años de edad.

El 48 % de las mujeres, alguna o una vez casadas o unidas reportó que habían recibido maltratos verbales o psicológicos, el 27 % violencia física y el 13 % violencia sexual, por parte de alguna pareja o ex-pareja. En total, los datos indican que, la mitad de mujeres, alguna vez casadas o unidas, ha experimentado, al menos, uno de los tres tipos de violencia en su vida, en tanto un 10 % ha experimentado los tres tipos de violencia.

Mientras tanto, el 11 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó que, en el transcurso de su vida, había experimentado alguna forma de violencia sexual; el 9 % fue forzada sexualmente y el 6 % alguna situación de abuso sexual (sin penetración). Un 4 % de las mujeres reportó que había sido víctima de ambos tipos de violencia sexual.

Según los resultados de la encuesta en referencia, en el 79 % de los casos de sexo forzado y en el 87 % de casos de abuso sexual, las personas abusadoras eran conocidas por la víctima.

Violencia contra los hombres que tienen sexo con hombres a parte Según el estudio de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS, en poblaciones vulnerables, ECVC Nicaragua 2009 , se reporta que el 15,8% de los HSH entrevistados en Managua y el 7.7% en Chinandega, han sufrido algún tipo de abuso o maltrato por ser hombre que tiene sexo con hombre o con trans, siendo el tipo de abuso predominante el verbal, seguido del físico. Los principales agresores son la familia, amigos o parejas, seguido de desconocidos o clientes y, en tercer lugar, por compañeros de trabajo o de estudio.

En relación con la población trans, de las 62 participantes en Managua, 42 (67.7%) reportaron haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato, por su condición de trans, mientras que, en Chinandega, sólo 5 (27%) de las 18 participantes en el estudio habían sufrido abusos. Siendo el mismo tipo de abuso que el de los HSH, primero el verbal, en segundo lugar el físico, en tercer lugar la extorsión, chantaje o robo y en cuarto lugar, la violencia sexual. En la ciudad de Managua, el 40.3% de las trans manifestaron algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su condición de transexual.

### Violencia contra las trabajadoras sexuales

Dicho estudio, en relación con las trabajadoras sexuales, reporta que el 33% en Managua y el 12.6% en Chinandega, manifestaron haber sido víctimas de abuso o maltrato por su trabajo sexual, siendo el tipo de abuso o maltrato similar al manifestado por los HSH y trans.

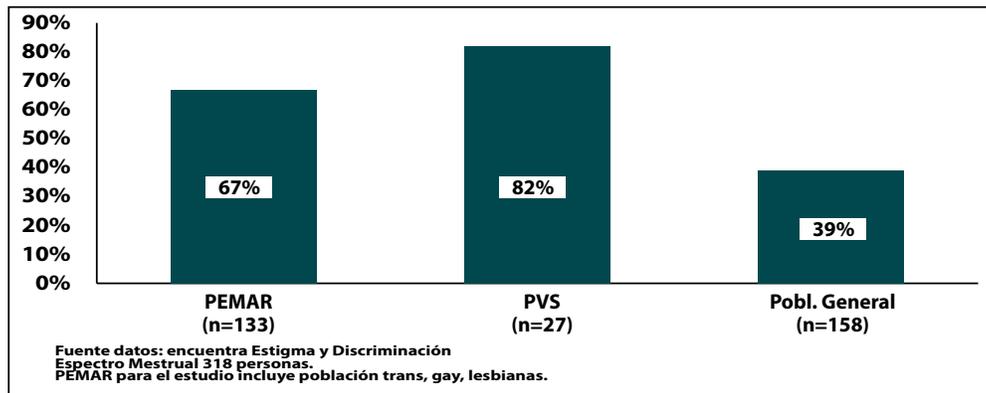
### Violencia contra las personas con VIH

En el caso de las personas con VIH, el 40.1% reportó haber sufrido algún tipo de discriminación, siendo las formas más frecuentes el rechazo, el aislamiento y el maltrato verbal.

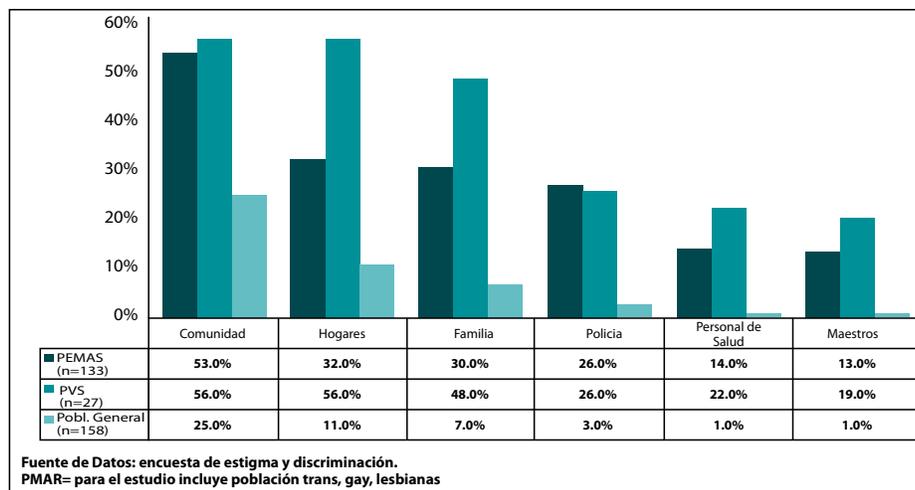
USAID/PrevenSida, en el año 2011, realizó una investigación sobre estigma y discriminación en PEMAR y PVIH, en 9 departamentos del país, en el que se describen importantes niveles de discriminación y violencia.

Se presentan los principales resultados a través de los siguientes gráficos:

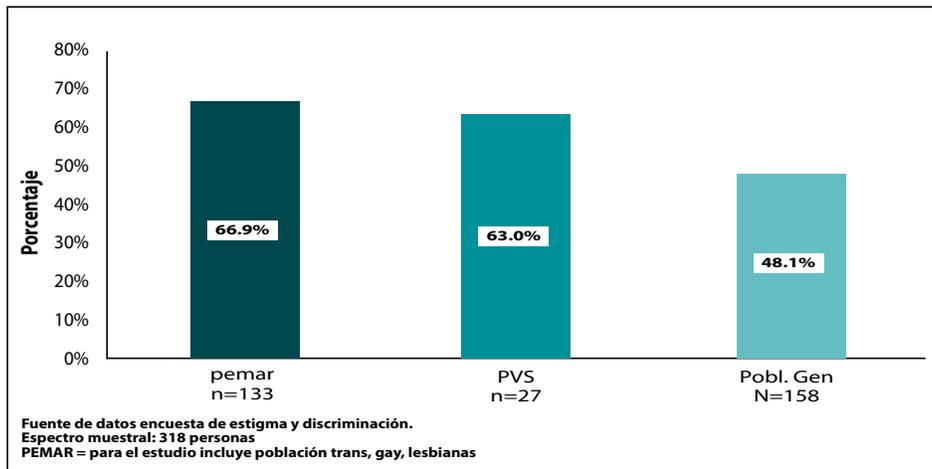
**Gráfico 16: ¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a?**



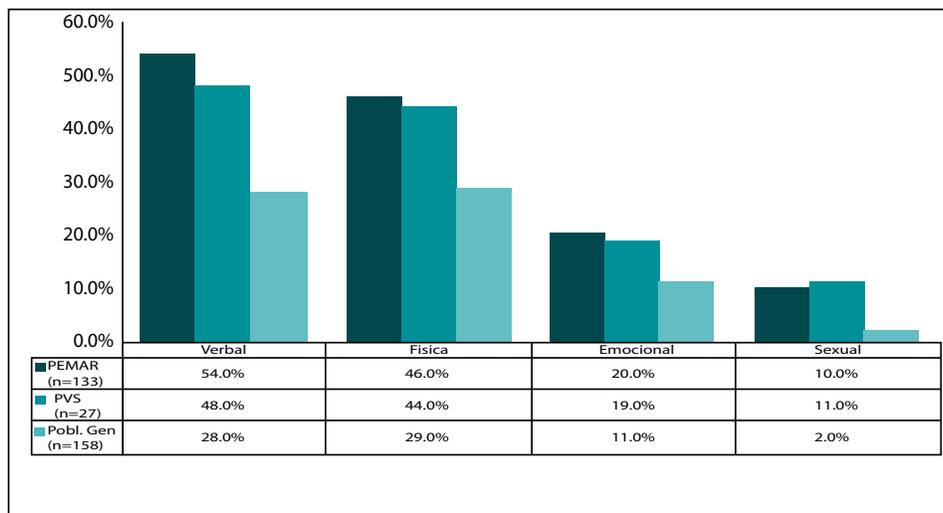
**Gráfico 17: Por quiénes se han sentido discriminadas las poblaciones en estudio.**



### Gráfico 18: ¿Alguna vez ha recibido violencia?



### Gráfico 19: ¿Qué tipo de violencia han recibido?

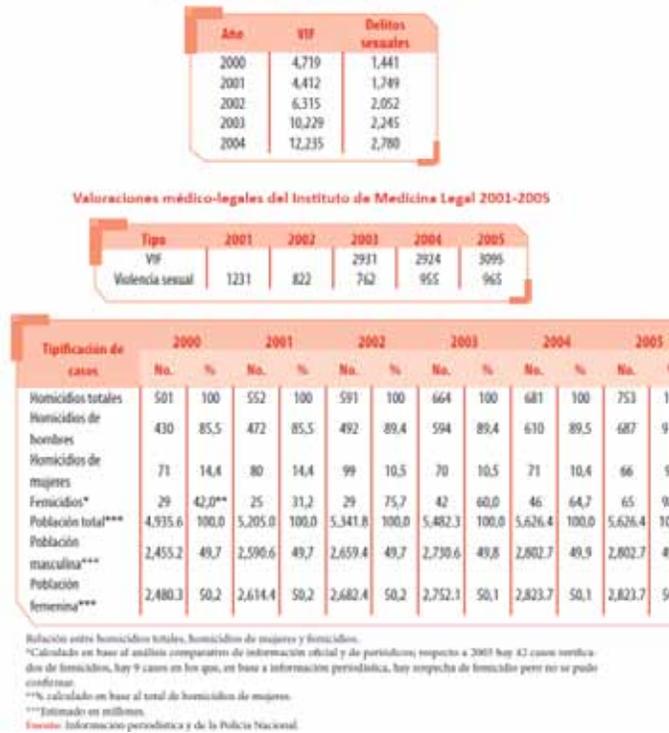


USAID|PASCA en el año 2010 realizó una investigación sobre estigma y discriminación en relación al VIH y sida en Nicaragua.

- El 57.2% (182) del total de 318 personas encuestadas refirieron haber recibido violencia alguna vez en su vida:
- 48.9% (89) corresponde a HSH, trans y trabajadoras sexuales
- 9.3% a PVS (17)
- 41.8% (76) a población general
- El tipo de violencia que se detalla es la verbal, 72.6% y la violencia física, 66.5% (119).

El siguiente gráfico viene del mismo estudio de PATH53; en éste se constata la tendencia creciente.

**Gráfico 20: Reporte de la Comisaría de la Mujer 2000-2004**



#### 4.1. Factores asociados con los altos niveles de violencia contra la mujer en la comunidad.

- Normas tradicionales que respaldan superioridad y privilegios de los hombres
- Normas de género que toleran o justifican la violencia contra la mujer
- Sanciones comunitarias débiles contra los perpetradores de la violencia
- Altos niveles de pobreza en el entorno
- Altos índices de delitos y conflictos en la sociedad

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la condición de ser victimario o ser víctima de la VBG?

**Tabla 3: Factores de riesgo asociados a riesgo de ser perpetrador o víctima**

Factores individuales asociados con un mayor riesgo de convertirse en un perpetrador	Factores individuales asociados con un mayor riesgo de sufrir VBG
Alcoholismo o drogadicción	Consumo de alcohol o droga
Ingresos bajos o poca instrucción académica	Antecedente de abusos anteriores
Ser testigo o haber sido víctima de violencia durante la infancia	Superación educacional o económica cuando se vive en escenarios tradicionales
Actitudes que justifican violencia contra la mujer	Pobreza (especialmente en el caso de violencia sexual)

Fuente: USAID. Programas de USAID que aluden a violencia basada en género. Guía para funcionarios de programas de salud. 2ª ed. Septiembre 2008.

### Factores de riesgo asociados al feminicidio

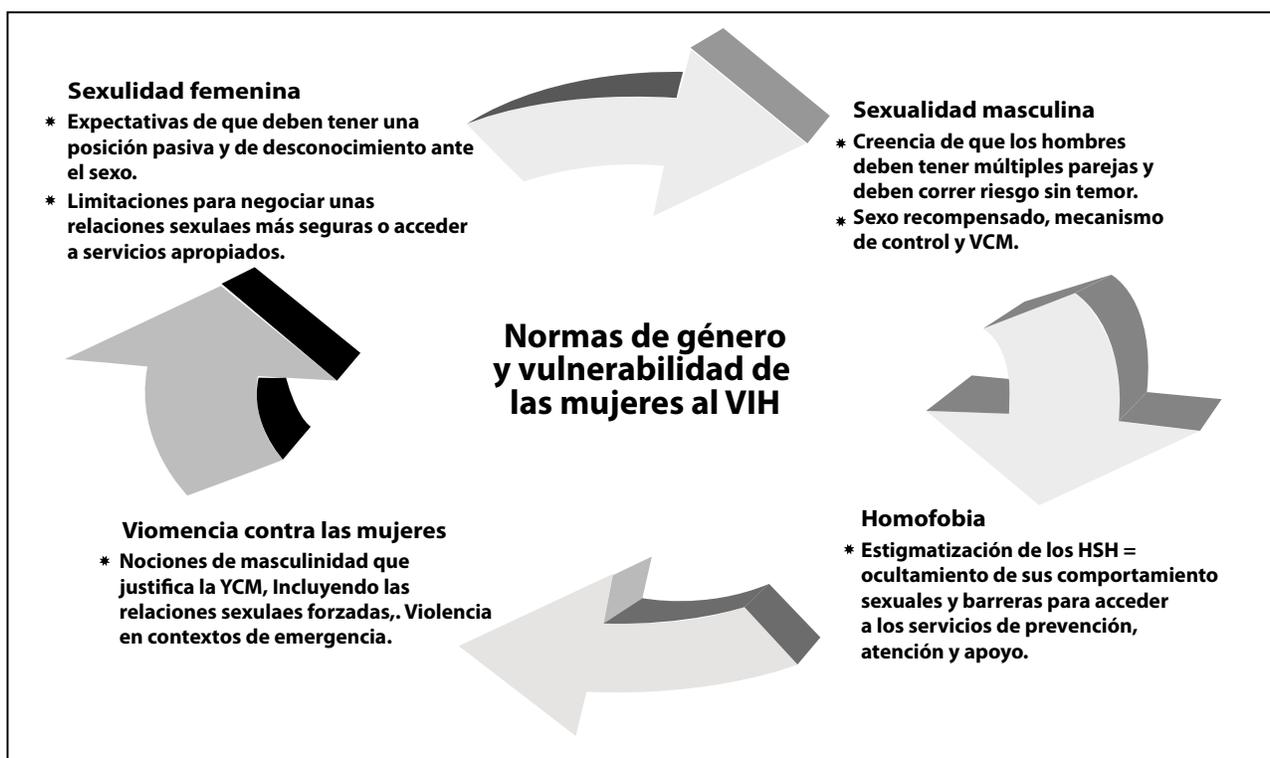
PATH 54 describe que una serie de comisarías de Chile han propuesto una serie de indicadores de riesgo vitales, que permitirían al personal policial evaluar si las mujeres que realizan denuncias por violencia intrafamiliar están en riesgo vital.

#### Los indicadores propuestos son los siguientes:

- El tipo de conducta del agresor con la víctima (amenazas, manipulación psicológica)
- Historia de actos de violencia
- Denuncias anteriores interpuestas por la víctima en la Comisaría de la Mujer o en la Policía Nacional
- Denuncias anteriores cuyo desenlace ha sido la mediación
- Características de la víctima (si depende o no económicamente del marido), entre otro

En el siguiente gráfico se presenta el círculo que lleva a la violencia contra las mujeres (VCM), partiendo de la creencia que la sexualidad masculina conlleva al hombre a que debe tener múltiples parejas y, al mismo tiempo, asumir una posición de poder o dominación sobre la mujer.

### Gráfico 21: Círculo de la violencia contra las mujeres



Fuente: Dinys Luciano. Integrando Programas y Servicios de VIH y Violencia contra las Mujeres. UNIFEM, 2009.

## 4.2. Relación entre VBG, salud sexual y reproductiva y VIH/Sida.

Las consecuencias de la VBG pueden resultar en muertes por homicidio o suicidio, así como en muertes relacionadas con el sida.

La probabilidad de transmisión del VIH, a través de un solo acto de relación sexual, anal o vaginal, con una persona infestadas por el virus es similar en magnitud a aquella asociada con la exposición percutánea (0.67% para aguja intravenosa y 0.4% por episodio de exposición percutánea en el ambiente hospitalario) .

### Factores que influyen en la probabilidad de transmisión de VIH durante un único episodio de contacto sexual

1. Tipo de relación (vaginal, anal u oral)
2. Presencia de trauma vaginal, anal u oral (incluyendo sangrado)
3. Sitio de eyaculación
4. Carga viral en el semen
5. Presencia de lesiones genitales o de ITS en el agresor y/o víctima
6. Uso de drogas intravenosas por el asaltante
7. Número de asaltantes
8. Frecuencia de los asaltos
9. Prevalencia de VIH en la región

Las acciones preventivas, en la detección y la atención, deben tomar en cuenta los factores que hacen que las mujeres estén en situación de mayor vulnerabilidad: biológica, sociocultural y económica; entre otros, se pueden mencionar los siguientes:

#### Factores biológicos:

- Mucosa genital más susceptible a desgarros
- Mayor superficie de contacto
- Mayor concentración de virus en el semen
- Duración de la exposición (hasta horas)
- Sexo sin lubricación, + abrasiones
- Adolescentes con epitelio inmaduro, + frágil
- Otras ITS que suelen ser asintomáticas
- Úlceras genitales

A continuación, en la tabla 4 se describe el impacto de la VBG sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva y el VIH/Sida, de acuerdo con los elementos programáticos de USAID.

**Tabla 4: VBG y el impacto en los programas de salud materno infantil**

Elementos programáticos	Área clave	Relación de VBG con los elementos programáticos.
<b>Planificación familiar</b>	Menos embarazos no planeados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer que ha sido violentada utiliza método de planificación familiar en forma clandestina</li> <li>• Sus parejas impiden el uso de un método</li> <li>• Parejas íntimas se niegan a usar condón</li> <li>• Mayor índice de embarazos no planeados</li> <li>• Mayor incidencia de abortos inseguros</li> <li>• Embarazo durante la adolescencia</li> </ul>
<b>Salud materno infantil</b>	Menor índice de mortalidad materna Mejorar la supervivencia infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso físico lleva a 4 - 15% de embarazos</li> <li>• Abuso durante el embarazo conlleva riesgo para la madre y el bebé</li> <li>• Mujeres violentadas por su pareja, están más propensas a problemas durante en el parto, así como a pre eclampsia o diabetes gestacional</li> <li>• Infantes de mujeres abusadas tienen mayor probabilidad de morir antes de los cinco años de edad.</li> <li>• Muestran tasas más elevadas de desnutrición y baja altura para su edad.</li> </ul>
<b>Mayor uso de respuestas mejoradas, eficaces y sostenibles para reducir la transmisión del VIH y para mitigar el impacto epidémico del VIH</b>	Menos ITS-VIH y sida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La violación puede resultar en la transmisión del VIH. Sobre todo porque, en la mayoría de los casos, se realiza sin protección y hay traumas vaginales o rectales, los cuales aumentan el riesgo de la transmisión del virus.</li> <li>• Víctimas de violencia sexual no pueden negociar el uso del condón.</li> <li>• El temor a ser víctima de un hecho de violencia puede impedir que la mujer se haga la prueba de VIH; o el solo hecho de realizársela puede desencadenar hechos de violencia contra la mujer.</li> <li>• La VBG afecta negativamente la capacidad de las mujeres con Sida, para poder tener una vida positiva, así como contar con acceso a la atención, tratamiento y apoyo.</li> <li>• El abuso de alcohol, por hombres y mujeres, se relaciona con la mujer teniendo el mayor riesgo de sufrir VBG, así como infección de VIH.</li> </ul>

Fuente: IGWG, USAID.2008. Programas de USAID aluden violencia basada en género: Guía para funcionarios de programas de salud. 2ª ed. Washington, D.C.: 2008

### Consecuencias en la salud relacionada a la VBG

La VBG siempre tiene repercusiones en la vida y salud de las víctimas como se describe en la tabla 5.

**Tabla 5: VBG y consecuencias en el bienestar de las mujeres**

Resultados fatales	Resultados no fatales		
	Físicos	Sexual y reproductivo	Psicológico y de conducta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femicidio</li> <li>• Suicidio</li> <li>• Mortalidad relacionada al Sida</li> <li>• Mortalidad materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracturas</li> <li>• Síndrome de dolor crónico</li> <li>• Permanente discapacidad</li> <li>• Enfermedades gastro intestinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección de transmisión sexual incluyendo VIH</li> <li>• Embarazo no intencionado</li> <li>• Complicaciones del embarazo</li> <li>• Traumatismo ginecológico</li> <li>• Complicaciones del aborto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión y ansiedad</li> <li>• Alteraciones del sueño y de la alimentación.</li> <li>• Uso de drogas y alcohol</li> <li>• Pobre autoestima</li> <li>• Estrés post traumático</li> <li>• Auto daño.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Heise et al, 1999

### 1. Principios para guiar las actividades de prevención de VBG

En el área de VBG se requiere prestar especial atención a la confidencialidad, privacidad, consentimiento informado, así como a los temas relacionados con la divulgación de la información. Debido a que las consecuencias son grandes para las mujeres sobrevivientes, en los aspectos de información las organizaciones deben seguir una serie de principios básicos, siendo el más importante el de no causar daño.

Entre los principios específicos se incluyen :

- Garantizar, por encima de todo, las actividades que respeten la seguridad y la autonomía de las sobrevivientes.
- Garantizar la relevancia y lo adecuado de las intervenciones para escenarios locales. Tener mucho cuidado con los aspectos culturales, cuando se quiera implementar intervenciones en otros contextos.
- Aplicar una perspectiva apropiada de salud pública y de derechos humanos. Utilizar información actualizada para resaltar la magnitud y los efectos de la VBG, así como su efecto en la salud de la víctima.
- Promover intervenciones multisectoriales que actúen en diversos niveles. Identificar ONG locales que sean activas en el tema, para tomar una decisión estratégica sobre acciones a implementar.
- Invertir en evaluación, tanto para monitorear los resultados como para proteger la seguridad de las mujeres sobrevivientes. Los programas se deben basar en lecciones aprendidas acerca de la VBG.

### Razones por las que las organizaciones comunitarias deben abordar la VBG .

Las estrategias de movilización comunitaria ofrecen un importante medio para mejorar la respuesta comunitaria ante la VBG, una vez que ésta ocurre.

Las razones más relevantes son:

- La prevención de VBG depende del cambio de las normas comunitarias sobre la igualdad de género y la aceptación de la violencia contra la mujer; las intervenciones destinadas a individuos no son suficientes.

- Los programas de movilización comunitaria pueden modificar las actitudes y las conductas relacionadas con la violencia, así como promover relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.
- Para prevenir VBG es necesario que los perpetradores de la violencia sean considerados como los verdaderos responsables, en lugar de culpar a las víctimas.
- Para garantizar una respuesta integral a las sobrevivientes de la violencia, se requiere la movilización de coaliciones y de prestadores de servicios de las redes de referencia en la comunidad, para que trabajen en forma conjunta.
- Los programas de movilización comunitaria tienen el potencial para mejorar el fortalecimiento económico de la mujer, lo cual constituye otra estrategia a largo plazo para evitar VBG.

En la tabla 6 se describen las acciones relacionadas con la movilización comunitaria como un medio importante para mejorar la respuesta de la comunidad ante la VBG.

**Tabla 6: Acciones comunitarias ante la VBG**

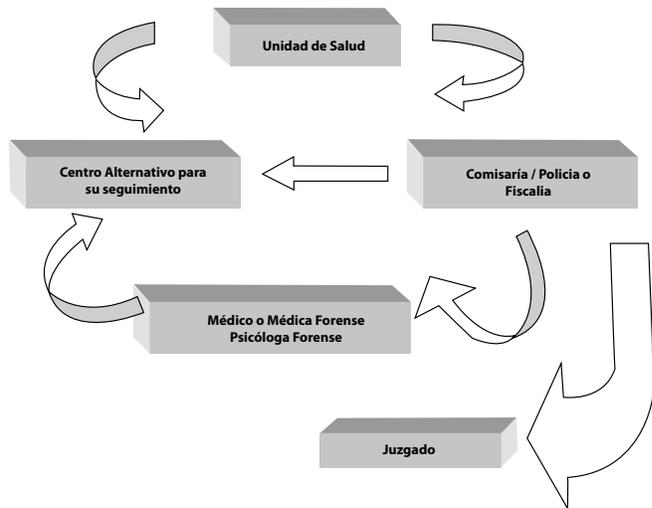
Acciones que deben implementar los programas de movilización Comunitaria	Acciones que no deben implementar los programas de movilización comunitaria
Fomentar la participación de cada sector de la comunidad, en un esfuerzo para comprender la violencia basada en género, diseñar soluciones e implementar y evaluar programas.	Imponer soluciones y normas desde afuera, sin la adecuada participación y contribución comunitaria.
Movilizar estructuras existentes (consejos locales, grupos femeninos, uniones de madres, tribunales tradicionales, comités de líderes, etcétera) y organizaciones de la comunidad, para que colaboren y brinden una respuesta integral a mujeres sobrevivientes de la violencia.	Lanzar campañas para alentar a mujeres a que busquen ayuda, antes de establecer recursos comunitarios para garantizar una respuesta adecuada a mujeres sobrevivientes de la violencia.
Involucrar a hombres como aliados para promover beneficios provenientes de igualdad de género, para toda la comunidad y promover modelos masculinos positivos.	Subestimar la importancia, el reto y el tiempo necesarios para cambiar creencias de los hombres, respecto a normas de género y eliminación de la violencia.
Alentar a las comunidades que responsabilicen a perpetradores y desafíen las normas que toleran la violencia contra la mujer como una práctica aceptable.	Aplicar estrategias basadas únicamente en acentuar mensajes positivos sobre la igualdad de género y las relaciones saludables.
Integrar estrategias de movilización comunitaria contra VBG, en proyectos de salud y desarrollo ya existentes, como los proyectos de salud reproductiva y VIH.	Subestimar desafíos que representa el hecho de lograr asociaciones eficaces con organizaciones que trabajan en temas diferentes, pero relacionados.
Considerar la necesidad de adaptar estrategias comunitarias importadas de otros contextos.	Pasar por alto normas socio-culturales, costumbres religiosas y prácticas locales.
Emplear diferentes estrategias para cambiar normas comunitarias, incluyendo medios de comunicaciones locales y abogacía política, activismo, capacitación y materiales de comunicación.	Concentrarse en una única estrategia que llegará solamente a un segmento limitado de la comunidad.
Realizar inversiones a largo plazo en actividades destinadas a cambiar normas comunitarias.	Esperar cambios inmediatos de normas y actitudes con respecto al género y la violencia.

Fuente: IGWG de USAID. 2008. Programas de USAID aluden violencia basada en género: Guía para funcionarios de programas de salud. 2da. ed. Washington, D.C.

### 4.3. Ruta crítica de atención a la violencia sexual

Nicaragua cuenta con la Norma 031 del MINSA: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, 2009, la cual establece que, al atender a una víctima de abuso sexual, la prioridad de atención siempre debe estar encaminada a preservar la vida, la salud y bienestar de la misma.

La Normativa 031 del Ministerio de Salud de Nicaragua, con las normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual, establece la siguiente ruta de atención a las víctimas:



#### Profilaxis Post Exposición

La norma instruye la prueba de VIH en los casos de violaciones y explotación sexual comercial, que acuden a los centros del Ministerio de Salud.

En relación con el VIH indica los siguientes pasos para la atención de las víctimas de violencia sexual:

#### En la atención inmediata:

- Consejería pre y post realización de prueba rápida para VIH.
- Explicar los signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y la necesidad de regresar por tratamiento, si ocurriese o si presentara cualquiera de estos signos y síntomas.
- Aplicar los esquemas de tratamiento en el manejo sindrómico de las ITS, así como esquema profiláctico del VIH.
- Hacer énfasis en la necesidad de usar un condón con su pareja, hasta que se descarte la positividad o no de infecciones de transmisión sexual o VIH”.

#### Justificación de la profilaxis post exposición:

- La infección sistémica no ocurre inmediatamente a la transmisión.
- Se produce una secuencia de eventos antes de producirse la viremia.
- Es durante esa fase de “ventana” que la profilaxis con antirretrovirales puede limitar la replicación viral local.
- Se debe iniciar, preferiblemente, antes de que exceda un tiempo de 36 horas, aunque algunos autores recomiendan en la primera hora.

A los 3 meses:

Haga pruebas de VIH y analice los resultados con los usuarios.

A los 6 meses:

Haga pruebas de VIH y analice los resultados con los usuarios.

#### **4.4. Marco legal contra la violencia en Nicaragua**

##### **Respaldo legal internacional**

El Marco Jurídico Internacional en Materia de Violencia de Género es amplio y es el resultado del reconocimiento de los derechos humanos de la mujer. Los principales instrumentos jurídicos internacionales referidos al derecho de las mujeres a vivir sin violencia han sido suscritos por Nicaragua, entre ellos:

Los logros más importantes en la lucha contra ese tipo de violencia en las últimas dos décadas han sido: la sensibilización a la población, la fijación de normas y la suscripción de los Estados de normas internacionales, la promulgación de leyes nacionales y el establecimiento de mecanismos para combatir la violencia contra la mujer.

Por ello, para erradicar de forma progresiva la violencia contra las mujeres la mayoría de los países en todo el mundo se han puesto de acuerdo para elaborar un marco jurídico internacional a través de convenciones y acuerdos donde los estados firmantes se comprometen a invertir esfuerzos para que las mujeres puedan vivir sin violencia.

Son una valiosa herramienta legal y jurídica que ampara, protege y defiende los derechos humanos de las mujeres. El Estado de Nicaragua ha firmado las siguientes convenciones y acuerdos internacionales que lo obligan a erradicar la violencia contra las mujeres:

1. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; conocida como Cedaw, firmada en 1981. Dice que el Estado debe contribuir a eliminar la violencia contra las mujeres y brindarnos herramientas para reclamar los derechos y a integrar los espacios públicos sin distingo de ninguna clase.
2. Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, firmada en 1993. Obliga a los estados firmantes a condenar la violencia contra la mujer y no practicar ninguna costumbre, tradición o credo religioso que le impida cumplir con su deber de eliminar la violencia. Para esto debe abstenerse de practicar la violencia contra las mujeres, así como prevenir, investigar y castigar todo acto de violencia en su contra, se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares.
3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, llamada Belem do Pará, firmada en 1994. Reafirma los derechos humanos de las mujeres y establece que tienen derecho a que se respete su vida, su dignidad e integridad física, mental y moral. Reafirma la igualdad ante la ley y a ser libres, estar seguras y no ser sometidas a tortura. También el derecho a ser amparadas contra actos que violen sus derechos y por tanto a procesos ágiles y efectivos en los tribunales competentes. Reconoce los derechos políticos de organización y participación en el destino político del país, derecho a elegir y ser electas a cargos públicos.
4. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995. Reconoce como crímenes contra la humanidad la violencia sexual, la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada y los embarazos obligados.

## Respaldo legal nacional

En Nicaragua, el Estado ha impulsado leyes y reformas para combatir la violencia, entre ellos se encuentran:

1. la Constitución Política de Nicaragua (1987 y su reforma)
2. Ley 150 o Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal (1992)
3. Ley 230 o Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal (1994)
4. Ley 212, creadora de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (1996)
5. Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia (1998)
6. Ley No. 351, Organización del Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia y la Defensoría de las Niñas, Niños y Adolescentes (2000)
7. Ley 392, Promoción y Desarrollo Integral de la Juventud (2001)
8. El Código Procesal Penal (2001)
9. Ley 423, Ley General de Salud (2002) y su Reglamento
10. El Art. 211 del Reglamento de la Ley General de Salud. Ley 228
11. Ley de la Policía Nacional, que brindó asidero para la institucionalización de la Comisaría de la Mujer y la Niñez
12. Ley de Paternidad y Maternidad Responsable (2007)
13. Ley 648. Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades (2008)
14. Ley 641. El Código Penal (2008)
15. Ley 779 Ley Integral Contra la Violencia hacia las Mujeres, y de Reformas a la Ley 641 Código Penal de la Republica de Nicaragua (2012)
16. Ley 820 Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y SIDA, para su Prevención y Atención. (2012)

A manera sucinta relataremos de qué trata cada cuerpo normativo:

**La Constitución Política de Nicaragua:** Además de establecer como un derecho constitucional “los derechos fundamentales de los y las nicaragüenses, en su “preámbulo consagra el respeto absoluto a los derechos humanos.

De igual forma la norma constitucional el reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, así como el irrestricto respeto, promoción y protección de éstos en todo el territorio nacional, la plena vigencia de los derechos consignados en los más importantes instrumentos jurídicos internacionales, siendo que la tutela y protección una obligación del Estado. (Artículo 46 Cn)

Otros aspectos que regula la norma constitucional es el principio de igualdad ante la ley para gozar de protección sin ningún tipo de discriminación. (Artículo 27) así como, el derecho a la protección a la integridad física y moral de todos los nicaragüenses. (Artículos 24, 25 y 36 Cn)

También la Constitución Política de Nicaragua, establece que los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud, porque el Estado deberá establecer las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Correspondiéndole además dirigir y organizar programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma, teniendo los ciudadanos la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen. (Artículo 59 Cn)

En lo que concierne a las relaciones familiares la norma constitucional establece que estas relaciones deben basarse en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer. (Artículo 76 Cn)

**Ley 143: Ley de Alimentos:** Respaldada el derecho de hijas e hijos a ser protegidos. Esta ley dice que hombres y mujeres somos responsables por igual del cuidado, educación y formación de las hijas e hijos. Por tanto, estas responsabilidades no desaparecen aunque la pareja se separe o si el hombre y la mujer nunca han vivido juntos. La mujer debe defender este derecho y ser la representante de las hijas e hijos en trámites legales para que el padre cumpla con su obligación sin ser víctima de ningún acto de violencia.

**Ley 623: Ley de Responsabilidad Paterna y Materna:** Respaldada el derecho de hijas e hijos a tener padre y madre, apellidos y la manutención y crianza de parte de ambos. Obliga a los hombres a cumplir su responsabilidad y facilita los trámites al momento de una demanda judicial por alimentos. Permite a la madre y padre a inscribir a sus hijas e hijos con los apellidos de ambos. Si el hombre no quiere reconocer su paternidad, él deberá probar, mediante un proceso establecido en la misma ley, que no es el padre. Si la prueba sale positiva, los costos del proceso los paga el hombre. Si sale negativa, la mujer deberá pagarlos.

**Ley 38: Ley de Disolución del Vínculo Matrimonial por Voluntad de una de las Partes, conocida como la ley del divorcio unilateral:** Respaldada el derecho de mujeres y hombres a separarse cuando una de las partes lo considera necesario. No tiene que presentar ninguna justificación. Esto favorece a las mujeres a la hora de querer separarse, aunque el marido no lo desee y permite solicitar repartición de bienes, si los hay. En caso de situaciones de violencia, durante el proceso de divorcio la mujer puede exigir medidas de protección de urgencia.

**Ley 648: Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades:** Obliga a las instituciones del Estado a formular políticas públicas, planes, programas y proyectos para hacer efectiva la igualdad entre mujeres y hombres en todos los campos: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Urge que esta ley sea reglamentada para acelerar su cumplimiento.

**Ley 423: Ley General de Salud y su Reglamento:** establece que es responsabilidad del Ministerio de Salud y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución sistemática del impacto que la violencia ejerza sobre la salud. (Artículo 28)

**Ley 287: Código de la Niñez y la Adolescencia:** Obliga a la autoridad administrativa que cuando tuviere conocimiento por cualquier medio, que alguna niña, niño y adolescente se encuentre en cualquiera de las circunstancias establecidas en el artículo 76 de este Código, deberá iniciar de inmediato la investigación y comprobación de dichas circunstancias". (Artículo 80).

Además, este mismo código establece que las personas que por acción u omisión realicen maltrato, violencia o abuso físico, psíquico o sexual, estarán sujetos a las sanciones penales que la ley establece. La autoridad administrativa correspondiente queda obligada a tomar las medidas necesarias para proteger y rescatar a las niñas, niños y adolescentes cuando se encuentre en peligro su integridad física, psíquica o moral. Podrá contar con el auxilio de la policía, la que deberá prestarlo sin mayor trámite. (Artículo 85)

**Ley 641: El Código Penal:** La legislación penal regula lo referido a la violencia, y la define de la siguiente manera: "...Quien ejerza cualquier tipo de fuerza, violencia o intimidación física o psíquica contra quien sea o haya sido su cónyuge o conviviente en unión de hecho estable o contra la persona a quien se halle o hubiere estado ligado de forma estable por relación de afectividad, o sobre las hijas e hijos propios, del cónyuge o del conviviente fuera de los casos del derecho de corrección disciplinaria, o sobre ascendientes o discapacitados que convivan con él o con ella, o que se hallen sujetos a la patria potestad, tutela o guarda de uno u otro..." (Artículo 155 Pn)

Asimismo en el CAPÍTULO II DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL, de este Código, también se encuentran tipificados aquellos tipos penales en los que se ejerce violencia e intimidación, Violación, Violación a menores de catorce años, Violación agravada, Estupro, Estupro agravado, Abuso sexual, Incesto, Acoso sexual,

Explotación sexual, pornografía y acto sexual con adolescentes mediante Pago, Trata de personas con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción

**Ley 779:** Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal” aprobada por la Asamblea Nacional el 26 de enero de 2012: tiene como objetivo el actuar contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres y con el propósito de proteger los derechos humanos de las mujeres y garantizarle una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y no discriminación; establecer medidas de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las mujeres víctimas de violencia, impulsando cambios en los patrones socioculturales y patriarcales que sostienen las relaciones de poder. (Artículo 1)

El alcance de esta ley es que es que se de aplicación tanto en el ámbito público como en el privado a quien ejerza violencia contra las mujeres de manera puntual o de forma reiterada. Por lo que los efectos de esta Ley, serán aplicables a quien se halle o hubiere estado ligado por relación de consanguinidad, afinidad, sujetos a tutela, cónyuge, ex-cónyuge, conviviente en unión de hecho estable, ex conviviente en unión de hecho estable, novios, ex novios, relación de afectividad, desconocidos, así como cualquier otra relación interpersonal que pueda generar este tipo de violencia. (Artículo. 2)

### ¿Qué tipos de violencia?

**Violencia en el ámbito público:** Es la que por acción u omisión dolosa imprudente, tiene lugar en la comunidad, en ámbito laboral e institucional cualquier otro lugar, que sea perpetrada en contra de los derechos de la mujer por cualquier persona o por el Estado, autoridades o funcionarios públicos.

**Violencia en el ámbito privado:** Es la que se produce dentro del ámbito familiar o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Artículo. 3. Políticas públicas de protección integral hacia la víctima de violencia

### ¿Qué derechos están protegidos?

La Ley 779, establece que todas las mujeres tienen derecho tanto en el ámbito público como en el privado a vivir una vida libre de violencia, a su libertad e integridad sexual y reproductiva, así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humanos y libertades consagradas en la Constitución Política de la República de Nicaragua, en el ordenamiento jurídico nacional e instrumentos internacionales sobre derechos humanos. (Artículo 7).

**Formas de violencia contra la mujer:** Lo novedoso de la Ley 779: Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal, en su Artículo 8, regula y define las diferentes formas de violencia, estableciendo que la violencia hacia la mujer en cualquiera de sus formas y ámbito debe ser considerada una manifestación de discriminación y desigualdad que viven las mujeres en las relaciones de poder, reconocida por el Estado como un problema de salud pública, de seguridad ciudadana y en particular:

- Misoginia: Son conductas de odio hacia la mujer y se manifiestan en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer.
- Violencia física: Es toda acción u omisión que pone en peligro o daña la integridad corporal de la mujer, que produzca como resultado una lesión física.

- **Violencia en el ejercicio de la función pública contra la mujer:** Aquella realizada por autoridades o funcionarios públicos, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar, denegar o impedir que las mujeres tengan acceso a la justicia y a las políticas públicas.
- **Violencia psicológica:** Acción u omisión destinada a degradar controlar las acciones, comportamientos, decisiones y creencias de la mujer por medio de la intimidación, manipulación, coacción, comparaciones destructivas, vigilancia eventual o permanente, insultos, amenaza directa indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud mental, la autodeterminación su desarrollo personal.
- **Violencia sexual:** Toda acción que obliga a la mujer a mantener contacto sexual, físico o verbal, o participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad o su libertad sexual, independientemente que la persona agresora pueda tener con la mujer una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco.

### **Delitos de violencia contra las mujeres y sus penas**

- **Artículo 9. Femicidio**

Comete el delito de femicidio el hombre que, en el marco de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, diere muerte a una mujer ya sea en el ámbito público o privado, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- **Artículo 169 Violación agravada:** “Se impondrá la pena de doce a quince años de prisión cuando:
  - a) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella;
  - b) La violación sea cometida con el concurso de dos o más personas;
  - c) Cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de enfermedad o discapacidad física o psíquica para resistir, o se trate de una persona embarazada o mayor de sesenta y cinco años de edad;
  - d) Resulte un grave daño en la salud de la víctima;
  - e) Que la víctima resulte embarazada a consecuencia de la violación.

### **4.5. Dónde buscar apoyo en casos de violencia de género**

Las Comisarías de la Mujer y la Niñez son una instancia especializada de la Policía Nacional de Nicaragua creadas para dar respuesta a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual, brindando atención diferenciada, realizando actividades de atención, investigación y prevención con eficiencia, calidad y calidez. Las comisarías se encuentran en cada una de las cabeceras departamentales del país existiendo un directorio en el documento del Sistema de Naciones Unidas en Nicaragua de 2010 en el que se detallan direcciones y números telefónicos de cada una de las comisarías así como centros alternativos u organizaciones de mujeres.

Muchas de estas organizaciones no gubernamentales acompañan a las mujeres cuando tienen que denunciar delitos, algunas ofrecen refugio cuando las mujeres deciden huir de la violencia. En el documento de Naciones Unidas en Nicaragua se incluyen más de 100 organizaciones que trabajan en el tema de la violencia.

---

## Referencias bibliográficas

---

WHO, Department of Gender, Women and Health. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs. 2002

Miller T R, Cohen M A, Rossman S B. Victim costs of violent crime and resulting injuries. Health Affairs, 1993, 12:186-197.

Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf). [Acceso el 27 de abril de 2012].

United States GHI Targets. Accessible at: <http://www.ghi.gov/about/goals/index.htm>. [Acceso el 27 de abril de 2012].

WHO, Department of Gender, Women and Health. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs. 2009.

Disponible en <http://www.pepfar.gov/ppp/girls/index.htm>. [Acceso el 27 de abril de 2012].

Preventing HIV infection in women: a global health imperative. Abdool Karim Q, Sibeko S, Baxter C. Clin Infect Dis. 2010 May 15;50 Suppl 3:S122-9. Review. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021824/>. [Acceso el 27 de abril de 2012].

UNAIDS HIV and AIDS Estimates and Data, 2001 - 2007. Report on the Global AIDS Epidemic. 2008. cited; Available from: [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511\\_GR08\\_ExecutiveSummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_en.pdf). [Acceso el 27 de abril de 2012].

Khan M, Pillay T, Moodley JM, Connolly CA. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. AIDS (London, England) 2001 Sep 28;15(14):1857-63

Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002) Br J Obstet Gynaecol. 2005 Sep;112(9):1257-63.

Grimberg M. Sexuality, bodily experiences, and gender: an ethnographic study of persons living with HIV in Greater Metropolitan Buenos Aires, Argentina. Cad Saude Publica. 2009 Jan;25(1):133-41

Pinto RM, Melendez RM, Spector AY. Male-to-Female Transgender Individuals Building Social Support and Capital From Within a Gender-Focused Network. J Gay Lesbian Soc Serv. 2008 Sep 1;20(3):203-220.

Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS (London, England)* 2004 Jul 2;18(10):1435–42.

Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *The Lancet*. 2001;357(9263):1149–53.

Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis*. 2005 May 1;191(9):1403–9.

Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology*. 1999;150(3):306

Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*. 2002 Jun 1;359(9321):1896–903.

Ramjee G. Chapter 15: Female Sex Workers. In: Abdool Karim SS, Abdool Karim Q, editors. *HIV/AIDS in South Africa*. Cambridge University Press; Cape Town: 2005. pp. 285–97

Kim J, Ferrari G, et al. Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: the IMAGE study in South Africa. *Bull World Health Organ*. 2009 Nov; 87(11):824–32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770274/?tool=pubmed>. [Acceso el 27 de abril de 2012].

Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, et al. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *Am J Public Health*. 2007 Oct;97(10):1794–802. Epub 2007 Aug 29.

Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1331–7

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntryre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363(9419):1415–21

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al. Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa. *Am J Epidemiol*. 2004;160(3):230–9

Sikkema KJ, Neufeld S, et al. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa. *AIDS Behav*. 2010 Apr;14(2):431–9.

Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232–7

El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City. *Soc Sci Med* 2005;61:171–83

Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of “crack” cocaine among

female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000; 76:292-3.

Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, et al. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. Shoveller J, Montaner JS, Tyndall MW. *BMJ*. 2009 Aug 11;339:b2939. doi: 10.1136/bmj.b2939.

Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, et al. Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19(2):106-12. Epub 2008 Jan 9.

Phorano O, Nthomang K, Ntseane D. Alcohol abuse, gender-based violence and HIV/AIDS in Botswana: establishing the link based on empirical evidence. *SAHARA J*. 2005 Apr; 2(1):188-202.

El-Bassel N, Gilbert L, Krishnan S, et al. Partner violence and sexual HIV-risk behaviors among women in an inner-city emergency department. *Violence Vict*. 1998;13:377-393

Wingood GM, DiClemente RJ. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *Am J Public Health*. 1997;87:1016-1018.

Vlahov D, Wientge D, Moore J, et al. Violence among women with or at risk for HIV infection. *AIDS Behav*. 1998;2:53-60.

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363:1415-1420

USAID|PASCA. Primer Conversatorio Nacional. EPIDEMIA DEL VIH, VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL. Avances y desafíos: puesta en marcha de una agenda conjunta. Managua Nicaragua. Marzo 2012.

Correa, C. & Cubillan, F. (2009). Salud sexual y reproductiva: Desde una mirada de género. Manual de capacitación. Maracay: IAES.2009. Disponible en: [http://www.bvs.org.ve/libros/salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.bvs.org.ve/libros/salud_sexual_reproductiva.pdf) [Acceso el 27 de abril de 2012].

PNUD. América Latina Genera RSCLAC. Octubre 2010. Disponible en: [http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema\\_diversidad.pdf](http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_diversidad.pdf) [Acceso el 27 de abril de 2012].

ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra, octubre de 2011.

Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH. Disponible en: [http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm\\_documentospub/glosario\\_genero.pdf](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/glosario_genero.pdf) [Acceso el 27 de abril de 2012].

Aggleton Peter, Parker Richard et al. Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción. Disponible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf> [Acceso el 27 de abril de 2012].

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. México. 2009. Disponible en: <http://www.undp.org.mx/spip.php?article205> [Acceso el 27 de abril de 2012].

OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.  
Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2003.

Tomado de presentación en ppt de: USAID|Iniciativa de Políticas en Salud. Marco conceptual de la violencia.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999; Guedes, 2004

IGWG de USAID. Programas de USAID Aluden Violencia Basada en Género: Guía para Funcionarios de Programas de Salud. 2da. ed. Washington, D.C. 2008 Disponible en: [http://www.igwg.org/igwg\\_media/GBVGuide08\\_Spanish.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/GBVGuide08_Spanish.pdf)

Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR100/FR100.pdf>. [Acceso el 27 de abril de 2012].

Instituto de Medicina Legal. Poder Judicial. Nicaragua. Informe estadístico anual de servicios médico- legal, Nicaragua 2010. Disponible en: [http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/iml/pdf/Anuario\\_2010.pdf](http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/iml/pdf/Anuario_2010.pdf). [Acceso el 28 de abril de 2012.] Disponible en: [http://www.reddemujerescontralaviolencia.org.ni/index.php?option=com\\_content&task=view&id=129&Itemid=57](http://www.reddemujerescontralaviolencia.org.ni/index.php?option=com_content&task=view&id=129&Itemid=57) [Acceso el 7 de diciembre de 2012.]

INIDE. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006 – 2007 Junio 2008. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/>. [Acceso el 28 de abril de 2012.]

Ministerio de Salud, CDC-GAP. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables. ECVC Nicaragua 2009.

Am J Emerg Med. 2000; 18: 282-87.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 51(No. RR-6):69-74. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/rr5106.pdf>.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Violencia de género, ITS y VIH/SIDA. Secretaria de Salud de México. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/congreso2011/Violencia\\_de\\_genero\\_ITS\\_VIH\\_SIDA.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/congreso2011/Violencia_de_genero_ITS_VIH_SIDA.pdf). [Acceso el 20 de abril de 2012].

IGWG de USAID. Programas de USAID Aluden Violencia Basada en Género: Guía para Funcionarios de Programas de Salud. 2d. ed. Washington, D.C. 2008.

Normativa 031 MINSA: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, Managua, noviembre 2009 Disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com\\_remository&Itemid=52&func=startdown&id=7852](http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=startdown&id=7852). [Acceso el 27 de abril de 2012].

Ley General de Salud, Ministerio de Salud Nicaragua y Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, Managua, Mayo 2003.

Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley no. 287. Nicaragua. Marzo de 1998.

Disponible en: [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/9AB516E0945F3B6E062571A1004F4BDE](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/9AB516E0945F3B6E062571A1004F4BDE) [Acceso el 28 de abril de 2012].

Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la ley no. 641, “código penal”.

Disponible en: [http://www.asamblea.gob.ni/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=325](http://www.asamblea.gob.ni/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=325) [Acceso el 27 de abril de 2012].

Código de la Policía con Asistencia Integrada a través de la ‘Comisaría de la Mujer’ – Código 118

Sistema de las Naciones Unidas en Nicaragua. Violencia contra las mujeres. ¿Qué hacer? ¿Dónde acudir? Directorio de organizaciones que trabajan en prevención y atención a la violencia contra las mujeres/Sistema de las Naciones Unidas en Nicaragua—1ª ed.—Managua: ONU. 2010. Disponible en: [http://www.undp.org.ni/files/doc/1297707054\\_unifem-guia-1-\[30-oct-2010\].pdf](http://www.undp.org.ni/files/doc/1297707054_unifem-guia-1-[30-oct-2010].pdf). [Acceso el 27 de abril de 2012].

**Tema III:  
Reducción del estigma y discriminación ante el VIH**

<b>Tema: Reducción del estigma y discriminación ante el VIH</b>	109
1. Estigma y discriminación asociado al VIH	111
1.1. Concepto de estigma	112
1.2. Concepto de discriminación	112
2. Derechos Humanos ante el VIH, Ley 820 y Resolución Ministerial 249-2009	115
2.1. Definición de Derechos Humanos	115
2.2. Características básicas de los Derechos Humanos	116
2.2.1. ¿Cuáles son los Derechos Humanos?	116
2.3. Derechos Humanos y VIH	117
Bibliografía	

## **INDICE DE FIGURAS Y CUADROS**

Figura 1: El círculo vicioso de estigmatización y marginación	114
Cuadro 1: Efectos del estigma y la discriminación relacionados con el SIDA sobre el proceso continuo de prevención-atención-tratamiento (adaptado de Busza, 1999).	115

## 1. Estigma y discriminación asociado al VIH.

**L**a epidemia del VIH, desde su inicio ha sido acompañada de estigma y discriminación, lo que ha aumentado el impacto de esta epidemia, creando importantes obstáculos en la prevención de nuevas infecciones y en la respuesta a la atención, tratamiento y apoyosicosocial adecuados.

El estigma asociado al VIH se apunala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte y el consumo de drogas.<sup>1</sup>

La estigmatización conduce a la discriminación y consecuentemente a la violación de los derechos humanos de las personas. Existe un consenso a nivel mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación asociados al VIH que fue reflejado y, al mismo tiempo, aprobado en la Declaración de Compromiso, adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001.

En la Declaración quedó plasmado que trabajar por la reducción del estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y atención eficaz y oportuna. En esta se reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH, es una violación de los derechos humanos.

La discriminación relacionada con el VIH no sólo debe considerarse una violación de los derechos humanos, sino que también es necesario abordarla junto con el estigma para alcanzar las metas de salud pública y hacer retroceder la epidemia. Las respuestas al VIH representan un proceso continuo de prevención, atención y tratamiento, y los efectos negativos del estigma y la discriminación pueden encontrarse en cada uno de estos aspectos de la respuesta. En condiciones ideales, las personas deberían ser capaces de solicitar y recibir asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales (APVC) con el fin de conocer su estado relativo al VIH sin miedo a las repercusiones.<sup>1</sup>

Las personas que tengan una prueba negativa deben recibir consejería para identificación de riesgo, ayudarle a elaborar un plan de prevención que incluya el cambio de comportamiento y se puedan mantener negativas, mientras que las personas con resultado positivo deben recibir la atención y tratamiento disponible, así como consejería para cambios de comportamientos con un enfoque de “prevención con positivos”, que les sea útil para proteger a otras personas de la infección y protegerse sí mismos de la reinfección.

Es necesario implementar acciones para reducir el estigma y la discriminación relacionados Con el VIH, comenzando por comprender estos conceptos, describir cómo se manifiestan y analizar las relaciones que existen entre ellos.

### **1.1. Concepto de estigma.**

El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que «desacredita significativamente» aun individuo ante los ojos de los demás.<sup>1</sup> El estigma del VIH/SIDA se refiere a actitudes, creencias y políticas desfavorables dirigidas hacia las personas de quienes se percibe que tienen el VIH/SIDA, así como hacia sus seres queridos, asociados, grupos sociales y comunidades.<sup>3</sup>

Los atributos que justifican el estigma pueden ser totalmente arbitrarios; por ejemplo, color de la piel, manera de hablar o preferencias sexuales. Dentro de culturas o contextos particulares, ciertos atributos se magnifican y son definidos por los demás como deshonrosos o indignos.

El estigma relacionado con el VIH refuerza connotaciones negativas, asociando al VIH y el sida con comportamientos marginados, como el trabajo sexual, el consumo de drogas, las opciones y prácticas homosexuales y transexuales. Se considera a menudo que las personas con VIH se merecen su estado VIH-positivo porque han hecho algo «malo».

El hecho de atribuir la culpa a personas y grupos catalogados como “diferentes”, hace que los demás puedan excluirse a sí mismos de reconocer su propio riesgo, afrontar el problema, cuidar o apoyar a las personas afectadas.

El estigma también se expresa en el lenguaje. Desde el inicio de la epidemia, se ha asociado al VIH con muerte, culpa y castigo, delincuencia y horror. Este tipo de lenguaje refuerza el sentimiento de culpa y el distanciamiento de las personas, favoreciendo la aparición del miedo de las personas a las enfermedades mortales. El estigma basado en el miedo puede atribuirse en parte al temor por las consecuencias que pudiera tener la infección por el VIH, sobre todo, la mortalidad asociada, el miedo relacionado con la transmisión o el miedo derivado de corroborar el debilitamiento que acompaña al sida.

El estigma relacionado con el VIH y sida se entremezcla con las desigualdades sociales y las refuerza. Esas desigualdades se relacionan particularmente con el sexo, raza y etnia, y con la sexualidad. Es habitual, por ejemplo, que los varones y las mujeres no afronten la situación de la misma forma cuando están infectados, o creen que están infectados, por el VIH. Es más probable que se culpe a las mujeres aun cuando la fuente de la infección sea su esposo, y las mujeres infectadas tienen menos probabilidades de ser aceptadas por su comunidad. Este proceso se vincula con desigualdades ancestrales en función del sexo, fundamentadas en ciertas ideas sobre la masculinidad y feminidad, que han determinado que históricamente se culpe a las mujeres de la propagación de todo tipo de enfermedades de transmisión sexual, y ello como consecuencia de su presunta «promiscuidad». De forma similar, la inculpaación de las personas homosexuales y transexuales entronca con la estigmatización que sufren desde hace mucho tiempo a causa de suposiciones sobre su modo de vida y sus prácticas sexuales. La creación de estereotipos raciales y étnicos también interactúa con el estigma asociado al VIH y Sida.<sup>1</sup>

### **1.2. Concepto de discriminación**

Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación.

La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados. La discriminación, tal como la define el ONUSIDA (2000) en su Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV4, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente, pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto –en el caso del VIH y el SIDA,

el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona-, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.<sup>1</sup>

Nuestra Legislación Penal en el capítulo IV, numeral 5) del Artículo 36, establece como agravantes de la responsabilidad penal, las formas de discriminación, cita textual “Discriminación. Cuando se comete el delito por motivos raciales, u otra clase de discriminación referida a la ideología u opción política, religión o creencias de la víctima; etnia, raza o nación a la que pertenezca; sexo u orientación sexual; o enfermedad o discapacidad que padezca.” (Numeral 5 Artículo 36 Pn).

Asimismo, establece las sanciones aplicables en los casos de DELITOS CONTRA LOS DERECHOS LABORALES estableciendo en el CAPÍTULO ÚNICO Art. 315 Discriminación, servidumbre, explotación, las sanciones a quienes discriminen en el empleo por razón de nacimiento, nacionalidad, afiliación política, raza, origen étnico, opción sexual, género, religión, opinión, posición económica, discapacidad, condición física, o cualquier otra condición social, será penado con prisión de seis meses a un año y de noventa a ciento cincuenta días de multa.

También establece que la pena para los delitos señalados anteriormente se agravará hasta la mitad del límite máximo del delito de que se trate, cuando sean cometidos:

- a) En perjuicio de niños o niñas; o
- b) Mediante violencia o intimidación.

Si concurren ambas circunstancias, la pena se agravará hasta las tres cuartas partes del límite máximo del delito respectivo.

Ahora bien, la discriminación relacionada con el VIH se puede producir a distintos niveles. Existe discriminación en el contexto familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como «estigma declarado». Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o negarles servicios o derechos.

Ley 820 **LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH y Sida, PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN**, en su Capítulo Primero, artículo 3. Sobre principios éticos, refleja en su inciso l), establece la No discriminación como uno de sus principios éticos, y lo define como:

**“No Discriminación:** Se refiere al acto de no hacer distinción o segregación que atente contra la igualdad. Normalmente se utiliza para referirse a la no violación de la igualdad de derechos para los individuos por cuestión social, edad, racial, religiosa, política, orientación sexual, discapacidad o por razones de género.” (Artículo 3 Ley 820 **ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención**)-

Algunos ejemplos de este tipo de discriminación contra las personas que viven con el VIH son: ostracismo, como la práctica de obligar a las mujeres a volver a su familia de origen cuando se las diagnostica como VIH-positivas, después de que aparezcan los primeros signos de la enfermedad o después de que haya fallecido su pareja a causa del SIDA; elusión y evitación del contacto diario; hostigamiento verbal; violencia física; desacreditación y culpabilidad; murmuración, y denegación de los ritos funerarios tradicionales.<sup>1</sup>

Se puede dar discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, tal como el lugar de trabajo, unidades de salud, cárceles y centros educativos. Esta discriminación se pudiera expresar en diferentes formas tal como se menciona a continuación.

En las Unidades de Salud: Menor nivel de calidad de la atención; negación del acceso a asistencia y tratamiento; pruebas del VIH sin consentimiento; falta de confidencialidad, incluido el hecho de revelar el estado seropositivo a familiares, y actitudes negativas por parte de los prestadores de salud.

En el Lugar de trabajo: Nenegación de empleo a causa del estado seropositivo; pruebas obligatorias del VIH, y exclusión de las personas VIH-positivas de los planes de pensiones o prestaciones médicas. Como vimos anteriormente el Código Procesal Penal, establece las sanciones a quien discriminación en razón del empleo (Arto. 315 Pn)

Lo que es ratificado por el TÍTULO XVIII de DELITOS CONTRA LOS DERECHOS Y GARANTIAS CONSTITUCIONALES, en su Capítulo II, ratifica esta tutela constitucional al establecer:

“Quien impida o dificulte a otro el ejercicio de un derecho o una facultad prevista en la Constitución Política de la República de Nicaragua, leyes, reglamentos y demás disposiciones, por cualquier motivo o condición económica, social, religiosa, política, personal u otras condiciones, será sancionado con pena de prisión de seis meses a un año o de trescientos a seiscientos días de multa.” (Artículo 427 Pn)

#### Así como también prohíbe la “Promoción de la discriminación;

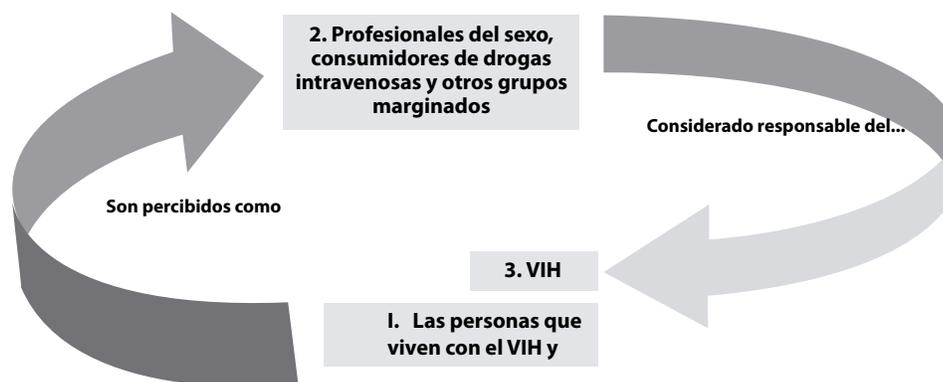
“...Quien públicamente promueva la realización de los actos de discriminación, señalados en el artículo anterior, será penado de cien a quinientos días de multa...” (Artículo 428 Pn)

En las Escuelas: Prohibición de matricular a niños afectados por el VIH, o despido de maestros VIH-positivos.  
En las Prisiones: Segregación obligatoria de los reclusos VIH-positivos y exclusión de las actividades colectivas.

El estigma y la discriminación están interrelacionados, de modo que se refuerzan mutuamente. El estigma constituye la raíz de los actos discriminatorios al inducir a las personas a realizar acciones u omisiones que dañan o niegan servicios o derechos a los demás. La discriminación puede describirse como la «puesta en escena» del estigma. Al mismo tiempo, la discriminación fomenta y refuerza el estigma.<sup>1</sup>

#### En el siguiente esquema podemos apreciar el círculo vicioso de la estigmatización y discriminación asociado al VIH.

**Figura 1: El círculo vicioso de estigmatización y marginación**



El hecho de discriminar se puede catalogar como una violación de los derechos humanos. El principio de no discriminación, basado en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas, está estipulado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos de derechos humanos<sup>6</sup>.

Estos documentos, entre otros, prohíben la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, propiedad, nacimiento u otras condiciones.

La Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos ha determinado que la expresión «u otras condiciones», utilizada en diversos instrumentos de derechos humanos, «debería interpretarse de forma que englobe el estado de salud, incluido el VIH/sida», y los criterios existentes.<sup>1</sup>

<b>Cuadro 1: Efectos del estigma y la discriminación relacionados con el SIDA sobre el proceso continuo de prevención-atención-tratamiento (adaptado de Busza, 1999).</b>
<b>Baja percepción del riesgo individual porque sólo se consideran vulnerables los grupos estigmatizados</b>
<b>Renuencia a conocer el propio estado serológico por miedo a repercusiones negativas</b>
<b>Mayor vulnerabilidad de otros</b>
<b>Consejería y apoyo inadecuados o insuficientes</b>
<b>Denegación de atención y tratamiento adecuado de las personas con VIH</b>
<b>No solicitar asistencia por miedo al reconocimiento público del estado serológico</b>
<b>La estigmatización de comportamientos asociados (consumo de drogas, trabajo sexual) limita la eficacia de las intervenciones para reducir el daño</b>
<b>Falta de planificación anticipada</b>

Fuente: Este cuadro ha sido adaptado de: Busza J. (1999). Challenging HIV-related stigma and discrimination in SoutheastAsia: past successes and future priorities.

## **2. Derechos Humanos ante el VIH, Ley 820 y Resolución Ministerial 249-2009**

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, en la cual murieron millones de personas, se integró un grupo de líderes de decenas de países, para detener los abusos contra las personas en el mundo. Este grupo de líderes formaron la Organización de Naciones Unidas, que en 1948 elaboró y firmó un documento llamado Declaración Universal de los Derechos Humanos,<sup>6</sup> en el cual se afirma que todas las personas somos iguales, y que todos tenemos derechos inviolables.

### **2.1. Definición de Derechos Humanos**

Naciones Unidas define los derechos humanos como los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.<sup>8</sup>

## 2.2. Características básicas de los Derechos Humanos

- **Universalidad:** Los derechos humanos corresponden a toda persona en virtud de su propia condición humana, independientemente de los criterios y patrones culturales que cada comunidad particular desarrolla, o de las diferencias individuales o de grupo que caracterizan al conjunto de las comunidades. Son válidos para todos los seres humanos.
- **Interdependencia:** Todos los derechos de la persona tienen la misma importancia, por lo que la promoción o respeto de algunos derechos no justifica de ningún modo el menosprecio o negación de otros.

### Se relacionan entre sí.

- **Igualdad:** Todos los seres humanos nacen con igualdad de derechos, independientemente de su condición económica, social, cultural, de género o de cualquier otra índole. Esto se traduce en la igualdad ante la ley y la igualdad de oportunidades.
- **Progresividad:** Los derechos humanos son de naturaleza progresiva: amplían su ámbito de protección y las garantías que protegen. El Estado, junto con la sociedad, está obligado a realizar permanentes esfuerzos para favorecer el gozo pleno de los derechos de todas las personas. Este principio se pone de manifiesto en el contexto de VIH. Las primeras reacciones fueron de discriminación y estigmatización, pero las luchas a favor de los derechos de las personas con VIH han sido muchas, el tema ha sido incorporado de forma creciente en la agenda de los derechos humanos, formando parte esencial de la lucha contra la epidemia.
- **Integrales e indivisibles:** no se aplican parcialmente.
- **Intransferibles:** no se pueden ceder ni renunciar a ellos.

### 2.2.1. ¿Cuáles son los Derechos Humanos?

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla 30 artículos que se encuentra descritos en la Declaración Universal de Derechos Humanos del año 1948.<sup>1</sup>

Entre los principales derechos humanos figuran los siguientes:

- El derecho a la no discriminación, a la protección igual de la ley e igualdad ante la ley.
- El derecho a la vida.
- El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.
- El derecho a la libertad y la seguridad de la persona.
- El derecho a la libertad de circulación.
- El derecho a pedir asilo y a gozar de él.
- El derecho a la intimidad.
- El derecho a la libertad de opinión y expresión, y el derecho a recibir y difundir libremente información.
- El derecho a la libertad de asociación.
- El derecho al trabajo.
- El derecho a contraer matrimonio y a fundar una familia.
- El derecho a la igualdad de acceso a la educación.

- El derecho a un nivel de vida digno.
- El derecho a la seguridad, la asistencia y el bienestar sociales.
- El derecho a disfrutar de los adelantos científicos y sus beneficios.
- El derecho a participar en la vida pública y cultural.
- El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

### 2.3. Derechos Humanos y VIH

Las tres décadas de experiencia en la lucha contra la epidemia de VIH, han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un componente esencial para prevenir la transmisión del virus y reducir el impacto del VIH y el sida.

A partir de las Directrices aprobadas en la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, celebrada en Ginebra del 23 al 25 de septiembre de 1996, y la Sexta Directriz revisada sobre acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo adoptada en la Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos<sup>9,10,11</sup>, celebrada en Ginebra el 25 y 26 de julio de 2002, ambas consultas reflejan el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

En el año 2006, la Declaración política sobre el VIH/Sida de 2006<sup>12</sup>, los gobiernos y la comunidad internacional establecen los compromisos para hacer todos los esfuerzos necesarios encaminados a lograr el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para 2010, subrayando que los derechos ocupan un lugar central en las respuestas nacionales al VIH.

Estos documentos ponen de manifiesto que los gobiernos han comprendido la necesidad de hacer valer los derechos humanos para vencer al VIH, así como cumplir su compromiso para alcanzar metas concretas y con plazos estipulados.

En el artículo 7 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>1</sup> se establece **el derecho a la no discriminación**. Conlleva la obligación para los Estados, de adoptar medidas y establecer mecanismos que garanticen la vigencia del principio de igualdad, y permite exigir al Estado la adopción de medidas para proteger a las poblaciones vulnerables, reducir las desigualdades y erradicar las prácticas discriminatorias. Este derecho tiene especial importancia en el marco del VIH y ha sido la herramienta fundamental para exigir el respeto a la dignidad de las personas afectadas y el que se haga frente a la epidemia.

Cuando no se respetan los derechos humanos, las personas son más vulnerables a la infección por el VIH. Igualmente, las personas VIH-positivas sufren el estigma y la discriminación, enferman, se vuelven incapaces de mantenerse económicamente activas y sostener a sus familias y, si no reciben tratamiento, fallecen. La promoción y defensa de los derechos humanos son necesarias, tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH como para alcanzar los objetivos de salud pública, en cuanto a reducir la vulnerabilidad a la infección de VIH, disminuir los efectos negativos de la infección en los afectados y dotar a las personas y comunidades de medios para responder a la epidemia.

Las obligaciones del Estado incluyen el suministro de información, educación y apoyo adecuados en relación con el VIH; acceso a los medios de prevención (preservativos) y al asesoramiento y pruebas voluntarias, además de acceso a suministros sanguíneos seguros, tratamiento apropiado y medicación.

El Estado debe tomar medidas especiales para asegurar que todos los grupos de la sociedad, en especial los miembros de poblaciones marginadas, tengan un acceso equitativo a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

Todos estos aspectos y directrices han sido retomados por el Estado de Nicaragua, mediante la Ley 238: Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA<sup>13</sup>, publicado en La Gaceta, diario oficial N° 232, el viernes 6 de diciembre de 1996 y el reglamento de la Ley 23814 y rescatados en la nueva Ley 820 Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y SIDA, para su promoción y atención, publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 242, el 18 de diciembre de 2012.

La ley incluye principios éticos de no discriminación, confidencialidad, consentimiento informado y autonomía personal.

El principal objetivo de la Ley es garantizar el respeto, la promoción y la defensa de los derechos humanos. Esta nueva ley está estructurada en 8 capítulos y 34 artículos.

En el año 2009, el Gobierno de Nicaragua a través del Ministerio de Salud, incluyó en su agenda el respeto a los derechos humanos en grupos de la diversidad sexual, dictando para ello la Resolución Ministerial N° 249-200915, firmada el 11 de agosto del año 2009, en la cual reconoce que:

*“El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuyo agente etiológico es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH, es una enfermedad transmitida de gran impacto en la vida de los seres humanos.*

*Todas las personas independientemente de su origen sexual, tienen derecho a la atención oportuna, a la no discriminación; a la confidencialidad. Equidad sin prejuicio a los derechos establecidos en la Constitución Política y que de acuerdo a los informes de ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud, evidencian que en los países Latinoamericanos, los más altos niveles de infección con VIH, se dan en los grupos en condiciones de vulnerabilidad.*

*Y resuelve lo siguiente:*

*PRIMERO: Todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud, deberán promover y apoyar acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación a las personas por orientación sexual.*

*SEGUNDO: El personal del MINSA, en el ejercicio de sus funciones no deben de discriminar a ninguna persona por su orientación sexual.*

*TERCERO: Solicitar a las instituciones del Estado, el desarrollo de acciones, que contribuyan a eliminar la discriminación por orientación sexual, debiendo informar al respecto a las instancias pertinentes.*

*CUARTO: Instar a las agencias multilaterales de cooperación y fondos de financiamiento internacional, para apoyar técnica y financieramente las acciones contra la discriminación por orientación sexual.”<sup>11</sup>*

<sup>11</sup>Cita textual de la resolución Ministerial 249-200915. Ministerio de Salud, Republica de Nicaragua.

---

---

## Referencias bibliográficas

---

---

1. Aggleton Peter, Wood Kate, Malcolm Anne y Parker Richard. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas. Versión española. Ginebra, Suiza: ONUSIDA; abril 2005. [acceso 25 abril 2012]. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf)
2. Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA. 25-27 de junio de 2001. [acceso 25 abril 2012]. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/ircpub03/aidsdeclaration\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/ircpub03/aidsdeclaration_es.pdf)
3. Tijero Martha, Cárdenas Sandra, Buendía Clara y Campos Julia. Módulo de sensibilización en el tema de estigma y discriminación para responsables de departamentos de recursos humanos. Fondo Mundial/CARE: Perú; 2008. [acceso 26 abril 2012]. Disponible en: [http://www.cepesju.org/mat\\_new/obj2vih\\_vr/modulo\\_empresas\\_obj2vr.pdf](http://www.cepesju.org/mat_new/obj2vih_vr/modulo_empresas_obj2vr.pdf)
4. Caraël M, Curran L, Gacad E, Gnaore E, Harding R, and col. Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. Ginebra, Suiza.
5. Versión española, noviembre de 2001. [acceso 26 abril 2012]. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_es.pdf)
6. Parker R, y Aggleton P. (2002). HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Consejo de Población: Proyecto Horizons.
7. Declaración universal de derechos humanos. [sede Web]. Naciones Unidas [acceso 25 abril 2012]. Texto de la declaración. [1 pantalla]. disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
8. Busza J. (1999). Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: past successes and future priorities. Consejo de Población: Proyecto Horizons. [acceso 25 abril 2012]. Disponible en: [http://www.popcouncil.org/horizons/reports/book\\_report/default.html](http://www.popcouncil.org/horizons/reports/book_report/default.html).
9. United Nations Human Rigths. [sede Web]. What are human rights. CNUDH: Ginebra; 2012 [acceso 25 abril 2012]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/Whatarehumanrights.aspx>
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos. Versión consolidada. Ginebra: ONUSIDA; 2006.



## **Tema IV: Registro único de identificación de PEMAR y PVIH**

<b>Tema: Registro único de identificación de PEMAR y PVIH</b>	119
1. Creación del Código de Persona para el Registro Único	121
1.1. Importancia del Registro Único	121
1.2. Registro único de identificación de PEMAR y PVIH	122
1.3. ¿Cómo se construye el código?	122
1.4. Digitación de los datos	123
1.5. Análisis de la información	123
2. Sistema automatizado para el registro de PEMAR y PVIH	124
2.1. Requerimientos y pasos para la instalación del sistema	124
2.2. Aspectos operativos	126
2.2.1. Principales controles	126
2.2.2. Mensajes de error y ayuda contextual	127
2.3. Ingreso al sistema	128
2.4. El menú principal	128
2.4.1. Registro de prevención con PEMAR	129
2.4.1.1. Encabezado	129
2.4.1.2. Datos generales	130
2.4.1.3. Actividades mínimas	131
2.4.1.4. Actividades adicionales	132
2.4.2. Registro de prevención con PVIH	133
2.4.3. Registro de pruebas de VIH	133
2.4.3.1. Actividades mínimas	134
2.4.3.2. Actividades adicionales	135
2.4.4. Registro de capacitaciones	135
2.4.4.1. Encabezado	136
2.4.4.2. Datos generales	136
2.4.4.3. Duración	136
2.4.4.4. Evidencias metodológicas	136
2.4.4.5. Tipo de entrenamiento	137
2.4.4.6. Instancias prestadoras de servicios de capacitación	137
2.5. Generar un reporte	137
2.5.1. PEMAR	138
2.5.2. PVIH	138
2.5.3. Pruebas de VIH	139
2.5.4. Reportes de capacitaciones	139
2.6. Respaldo de tablas	140
2.7. Actualizar base de datos	141
2.8. Recomendaciones finales	142
Anexos	143

## Registro único de identificación de PEMAR y PVIH

Con el propósito de fortalecer el registro, análisis y reporte de datos de actividades de prevención de VIH en las poblaciones en más riesgo, se ha elaborado el presente documento que contiene dos procesos elementales del registro único de personas: i) la creación del código único y ii) el registro automatizado de la información, lo que permitirá mejorar la capacidad gerencial de las empresa y tomadores de decisión en base a evidencias, productos de las intervenciones realizadas en la comunidad de poblaciones antes descritas.

### 1. Creación del código de Persona para el Registro Único

#### 1.1. Importancia del registro único

El primer caso de VIH en Nicaragua se registra en el año 1987, registrándose de forma acumulada al año 2011 un total de 6,665 personas afectadas, con una prevalencia en mujeres embarazadas inferior al 1%, clasificándose como una epidemia concentrada focalizándose en la población en más riesgo.

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) realizada en Nicaragua en el año 2010 ratificó la persistente afectación en la comunidad de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), con datos de prevalencia por identidad sexual asumida en la ciudad de Managua de la siguiente forma: gay con 10.6, heterosexual/bisexual de 5.1, en la población transexual, travesti y transgénero de 18.8, y una prevalencia de 1.8 en trabajadoras sexuales, datos similares fueron encontrados en la ciudad de Chinandega, estas cifras exige mejorar las intervenciones en dicha población y encauzar esfuerzos por mejorar la calidad de las mismas.

Las estimaciones de tamaño de población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras del sexo (MTS), y que usan sustancias (drogas/alcohol) han sido identificadas como los datos cuya recolección tiene la más alta prioridad, sobre todo por el desconocimiento de las tallas de población, su ubicación geográfica a fin de mejorar la cobertura de los servicios preventivos que realizan las EMPRESA en sus territorios.

Sin embargo las Empresas en Nicaragua que trabajan en la prevención de VIH, carecen de un registro único de PEMAR y de PVIH lo cual no les permite conocer con exactitud a cuántos/as PEMAR y PVIH están llegando así como el conocer qué tipo de actividades de prevención se les están brindando.

## 1.2. Registro único de identificación de PEMAR y PVIH

Es la información que identifica de forma codificada a las PEMAR y PVIH, a través de la creación de un código personal. El registro único de PEMAR es un sistema sencillo y práctico que guarda la confidencialidad de las personas, está basado en información personal y la misma no varía a lo largo del tiempo, es decir durante la vida de la persona registrada.

## 1.3. ¿Cómo se construye el código?

Para la conformación del CODIGO que identificará a las PEMAR individualmente se debe seguir los siguientes pasos:

**Paso 1)** Iniciar la construcción del código único con el DEPARTAMENTO en que es abordada la persona:

<b>BO</b> = Boaco	<b>MA</b> = Managua
<b>CA</b> = Carazo	<b>MY</b> = Masaya
<b>CH</b> = Chinandega	<b>MT</b> = Matagalpa
<b>CT</b> = Chontales	<b>NS</b> = Nueva Segovia
<b>ES</b> = Estelí	<b>RN</b> = RAAN
<b>JI</b> = Jinotega	<b>RS</b> = RAAS
<b>GR</b> = Granada	<b>RI</b> = Rivas
<b>LE</b> = León	<b>RJ</b> = Río San Juan
<b>MZ</b> = Madriz	

**Paso 2)** Clasificar a la PEMAR de acuerdo a la categoría o tipo de PEMAR, para ello el código único se iniciará de la siguiente forma:

### **Poblaciones en más riesgo**

<b>G</b> = Gay
<b>B</b> = Bisexual
<b>T</b> = Trans
<b>L</b> = Lésbica
<b>TS</b> = Trabajador(a) sexual
<b>P</b> = PVIH

### **Otras poblaciones en más riesgo**

<b>OU</b> = Militares Uniformados
<b>OP</b> = Privados de libertad
<b>OM</b> = Poblaciones móviles (trabajadores migrantes, conductores de camiones, marinos)
<b>OC</b> = Clientes de trabajadores sexuales
<b>OD</b> = Usuarios de drogas inyectadas
<b>ON</b> = Usuarios de drogas no inyectadas
<b>OV</b> = Mujeres en situación de violencia basada en género
<b>OJ</b> = Jóvenes en riesgo
Otros (especifique)

**Paso 3)** Seguidamente se adicionará la primera letra del primer nombre y el primer apellido eje:

Juan Esteban Pérez Álvarez, únicamente tomar la letras **JP**

**Paso 4)** A continuación, solicitar el mes y año de nacimiento, agregando al código los dos dígitos del mes y los últimos dos dígitos del año en que nació eje

Fecha de nacimiento: febrero 1980 = **0280**

Paso 5) Con los datos anteriores, se crea el código único de la persona.

**CH-G-JP-0280**

En anexos 1, 2, 3 y 4 del presente documento se encuentran las matrices de recolección de datos y su instructivo de llenado los que serán utilizados por promotores y promotoras en su trabajo de campo para el registro de la información mismos que serán utilizados como fuentes de información y evidencia soporte de los procesos de calidad de la información.

#### **1.4. Digitación de los datos**

Los datos recolectados por promotores serán digitados en un programa informático automatizado aportado por el proyecto PrevenSida, el cual, bajo ambiente Windows y diseñado en la plataforma de Microsoft Office Access 2007, permitirá a los usuarios tener reportes de información en tiempo real con registro gráfico de los datos.

Las tablas de salida de información serán presentadas tomando en consideración las variables de: a) edad, b) sexo, c) tipo de población, d) período de reporte, e) distribución geográfica y f) paquete mínimo de servicios preventivos que las poblaciones PEMAR y recibieron.

El programa automatizado permitirá de forma secuencial en el tiempo el registro de las personas alcanzadas, realizando operaciones para filtrar la duplicidad de personas en el reporte de personas alcanzadas, sin obviar que tendrá capacidad de reportar el número de veces que una persona en particular ha sido alcanzada en un período de tiempo seleccionado para el reporte de datos.

La utilidad de los datos permitirá a las empresas mejorar el desempeño de sus intervenciones, utilizar la información para procesos de planeación de actividades o intervenciones en sus territorios, así como intercambiar con otras instituciones a nivel local y nacional información acerca de la talla de las poblaciones en más riesgo y los beneficios recibidos.

#### **1.5. Análisis de la información**

Para el análisis de datos el área de monitoreo de las empresas garantizarán la calidad de los datos registrados comparando listas emitidas por los promotores, educadores o trabajadores de campo y la información grabada en las bases de datos del programa automatizado para registro único de PEMAR.

De forma sistemática la EMPRESAS realizarán análisis de información sobre el registro único del tipo de población y las áreas geográficas en que se ejecutan las actividades de pares, individual o en grupos pequeños. El uso de la información permitirá a los usuarios dar respuesta a una lista de interrogantes tales como:

- ¿Cuántas personas se han alcanzado de acuerdo al tipo de PEMAR?
- ¿Cuál es la brecha en base a la metas de proyecto e institucional?
- ¿Cuál es el número y tipo de servicio entregado a cada persona?
- ¿Qué modalidad de abordaje se está realizando por tipo de PEMAR?
- ¿Cuál es la cobertura geográfica de las intervenciones de prevención de la empresas?
- ¿El servicio de consejería y promoción de la prueba cumple con los criterios establecidos?
- ¿La referencia a otros centros de atención ha sido efectiva?

## **2. Sistema automatizado para el registro de PEMAR y PVIH**

Para facilitar el procesamiento de datos y uso de la información provenientes de los servicios preventivos brindados a la PEMAR y PVIH se cuenta con un sistema automatizado para el registro de datos el que cuenta con un manual de usuario que a continuación de forma gráfica y escrita se describe en función de facilitar el acceso, digitación y emisión de reportes.

### **2.1. Requerimientos y pasos para la instalación del sistema**

Para la instalación del sistema se requiere de una micro computadora que cuente con Microsoft Access 2007 en español, con los requerimientos técnicos siguientes:

- Disco duro con suficiente memoria libre para albergar la información a recolectar.
- Sistema operativo Windows XP o cualquier otra versión compatible con ACCESS 2007 en español.
- Instalado el software ACCESS 2007.

Seguidamente debe crear la carpeta en la raíz C:\ SARPEMAR, lugar donde se debe copiar y pegar la base de datos PrevenSida1.3.accdb. Después de esta operación crear un acceso directo en el escritorio.

El sistema ha sido concebido para contar con dos niveles de operadores: administradores y usuarios. Cada uno de estos niveles de operadores responde al mismo tiempo a niveles de seguridad, es decir, el programa contiene accesos limitados dependiendo del nivel o autorización que se requiera para operar el software.

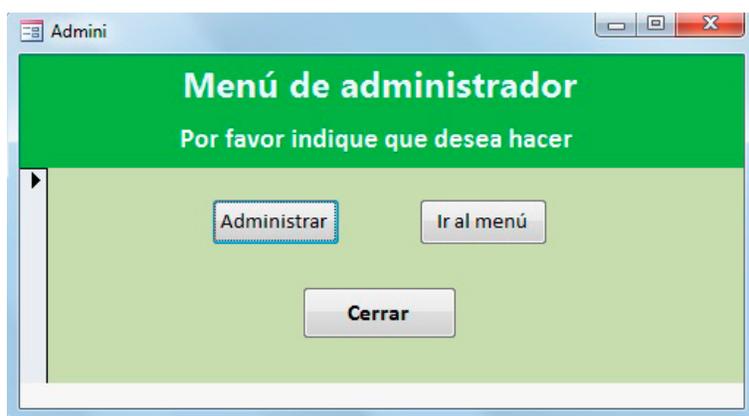
Los usuarios no tienen acceso a algunas opciones debido a que éstas están reservadas para su uso por los administradores/as, tendrán acceso ilimitado en todo el sistema, realizarán cambios en los catálogos, generarán reportes, podrán administrar (realizar modificaciones) usuarios y realizarán la administración general del sistema.

El tipo de usuario que operará el sistema se establece en el formulario de ingreso, al dar clic sobre el acceso directo del sistema se abre un formulario que solicita el usuario y la respectiva contraseña, con lo cual se establece el nivel de operador y los accesos a los que tiene derecho al iniciar sesión.

El formulario de ingreso al sistema es similar al que se presenta en la siguiente figura.



El administrador del sistema debe ingresar su nombre de usuario y su contraseña y dar clic sobre el botón ingresar para realizar las tareas de instalación en el siguiente formulario.



En este formulario se presentan dos opciones “Ir al menú” y “Administrar”, debido que se está instalando el sistema, se debe seleccionar la opción “Administrar” —de lo contrario la instalación quedaría inconclusa— y seleccionar el nombre de la EMPRESA donde se está realizando la instalación, seguidamente el administrador del sistema creará los usuarios del mismo. Alternativamente, podrá generar un reporte de seguridad con la información de los usuarios que hubiere creado. En caso de ser necesario, podrá limpiar las tablas de la base de datos y de manera alternativa actualizar catálogos, y generar un reporte de la bitácora, donde se registran los eventos relacionados con el acceso al sistema, todo esto en el formulario que se presenta a continuación.



Los reportes que se generan en este formulario son acciones directas y se pueden observar hasta que se haya ingresado en el sistema los datos requeridos en las funciones correspondientes. Las opciones de limpieza de tablas deben realizarse con sumo cuidado, ya que son irreversibles, antes de ejecutarlas, el administrador del sistema debe asegurarse de contar con los respectivos respaldos y de esa manera evitar la pérdida de información. La opción actualizar catálogos permite agregar o quitar elementos como empresas, sexo y tipos de población.

La opción “administrar usuarios” abre el formulario de usuarios por medio del cual se generan los usuarios del sistema de la EMPRESA donde se realiza la instalación, se puede deducir que en este mismo formulario se pueden realizar cambios en los usuarios en cualquier momento, siempre que se cuente con los permisos y autorizaciones respectivas.

El “Id de usuario” no se puede cambiar, es auto numérico y el sistema lo genera automáticamente; el “Login” corresponde a la forma en que se identificará el operador del sistema, es decir, el nombre del usuario; la “Contraseña” es una palabra clave que identifica al operador del sistema —ya sea administrador o usuario—; y el “Id\_acceso”, que indica el nivel del operador, éste debe seleccionarse de la lista picando sobre la flecha que se encuentra a la derecha.

Cuando haya terminado de ingresar los usuarios del sistema, cierre el formulario de usuarios dando clic sobre el ícono cerrar, que se encuentra en la parte superior derecha del formulario.

Con esta acción finaliza el proceso de instalación del sistema y se encuentra listo para operar.

## 2.2. Aspectos operativos

### 2.2.1. Principales controles

Antes de entrar a describir el funcionamiento de las diferentes opciones que ofrece el sistema, es importante establecer y dar a conocer algunos aspectos relacionados con la operación del mismo. A lo largo de las diferentes pantallas se irá encontrando diferentes tipos de controles, entre los cuales podemos observar lo siguiente:

**Cuadros de texto:** los cuadros de texto suelen ser rectangulares, generalmente tienen un fondo blanco y están vacíos de texto, para que el usuario pueda escribir en éstos. En la siguiente figura se puede observar un ejemplo de cuadro de texto.

**Código a buscar**

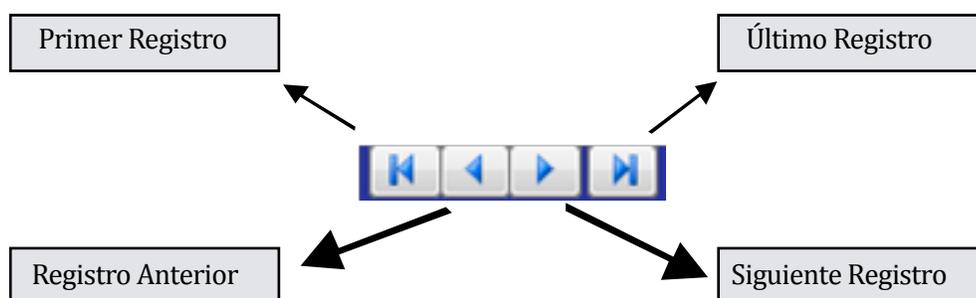
**Cuadro combinado:** es un control de formulario que al hacer clic sobre la flecha del extremo derecho permite desplegar una lista de valores. El usuario puede elegir entre los valores de la lista desplegable uno cuyo valor puede utilizarse para dar de alta un nuevo registro, alternativamente puede digitar las primeras letras del valor que desea introducir. En la siguiente figura se puede observar un ejemplo de cuadro combinado.

**Sexo:**  ▼

**Botones de comando:** permiten ejecutar acciones con un simple clic. En la siguiente figura se puede observar un ejemplo de botón de comando que al hacer clic ejecuta la acción que el mismo señala (aplicar filtro).

**Aplicar filtro**

El siguiente ejemplo muestra botones de comando que permiten navegar entre los registros de la tabla correspondiente de acuerdo a la imagen que contiene:



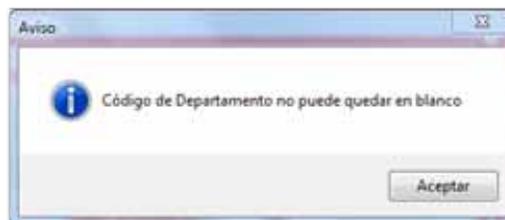
**Botones de opción:** es un tipo de control que permite al usuario elegir una de un conjunto predefinido de opciones. Los botones de opción se arreglan en grupos de dos o más y se muestran en la pantalla como, por ejemplo, una lista de agujeros circulares que pueden contener un espacio blanco (para la opción de «no seleccionado») o un punto (para la opción de «seleccionado»). Adyacente a cada botón de opción normalmente se muestra un texto que describe la opción que representa el botón de opción. Cuando el usuario selecciona un botón de opción, cualquier botón de opción previamente seleccionado en el mismo grupo queda deseleccionado. Un botón de opción se selecciona dando clic sobre la opción o sobre el texto. En la siguiente figura se puede observar un ejemplo de un grupo de botones de opciones.

**2. Consejería y prueba**

- Consejería y referencia
- Consejería y prueba

## 2.2.2 Mensajes de error y ayuda contextual

Todos los controles son validados y si se dejan datos en blanco, el sistema envía un mensaje señalando la variable y el problema detectado, en este ejemplo, que el código de departamento no puede quedar en blanco. Para todos los casos la respuesta del digitador debe ser presionar el botón “Aceptar”, tras lo cual el sistema enviará otro mensaje solicitando al usuario información para determinar cómo proceder.

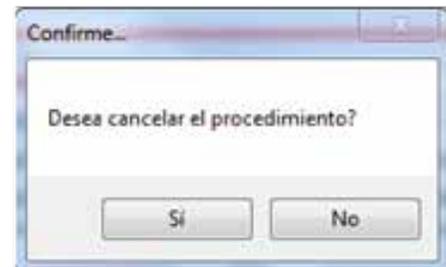


En esta situación, el digitador(a) puede decidir —de acuerdo a las circunstancias— no realizar ninguna corrección y avanzar con el siguiente dato. Para ello debe seleccionar la opción “Sí”, cuando el sistema le pregunte si desea cancelar el procedimiento, de esta manera se cierra la ventana y el puntero se ubica en el siguiente control; por otro lado, si selecciona la opción “No”, el sistema coloca el puntero en el control que originó el mensaje de error, permitiendo al digitador(a) realizar la respectiva corrección y avanzar hacia el siguiente control.

Al pasar el puntero del mouse por cada uno de los controles, el sistema muestra un texto de ayuda contextual indicando la información que debe ser ingresada en el respectivo control.

### 2.3. Ingreso al sistema

Como se ha descrito en la sección anterior mediante el formulario de ingreso al sistema se establece el tipo de usuario que operará el sistema, de la misma manera, ya se han explicado las opciones si se ingresa como administrador, aunque al ingresar como administrador también llegará a las opciones de usuario si en el menú de administrador selecciona “Ir al menú”. El formulario de ingreso es similar al que se presenta en la siguiente figura.



El operador del sistema debe ingresar su nombre de usuario y su contraseña previamente emitido por el administrador del programa durante el proceso de instalación del software, seguidamente dar clic sobre el botón ingresar, como resultado de esta acción se abre el menú principal del sistema. Antes de ingresar a cualquiera de los formularios del sistema asegúrese de bloquear las mayúsculas.

### 2.4. El menú principal

Este menú muestra el nombre del sistema, las siglas EMPRESAS en el que se ha instalado el software y los diferentes contenidos de la página. Para su operación presenta siete opciones, las cuatro que se ubican en la primera fila están relacionadas con los instrumentos que se han generado para el registro único, las tres restantes se relacionan con la administración de la base de datos y la generación de informes.



## 2.4.1. Registro de prevención con PEMAR

Al seleccionar la opción “Registro de prevención con PEMAR” se abre el formulario correspondiente, una copia del mismo se presenta a continuación:

El formulario se divide en cuatro secciones: encabezado, datos generales, actividades mínimas y actividades adicionales. El color predominante es el rojo.

**Registro único de PEMAR  
alcanzados en actividades de  
prevención del VIH**

### 2.4.1.1. Encabezado

En la parte izquierda del encabezado se localiza el nombre del instrumento con el que está asociado el formulario.

Código **CH-T-DP-0791**

A la par de esta etiqueta se encuentra un cuadro de texto en el que se muestra el código de la persona a quien corresponden los datos que se están ingresando al sistema, de acuerdo a la nomenclatura establecida para la construcción de éste código, el cuadro de texto muestra su contenido después de haber ingresado el año de nacimiento de la persona, este control se encuentra deshabilitado, por lo que no es posible modificar su contenido de manera directa.

Más a la derecha se encuentra un conjunto de tres controles, formado por un cuadro de texto y dos botones de comando, la función de estos controles es buscar y filtrar cualquier código existente en la base de datos del sistema, para ello, es necesario digitar en el cuadro de texto el código a buscar y presionar el botón “Aplicar filtro”, de esta manera el sistema muestra los registros pertenecientes al código solicitado. Para mostrar todos los registros se debe presionar el botón “Quitar filtro”.

**Búsqueda de registros**

Código a buscar

**Aplicar filtro** **Quitar filtro**

Un poco más a la derecha se encuentra otro grupo de controles, formado por siete botones de comando y un cuadro de texto, el botón “Nuevo registro”, guarda el registro actual y genera un registro en blanco, preparado para el ingreso de información; el botón “Guardar registro”, almacena el registro actual; y el botón “Eliminar registro” borra el registro visualizado en la pantalla en ese momento. Los cuatro botones que se encuentran encima del cuadro de texto permiten navegar entre los registros de la tabla, el botón de la izquierda presenta el primer registro

de la tabla, el segundo botón (siguiente hacia la derecha) muestra el registro anterior —siempre y cuando no se encuentre en el primer registro—, el tercero muestra el siguiente registro —siempre y cuando no se encuentre en el último registro—, y el cuarto botón muestra el último registro. El cuadro de texto muestra el número de registro actual.



Finalmente en el extremo derecho del encabezado se encuentra el botón “Cerrar”, cuya función es cerrar el formulario actual.



### 2.4.1.2. Datos generales

Debajo del encabezado se localiza un cuadro de texto que muestra las siglas de la EMPRESAS que presta los servicios de prevención, este control se encuentra deshabilitado y no admite modificaciones, ya que este dato es informativo y constante, es decir, siempre será el mismo.

Fecha

El siguiente control es un cuadro de texto en el que se debe registrar la fecha en que se realizó el contacto, los datos de fecha deben ingresarse en el formato “dd/mm/aaaa”.

El siguiente dato a registrar es el departamento en el que se registra el contacto, esta operación se hace por medio de un cuadro combinado, en el que se puede elegir de una lista —presionando la flecha a la derecha— o escribir las primeras letras en el cuadro y presionar ENTER. Este dato no puede quedar en blanco, porque forma parte de la nomenclatura del código.

Código de Departamento

Tipo de población

A continuación, por medio de un cuadro combinado se registra el tipo de población a la que pertenece la persona alcanzada con servicios preventivos. Se debe tener en cuenta que el tipo de población está directamente relacionado con el sexo. Este dato no puede quedar en blanco, porque forma parte de la nomenclatura del código.

Más a la derecha se localiza un cuadro combinado para ingresar la primera inicial del primer nombre de la persona con la que se realiza el contacto. Este dato no puede quedar en blanco, porque forma parte de la nomenclatura del código.

Segunda Inicial

La primera inicial del primer apellido se registra en el cuadro combinado etiquetado como segunda inicial. Este dato no puede quedar en blanco, porque forma parte de la nomenclatura del código.

El mes de nacimiento que tampoco puede quedar en blanco por formar parte del código, también se registra por medio de un cuadro combinado.

Mes de nacimiento

Año de nacimiento

Por medio de un cuadro combinado el siguiente control registra el año de nacimiento, éste es el último dato con el que se arma el código de la persona con la que se realiza el contacto, por lo tanto no puede quedar en blanco.

Primera Inicial

A continuación se localiza un cuadro combinado que registra el municipio de nacimiento de la persona con la que se realiza el contacto. Si no se cuenta con esta información se puede seleccionar la opción "Sin dato".

Edad

En el cuadro de texto que se localiza más a la derecha se muestra la edad de la persona que se está registrando, ésta se calcula a partir del año de nacimiento y la fecha en que se realizó el contacto. Este control se encuentra deshabilitado por lo que no puede ser editado. Si hay errores el sistema enviará los respectivos mensajes. Recuerde que la edad no puede ser menor de 15 años.

El sexo se registra a través de un cuadro combinado, recuerde que el sexo está asociado con el tipo de población, si éstos no corresponden o lo deja en blanco, el sistema enviará los respectivos mensajes y solicitará su intervención para proceder en cualquiera de los casos, para lo cual se cuenta con tres opciones: a) Masculino, b) femenino y c) trans.

Municipio de registro

El siguiente cuadro combinado solicita la información relativa al municipio donde se realiza el contacto, las opciones que muestra este control corresponden al departamento que usted haya seleccionado en el control "Código de departamento", si en el listado no aparece el municipio que usted busca, seleccione nuevamente el código de departamento.

Municipio de nacimiento

El último control de esta sección corresponde al lugar donde se realizó la actividad de prevención, a través del cuadro combinado puede elegir la opción adecuada.

### 2.4.1.3. Actividades mínimas

Las actividades mínimas poseen un control de cuadro combinado en el que se solicita señalar si se prestaron o no los servicios en cada una de ellas, dependiendo de cuál sea el caso el sistema habilita o deshabilita el respectivo grupo de botones de opción, un ejemplo de ello se puede observar en la siguiente figura que corresponde a las actividades de cambio de comportamiento.

Sexo

¿Hubo actividad 1?

<b>1a. Cambio de comportamiento</b> <input type="radio"/> Educación de pares <input type="radio"/> Otras formas de manera individual <input type="radio"/> Grupos pequeños	<b>1b. Cambio de comportamiento con provisión</b> de condón <input type="text"/> de lubricante <input type="text"/>
---	---

¿Hubo actividad 1?

<b>1a. Cambio de comportamiento</b> <input type="radio"/> Educación de pares <input type="radio"/> Otras formas de manera individual <input type="radio"/> Grupos pequeños	<b>1b. Cambio de comportamiento con provisión</b> de condón <input type="text"/> de lubricante <input type="text"/>
---	---

En el caso de que la respuesta sea “Sí”, el sistema habilita el respectivo grupo de botones de opción y los cuadros combinados; en caso contrario, los deshabilita. En la figura anterior se puede observar que al indicar que hubo actividad 1 —correspondiente a cambio de comportamiento— se habilitan el respectivo grupo de opciones y los cuadros combinados relativos al cambio de comportamiento con provisión de condón y lubricante. Mientras que al indicar que no hubo actividad, éstos se deshabilitan.

La primera actividad es la que corresponde al cambio de comportamiento o modalidad de intervención. Si hubo cambio de comportamiento se debe elegir la opción “Sí”, con lo que —de acuerdo a lo observado

en la figura anterior— se habilitan las opciones de esta actividad, a continuación se debe seleccionar una de las opciones del marco “1a. Cambio de comportamiento”, luego indicar si hubo o no provisión de condón y lubricante en el marco “1b. Cambio de comportamiento con provisión”.

De igual manera se debe proceder con la actividad 2, es decir, indicar si hubo actividades de consejería y prueba. En el caso de dejar en blanco la pregunta “Hubo actividad 2”, el sistema enviará un mensaje de error y se trasladará a la siguiente actividad, rellene los datos correspondientes y regrese a corregir el error, el sistema no le permitirá realizar correcciones mientras no rellene todos los datos.

A continuación debe indicar si hubo actividad 3, es decir, si hubo actividades de evaluación de ITS, e indicar en qué consistió la misma. En el caso de dejar en blanco la pregunta “Hubo actividad 3”, el sistema enviará un mensaje de error y se trasladará a la siguiente actividad, rellene los datos correspondientes y regrese a corregir el error, el sistema no le permitirá realizar correcciones mientras no rellene todos los datos.

El procedimiento es similar para las actividades 4, 5 y 6.

#### 2.4.1.4. Actividades adicionales

El procedimiento para el registro de las actividades adicionales es similar al de las actividades mínimas.

El último control corresponde a un cuadro de texto en el que se deben registrar actividades adicionales que no se encuentren en el instrumento asociado, sino se realizó ninguna otra actividad adicional, se debe escribir la palabra “Ninguna”, pero nunca dejarla en blanco.

Otros

¿Hubo actividad 2?

**2. Consejería y prueba**

Consejería y referencia

Consejería y prueba

## 2.4.2. Registro de prevención con PVIH

Al seleccionar la opción “Registro de prevención con PVIH” se abre el formulario correspondiente, una copia del mismo se presenta a continuación:

**Registro único de PVS (PcP) alcanzados en actividades de prevención**

Código: L.E.P.I.R.1355

Búsqueda de registros: Código a buscar:

Operaciones con registros: Nuevo registro, Eliminar registros, Guardar registros,

Aplicar filtro, Quitar filtro

Datos generales: GAO

Fecha: 10/10/2011, Código de Departamento: León, Tipo de población: Person, Primera inicial: , Segunda inicial: , Mes de nacimiento: 13

Año de nacimiento: 1955, Municipio de nacimiento: Sin dato, Edad: 56, Sexo: Femeni, Municipio de registro: León, Lugar del servicio: Sin dato

**Actividades mínimas**

¿Hubo actividad 1a?

1a. Cambio de comportamiento:  Educación de pares,  Otras formas de manera individual,  Grupos pequeños

1b. Cambio de comportamiento con provisión de condón de lubricante:

¿Hubo actividad 2?

2. Consejería sobre el status de la pareja:  Consejería y referencia,  Consejería y prueba

¿Hubo actividad 3?

3. Evaluación ITS:  Consejería y referencia,  Consejería y prueba

¿Hubo actividad 4?

4. Evaluación de necesidades de PV:  Consejería y referencia,  Consejería y prestación de servicios

¿Hubo actividad 5?

5. Evaluación de adherencia:  Consejería para TAR,  Referencia a servicios de consejería s/adherencia

¿Hubo actividad 6?

6. Evaluación de la necesidad de participar en un programa comunitario:  En el hogar,  Grupos de ayuda mutua,  Clubes,  Servicios de salud,  Servicios de bienestar social

¿Hubo actividad 7?

7. Abuso de sustancias:  Consejería y referencia,  Prestación de servicio

**Actividades adicionales**

¿Hubo actividad estigma y discriminación?

Estigma y discriminación:  Investigación, educación, comunicación,  Participación en planes

¿Hubo actividad VG?

Violencia de género:  Sólo consejería,  Consejería y referencia,  Consejería y prestación de servicios

¿Hubo actividad vocacional?

Actividades vocacionales:  Educación y formación,  Apoyo a actividades productivas,  Generación de empleo,  Ubicación laboral,  Financiamiento

Otros:

Al igual que el formulario de Prevención con PVIH, se divide en las cuatro secciones que ya conocemos: encabezado, datos generales, actividades mínimas y actividades adicionales.

Las cuatro secciones funcionan de la misma manera. Aunque hay cambios en el contenido de las actividades mínimas los que corresponde a los servicios preventivos establecidos en la prevención combinada, no se entrará en mayores detalles sobre este formulario debido a que ya se conoce la forma de operar de los controles que presenta y su contenido responde a uno de los instrumentos del sistema. El color predominante es el café.

## 2.4.3. Registro de pruebas de VIH

Al seleccionar la opción “Registro de pruebas de PVIH” se abre el formulario correspondiente, una copia del mismo se presenta a continuación:

**Registro de pruebas de VIH realizadas**

Código:

Búsqueda de registros: Código a buscar:

Operaciones con registros: Nuevo registro, Eliminar registros, Guardar registros,

Aplicar filtro, Quitar filtro

Datos generales

Fecha: 25/07/2011, Código de Departamento: , Tipo de población: , Primera inicial: , Segunda inicial: , Mes de nacimiento:

Año de nacimiento: , Municipio de nacimiento: , Edad: , Sexo: , Municipio de registro:

**Actividades mínimas**

Consejería pre prueba: , Prueba realizada: , Entrega de resultados: , Consejería post prueba: , Resultado de prueba:

**Actividades adicionales**

¿Fue referido(a)? , Resultado de prueba confirmativa: , ¿Fue enviado a un programa de PcP?

Al igual que los formularios anteriores, se divide en las cuatro secciones que ya conocemos: encabezado, datos generales, actividades mínimas y actividades adicionales. El color predominante es el azul.

Los cambios principales se dan en las actividades mínimas y las actividades adicionales, por lo que nos concentraremos en estas secciones.

### 2.4.3.1. Actividades mínimas

Como se puede observar, los controles de la sección de actividades mínimas están compuestos por cuadros combinados. En el primero indique si hubo consejería pre prueba. Cualquiera que sea la respuesta, se habilita el siguiente cuadro combinado y se deshabilitan los siguientes controles.

Consejería pre prueba

Prueba realizada

En el siguiente cuadro combinado se debe indicar si se realizó la prueba rápida. Si la respuesta es positiva, se habilitan los siguientes controles, en caso contrario, permanecen deshabilitados.

Dado que se realizó la prueba rápida en el siguiente control se debe registrar si se realizó la entrega de resultados de la prueba. Si se hizo la entrega de resultados se habilita el siguiente control, de lo contrario permanecerá deshabilitado y no le permitirá ingresar información.

Entrega de resultados

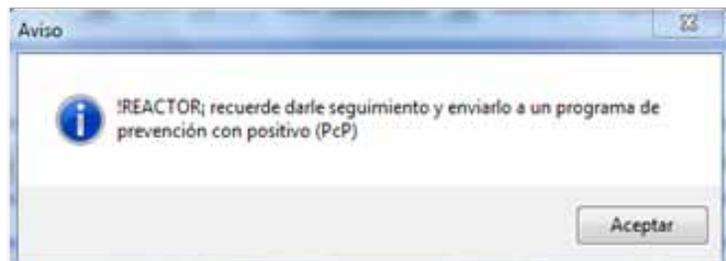
Consejería post prueba

En el caso en que se hubiere entregado el resultado de la prueba, a continuación, se debe registrar la realización de consejería post prueba.

Para cerrar esta sección se debe registrar el resultado de la prueba, independientemente de la respuesta en los dos controles anteriores, recuerde que la realización de la prueba, siempre conlleva a un resultado, por lo tanto, este cuadro siempre debe tener una respuesta.

Resultado de prueba

Si el resultado de la prueba es “No reactor”, el sistema deshabilita los controles de las actividades adicionales, en caso contrario “Reactor” el sistema envía un mensaje recordando darle seguimiento y enviarlo a un programa de prevención con positivo.



### 2.4.3.2. Actividades adicionales

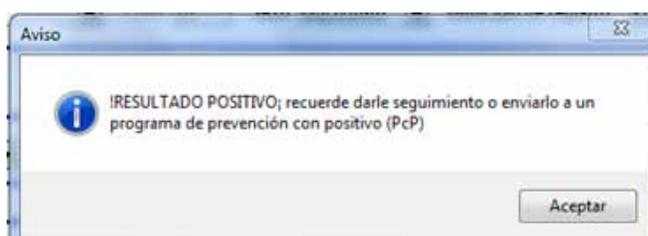
Las actividades adicionales se habilitan solamente si el “Resultado de prueba” en las actividades mínimas es “Reactor”. Están constituidas por un conjunto de tres cuadros combinados.

En el primero se debe registrar si la persona con resultado “Reactor” fue referida a una unidad de salud para la realización de una prueba confirmatoria.

¿Fue referido(a)?  ▼

Resultado de prueba confirmativa  ▼

En el siguiente cuadro combinado se debe registrar el resultado de la prueba confirmatoria. Si el resultado es positivo, el sistema enviará un mensaje destacando esta condición y recordando que se le debe dar seguimiento a la persona o enviarla a un programa de prevención con positivo (PcP)



El último control de esta sección y de este formulario, registra la información sobre la transferencia o envío de la persona a la que se le ha realizado la prueba a un programa de PcP.

¿Fue enviado a un programa de PcP?  ▼

### 2.4.4. Registro de capacitaciones

Al seleccionar la opción “Registro de capacitaciones” se abre el formulario correspondiente, una copia del mismo se presenta a continuación:

El formulario de capacitaciones cuenta con nueve secciones, estas son: encabezado, datos generales, duración, evidencias metodológicas, tipo de entrenamiento, capacitaciones del CIES, capacitaciones de CEPRESI, capacitaciones de empresas y capacitaciones de COSEP.

### 2.4.4.1. Encabezado

El encabezado funciona y contiene prácticamente la misma información que la de los formularios anteriores, el único cambio ocurre en la búsqueda de registros ya que en este formulario no se utilizan códigos, sino los nombres de las personas. Es recomendable activar las mayúsculas al digitar y buscar registros en este formulario.

### 2.4.4.2. Datos generales

En la sección de datos generales se presentan cambios con respecto a los formularios anteriores, desaparecen todos los controles asociados a la construcción del código, en su lugar tenemos el nombre de la persona que participa en la capacitación.

Nombre y apellido

A continuación se registra los datos correspondientes a edad, sexo y municipio donde se realiza la capacitación. El otro dato nuevo en esta sección es el de la EMPRESAS al que pertenece la persona que recibe la capacitación.

empresa al que pertenece

### 2.4.4.3. Duración

Esta sección está constituida por tres cuadros de texto. En el primero se debe registrar la fecha de inicio de la capacitación en el formato “dd/mm/aaaa”, en el segundo la fecha de finalización en el mismo formato y el tiempo en horas de la capacitación.

Duración	
Fecha Inicio	13/10/2011
Fecha Final	14/10/2011
N° de Horas	8

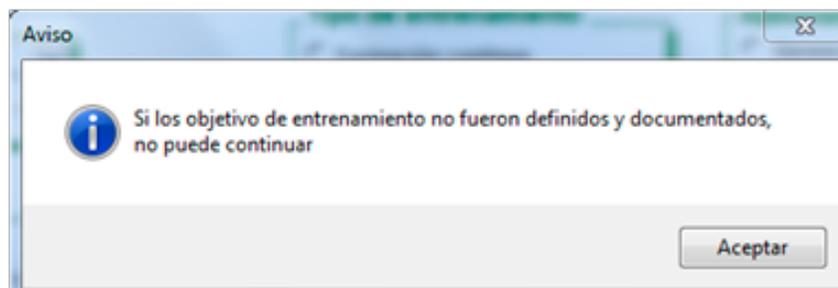
### 2.4.4.4. Evidencias metodológicas

#### Evidencias metodológicas

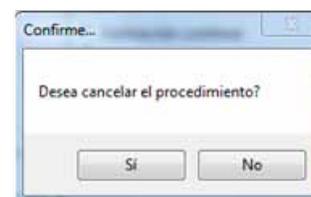
Objetivo de entrenamiento definidos y documentados	<input type="text" value="Sí"/>
Participación en el entrenamiento documentada	<input type="text" value="Sí"/>
Forma de completar el entrenamiento documentada	<input type="text" value="Sí"/>

Esta sección está integrada por tres cuadros combinados en los que se debe registrar si se definieron y documentaron los objetivos del entrenamiento, si se documentó la participación en el entrenamiento y la forma de completar el

entrenamiento. Si cualquiera de estas tres acciones no se hubiera realizado, el sistema enviará un mensaje de advertencia indicando que no se puede continuar.

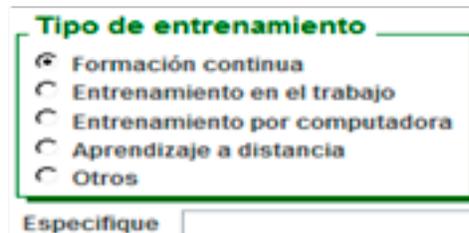


Al presionar aceptar, el sistema preguntará lo que el operador desea hacer. Si selecciona “No”, el cursor regresará al control, que originó el mensaje, si se selecciona “Sí”, el sistema saldrá del formulario, dejando inconcluso el registro que se estaba digitando.



#### 2.4.4.5. Tipo de entrenamiento

Esta sección está constituida por un grupo de botones de opciones y un cuadro de texto, se espera que en el grupo de botones de opciones se indique el tipo de entrenamiento que recibió la persona que se está registrando en el sistema, en el caso de no encontrarse en el grupo de botones de opciones, se debe seleccionar la opción “Otros” y escribirlo en el cuadro de texto.



#### 2.4.4.6. Instancias prestadoras de servicios de capacitación

Las siguientes secciones recogen información sobre los temas en que se han capacitado las personas en grupos de botones de opciones, de acuerdo al lugar donde se hubiere instalado el sistema se habilitarán los grupos de botones de opciones correspondientes.

De esta manera, si el sistema se ha instalado en el CIES, solamente se habilitarán los temas correspondientes al CIES. Lo mismo sucederá para CEPRESI. En lo que respecta a las empresas, se presentan dos grupos de temas; Al seleccionar un tema de cualquiera de los grupos que se presentan el otro grupo de botones de opciones se deshabilita automáticamente. Algo similar sucede con las capacitaciones de PrevenSida, al seleccionar cualquiera de los temas de los tres grupos de botones de opciones, los demás se deshabilitan.

Por esta razón, se debe ser muy cuidadoso cuando se registre la información en las secciones de empresas y COSEP.

### 2.5. Generar un reporte

Al seleccionar la opción “Generar un reporte” el sistema abre un formulario similar al que se presenta a continuación.

En este se debe indicar el período al que se refiere el reporte, rellenando los cuadros de texto de fecha de inicio y fecha de fin, utilizando el formato “dd/mm/aaaa”. Esta información es indispensable, ya que el sistema buscará todos los registros que se encuentren entre estas dos fechas, si no se proporciona esta información el sistema preguntará por ella y el resultado no será satisfactorio al generar los reportes.

Después de haber definido las fechas; se deben seleccionar el tipo de informe que se requiere, para ello el formulario ofrece cuatro opciones.

## 2.5.1. PEMAR

Reportes de PEMAR			
Por favor seleccione el Informe			
Personas		Contactos	
PEMAR alcanzados por tipo de población según sexo	PEMAR alcanzados con provisión de lubricante	PEMAR alcanzados por tipo de población según sexo	PEMAR alcanzados con provisión de lubricante
PEMAR alcanzados, según edad y sexo	PEMAR alcanzados con servicios de consejería y prueba	PEMAR alcanzados, según edad y sexo	PEMAR alcanzados con servicios de consejería y prueba
PEMAR alcanzados por departamento y municipio	PEMAR alcanzados con servicios de evaluación de ITS	PEMAR alcanzados por departamento y municipio	PEMAR alcanzados con servicios de evaluación de ITS
PEMAR alcanzados con el paquete mínimo de servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios de evaluación de nec. de PF	PEMAR alcanzados con el paquete mínimo de servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios de evaluación de nec. de PF
PEMAR alcanzados con tres servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios sobre el uso de sustancias	PEMAR alcanzados con tres servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios sobre el uso de sustancias
PEMAR alcanzados con cuatro servicios preventivos	PEMAR alcanzados con evaluac. de nec. de partic. en un programa	PEMAR alcanzados con cuatro servicios preventivos	PEMAR alcanzados con evaluac. de nec. de partic. en un programa
PEMAR alcanzados con cinco servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios sobre estigma y discriminación	PEMAR alcanzados con cinco servicios preventivos	PEMAR alcanzados con servicios sobre estigma y discriminación
PEMAR alcanzados con servicios preventivos por ONG	PEMAR alcanzados con servicios sobre violencia de género	PEMAR alcanzados con servicios preventivos por ONG	PEMAR alcanzados con servicios sobre violencia de género
PEMAR alcanzados con servicios de cambio comportamiento	PEMAR alcanzados con servicios sobre actividades vocacionales	PEMAR alcanzados con servicios de cambio comportamiento	PEMAR alcanzados con servicios sobre actividades vocacionales
PEMAR alcanzados con provisión de condón	PEMAR alcanzados con servicios preventivos por ONG y lugar	PEMAR alcanzados con provisión de condón	PEMAR alcanzados con servicios preventivos por ONG y lugar

Al seleccionar la opción PEMAR se abrirá un formulario como el que se presenta a continuación. Al presionar sobre cualquiera de las opciones se presentará el respectivo informe.

En la parte derecha—con fondo amarillo—, se presentan los informes de contactos realizados a las personas pertenecientes a poblaciones en más riesgo. Al lado izquierdo —con fondo verde—, se presentan los mismos informes relativos a las personas pertenecientes a poblaciones en más riesgo.

## 2.5.2. PVIH

Al seleccionar la opción PVIH se abrirá un formulario como el que se presenta a continuación. En la parte derecha—con fondo amarillo—, se presentan los informes de contactos realizados a las personas que viven con VIH. Al lado izquierdo —con fondo verde—, se presentan los mismos informes relativos a las personas que viven con VIH.

Reportes de PVIH			
Por favor seleccione el Informe			
Personas		Contactos	
PVIH alcanzados con servicios preventivos por edad según sexo	PVIH alcanzados con servicios de provisión de lubricante	PVIH alcanzados con servicios preventivos por edad según sexo	PVIH alcanzados con servicios de provisión de lubricante
PVIH alcanzados con servicios preventivos por tipo de pob. y sexo	PVIH alcanzados con servicios de consejería sobre status de la pareja	PVIH alcanzados con servicios preventivos por tipo de pob. y sexo	PVIH alcanzados con servicios de consejería sobre status de la pareja
PVIH alcanzados con servicios preventivos por depto. y municipio	PVIH alcanzados con servicios de evaluación de ITS	PVIH alcanzados con servicios preventivos por depto. y municipio	PVIH alcanzados con servicios de evaluación de ITS
PVIH alcanzados con todos los servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios de necesidades de evaluación de PF	PVIH alcanzados con todos los servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios de necesidades de evaluación de PF
PVIH alcanzados con tres servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios de evaluación de adherencia	PVIH alcanzados con tres servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios de evaluación de adherencia
PVIH alcanzados con cuatro servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con evaluación de necesidad de particip. en prog. com	PVIH alcanzados con cuatro servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con evaluación de necesidad de particip. en prog. com
PVIH alcanzados con cinco servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre abuso de sustancias	PVIH alcanzados con cinco servic. preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre abuso de sustancias
PVIH alcanzados con seis servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre estigma y discriminación	PVIH alcanzados con seis servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre estigma y discriminación
PVIH alcanzados con servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre violencia basada en género	PVIH alcanzados con servicios preventivos por ONG y sexo	PVIH alcanzados con servicios sobre violencia basada en género
PVIH alcanzados con servicios de cambio de comportamiento	PVIH alcanzados con servicios sobre actividades vocacionales	PVIH alcanzados con servicios de cambio de comportamiento	PVIH alcanzados con servicios sobre actividades vocacionales
PVIH alcanzados con servicios de provisión de condón	PVIH alcanzados con servicios preventivos por ONG y lugar	PVIH alcanzados con servicios de provisión de condón	PVIH alcanzados con servicios preventivos por ONG y lugar

### 2.5.3. Pruebas de VIH

Al seleccionar la opción “Pruebas de VIH” se abre el formulario que permite que se generen los informes sobre las pruebas de VIH, basta con presionar el botón correspondiente para acceder al informe respectivo.

**Reportes de pruebas de VIH**  
Por favor seleccione el Informe

Pruebas rápidas de VIH realizadas por edad y sexo	Pruebas rápidas realizadas por municipio
Resultados de pruebas rápidas por ONG y tipo de población	Personas con resultado PR reactor referidas a prueba confirmatoria
Resultado de prueba confirmatoria por ONG y tipo de población	Personas con resultado PR reactor referidas a programas de PcP

**Cerrar**

### 2.5.4. Reportes de capacitaciones

De la misma manera, al seleccionar la opción “Reporte de capacitaciones”, se presenta el formulario que contiene los informes sobre las capacitaciones, al presionar sobre los botones de comando se generan los informes correspondientes.

**Reportes de capacitaciones**  
Por favor seleccione el Informe

Personas capacitadas por un ONG en temas admvo. financieros, por procedencia y tema	Personas capacitadas por ONG y edad, según sexo
Personas capacitadas por un ONG en servicios preventivos, por procedencia y tema	Personas capacitadas por ONG proveedor
Personas capacitadas en el CIES, por procedencia y tema	Personas capacitadas por tipo de entrenamiento
Personas capacitadas en el CEPRESI, por procedencia y tema	Personas capacitadas por el CIES con módulos completados
Personas capacitadas por PrevenSida en gerencia y finanzas, por procedencia y tema	Personas capacitadas por el CEPRESI con módulos completados
Personas capacitadas por PrevenSida en servicios preventivos, por procedencia y tema	Personas con módulos completados capacitadas por el CIES
Personas capacitadas por PrevenSida en monitoreo y evaluación, por procedencia y tema	Personas con módulos completados capacitadas por el CEPRESI

**Cerrar**

## 2.6. Respaldar tablas

Una de las funciones más importantes del sistema es el respaldo de la información, ya que esto permite:

1. Trasladar la información a medios extraíbles.
2. Tener copias de seguridad de la información.
3. Transportar los datos hacia otros niveles.

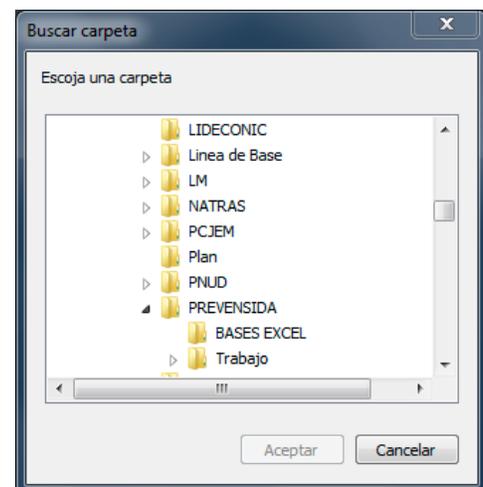
Al seleccionar la opción “Respaldar tablas”, el sistema abre un formulario en el que solicita la fecha de inicio y fin de los registros a respaldar. Estos datos son muy importantes porque el sistema buscará en las tablas respectivas, los registros entre ambas fechas, además utilizará esta información como parte del nombre del archivo de respaldo. Los respaldos se realizan en Microsoft Excel 1997-2003.

A continuación se debe seleccionar la tabla que se desea respaldar; sea tablas con información de PEMAR, PVIH, pruebas de VIH o capacitaciones—también es utilizado como parte del nombre del archivo de respaldo—, al presionar sobre el botón correspondiente se abre una ventana —similar a la que se presenta a la izquierda— en la que el operador del sistema debe seleccionar la carpeta donde se realizará el respaldo.

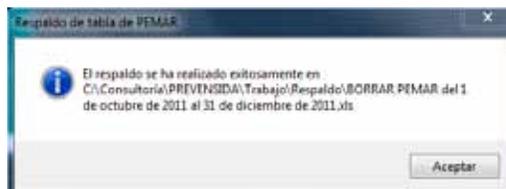
A continuación el sistema envía un mensaje indicando cuál es la ruta que el operador ha seleccionado para realizar el respaldo.

Al presionar el botón “Aceptar”, el sistema solicita el nombre de la EMPRESAS como último dato que necesita para conformar el nombre del archivo y realizar el respaldo.

Al escribir el nombre de la EMPRESAS en el cuadro de texto anterior y aceptar el mismo, el sistema realiza el respaldo y envía un mensaje indicando que el respaldo se ha realizado exitosamente acompañado de información relativa a la ruta donde se realizó el respaldo y el nombre del archivo.



Presione sobre el botón “Aceptar” para cerrar el mensaje.

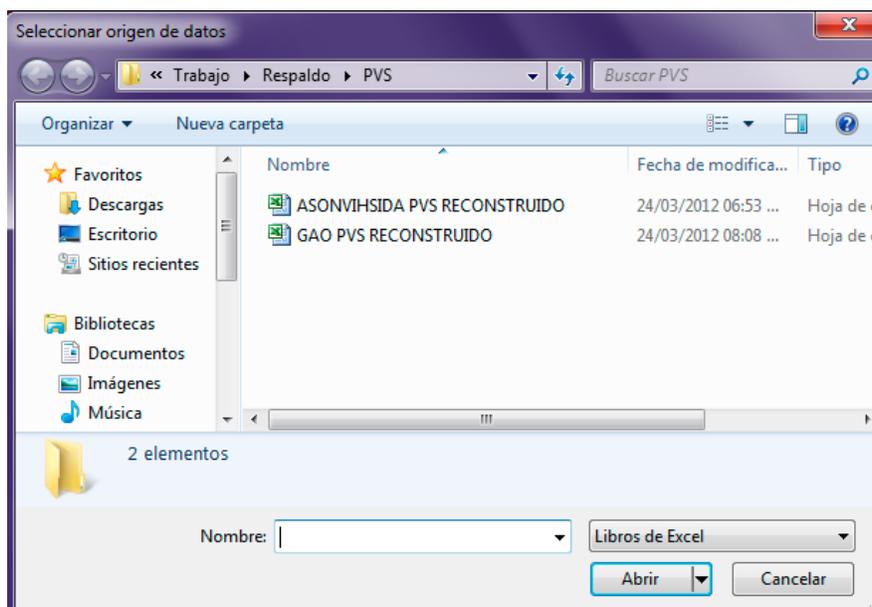
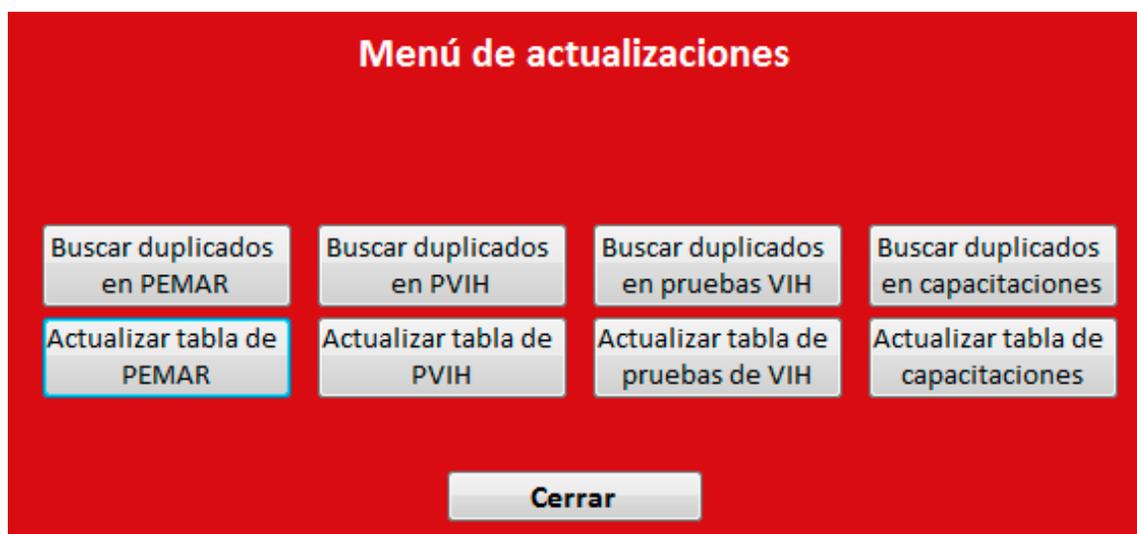


## 2.7. Actualizar base de datos

Toda función de respaldo de tablas debe ir acompañada de otra que permita agregar los datos respaldados, de lo contrario, no tendría sentido realizar el respaldo de los archivos si éstos no se pueden reincorporar a la base de datos. Por lo tanto, el sistema cuenta con una opción que permite realizar esta función.

Al seleccionar la opción “Actualizar base de datos” el sistema abre un formulario destinado para este fin, éste presenta un total de ocho botones de comando —dos para cada tabla de la base de datos—, si se desea agregar datos a cada una de las tablas principales del sistema, antes se debe presionar el botón de buscar duplicados de la respectiva tabla. Por ejemplo si se quiere agregar datos a la tabla de prevención con PEMAR, se debe presionar primero el botón “Buscar duplicados en PEMAR”.

Al presionar este botón el sistema solicita información para saber la ubicación del archivo en el que se encuentran los datos que se van a agregar a la tabla ubicada en la base de datos, por medio de una ventana como la siguiente.



Al seleccionar el archivo, el sistema abre las dos tablas y realiza una comparación, de los Id de cada registro, en el caso de encontrar repeticiones el sistema genera un reporte con los Id y códigos repetidos, en el caso de no haber repetidos, el sistema genera un reporte en blanco. Esto significa que no hay repetidos y se puede proceder a realizar la operación de agregar registros.

Para el tratamiento de los repetidos lo único que se puede hacer es imprimir el reporte, revisarlo contra el archivo donde están los datos que se desea agregar y eliminarlos de éste.

Cuando el operador del sistema esté seguro de tener un archivo limpio —debe ejecutar la opción buscar duplicados hasta que el reporte aparezca en blanco—, debe seleccionar la opción de actualizar la tabla respectiva donde se alojarán los datos, nuevamente aparecerá la ventana solicitando información acerca del origen de los datos. Después de seleccionar el archivo donde se encuentran los datos, se realiza la actualización y se envía un mensaje indicando que los datos se han agregado exitosamente.

## 2.8. Recomendaciones finales

Aunque el sistema posee sus niveles de seguridad es recomendable que ante cualquier problema que se presentare establecer comunicación con el área de monitoreo y evaluación de USAID|PrevenSida. Adicionalmente se recomienda:

1. No manipular las tablas de la base de datos, los cambios realizados en las mismas tienen efecto en los objetos asociados a la misma.
2. No realizar cambios a la estructura de la base de datos.
3. No realizar cambios a los formularios de la base de datos.
4. No realizar cambios a los informes de la base de datos.
5. Realizar respaldos periódicos de los datos de todas las tablas.

# **ANEXOS**





Código de PEMAR	Códigos de otros PEMAR	Códigos de sexo
<b>G</b> = Gay <b>B</b> = Bisexual <b>T</b> = Trans <b>L</b> = Lésbica <b>TS</b> = Trabajador(a) sexual	<b>OP</b> = Privados de libertad <b>OC</b> = Clientes de TS <b>ON</b> = Usuarios de drogas no inyectables <b>OV</b> = Mujeres en situación de VBG	<b>OU</b> = Militares uniformados <b>OM</b> = Poblaciones móviles <b>OD</b> = Usuarios de drogas <b>OJ</b> = Jóvenes en riesgo
		<b>M</b> = Masculino <b>F</b> = Femenino <b>Trans</b> = Transexual

### Instructivo de matriz de registro único de PEMAR (población en más riesgo) alcanzados en actividades de prevención del VIH

**Nombre de las empresas:** escribir el nombre de la empresa que realiza la actividad.

**Departamento de registro:** describir el nombre del departamento en que se realiza la actividad.

**Fecha:** anotar el día, mes y año ##/##/####

**Departamento:** registrar el código del departamento en que se realiza la actividad de acuerdo con la guía de registro único de PEMAR.

**Tipo de población:** utilizar los códigos creados para identificar a los grupos de PEMAR que corresponda.

**Primera inicial del primer nombre:** anotar la letra inicial del primer nombre de la persona abordada con PEMAR

**Segunda inicial, primera letra del primer apellido:** anotar la letra inicial del primer apellido de la persona abordada con PEMAR.

**Mes de nacimiento:** anotar el mes de nacimiento de forma numérica, 01 enero hasta el 12 para diciembre

**Año de nacimiento:** registrar el año de nacimiento de la persona abordada.

**Municipio de nacimiento:** anotar el municipio de nacimiento de la persona abordada con PEMAR.

**Sexo:** anotar el sexo de la persona de acuerdo a las categorías de masculino, femenino y trans.

**Municipio de registro:** anotar el municipio en que fue abordada la PEMAR.

**Sitio de la actividad:** marcar con "X" el lugar en que se brindó el servicio preventivo a PEMAR a) **Clínica** o área física como consultorio médico, b) **establecimiento** o local de la EMPRESAS destinado para la consejería en VIH etc. c) **comunidad**, sitios de liga, restaurantes, etc., d) **hogar o habitación de la PEMAR**

**Actividades del paquete mínimo de servicios preventivos:** corresponde a las actividades de prevención a PEMAR en el marco de la implementación de la estrategia de prevención combinada.

**Cambio de comportamiento:** marcar con "X" la casilla de acuerdo con la modalidad de abordaje de las PVIH a) **educación de pares**, b) **otras formas individuales** como abordajes cara a cara etc. c) **grupos pequeños** de PEMAR (igual o menor a 9 participantes).

**Cambio de comportamiento con provisión:** marcar con "X" la casilla seleccionada de acuerdo a los siguientes servicios: a) **provisión o entrega de condón**, b) **provisión de lubricantes**.

**Consejería, prueba y entrega de resultados:** marcar con "X" la casilla que corresponde a los servicios realizados

a) **consejería y referencia de PEMAR para realizarse la prueba de VIH**, b) cuando se realice la consejería pre y post, prueba de VIH y entrega de resultados.

**ITS (Infección de Transmisión Sexual):** marcar con una "X" la casilla que corresponde a las **categorías** a) consejería para la evaluación de la presencia de ITS y b) **consejería y tratamiento** de la ITS de PEMAR y sus parejas

**Evaluación de necesidades de PF(Planificación Familiar):** marcar con "X" la casilla que corresponde de acuerdo los servicios brindados a) **consejería** para evaluar las necesidades de planificación familiar o referencia a servicios de planificación familiar y b) consejería y prestación de servicios de PF suministrando un método contraceptivo.

**Uso de sustancias:** marcar con "X" la casilla que corresponda de acuerdo a los servicios preventivos brindados por la empresa a) **consejería** para evaluar el uso de sustancia y **referencia** a la PEMAR a servicios de atención a personas con uso de sustancias y b) **prestación de servicios** para el tratamiento por uso de sustancias

**Evaluación de la necesidad de participar en programas comunitarios:** marcar con "X" cuando a la PEMAR se le motive o inste integrarse a programas de prevención a) **en el hogar**, b) **grupos de apoyo**, c) **clubes de apoyo** d) **servicio de salud**, e) **servicios de bienestar social**.

**Actividades adicionales** corresponde al conjunto de servicios que forman parte de intervenciones estructurales de la prevención combinada

**Estigma y discriminación:** marcar con "X" la casilla que corresponda cuando la PVIH participó en a) procesos de **investigación, educación, comunicación** y b) **participación en planes para reducir el estigma y discriminación a PVIH**.

**Violencia de género:** marcar con "X" la casilla que corresponda a los servicios brindados de a) si solo se brindó **consejería** para la prevención de VBG b) si **refirió** a la PEMAR víctima de violencia basada en género a centro de atención y c) si se hizo **consejería y se prestó servicios** en la EMPRESAS.

**Actividades vocacionales:** marcar con "X" correspondiente cuando la empresas brinde a PEMAR los servicios de a) **educación y formación**, b) **apoyo a actividad productivas**, c) **generación de empleo** d) **ubicación laboral** o d) brindado **financiamiento** para fuente de trabajo.







[www.cosep.org.ni](http://www.cosep.org.ni)  
**Telefonos: 2276 3333 - 2276 2717 - 22761303**