



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PrevenSida

Plan estratégico para atención integral a la población de personas con VIH (PVIH) en Nicaragua (2014-2016)

Facilitado por USAID|PrevenSida

Plan estratégico para atención integral a la población de personas con VIH (PVIH) en Nicaragua (2014-2016)

Facilitado por USAID|PrevenSida

Managua, Nicaragua, diciembre 2013

Contenido

Siglas	7
Presentación	9
Resumen	10
Introducción	11
1. Antecedentes generales	11
2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR	11
3. Análisis de la situación	12
4. Justificación	13
I. Marco referencial del plan estratégico	14
1. Modelo de los determinantes sociales de la salud	14
2. Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH	15
3. Síntesis DSS en la población HSH	24
II. Resultados intermedios en el diseño del plan estratégico	25
III. Objetivos del plan estratégico	26
IV. Acciones por objetivos	27
V. Matriz del plan estratégico	28
VI. Recursos	36
VII. Anexos	37
Anexo 1: Metodología para formulación del plan estratégico	38
1. Preparación metodológica del proceso de formulación	38
2. Diseño del plan estratégico	38
1°. Análisis de la situación de la población PVIH	38
2°. Priorización de las evidencias analizadas	39
3°. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave	39
4°. Formulación del plan estratégico	39
Anexo 2: Participantes en el taller de formulación del plan estratégico	40
Anexo 3: Evidencias sobre la situación de la población PVIH	41
Anexo 4: Datos generales de documentos consultados	48
Referencias bibliográficas	54

Lista de tablas

Tabla 1: Estimaciones de PEMAR 2013-2015* utilizando Spectrum	13
Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH	15
Tabla 3: Clasificación de evidencias limitantes según DSS	25
Tabla 4: Distribución de acciones del plan estratégico según DSS	25
Tabla 5: Acciones por objetivos	27
Tabla 6: Matriz del plan estratégico	28
Tabla 7: Disponibilidad financiera para la implementación del plan estratégico	36
Tabla 8: Lista de participantes al taller de formulación del plan estratégico	40
Tabla 9: Datos generales de documentos consultados	48

Siglas

AA	Alcohólicos Anónimos	INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ANICP+VIDA	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas Luchando por la Vida	ITS	Infecciones de transmisión sexual
ASONVIHSIDA	Asociación Nicaragüense de Personas VIH Positivas	MINED	Ministerio de Educación (Nicaragua)
ASSIST	Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud Proyecto de USAID	MINSAL	Ministerio de Salud (Nicaragua)
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas	MoT	El modelo Modos de transmisión para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo
CASS	Centros de Ayuda de los Servicios de Salud para Personas con VIH (CASS)	MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
CDSS	Comisión sobre determinantes sociales de la salud	NA	Narcóticos Anónimos
CEPRESI	Centro para la Educación y Prevención del SIDA	OMS	Organización Mundial de la Salud
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del Sida	ONG	Organismo no gubernamental
CORLUSIDA	Comisión Regional de Lucha Contra el VIH-sida RAAN	ONUSIDA	Fondo de las Naciones Unidas para el Sida
COSEP	Consejo Superior de la Empresa Privada	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DDHH	Derechos Humanos	OR	Odds Ratio (razón de probabilidades)
DS	Diversidad sexual	PASCA	Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH/USAID
DSS	Determinantes Sociales de la Salud	PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables	PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
E&D	Estigma y discriminación	PEMAR	Población en más alto riesgo
FM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria	PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (siglas en inglés)
GAO	Grupo de Autoayuda de Occidente	PrevenSida	Proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para la prevención de la transmisión del VIH/Sida
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID	PSI	Servicios Internacionales de Población
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres	PVIH	Personas con VIH
		PVS	Personas viviendo con sida

RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua	TS	Trabajadores sexuales
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua	TSF	Trabajadoras sexuales femeninas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (acrónimo)	TSM	Trabajadores sexuales masculinos
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud	URC	University Research Co., LLC
TB	Tuberculosis	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
TRaC	Tracking Results Continuously –TRaC, por sus siglas en inglés	UVG	Universidad del Valle de Guatemala
TRANS	Transgénero	VBG	Violencia Basada en Género
		VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Presentación

Contar con el Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua (2014-2016), que se presenta en este documento, es considerado como una oportunidad para esta población, ya que su formulación basada en el Modelo de los determinantes sociales de la salud, lo enfoca hacia la defensa de sus derechos humanos mediante la eliminación de las inequidades, impactando de manera significativa en el mejoramiento de su calidad de vida.

Esta práctica de planificación representó un momento muy importante de articulación entre ANICP+VIDA, ASONVIHSIDA, GAO y Campaña Costeña, que son organizaciones que han estado trabajando sistemáticamente en la promoción y defensa de los derechos humanos para la población PVIH, por lo que también significó desarrollo de capacidades en las mismas al adquirir, mediante el principio pedagógico del “aprender-haciendo”, la metodología basada en los DSS diseñada específicamente para la elaboración de los planes estratégicos de poblaciones en mayor riesgo.

Uno de los pasos siguientes a esta formulación, será la divulgación de este plan estratégico y la formación de alianzas con el mayor número de ONG posible, de tal manera que la unidad de las mismas les permita tener mayores posibilidades de cobertura y por tanto de impacto en la población PVIH.

Otro paso, también muy importante, es la promoción y búsqueda de apoyo en los sectores gubernamentales, privados y de cooperación, que permita a las organizaciones mencionadas y otras que se involucren, realizar los esfuerzos necesarios para la implementación eficiente y efectiva de este plan estratégico, así como de obtener el compromiso de las entidades públicas y privadas para cumplir con el marco legal que orienta el respeto de los derechos humanos a la población PVIH.

Resumen

Los días 10 y 11 de diciembre del 2013, mediante un taller de reflexión, fue iniciado el proceso de formulación del Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua, para el período 2014-2016, con la participación de 27 delegados de 4 organizaciones de PVIH, quienes poseen trayectoria destacada en la prevención combinada y atención del VIH/sida a través de sus miembros, y en coordinación con el sector gubernamental y privado del país, así como con las agencias de cooperación nacionales e internacionales.

Esta acción fue facilitada por USAID|PrevenSida en el marco de la cooperación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), que es implementado por USAID Nicaragua a través de sus proyectos de prevención del VIH.

Cabe destacar que previo al taller, se realizó la consulta documental sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y Centroamérica, la cual permitió extraer en 19 documentos, un conjunto de evidencias relacionadas con la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la población PVIH en particular, constituyendo esta información el punto de partida del proceso de formulación del plan estratégico.

Durante la primera fase del taller, un total de 109 evidencias fueron analizadas por los participantes desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; de ese total, 82 (75%) se clasificaron como limitantes y 27 (25%) como favorables.

En las fases segunda y tercera, los participantes priorizaron y agruparon evidencias, para llegar a una primera propuesta de acciones e identificación de actores clave y socios para implementarlas. Enseguida, siguiendo el proceso, la cuarta fase de trabajo consistió en el llenado de la matriz del plan estratégico.

El objetivo general planteado en el plan estratégico es contribuir al establecimiento de una atención integral a la población de PVIH, partiendo de los determinantes sociales de la salud que marcan las inequidades por incumplimiento de los derechos humanos en esta población en Nicaragua,

mediante acciones que involucren a los diferentes sectores sociales que tienen una responsabilidad en este sentido y a los organismos que apoyan los esfuerzos que realiza esta población a través de sus organizaciones.

En total se formularon 15 acciones, enfocadas hacia el logro de los siguientes objetivos específicos: 1) contribuir a la aplicación del marco legal que asegure el cumplimiento de los derechos humanos en la población PVIH; 2) sensibilizar al sector gubernamental, privado y población en general a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia la población PVIH; 3) contribuir al mejoramiento de la atención en salud a la población PVIH en el marco del cumplimiento de los derechos humanos; 4) promover el apoyo a la población PVIH de parte de la familia y la población en general; 5) promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludables para la población PVIH; y 6) fortalecer la atención integral a niños y niñas con VIH, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

El número de acciones formuladas para trabajar en las brechas encontradas en los determinantes sociales de la salud es el siguiente: para condiciones socioeconómicas 4 (27%), condiciones de vida y trabajo 4 (27%), condiciones de servicios de salud 3 (20%), redes sociales y comunitarias 1 (6.50%), estilos de vida (CAP) 2 (13%) y, factores biológicos y genéticos 1 (6.50%).

Las organizaciones participantes en el proceso de formulación, se comprometieron a promover, ejecutar, monitorear y evaluar este plan estratégico, así como a involucrar a otras organizaciones e instituciones públicas y privadas para que se fortalezca el trabajo a realizar, así mismo a gestionar el apoyo de las agencias y organismos de cooperación presentes en el país.

Por ello, se espera que en la medida en que el plan estratégico se vaya implementando con eficiencia y eficacia, en la población PVIH se irán reduciendo las brechas que no les permiten la atención integral que por derechos humanos les corresponde.

Introducción

Los días 10 y 11 de diciembre del 2013, mediante un taller de reflexión, fue iniciado el proceso de formulación del Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua, para el período 2014-2016, con la participación de 27 delegados de 4 organizaciones de PVIH, quienes poseen trayectoria destacada en la prevención combinada y atención del VIH/sida a través de sus miembros, y en coordinación con el sector gubernamental y privado del país, así como con las agencias de cooperación nacionales e internacionales.

Tal como lo expresaron los participantes al finalizar el taller, la formulación de este plan estratégico constituyó un momento de conjunción de experiencias, necesidades y desafíos, partiendo de evidencias pertinentes, que es apreciado positivamente por las organizaciones participantes. Ello les llevó a concebir un plan que busca aglutinar esfuerzos, tanto de las organizaciones involucradas como de los sectores nacionales y agencias de cooperación, que apunten hacia la eliminación de las inequidades que afectan a la población de PVIH en el marco del respeto de los derechos humanos a estas personas.

El contenido de este plan estratégico ofrece elementos valiosos tales como las evidencias analizadas, las cuales son una fuente de consulta al momento de planificar en detalle las acciones y actividades especificadas en el plan, así como para la inclusión de otras que apunten hacia los objetivos y metas trazados.

Las organizaciones participantes tomaron el reto de divulgar este plan estratégico entre sus miembros, así como en el sector de organizaciones que trabajan el tema del VIH, en los sectores nacionales y entre las agencias de cooperación, de tal forma que les motive a unir esfuerzos para su implementación en el contexto de la Respuesta Nacional ante el VIH.

I. Antecedentes generales

Tomando como referencia los últimos 13 años, se han reunido evidencias, mediante investigaciones realizadas en Nicaragua y la región centroamericana, acerca de la situación de la población de personas con VIH y PEAR, en

términos del respeto de los derechos humanos y su riesgo frente al VIH. Estos resultados, disponibles en los informes, constituyen una fuente de consulta aprovechándolos para enfocar el trabajo de atención integral a las poblaciones respectivas.

Existe una recopilación realizada por USAID|PrevenSida¹, de estudios y otros tipos de documentos relacionados con el VIH y las PEAR, los cuales también consultaron los equipos de población transgénero femenina y HSH de Nicaragua, durante la formulación de su plan estratégico, así como los miembros de la CORLUSIDA de la RAAN, en la derivación del plan de acción para fortalecer la operativización de su plan estratégico.

Cabe señalar que para los procesos de planificación se cuenta, entre otros, con un valioso enfoque, como es el Modelo de los determinantes sociales de la salud, definido por la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, que fue creada por la OMS en el año 2005². Este modelo permite el análisis de las evidencias para precisar acciones enfocadas en esos determinantes, ampliando con ello el camino a seguir frente a las problemáticas que no permiten la equidad en la atención integral, a fin de cambiar la situación de poblaciones en particular, tal es el caso de la población PVIH.

En el marco referencial expuesto en este documento se proporciona información sobre el modelo, al igual que éste se refleja en los diferentes elementos del plan estratégico. Este modelo resultó muy útil en la formulación del plan estratégico para atención integral a la población transgénero de Nicaragua³, proceso facilitado por el Proyecto USAID|HCI, igual que para el plan de acción de la CORLUSIDA RAAN cofacilitado por USAID|PrevenSida² junto con otras agencias de cooperación, entre éstas HORIZONT3000, así como el Plan estratégico para atención integral a la población HSH de Nicaragua.

2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR

El gobierno de los Estados Unidos ha venido apoyando, técnica y financieramente, a los gobiernos, organismos regionales, nacionales y sociedad civil, en la implementación

de intervenciones para el desarrollo de las capacidades de personas y sistemas de salud, que contribuyan a la contención de la epidemia del VIH.

El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR)⁵ dentro del Marco de Cooperación Regional, está apoyando los programas contra el VIH/sida dirigidos a la prevención, definición de políticas, atención integral e información estratégica relativa al VIH. Desde el año 2006, PEPFAR ha apoyado las iniciativas de atención del VIH en Nicaragua.

En 2010, la región de América Central y el Gobierno de Estados Unidos iniciaron el Marco de Asociación de VIH (2010-2014), con financiamiento del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR)⁵, cuyo propósito es reducir la incidencia del VIH/Sida y la prevalencia en las poblaciones de mayor riesgo. Representa un consenso para centrarse en los enfoques basados en la evidencia y en el compromiso de los gobiernos, con un modelo de asistencia técnica enfocado en aumentar la sostenibilidad y la apropiación del país⁶.

La misión de USAID Nicaragua ha alineado la asistencia técnica y financiera de sus diferentes proyectos: PASCA⁷, PrevenSida¹, PASMO-Prevención Combinada⁸, DELIVER⁹, ASSIST/HCI¹⁰ y Alianzas 2¹¹, en función de la implementación del marco de cooperación de PEPFAR⁵ en sus cuatro áreas: prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y la reforma de las políticas. Dando salida a estos lineamientos y en el Marco de Cooperación Regional de PEPFAR⁵ es que la asistencia técnica de los Proyectos socios de USAID se ha centrado en las necesidades de las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y están trabajando de manera coordinada para tal fin.

3. Análisis de la situación

Según el Informe de la situación epidemiológica de las ITS-VIH en Nicaragua¹², elaborado por el MINSa, hasta el tercer trimestre del 2013 se registró un acumulado de 8,450 personas con VIH, de las cuales el 78.4% (6,628) se registran en etapa VIH, 8.8% (741) en etapa avanzada, 12.2% (1,030) han fallecido y 0.6% (51) se desconoce su estatus. La tasa de prevalencia de casos acumulados de 1987 al nonestre 2013 fue de 220 x 100.000 habitantes.

En el nonestre del año 2013, el reporte de casos nuevos fue de 575 personas afectadas, con una tasa de incidencia de 17.5 x 100,000 habitantes; en el mismo informe de vigilancia epidemiológica, el 27% (155) corresponden a mujeres, el 66% (380) a hombres y 7% (40) se desconoce su identidad por sexo. La relación hombre mujer fue de 2.4 a 1; es decir,

por cada 2.4 hombres con diagnóstico de VIH en el nonestre de 2013, hay una mujer detectada. En cuanto a la edad, el 81.2% de las personas corresponden a las edades entre 15 y 44 años y, en términos demográficos, los departamentos con tasa de incidencia mayor a la media nacional (17.5) fueron: Managua (39%), Chinandega (30%), así como, los departamentos con tasas de incidencia entre 10 y 16 fueron Bilwi (16), Chontales (15), León (10), Masaya (10) y Rivas (10).¹²

La epidemia de VIH sigue concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, específicamente de la ciudad de Managua; el estudio realizado por el MINSa y el CDC en el 2009, Encuesta Centroamericana de Vigilancia de comportamiento sexual del 2009 (ECVC)¹³, identificó una prevalencia en HSH de 7.8 % (50/639) en la ciudad de Managua y 3.8 % (12/ 311) en Chinandega; por otro lado la prevalencia en embarazada es de 0.05%.¹⁴ La prevalencia en grupos de 15-24 años es del 0.11%, en hombres 1.32%¹⁵ y en mujeres 0.1%, siendo la prevalencia del país menor al 1%.

La ECVC del 2009¹³ permitió conocer que el 81% de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) son alcanzados por programas de prevención. El 42% identificó el uso del condón como un cambio percibido a partir de procesos de capacitación, reconociendo que el principal beneficio del condón es la prevención de las ITS y el VIH. El 93.1% de los encuestados tienen relaciones sexuales con otro hombre y un 61.2% usa condón en sus relaciones sexuales, lo que evidencia percepción de riesgo ante una ITS/VIH en las relaciones entre hombres.

El estudio TRaC de VIH/SIDA en HSH realizado por PASMO entre noviembre y diciembre de 2012, en las ciudades de Managua y Chinandega, señaló que el uso de condón en la última relación sexual en HSH y trabajadores sexuales masculinos (TSM) es del 90.3% y 93.2% respectivamente. Esta tendencia altamente positiva contrasta con los porcentajes de uso consistente del condón en los últimos 30 días con todas las parejas masculinas de principio a fin de la relación, el cual es ostensiblemente bajo en todos los subgrupos HSH. El estudio antes mencionado identificó que el 61.3% y el 70.3% de los HSH encuestados de la ciudad de Managua y Chinandega, respectivamente, que se habían realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses, recibieron consejería pre y post prueba, y a la vez conocieron de sus resultados¹⁶.

A continuación se presentan datos tomados del documento del Fondo Mundial sobre la estimación de poblaciones clave.

Tabla 1: Estimaciones de PEMAR 2013-2015* utilizando Spectrum

Poblaciones	Seroprevalencia**	Base de estimaciones*	2013	2014	2015
HSH	10.6% Managua 4.6% Chinandega**	3% de la población masculina de 15 a 49 años*	47,306	47,973	48,620
TRANS	18.8% Managua 14.6% Chinandega**	7% de la población HSH de 15 a 49 años*	3,311	3,358	3,403
MTS	1.8% Managua 2.4% Chinandega**	0.7% de la población femenina de 15 a 49 años*	11,498	11,661	11,817
Hombres			1,576,859	1,599,094	1,620,665
Mujeres			1,642,572	1,665,911	1,668,174
Total de población de 15-49			3,219,431***	3,265,005***	3,288,839***

Fuentes:

* Proyecto Nicaragua unida ante una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia VIH y Sida. Estimaciones de poblaciones clave. Nicaragua: Fondo Mundial; enero 2012.

** Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua. Nicaragua: UVG; 2011. http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf.

*** Estimaciones y proyecciones de población nacional, departamental y municipal 2015 a 2020. Noviembre 2007.

4. Justificación

Las organizaciones que agrupan a la población PVIH han desarrollado procesos internos de planificación que les han permitido adquirir capacidades y experiencias sólidas en su trabajo, lo cual contribuyó a que valoraran en su real dimensión y aceptaran la oportunidad que USAID|PrevenSida les presentó, a fin de que se reunieran para vivir un momento de reflexión, utilizando el Modelo de los determinantes sociales de la salud, que les diera como

resultado un plan estratégico de atención integral enfocado en las inequidades que, aún con los avances logrados, sigue padeciendo la población PVIH del país.

La población PVIH, a través de sus organizaciones, tiene la posibilidad de construir una visión de trabajo conjunto que les lleve a obtener mejores condiciones de atención integral en un marco de derechos humanos, para eliminar o mitigar las afectaciones del VIH/sida que sobrellevan, en algunos casos solos, para tener una mejor calidad de vida.

I. Marco referencial del plan estratégico

Este proceso de planificación tuvo como marco referencial tres elementos, que son: el Modelo de los determinantes sociales de la salud; las evidencias sobre la situación del VIH/sida en la población HSH en particular y en la población de la diversidad sexual en general; así como, la vivencia de los participantes, quienes además, conocen de cerca la situación de inequidad que enfrentan ante la epidemia del VIH/sida.

A continuación se presenta una breve referencia de los tres elementos mencionados.

I. Modelo de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos como: «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Glosario, OMS (1998)¹⁷.

Los DSS son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características

específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio.

Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La formación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Una forma de representar el Modelo de los determinantes sociales de la salud es el que se muestra a continuación:

Figura I: Determinantes sociales de la salud (DSS)

Determinantes sociales de la salud Modelo de Dalghren & Whitehead (1991)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad 1. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html>

Este modelo fue asumido en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, el 21 de octubre de 2011, por los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, invitados por la OMS. Delegaciones de 125 países miembros asistieron a la Conferencia Mundial en Río de Janeiro, Brasil.

Algunos aspectos de la Declaración política de Río¹⁸ indican:

“Entendemos que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: “todos por la equidad” y “salud para todos”.¹⁷

“Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.¹⁷

Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.”¹⁷

2. Evidencias sobre la situación de la población PVIH

La consulta documental sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y Centroamérica, permitió extraer en 19 documentos un conjunto de evidencias relacionadas tanto en lo general del país como en lo específico de la población PVIH, las cuales fueron analizadas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, por los participantes en el taller de formulación de este plan estratégico; de un total de 109 evidencias, 82 se clasificaron como limitantes y 27 como favorables. Ver tabla 2.

Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Condiciones socioeconómicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estigma y discriminación. El 16.7% de los hombres y el 23.3% de las mujeres han migrado de su lugar de origen por temor a que sus vecinos se enteren que alguien en la familia tiene VIH.¹⁹ 2. Violencia como construcción social. El 18.1% de los hombres y el 47.9% de las mujeres considera que los hombres son violentos por naturaleza. El 8.3% de los hombres considera que es violento porque así nació. El 11.1% de los hombres considera que el alcohol y la droga influyen en la violencia. El 4.2% de los hombres considera que la violencia es provocada por las mujeres. El 6.9% de los hombres considera que aprendió a ser violento en la familia, la calle o la escuela. El 12.5% refirió ser violento porque vivió en una familia violenta (papá le pegaba a su mamá).¹⁹ 3. Vivencia sobre situaciones de violencia en general. El 63.0% de mujeres y el 40.3% de hombres, estuvieron expuestos a una situación de violencia en general.¹⁹ 4. Uso de bienes para el gasto en VIH. Una manera de valorar el efecto que el VIH ocasiona en la economía de las personas, fue investigada a través 	

Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>de la venta de bienes para cubrir gastos de salud. Encontrando que el 26.2% de los encuestados tuvieron que deshacerse de algunos de sus bienes.²⁰</p> <p>5. En cuanto a la violencia intrafamiliar, no se encontraron datos de este tópico en el 70.9% (39), el 18.2% (10) tenía este antecedente y 10.9% (6) tenían negada tal situación.²¹</p> <p>6. En el 60% (33) no se investigó abuso sexual (no hay información en el expediente), el 23.6% (13) negó este antecedente y el 16.4% (9) aceptaron ser víctimas de abuso sexual.²¹</p> <p>7. Las características de las 10 mujeres que sufrieron violencia fueron las siguientes: 8 no trabajaban o procedían de áreas urbanas; 7 tenían baja escolaridad, con dos hijos o más, y acompañadas; y 6 sufrían de abuso sexual al mismo tiempo. ²¹</p> <p>8. Las consecuencias de la violencia emocional, demostraron que el 37.8% de las parejas de los hombres y el 41.1% de las mujeres en estudio señalaron sentirse tensas con su pareja y ha tenido cambios para comer o dormir.²²</p> <p>9. El 55.2% de las personas en estudio han estado expuestas a alguna situación de violencia física. De éstas el 68.5% son hombres y el 41.7% mujeres.²²</p> <p>10. Desde la visión sobre salud Miskitu el VIH/Sida se diagnostica como una enfermedad Miskitu, conocida como Puisin o Dus Lawan, que tienen como causa un hechizo o un mal.²³</p> <p>11. El 63% de los PVS refieren haberse sentido discriminados.²⁴</p> <p>12. El 76.5% y 70.6% de los PVS han recibido violencia verbal y física respectivamente. ²⁴</p> <p>13. El 37% de la población general presentan respuestas y actitudes que expresan discriminación con reserva o abiertamente discriminatorias a las PVIH.²⁵</p> <p>14. El 15.2% de la población general no está “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” que las PVIH tengan acceso a lugares públicos.²⁵</p> <p>15. El 40.1% de la población general está “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” que los niños y niñas con sida deberían recibir educación aparte.²⁵</p>	

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Condiciones de vida y trabajo	<p>16. Acceso a empleo. El 73.6% de los hombres y el 57.5% de las mujeres tenían empleo al momento de la entrevista. El 55.6% de los hombres participantes en el estudio tenían un empleo tiempo completo, en contraste con el 34.7% de sus parejas. Está demostrado que las mujeres tienden a aceptar trabajos menos remunerados y esporádicos para garantizar el sustento de sus hijos/as, representando un factor de vulnerabilidad.¹⁹</p> <p>17. Remuneración económica. El 30.2% de las mujeres y el 8.2% de sus parejas tienen un ingreso mensual entre C\$500 y C\$1,999 córdobas. El 43% de los hombres y el 25% de sus parejas, tienen un ingreso mensual entre C\$2,000 córdobas a C\$3,999 córdobas.¹⁹</p> <p>18. Cuidado de los hijos. El 16.7% de los hombres y el 23.3% de las mujeres respondió tener a su cargo niños, niñas y/o adolescentes con VIH.¹⁹</p> <p>19. Abandono de los estudios. Un 22.5% de las personas encuestadas estudiaban antes que les diagnosticaran el VIH, porcentaje que al momento de realizar la encuesta bajó a 13.5%, esto indica una reducción de 9 puntos porcentuales. Al analizar por sexo, 47% de hombres, 83% de mujeres y 60% de trans continúan estudiando.²⁰</p> <p>20. Al explorar en las 55 personas que expresaban estudiar antes del diagnóstico del VIH, indagamos si continuaron estudiando en su mismo centro educativo inmediatamente después del diagnóstico, 51% dijeron que no, las razones expresadas fueron: problemas de salud 39%, dificultades económicas 32% y porque no quieren estudiar 25%. En la situación actual de los que estudian, refieren como principales dificultades: razones económicas 49% y problemas de salud 22%.²⁰</p> <p>21. De acuerdo a la procedencia el 87% (41) eran de Masaya. Con un nivel educativo bajo, donde se observó que 43% (30) son analfabetos y con primaria incompleta.²⁶</p> <p>22. En relación al estado civil se observa que el 64% (30) eran solteros. Y en relación a la ocupación 49%(23) se consignaba ser obrero.²⁶</p> <p>23. En cuanto al origen de los pacientes 96% (45) eran de origen urbano y 4% (2) rural.²⁶</p> <p>24. En cuanto a la edad, el grupo etario predominante entre varones y mujeres fue el de mayores de 30 años, con un 42% en ambos sexos, dato que para el caso de las trabajadoras sexuales no concuerda con</p>	<p>I. Analfabetismo. El analfabetismo es del 7.8% (con menores de 6 años asciende a 10.3%), con estudios universitarios y de post grado 16.8%, y con estudios primarios 33.6% y secundarios 34.4%. En la situación conyugal, los solteros se encontró en 45.9%, casados y acompañados en 43.3% y los otros estados en 10.9%.²⁰</p>

Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>estudios similares a nivel nacional e internacional que reflejan un predominio de grupos etarios menores de 30 años.²⁷</p> <p>25. Respecto a la ocupación del total de las Trabajadoras Sexuales el 74% se dedicaban exclusivamente a este trabajo y en menor proporción a otros tales como: doméstica (6%), amas de casa (14%) u otros (6%).²⁷</p> <p>26. La escolaridad predominante alcanzada por los encuestados es la educación secundaria con un 48% en los hombres, seguida por la educación primaria con 38% en las mujeres, indicándonos ser un grupo que podría tener un conocimiento de la situación actual del VIH que incida en su comportamiento sexual.²⁷</p> <p>27. Las edades más frecuentes estaban entre 15–19 y 20-24 años, representando el 65% de la población estudiada.²⁸</p> <p>28. La procedencia de la población estudiada, distribuida en la zona urbana con un 71% y el restante 29% provenientes del área rural.²⁸</p> <p>29. La ocupación de la población estudiada quienes refirieron ser en su mayoría amas de casa con un 81%.²⁸</p> <p>30. El 1.4% de las personas encuestadas PVIH tiene un ingreso mensual menor de C\$500 córdobas. El 6.8% un ingreso mensual de entre C\$500-C\$1999; el 20.5% entre C\$2000-C\$2999; el 17.8% entre C\$3,000-C\$3,999; 1.4% entre C\$4,000-C\$4,999; 5.5% entre C\$5,000-C\$6,000 y el 1.4% tiene un ingreso mayor de C\$6,000 córdobas.²²</p> <p>31. El 20% de personas encuestadas refirió tener en la familia niños, niñas y adolescentes con VIH. El 59.3% no respondieron la pregunta y un 20.7% refirió que no.²²</p> <p>32. El 39.2% ha viajado fuera del país teniendo como destino Costa Rica.²⁹</p>	
Condiciones de servicios de salud	<p>33. Percepción de la atención en VIH. La percepción que tienen los encuestados de la atención que les brindan las unidades del MINSa cuando han demandado atención por problemas de salud, expresando sentirse bien atendidos 69.7%, regular y mal atendidos 18.9%, y el 11.5% no pudieron emitir juicio ya que no demandaron atención o si demandaron atención la buscaron en hospitales, clínicas o farmacias privadas.²⁰</p>	<p>2. El 70.4% respondió que se le entregó la TAR.³¹</p> <p>3. Destaca que el 29% de personas requerían tratamiento para infecciones oportunistas. El tratamiento fue indicado a 8 de cada 10 de ellas en proporciones similares en hombres y mujeres.³²</p> <p>4. El 84.2% señala privacidad durante la consulta.³¹</p>

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>34. Según el orden del expediente clínico se observó que 100% de estos no tienen el orden establecido. Muchos no contaban con la lista completa de problemas, la hoja de medidas antropométricas, las hojas de flujo de exámenes de laboratorio, de conteo de CD4 y carga viral.²⁶</p> <p>35. Se observa que el 72% (34) de los registros no tenían consignado evaluación nutricional, el 21% de los que tenían la evaluación, su estado nutricional era normal.²⁶</p> <p>36. Al 32.7% (18) se les realizó el diagnóstico después de las 28 semanas de gestación, al 27.3% (15) entre las 14 y las 28 semanas, al 21.8% (12) antes del embarazo ya se conocía su condición con respecto a la seropositividad al VIH. Al 10.9% (6), se les diagnosticó en el posparto, siendo este un diagnóstico tardío, y solamente al 7.3% (4), se hizo el diagnóstico antes de las 14 semanas.²¹</p> <p>37. En el 81.8% (45) de los casos se utilizó terapia profiláctica antirretroviral durante el embarazo y en el 18.2% (10) no se utilizó principalmente por diagnóstico tardío.²¹</p> <p>38. A los 3 meses, a un 49% (27) se les realizó el ADN proviral y al otro 51% (28) no se les realizó.²¹</p> <p>39. Al 52.7% (29) se les realizó cuantificación de linfocitos CD4+ a las 4 semanas de nacido y al 47.3% (26) no se hizo dicho estudio. En el 65% (36) de casos no se realizó conteo de linfocitos CD4+ a los 3 meses de vida.²¹</p> <p>40. Dentro del grupo CASS que refirió estar en TAR, 19% refirió haberla suspendido por indicación propia en algún momento, en comparación con el grupo Hogar donde 10% refirió haberlo suspendido. Referente al recuento de CD4 88% del grupo CASS refirió habérselo realizado en alguna ocasión en comparación con 81% del grupo Hogar.³⁴</p> <p>41. La cobertura de captación temprana se refiere en un 53% según el informe mundial de avance de Nicaragua 2012 de acuerdo al MoT.³⁰</p> <p>42. Se conoce que existen 53 niños/as huérfanos con VIH y solo 43 están en tratamiento de acuerdo a la última investigación de UNICEF.³⁰</p> <p>43. El 96% de las personas atendidas en consulta médica reconoce como excelente la atención recibida.³²</p> <p>44. En Nicaragua, 22% de las mujeres entrevistadas señalaron no tener acceso a información relacionada con el acceso a TARV.³³</p>	<p>5. 91.1% se siente satisfecho del servicio recibido el día de la entrevista.³¹</p> <p>6. 90.6% señala que los consultorios son cómodos, agradables.³¹</p> <p>7. El 69% (38) de los niños recibió profilaxis con este fármaco, el 20% (11), no lo recibió y del 11% (6), no hay datos.²¹</p> <p>8. Independientemente del sexo, 2/3 de las personas encuestadas asistieron la primera vez a este hospital por referencia de otro hospital. Destaca que solo el 5% han asistido por referencia de una ONG y que el 100% de ellos, pertenecen al sexo masculino.³²</p> <p>9. 92.6% califican la satisfacción como buena, muy buena o excelente.³¹</p> <p>10. En Nicaragua, 23% de las mujeres reportaron no haber sido consultadas sobre si querían realizarse la prueba ni tener conocimiento sobre el hecho que dicha prueba era voluntaria.³³</p> <p>11. La mayor parte de la población de ambos grupos refirió que conseguir un condón es entre fácil y muy fácil, más del 90% en ambos grupos dijo que se los regalan. En el subgrupo de quienes contestaron que es difícil o muy difícil conseguir condones, la principal razón identificada por la que le es difícil, es porque les da pena comprarlos 31% CASS y 21% Hogar.³⁴</p>

Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>45. En Nicaragua, 31% de las mujeres entrevistadas (24) indicaron no tener acceso a información sobre las posibilidades de embarazarse de manera segura y evitar la transmisión vertical o sexual en caso de pareja serodiscordante. ³³</p> <p>46. El 8.5% de los encuestados refieren haber esperado más de 3 horas. ³¹</p> <p>47. El 13.3% dice no tener acceso a condones y material educativo. ³¹</p> <p>48. El 77.1% refirió NO haber recibido consejería. ³¹</p>	
Redes sociales y comunitarias	<p>49. Exposición a situación de violencia sexual extra familiar. El 17.3% de las mujeres tuvo relaciones sexuales en la niñez cuando no lo deseaba; un 30.4% durante su etapa de adolescencia y 52.1% en su etapa adulta. El 20% del total de las personas en estudio refirieron que amigos de la familia ocasionaron la situación de violencia sexual extra familiar. De éstos, el 11.1% son hombres y el 30.4% son mujeres. ¹⁹</p> <p>50. La situación conyugal previa y posterior al diagnóstico indica que las personas con parejas estables al inicio de la enfermedad eran 54.1% y en estos momentos es del 43.5%, es decir que casi un 11% de las personas han quedado sin vida conyugal. ²⁰</p> <p>51. El 21.7% de las mujeres refirió que la violencia sexual extra familiar se debió a su condición de VIH. El 14.8% de los hombres considera que fue por estar tomado o drogado. El 48.1% considera que fue debido a su orientación sexual. El 25.9% de los hombres y el 65.2% de las mujeres no saben por qué. El 11.1% de los hombres y el 13.3% de las mujeres no saben por qué. ²²</p> <p>52. El 60% y el 67.3% de la población general considerada en esta pregunta (151) "aceptaría y apoyaría" a un hijo viviendo con VIH, aunado a un 20% y 13.8% que no tendría problema con ello. ²⁴</p> <p>53. La población general asocia el hecho de ser PVIH con "disgusto, desagrado" (66.7%), pero también con la promiscuidad (37.7%), la prostitución (26%) y la homosexualidad (35.1%). ²⁴</p> <p>54. EL 58.2% de la población general están de acuerdo o totalmente de acuerdo que el dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba del sida como prerrequisito para dar un empleo. ²⁵</p>	<p>12. Con el propósito de conocer si las personas con VIH cuentan con el apoyo de redes sociales se preguntó si su familia conocía su estatus serológico a la cual el 76% y 77% de CASS y Hogar respectivamente, respondió que sí y 72% del grupo CASS y 76% del grupo Hogar dijo contar actualmente con el apoyo de su familia, en el 16% del grupo CASS se encontró que algún miembro de la familia le ha manifestado desprecio o rechazo por ser una persona con VIH, en comparación con el 20% encontrado en el grupo Hogar. ³⁴</p> <p>13. Cuidado familiar. El 37.3% de los participantes requieren de apoyo familiar para su cuidado, principalmente mientras estuvo hospitalizado/a (74.7%) o para cuidarlo en el hogar (53.8%). El familiar que principalmente los cuida es la madre (39.6%) y la pareja (18.7%), seguido de otros parientes, hermanos/as e hijos/as en un 15.4%, 14.3% y 11% en el orden respectivo. Los encuestados requieren al año un promedio 39.1 días de cuidado familiar. ²⁰</p>

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Estilos de vida: CAP	<p>55. Comportamientos y prácticas. El 54.2% de los hombres y el 34.2% de las mujeres en estudio tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. El 33.3% de los hombres y el 53.4% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual entre los 15-19 años. El 2.8% de hombres y el 8.2% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre 20-24 años. El 1.4% de los hombres tuvo su primera relación sexual entre los 25-29 años. ¹⁹</p> <p>56. Estilos de vida no adecuados. Actualmente, de las personas encuestadas, el consumo de cigarrillo fue 30.7%, el consumo de alcohol 42.4%, y consumo de marihuana 5.6%. Es importante mencionar que el comportamiento de consumo de alcohol en la población trans incrementa a 75%.²⁰</p> <p>57. Al 91% (50) no se les brindó lactancia materna, acción que se realizó en el 9% (5), por diagnóstico tardío de la infección. ²¹</p> <p>58. Respecto a actitudes concretas de discriminación, el 51% en el grupo CASS dijo haber sufrido violencia verbal y 34% exclusión de la convivencia familiar, en comparación con 53% y 22% respectivamente para el grupo Hogar. En el marco de los derechos, 75% del grupo CASS y 80% del grupo Hogar refirió conocer la existencia de leyes que protegen a las personas con VIH y estar dispuestos a denunciar algún acto de violación de estos derechos en contra de su persona (70% y 73%) para los respectivos grupos. ³⁴</p> <p>59. De hecho, solo un 27.21% de pacientes con tuberculosis aceptaron realizarse la prueba. Esta baja aceptación para realizarse la prueba del VIH, demuestra que aun los servicios de ambos programas no se encuentran organizados y preparados para enfrentar el problema. Esto refleja la poca colaboración.³⁵</p> <p>60. Al consultársele tanto a conductores como a trabajadoras del sexo si alguna vez se habían realizado la prueba de VIH, el 66% de las mujeres y 36% de los hombres respondieron que al menos una vez en su vida se la habían hecho. ²⁷</p> <p>61. El número de compañeros sexuales que tienen las trabajadoras del sexo por día, es variable, la mayoría (48%) tienen de 1 a 3 clientes, seguido por un 36% que tienen contacto con 4-6 hombres y en menor proporción (6%) tienen 10 o más compañeros sexuales en un día. ²⁷</p> <p>62. El uso de condón en la población estudiada de las cuales el porcentaje de mujeres embarazadas</p>	<p>14. Número de compañeros sexuales. El 36.4% (20) había tenido dos compañeros sexuales, el 29.1% (16), solo un compañero y el 25.5% (14) habían tenido tres o más compañeros y el 9.1% (5), no mostró datos de esta variable. ²¹</p> <p>15. Presencia de tatuajes, el 61.8% (34) no tenía datos en el expediente. El 25% (14) de las estudiadas no tenía tatuajes y 12.7% (7) sí los tenía consignados. ²¹</p> <p>16. Se preguntó si consideran que pueden contribuir en algo para detener la epidemia de VIH y en el grupo de los CASS, 71% contestó que sí, en comparación con el 63% del grupo Hogar. Al preguntarles cómo, el uso del condón fue la respuesta más registrada en ambos grupos. 84% del grupo CASS dijo tener planes para el futuro en comparación con 83% para el grupo Hogar; 83% del grupo CASS contestó que puede hacer algo para incidir positivamente en su salud en comparación con 81% del grupo Hogar. En ambos grupos la mayoría se visualizó en una condición futura mejor que la que tenía en el presente. ³⁴</p> <p>17. Se indagó acerca de la percepción de riesgo para reinfección por VIH a lo cual, en la población CASS, 22% contestó que percibe su riesgo como alto, 20% como medio, 26% como bajo, 20% no percibe ningún riesgo y 9% dijo no saber, en el grupo Hogar los porcentajes encontrados fueron: 21%, 23%, 24%, 15% y 15%, respectivamente. Al preguntárseles qué pueden hacer para prevenir la reinfección, 88% (CASS) y 84% (Hogar) mencionó el uso consistente del condón, 23% (CASS) y 34% (Hogar) la abstinencia sexual. ³⁴</p> <p>18. En la población mayor de 24 años encuestada en CASS se encontró un auto-reporte de adherencia terapéutica del 78% en comparación con 89% del grupo Hogar. ³⁴</p> <p>19. El uso de condón. El uso de condón en la última relación sexual se reportó en</p>

Tabla 2: Evidencias sobre la situación de la población PVIH (Cont.)

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>quienes no usan condón es del 98% y únicamente un 2% refirieron usarlo siempre durante las relaciones sexuales con su pareja.²⁸</p> <p>63. 23% de abandonos de la terapia.³⁰</p> <p>64. El uso de lubricante en la última relación sexual a nivel regional es del 32.3%.³⁶</p> <p>65. El uso consistente de condón en PCV que toman ARV es mayor entre usuarios consistentes vs. la adherencia entre usuarios inconsistentes, 67.1% y 51.5% respectivamente ($p < .001$, OR 2.0).³⁶</p> <p>66. Con relación a identidad sexual en hombres, destaca que 2 de cada 5 de ellos se autodeclaran bisexuales, homosexuales o transgénero.³²</p> <p>67. El 21.6% de los hombres reconoció haber sido violentos cuando estaban tomados o habían consumido alguna droga; mientras el 32.9%.²²</p> <p>68. 74.3% de los PVIH ingieren licor.²⁹</p> <p>69. 68.9% no usan condón en sus relaciones sexuales.²⁹</p> <p>70. El 48.8% de los hombres entrevistados tienen relaciones sexuales con hombres.²⁹</p>	<p>el 85% de los entrevistados a nivel de la región.³⁶</p> <p>20. El condón se usa más entre los hombres de 25 años o más, con 91.7% vs. 82.1% en los menores de 25 años, mientras que en mujeres la tendencia es similar pero con porcentajes más bajos, 84.3% y 77.2% respectivamente.³⁶</p> <p>21. El uso consistente de condón en los últimos 30 días con cualquier pareja es más bajo, alcanzando un 76.5% a nivel de la región. La tendencia es mayor entre los hombres de 25 años o más quienes tienen un porcentaje mayor de uso 78.9% vs. los menores de 25 años con 72.0% y en mujeres, 74.1% vs. 68.4%.³⁶</p> <p>22. Las PCV solteras, separadas, divorciadas o viudas. La adherencia a uso consistente de condón es mayor entre usuarios consistentes vs. usuarios inconsistentes: 58.4% y 51.1% respectivamente, ($p < .05$, OR 1.4).³⁶</p> <p>23. Quienes opinan que tarde o temprano a las personas que usted ama les va a dar VIH. La adherencia a dicha opinión es menor entre usuarios consistentes vs. la adherencia entre usuarios inconsistentes: con una media de 2.20 y 2.54 respectivamente, ($p < .001$, OR 0.5) en una escala de 1 a 4 donde 1 es igual a “totalmente en desacuerdo” y 4 es igual a “totalmente de acuerdo”.³⁶</p>
Factores biológicos y genéticos	<p>71. Situación familiar. De los 152 participantes que manifestaron tener hijos, 53.3% son mujeres, 45.4% son del sexo masculino y 2 (1.3%) son trans. En relación al número de hijos, el 62% de los participantes refiere tener hijos. De los encuestados que tienen hijos, el 64.5% tiene hijos menores de 15 años, el 19.7% hijos mayores de 15 años y el 15.8% hijos menores y mayores de 15 años. Al indagar si a alguno de los hijos de los entrevistados le han diagnosticado el VIH, el 7.9% respondieron positivamente, siendo todos menores de 15 años.²⁰</p> <p>72. El 23% (11) de los expedientes estudiados estaban comprendidos entre 16 y 20 años de edad.</p>	<p>24. De acuerdo al número de gestaciones que habían tenido las pacientes, el 50.9% (28) era multigesta, seguida de la primigesta con 40% (22) y la granmultigesta con el 9.1% (5).²¹</p> <p>25. En relación a la edad de las embarazadas estudiadas la seroprevalencia predominante se encuentra en los grupos de 30-34 años de edad con 0.80%, seguido del grupo de 25-29 años con 0.53%, en tercer lugar está el grupo de 15-19 años con 0.39%, y en cuarto lugar el grupo de edad de 20-24 años con 0.25%.²⁸</p>

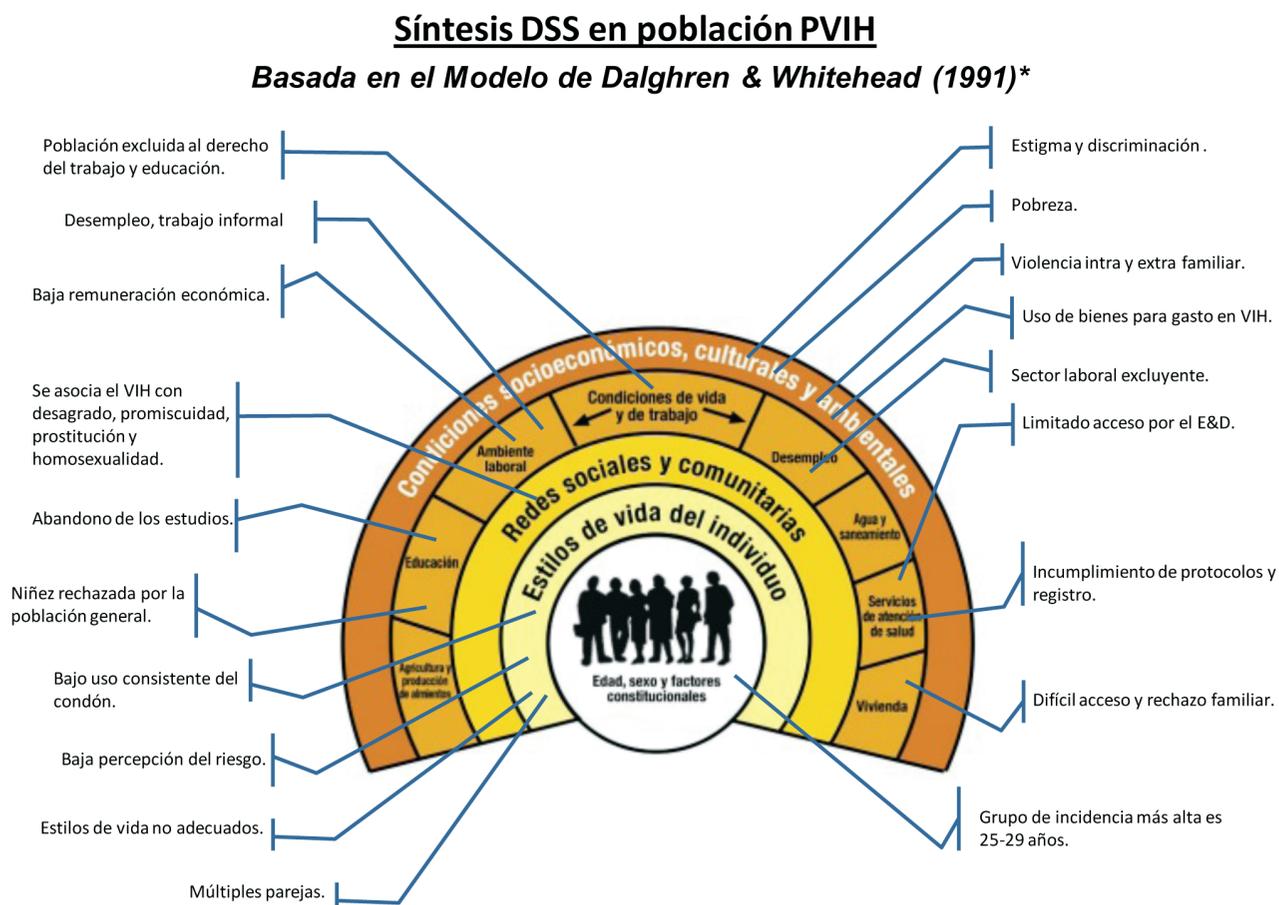
Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	<p>El 23% (11) estaban comprendidos entre 21 y 25 años de edad. El 21% (10) estaban comprendidos entre 26 y 30 años de edad. Hay que hacer notar que el 67% de la población estudiada está entre los 16 y 30 años de edad. ²⁶</p> <p>73. EL 70% (33) eran hombres y el 30% (14) eran mujeres, de las cuales el 21% (3) estaban embarazadas. ²⁶</p> <p>74. En relación a la opción sexual se observó que 51% (24) eran heterosexuales. ²⁶</p> <p>75. El 56% (26) de los pacientes han iniciado vida sexual activa antes de los 11 años y los 15 años de edad. En relación al número de parejas sexuales se encontró que 51% (24) tenía más de tres parejas. El 55% (26) habían tenido más de 3 contactos sexuales. ²⁶</p> <p>76. La prevalencia de la coinfección tuberculosis/VIH-Sida en los 6 SILAIS priorizados del país, fue de 3.7%, siendo los SILAIS de Managua y la RAAS los que tienen mayor proporción de la coinfección. Estas cifras las consideramos subestimadas, debido a la baja proporción de pruebas realizadas en todos los SILAIS, a excepción de Jinotega.³⁵</p> <p>77. La minoría de los encuestados no tiene inconveniente con relación al sexo correspondiendo esto al 6% para los varones y el 8% para las mujeres.²⁷</p> <p>78. La seroprevalencia fue mayor para las pacientes que se captaron del área rural con 0.66% demostrando el doble que la del área urbana que presentó el 0.33%.²⁸</p> <p>79. El grupo con incidencia más alta es el de 25 a 29 con 21.5% les siguen de cerca grupos de 20-24 y 30-34 y finalmente 35-39 años con 10.5%.³⁰</p> <p>80. El 46% de nuevas infecciones (INCIDENCIA) corresponde a grupos de 15 a 29 años.³⁰</p> <p>81. 40 (19.6% de los ingresos en el 2011) con VIH y afectados de tuberculosis. ³⁰</p> <p>82. Del total de PVIH con diagnóstico en el 2009 el 0.11% (42/37,556) eran mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años.³⁷</p>	<p>26. En la región, la edad promedio en que le confirmaron a una persona que tenía VIH es de 31 años y el 60% de las personas con VIH toma tratamientos antirretrovirales actualmente. ³⁶</p> <p>27. El porcentaje de jóvenes de 15-24 años con VIH es del 2.4 realmente. ³⁰</p>

3. Síntesis DSS en la población PVIH

Según los análisis de las evidencias mencionadas en el inciso anterior, se realizó una síntesis de las mismas, tratando de destacar aquellas inequidades que enfrenta la población PVIH en los DSS que guiaron el proceso de formulación del plan estratégico.

A continuación se presenta esta síntesis en una figura tomando como base el Modelo de los determinantes sociales de la salud.

Figura 2: Síntesis DSS en población PVIH



*Disponible en:

<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html>

II. Resultados intermedios en el diseño del plan estratégico

El segundo momento del proceso de planificación, constituido por cuatro fases, las cuales se describen en la metodología de planificación, fueron produciendo resultados intermedios que permitieron al grupo llegar al punto de diseño del plan estratégico. A continuación un resumen de estos resultados.

En la primera fase, los equipos de participantes realizaron el análisis de la situación del VIH/sida en la población PVIH, encontrando que de 109 evidencias analizadas, 82 (75%) son limitantes y 27 (25%) son favorables. En la tabla 3 se presenta el número y porcentaje de la clasificación de las evidencias limitantes, realizada por los participantes aplicando el modelo de los determinantes sociales de la salud. El mayor número de evidencias se clasificaron en el determinante condiciones de vida y trabajo (21%), seguido de condiciones servicios de salud y estilos de vida (19.5%).

Tabla 3: Clasificación de evidencias limitantes según DSS

Determinante social de la salud	Porcentaje de limitantes (N=82)
Condiciones de vida y trabajo	17 (21%)
Condiciones de servicios de salud	16 (19.5%)
Estilos de vida (CAP)	16 (19.5%)
Condiciones socioeconómicas	15 (18%)
Redes sociales y comunitarias	6 (7%)
Factores biológicos y genéticos	12 (15%)

Fuente: Clasificación de evidencias realizada por los participantes en el taller de formulación del plan estratégico.

En las fases, segunda y tercera, los participantes priorizaron y agruparon evidencias, para llegar a una primera propuesta de acciones e identificación de actores clave y socios para realizarlas. Enseguida, siguiendo el proceso, la cuarta etapa de trabajo consistió en el llenado de la matriz del plan estratégico. En total se formularon 15 acciones, para líneas de trabajo de: capacitación mediante talleres, material impreso y videos, entre otros; sensibilización a través de campañas, ferias y conversatorios; incidencia política en instituciones estatales, así como actividades técnicas para atender la educación en temas de salud sexual y reproductiva, igualmente, de atención en salud de la población PVIH. A continuación, en la tabla 4, se presentan las acciones distribuidas por determinantes sociales de la salud.

Tabla 4: Distribución de acciones del plan estratégico según DSS

Determinante social de la salud	No. de acciones en el plan estratégico (N=15)
Condiciones socioeconómicas	4 (27%)
Condiciones de vida y trabajo	4 (27%)
Condiciones de servicios de salud	3 (20%)
Redes sociales y comunitarias;	1 (6.5%)
Estilos de vida (CAP)	2 (13%)
Factores biológicos y genéticos	1(6.5%)
Total	15 (100%)

Fuente: Matriz del plan estratégico formulado.

III. Objetivos del plan estratégico

Metas

Este Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua (2014-2016), apunta hacia la contribución para el logro de las siguientes metas nacionales.

1. En el 2016, el 100% de personas con VIH recibiendo atención integral en salud, garantizándoles a través de los equipos de salud familiar la continuidad de la atención, apoyo a sus familias, acciones de promoción, prevención, diagnóstico de infecciones oportunistas y tratamiento con antirretrovirales a quienes lo requieren.
2. Para el 2016, el 80% de la población en mayor riesgo con edad comprendida entre 15 y 24 años tienen percepción personal del riesgo de adquirir el VIH.³⁸
3. En el 2016, el porcentaje de los lactantes con el VIH, nacidos de madres viviendo con el virus será 0 por ciento.

Objetivo general

Contribuir al establecimiento de una atención integral a la población de PVIH, partiendo de los determinantes sociales de la salud que marcan las inequidades por incumplimiento

de los derechos humanos en esta población de Nicaragua, mediante acciones que involucren a los diferentes sectores sociales que tienen una responsabilidad en este sentido y a los organismos que apoyan los esfuerzos que realiza esta población a través de sus organizaciones.

Objetivos Específicos

1. Contribuir a la aplicación del marco legal que asegure el cumplimiento de los derechos humanos en la población PVIH.
2. Sensibilizar al sector gubernamental, privado y población en general, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia la población PVIH.
3. Contribuir al mejoramiento de la atención en salud a la población PVIH en el marco del cumplimiento de los derechos humanos.
4. Promover el apoyo a la población PVIH de parte de la familia y la población en general.
5. Promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludables para la población PVIH.
6. Fortalecer la atención integral a niños y niñas con VIH, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

IV. Acciones por objetivos

Tabla 5: Acciones por objetivos

Objetivos	Principales acciones
1. Contribuir a la aplicación del marco legal que asegure el cumplimiento de los derechos humanos en la población PVIH.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción, seguimiento y evaluación del Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua (2014-2016). 2. Desarrollo de un programa de atención para las personas positivas acerca de la VBG en el marco de los derechos humanos. 3. Fortalecimiento de la aplicación de las leyes y políticas públicas referidas al cumplimiento de los Derechos Humanos a las PVIH, incluyendo la aplicación de la Ley 820. 4. Sensibilización para disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH desde la familia, prestadores de servicios, etc.
2. Sensibilizar al sector gubernamental, privado y población en general, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia la población PVIH.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Sensibilización a personal docente, incluyendo a consejeros, líderes estudiantiles y padres de familia de los centros de estudio, sobre el tema de VIH y derechos humanos. 6. Promoción de cambios de comportamiento en PVIH a través de un programa de educación para mejorar su estilo de vida. 7. Promoción, divulgación y seguimiento a la aplicación de la Ley 820 en las empresas públicas y privadas, en relación con el derecho al empleo a PVIH. 8. Realización de incidencia para lograr la inclusión de necesidades de vivienda de las PVIH en los programas sociales gubernamentales.
3. Contribuir al mejoramiento de la atención en salud a la población PVIH en el marco del cumplimiento de los derechos humanos.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Información dirigida a personas con VIH sobre en qué consiste la verdadera calidad en la atención en salud. 10. Promoción y divulgación de la Ley 820 en las unidades de salud pública y privada en general. 11. Abogacía e incidencia política para el tratamiento ARV pediátrico y el acceso a la prueba ADN Proviral y CD4.
4. Promover el apoyo a la población PVIH de parte de la familia y la población en general.	<ol style="list-style-type: none"> 12. Fortalecimiento de los GAM con los familiares y amigos de los PVIH, a fin de lograr cambios de comportamientos y aceptación personal de un nuevo estilo de vida.
5. Promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludables para la población PVIH.	<ol style="list-style-type: none"> 13. Promover el uso correcto y consistente del condón y lubricante, para PEAR, a fin de prevenir la reinfección en personas que tienen VIH, y para evitar el riesgo ITS y VIH. 14. Realización de talleres sobre percepción de riesgos para población PVIH que son usuarios de drogas, alcohol, tabaco, combinado con el TAR, así como abandono del mismo.
6. Fortalecer la atención integral a niños y niñas con VIH, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 15. Capacitación a los padres y tutores de niños/niñas, adolescentes con VIH y huérfanos, a fin de mejorar su calidad de vida.

V. Matriz del plan estratégico

Tabla 6: Matriz del plan estratégico

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
Determinante: Condiciones socioeconómicas						
I. Promoción, seguimiento y evaluación del Plan estratégico para atención integral a la población PVIH en Nicaragua (2014-2016).	I.1 Realización de un foro nacional con participación de CONISIDA y sectores estatales y privados para presentar el plan estratégico y solicitar apoyo.	El 90% de las personas convocadas, asistieron al foro.	1° trimestre 2014	ONG de PVIH CONISIDA Sectores convocados	USAID PrevenSida USAID PASCA Unión Europea	Informe técnico-financiero
	I.2 Realización de reuniones a nivel local y nacional para presentación del plan estratégico a las agencias y organismos no gubernamentales, que permita la inclusión de estas prioridades en sus estrategias de cooperación técnica y financiera.	100 % de cumplimiento de las reuniones programadas.				Actas de acuerdos
	I.3 Realización de seguimiento y monitoreo en las instancias que corresponda, referido al cumplimiento de compromisos en la implementación del plan estratégico.	Al menos el 90% de compromisos cumplidos.	2014-2016			Informes técnico-financieros
	I.4 Divulgación de manera sistemática de las actividades y resultados del plan estratégico realizadas, incluyendo las correspondientes a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante boletín, programas radiales multilingües y multiculturales.	Al menos el 90% de acciones y resultados divulgados.	2014-2016			Formatos en físico según los medios de divulgación utilizados

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
2. Desarrollo de un programa de atención para las personas positivas acerca de la VBG en el marco de los derechos humanos.	2.1 Diseño e implementación de un programa de atención y seguimiento para personas positivas que sufren VBG en alianzas con líderes y organizaciones de la sociedad civil, el cual incluya procedimientos a seguir, herramientas de apoyo, mecanismos de denuncias, etc.	100% de denuncias recibidas a las ONG están en seguimiento.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH Comisaría de la Mujer PDDH	USAID PrevenSida	Denuncias interpuestas
	2.2 Elaboración e implementación de un plan de capacitación a PVH para reducción de actitudes de violencia y prácticas de denuncias.	1,000 personas capacitadas y empoderadas en los procesos de denuncia VBG.	2 años (2014-2015)	ONG de PVIH	USAID PrevenSida	Informes técnico-financieros Lista de asistencia Fotografías
	2.3 Evaluación de la aplicación del programa de atención y seguimiento.	30% de incremento en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención para la reducción de la violencia VBG en PVIH en el marco de sus derechos.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH	USAID PrevenSida	Medición del índice y conocimiento, actitudes y prácticas de las PVIH
3. Fortalecimiento de la aplicación de las leyes y políticas públicas referidas al cumplimiento de los Derechos Humanos a las PVIH, incluyendo la aplicación de la Ley 820.	3.1 Creación de un observatorio en alianza de las ONG de PVIH, para seguimiento al cumplimiento de los derechos humanos y políticas públicas hacia las personas positivas según las leyes, decretos, etc., creados para tal fin.	Observatorio funcionando. 90% de los casos detectados fueron atendidos en cada año. Leyes y políticas públicas monitoreadas y aplicando las recomendaciones sugeridas por el observatorio.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH	USAID PrevenSida USAID PASCA MINS MINED MITRAB PDDH Sistema judicial Ministerio Público Policía Nacional Familiares y amigos de PVIH	Actas de alianzas Reportes de funcionamiento del observatorio Denuncias interpuestas Actas de reuniones
	3.2 Levantamiento de inventario de líderes comunitarios y prestadores de servicios para el reporte de incumplimiento de la aplicación de leyes.	Inventario siendo utilizado para el funcionamiento del observatorio.	1° semestre 2014	ONG de PVIH	USAID PrevenSida USAID PASCA	Reportes de funcionamiento del observatorio
	3.3 Evaluación periódica y final del funcionamiento del observatorio.	Cumplimiento del 100% de evaluaciones programadas fueron realizadas en el período del plan estratégico.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH	USAID PrevenSida USAID PASCA	Informes técnico-financieros de las evaluaciones realizadas

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
4. Sensibilización para disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH desde la familia, prestadores de servicios, etc.	4.1 Diseño de campaña de sensibilización.	100% de cumplimiento de las actividades programadas para la campaña. Al menos el 80% de la cobertura programada para la campaña fue cumplida.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH	USAID PrevenSida USAID Prevención Combinada	Informes técnico-financieros de las actividades realizadas
	4.2 Implementación de la campaña.					
	4.3 Evaluación y monitoreo de campaña.					
Determinante: Condiciones de vida y trabajo						
5. Sensibilización a personal docente, incluyendo a consejeros, líderes estudiantiles y padres de familia de los centros de estudio, sobre el tema de VIH y derechos humanos.	5.1 Elaboración, validación, con tomadores de decisión, e impresión de manual como guía para la sensibilización en los temas de VIH y derechos humanos.	3,500 folletos de material didáctico impresos.	2014	ONG de PVIH MINED FES Consejos de padres de familia	MINSA CONISIDA municipales y departamentales Cooperantes Sindicatos del gremio magisterial USAID ASSIST	Manual diseñado e impreso
	5.2 Capacitaciones a la comunidad educativa para el abordaje en los temas de VIH y derechos humanos.	1000 personas capacitadas por año entre las ONG de PVIH.	2014-2016	ONG de PVIH MINED FES Consejos de padres de familia	MINSA CONISIDA municipales y departamentales Cooperantes Sindicatos del gremio magisterial USAID ASSIST	Informes técnico-financieros
6. Promoción de cambios de comportamiento en PVIH a través de un programa de educación para mejorar su estilo de vida.	6.1 Charlas educativas en cambios de comportamiento para mejorar su calidad de vida de las personas con VIH.	300 PVIH sensibilizadas en mejorar su calidad de vida por 3 años entre ONG PVIH.	2014-2016	ONG de PVIH Grupos GAM	MINSA USAID PrevenSida USAID Prevención Combinada	Informes técnico-financieros
7. Promoción, divulgación y seguimiento a la aplicación de la Ley 820 en las empresas públicas y privadas, en relación con el derecho al empleo a PVIH.	7.1 Foro conversatorio para definir acciones a implementar en relación con la aplicación de la Ley 820 en empresas públicas y privadas empleadoras.	Acuerdos alcanzados con empresas públicas y privadas.	2014-2015	ONG de PVIH COSEP Zonas Francas Instituciones del Estado	MITRAB Sindicatos privados y estatales USAID PASCA	Listados de asistencia Fotos Actas de compromisos

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	7.2 Divulgación en los medios de comunicación de la Ley 820 (escritos, radiales, televisivos) enfatizando en el derecho al empleo de PVIH.	Cumplido el 100% de lo programado: 3 meses en 1 canal y 1 medio escrito, 3 cuñas radiales en 1 radio.	2014-2015	Canal 10 El Nuevo Diario Radio Sandino	Donantes USAID PASCA USAID PrevenSida USAID Prevención Combinada	Formatos de los mensajes transmitidos según los medios utilizados
	7.3 Reuniones de evaluación entre las ONG de PVIH, sobre la efectividad de las actividades realizadas.	100% de las ONG de PVIH participaron en la evaluación.	2014-2015	ONG de PVIH	Donantes USAID PASCA USAID PrevenSida USAID Prevención Combinada	Actas de reuniones
8. Realización de incidencia para lograr la inclusión de necesidades de vivienda de las PVIH en los programas sociales gubernamentales.	8.1 Censo de necesidades de viviendas para las personas con VIH, en alianzas con ONG.	40% de reducción de la tasa de personas con VIH en extrema pobreza con problemas de vivienda.	2014-2016	ONG de PVIH Alcaldías municipales INSS INVUR	CONISIDA ONG Cooperación externa	Censo Fotos de casas habitadas
	8.2 Abogacía e incidencia con los diferentes tomadores de decisión a nivel nacional y local.	10 alcaldías comprometidas en la reducción del número de personas con VIH en extrema pobreza con problemas de vivienda.	2014-2016	ONG de PVIH Alcaldías municipales INSS INVUR	CONISIDA ONG Cooperación externa	Actas o convenios firmados
Determinante: Condiciones de servicios de salud						
9. Información dirigida a personas con VIH sobre en qué consiste la verdadera calidad en la atención en salud.	9.1 Diseño de la campaña informativa basada en las evidencias de los estudios realizados sobre la calidad de atención en el área de salud dirigida a PVIH.	Al finalizar dos años se ha tenido una cobertura de 2,000 PVIH informados con la campaña.	2014-2016	ONG de PVIH	USAID PrevenSida MINS ONUSIDA OPS PNUD USAID Prevención Combinada	Documento de la campaña Controles de cobertura Informes Fotografías
	9.2 Implementación y seguimiento de la campaña.					
	9.3 Evaluación de la campaña.					
10. Promoción y divulgación de la Ley 820 en las unidades de salud pública y privada en general.	10.1 Formación a los promotores para el dominio de la Ley 820 con objetivo de elaborar réplicas a los centros de salud públicos y privados.	50 promotores formados en el manejo de la Ley 820. 50 personas del área de salud (médicos enfermeras, equipos multidisciplinarios por unidad de salud pública y privada) han sido capacitadas.	2014-2016	ONG de personas con VIH: ANICP+VIDA ASONVIH GAO Campaña Costeña	MINS ICW PDDH ONG de la DS USAID PASCA USAID Prevención Combinada	Lista de asistencias Informes Fotografías
	10.2 Realización de talleres sobre la Ley 820 al personal de la salud pública y privada.					

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
11. Abogacía e incidencia política para el tratamiento ARV pediátrico y el acceso a la prueba ADN Proviral y CD4.	11.1 Capacitación al personal de las ONG de personas con VIH sobre protocolo de ARV, del Ministerio de Salud.	Al menos 15 personas de las ONG capacitadas sobre el protocolo.	2014	ONG de personas con VIH: ANICP+VIDA ASONVIHSIDA GAO Campaña Costeña	UNICEF Hospital "La Mascota" USAID PrevenSida MINSa CONISIDA ONUSIDA OPS PNUD	Lista de asistencias Informes Fotografías
	11.2 Elaboración e implementación de un plan de incidencia, a fin de que el MINSa garantice los reactivos y realice las pruebas de ADN Proviral y CD4.	Al menos una cobertura de incidencia en 10 CONISIDA departamentales. Al menos una cobertura de incidencia en 10 SILAIS.	2014-2016	ONG de personas con VIH: ANICP+VIDA ASONVIHSIDA GAO Campaña Costeña	UNICEF Hospital "La Mascota" USAID PASCA MINSa CONISIDA ONUSIDA OPS PNUD	Acta de reunión de incidencia
	11.3 Monitoreo de la realización de pruebas de carga viral CD4 a niños atendidos en los hospitales de referencia.	Al menos 2 veces al año se realiza el monitoreo.	2014-2016	ONG de personas con VIH: ANICP+VIDA ASONVIHSIDA GAO Campaña Costeña	UNICEF Hospital "La Mascota" MINSa CONISIDA ONUSIDA OPS PNUD	Informes del monitoreo
Determinante: Redes sociales y comunitarias						
12. Fortalecimiento de los GAM con los familiares y amigos de los PVIH, a fin de lograr cambios de comportamientos y aceptación personal de un nuevo estilo de vida.	12.1 Creación de GAM en zonas de mayor concentración de PVIH.	Al menos 6 GAM se han formado. Al menos el 90% de los miembros de los 6 GAM formados han modificado positivamente sus comportamientos.	3 años (2014-2016)	ONG de PVIH Familiares de PVIH Amigos de PVIH	USAID PrevenSida	Acta de constitución de los GAM Estudio de evaluación de los cambios de comportamientos en sus miembros
	12.2 Capacitación a los miembros de los GAM recién formados.	100% de GAM y miembros capacitados.	2014			Informes técnico-financieros
	12.3 Seguimiento y evaluación a los GAM recién formados y los que ya estaban funcionando.	El 100% de los GAM ha recibido apoyo de las ONG de PVIH mediante el seguimiento realizado.	3 años (2014-2016)			Acta e informe de avances de los GAM

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	12.4 Capacitaciones a los GAM, según sus necesidades, en los temas relacionados a la promoción de salud y sexualidad sana para continuar su fortalecimiento.	El 100% de los GAM han sido capacitados para su fortalecimiento.	3 años (2014-2016)			Informes técnico-financieros
Determinante: Estilos de vida (CAP)						
13. Promover el uso correcto y consistente del condón y lubricante, para PEMAR, a fin de prevenir la reinfección en personas que tienen VIH, y para evitar el riesgo ITS y VIH.	13.1 Diseño de campaña para promover el uso consistente del condón y lubricante, para PEMAR, a fin de prevenir la reinfección en personas que tienen VIH, y para evitar el riesgo ITS y VIH.	Campaña diseñada.	2014	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID PASCA	Documento de la Campaña
	13.2 Elaboración y distribución de material educativo, promoción y distribución de condones y lubricantes.	Al finalizar cada año se han distribuido 100,000 condones. Al finalizar cada año se han distribuido 10,000 ejemplares de material educativo. Al finalizar cada año se han distribuido 100,000 lubricantes.	2014-2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	MINSA USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID Prevención Combinada	Material Educativo Elaborado Reporte de distribución de condones y lubricantes
	13.3 Elaboración y difusión de viñetas tanto radiales como por TV.	Al finalizar cada año se han realizado 2 nuevas viñetas. Al finalizar cada año se han implementado 7 viñetas existentes.	2014-2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	Fondo Mundial	Las viñetas elaboradas y difundidas
	13.4 Implementación de metodología para cambios de comportamiento, en grupos pequeños y abordaje cara-cara.	Al finalizar cada año se han implementado 72 grupos pequeños. Al finalizar cada año se realizaron 11,520 abordajes cara-cara.	2014-2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID Prevención Combinada	Reportes de cada actividad
	13.5 Charla educativa sobre uso correcto del condón y lubricante en PEMAR y PVIH.	Al finalizar cada año se han implementado 2,880 charlas.	2014-2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID Prevención Combinada	Reportes de cada charla

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
14. Realización de talleres sobre percepción de riesgos para población PVIH que son usuarios de drogas, alcohol, tabaco, combinado con el TAR, así como abandono del mismo.	14.1 Elaboración del diseño metodológico y agenda de trabajo para cada taller que se impartirá. Según características de población meta.	Diseños elaborados.	2014	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	USAID PrevenSida Fondo Mundial MINSA USAID Prevención Combinada	Diseños de talleres
	14.2 Seguimiento continuo a las personas PVIH para apoyarles en el cambio de comportamiento (PVIH-AA) y (PVIH-NA) en alianzas con instituciones que trabajen con población AA y NA.	Realizar al menos 1 visita de seguimiento al mes por cada filial con las instituciones que apoyarán.	2014 - 2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	Instituciones NA y AA USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID Prevención Combinada	Acuerdos firmados Reportes de actividades
	14.3 Realización de taller de adherencia, priorizando a PX con nuevo diagnóstico y en abandono de TAR.	Al finalizar cada año se han implementado 96 talleres de adherencia	2014 - 2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	USAID PrevenSida Fondo Mundial MINSA USAID Prevención Combinada	Reporte de los Talleres
	14.4 Realización de taller sobre conducta y prácticas de riesgo de pacientes con VIH para incrementar la percepción al riesgo.	Al finalizar el año se han implementado 32 talleres de conducta y prácticas de riesgo.	2014 - 2016	ONG que trabajan con el tema VIH ONG que trabajan con personas que conviven con VIH	Instituciones NA y AA USAID PrevenSida Fondo Mundial USAID Prevención Combinada	Reporte de Actividades
Determinante: Factores biológicos y genéticos						
15. Capacitación a los padres y tutores de niños/niñas, adolescentes con VIH y huérfanos, a fin de mejorar su calidad de vida.	15.1 Diseño de un proyecto piloto en capacitación para abordaje a los padres y tutores de niños/niñas, pre-adolescentes con VIH y huérfanos, a fin de mejorar su calidad de vida.	Proyecto piloto coordinado con representantes de las ONG de PVIH al menos 3 representantes, implementado en los lugares seleccionados.	2014 - 2016	Personas con VIH ASONVIHSIDA ANICP+VIDA GAO ONG Costa Caribe ICW Equipos multidisciplinario de hospitales infantiles	Cooperación Internacional CONISIDA Equipos multidisciplinarios UNICEF	Informes técnico-financieros de ejecución y de evaluación del proyecto piloto

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultados	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	15.2 Implementación de un proyecto piloto en capacitación para abordaje a los padres y tutores de niños/niñas, pre-adolescentes con VIH y huérfanos.					
	15.3 Evaluación del proyecto piloto en capacitación para abordaje a los padres y tutores de niños/niñas, pre-adolescentes con VIH y huérfanos.					
	15.4 Divulgación de los resultados del proyecto piloto en capacitación para abordaje a los padres y tutores de niños/niñas, preadolescentes con VIH y huérfanos.					

VI. Recursos

Tabla 7: Disponibilidad financiera para la implementación del plan estratégico

Objetivos	USAID PrevenSida	USAID PASCA	USAID Prevención Combinada	Unión Europea	Embajada de Noruega	USAID ASSIST	UNFPA	Médicos del Mundo	Fondo Mundial	Fundación Ford	OMS/OPS	HIVOS	Fundación Robert Carr
1. Contribuir a la aplicación del marco legal que asegure el cumplimiento de los derechos humanos en la población PVIH.		X		X	X			X			X	X	X
2. Sensibilizar al sector gubernamental, privado y población en general, a fin de disminuir el estigma, la discriminación y la violencia hacia la población PVIH.	X	X	X				X	X	X	X			
3. Contribuir al mejoramiento de la atención en salud a la población PVIH en el marco del cumplimiento de los derechos humanos.	X	X	X			X		X	X				
4. Promover el apoyo a la población PVIH de parte de la familia y la población en general.	X		X				X		X				
5. Promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludables para la población PVIH.	X		X						X				
6. Fortalecer la atención integral a niños y niñas con VIH, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.									X				

VII. Anexos

1. **Metodología para formulación del plan estratégico**
2. **Participantes en el taller de formulación del plan estratégico**
3. **Evidencias sobre la situación de la población PVIH**
4. **Datos generales sobre documentos consultados**

Anexo I: Metodología para formulación del plan estratégico

El proceso de formulación del plan estratégico se estructuró en los siguientes momentos:

- Primer momento:* Preparación metodológica del proceso de formulación del plan estratégico
- Segundo momento:* Diseño del plan estratégico
- Tercer momento:* Ajustes finales a la versión preliminar del plan estratégico

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada uno de los momentos metodológicos.

1. Preparación metodológica del proceso de formulación

- Análisis del esquema metodológico para la utilización del enfoque de determinantes sociales de la salud para la formulación del plan estratégico, ya que éste fue aplicado por primera vez para la formulación del plan estratégico de atención integral a la población transgénero femenina de Nicaragua.
- Consulta documental, a fin de seleccionar evidencias referidas a la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la población PVIH en particular.
- Ordenamiento preliminar por determinante social de la salud de 109 evidencias seleccionadas de 19 documentos, como un ejercicio de preparación de los facilitadores, para luego brindar apoyo a los equipos con mayor seguridad. Este documento también se utilizó para uno de los trabajos de grupo.
- Edición de las 109 evidencias, a fin de presentarlas en forma de esquila en papel bond blanco, de tal manera que se distribuyeran entre los equipos para que se leyeran, analizaran y clasificaran según los determinantes sociales de la salud, así como en favorables o limitantes.
- Preparación de tarjetas de 6 colores, para utilizar un color por cada determinante social de la salud.

- Diseño metodológico del taller de formulación, preparación de las guías de trabajo en equipo y revisión del documento conceptual básico sobre determinantes sociales de la salud.
- Aseguramiento de la logística requerida para un taller con una metodología estrictamente de trabajo en equipo.

2. Diseño del plan estratégico

Durante los días 10 y 11 de diciembre de 2013, mediante la modalidad de taller, se desarrolló el proceso de diseño del Plan estratégico para atención integral a la población PVIH, tomando como base el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), con la participación de 27 delegados de 4 organizaciones con miembros de la población PVIH (Ver anexo 2).

Para ello se cumplieron las siguientes fases:

- Análisis de la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la población PVIH
- Priorización de las evidencias de la situación analizada
- Identificación preliminar de acciones y de actores/ socios clave
- Formulación del plan estratégico

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada una de las fases metodológicas del proceso de diseño del plan estratégico.

1º. Análisis de la situación de la población PVIH

- Exposición dialogada sobre determinantes sociales de la salud, incluyendo ejemplos referidos a la situación del VIH/sida.
- Trabajo en 4 equipos para leer, analizar y clasificar las 109 evidencias de 19 documentos, según los determinantes sociales de la salud y, según sean favorables o limitantes, las cuales se entregaron en esquelas. Al clasificarlas debían pegarlas en la tarjeta del

color que correspondía al determinante y luego escribir si era favorable o limitante.

- c) En plenario, cada equipo iba colocando sus tarjetas en el sector que correspondía al determinante y los demás participantes sugerían revisar la clasificación cuando consideraban que pertenecía a otro determinante.

2°. *Priorización de las evidencias analizadas*

- a) Mediante trabajo en equipo, los participantes seleccionaron las evidencias limitantes que reflejaban las brechas más relevantes. Para ello se les entregó el documento de clasificación preliminar según los determinantes, enriquecido con las observaciones del plenario anterior. De esa manera no se necesitó mover las tarjetas de colores del salón. Se formaron 4 equipos de trabajo, dos de ellos trabajaron dos determinantes.

Equipo 1: Condiciones socioeconómicas y redes sociales y comunitarias

Equipo 2: Condiciones de vida y trabajo y factores biológicos y genéticos

Equipo 3: Condiciones de servicios de salud

Equipo 4: Estilos de vida: CAP

Cada equipo recibía apoyo continuo de los(as) facilitadores, a fin de asegurar el enfoque, aclarar dudas y contribuir a la realización del trabajo.

3°. *Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave*

- a) De acuerdo con la selección de las evidencias que representan las brechas más relevantes, los participantes en los mismos grupos, escribieron la primera propuesta de acciones, actores clave y socios.
- b) En plenario se revisaron y valoraron las propuestas de cada equipo, de tal manera que se afinara la información preliminar básica para la formulación del plan estratégico.

4°. *Formulación del plan estratégico*

- a) Siempre manteniendo los 4 equipos de trabajo con los mismos integrantes, se procedió a la formulación del plan estratégico, utilizando la matriz de acciones de la actividad anterior.
- b) En este momento se profundizó el análisis de las evidencias priorizadas, lo cual sirvió para que los participantes con mayor seguridad decidieran mantener, modificar o cambiar algunas acciones, así como para precisar las actividades de cada acción en la matriz del plan estratégico.
- c) Para finalizar el proceso de formulación, cada equipo presentó en plenario su propuesta de acciones según el determinante que trabajó. Los demás participantes plantearon algunas sugerencias que permitieron enriquecer cada propuesta.

Anexo 2: Participantes en el taller de formulación del plan estratégico

Tabla 8: Lista de participantes al taller de formulación del plan estratégico

N°	Nombres	Organización
1.	Donald Downs	Campaña Costeña
2.	Álvaro Aguirre Ortiz	ANICP+VIDA
3.	Bruce Meneses Offer	ANICP+VIDA
4.	Eduardo Rayo Torrentes	ANICP+VIDA
5.	Patricia Zúniga	ANICP+VIDA
6.	Eduardo Navarrete	ANICP+VIDA
7.	Yanina Miranda Rueda	ANICP+VIDA
8.	Julio César Mena	ANICP+VIDA
9.	Carlos Contreras	ANICP+VIDA
10.	Sergio Bonilla G.	ASONVIHSIDA
11.	Reyna López Neyra	ASONVIHSIDA
12.	Róger O. Benavidez Vega	ASONVIHSIDA
13.	Gricelda Navas Carballo	ASONVIHSIDA
14.	Martha Lorena Reyes	ASONVIHSIDA
15.	Lesther Zamir Hernández Rivas	ASONVIHSIDA
16.	María Teresa Martínez	ASONVIHSIDA
17.	Franklin José Guerrero	ANICP+VIDA
18.	Víctor M. Valle	ANICP+VIDA
19.	Wilfredo José Urbina	GAO León
20.	Silvio Yasser Reyes	GAO León
21.	Isaac Zavala	GAO León
22.	Pablo Salazar	GAO León
23.	Kristhel Morales	GAO León
24.	Berman A. Berríos R.	GAO León
25.	Ramiro Berríos López	GAO León
26.	Ruth Yamileth Munguía	GAO León
27.	Juan Ramón Pineda	GAO León

Anexo 3: Evidencias sobre la situación de la población PVIH

Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género 2012.¹⁹

1. Acceso a empleo. El 73.6% de los hombres y el 57.5% de las mujeres tenían empleo al momento de la entrevista. El 55.6% de los hombres participantes en el estudio tenían un empleo tiempo completo, en contraste con el 34.7% de sus parejas. Está demostrado que las mujeres tienden a aceptar trabajos menos remunerados y esporádicos para garantizar el sustento de sus hijos/as, representando un factor de vulnerabilidad.
2. Remuneración económica. El 30.2% de las mujeres y el 8.2% de sus parejas tienen un ingreso mensual entre C\$500 y C\$1,999 córdobas. El 43% de los hombres y el 25% de sus parejas, tienen un ingreso mensual entre C\$2,000 córdobas a C\$3,999 córdobas.
3. Cuidado de los hijos. El 16.7% de los hombres y el 23.3% de las mujeres respondió tener a su cargo niños, niñas y/o adolescentes con VIH.
4. Estigma y discriminación. El 16.7% de los hombres y el 23.3% de las mujeres han migrado de su lugar de origen por temor a que sus vecinos se enteren que alguien en la familia tiene VIH.
5. Violencia como construcción social. El 18.1% de los hombres y el 47.9% de las mujeres considera que los hombres son violentos por naturaleza. El 8.3% de los hombres considera que es violento porque así nació. El 11.1% de los hombres considera que el alcohol y la droga influyen en la violencia. El 4.2% de los hombres considera que la violencia es provocada por las mujeres. El 6.9% de los hombres considera que aprendió a ser violento en la familia, la calle o la escuela. El 12.5% refirió ser violento porque vivió en una familia violenta (papá le pegaba a su mamá).
6. Comportamientos y prácticas. El 54.2% de los hombres y el 34.2% de las mujeres en estudio tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. El 33.3% de los hombres y el 53.4% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual entre los 15-19 años. El 2.8% de hombres y el 8.2% de las mujeres tuvo su

primera relación sexual entre 20-24 años. El 1.4% de los hombres tuvo su primera relación sexual entre los 25-29 años.

7. Vivencia sobre situaciones de violencia en general. El 63.0% de mujeres y el 40.3% de hombres, estuvieron expuestos a una situación de violencia en general.
8. Exposición a situación de violencia sexual extra familiar. El 17.3% de las mujeres tuvo relaciones sexuales en la niñez cuando no lo deseaba; un 30.4% durante su etapa de adolescencia y 52.1% en su etapa adulta. El 20% del total de las personas en estudio refirieron que amigos de la familia ocasionaron la situación de violencia sexual extra familiar. De éstos, el 11.1% son hombres y el 30.4% son mujeres.

ALBA Consultorías y Asesorías. Línea de Base: Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Managua, Nicaragua:ALBA; 2010.²⁰

9. Analfabetismo. El analfabetismo es del 7.8% (con menores de 6 años asciende a 10.3%), con estudios universitarios y de post grado 16.8%, y con estudios primarios 33.6% y secundarios 34.4%. En la situación conyugal, los solteros se encontró en 45.9%, casados y acompañados en 43.3% y los otros estados en 10.9%.
10. La situación conyugal previa y posterior al diagnóstico indica que las personas con parejas estables al inicio de la enfermedad eran 54.1% y en estos momentos es del 43.5%, es decir que casi un 11% de las personas han quedado sin vida conyugal.
11. Abandono de los estudios. Un 22.5% de las personas encuestadas estudiaban antes que les diagnosticaran el VIH, porcentaje que al momento de realizar la encuesta bajó a 13.5%, esto indica una reducción de 9 puntos porcentuales. Al analizar por sexo, 47% de hombres, 83% de mujeres y 60% de trans continúan estudiando.
12. Al explorar en las 55 personas que expresaban estudiar antes del diagnóstico del VIH, indagamos si continuaron estudiando en su mismo centro educativo inmediatamente después del diagnóstico, 51% dijeron que no, las razones expresadas fueron: problemas de salud 39%, dificultades económicas 32% y porque no quieren estudiar 25%. En la situación actual de los que

estudian, refieren como principales dificultades: razones económicas 49% y problemas de salud 22%.

13. Estilos de vida no adecuados. Actualmente, de las personas encuestadas, el consumo de cigarrillo fue 30.7%, el consumo de alcohol 42.4%, y consumo de marihuana 5.6%. Es importante mencionar que el comportamiento de consumo de alcohol en la población trans incrementa a 75%.
14. Situación familiar. De los 152 participantes que manifestaron tener hijos, 53.3% son mujeres, 45.4% son del sexo masculino y 2 (1.3%) son trans. En relación al número de hijos, el 62% de los participantes refiere tener hijos. De los encuestados que tienen hijos, el 64.5% tiene hijos menores de 15 años, el 19.7% hijos mayores de 15 años y el 15.8% hijos menores y mayores de 15 años. Al indagar si a alguno de los hijos de los entrevistados le han diagnosticado el VIH, el 7.9% respondieron positivamente, siendo todos menores de 15 años.
15. Cuidado familiar. El 37.3% de los participantes requieren de apoyo familiar para su cuidado, principalmente mientras estuvo hospitalizado/a (74.7%) o para cuidarlo en el hogar (53.8%). El familiar que principalmente los cuida es la madre (39.6%) y la pareja (18.7%), seguido de otros parientes, hermanos/as e hijos/as en un 15.4%, 14.3% y 11% en el orden respectivo. Los encuestados requieren al año un promedio 39.1 días de cuidado familiar.
16. Percepción de la atención en VIH. La percepción que tienen los encuestados de la atención que les brindan las unidades del MINSA cuando han demandado atención por problemas de salud, expresando sentirse bien atendidos 69.7%, regular y mal atendidos 18.9%, y el 11.5% no pudieron emitir juicio ya que no demandaron atención o si demandaron atención la buscaron en hospitales, clínicas o farmacias privadas.
17. Uso de bienes para el gasto en VIH. Una manera de valorar el efecto que el VIH ocasiona en la economía de las personas, fue investigada a través de la venta de bienes para cubrir gastos de salud. Encontrando que el 26.2% de los encuestados tuvieron que deshacerse de algunos de sus bienes.
18. En cuanto a la violencia intrafamiliar, no se encontraron datos de este tópico en el 70.9% (39), el 18.2% (10) tenía este antecedente y 10.9% (6) tenían negada tal situación.
19. En el 60% (33) no se investigó abuso sexual (no hay información en el expediente), el 23.6% (13) negó este antecedente y el 16.4% (9) aceptaron ser víctimas de abuso sexual.
20. Las características de las 10 mujeres que sufrieron violencia fueron las siguientes: 8 no trabajaban o procedían de áreas urbanas; 7 tenían baja escolaridad, con dos hijos o más, y acompañadas; y 6 sufrían de abuso sexual al mismo tiempo.
21. Presencia de tatuajes, el 61.8% (34) no tenía datos en el expediente. El 25% (14) de las estudiadas no tenía tatuajes y 12.7% (7) sí los tenía consignados.
22. De acuerdo al número de gestaciones que habían tenido las pacientes, el 50.9% (28) era multigesta, seguida de la primigesta con 40% (22) y la granmultigesta con el 9.1% (5).
23. Número de compañeros sexuales. El 36.4% (20) había tenido dos compañeros sexuales, el 29.1% (16), solo un compañero y el 25.5% (14) habían tenido tres o más compañeros y el 9.1% (5), no mostró datos de esta variable.
24. Al 32.7% (18) se les realizó el diagnóstico después de las 28 semanas de gestación, al 27.3% (15) entre las 14 y las 28 semanas, al 21.8% (12) antes del embarazo ya se conocía su condición con respecto a la seropositividad al VIH. Al 10.9% (6), se les diagnosticó en el posparto, siendo este un diagnóstico tardío, y solamente al 7.3% (4), se hizo el diagnóstico antes de las 14 semanas.
25. En el 81.8% (45) de los casos se utilizó terapia profiláctica antirretroviral durante el embarazo y en el 18.2% (10) no se utilizó principalmente por diagnóstico tardío.
26. Al 91% (50) no se les brindó lactancia materna, acción que se realizó en el 9% (5), por diagnóstico tardío de la infección.
27. El 69% (38) de los niños recibió profilaxis con este fármaco, el 20% (11), no lo recibió y del 11% (6), no hay datos.
28. A los 3 meses, a un 49% (27) se les realizó el ADN proviral y al otro 51% (28) no se les realizó.
29. Al 52.7% (29) se les realizó cuantificación de linfocitos CD4+ a las 4 semanas de nacido y al 47.3% (26) no se hizo dicho estudio. En el 65% (36) de casos no se

Corpeño Olivas, Tania, Bonilla Cruz, Erick y Peña, Damaris. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua 2006 - 2007. Nicaragua: 2009.²¹

realizó conteo de linfocitos CD4+ a los 3 meses de vida.

Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género. Nicaragua: ASONVIHSIDA.²²

30. El 1.4% de las personas encuestadas PVIH tiene un ingreso mensual menor de C\$500 córdobas. El 6.8% un ingreso mensual de entre C\$500-C\$1999; el 20.5% entre C\$2000-C\$2999; el 17.8% entre C\$3,000-C\$3,999; 1.4% entre C\$4,000-C\$4,999; 5.5% entre C\$5,000-C\$6,000 y el 1.4% tiene un ingreso mayor de C\$6,000 córdobas.
31. El 20% de personas encuestadas refirió tener en la familia niños, niñas y adolescentes con VIH. El 59.3% no respondieron la pregunta y un 20.7% refirió que no.
32. El 21.6% de los hombres reconoció haber sido violentos cuando estaban tomados o habían consumido alguna droga; mientras el 32.9%.
33. Las consecuencias de la violencia emocional, demostraron que el 37.8% de las parejas de los hombres y el 41.1% de las mujeres en estudio señalaron sentirse tensas con su pareja y ha tenido cambios para comer o dormir.
34. El 55.2% de las personas en estudio han estado expuestas a alguna situación de violencia física. De éstas el 68.5% son hombres y el 41.7% mujeres.
35. El 21.7% de las mujeres refirió que la violencia sexual extra familiar se debió a su condición de VIH. El 14.8% de los hombres considera que fue por estar tomado o drogado. El 48.1% considera que fue debido a su orientación sexual. El 25.9% de los hombres y el 65.2% de las mujeres no saben por qué. El 11.1% de los hombres y el 13.3% de las mujeres no saben por qué.

Cunningham Kain, Mirna. Sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua. Bilwi, RAAN: marzo 2010.²³

36. Desde la visión sobre salud Miskitu el VIH/Sida se diagnostica como una enfermedad Miskitu, conocida como Puisin o Dus Lawan, que tienen como causa un hechizo o un mal.

USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100²⁴

37. El 63% de los PVS refieren haberse sentido discriminados.
38. El 76.5% y 70.6% de los PVS han recibido violencia verbal y física respectivamente.
39. El 60% y el 67.3% de la población general considerada en esta pregunta (151) "aceptaría y apoyaría" a un hijo viviendo con VIH, aunado a un 20% y 13.8% que no tendría problema con ello.
40. La población general asocia el hecho de ser PVIH con "disgusto, desagrado" (66.7%), pero también con la promiscuidad (37.7%), la prostitución (26%) y la homosexualidad (35.1%).

PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf²⁵

41. El 37% de la población general presentan respuestas y actitudes que expresan discriminación con reserva o abiertamente discriminatorias a las PVIH.
42. El 58.2% de la población general están de acuerdo o totalmente de acuerdo que el dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba del sida como prerrequisito para dar un empleo.
43. El 15.2% de la población general no está "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" que las PVIH tengan acceso a lugares públicos.
44. El 40.1% de la población general está "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" que los niños y niñas con sida deberían recibir educación aparte.

García Prado, Cruz Laureana, M.D. y Morales Velásquez, Augusto César, M.D. Calidad diagnóstica y tratamiento .antirretroviral en pacientes con VIH/ sida. SILAIS Masaya 2007-2008. Nicaragua: ²⁶

45. El 23% (11) de los expedientes estudiados estaban comprendidos entre 16 y 20 años de edad. El 23% (11) estaban comprendidos entre 21 y 25 años de edad. El

- 21% (10) estaban comprendidos entre 26 y 30 años de edad. Hay que hacer notar que el 67% de la población estudiada está entre los 16 y 30 años de edad.
46. EL 70% (33) eran hombres y el 30% (14) eran mujeres, de las cuales el 21% (3) estaban embarazadas.
 47. De acuerdo a la procedencia el 87% (41) eran de Masaya. Con un nivel educativo bajo, donde se observó que 43% (30) son analfabetos y con primaria incompleta.
 48. En relación al estado civil se observa que el 64% (30) eran solteros. Y en relación a la ocupación 49% (23) se consignaba ser obrero.
 49. Según el orden del expediente clínico se observó que 100% de estos no tienen el orden establecido. Muchos no contaban con la lista completa de problemas, la hoja de medidas antropométricas, las hojas de flujo de exámenes de laboratorio, de conteo de CD4 y carga viral.
 50. En relación a la opción sexual se observó que 51% (24) eran heterosexuales.
 51. En cuanto al origen de los pacientes 96% (45) eran de origen urbano y 4% (2) rural.
 52. El 56% (26) de los pacientes han iniciado vida sexual activa antes de los 11 años y los 15 años de edad. En relación al número de parejas sexuales se encontró que 51% (24) tenía más de tres parejas. El 55% (26) habían tenido más de 3 contactos sexuales.
 53. Se observa que el 72% (34) de los registros no tenían consignado evaluación nutricional, el 21% de los que tenían la evaluación, su estado nutricional era normal.
- Gutiérrez R., Eliette Patricia, Rubí Ortíz, Lissette del Pilar y Mayorga Pérez, Orlando. Seroprevalencia de VIH/SIDA en trabajadoras del sexo y conductores de transporte pesado de la ciudad de León. Nicaragua: 2008.²⁷**
54. En cuanto a la edad, el grupo etario predominante entre varones y mujeres fue el de mayores de 30 años, con un 42% en ambos sexos, dato que para el caso de las trabajadoras sexuales no concuerda con estudios similares a nivel nacional e internacional que reflejan un predominio de grupos etarios menores de 30 años.
 55. Respecto a la ocupación del total de las Trabajadoras Sexuales el 74% se dedicaban exclusivamente a este trabajo y en menor proporción a otros tales como: doméstica (6%), amas de casa (14%) u otros (6%).
56. Al consultársele tanto a conductores como a trabajadoras del sexo si alguna vez se habían realizado la prueba de VIH, el 66% de las mujeres y 36% de los hombres respondieron que al menos una vez en su vida se la habían hecho.
 57. La escolaridad predominante alcanzada por los encuestados es la educación secundaria con un 48% en los hombres, seguida por la educación primaria con 38% en las mujeres, indicándonos ser un grupo que podría tener un conocimiento de la situación actual del VIH que incida en su comportamiento sexual.
 58. El número de compañeros sexuales que tienen las trabajadoras del sexo por día, es variable, la mayoría (48%) tienen de 1 a 3 clientes, seguido por un 36% que tienen contacto con 4-6 hombres y en menor proporción (6%) tienen 10 o más compañeros sexuales en un día.
 59. La minoría de los encuestados no tiene inconveniente con relación al sexo correspondiendo esto al 6% para los varones y el 8% para las mujeres.
- Baca Cano, Roberto, Osorio Zapata, Hilda, Matute, Armando y Matus, Gregorio. Seroprevalencia del VIH/sida en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega-Nicaragua. Nicaragua: 2009.²⁸**
60. Las edades más frecuentes estaban entre 15–19 y 20–24 años, representando el 65% de la población estudiada.
 61. La procedencia de la población estudiada, distribuida en la zona urbana con un 71% y el restante 29% provenientes del área rural.
 62. La ocupación de la población estudiada quienes refirieron ser en su mayoría amas de casa con un 81%.
 63. El uso de condón en la población estudiada de las cuales el porcentaje de mujeres embarazadas quienes no usan condón es del 98% y únicamente un 2% refirieron usarlo siempre durante las relaciones sexuales con su pareja.
 64. En relación a la edad de las embarazadas estudiadas la seroprevalencia predominante se encuentra en los grupos de 30-34 años de edad con 0.80%, seguido del grupo de 25–29 años con 0.53%, en tercer lugar está el grupo de 15-19 años con 0.39%, y en cuarto lugar el grupo de edad de 20-24 años con 0.25%.
 65. La seroprevalencia fue mayor para las pacientes que se captaron del área rural con 0.66% demostrando el doble que la del área urbana que presentó el 0.33%.

Lazo Rizo, Roberto. Influencia de la migración en PVIH, que pertenecen a ASONVIHSIDA [Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública]. Nicaragua: 2008.²⁹

- 66. 74.3% de los PVIH ingieren licor.
- 67. 68.9% no usan condón en sus relaciones sexuales.
- 68. El 48.8% de los hombres entrevistados tienen relaciones sexuales con hombres.
- 69. El 39.2% ha viajado fuera del país teniendo como destino Costa Rica.

Organizaciones de la sociedad civil en Nicaragua. Análisis informe mundial de avance de la lucha contra el sida en Nicaragua, 2012 y propuesta de la sociedad civil. Informe alternativo. Nicaragua: Observatorio Centro Americano VIH. Capítulo Nicaragua; 2012.³⁰

- 70. El porcentaje de jóvenes de 15-24 años con VIH es del 2.4 realmente.
- 71. El grupo con incidencia más alta es el de 25 a 29 con 21.5% les siguen de cerca grupos de 20-24 y 30-34 y finalmente 35-39 años con 10.5%.
- 72. El 46% de nuevas infecciones (INCIDENCIA) corresponde a grupos de 15 a 29 años.
- 73. La cobertura de captación temprana se refiere en un 53% según el informe mundial de avance de Nicaragua 2012 de acuerdo al MoT.
- 74. 23% de abandonos de la terapia.
- 75. Se conoce que existen 53 niños/as huérfanos con VIH y solo 43 están en tratamiento de acuerdo a la última investigación de UNICEF.
- 76. 40 (19.6% de los ingresos en el 2011) con VIH y afectados de tuberculosis.

Suárez, Claudia. Evaluación de la calidad de la atención integral en los servicios de salud para PVIH desde la perspectiva del usuario. Nicaragua: 2013.³¹

- 77. El 8.5% de los encuestados refieren haber esperado más de 3 horas.
- 78. El 13.3% dice no tener acceso a condones y material educativo.
- 79. 90.6% señala que los consultorios son cómodos, agradables.

- 80. El 84.2% señala privacidad durante la consulta.
- 81. 91.1% se siente satisfecho del servicio recibido el día de la entrevista.
- 82. 92.6% califican la satisfacción como buena, muy buena o excelente.
- 83. El 70.4% respondió que se le entregó la TAR.
- 84. El 77.1% refirió NO haber recibido consejería.

Jarquín, Yelba y Pineda Gadea, Zaira. Calidad de atención en personas con VIH atendidas en consulta externa del Hospital “Roberto Calderón” [Tesis para optar al grado de maestría en salud pública]. Managua, Nicaragua: noviembre 2010.³²

- 85. Independientemente del sexo, 2/3 de las personas encuestadas asistieron la primera vez a este hospital por referencia de otro hospital. Destaca que solo el 5% han asistido por referencia de una ONG y que el 100% de ellos, pertenecen al sexo masculino.
- 86. Con relación a identidad sexual en hombres, destaca que 2 de cada 5 de ellos se autodeclaran bisexuales, homosexuales o transgénero.
- 87. El 96% de las personas atendidas en consulta médica reconoce como excelente la atención recibida.
- 88. Destaca que el 29% de personas requerían tratamiento para infecciones oportunistas. El tratamiento fue indicado a 8 de cada 10 de ellas en proporciones similares en hombres y mujeres.

Avalos Capín, Jimena. Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. 2013.³³

- 89. En Nicaragua, 23% de las mujeres reportaron no haber sido consultadas sobre si querían realizarse la prueba ni tener conocimiento sobre el hecho que dicha prueba era voluntaria.
- 90. En Nicaragua, 22% de las mujeres entrevistadas señalaron no tener acceso a información relacionada con el acceso a TARV.
- 91. En Nicaragua, 31% de las mujeres entrevistadas (24) indicaron no tener acceso a información sobre las posibilidades de embarazarse de manera segura y evitar la transmisión vertical o sexual en caso de pareja serodiscordante.

Programa Regional REDCA+. Perfil de riesgo de personas con VIH de los países beneficiarios del programa regional REDCA+. Informe Regional.³⁴

92. Se preguntó si consideran que pueden contribuir en algo para detener la epidemia de VIH y en el grupo de los CASS, 71% contestó que sí, en comparación con el 63% del grupo Hogar. Al preguntarles cómo, el uso del condón fue la respuesta más registrada en ambos grupos. 84% del grupo CASS dijo tener planes para el futuro en comparación con 83% para el grupo Hogar; 83% del grupo CASS contestó que puede hacer algo para incidir positivamente en su salud en comparación con 81% del grupo Hogar. En ambos grupos la mayoría se visualizó en una condición futura mejor que la que tenía en el presente.
93. Se indagó acerca de la percepción de riesgo para reinfección por VIH a lo cual, en la población CASS, 22% contestó que percibe su riesgo como alto, 20% como medio, 26% como bajo, 20% no percibe ningún riesgo y 9% dijo no saber, en el grupo Hogar los porcentajes encontrados fueron: 21%, 23%, 24%, 15% y 15%, respectivamente. Al preguntárseles qué pueden hacer para prevenir la reinfección, 88% (CASS) y 84% (Hogar) mencionó el uso consistente del condón, 23% (CASS) y 34% (Hogar) la abstinencia sexual.
94. La mayor parte de la población de ambos grupos refirió que conseguir un condón es entre fácil y muy fácil, más del 90% en ambos grupos dijo que se los regalaban. En el subgrupo de quienes contestaron que es difícil o muy difícil conseguir condones, la principal razón identificada por la que le es difícil, es porque les da pena comprarlos 31% CASS y 21% Hogar.
95. Dentro del grupo CASS que refirió estar en TAR, 19% refirió haberla suspendido por indicación propia en algún momento, en comparación con el grupo Hogar donde 10% refirió haberlo suspendido. Referente al recuento de CD4 88% del grupo CASS refirió habérselo realizado en alguna ocasión en comparación con 81% del grupo Hogar.
96. En la población mayor de 24 años encuestada en CASS se encontró un auto-reporte de adherencia terapéutica del 78% en comparación con 89% del grupo Hogar.
97. Con el propósito de conocer si las personas con VIH cuentan con el apoyo de redes sociales se preguntó si su familia conocía su estatus serológico a la cual el 76% y 77% de CASS y Hogar respectivamente, respondió que sí y 72% del grupo CASS y 76% del grupo Hogar dijo contar actualmente con el apoyo de su familia, en el 16% del grupo CASS se encontró que algún miembro

de la familia le ha manifestado desprecio o rechazo por ser una persona con VIH, en comparación con el 20% encontrado en el grupo Hogar.

98. Respecto a actitudes concretas de discriminación, el 51% en el grupo CASS dijo haber sufrido violencia verbal y 34% exclusión de la convivencia familiar, en comparación con 53% y 22% respectivamente para el grupo Hogar. En el marco de los derechos, 75% del grupo CASS y 80% del grupo Hogar refirió conocer la existencia de leyes que protegen a las personas con VIH y estar dispuestos a denunciar algún acto de violación de estos derechos en contra de su persona (70% y 73%) para los respectivos grupos.

Ulloa G, Armando. Prevalencia del VIH en personas afectadas por Tuberculosis en 7 SILAIS priorizados de Nicaragua. Managua, Nicaragua: 2009.³⁵

99. La prevalencia de la coinfección tuberculosis/VIH-Sida en los 6 SILAIS priorizados del país, fue de 3.7%, siendo los SILAIS de Managua y la RAAS los que tienen mayor proporción de la coinfección. Estas cifras las consideramos subestimadas, debido a la baja proporción de pruebas realizadas en todos los SILAIS, a excepción de Jinotega.

100. De hecho, solo un 27.21% de pacientes con tuberculosis aceptaron realizarse la prueba. Esta baja aceptación para realizarse la prueba del VIH, demuestra que aun los servicios de ambos programas no se encuentran organizados y preparados para enfrentar el problema. Esto refleja la poca colaboración.

PSI Research Division, "CENTROAMÉRICA (2013): Estudio TRaC de VIH/SIDA Personas con VIH en Belice, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.", PSI Social Marketing Research Series, 2013 <<http://www.psi.org/resources/publications>>.³⁶

101. El uso de condón. El uso de condón en la última relación sexual se reportó en el 85% de los entrevistados a nivel de la región.
102. El condón se usa más entre los hombres de 25 años o más, con 91.7% vs. 82.1% en los menores de 25 años, mientras que en mujeres la tendencia es similar pero con porcentajes más bajos, 84.3% y 77.2% respectivamente.
103. El uso consistente de condón en los últimos 30 días con cualquier pareja es más bajo, alcanzando un 76.5% a nivel de la región. La tendencia es mayor entre los hombres de 25 años o más quienes tienen un porcentaje mayor de uso 78.9% vs. los menores de 25 años con 72.0% y en mujeres, 74.1% vs. 68.4%.

I04. El uso de lubricante en la última relación sexual a nivel regional es del 32.3%.

I05. En la región, la edad promedio en que le confirmaron a una persona que tenía VIH es de 31 años y el 60% de las personas con VIH toma tratamientos antirretrovirales actualmente.

I06. El uso consistente de condón en PCV que toman ARV es mayor entre usuarios consistentes vs. la adherencia entre usuarios inconsistentes, 67.1% y 51.5% respectivamente ($p < .001$, OR 2.0).

I07. Las PCV solteras, separadas, divorciadas o viudas. La adherencia a uso consistente de condón es mayor entre usuarios consistentes vs. usuarios inconsistentes: 58.4% y 51.1% respectivamente, ($p < .05$, OR 1.4).

I08. Quienes opinan que tarde o temprano a las personas que usted ama les va a dar VIH. La adherencia a dicha opinión es menor entre usuarios consistentes vs. la adherencia entre usuarios inconsistentes: con una media de 2.20 y 2.54 respectivamente, ($p < .001$, OR 0.5) en una escala de 1 a 4 donde 1 es igual a “totalmente en desacuerdo” y 4 es igual a “totalmente de acuerdo”.

**Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA).
Situación del VIH y sida en Nicaragua. Monitoreo y
evaluación de avances para contener la epidemia.
Nicaragua: CONISIDA; septiembre 2011.³⁷**

I09. Del total de PVIH con diagnóstico en el 2009 el 0.11% (42/37,556) eran mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años.

Anexo 4: Datos generales de documentos consultados

Tabla 9: Datos generales de documentos consultados

Estudio	Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
1. Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género 2012. Nicaragua: 2012. ¹⁹		Explorar los factores de vulnerabilidad en las mujeres con VIH y su relación con la violencia basada en género para mejorar la Respuesta Nacional frente a ambos temas y la toma de decisiones en el ámbito de política pública.	El estudio es de tipo exploratorio, de carácter descriptivo cualitativo y cuantitativo.	Los casos nuevos reportados por el Ministerio de Salud en cada departamento seleccionado durante el I semestre del 2011, datos accesibles al momento de iniciar la investigación. Chinandega, Managua, León, Masaya y RAAN.
2. ALBA Consultorías y Asesorías. Línea de Base: Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Managua, Nicaragua: ALBA; 2010. ²⁰		Conocer el impacto socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua que constituya una Línea de Base para el desarrollo de la Respuesta Nacional.	Se desarrolló un estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo, para definir los indicadores iniciales del proyecto. El estudio es descriptivo, de corte transversal, se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas.	El ámbito principal de estudio lo constituyó el departamento de Managua, Chinandega y la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), por ser los territorios con más altas tasas de incidencia y prevalencia en VIH/sida.
3. Corpeño Olivas, Tania, Bonilla Cruz, Erick y Peña, Damaris. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua 2006 - 2007. Nicaragua: 2009. ²¹		Analizar la situación de la transmisión vertical de VIH en 11 unidades hospitalarias de Nicaragua en los años 2006 y 2007.	El presente estudio es analítico de corte transversal basado en la situación de la transmisión vertical del VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua en el periodo: enero 2006-diciembre 2007.	Estuvo conformado por 55 embarazadas seropositivas para VIH que acudieron a solicitar servicios de salud a los Hospitales "Bertha Calderón" de Managua, Maternos de Chinandega, León, Masaya, RAAN, RAAS, Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Rivas y Río San Juan en el periodo de enero 2006 a diciembre 2007. Formó parte de este estudio, el recién nacido vivo con exposición perinatal a VIH, para la determinación de la transmisión vertical.

Estudio	Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>4. Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género. Nicaragua: ASONVIHSIDA.22</p>	<p>Explorar los factores de vulnerabilidad en las mujeres con VIH y su relación con la violencia basada en género para mejorar la Respuesta Nacional frente a ambos temas y la toma de decisiones en el ámbito de política pública.</p>	<p>Estudio de tipo exploratorio, de carácter descriptivo cualitativo y cuantitativo,</p> <p>Para desarrollar el estudio se diseñaron, validaron y aplicaron cuatro técnicas de investigaciones cuantitativas y cualitativas: encuesta, entrevista con actores claves, grupos focales y revisión documental.</p> <p>Para los grupos focales se diseñó una guía que facilitó la exploración de sentimientos, vivencias, prácticas y la socialización de la construcción de género; así como su exposición a situaciones de violencia que faciliten en el futuro estudios para mejorar el conocimiento sobre las posibles relaciones entre VIH y Violencia Basada en Género. Además, permitió identificar los retos metodológicos que involucra el estudio de estas relaciones así como posibles conceptos o variables prometedoras y prioridades para investigaciones posteriores.</p>	<p>La muestra seleccionada fue por conveniencia, asignando un peso porcentual al total de casos por cada departamento. El total de la muestra a estudio representa el 41% del universo. En la muestra se incluyeron además de mujeres a sus parejas.</p> <p>La encuesta fue aplicada a un total de 72 hombres y 73 mujeres para un total de 145 encuestados. Se realizaron 8 grupos focales conformados con personas que estuvieron expuestas a una situación de violencia.</p> <p>En los grupos focales participaron un total de 22 personas en Managua, 10 en la RAAN y 15 en León, pertenecientes a las distintas organizaciones de persona con VIH: ASONVIHSIDA, ICW, ANICP+VIDA y Asociación Vida Futura en Bilwi.</p>	
<p>5. Cunningham Kain, Mirna. Sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua. Bilwi, RAAN: marzo 2010.23</p>	<p>Sin dato.</p>	<p>Se aplicaron técnicas y herramientas cualitativas concertadas entre los equipos de investigación de los países, traducidos a los idiomas autóctonos de cada pueblo.</p>	<p>La investigación se llevó a cabo en las Regiones Autónomas Atlántico Norte y Sur. Los municipios en los cuales se realizó fueron Bilwi, Waspam, Laguna de Perlas y Bluefields en poblaciones adolescentes y jóvenes indígenas Miskitu y afro descendientes.</p> <p>35 entrevistas a adolescentes, jóvenes e informantes claves adultos, 12 historias de vida a personas viviendo con VIH/sida y 4 grupos focales.</p> <p>Las comunidades en las cuales se aplicaron los instrumentos fueron Krukira, Bilwi, Kamla, Sisin, Sukatpin, Kahka, Km 43, Kligna, Sandy Bay del Municipio de Puerto Cabezas; Waspam, Ulwas, Kisalaya, San Pedro, Esperanza, San Carlos del Municipio de Waspam; Alamicanban del Municipio de Prinzapolka; y, Orinoco, Bluefields y Laguna de Perlas de la RAAS.</p>	

Tabla 9: Datos generales de documentos consultados (Cont.)

Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>6. USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID PrevenSida; 2011. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100²⁴</p>	<p>Contribuir con la comprensión y reducción del estigma y la discriminación, relacionados con el VIH/sida y sus efectos, mediante el establecimiento de una línea de base sobre los factores subyacentes que causan y sostienen este fenómeno.</p>	<p>Investigación tipo descriptiva, de corte transversal, en Managua, Chinandega, León, Granada, Rivas, Bluefields y Bilwi.</p>	<p>El universo de la población del estudio está formado por HSH, hombres gay, población transgénera, PVS y población general.</p> <p>Dado que hasta la fecha, en Nicaragua no es factible obtener una muestra probable de PEMAR, el diseño utilizado para el muestreo fue no probabilístico o por conveniencia, sino que se conformó la muestra con individuos que estaban localizables en ese momento, se establecieron cuotas para cada departamento y se formaron grupos con características similares. El rango de edad determinado para la muestra fue de 18 a 45 años y la cantidad de 310 informantes mediante entrevista estructurada y 45 PEMAR convocados en 8 grupos focales.</p> <p>Las submuestras mayores se ubicaron en Managua, Chinandega, León, Masaya y Granada, por su concentración poblacional y, además, porque es donde existe mayor número de locaciones de concentración de hombres que practican sexo con hombres (HSH), gay y trans, (lugares para diversión: discotecas, cines para adultos y parques, entre otros).</p>
<p>7. PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf²⁵</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener información a nivel de la población general, sobre percepciones y opiniones que pueden manifestarse en actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias asociadas con el VIH y las poblaciones en mayor riesgo al VIH (PEMAR). 2. Establecer una base de datos para la comparación en el tiempo, de las tendencias nacionales y regionales en las manifestaciones de estigma y discriminación relacionados con el VIH y asociados a las PEMAR. 3. Generar información que contribuya a orientar el desarrollo de estrategias basadas en la evidencia para el abordaje y reducción. 	<p>Encuestas de opinión pública. Las bases de datos se construyen y los resultados se procesan utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).</p>	<p>Población general de 7 países de Centro América a una muestra de aproximadamente 1200 adultos/as residentes de los respectivos países en las fechas programadas para la encuesta, representantes individuales y únicos de sus hogares. La muestra de hogares es aleatoria, representativa de la población del país con un margen de error de $\pm 2.8\%$ en el nivel de confianza del 95%.</p>

Estudio	Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
8. García Prado, Cruz Laureana, M.D. y Morales Velásquez, Augusto César, M.D. Calidad diagnóstica y tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida. SILAIS Masaya 2007-2008. Nicaragua ²⁶	Valorar el orden, la calidad diagnóstica y tratamiento antirretroviral en los expedientes en pacientes con VIH/sida. SILAIS Masaya 2007-2008.	Es un estudio descriptivo de corte transversal sobre la calidad diagnóstica, tratamiento antirretroviral y orden del expediente clínico, en pacientes con VIH/sida. Hospital "Humberto Alvarado Vásquez" - SILAIS Masaya, 2007-2008.	Expedientes seleccionados son los que se encuentran con el diagnóstico de VIH/sida y tratamiento TAR con edad comprendida entre 11 y >50 años del Hospital "Humberto Alvarado Vásquez" del SILAIS Masaya.	
9. Gutiérrez R., Eliette Patricia, Rubí Ortiz, Lisette del Pilar y Mayorga Pérez, Orlando. Seroprevalencia de VIH/sida en trabajadoras del sexo y conductores de transporte pesado de la ciudad de León. Nicaragua: 2008. ²⁷	Sin dato.	Un estudio descriptivo de corte transversal.	Se realizó en 100 personas que se movilizaban en el área del by pass de la ciudad de León, en el periodo de mayo – agosto del 2007.	
10. Baca Cano, Roberto, Osorio Zapata, Hilda, Matute, Armando y Matus, Gregorio. Seroprevalencia del VIH/sida en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega – Nicaragua. Nicaragua: 2009. ²⁸	Sin dato.	Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.	El área del estudio fueron los puestos y centros de salud del municipio de Chinandega; la población de estudio fueron todas las mujeres embarazadas que asistieron a los puestos de salud del municipio de Chinandega, durante diciembre del 2006 a noviembre del 2007. Se estudió un total de 1,410 embarazadas que acudieron a las unidades de salud durante el periodo del estudio y que accedieron.	
11. Lazo Rizo, Roberto. Influencia de la migración en PVIH, que pertenecen a ASONVIHSIDA [Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública]. Nicaragua: 2008. ²⁹	Determinar la influencia de la migración sobre las PVIH que pertenecen a ASONVIHSIDA, mayo a julio 2008.	Estudio descriptivo.	Realizado en los departamentos de Managua, Masaya, Chinandega y Granada, con 74 entrevistas a PVIH.	
12. Organizaciones de la sociedad civil en Nicaragua. Análisis informe mundial de avance de la lucha contra el sida en Nicaragua, 2012 y propuesta de la sociedad civil. Informe alternativo. Nicaragua: Observatorio Centro Americano VIH. Capítulo Nicaragua; 2012. ³⁰	Dar a conocer, por parte de las organizaciones, sus puntos de vista, observaciones, inquietudes, aportes y en especial hacer patente su compromiso de trabajar coordinadamente con el Estado, en torno al VIH/sida, pues muchas de ellas cuentan con una experiencia de varias décadas de trabajo en esta área.	El informe fue elaborado producto de la compilación de documentos relacionados con el informe de país de avance de lucha contra el VIH sida en Nicaragua, compromiso de país en Naciones Unidas. El reporte se dividió en seis áreas para un mejor análisis: Apoyo político; Recursos financieros; Prevención; Tratamiento y atención; Vulnerabilidad; Mitigación y atención a niños y niñas huérfanas. Complementariamente se estudiaron dos áreas transversales: derechos humanos y género; de esta manera las organizaciones en general se apropian de los documentos oficiales aprobados por todos los países de la ONU.	Sin dato.	

Tabla 9: Datos generales de documentos consultados (Cont.)

Estudio	Datos generales	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
13. Suárez, Claudia. Evaluación de la calidad de la atención integral en los servicios de salud para PVIH desde la perspectiva del usuario. Nicaragua: 2013. ³¹	Monitorear la satisfacción de la atención brindada en las unidades de salud a las personas con VIH, en los distintos centros de referencia de Managua, Masaya, León, Chinandega, Rivas, Granada.	El estudio realizado fue exploratorio, cuali-cuantitativo descriptivo, transversal.	El universo estuvo representado por todos (as) las personas que demandaron servicios en las unidades de salud en el período en estudio, así como el personal de salud. La muestra fue no probabilística, intencional por conveniencia, para un total de 471 usuarios, según departamento: Managua, Masaya, Granada, Rivas, Chinandega y León.	
14. Jarquín, Yelba y Pineda Gadea, Zaira. Calidad de atención en personas con VIH atendidas en consulta externa del Hospital "Roberto Calderón" [Tesis para optar al grado de maestría en salud pública]. Managua, Nicaragua: noviembre 2010. ³²	Describir la calidad de atención que reciben las personas con VIH atendidas en consulta externa del Hospital "Roberto Calderón" de Managua, noviembre 2010.	Estudio descriptivo de corte transversal. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico Epi info. Las tablas y gráficos fueron construidas en el programa Excel para la presentación de datos en frecuencias simples y porcentajes. Para la estimación de riesgos se utilizó la razón de productos cruzados (OR). Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el test del X ² , y el valor de p. Se estimaron además intervalos de confianza al 95%.	Una muestra por conveniencia. Para la estimación se tomó como parámetros un nivel de confianza del 95%, una frecuencia esperada de satisfacción de 72% como promedio, en base a estudios de calidad realizados en años anteriores. Aplicando cálculo con el paquete estadístico Epi info a través de Stat Cal la muestra correspondió a 106 personas. Sin embargo se decidió ampliar la muestra quedando constituida por 137 personas.	
15. Ávalos Capín, Jimena. Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. 2013. ³³	Presentar los aspectos jurídicos de los resultados de la aplicación del cuestionario para documentar violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en Mesoamérica. El Salvador, Honduras, México y Nicaragua. 2012 y principios del 2013.	Estudio descriptivo.	Muestreo por conveniencia, entrevistando a 77 mujeres entre agosto y diciembre de 2012. Los criterios de inclusión fueron: mujeres con VIH.	
16. Programa Regional REDCA+. Perfil de riesgo de personas con VIH de los países beneficiarios del programa regional REDCA+. Informe Regional. ³⁴	Describir el perfil de riesgo de las personas con VIH que acuden a grupos de autoayuda, e identificar las características asociadas con la adopción de medidas preventivas (reporte de uso de condón en la última relación sexual) y la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en personas con VIH de Centroamérica.	Se aplicó una encuesta en personas con VIH y acuden a los grupos de autoayuda, dentro de los servicios de salud que brindan atención a personas con VIH en los siete países de Centroamérica.	Personas con VIH y acuden a los grupos de autoayuda, dentro de los servicios de salud que brindan atención a personas con VIH en los siete países de Centroamérica.	
17. Ulloa G, Armando. Prevalencia del VIH en personas afectadas por Tuberculosis en 7 SILAIS priorizados de Nicaragua. Managua, Nicaragua: 2009. ³⁵	Conocer la incidencia del VIH en pacientes diagnosticados previamente con tuberculosis, identificando flujograma, algoritmo y atención; asimismo, la descripción de las principales actividades desarrolladas para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes por ambos programas PCT y VIH-Sida en 7 SILAIS priorizados del país.	Es un estudio descriptivo, de corte transversal, en 36 municipios de 7 SILAIS del país.	Lo constituyen todas las personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar (TBP) diagnosticadas y captadas por el Programa de Control de la Tuberculosis de las unidades de salud de los 36 municipios de 7 SILAIS priorizados, que son: Managua, Chinandega, Matagalpa, Chontales, Jinotega, RAAN y RAAS.	

Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
<p>18. PSI Research Division, "CENTROAMÉRICA (2013): Estudio TRaC de VIH/SIDA Personas con VIH en Belice, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.", PSI Social Marketing Research Series, 2013 <http://www.psi.org/resources/publications>. ³⁶</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una línea de base sobre las prevalencias de uso de condón y monitorear las tendencias en el comportamiento y otros determinantes claves de Oportunidad, Habilidad y Motivación (OHM) entre PCV. 2. Identificar los factores que caracterizan a las PCV que usan condones con cualquier tipo de pareja. 	<p>La encuesta incluyó preguntas acerca de sus características demográficas, comportamiento sexual, uso de condones y lubricantes, diagnóstico de VIH, determinantes OHM y exposición a las intervenciones de PASMO. Para monitorear los indicadores 2013 y los factores OHM se utilizó el análisis de Frecuencias y tablas cruzadas. Los determinantes significativos del uso consistente de condón y uso de condón en la última relación sexual fueron identificados a través de la regresión logística multivariable, la cual fue controlada por la variable de país. Para estimar las medias o proporciones ajustadas de cada variable en el modelo final se empleó el análisis de varianza.</p>	<p>Se encuestó a un total de 2,585 personas con VIH (PCV), el estudio se llevó a cabo en Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. La muestra se distribuyó en forma proporcional por país, según la cantidad de personas con VIH de cada país. Para reclutar participantes se utilizó una estrategia de muestreo consecutivo en clínicas, hospitales y grupos de autoapoyo para personas con VIH/sida.</p>
<p>19. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Situación del VIH y sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia. Nicaragua: CONISIDA; septiembre 2011. ³⁷</p>	<p>Compartir información de la situación de la epidemia y de la respuesta en Nicaragua.</p>	<p>Revisión documental de investigaciones e informes de vigilancia epidemiológica de las ITS-VIH-sida con el propósito de informar a la comunidad acerca de los avances que Nicaragua ha tenido en materia de VIH.</p>	<p>Sin dato.</p>

Referencias bibliográficas

- 1 Enlace web: <http://www.prevensida.org.ni>
- 2 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad I. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html>
- 3 Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=131:plan-estrategico-para-la-atencion-integral-a-la-poblacion-transgenero-femenina-de-nicaragua&catid=1:noticias&Itemid=6
- 4 Disponible en: https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=aa_MUtCOKtPKkAex9ICoAQ#q=plan+de+acci%C3%B3n+corlusida
- 5 Enlace web: <http://www.pepfar.gov>
- 6 Enlace web: http://www.pepfar.gov/countries/central_america/index.htm
- 7 Enlace web: www.pasca.org
- 8 Enlace web: www.asociacionpasma.com.org y www.yahoraque.info
- 9 Enlace web: www.deliver.jsi.com
- 10 Enlace web: <http://www.hci.project.org>
- 11 Enlace web: <http://www.rti.org/page.cfm?objectid=BE9C75A4-28B7-43D8-9B526112B3DAC02A> y <http://www.rti.org/page.cfm?obj=80E58D21-1125-44B6-EB251F72926F05EC>
- 12 Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica VIH Sida 2013 [presentación en power point]. Nicaragua: MINSA; noviembre 2013.
- 13 Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua 2009. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: UVG; 2010. Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf
- 14 Ministerio de Salud. Estudio centinela prevalencia de embarazadas 2011, Nicaragua: MINSA.
- 15 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida 2012 Nicaragua. Período de cobertura enero 2010-diciembre 2011. (Acceso 8 de enero de 2014). Nicaragua: CONISIDA; marzo 2012. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf)
- 16 PSI Research Division, "NICARAGUA (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega 3a Ronda Nacional", PSI Social Marketing Research Series, 2010 <<http://www.psi.org/resources/publications>>
- 17 Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario. (Acceso 28 de mayo de 2013). Ginebra, Suiza: OMS; 1998. Disponible en: www.who.int/hpr2/archive/docs/glossary_sp.pdf
- 18 Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- 19 Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género 2012.
- 20 ALBA Consultorías y Asesorías. Línea de Base: Impacto Socioeconómico del VIH y sida en Nicaragua. Managua, Nicaragua: ALBA; 2010.
- 21 Corpeño Olivas, Tania, Bonilla Cruz, Erick y Peña, Damaris. Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua 2006 - 2007. Nicaragua: 2009.
- 22 Gutiérrez Gómez, Ximena. Factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y su relación con la Violencia Basada en Género. Nicaragua: ASONVIHSIDA.

- 23 Cunningham Kain, Mirna. Sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua. Bilwi, RAAN: marzo 2010.
- 24 USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100
- 25 PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf
- 26 García Prado, Cruz Laureana, M.D. y Morales Velásquez, Augusto César, M.D. Calidad diagnóstica y tratamiento .antirretroviral en pacientes con VIH/sida. SILAIS Masaya 2007-2008. Nicaragua:
- 27 Gutiérrez R., Eliette Patricia, Rubí Ortíz, Lissette del Pilar y Mayorga Pérez, Orlando. Seroprevalencia de VIH/SIDA en trabajadoras del sexo y conductores de transporte pesado de la ciudad de León. Nicaragua: 2008.
- 28 Baca Cano, Roberto, Osorio Zapata, Hilda, Matute, Armando y Matus, Gregorio. Seroprevalencia del VIH/sida en mujeres embarazadas del municipio de Chinandega-Nicaragua. Nicaragua: 2009.
- 29 Lazo Rizo, Roberto. Influencia de la migración en PVIH, que pertenecen a ASONVIHSIDA [Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública]. Nicaragua: 2008
- 30 Organizaciones de la sociedad civil en Nicaragua. Análisis informe mundial de avance de la lucha contra el sida en Nicaragua, 2012 y propuesta de la sociedad civil. Informe alternativo. Nicaragua: Observatorio Centro Americano VIH. Capítulo Nicaragua; 2012.
- 31 Suárez, Claudia. Evaluación de la calidad de la atención integral en los servicios de salud para PVIH desde la perspectiva del usuario. Nicaragua: 2013.
- 32 Jarquín, Yelba y Pineda Gadea, Zaira. Calidad de atención en personas con VIH atendidas en consulta externa del Hospital “Roberto Calderón” [Tesis para optar al grado de maestría en salud pública]. Managua, Nicaragua: noviembre 2010.
- 33 Avalos Capín, Jimena. Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica. 2013.
- 34 Programa Regional REDCA+. Perfil de riesgo de personas con VIH de los países beneficiarios del programa regional REDCA+. Informe Regional.
- 35 Ulloa G, Armando. Prevalencia del VIH en personas afectadas por Tuberculosis en 7 SILAIS priorizados de Nicaragua. Managua, Nicaragua: 2009.
- 36 PSI Research Division, “CENTROAMÉRICA (2013): Estudio TRaC de VIH/SIDA Personas con VIH en Belice, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.”, PSI Social Marketing Research Series, 2013 <<http://www.psi.org/resources/publications>>.
- 37 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Situación del VIH y sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia. Nicaragua: CONISIDA; septiembre 2011.
- 38 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015. Nicaragua: CONISIDA; 2011.
- 39 Fondo Mundial. Nicaragua Unida (United Nicaragua) in a concerted effort to contain the epidemic. Component HIV/AIDS. NIC-809-G06-H. Grant Performance Report. External Print Versión. Last Updated on: 16 December 2013.

USAID | PrevenSida

University Research Co., LLC

De donde fue la Vicky Altamira, 1 cuadra abajo, 1 cuadra al sur

Plaza San Ramón, 2do. piso, Módulo No. 8, Managua, Nicaragua

Tel: (505) 22780447

University Research Co., LLC

7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814 EE.UU.

Tel: (301) 654-8338, Fax: (301) 941-8427

www.prevensida.org.ni
