

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO LOCAL Y COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL**



**VIABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN ASISTIDA DE  
PAREJA, COMO ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN  
DEL VIH**

**SANDRA MARITZA RAMÍREZ SANTOS DE ÁLVAREZ**

GUATEMALA, OCTUBRE 2020

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**Rector:** MSc. Murphy Olympo Paiz Recinos

**Secretario:** Inga. Marcia Ivónne Veliz Vargas

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**Directora:** Licda. Alma Lilian Rodríguez Tello

**Secretaria:** Licda. Mirna Lissette Valle Peralta

**DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**Directora:** MSc. Celita Mahely Chacón de Prera

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTE DOCENTE**

MSc. Celita Mahely Chacón de Prera

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES**

Licda. María de los Ángeles Quintanilla Quiñonez

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Armida Arely García Hernández  
Julio César Xicay Puac

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

**Directora del Departamento  
Estudios de Postgrado**

MSc. Celita Mahely Chacón de Prera

**Profesional Invitado**

MSc. Elma Verónica Sagastume López

**Asesor**

MSc. Fabiola Lorenzana Argueta

“Los autores serán los responsables de las  
opiniones y criterios expresados en sus obras”

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de  
La Universidad de San Carlos de Guatemala.



**DEPGTS/OI-003-2021**

Guatemala, 10 de febrero de 2021

Licenciada  
Alma Lilian Rodríguez Tello  
Directora  
Escuela de Trabajo Social –USAC–  
Presente

Estimada Licda. Rodríguez:

Atentamente reciba un cordial saludo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Trabajo Social.

La Directora del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Trabajo Social, hace de su conocimiento que la Licenciada **Sandra Maritza Ramírez Santos**, estudiante de la Maestría en Desarrollo Humano Local y Cooperación Internacional, se sometió al examen privado el día 19 de octubre del 2020, según Acta No. 07-2020-ETS-MDHLYCI. En el cual defendió ante una terna examinadora, la tesis titulada **“VIABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN ASISTIDA DE PAREJA, COMO ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DEL VIH”**. Por lo que se solicita el aval correspondiente para la orden de impresión de la tesis en mención.

Sin otro particular, me suscribo.

*“Id y Enseñad a Todos”*

*MSc. Celita Mahely Chacón de Prera*  
Coordinadora del Departamento de Estudios de Postgrado  
Escuela de Trabajo Social



CMCP  
c.c. Archivo.

No. 001-2021  
Autorización de Impresión de Tesis

**MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO LOCAL Y COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. ESCUELA DE TRABAJO  
SOCIAL. DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.....

En base al dictamen DEPGTS/OI-003-2021, de fecha 10 de febrero de 2021, extendido por la Coordinadora del Departamento de Estudios de Postgrado, MSc. Celita Mahely Chacón de Prera; y oficio sin número de referencia, de fecha 19 de febrero de 2021, extendido por la Magister Fabiola Lorenzana, en calidad de Asesora, esta Dirección **AUTORIZA** la impresión del trabajo de Tesis titulado: “VIABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN ASISTIDA DE PAREJA, COMO ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DEL VIH”, trabajo elaborado y presentado por la **Licenciada Sandra Maritza Ramírez Santos**, previo a conferírsele la acreditación de Maestra en Desarrollo Humano Local y Cooperación Internacional, en el grado académico de Maestría en Ciencias.

Dado en la ciudad de Guatemala, a los veintidós días del mes de febrero del año dos mil veintiuno.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



*Licda. Alma Lilian Rodríguez Tello*

**DIRECTORA**

Escuela de Trabajo Social



c.c. Archivo  
ALRT/dec.

Guatemala 19 de febrero 2021

Licenciada  
Celita Mahely Chacón  
Coordinadora del Departamento de Estudios de Postgrado  
Escuela de Trabajo Social  
Universidad de San Carlos de Guatemala

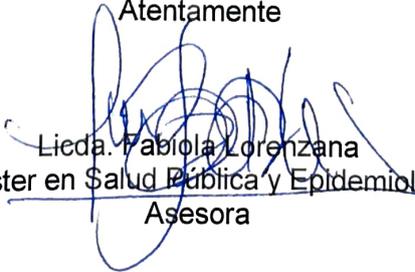
Estimada Licda. Chacón:

En mi calidad de asesora de tesis de la Licda. Sandra Maritza Ramírez Santos de Alvarez Carné No. 9611206, para la Maestría de Desarrollo Humano, Local y Cooperación Internacional, quien presentó como trabajo de investigación el tema titulado "**Viabilidad de la Notificación Asistida de Pareja, como estrategia para la reducción del VIH**"; me permito dictaminar conforme a los siguientes planteamientos:

He acompañado a lo largo de la revisión desde el mes de julio 2020 el trabajo de investigación que la Licda. Ramírez, quien ha realizado las observaciones de forma y contenido mejorando el enfoque de su investigación, apegada a los criterios académico-científicos requeridos.

Cabe resaltar que el tema que la Licda. Ramírez optó es un tema que no ha sido abordado desde las propuestas presentadas para fines de tesis, pero además y quizá lo más importante es un tema que afecta a toda la sociedad, y requiere aportes para resolver una determinada problemática social. En virtud de lo expuesto, emito la presente constancia como dictamen de aprobación.

Atentamente



Licda. Fabiola Lorenzana  
Magister en Salud Pública y Epidemiología  
Asesora

## **DEDICATORIA**

- A DIOS:** Por la vida, sabiduría y salud para alcanzar este logro.
- A MI MADRE:** Adela Santos (+) quién con su esfuerzo y sacrificio, fue un gran ejemplo de lucha y perseverancia en la vida, elevo una oración en su nombre.
- A MI ESPOSO:** Haroldo Leonel Alvarez Roldán, con amor agradezco su acompañamiento, apoyo y comprensión en impulsar todo lo que hago.
- A MI HIJO E HIJA:** Daniel Alejandro y Lucía Fernanda, Alvarez Ramírez, con mucho amor dedico este esfuerzo, como un ejemplo en sus vidas.
- A MIS HERMANAS:** Ana y Viki Ramírez, con quienes compartimos espíritu luchador ante la adversidad, heredado de nuestros padres.
- A MIS FAMILIARES:** Ana María del Rosario Cardona, Carlos Soderini López, José Luis Cardona, Ana Domitila Santos, con mucho cariño, gracias por su constante motivación.
- A MIS AMIGAS:** Gracias por su apoyo, lealtad y ayuda en todo momento.
- EN ESPECIAL A:** La Universidad de San Carlos de Guatemala, la Escuela de Trabajo Social y el departamento de Estudios de Postgrado, la Maestría en Desarrollo Humano Local y Cooperación Internacional, por el reconocimiento al esfuerzo de forjar profesionales con enfoque social, responsabilidad que llevo al área profesional.

## Tabla de contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>i</b>
<b>Capítulo I .....</b>	<b>1</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>1</b>
1.1. Definición del problema.....	1
1.2. Objetivos.....	4
1.2.1. <i>General</i> .....	4
1.2.2. <i>Específicos</i> .....	4
1.3. Justificación .....	5
1.4. Tipo de investigación y alcance.....	9
1.5. Preguntas de Investigación .....	10
1.6. Marco metodológico.....	11
1.6.1. <i>Ubicación geográfica de la investigación.</i> .....	11
1.6.2. <i>Método, técnicas, procedimientos e instrumentos</i> .....	12
1.6.3. <i>Las Técnicas e instrumentos utilizados</i> .....	12
1.6.4. <i>Sujeto de Investigación</i> .....	14
1.6.5. <i>Requerimiento de información pública</i> .....	15
<b>Capítulo II .....</b>	<b>16</b>
<b>Estado del arte .....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo III .....</b>	<b>26</b>
<b>Situación del VIH y contexto de la investigación .....</b>	<b>26</b>
.....	<b>26</b>
3.1. Caracterización de los servicios de salud en VIH .....	29
<b>Capítulo IV .....</b>	<b>32</b>
<b>Fundamentación teórica.....</b>	<b>32</b>
4.1. El VIH como problema de la salud pública .....	32
4.2. Las determinantes sociales de la salud y las políticas públicas.....	39
4.3. La igualdad de género en las políticas públicas en VIH .....	45
4.4. El papel de la cooperación en VIH, .....	48
4.5. Fuentes de financiamiento en VIH .....	54
4.6. Comportamiento de la cooperación y su posible salida del país.....	55
4.7. Compromisos del Estado de Guatemala en VIH .....	56
4.8. Modelos de atención en VIH .....	59
4.9. Modelos de atención promovidos por organizaciones no gubernamentales .....	62
4.10. Estrategia de notificación asistida .....	63

4.11. Efectividad de la notificación asistida a la pareja.....	67
<b>Capítulo V .....</b>	<b>69</b>
<b>Presentación, discusión y análisis de resultados .....</b>	<b>69</b>
5.1. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y sida del MSPAS .....	69
5.2. Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro” .....	71
5.2.1. <i>Experiencia de la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro” sobre la NAP.</i> .....	74
5.3. Clínica Familiar Luis Ángel García adscrita al Hospital San Juan de Dios	75
5.4. Colectivo Amigos Contra el Sida –CAS-.....	78
5.4.1. <i>Experiencia de CAS en la implementación de la notificación a la pareja.</i> .....	81
5.5. Promotores de salud que han implementado la NAP .....	83
5.6. Organización Internacional INTRAHEALTH .....	87
5.7. Centro de investigación de la Universidad del Valle de Guatemala. ....	90
5.7.1. <i>Experiencia regional en Centroamérica de la NAP.</i> .....	93
5.7.2. <i>Priorización de casos para notificación de exposición al VIH.</i> .....	94
5.8. Resultados de la implementación de NAP .....	95
5.9. Resultados de grupos focales .....	98
5.9.1. <i>Grupo focal de hombres y mujeres con VIH de las UAI.</i> .....	98
5.10. Discusión y análisis.....	101
5.11. Conclusiones .....	104
<b>Capítulo VI .....</b>	<b>106</b>
<b>Propuesta de intervención .....</b>	<b>106</b>
6.1. Guía de implementación de la Notificación Asistida a la Pareja en Servicios de Salud .....	107
6.2. Introducción .....	108
6.3. Objetivos.....	109
6.4. Beneficiarios .....	109
6.5. Principios .....	109
6.6. Políticas, planes y leyes en que se fundamenta esta guía .....	113
6.7. Lineamientos de aplicación de la notificación asistida a parejas .....	114
6.8. Principios éticos .....	115
6.9. Enfoque de derechos humanos y género .....	116
6.10. Coordinación con aliados estratégicos para gestionar la transferencia de capacidades al sector salud.....	116

6.11. Transferencia de capacidades para el personal de salud.....	117
6.12. Desarrollo de Habilidades .....	117
6.13. Implementación de las herramientas utilizadas en las intervenciones para la NAP .....	118
6.14. Intervenciones comunitarias.....	118
7. Referencias bibliográficas .....	119
8. Anexos .....	125
8.1. Anexos I: Herramientas.....	125
.....	125
8.2. Anexo II: Consultas por acceso a información pública .....	133
8.3. Anexo III: Grupo Focal con promotores de salud y ONG que trabajan en la temática de VIH .....	135
8.4. Anexo IV: Siglas y abreviaturas.....	136

### Tabla de tablas

Tabla 1 <i>Criterios del enfoque Hermenéutico</i> .....	16
Tabla 2 <i>Estado del Arte</i> .....	17
Tabla 3 <i>Compromisos del Estado de Guatemala en VIH</i> .....	56
Tabla 4 <i>Percepción de la Notificación de personas con VIH</i> .....	99

### Tabla de figuras

Figura 1 Eventos Clave del VIH .....	1
Figura 2 Casos de VIH notificados 2018.....	27
Figura 3 Resumen de Casos en VIH .....	28
Figura 4 Mapa de las UAI.....	30
Figura 5 Pacientes del Seguro Social con VIH .....	31
Figura 6 Objetivos de Bienestar del Desarrollo Humano .....	39
Figura 7 ODS priorizados en VIH.....	42
Figura 8 Procesos de Políticas Públicas .....	44
Figura 9 Objetivos priorizados.....	51
Figura 10 Financiamiento para VIH .....	54
Figura 11 Modelo Biomédico de la Subvención en VIH .....	62
Figura 12 Modelo de NAP .....	64
Figura 13 Análisis Caso Índice y sus posibles contactos en una MTS.....	67
Figura 14 Consultas de la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro” 2018 .....	72
Figura 15 Flujograma atención a personas con VIH, Clínica Familiar Luis Ángel García, del Hospital San Juan de Dios.....	77
Figura 16 Metas de Tamizaje 2019 CAS.....	79
Figura 17 Intrahealt 2018-2919 .....	89

Figura 18 Reporte de Tuberculosis EEUU .....	92
Figura 19 Clínicas VICITS en Centroamérica .....	93
Figura 20 Modalidad de SNAP .....	95

### **Tabla de graficas**

Gráfica 1 Pirámide Poblacional Guatemala.....	26
Gráfica 2 Semana hazte la prueba de VIH Guatemala 2010-2013.....	61
Gráfica 3 Procedencia de los participantes .....	98
Gráfica 4 Años con VIH, según género .....	99

### **Tabla de imágenes**

Imagen 1 Promotores de salud .....	83
Imagen 2 Promotores de salud .....	83

## Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH-, se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud pública, debido a su impacto a nivel mundial, ya que entra al organismo, se multiplica rápidamente y debilita las defensas, de no ser tratado a tiempo podría desarrollar el Sida.

Cada año se incrementa el número de casos de VIH/SIDA en el mundo, por lo que la respuesta requiere del involucramiento y compromiso de los Estados. El papel de las Naciones Unidas ha sido clave en este sentido. En la Cumbre Mundial del año 2005, se abordó de una manera más amplia la importancia de la seguridad humana en la salud, en su párrafo 143 los Jefes de Estado y de Gobierno se refirieron a la seguridad humana de la siguiente manera: “Subrayamos el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación. Reconocemos que todas las personas, en particular las que son vulnerables, tienen derecho a vivir libres del temor y la miseria, a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano” (Naciones Unidas, 2005)

La seguridad humana engloba las condiciones para la supervivencia y subsistencia de las personas, y en particular de quienes son más vulnerables, porque sus condiciones las exponen a las amenazas o situaciones a las que pueden verse afectada como la epidemia del VIH, que afecta la Salud humana, en consecuencia, la seguridad humana y la seguridad estatal se encuentran plenamente interrelacionadas.

El ámbito de la seguridad humana y la salud, “pasa por lo individual o colectivo con cobertura suficiente por parte de los modelos de sanidad insertos con la prevención y tratamiento de posibles epidemias, pandemias, virus o sistemas de salubridad pública garantizados por el Estado”. Su enfoque debe ser pensado desde las medidas centradas en las personas, tomando en cuenta cada contexto y estar

orientadas a la prevención, intentando reducir la posibilidad de que se produzcan conflictos, ayudando a superar los obstáculos que entorpecen el desarrollo. (PNUD, 2015)

El VIH atenta contra la salud y seguridad humana de las personas, tiene que ver con el desarrollo, a partir de que la salud es uno de los principales indicadores del desarrollo, concebido por Amartya Sen con un enfoque humanista, y lo posiciona como un elemento importante a considerar en las políticas públicas.

La Organización Mundial de la Salud –OMS- define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Las ideas manifiestas en el concepto pertenecen a la medicina social, una aspiración por superar las campañas de control de dolencias, a una dimensión más profunda del concebir la salud como un derecho humano, lo cual fue proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Organización de Naciones Unidas –ONU- en 1948, haciendo la salud una responsabilidad de los gobiernos y un derecho de los ciudadanos. (Cueto, Brown, & Fee, 2011)

Guatemala se ha comprometido a impulsar estrategias que permitan reducir el impacto del VIH en la salud de las personas; dentro de ellas se encuentran los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS-, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y que contiene dentro del Objetivo #3 la Salud y Bienestar, brindando directrices para abordar el VIH/Sida, malaria y otras enfermedades, debido a que el miedo y la discriminación limitan la capacidad de las personas para recibir los servicios que necesitan a fin de llevar una vida sana y productiva.

En Guatemala el departamento de epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, reporta un registro hasta el año 2018 de 36,949 casos de personas infectadas, la mayor transmisión es por la vía sexual con

el 95% y luego le sigue con el 4% la transmisión de madre a hijo, y un 1% en transfusión de sangre.

Las poblaciones con mayor prevalencia de infección por VIH son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras del sexo (MTS), mujeres TRANS, privados de libertad y los niños a través de la transmisión materno infantil de madres con VIH no detectadas en labor de parto.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es el rector de la Salud en Guatemala, y atiende a las personas con VIH a través de Clínicas de Vigilancia Centinela para ITS y Unidades de Atención Integral-UAI-, además en el sector privado el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Sanidad Militar y las Organizaciones no gubernamentales.

En Guatemala existe un subregistro de casos, derivado que muchas personas desconocen su diagnóstico, debido a que la infección por VIH se caracteriza por tener un periodo de desarrollo hasta diez años, la persona lo puede adquirir y no saberlo, hasta que manifiesta síntomas y busca realizarse una prueba. En algunos casos las personas lo saben, pero no se protegen, otras por desconocimiento del tratamiento o por estigma y discriminación prefieren no acudir al sistema de salud.

Las acciones en prevención no han sido suficiente para controlar la epidemia, hay una brecha importante en el diagnóstico de personas que viven con VIH, así como el diagnóstico tardío (46.27% del subregistro) y las deficiencias en la vinculación y retención en el sistema de atención, lo que genera que haya pacientes que fallecen sin haber iniciado tratamiento.

La finalidad de esta investigación fue conocer el modelo actual que se implementa de la notificación en los servicios de salud y analizar la viabilidad de la Notificación Asistida a Parejas-NAP-, que ofrece modelos alternativos de notificación del diagnóstico en parejas con VIH, aplicado en otras enfermedades y

con evidencia científica que pueden aportar estrategias efectivas, de fácil implementación.

La investigación se llevó a cabo a partir del tiempo histórico en que se aprueba la Ley de VIH, donde se genera la obligatoriedad de notificación del diagnóstico a la pareja habitual o casual (art.25, decreto 27-2000), y su evolución en el tiempo.

La ubicación geográfica fue en la ciudad de Guatemala, en dos Unidades de Atención integral del MSPAS: La Clínica Familiar Luis Ángel García, adscrita al Hospital San Juan de Dios, ubicada en 11 Calle 11-53, zona 1 y la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, ubicada en Calzada Roosevelt zona 11. En el ámbito de las ONG, fue Colectivo Amigos contra el Sida, la organización internacional sin fines de lucro, IntraHealth y el Centro de Investigación de la Universidad del Valle de Guatemala –UVG-.

Se solicitó información a través de acceso a información pública: datos demográficos al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida del MSPAS-PNS-, las reformas a la ley de VIH, al Congreso de la República de Guatemala y datos demográficos al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el propósito de contextualizar la dinámica social en que se aborda el VIH.

La metodología con enfoque cualitativo, se basó en técnicas de entrevista estructurada para representantes de las organizaciones objeto de este estudio, y proveedores de salud de las UAI/MSPAS y ONGS. También se realizó una guía para dos grupos focales, uno de hombres y mujeres con VIH y otro de promotores de salud.

En el sector de las ONG, se documentó que la Organización Colectivo Amigos Contra el Sida, realizo un pilotaje de la NAP en su clínica –VICITS- considerando

que es una estrategia que ha funcionado en otras enfermedades y es efectiva para localizar a las parejas de personas con VIH.

La NAP surge como un acuerdo colaborativo con CDC de Atlanta a través de UVG/CES, desde el año 2018, han realizado estudios para sistematizar resultados sobre su efectividad a nivel regional, un caso sistematizado fue a partir del caso índice (persona con diagnóstico reactivo) donde se refirieron 20 contactos con quienes se sostuvieron prácticas con jeringas y sexuales, de las cuales el 50% que se realizó la prueba, dieron positivo al VIH.

La UVG ha impulsado la NAP a nivel regional (Guatemala, el Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá) evidenciando una efectividad del 60%, en comparación a otras intervenciones donde la efectividad ha sido solamente del 4% con mayores recursos.

Los aportes de esta investigación serán utilizados para una guía de implementación de notificación asistida a parejas en los servicios de salud que atienden a personas con VIH.

El informe se ha distribuido por capítulos que dan referencia de la investigación, y los cuales han sido clasificados de la siguiente manera:

El primer capítulo I, planteamiento del problema, se basa en definir el problema, a partir del análisis epidemiológico del VIH Sida en Guatemala y sus implicaciones. Contiene la delimitación en tiempo, espacio, objetivos y justificación de la investigación.

El segundo capítulo II, integra el estado del arte y recoge una serie de documentos que sustentan el marco teórico de la investigación.

El tercer capítulo III, detalla la situación y el contexto de la investigación, que incluye la caracterización de los servicios de salud en VIH.

El cuarto capítulo IV, desarrolla el contexto de la investigación, y ofrece la fundamentación teórica y conceptual, que sustenta la investigación y el abordaje del tema basados en la seguridad humana y el desarrollo enfocados a la salud, así como, los factores que inciden en la transmisión del VIH, los compromisos asumidos por Guatemala, las políticas públicas y el enfoque de género.

El capítulo quinto V, se encuentra la presentación, discusión y análisis de resultados, encontrados en el trabajo de campo que ha permitido enriquecer el informe. El estudio integra algunos resultados sobre la efectividad de la NAP probada en parejas con VIH, obtenidos por la UVG a nivel regional, y evidencian un % alto en la prevalencia de las parejas de personas con VIH, que han contraído el virus, por lo que sustenta la importancia de mejorar los modelos de notificación en VIH. El apartado incluye las conclusiones.

El capítulo sexto VI, presenta una propuesta de intervención, a partir de los resultados de campo, se propone una estrategia para implementar e institucionalizar la NAP, como modelos alternativos en Notificación de parejas.

En anexos se adjunta las herramientas utilizadas en el trabajo de campo, la matriz de entrevistas a grupos focales de hombres con VIH, mujeres con VIH y promotores de salud. También se adjuntan las consultas realizadas al MSPAS y al Congreso de la República a través del mecanismo de acceso a información pública y algunas fotos del trabajo de campo.

## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### 1.1. Definición del problema

En Guatemala el primer caso de VIH fue diagnosticado en el año 1984, a partir de este momento, a través del sistema de control y registro del Ministerio de Salud Pública se reportó el primer caso de SIDA en un hombre homosexual con VIH avanzado de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos. En abril y julio de 1986 se registraron nuevos casos en mujeres y niñas, lo cual se observa en la línea del tiempo de la figura uno, a partir del año 1990 se empieza a identificar la transmisión vertical, debido a la cantidad de casos registrados en el sistema de salud. (Fernández, 2017- pag.2-10)

Figura 1 Eventos Clave del VIH

<b>Años de eventos clave en la expansión de la epidemia del VIH y VIH Avanzado en el país, según el sistema de control y registro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</b>						
<b>AÑO</b>	<b>1984</b>	<b>1984 a 1986</b>	<b>1986</b>	<b>1988</b>	<b>1990</b>	<b>1993</b>
<b>CASOS</b>	Primeros 2 casos	Solo casos de hombres homosexuales	Primeros 2 casos	Primeros 2 casos	Primeros 2 casos	Primeros 3 casos
	Hombres Homosexuales		Mujeres	Residentes Guatemala	Menores 4 años	transmisión vertical

Fuente: Fernández, 2018.

El VIH propicia una carga social de estigma y discriminación por los prejuicios y la desinformación que existe sobre las formas de transmisión, o porque se asocia en su mayoría a prácticas sexuales, que son consideradas socialmente no aceptables, adicional a ello el contexto de las poblaciones más afectadas que se cruzan con la discriminación por su orientación y por la pobreza y extrema pobreza que determinan la condición de VIH.

Las infecciones de transmisión sexual, pueden causar enfermedades agudas, infertilidad y muerte si no se detectan en tiempo. La presencia de infecciones como la sífilis, el herpes pueden aumentar el riesgo de adquirir VIH. Esto evidencia la necesidad de notificar a la pareja o parejas sexuales de las personas que se han diagnosticado, por la exposición a la infección y la necesidad de recibir tratamiento; una atención preventiva contribuye a reducir el riesgo de complicaciones y de propagación.

Existe en el país la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA., Decreto 27-2000, que plantea los derechos humanos de las personas con VIH, la cual contiene la regulación sobre la confidencialidad de revelar el diagnóstico de la persona y faculta a los funcionarios de salud a informar a la pareja de una persona con VIH, en los casos que la persona no acepte informar del diagnóstico a su pareja o sus contactos sexuales, tomando en cuenta el derecho a la salud y bienestar de las personas, ya que se debe de notificar a la pareja según la Ley. (Congreso de la República, 2,000)

Aunque la notificación a la pareja es una obligatoriedad, las personas que llegan a los servicios de salud, deciden negar a la pareja en la primera visita a la unidad de salud, y puede pasar mucho tiempo para dar esta información de uno o dos años, mientras tanto se continúa con la transmisión del virus, ya que de haberlo adquirido puede infectar a todas las personas con las cuales ha tenido prácticas sexuales, transfusión de sangre o lactancia materna. (Meliné, 2012 p.07)

El 95% de la infección por VIH se transmite por prácticas sexuales sin protección, y existe un mayor riesgo cuando las personas tienen múltiples parejas sexuales. En el caso de las mujeres, éstas son más vulnerables a la infección, primero, debido a la violencia sexual por el rol y estereotipo de género que asumen

socialmente, lo que les impide muchas veces tomar decisiones y exigir protección durante las prácticas sexuales con el cónyuge o pareja, y segundo, cuando son las primeras en ser diagnosticadas de VIH, ya que la reacción de la pareja conlleva muchas veces situaciones de violencia, o la separación, asociado también a la infidelidad.

La OMS, recomienda que se refuercen estrategias en los servicios de salud para personas con VIH, con el propósito de brindar una notificación asistida a las parejas o compañeros sexuales de una persona con diagnóstico reactivo, ya que es una forma más sencilla y eficaz de llegar a aquellas personas que desconocen su situación de exposición al VIH, y que pueden tomar con buen grado el apoyo y la oportunidad de hacerse la prueba del VIH. (OMS, 2016 p.2)

En países como Estados Unidos la notificación asistida a parejas o compañeros ha sido durante décadas una importante estrategia de salud pública para el control de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque no se ha empleado de forma sistemática en el caso de las personas con infección por el VIH, ya se ha documentado evidencia sobre la efectividad. (Nasim Farach, 2019)

La identificación temprana de las parejas, contribuye a reducir o cortar la cadena de transmisión del VIH en la primera línea de transmisión, esto quiere decir que, si una persona refiere a su pareja o parejas, facilitará que tengan un diagnóstico temprano y además reciben tratamiento antirretroviral, el cual reduce significativamente el riesgo de la transmisión, si la persona es adherente.

Lograr que las personas con diagnóstico positivo de VIH den a conocer el contacto de la o las parejas con quienes han sostenido una prácticas sexuales durante el último año, permite centralizar los esfuerzos hacia las personas que pueden haber estado en riesgo de infectarse y desconocen su estado serológico. (Wermuth, 2013)

Conocer las causas que impiden la voluntariedad de notificar a la pareja o contactos sexuales de una persona con VIH, es una situación urgente en la respuesta de país, Guatemala se ha comprometido a cumplir las metas 90,90,90 firmada por los países de América Latina y el Caribe, con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por sida, a través de incrementar el diagnóstico de la infección, aumentar el número de personas bajo tratamiento antirretroviral (ARV), y reducir su carga viral a valores indetectables.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. General**

Analizar el modelo de Notificación en VIH, y proponer alternativas de Notificación Asistida de la pareja, para ampliar la captación de casos en la primera línea de transmisión.

### **1.2.2. Específicos**

- Describir cuál es el modelo de Notificación que implementan los servicios de salud que atienden a personas con VIH.
- Analizar la aceptación de la Notificación en parejas de personas con VIH y el beneficio obtenido hacia sus parejas.
- Identificar las ventajas y desventajas en la implementación de la Notificación de parejas del modelo actual.
- Describir que resultados han obtenido las organizaciones nacionales e internacionales que implementan modelos alternativos de la NAP.

### 1.3. Justificación

El VIH en Guatemala ha tenido gran impacto en la salud de las personas, desde que se identificó el primer caso en el país, ha requerido un abordaje desde nuevos enfoques de la salud pública, dejar la visión desde la biología, y trascender a generar nuevos enfoques desde los aportes de las ciencias sociales, de la epistemología para repensar categorías novedosas que permitan disminuir su impacto y su relación con otros fenómenos sociales que no son exclusivos de esta epidemia como la seguridad humana y el desarrollo humano. Es por ello que se consideró abordar el modelo de notificación de parejas, a partir de que los datos nos indican que el 95% de las personas se infectan por prácticas sexuales y es necesario trabajar con las parejas y reforzar la notificación de casos.

La investigación está inmersa en el ámbito de la salud, de la seguridad humana, planteada desde el Sistema de Naciones Unidas para buscar soluciones integrales a los problemas que afectan a la sociedad. La cual debe ser pensada desde “las medidas centradas en las personas, exhaustivas, apropiadas a cada contexto y orientadas a la prevención, que intentan reducir la posibilidad de que se produzcan conflictos, ayudan a superar los obstáculos que entorpecen el desarrollo y promueven los derechos humanos de todos”. (PNUD, 2012, p.6)

La seguridad humana y el desarrollo se ven implícitos en la realidad social a través de políticas y normas que constituyen una respuesta a las necesidades no cubiertas socialmente, por lo que los resultados de la investigación aportan elementos para mejorar las estrategias de captación de casos y el control de las ITS y el VIH. Considerando que la evolución de las ciencias sociales, se establecen desde una nueva relación con la política y el gobierno, y nacen las Políticas públicas, concebidas por Dewey como “lo público y sus problemas”.

Se presenta una propuesta para incorporar modelos alternativos de notificación a parejas, que puede ser considerada como estrategia, o política de salud, basados

en los argumentos de Dewey, que refiere que las políticas buscan integrar y contextualizar modelos e investigaciones desde las diferentes disciplinas que tienen una orientación hacia la problematización y las políticas públicas, busca la integración de conocimientos dentro de una disciplina amplia y multi metódica. (Parsons, 2007)

Para garantizar la salud es necesario reconocer la individualidad y los derechos de las personas, el acceso a las pruebas de VIH debe ser voluntario: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar el someterse a ellas. La realización obligatoria o bajo coacción de las pruebas, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un familiar es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos.

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública y la vida de los seres humanos, de no tratarse a tiempo, las personas que lo adquieren quedan sin defensas y expuestas a infecciones oportunistas como la tuberculosis, candidiasis, toxoplasmosis, neumocistosis y otras enfermedades, que podría llevarles a perder la vida. (Heeney , Dalgles, & Weiss, 2006, pág. 463)

Para la OMS, “la salud constituye el estado de completo bienestar físico, mental, social, y el goce del grado máximo que se pueda lograr y uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, por lo que la seguridad humana se expresa cuando un niño no muere y es detectado a tiempo para evitar que el virus infecte o cuando una persona recibe un tratamiento para no infectar a su pareja de VIH, entonces la seguridad humana es garantizar la vida y la dignidad de las personas. (OPS/OMS , 2017, pág. 12)

De Mello reafirma que los países de las Américas se comprometieron a bajar las infecciones del VIH, desde hace 15 años, sin embargo, las personas se continúan infectando en la misma proporción. Y en las poblaciones clave siguen aumentando.

El sector salud debe impulsar el empoderamiento social con ayuda de todos los actores de Cooperación técnica, academia, ONGS, y OGS a través de las políticas intersectoriales, y dentro de sus funciones esenciales lograr la suficiente base económica, alimentaria, ambiental, de participación política, de servicios de salud, y de protección de la seguridad de la persona y la comunidad. “Ofrece un servicio que está muy cerca de las personas individual y colectivamente, atiende sus incertidumbres básicas, más allá de la seguridad que puede brindar el Estado, y está vinculado estrechamente con el desarrollo y la libertad; su participación continua para aumentar la resiliencia de las personas va más allá de los incidentes agudos que atentan contra la salud”. (OPS/OMS, 2010, pág. 4)

Hoy en día persisten sub registros de datos de personas que se han infectado de VIH, existen brechas que no permiten llegar a todas las personas afectadas, es necesario aumentar la eficacia y eficiencia en la captura y notificación de casos, lo cual implica cambiar los paradigmas en los modelos de atención del VIH, pasar de los modelos convencionales en la atención, existe una necesidad de modificar los fundamentos filosóficos más íntimos de las ciencias de la salud, ya que hay una dinámica al cambio que está produciendo en la realidad que desborda las aprehensiones conceptuales que las pretende explicar.

La vulnerabilidad social de la mujer con VIH/SIDA, aumenta en razón de la inequidad de género y es una de las más importantes razones para el crecimiento de la epidemia. “Los roles y las responsabilidades que le son asignadas socialmente les afecta en la manera en que las mujeres pueden protegerse así mismas contra la infección, hacerle frente al virus una vez infectadas o cuidar de quien está enfermo. Su vulnerabilidad socio-económica se relaciona con su posición social determinada por el acceso a los recursos económicos, el trabajo y por el impacto económico en los hogares y las familias de las mujeres con VIH/SIDA” (OPS/OMS, 2002, pág. 3).

Lo antes descrito se evidencia en el Índice de Estigma y discriminación por VIH en Guatemala, el cual en sus resultados evidencia que pocas personas conocen la condición de VIH de la pareja. Solo el 10.77% de hombres comparte la condición de VIH a su pareja, aunque la Ley de VIH y el reglamento de salud les obligan a revelar su diagnóstico a la pareja, esto no sucede así. Existen retos para cambiar la realidad desde una mirada más integral más allá del dogma, pensar que las ciencias físico químicas ofrecen el único modelo de verdad y de conocimiento válido es retórico. (Morales, 2017)

Es necesario un enfoque desde las distintas disciplinas epistemológicas, que aporten desde el conocimiento basado en la experiencia, es por ello que la investigación llevada a cabo, se basó con el propósito de analizar el modelo de notificación que brindan los servicios de salud, basados en la Ley de VIH, y proponer modelos alternativos para aumentar la captación de casos en parejas, a partir de la experiencia de la OMS, en la primera línea de transmisión denominada Notificación Asistida a la Pareja-NAP-. La OMS/OPS la recomienda con una estrategia eficiente y efectiva para identificar la o las parejas sexuales o con quienes se ha compartido jeringas por drogas, de una persona portadora del VIH.

Para los proveedores de salud que atienden a las personas con VIH, la NAP ofrece una serie de alternativas con enfoque de género y derechos humanos para identificar el caso inicial de VIH, y las parejas de las personas que han sido diagnosticadas, También es efectiva en la captación temprana de la transmisión de madre a hijo, denominada transmisión vertical. La aplicación de la NAP contribuye a superar el paradigma cognitivo que atraviesa a los profesionales de salud que se ven inmersos en la realidad social y la renuencia de las personas a revelar los contactos con los cuales han tenido prácticas sexuales, por lo que los beneficios pueden contribuir a resolver brechas en salud y VIH:

El modelo actual de notificación que se implementa en los servicios de salud de manera pasiva, requiere cambios de paradigmas, la inclusión de los derechos humanos y enfoque de género. Lograr su incorporación permitiría a las instituciones públicas de salud, salir del estancamiento y promover un servicio más equitativo y sostenible.

#### **1.4. Tipo de investigación y alcance**

La investigación fue realizada en el municipio de Guatemala, en la ciudad capital en las clínicas siguientes: en Hospital San Juan de Dios, “Clínica Familiar Luis Ángel García, Clínica de Vigilancia Centinela de Colectivo Amigos Contra el Sida y Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala e IntraHealt.

En relación con la delimitación temporal, fue a partir del año 2000 en el cual se aprueba la Ley de VIH, que establece obligatoriedad de notificar a la pareja o contactos sexuales.

La investigación tuvo una duración de ocho meses de abril a noviembre 2019, a partir de la aprobación del plan de trabajo, distribuidos de la siguiente forma: tres meses para la investigación documental como fundamento del marco teórico, dos meses para la realización del trabajo de campo y entrevistas directas, un mes para recopilar la información de acceso a la información pública de entidades del gobierno Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- y el Legislativo y dos meses de redacción del informe y correcciones.

Para el alcance de la investigación, el estudio exploró el modelo de notificación que se implementa desde dos clínicas de atención integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Centro de Investigación de la Universidad del Valle y una organización internacional Intrahealth.

Además de investigar sobre las ventajas de la NAP, con el propósito de proponer alternativas para ampliar la cobertura de tamizaje, disminuir el subregistro de casos e identificar a los portadores en la primera línea de transmisión.

En la investigación documental para conocer datos epidemiológicos y el sistema de atención, se hizo consultas, al seguro social, al PNS/MSPAS y al Congreso de la República, este último por las reformas a la Ley de VIH.

### **1.5. Preguntas de Investigación**

Esta investigación utilizó preguntas en sustitución de hipótesis, como una alternativa metodológica que es aceptada en la investigación social de diseño cualitativo. Se han propuesto preguntas, ya que son factibles<sup>1</sup> y relevantes<sup>2</sup> al proporcionar una declaración explícita del tema a investigar a través de la recopilación de datos, lo que obliga a ser más explícito, desde cómo organizar el tema proporcionándole dirección y coherencia, delimitar el mismo, centrar la información e identificar la metodología en la investigación. Una de sus propiedades es la interconectividad, a partir de que se deben responder las preguntas, mediante los datos que se recogen y se analizan durante el proceso de la investigación, con métodos específicos. (Codina, 2018)

En este caso la investigación fue basada en el método de Sampieri (2010), para un análisis explicativo, basado en aspectos de carácter cualitativo del fenómeno estudiado. Además, el trabajo se centró en un estudio analítico y explicativo. Este método conlleva la inducción en el contexto de la investigación, al recolectar los datos se establece una estrecha relación con los participantes de la investigación, obteniendo sus experiencias e ideologías, a través de los instrumentos predeterminados, información que no se puede manipular, como en un proceso experimental.

---

<sup>1</sup> Factible: las preguntas son contestables, han de poder ser transformadas en operaciones bien determinadas que permitan el análisis y la toma de datos con el fin de alcanzar la respuesta. Codina, 2018.

<sup>2</sup> Relevante: las preguntas conducen a respuestas que interesen a los investigadores o que aporten resultados socialmente relevantes. Codina, 2018.

Las preguntas formuladas para esta investigación, que dieron la orientación para obtener los resultados fueron:

- ¿Cuál es el modelo que se implementa de Notificación a la pareja, en los servicios de salud que atienden a personas con VIH?
- ¿Qué resultados se han obtenido en la implementación de la Notificación a la pareja en ONGS y en las dos Unidades de Atención integral (La Clínica Familiar Luis Ángel García, adscrita al Hospital San Juan de Dios y la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”)?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas en la implementación de la Notificación en los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las condiciones para la viabilidad de la Notificación Asistida como estrategia para la reducción del VIH en la primera línea de transmisión?
- ¿Cuál es la opinión de las personas con VIH sobre la Notificación a la pareja y la protección de la confidencialidad?

¿Qué entidades promueven la NAP y por qué?

## **1.6. Marco metodológico**

### **1.6.1. Ubicación geográfica de la investigación.**

La investigación se realizó en la ciudad de Guatemala.

### **1.6.2. Método, técnicas, procedimientos e instrumentos**

El método aplicado fue el explicativo porque nos permite indagar del porqué de las cosas, ya que consiste en el análisis, entendimiento y aplicación de un fenómeno implícito en la realidad, a partir del tiempo histórico en que se aprueba la notificación del diagnóstico de VIH a la pareja, en el año 2000, y su evolución en el tiempo.

Siendo una investigación cualitativa el elemento de análisis fue el discurso de las personas con VIH, de los promotores de salud de las UAI y de ONGS, una ONG internacional y un Centro de investigación de la UVG, una ONG nacional tomando como base al enfoque de la teoría del Aprendizaje Social o teoría Cognitiva Social a partir de los postulados de Albert Bandura y Vygotsky, así como los postulados sobre la subjetividad y las representaciones sociales que presenta Fernando González Rey.

Lo interesante de estas teorías es que se da el aprendizaje, a partir de la observancia, la imitación y el modelaje, y cómo estas se combinan con la teoría conductual, por un lado, el comportamiento aprendido a través de condicionamiento y la vinculación a la teoría cognitiva que toma en cuenta la influencia de factores psicológicos.

Esta investigación presenta un análisis sobre la forma en que se construye la subjetividad de la notificación a la pareja, modelo pasivo que se promueve en las personas con VIH y sus parejas, y los efectos que produce en la vida de las personas el recibir un resultado de diagnóstico de VIH.

### **1.6.3. Las Técnicas e instrumentos utilizados.**

- Revisión bibliográfica y documental: se llevó a cabo la recolección de más de 80 documentos relacionados con los temas de esta investigación, para ello se hizo uso de fichas bibliográficas y matriz de vaciado de la información.

- Revisión documental: obtenida a través de acceso a información pública dirigida al PNS/MSPAS y al Congreso de la República y el IGSS, para obtener la situación epidemiológica del país en VIH y la normativa legal.
- Entrevista individual a actores clave: en el proceso se desarrollaron entrevista semiestructurada a funcionarios del Centro de Estudios de Investigación de la Universidad del Valle y de la Organización Internacional Intrahealth, quienes implementan y promueven la NAP, para ello se utilizó un cuestionario, luego se organizó y vació la información en una matriz, de acuerdo a las preguntas generadoras.
- Guía de entrevista a consejeros de salud de las Unidades: Clínica Familiar Luis Ángel García, adscrita al Hospital San Juan de Dios y la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, del MSPAS, para conocer el modelo de Notificación que se implementa. La información fue vaciada en una matriz de Excel y luego extrajo la información más relevante en el capítulo de presentación de resultados.
- Guía de entrevista al director de la ONG “Colectivo Amigos Contra el Sida, que trabaja en la implementación de la NAP con el propósito de conocer su experiencia. La información fue grabada y guiada por la guía, para luego hacer el vaciado en una matriz de Excel.
- Guía de preguntas abiertas y orientadoras, que se utilizó mediante la técnica de grupo focal para 5 hombres y 5 mujeres con VIH, para conocer su experiencia sobre la notificación. Cabe resaltar que se utilizó consentimiento informado, para garantizar su voluntariedad en la investigación y resguardar su confidencialidad del diagnóstico. La información fue guiada y grabada, para luego hacer el vaciado en una matriz de Excel.

- Guía de preguntas para grupo focal de 10 promotores, con el propósito de conocer las ventajas y desventajas y su experiencia de casos. La información fue grabada y guiada por la guía, para luego hacer el vaciado en una matriz de Excel.

En anexo I se encuentran los instrumentos utilizados en la investigación y el modelo de consentimiento informado.

#### **1.6.4. Sujeto de Investigación.**

La investigación específica del trabajo de campo se realizó en dos unidades de atención integral del Ministerio de salud pública y Asistencia social, en Guatemala:

- La Clínica Familiar Luis Ángel García, adscrita al Hospital San Juan de Dios.
- La Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”.
- Se llevó a cabo un grupo focal de personas con VIH que asisten a las UAI: 10 personas con VIH: 5 hombres y 5 mujeres con VIH.

En el ámbito de Centros de Investigación que trabajan a nivel regional, brindando asistencia técnica y financiamiento para proyectos de investigación en la reducción del VIH se entrevistó a:

- Programa Regional Centroamericano de VIH, inserto en el Centro de Estudios en Salud –CES- de la Universidad del Valle de Guatemala

En el ámbito de organizaciones internacionales sin fines de lucro, dedicadas a trabajar con países en desarrollo para mejorar las capacidades de salud pública, se entrevistó a:

- IntraHealth International

En el ámbito de las ONGS que trabajar en prevención del VIH, se realizó entrevistas a:

- Colectivo Amigos contra el sida

Se llevó a cabo un grupo focal de promotores que han implementado la NAP

- 10 Promotores de salud que han participado en el pilotaje de implementación de la NAP.

#### **1.6.5. Requerimiento de información pública.**

- Congreso de la República (anteproyecto de Ley de VIH y sus dictámenes que se encuentra en el hemiciclo)
- Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- (Cantidad de pacientes que reciben tratamiento en dicha dependencia).
- Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida del MSPAS (las estadísticas nacionales).

## Capítulo II

### Estado del arte

El estado del arte demanda la generación de conocimientos y comparaciones con otros conocimientos relacionados al tema que se han seleccionado para facilitar la comprensión, delimitar un problema y relacionarlo con otros objetos de estudio, que fortalece el respaldo teórico del tema de investigación y sustenta los avances más actualizados que se tienen.

Tabla 1  
*Criterios del enfoque Hermenéutico*

<b>CRITERIOS</b>	<b>Si o No</b>	<b>Observación</b>
<b>Originalidad</b>	SI	El tema ha sido poco abordado, propone alternativas para actualizar los modelos de notificación en VIH a partir de un enfoque de derechos humanos y género, su abordaje contribuirá a ampliar la cobertura en la captación de casos en VIH.
<b>Inédito</b>	SI	Revelará resultados efectivos que amplía soluciones y estrategias para mejorar la captación de casos en VIH.
<b>Novedoso</b>	SI	Porque propone varias alternativas de notificación en VIH, para aquellas personas que desean mantener la confidencialidad, se ha comprobado su efectividad en otras enfermedades, ayudando a descender los casos en TB, Sífilis y ebola, por lo que se propone como una alternativa efectiva para la detección de casos de VIH.
<b>Relevante</b>	SI	Está ligado al desarrollo del ser humano, brinda una alternativa de abordaje diferenciada y con enfoque de derechos humanos.
<b>Pertinente</b>	SI	Brindará a portes para las políticas públicas relacionadas al VIH en los modelos de atención implementados en salud para notificación en VIH.

Ref. Eco,2009

Tabla 2  
Estado del Arte

Autor	Tema	Enfoque
<b>Impacto del VIH y directrices para acelerar la respuesta</b>		
Comité de seguridad alimentaria mundial, 27 período de sesiones, Roma, 2001.	Efectos en el sector agrícola y las economías rurales	Aborda los efectos del VIH en la actividad agrícola, especialmente la producción de alimentos, resulta afectada por el VIH/SIDA de distintas formas. En primer lugar, reduce la fuerza laboral agrícola. La FAO ha estimado que en los 27 países más afectados de África, 7 millones de trabajadores agrícolas han muerto de SIDA desde 1985, y es probable que en los dos próximos decenios se produzcan otros 16 millones de muertes.
PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2006 p.42-45	Empeoramiento de la pobreza de ingresos: el efecto de la crisis en la riqueza.	Las estrategias del VIH funcionan mejor cuando se tiene clara la relación que existe entre el sida, la pobreza y el desarrollo humano. Hay un “círculo vicioso”, en el que los efectos del sida aumentan la pobreza y la privación social mientras la desigualdad socio-económica incrementa la vulnerabilidad de contraer el VIH.
Parsons, W. (2007). Políticas Públicas, una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. Guatemala: FLACSO sede México.	Políticas públicas en VIH	Explicación de cómo las políticas públicas contribuyen a implementar los compromisos que el país asume a nivel internacional y regional. Cuál es la respuesta que se debe dar a las necesidades sociales de la población, las minorías, las poblaciones mayas, en búsqueda de dar respuesta articulada de todos los sectores.

<p>Oswaldo Gómez Miranda &amp; Maily Nápoles Pérez, Teorías del VIH, Cuba 2009, p.30</p>	<p>Teorías del VIH</p>	<p>El documento plantea las teorías que existen en torno al surgimiento del VIH. Desde su aparición a finales del siglo XX ha sido acompañada de varios conflictos sobre su origen y descubridores. La humanidad, desde sus inicios, se ha visto enfrentada a plagas que han diezmado pueblos enteros. A través de la historia, las enfermedades infecciosas han desempeñado un papel importante en el bienestar de las naciones. Algunas han desaparecido, en otras los agentes causales han mutado y nuevas han surgido. En la edad antigua fue la Lepra, en la edad media fue la Peste Negra y hoy, en el siglo XXI, el SIDA.</p>
<p>ONUSIDA. (2013 P.08-30). El objetivo 909090 es posible las bases de nuevos objetivos alcanzables. Ginebra: ONUSIDA.</p>	<p>La Cascada 909090</p>	<p>Constituye una estrategia que se ha impulsado a nivel regional para alcanzar los ODS, y desarrolla que significa cada 90: 90 personas diagnosticadas, 90 personas con tratamiento y 90 personas con supresión de la carga viral, para alcanzar esta meta, es necesario fortalecer los servicios de realización de la prueba, la notificación y el tratamiento.</p>
<p>Luz Castaño, Las determinantes sociales y económicas de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. Bogotá, 2014, p.50</p>	<p>Determinantes en salud</p>	<p>Analiza desde las categorías provenientes de las escuelas de sociología clásica, el marxismo y la de Max Weber, como soporte teórico de los estudios sobre la determinación social de la salud, estos autores analizaban la determinación y la distribución de los procesos de salud y enfermedad, aludiendo a la comparación de resultados en salud como fruto de la confrontación por recursos entre clases sociales y a la explotación de una clase con otra. concluye el autor que una vida libre de enfermedades evitables y con una duración por lo menos similar al conjunto de la sociedad, debería ser un derecho consagrado constitucionalmente.</p>

<p>Núñez, C. (03 de marzo de 2016). Situación del VIH en Centroamérica, estrategias internacionales y desafíos. ONUSIDA.</p>	<p>Dependencia de la Cooperación Internacional</p>	<p>Aborda la dependencia financiera que existe con donantes, en este caso como se invierte en la respuesta y el gasto en VIH. Aborda los compromisos que los donantes han asumido en las diversas agendas internacionales. La creación de estructuras para canalizar recursos, como organizaciones internacionales, apoyo a Centros de Investigación y directamente al Estado.</p>
<p>OMS, 2016, Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra el VIH 2016-2021, Hacia el fin del sida. Ginebra 27, Suiza.</p>	<p>Intensificar rápidamente la respuesta frente al VIH.</p>	<p>El documento contiene una serie de recomendaciones para reorientar las medidas y propone estrategias que puedan disminuir el impacto en VIH. Basada en 5 estrategias: 1) Información para una acción específica, 2) intervención que tienen impacto (cobertura de gama de servicios requeridos) 3) Atención para un acceso equitativo (cobertura de los costos de los servicios) 4) Financiación para la sostenibilidad (cobertura de los costos de los servicios) 5) Innovación para la agilización (de cara al futuro).</p>
<p>Javier segura del Pozo "Biopolítica y Salud Pública, una recopilación de textos blogueros pendientes de amasar", España, 2017. p.50</p>	<p>Salud Pública y otras dudas</p>	<p>Lo interesante que aporta el autor, es el planteamiento de la Cooperación Internacional en la temática de VIH, nace desde las acciones de los países de la Unión Europea y Estados Unidos por reforzar sus fronteras epidemiológicas, en un panorama donde la crisis humanitaria se agudizo en el mundo y en especial en África.</p>
<p>ONUSIDA. (02 de octubre de 2018). ONUSIDA. Obtenido de La respuesta al sida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: trabajo conjunto, ganancias compartidas.: <a href="http://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs">http://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs</a></p>	<p>Situación de Guatemala Frente a los ODS</p>	<p>Se hace un análisis del ODS 1,3, 5 y 10, los compromisos asumidos, las metas de la cooperación y la situación actual en Guatemala sobre el VIH y su avance de los ODS. Profundiza sobre la urgencia de alcanzar metas, la importancia de la vinculación de atender otros factores externos, como la pobreza, la desigualdad de género, el estigma y la discriminación.</p>

Judith García, Vigilancia Epidemiológica al VIH, Guatemala 2016	Datos del VIH	Provee información de cómo se comporta la epidemia en el país, que poblaciones son las más afectadas, los HSH con prevalencia de 10.5%, TRANS 24.0%, MTS de 1.0%, aún persiste la transmisión del VIH de madre a hijo se encuentra con una prevalencia de 0.4%
MSPAS. (2017, P.30). Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida. Guatemala: MSPAS.	Estrategias de VIH en Guatemala	Expone la situación de país y los compromisos que se han tomado en relación al VIH, iniciando por el KÁTUN como plan de gobierno y que tiene como propósito: “Detener la epidemia de VIH y realizar un tratamiento de calidad a la población.

<b>Derechos de las personas y los principios de la Bioética</b>		
Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948)	Artículo #1	Establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternamente los unos con los otros y en su artículo tercero especifica que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad ya la seguridad de su persona. lo Descrito sustenta que se debe proteger a la persona humana y respetar, sin acciones coercitivas y que menoscaben su dignidad humana, facilitar el acceso a una prueba, y obtener una atención temprana es parte del compromiso que nos debemos unos con otros, toda persona debería tomar las medidas para no infectar a otras.

<p>Ángel Pablo González, La configuración del modelo de pensamiento de la higiene actual: el caso español, España, 1995 p.60</p>	<p>El Higienismo</p>	<p>Describe la premisa dogmática cuerpo- santuario, la salud pasaba a ser una muestra en el mundo de la gracia divina, lo cual condicionaba para que la higiene medieval fuera concebida bajo la teología y la religión, bajo esta concepción las personas con VIH eran aisladas, su ropa quemada, consideradas lo peor, es a partir de esta concepción que el estigma y discriminación se agrava, consideradas como una persona que tenía lepra, sin el reconocimiento de sus derechos.</p>
<p>Foucault, Michel, "Historia de la sexualidad, 1. la voluntad de saber, Madrid España, 2007, p.11-13</p>	<p>La Sexualidad y voluntad del saber</p>	<p>Foucault, plantea la moderna represión del sexo, a partir de que la represión ha sido el modo fundamental de relación entre poder, saber y sexualidad, lo cual para liberarse el precio es considerable, a partir de una transgresión de leyes, una anulación de las prohibiciones, una irrupción de la palabra, lo cual está condicionado al poder y la política. En conclusión, si el sexo es una expresión reprimida, destinado a la prohibición, el hablar de su represión fue considerado una reprehensión que se ha manejado hoy en día desde la moral, con prejuicios relacionado a las prácticas de las personas, que impide a travesar esa barrera de confianza. si lo vemos a la realidad actual, esos prejuicios y la moral, inhiben a la persona generando barreras. Debemos separa lo político de lo jurídico, trascender ese discurso y permitir a las personas expresar su sexualidad porque de esa manera podremos interiorizar y conocerlas mejor, en una epidemia como el VIH que trasciende estos paradigmas es necesario.</p>

<p>Marlasca, Antonio, Introducción a la Bioética, colección de cuadernos de docencia publicaciones orientadas a la docencia universitaria. Guatemala, USAC, 2008, p.30-40</p>	<p>La Bioética y sus Principios Fundamentales</p>	<p>Su objetivo es dar a conocer la autonomía que poseen las personas, afirma que todo ser humano es un agente moral libre y como tal debe ser respetado por todos, incluso y especialmente por aquellos que no comparten sus posiciones morales, y resalta que no se debe hacer uso de violencia o fuerza en cualquiera de sus formas (física, psicológica, moral) sobre un ser pacífico dotado de conciencia, razón y libertad. Es decir, se hace necesario que el paciente otorgue un consentimiento informado, para utilizar una expresión consagrada en el campo de la deontología médica desde comienzos del siglo XIX. También aborda el secreto profesional, y que no necesariamente el principio de autonomía del paciente es absoluto, ya que el profesional médico nunca podría ni debería revelar lo que ha llegado a su conocimiento a través del paciente. Aborda entre otros temas la beneficencia, la justicia, la no maleficencia, como principios de la bioética. <b>Conclusión:</b> Es a partir de la bioética que la seguridad del paciente, la confidencialidad y el consentimiento en todo lo que atañe su vida, debe ser garantizado, y se ha materializado en reglamentos y leyes.</p>
<p>Reverby, Susan M. Sífilis por exposición normal, e inoculación; un médico de PHS "Turkegee" en Guatemala, Estados Unidos, 2011, artículo.</p>	<p>Experimentos en Guatemala</p>	<p>El documento contiene una descripción de los experimentos realizados en Guatemala por EEUU, hace 60 años guatemaltecos fueron utilizados como conejillos de indias, a quienes se les transmitió por medio de jeringas virus como el papiloma humano, la sífilis, para probar y evaluar la efectividad de los tratamientos de penicilina. Esto dio la pauta para que se promovieran normas y leyes en beneficio de la seguridad de las personas, y de reducir el daño de los experimentos en humanos, basados en la ética y la biótica, es un reflejo de que deben establecerse garantías individuales y sociales a toda persona para que no haya una transgresión ética como estos hechos.</p>

De Waal, Alexander, VIH/SIDA, Seguridad y Conflictos: Nuevas Realidades, Nuevas respuestas, 2010. p.	Iniciativa Sida, seguridad y conflictos	Propone, trascender desde el abordaje epidemiológico y enfocar un nuevo programa de acción que comprende los ámbitos humanitarios de la seguridad, los derechos humanos, el desarrollo y la salud. Pone de relieve algunos de los riesgos poco estudiados que plantea el VIH en las emergencias humanitarias, las transiciones posteriores a conflictos y las situaciones de fragilidad. El análisis de género.
--	---	---

<b>Notificación de Parejas</b>		
Martinez, F. Hernández, E.& González, A. 2007,	Hacia una epistemología de la Transdisciplinariedad.	Cada área del conocimiento tiene sus perspectivas epistemológicas emergentes propias, así como sus correspondientes implicaciones gnoseológicas, ideológicas y científico-metodológicas, de manera que desarrollar un estudio sobre la integración del saber presupone enfrentar el reto de transgredir las fronteras del objeto de estudio, sin menoscabar el papel jugado en la historia de la ciencia por cada una de las disciplinas modernas socialmente reconocidas.
Revista Multidisciplinaria Sida, 2015, p.3	Pilotaje de la NAP	Durante el 2012-2013 la Unidad de VIH del Hospital del Mar de Barcelona y en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual de Drassanes de Barcelona llevaron a cabo pilotajes para medir la aceptación y la efectividad del NAP, los resultados fueron del 100% (215/215) en el estudio A y en el B del 87% (109/125), el 92,3% fueron hombres y de éstos, el 94,6% se definieron como homo/bisexuales/transexuales.

<p>Quirós, V., &amp; Vargas, A. (2013 p11-75). Sostenibilidad de las organizaciones de sociedad civil. San José Costa Rica: Cultura y desarrollo en Centroamérica</p>	<p>El papel de las ONG Y OGS Que implementan acciones en VIH</p>	<p>Los autores los gobiernos de países en desarrollo trabajan conjuntamente con sociedad civil para preparar, implementar y realizar seguimiento de las políticas y planes nacionales de desarrollo. La sociedad civil juega un papel fundamental en la respuesta del VIH, por lo que también ha sido objeto de estudio de esta investigación a partir de su participación en la implementación de proyectos de la NAP.</p>
<p>Revista Multidisciplinaria del Sida. 2015, Notificación a las parejas sexuales de personas diagnosticadas con infección por VIH. Barcelona. P.3</p>	<p>Experiencia de implementación de la NAP.</p>	<p>Aborda un estudio sobre la búsqueda activa de nuevos casos de VIH entre las parejas de las personas con diagnóstico reciente de infección se mostró viable, fue bien aceptada por los usuarios y permitió identificar una alta proporción de nuevos casos de infección por el VIH entre las parejas que desconocían su estado serológico. Este tipo de programas debería estar integrado en la atención de las unidades de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual.</p>
<p>OMS, Notificación Asistida de Parejas, Ginebra 2016</p>	<p>Estrategia Notificación Asistida de parejas</p>	<p>Describe en que consiste la Estrategia de Notificación Asistida, cuál es su alcance y las ventajas de utilizar este tipo de estrategia. “son una manera sencilla y eficaz de llegar a aquellas personas que desconocen su situación de exposición al VIH, y que pueden tomar con buen grado el apoyo y la oportunidad de hacerse la prueba del VIH”.</p>

<p>Morales, M. S. (2017). Índice de Estigma y Discriminación en personas con VIH. Guatemala: ONUSIDA.</p>	<p>Encuesta sobre discriminación en PV.</p>	<p>Describir y explorar el estigma externo e interno y los contextos de discriminación de las personas con VIH en los ámbitos económicos, sociales y culturales, para generar la evidencia que sirva como base para la toma de decisiones en acciones estratégicas de los sectores, el diseño metodológico fue un estudio descriptivo de corte transversal en personas con VIH de las UAI, con una muestra de 578 participantes. Revela dentro de los resultados que solo el 10.7% de hombres entrevistados ha notificado a su pareja, el resto abandono el hogar, falleció o negó a la pareja.</p>
<p>MSPAS. (2017, P.30). Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida. Guatemala: MSPAS.</p>	<p>Las Unidades de atención Integral</p>	<p>Describe cómo funcionan las unidades de atención integral donde se atienden a los pacientes con VIH, sus tipos de programas y el abordaje de los pacientes, ubicación geográfica, modelos de atención, que permiten profundizar sobre las estrategias implementadas desde los servicios de salud y como estas limitan alcanzar los compromisos y metas ratificados a nivel internacional. Constituyen el objeto de estudio en esta investigación.</p>
<p>Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting</p>	<p>We explored the feasibility and effectiveness of implementing a PN as part of community testing services for key populations</p>	<p>El estudio realizado en Vietnam da a conocer los resultados de NAP entre los años 2018 y 2019, en el cual clientes adultos con VIH, 186 (80,5%) recibieron NAP voluntaria y 105 de sus parejas fueron contactadas y recibieron los servicios. El estudio concluye: es factible y efectivo, particularmente para llegar a personas que realizan pruebas por primera vez y a clientes con VIH no diagnosticados.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2019

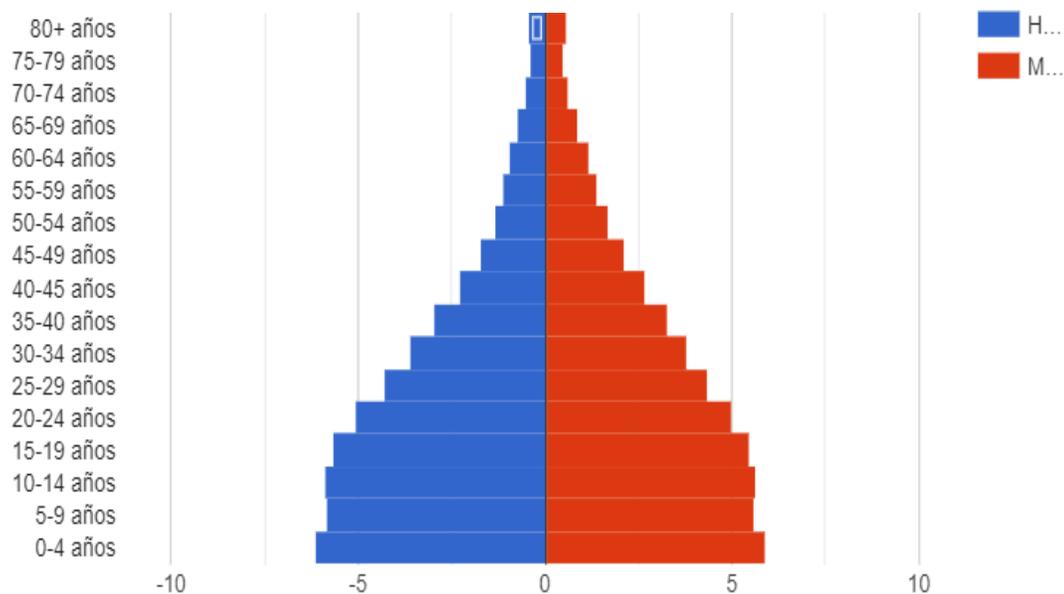
## Capítulo III

### Situación del VIH y contexto de la investigación

El departamento de Guatemala fue fundado en el año 1,776, tiene una estimación según el censo Nacional del año 2018 de 14,901,286 millones de personas. En términos de distribución de género la población femenina refleja el 52% de la población y en hombres equivale a un 48%.

Los datos de la pirámide poblacional, reflejan que la expansión mayor corresponde a población joven, el 21.71% de hombres y el 21.92% de mujeres, en edad de 15 a 40 años, lo que constituye la edad productiva y reproductiva, población dominante en comparación a la población dependiente de menor y mayor edad.

Gráfica 1  
*Pirámide Poblacional Guatemala*



Ref. exportado de la URL: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion>

La pirámide poblacional es de base ancha en población menor y se reduce en los grupos de edad superior, lo cual revela una estructura de población joven y con perspectivas de crecimiento, siendo que el grupo de 0-24 años conforma la tercera parte de la población del país.

Ello implica que las características de edad, sexo son esenciales para analizar escenarios demográficos y las implicaciones en la salud que podría tener una epidemia como el VIH en la edad productiva y reproductiva de la población; las estadísticas de epidemiología del MSPAS, revelan que cada vez más la población joven se infecta del VIH. De acuerdo con la OMS, el 40% de los jóvenes entre 15 y 24 años representan el total de nuevos casos de infección por VIH.

Figura 2 Casos de VIH notificados 2018

VIH y VIH avanzado: casos notificados por departamento de residencia y sexo Guatemala, enero a diciembre 2018

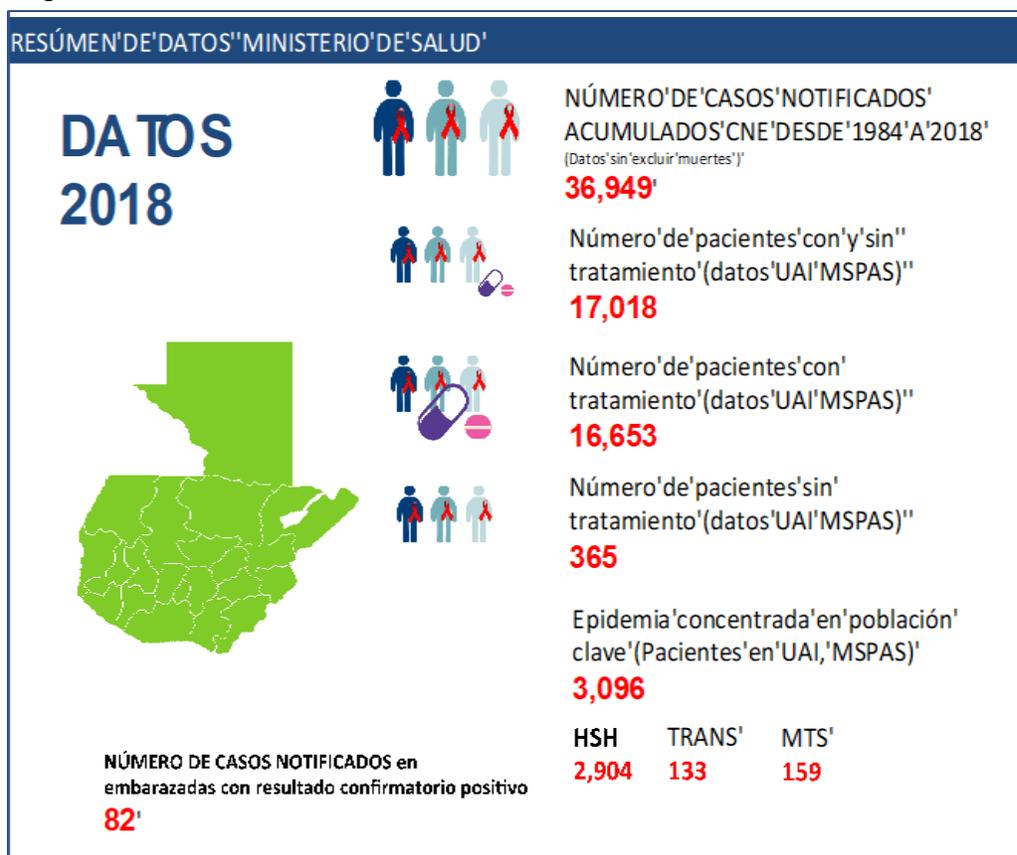
Departamento de residencia	Total VIH	Total VIH avanzado	Total general	Tasa
Escuintla	137	51	188	23.32
Guatemala	384	136	520	14.90
Sacatepéquez	38	4	42	11.57
Suchitepéquez	37	14	51	8.36
Izabal	31	1	32	6.54
Chimaltenango	36	8	44	5.92
Jutiapa	16	10	26	5.17
Retalhuleu	14	4	18	5.07
San Marcos	21	20	41	3.42
Jalapa	7	6	13	3.37
Quetzaltenango	16	15	31	3.37
El Progreso	2	4	6	3.36
Santa Rosa	8	5	13	3.26
Sololá	8	9	17	3.18
Totonicapán	11	4	15	2.56
Chiquimula	7	3	10	2.30
El Quiché	14	8	22	1.83
Peten	14	0	14	1.73
Baja Verapaz	4	0	4	1.24
Zacapa	3	0	3	1.20
Huehuetenango	4	3	7	0.51
Alta Verapaz	1	1	2	0.15
Sin dato	9	5	14	
<b>Total</b>	<b>822</b>	<b>311</b>	<b>1,133</b>	<b>6.54</b>

Ref. Departamento de epidemiología del MSPAS, Guatemala, 2019.

El Departamento de Guatemala ocupa el segundo lugar de mayor transmisión del VIH, ya que se encuentra dentro del corredor epidemiológico del VIH. Presenta una tasa de 14 casos por cada 100,000 habitantes, reporta el 46% del total de casos a nivel nacional, y esto es debido a que en la Ciudad Capital se encuentran los dos hospitales de referencia que tienen las dos UAI con la mayor parte de la cohorte de pacientes.

El Centro Nacional de epidemiología del MSPAS, reporta un total de casos acumulados desde 1984 al año 2018 de 36,949, de los cuales 16,653 reciben tratamiento, según refleja la siguiente figura:

Figura 3 Resumen de Casos en VIH



Ref. MSPAS/2018

Los datos del MSPAS solo reportan 3,096 personas pertenecientes a la población clave registrada con VIH, sin embargo, esto no significa que sea la población menos afectada. El estudio de Medición de prevalencia, comportamiento actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH Sida, reveló que las poblaciones más afectadas del VIH son HSH con prevalencia de 10.5%, TRANS 24.0%, MTS de 1.0%, aún persiste la transmisión del VIH de madre a hijo se encuentra con una prevalencia de 0.4%. (Guardado-Escobar, 2017 p.17)

### **3.1. Caracterización de los servicios de salud en VIH**

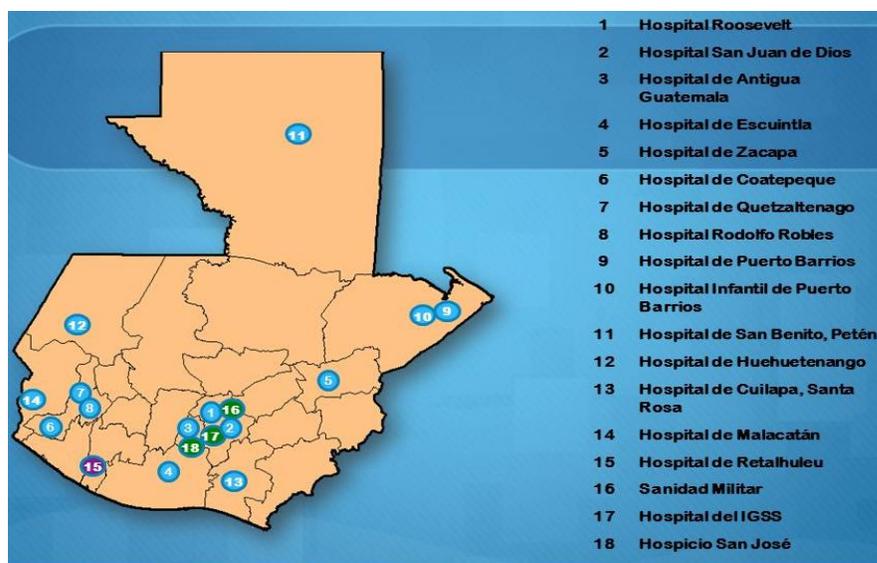
En relación a la atención en salud en Guatemala el 29.2% de personas que padecen quebrantos de salud, acuden a Clínicas Privadas, les siguen en orden de importancia el centro de salud, los hospitales públicos, los puestos de salud y las comadronas o líderes comunitarios de medicina alternativa, estos últimos no tan reconocidos. La cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es del 6.5%. (Instituto Nacional de Estadística Guatemala, 2014)

El MSPAS, es responsable de las políticas y el régimen jurídico de la salud preventiva, curativa, de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país. Es responsable de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, en caso de epidemias y desastres naturales, para lograr este propósito utiliza mecanismos como la ayuda y la cooperación técnica y financiera en salud. Su estructura se basa en el Código de Salud, y está dividido en veintidós Áreas de Salud, la Región Metropolitana comprende: El Área de Guatemala Norte, el Área de Guatemala Sur y el Área de Amatitlán. Cuenta con una organización en la atención de salud para puestos, centros tipo “A” y “B”, hospitales de distrito, hospitales de base de área y hospitales regionales.

El MSPAS ha implementado las Unidades de Atención Integral -UAI-, las cuales prestan servicios de atención a pacientes con VIH. Los servicios que prestan estas UAI son de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás especialidades. Existen 19 UAI en el país, de estas 16 pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y atienden a 16,000 pacientes que reciben tratamiento antirretroviral, y llevan sus controles de CD4 y Carga Viral. También hay una unidad que pertenece al IGSS, la unidad de Sanidad Militar y una en Hospicio San José. (MSPAS, 2017, P.30)

En la ciudad de Guatemala se encuentra las dos UAI más importantes del país, insertas en los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, cuya corte es la más grande del país, y por su especialización han contribuido grandemente al tratamiento del VIH y Sida. En estas Clínicas se atienden a personas que proceden del resto del país, y ciudadanos de otros países que viven o van de paso por Guatemala. Las unidades de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son las siguientes:

Figura 4 Mapa de las UAI



Ref.: Manual de SR Subvención del Fondo Mundial 2019-2020, RP-INCAP.

En la ciudad de Guatemala funciona la Unidad de Atención Integral del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS-, que atiende a pacientes de la iniciativa privada, brinda cobertura en tratamiento del VIH a más de tres mil personas. En su mayoría son hombres los pacientes, y actualmente registran entre 15 y 20 casos nuevos de personas infectadas.

Figura 5 Pacientes del Seguro Social con VIH



**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**  
*Subgerencia de Prestaciones en Salud,*  
*Departamento de Medicina Preventiva*

1. Número de personas con VIH que a la fecha reciben tratamiento antirretroviral en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, desagregada por sexo y edad.

Grupo etáreo	Masculino	Femenino	Total
Niños de 1 a 4 años	2	3	5
Niños de 5 a 9 años	4	9	13
Adolescentes de 10 a 14 años	12	9	21
Adolescentes de 15 a 18 años	3	0	3
Adultos de 19 a 24 años	35	10	45
Adultos de 25 a 49 años	1502	491	1993
Adultos de 50 años o más	752	205	957
Edad y sexo desconocidos	14		14
<b>Total</b>			<b>3051</b>

Fuente: Sistema de información Medi-igss y base de datos  
 Laboratorio Clínico Hospital General de Enfermedades

Los pacientes que acuden a la clínica de infecciosas del IGSS, proceden de todos los departamentos y se concentran en Guatemala, debido a que el servicio no es descentralizado, en su mayoría las infecciones se dan en las edades de 19 a 50 años, la cohorte más grande la constituyen los hombres en edad de 25 a 49 años, con 1,502 casos y 491 mujeres. El IGSS brinda cobertura a los adolescentes hasta los 14 años, luego son trasladados al sistema nacional de salud.

## **Capítulo IV**

### **Fundamentación teórica**

El presente capítulo contiene el desarrollo de temas relacionados o que son transversales para abordar la situación de VIH y como este impacta en el desarrollo social. Existen determinantes multicausales que deben ser abordadas para una respuesta efectiva.

Conocer la epidemia, sus efectos y consecuencias, es fundamental para que los gobiernos puedan adoptar políticas que tomen en cuenta la caracterización de la epidemia.

Para mayor comprensión de cómo impacta el VIH, se presenta la recopilación de información sobre la situación epidemiológica del VIH en Guatemala, las principales estadísticas, la población más afectada y la respuesta nacional del Estado, la sociedad civil y la cooperación internacional, los compromisos asumidos por el país en materia de DDHH, VIH, dirigidos a la sostenibilidad de la respuesta, el cumplimiento de los ODS.

#### **4.1. El VIH como problema de la salud pública**

El VIH/sida se ha convertido en una crisis sanitaria y de desarrollo, es un problema de salud pública mundial, que ha generado mayor impacto a los países de ingresos bajos o medianos. La ONU estima que en el mundo hay 36,7 millones de personas con VIH y solo 23,3 millones tienen acceso a la terapia antirretroviral. En Latinoamérica, se estima que hay 1,9 millones de personas viviendo con VIH y 1,2 millones con acceso a tratamiento. Según la OMS solo el 70% de las personas conocen su diagnóstico. (Villalonga, 2017, pág. 1)

La Organización mundial de la salud, define el VIH como “una infección que deteriora progresivamente el sistema inmunitario, alterando o anulando su función de combatir infecciones y enfermedades”. El VIH se caracteriza por no desarrollar síntomas iniciales, una persona puede pasar 10 años y no saber que está infectada, la única manera de saber si alguien contrajo el VIH es a través de un test que consiste en un análisis de sangre, sin embargo si la persona está en una etapa aguda los síntomas se manifiestan con fiebre, diarrea, pérdida de peso y deterioro de la salud. (OPS/OMS, 2002)

Existen adelantos en el acceso a tratamiento con antirretrovirales, el acceso rápido mejora el pronóstico de la enfermedad, alarga la vida y mejora su calidad, otro aspecto muy importante es que la adherencia a los antirretrovirales inhibe el virus y puede reducir la transmisión del VIH.

Sin embargo, en países en desarrollo la incidencia del VIH/sida va en aumento, se requiere el compromiso y voluntad política de los gobiernos para aumentar los recursos para atender esta epidemia, la prevención se ve limitada por obstáculos culturales, religiosos y económicos, por ende, muchas veces no se garantiza el acceso a la atención, los tratamientos y las pruebas de detección del virus.

Por otro lado, el VIH atenta con la seguridad individual, cuando no se detecta a tiempo las personas pueden desarrollar el sida y otras infecciones de transmisión sexual que ponen en riesgo su vida productiva y plena con dignidad. También a nivel colectivo se ha convertido en una epidemia que ha generado gran impacto y pone en riesgo la seguridad colectiva, requiere de la intervención de los Estados. (Hubbard, Korc, & Jimba, 2016, pág. 15)

Para el Sistema de Naciones Unidas, la seguridad humana consiste en proteger, de las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas), la esencia vital de todas las vidas humanas de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano, e integra tres libertades: la libertad del miedo, la libertad de la necesidad (o miseria) y la libertad para vivir con dignidad.

Nef (2002) refiere el tema central de la seguridad humana y la concibe como la reducción del riesgo colectivo y compartido, por medio de análisis, decisiones, prevención y acciones que disminuyan, más allá de sus expresiones sintomáticas, las causas y circunstancias de la inseguridad, mejorando las condiciones de seguridad humana en la población vulnerable, reduciendo los riesgos y contingencias que afectan a las personas. (Neef, 1993)

Los riesgos a los que las diferentes sociedades han de hacer frente como lo son epidemias con el VIH, son complejos y son susceptibles de, por un lado, perjudicar la salud de los individuos, y por el otro, de generar amenazas a gran escala con capacidad para vulnerar la salud de la sociedad y alterar los sistemas sanitarios, en este sentido el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo abre un marco teórico que insta a los Estados a formular políticas bajo el paraguas de la Seguridad Humana, que no debe contemplarse solo desde el punto de vista de ausencia de violencia física sino de garantía de derechos, oportunidades y calidad de vida de las personas.

La salud y la seguridad de las naciones han adquirido un mayor reconocimiento en particular en el caso de las pandemias, que atraviesan fronteras y pueden devastar sociedades enteras cuando se propagan cepas, lo cual amenaza a las personas y comunidades.

Nef (2002) refiere sobre la seguridad humana que consiste en la reducción del riesgo colectivo y compartido, por medio de análisis, decisiones, prevención y acciones que disminuyan, más allá de sus expresiones sintomáticas, las causas y circunstancias de la inseguridad, mejorando las condiciones de seguridad humana en la población vulnerable, reduciendo los riesgos y contingencias que afectan a las personas.

Los riesgos a los que las diferentes sociedades han de hacer frente como lo son epidemias con el VIH, son complejos y son susceptibles de, por un lado, perjudicar la salud de los individuos, y por el otro, de generar amenazas a gran escala con

capacidad para vulnerar la salud de la sociedad y alterar los sistemas sanitarios, en este sentido el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo abre un marco teórico que insta a los Estados a formular políticas bajo el paraguas de la Seguridad Humana, que no debe contemplarse solo desde el punto de vista de ausencia de violencia física sino de garantía de derechos, oportunidades y calidad de vida de las personas.

La salud y la seguridad de las naciones han adquirido un mayor reconocimiento en particular en el caso de las pandemias, que atraviesan fronteras y pueden devastar sociedades enteras cuando se propagan cepas virulentas. Lo cual amenaza a las personas y comunidades.

El VIH es un virus que atenta con la seguridad individual, ya que de no detectarse a tiempo la personas puede desarrollar el sida y otras infecciones de transmisión sexual que ponen en riesgo su vida productiva y plena con dignidad y a nivel colectiva se ha convertido en una epidemia que ha generado gran impacto a nivel mundial, la transmisión mayor se da por prácticas sexuales sin protección y se concentra en poblaciones que son más vulnerables, por lo que su abordaje en la seguridad humana requiere un esfuerzo y compromiso de los gobiernos. (Hubbard, Korc, & Jimba, 2016, pág. 15)

Un enfoque de la seguridad humana ayuda a que los gobiernos estén preparados para las amenazas para la salud, y puedan recuperarse con mayor rapidez, asegurando la accesibilidad de los servicios y de buena calidad.

Han pasado siglos desde que los sistemas de salud a nivel global han tenido que sufrir cambios en su forma de concebir la realidad, la manera de atender las enfermedades y el cambio de mentalidad en los procesos; la salud ha dejado de asociarse exclusivamente a la lucha contra enfermedades y ha cobrado relevancia central en aspectos fundamentales del desarrollo humano, convirtiéndose en un indicador del desarrollo, al igual que el crecimiento económico, la calidad educativa, la cohesión social y la calidad de vida.

La epidemia del VIH es un constante desafío en la salud y el desarrollo de las personas a nivel mundial. No se puede poner fin a la epidemia sin satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH, deben abordarse las determinantes relacionadas con la salud y la vulnerabilidad de las personas, ya que atraviesa la pobreza, la marginación y la discriminación.

Un claro ejemplo de la salud y el desarrollo, lo revelan los datos oficiales de la FAO, refiriendo que de los “36,7 millones de personas que padecen VIH/Sida a nivel mundial, el 95% vive en los países en desarrollo, y afecta más a las zonas rurales que a las ciudades”. Un ejemplo de ello es el África, donde en 25 países africanos han sufrido la pérdida de 7 millones de trabajadores agrícolas desde 1985”. (ONU, 2019)

La FAO ha identificado que en la agricultura el VIH/sida socaba la sostenibilidad del desarrollo, cuando:

- La población muere antes de poder transmitir su experiencia, y conocimientos generacionales.
- La existencia de familias con niños huérfanos de padres a temprana edad.
- Madres solteras, que tienen que sopesar la carga familiar solas
- Pérdida de producción agrícola
- Empobrecimiento de la población en el área rural.
- Inseguridad alimentaria al momento de perder la capacidad de producir o comprar alimentos. (ONU, 2019)

La pobreza es uno de los factores que favorece la propagación del VIH/sida, y el riesgo de contagio se multiplica, reduce la calidad de vida. Zimbabue y Zambia en África, las personas con VIH solo tienen una esperanza de vida de 33,9 y 32,7 años respectivamente, lo que supone una caída de 14,7 años en Zimbabue y de 22,7 en Zambia. (ONU, 2019)

De no atenderse con la importancia que requiere el VIH, puede socavar el desarrollo humano de un país, con la pérdida del capital humano, deteniendo el crecimiento económico y aumentando la pobreza. Por lo que la respuesta al VIH debe superar los grandes retos que el desarrollo se plantea.

Los servicios de salud de los países en desarrollo no pueden garantizar la atención médica ni el asesoramiento. Tampoco pueden soportar los costos de tratamientos, preservativos, campañas de prevención, pruebas de detección, bancos de sangre seguros, material sanitario, personal. Por lo que atenderlo y desarrollar programas enfocados a la prevención y detección es una emergencia global de salud.

Para una respuesta sostenible en VIH, debe cambiarse la mirada del desarrollo, y se debe trascender de la concepción del desarrollo basada según Sunkel (como se citó en la obra de Adam Smith, 1945) “la riqueza como el indicador de prosperidad, y desarrollo”, llevado a la semántica, esto significa aquel conjunto máximo de bienes que un país puede obtener, denomina desarrollo, si bien genera riqueza, no es accesible para todos y para cubrir las necesidades de una nación”. (Sunkel, 1945 p5)

Smith, resaltó la importancia de la teoría moral en la economía política, él pensaba que todos los seres humanos tienen el mismo valor, y que había una necesidad de justificar las desigualdades económicas y sociales, a este autor se le atribuye el defensor de los derechos de los pobres.

Se ha evidenciado que los modelos de desarrollo centrados en lo económico, han dejado a un lado la seguridad humana y generando dependencia entre las grandes naciones, hacía los países de la periferia por la producción de materias primas.

Algunos teóricos como Wolf (1967) refiriéndose a la salud y el desarrollo se atreven a afirmar que el progreso económico es clave para aumentar salud y la longevidad, (...) “la salud es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y para que los niños utilicen eficazmente las inversiones en educación, necesarias para el desempeño de sus funciones futuras” (Cueto, Brown, & Fee, 2011)

El desarrollo concebido por Sen (1992), cambia la mirada a un enfoque más humanista a partir de la expansión de libertades reales que disfrutaban los individuos y exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad, y establece la salud como un indicador. Dicho enfoque provee, no solo un nuevo espacio para evaluar el bienestar humano como un conjunto de libertades, sino también una nueva perspectiva para pensar acerca de los propósitos de la vida, los valores humanos, el razonamiento público y la organización social. (Sen, 1999, p.33)

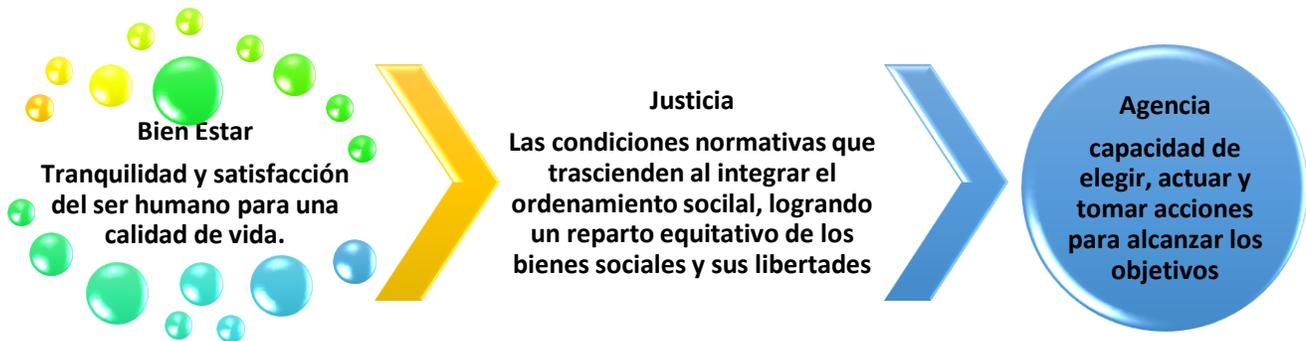
También hace una reflexión sobre el enfoque de las capacidades para el razonamiento ético en salud pública, que se resume en el reconocimiento de cuatro aspectos:

El primer aspecto la insuficiencia de la asistencia sanitaria como criterio de la ventaja individual, el segundo la equidad en salud como un aspecto fundamental de la justicia social, el tercer aspecto la relevancia de la visión que tienen las personas con relación a su propia salud y el cuarto aspecto el desarrollo de las capacidades como finalidad de las políticas públicas en el campo de la salud pública, partiendo del hecho que la salud se ha limitado fundamentalmente a las observaciones externas, tanto del saber médico como epidemiológico y se ha dejado fuera la visión de otras disciplinas. (Sen, 1999, p.10)

Para que el desarrollo humano se matice en la sociedad, es necesario cambiar el paradigma de la concepción con enfoque económico y trascender a lo que la gente es y hace definiendo vidas concretas.

Según el índice de desarrollo humano, debemos enfocarnos en la existencia de múltiples formas de entender el bienestar, en diferentes contextos en que uno el ser humano. La ampliación de las capacidades humanas tiene tres objetivos de bienestar:

Figura 6 Objetivos de Bienestar del Desarrollo Humano



Ref. IDH 2016

#### 4.2. Las determinantes sociales de la salud y las políticas públicas

Las Determinantes sociales de la salud, son aquellos factores que determinan el nivel de salud de una persona como consecuencia de las circunstancias en que nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo el acceso al sistema de salud, así como la distribución del dinero, del poder y de los recursos en el ámbito mundial, nacional y local; factores que dependen de las políticas adoptadas. (Galvao, s/f, pág. 43)

El concepto de desarrollo agregado al concepto de determinantes de la salud, nos ha traído una nueva forma de entender la interacción de las fuerzas dentro del pilar social y conjuntamente con los otros dos pilares, el económico y el ambiental.

Susser (citó en William, 1996), a las determinantes se definen como una estrecha asociación entre la pobreza y la enfermedad y llego a proponer la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria si se quería prevenir las epidemias de entonces. (p.86)

La Organización Panamericana de la Salud clasifica las determinantes de igual concepto como " las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". (OPS/OMS, 2010)

Álvarez (como se citó a Krieger, (2013), piensa que la salud y enfermedad, deben ser analizadas desde la epistemología, ya que con frecuencia se busca refugio en las ciencias sociales, pero se incurre en omitir los fenómenos biológicos. Para esta autora la teoría eco social brinda aportes ecológicos y sistémicos aplicados a la salud y considera tres elementos: la influencia de la estructura social en la salud y enfermedad, lo ecológico y las interrelaciones" p.16.

Las enfermedades deben ser vistas desde una visión exógena al cuerpo de las personas, virus, enfermedades de la piel, padecimientos externos, han marcado la diferencia ya no se puede reducir a las características innatas, congénitas, por lo que el enfoque de la salud, ha transcendido desde las disciplinas de las ciencias médicas". (Castaño, 2014, pág. 10)

Las determinantes de la salud deben ser abordadas como un indicador para el desarrollo, ya que marcaran el rumbo de la vida humana y la sociedad. Si bien todos debemos contribuir a la conservación del planeta, la ambición y la riqueza del neoliberalismo nos han limitado el acceso a un desarrollo real. La modernidad impulso el avance en las periferias, como una expansión mundial del capitalismo, el imperialismo propio del capitalismo revistió diferentes fases de la acumulación capitalista, el mercantilismo, el capitalismo industrial clásico y la globalización dieron un auge a la modernidad, pero el ser humano nuevamente quedo relegado.

Es aquí donde toma relevancia los Objetivos de Desarrollo sostenible, adoptados por todos los Estados miembros en el año 2015 como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar la paz y seguridad de la persona. Cobra relevancia que se han integrado 17 ODS que se entrelazan para equilibrar la sostenibilidad, económica, ambiental y social. El ODS #3 Salud y bienestar, ocupa un lugar importante en esta declaración a partir de que la “buena salud es esencial para el desarrollo sostenible (...) toma en cuenta la ampliación de las desigualdades económicas y sociales, la rápida urbanización, las amenazas para el clima y el medio ambiente, la lucha continua contra el VIH y otras enfermedades infecciosas y los nuevos problemas de Salud”.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución aprobada #70/01 Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobó la agenda a favor de la prosperidad, que contiene los 17 ODS y 169 metas, que dentro de su contenido sobre la salud refiere:

Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie, reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna poniendo fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030. De igual modo aceleraremos el ritmo de los progresos en la lucha contra la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, el ébola y otras enfermedades transmisibles y epidemias, incluso abordando la creciente resistencia a los antibióticos y el problema de las enfermedades desatendidas que afectan a los países en desarrollo. (ONU, 2015, pág. 8)

El éxito o el fracaso de la implementación de los ODS, tiene que ver con la dimensión aplicación de los mismos, a partir de que se aborden las barreras culturales, políticas y de igualdad de género en los programas, evitando la dependencia del contexto, que conlleva ser capaces de operar de manera planeada y no esforzando a cambios en función de los factores contextuales.

La Cooperación Internacional, también ha jugado un rol asesor en la respuesta al VIH. desde ONUSIDA se han hecho esfuerzos por promover que le Estado de Guatemala integre en sus políticas y programas la agenda 2030, en este sentido esta tabla es una aproximación a los ODS y cómo abordarlos en el tema de VIH, ya que es un tema multicausal que trasciende las esferas del desarrollo. (ONUSIDA, 2018)

Figura 7 ODS priorizados en VIH

No.	ODS	Como afecta	Oportunidad
1	<b>Poner fin a la pobreza</b>	La pobreza aumenta la vulnerabilidad de la infección por VIH.	El empoderamiento económico y la protección social, reducen la pobreza y brinda salud a las personas con VIH
2	<b>Poner fin al hambre</b>	El hambre puede conducir a conductas de riesgo, la desnutrición puede generar el avance del VIH y destruir la vida de los niños y adolescentes.	La seguridad alimentaria y el apoyo nutricional, pueden mejorar la salud.
3	<b>Asegurar la vida saludable</b>	Es necesario que haya cobertura universal en salud, salud reproductiva, para prevenir el VIH.	Abordar la cobertura del VIH con equidad, integración de los derechos humanos pueden mejorar los resultados sanitarios.
4	<b>Garantizar educación de calidad</b>	Las enfermedades relacionadas con VIH impiden la asistencia escolar, aunado al estigma y discriminación.	La educación empodera a las personas y proporciona habilidades para la vida.
5	<b>Lograr la igualdad de género</b>	La inequidad de género, la discriminación y violencia, aumentan el riesgo de la infección por VIH.	Los programas de VIH transforman la norma de género e involucran a los hombres, lo cual puede reducir la violencia.
6	<b>Promover el crecimiento económico</b>	Las personas con VIH experimentan tasas de desempleo tres veces más altas que la tasa nacional.	En la medida que se aborde el VIH en el lugar del trabajo y los derechos laborales, pueden disfrutar de empleo.
7	<b>Promover Sociedades pacíficas e inclusivas</b>	La exclusión, la estigmatización, la discriminación y la violencia alimenta la epidemia entre niños y adultos.	La gobernanza participativa, puede generar procesos de rendición de cuentas.
8	<b>Fortalecer los medios de implementación</b>	La acción global es necesaria para el acceso a medicamentos e insumos asequibles del VIH.	Los esfuerzos para garantizar insumos y medicamentos pueden garantizar la sostenibilidad, la equidad.

Ref. Información obtenida del sitio web de ONUSIDA, “el VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible” [http://www.unaids.org/es/AIDS\\_SDGs](http://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs)

Otro organismo internacional que apoya a los Estados a fortalecer sus acciones para reducir el VIH es el Fondo Mundial, para acelerar el fin del SIDA, la tuberculosis y la malaria, acompaña y apoya programas administrados por expertos locales en los países y comunidades afectados por la epidemia.

Desde el año 2004, Guatemala ha sido beneficiada con proyectos de donación para la prevención y atención del VIH, a través de la subvención: “Conteniendo la epidemia de VIH en Guatemala: Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala”. Bajo la subvención financiada por el Fondo Mundial, otorgada al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a organizaciones de la sociedad civil. (The Global Found, 2018)

La certidumbre sobre los resultados, dependerá de la efectividad de los programas bien diseñados, a partir de que los gobiernos y sectores asuman su liderazgo y compromiso, generando políticas y programas con un enfoque integral, abordando las barreras identificadas. La esencia de una política pública, radica en la medida que se logra dar respuesta al fenómeno presentado, que surge de la demanda, se identifica la solución, y se implementa. Para Dye (1975) “la política pública es todo aquello que el gobierno decida hacer o no hacer” (Gavilanes, 2009, pág. 152)

En este sentido se debe de tener cuidado de no dejar fuera elementos importantes y reducirlos a la sola escogencia en una política o programa. Según Wayne Parsons, las políticas deben recoger las demandas de una población y deben de tener una orientación multimetodológica, multidisciplinaria, basadas en los problemas públicos, orientada hacia procesos, donde los recursos se vean reflejados y se traduzcan en beneficios para sus ciudadanos. (Wayne, 1995, pág. 16)

El Esquema que se presenta a continuación, nos brinda lineamientos básicos sobre los cuales refieren la teoría, debiera fundamentarse las políticas públicas, según Wayne (2007).

Figura 8 Procesos de Políticas Públicas



Elaboración propia, basado en el autor Wayne Parson (2007)

### **4.3. La igualdad de género en las políticas públicas en VIH**

Un aspecto importante en las políticas públicas en VIH es abordar la igualdad de género, que a partir de la teoría se centra en el debate teórico de las relaciones de poder entre la mujer y el hombre, María Lugones llama a esto “construcción de relaciones de género heterocentras y binarias, sistema de género moderno/colonial”. (Curiel, 2005, pág. 20)

Lugones plantea que tanto el hombre como las mujeres, son moldeados por la sociedad, cultura y educación a las que tienen acceso, y las instrucciones que les son impuestas determinan la relación de poder. Sin embargo, para las mujeres la situación se agrava ya que donde viva en el mundo son discriminadas, encasilladas moral, social y religiosa, estas determinantes requieren cambios para la inclusión de las demandas de igualdad de género en las políticas, condición esencial para avanzar en la sociedad y en el ejercicio pleno de los derechos.

El Informe de Desarrollo Humanos (2000), sobre el concepto de la categoría de género define el siguiente concepto:

Género es la construcción de lo masculino y lo femenino, y la manera en que se dan las relaciones de poder entre mujeres y hombres”, hace referencia a la construcción simbólica que contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. (PNUD, 2015, pág. 178)

El género específicamente ha sido una categoría conceptual desarrollada con la intención de teorizar la construcción social y simbólica de la diferencia sexual, se posiciona sobre el debate teórico del poder, contribuye al desarrollo del concepto y del instrumental analítico del desarrollo humano. La contribución mayor de esta categoría a la teoría y práctica feminista y a las ciencias sociales a nivel general, es que permite evidenciar que lo que se considera hombre y mujer está lejos de determinismos biológicos, sino que son construcciones sociales, por tanto, devela estructuras sociales de poder en torno a los sexos. (Beauvoir, 2005)

Lamas (2004) refiere que el enfoque de género “permite visualizar y reconocer, la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, expresadas en opresión, injusticia, subordinación y discriminación, hacia las mujeres en la organización genérica de las sociedades”. El enfoque de género trata de humanizar la visión del desarrollo, develando esas diferencias, que limitan el bienestar de las mujeres, por lo que las políticas públicas deben basarse en la equidad de género, y esto solo será posible en la medida que los recursos sean asignados con este enfoque, a través de las instituciones y los mecanismos que operan en el proceso de implementación de las políticas. (Lamas, 2004, págs. 13-20)

La desigualdad hacia la mujer, ha sido reconocida a través de los derechos específicos de la mujer en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer en 1995 de Beijing de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que desencadenó la voluntad política y la visibilidad mundial para que los gobiernos se comprometieran a mejorar las condiciones de vida de las mujeres. A pesar de ello, aún existen condiciones desiguales, ya que las mujeres ganan menos que los hombres, se desempeñan en trabajos de baja calidad, sufren violencia física y sexual, tienen poco acceso a la educación, a la participación política, poca cobertura en salud sexual reproductiva, persiste la mortalidad materno infantil.

La salud es uno de los derechos fundamentales al cual la mujer debe tener acceso, la OMS (1974) “define que la salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, siendo este un derecho esencial para el bienestar emocional, social y físico de las mujeres; el acceso de la mujer a los recursos básicos de salud, incluidos los servicios de atención primaria de la salud ha sido desigual en lo relativo a las enfermedades contagiosas como el VIH, la falta de políticas y programas de salud a menudo perpetúan los estereotipos de género, la salud de la mujer también se ve sujeta a discriminación por motivos de género en el sistema de salud.

Aquí cobra relevancia la mirada en que los servicios de salud se enfocan en la atención hacia la mujer. Godelier (como citó Lamas, 2013) cuestiona la explicación tradicional y simbólica que se concibe en la sociedad sobre la segregación sexual, evidencia un dominio social de los hombres, la diferencia sexual y el interés por la reproducción marcan la forma en que la sociedad contempla los sexos y los ordena con supuestos papeles naturales, lo cual implica una jerarquía, por ejemplo, en la reproducción se disminuye la importancia del papel de la mujer, cuando es su cuerpo en donde salen los hijos, en muchas culturas incluso la importancia radica dependiendo del género del bebe que dé a luz, aquí se matiza y prevalece la fuerza de la simbolización. (Lamas, 2013, p. 29)

La desigualdad de género en la epidemia del VIH se ve reflejada en múltiples causas que inciden en la vulnerabilidad de las mujeres, entre ellos destaca los factores socio-culturales, económicos y sociales, las exponen a una desigualdad de oportunidades. Desde el enfoque socio-cultural, la mujer se encuentra en una posición desigual y tiene más peligro de contraer la infección por el VIH, derivado de contextos donde sigue teniendo menor acceso a la educación e información, al ingreso lo que le hace dependiente de su pareja, y con escasa posibilidad de acceder a servicios adecuados de salud. Aunado a ello la ideología tradicional de las relaciones de género le dificultan la negociación de prácticas de sexo más segura o poco poder para negociar el uso de un preservativo con su pareja.

Socialmente se ha mantenido normas morales que no permiten que la mujer hable abiertamente de su sexualidad, y en algunas culturas se presume que no son seres sexuales, se romper las reglas son consideradas promiscuas o adúlteras, lo cual le pone en desventaja de la infección por VIH/SIDA, por lo que muchas veces su papel es pasivo. Lo expuesto justifica la necesidad de que las políticas públicas contengan es visión amplia de un abordaje integral y con enfoque de género.

La ONUSIDA dice que, “si se quiere reducir la vulnerabilidad de la mujer al VIH, deben reformularse las políticas desde el nivel de la comunidad hasta el nivel nacional”, lo cual significa proteger los derechos humanos, las libertades fundamentales y mejorar la independencia económica y jurídica y lograr su inclusión política. (ONUSIDA, 1997, pág. 6)

La igualdad en la salud de las mujeres con VIH, no debe verse limitada, se deben establecer los mecanismos para que también pueda tener acceso a la salud y seguridad, eliminando los estereotipos morales, culturales y sociales con un enfoque diferenciado en la atención, que les permita tener acceso a tratamiento para el VIH, a métodos anticonceptivos, la promoción de su salud sexual y reproductiva, y la atención de otras necesidades que afectan su desarrollo.

La OPS, hace referencia al enfoque de género dentro del abordaje a poblaciones clave, a partir de que, si no se abordan las necesidades específicas de los grupos de población clave, no se logrará una respuesta sostenible frente al VIH. Incluso los países que reconocen que la epidemia del VIH está concentrada en los grupos de población clave suelen ser reacios a instaurar intervenciones adecuadas que lleguen a quienes las necesitan más.

#### **4.4. El papel de la cooperación en VIH,**

La cooperación internacional como respuesta al VIH, nace desde las acciones de los países de la Unión Europea y Estados Unidos por reforzar sus fronteras epidemiológicas, en un panorama donde la crisis humanitaria se agudizó en el mundo y en especial en África. (Pozo J. , 2017)

Cabe resaltar que dentro de las tendencias de Cooperación se encuentran la unificación de agendas, lo cual está dirigido a la búsqueda de la sostenibilidad, tema que está muy de moda. La recesión de la cooperación es un fenómeno que está impactando en los diferentes países, las políticas de cooperación multilateral, han promovido el desarrollo económico y social y consolidación del Estado de Derecho,

la lucha a la pobreza y el respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales, que han conllevado a los Estados, obligaciones como la coherencia, la coordinación y la complementariedad como una respuesta al déficit existente. (Galán & Sanahuja, 1999)

Existen factores que han hecho cambiar las políticas de la cooperación y que Guatemala no ha sido la excepción, entre ellos:

- Cambios en las políticas de cooperación derivado de la priorización de otras áreas geográficas otros intereses en las agendas de los cooperantes.
- Incumplimiento de los Estados de contrapartidas y compromisos asumidos.
- Términos de políticas globales de cooperación en torno a la “eficacia de la -ayuda”, una crítica que fue en aumento en los países donantes.
- Y otro aspecto importante es que Guatemala, es calificada como país de renta media baja, con lo que disminuye su perfil como receptor de fondos.
- Hay una tendencia a la baja de los recursos de la cooperación, derivado de las crisis económicas de los diferentes países.
- Incorporación de la noción de sostenibilidad en los distintos grados de cooperación internacional.
- Nuevos problemas transnacionales.

La salud es un indicador del desarrollo, es por ello que la cooperación para el desarrollo, ha sido vista como sinónimo de ayuda financiera, o como asistencia oficial para el desarrollo, a la cual se le asignan tres tareas principales para apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo: a) facilitar normas sociales básicas universales a sus ciudadanos que ejerciten sus derechos fundamentales, b) promover la reducción de la desigualdad, c) apoya a los países para participar activamente en la provisión de los bienes, públicos internacionales. (Sanahuja, 1999, p.26)

Sunkel (1945) indica que la cooperación y el desarrollo son conceptos que se han vinculado, el concepto de desarrollo surge como un tópico de la política en la pos-guerra y se popularizó a partir de la segunda guerra mundial, entre el siglo XIX y XX. Sus antecedentes fueron eventos que promovieron la teoría del desarrollo. (p.10)

La dependencia de la Cooperación Internacional se ha generado y cada vez más está retirándose de Guatemala, ya sea porque las políticas de los gobiernos cooperantes han cambiado y se re direccionan las agendas e interés, o porque ha llegado el final de sus proyectos o estrategias. Para Guatemala esto no pasa desapercibido, en VIH cada vez más se reduce el financiamiento, de pasar en el año 2010 de \$40 millones anuales a \$19 millones de dólares, actualmente ha sido una alerta para las organizaciones que llevan a cabo intervenciones con el Fondo Mundial.

Para Parsons los gobiernos deben (...) “remar menos y dirigir más”, el financiamiento debe determinarse por los impactos, no por los insumos, priorizar al cliente y no la burocracia. Se debe invertir en prevención, no en remedios. (Parsons, 2007 p3-100)

En la región, existe dependencia de donantes que financian el gasto en VIH y según el ingreso del país así depende su clasificación. Guatemala se encuentra en el quinto lugar con una dependencia de cooperación del 60%.

En este sentido se ha hecho un esfuerzo desde la cooperación internacional, para impulsar el Plan de Sostenibilidad de la respuesta en VIH/Sida, priorizando objetivos que tienen que ver con financiamiento, fortalecimiento de capacidades entre otros.

Figura 9 Objetivos priorizados



Para lograr su propósito la Cooperación Internacional, ha utilizado diferentes estructuras que permiten canalizar financiamiento, tecnificación, donaciones destinada a apoyar las acciones de los países en desarrollo como Guatemala, siendo estas:

- a) Centros de investigación, estudio y formación: es una figura que se le da a las organizaciones independientes, que están vinculadas a fundaciones universidades y tienen como función la realización de estudios, actividades de formación especializadas. Los resultados de las investigaciones realizadas por estos centros tienen como objetivo influir las políticas de los gobiernos. (Gómez & Sanahuja, 1999, pág. 232)

- b) Organizaciones Internacionales: a través de estas ONGS internacionales se canalizan recursos en países en desarrollo, son implementadoras y su papel consiste en apoyar la creación y el fortalecimiento de las capacidades tecnológicas. Esta forma de cooperación también abarca acciones concretas de transferencia de tecnología y el desarrollo de proyectos conjuntos de investigación en áreas de interés mutuo, para combatir las enfermedades, mejorar la agricultura, industria entre otras áreas. (Cunego & Ruiz, Sanjuán, 2014, pág. 29)
  
- c) Entidades de Cooperación en Guatemala enfocadas a la salud y el VIH
  
- d) En Guatemala existen varias agencias de cooperación que apoyan técnica y financieramente en el ámbito de la salud, su importancia en VIH radica en que brindan directrices a nivel internacional en derechos humanos y sobre el avance de la ciencia, estrategias y para que el gobierno atienda su propia problemática.



World Health Organization

Agencias de cooperación, organizaciones internacionales en VIH

**1943**

OPS/OMS: trabajar con el enfoque de Salud y VIH, a través de autoridades gubernamentales, instituciones académicas y científicas, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales.



USAID

**1961**

USAID/ proporciona asistencia técnica a organizaciones en asistencia del marco legal, político y regulatorio, análisis de políticas, sistemas de información, estudios e investigaciones y financiamiento acciones de la respuesta como país.

**1969**

UNFPA: promueve el derecho de cada mujer, hombre, niño y niñas a disfrutar de una vida sana con igualdad y libres de VIH.



**1990**

ONUSIDA: provee asesoría técnica sobre marcos políticos relacionados con la respuesta al VIH, coordinación intersectorial, prevención, derechos humanos, género y movilización social.



**2010**

Fondo Mundial: financia Proyectos de donación dirigido a la prevención y atención del VIH en poblaciones vulnerables y áreas prioritarias en Guatemala. Las actividades son implementadas por ONGS.

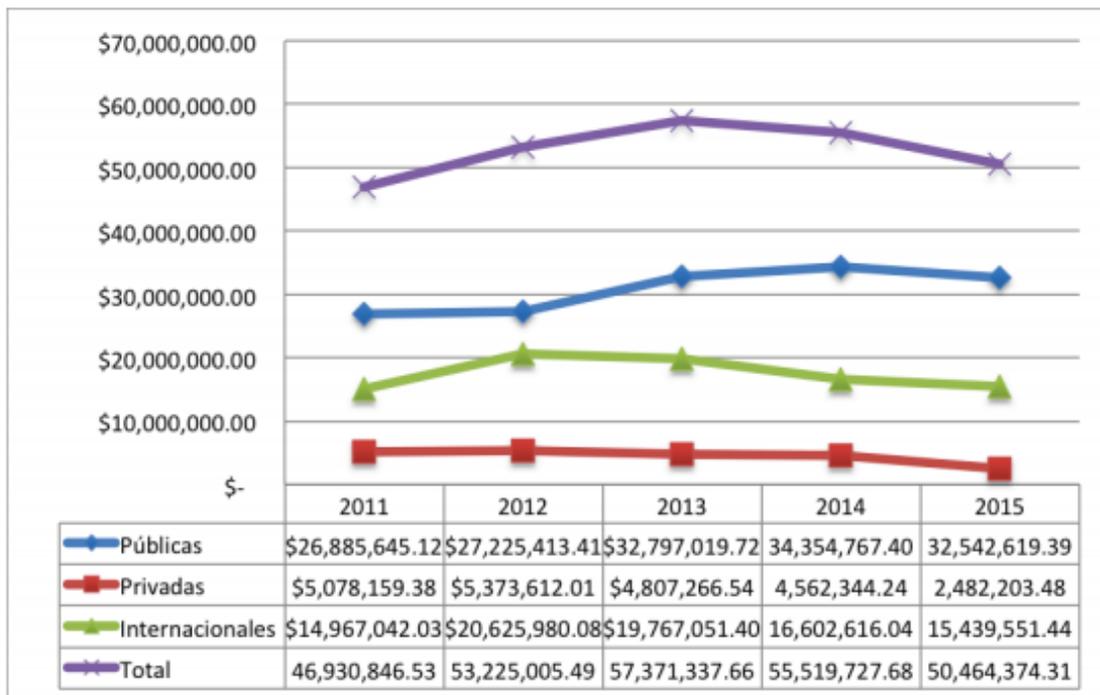
Fuente: Elaboración propia, 2019.

#### 4.5. Fuentes de financiamiento en VIH

El gasto en sida para el 2015 fue de USD 50.4 millones, esto corresponde al 0.46 % del gasto público en salud. El financiamiento de la respuesta nacional al VIH se distribuyó entre fuentes públicas (64 %), fondos internacionales (31%) y fuentes privadas (5 %), a la fecha no se ha realizado otro estudio. (PNS/MSP, 2015).

Figura 10 Financiamiento para VIH

### Gasto en VIH por fuente de financiamiento en dólares USD, \$ Guatemala 2015



FUENTE: CNE, MSPAS, 2015

#### **4.6. Comportamiento de la cooperación y su posible salida del país**

El Fondo Mundial está preparando su salida del país, los recursos cada vez son menores y ha priorizado otros países como el África, donde el VIH y la migración es bastante alta, hacia otros países Europeos, existen intereses en reservas petroleras de países como Estados Unidos, el cual es el principal donante de Estados Unidos, estos intereses económicos mueven a la cooperación, “se creía que la cooperación externa había llegado para quedarse en estas latitudes, que sería un respaldo siempre presente para los proyectos de las ONG” (Quirós & Vargas, 2013 p.1175)

Otras agencias y organismos internacionales vinculada con las prioridades de desarrollo del país, que incluye el abordaje de las enfermedades en salud, ha financiado programas y proyectos en diferentes instituciones del Estado, con modalidades de Cooperación Internacional no reembolsable y reembolsable a través de organismos como:

- La cooperación española
- La Unión Europea
- Las Naciones Unidas
- Gobierno de Estados Unidos/USAID

La cooperación en el país, ha disminuido del 2008 al 2018, la tendencia es constante y de bastante impacto, principalmente por los problemas de corrupción que el país ha afrontado en la última década. La inversión para el desarrollo es de 2.77%, el 58% para seguridad ciudadana, el 21% para tolerancia cero a la corrupción y modernización del Estado. (SEGEPLAN, 2018)

Esta situación ha generado en el país que los programas tengan una cobertura deficiente, ya que el Estado no tiene la capacidad de asumirlos con resultados de eficiencia y eficacia. Guatemala cada vez más adquiere una nueva deuda para financiar sus inversiones y programas.

#### 4.7. Compromisos del Estado de Guatemala en VIH

Guatemala ha ratificado varias declaraciones y convenios internacionales y ha adaptado sus normas y políticas nacionales en materia de VIH/sida y los derechos humanos, a partir de reconocer el impacto que esta epidemia tiene en la vida de las personas y la sociedad, comprometiéndose a cumplir los objetivos y metas que en ellos se consignan, los cuales se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3

*Compromisos del Estado de Guatemala en VIH*

<b>Fecha</b>	<b>Convenios/tratados y compromisos internacionales</b>	<b>Leyes, Normas y Políticas nacionales</b>
<b>Año 1885-1990</b>	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)	Código Penal, Establece en su artículo 151: penalización por la transmisión sexual de infecciones.
	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el Cairo.	La Constitución Política de la República de Guatemala en su artículo # 2 establece que es deber del Estado garantizarles a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la salud.
<b>Año 1991-2000</b>	Directrices Internacionales sobre el VIH/ sida y los Derechos Humanos.	Código de Salud promulgado por decreto #90-97 del Organismo Legislativo, construido con base en los derechos fundamentales de las personas establecidos en el marco internacional y en la Constitución Política de la República
	Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.	El Decreto 27-2000 Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH-y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el

		VIH/Sida. Reconoce el VIH de urgencia nacional
<b>Año 2001-2010</b>	Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, se reconoce la importancia.	Política de desarrollo social y población aprobada en abril de 2002, esta política se elaboró para dar cumplimiento a lo normado en el artículo 50 de la Ley de Desarrollo Social,
	Declaración política sobre el VIH/SIDA, “Crisis mundial-Acción mundial”, y en cumplir los objetivos y metas de desarrollo convenidos internacionalmente.	Política pública 638-2005 respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual — ITS— y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida — sida—
	Sesión Especial sobre VIH y sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas –UNGASS, que establece indicadores básicos.	Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva
	Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) establecen la necesidad de reenfocar los esfuerzos para la prevención del VIH y sida.	Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres, establece uno de los precedentes más importantes en la búsqueda de la equidad e igualdad de mujeres, niñas y adolescentes.
	Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana (RESSCAD), se adquirió el compromiso de desarrollar una iniciativa subregional para garantizar la disponibilidad -a bajo costo- de medicamentos e insumos.	El Decreto 9-2009 promulga la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, cuyo principal objetivo es combatir la trata de personas en sus diferentes expresiones, así como la explotación y la violencia sexual en mujeres y niños.

	<p>Declaración Ministerial "Prevenir con Educación+C182, primera reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe.</p>	<p>Ley de Maternidad Saludable, fue aprobada a través del Decreto 32-2010 y se orienta a dar respuesta a uno de los graves flagelos que afectan a las guatemaltecas, la mortalidad materna.</p>
<b>Año 2011-2019-</b>	<p>Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de esfuerzos para eliminar el VIH y el SIDA.se desarrollaron las metas 90-90-90</p>	<p>Política nacional de juventud 2012-2020 constituye el marco orientador para generar las intervenciones que se requieren para atender las necesidades específicas de la juventud,</p>
	<p>objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030</p>	<p>Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional, Acuerdo Gubernativo Número 229-2014, y sus reformas, suscritas mediante Acuerdo Gubernativo 33-2016, norman en el artículo 5, como parte de las obligaciones de los patronos, a implementar acciones de prevención al VIH.</p>
	<p>Corte Interamericana de derechos humanos "caso Cuscul Pivaral y otros VS. Guatemala.</p>	<p>Plan nacional de desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032 cuenta, con este instrumento de política pública que incluye tanto un diagnóstico como metas de desarrollo de largo plazo del país en 5 ejes</p>
	<p>La Agenda de Liderazgo Estratégico para acelerar la respuesta requerirá esfuerzos de desarrollo para asegurar una buena salud, reducir las desigualdades, lograr la igualdad de género, promover sociedades justas e incluyentes y revitalizar las alianzas mundiales.</p>	<p>El Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y Control de ITS, VIH y Sida 2017-2021, ha sido formulado con la participación de actores de Cooperación las Agencias de Naciones Unidas, MSPAS, IGSS y otras entidades de gobierno, así como sociedad civil,</p>

	<p>Reunión de alto nivel para poner fin al sida. Asamblea General de las Naciones Unidas,</p>	<p>El Plan nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres 2020-2029, es un instrumento de gestión de políticas públicas para implementar los compromisos nacionales e internacionales que permitan garantizar el derecho de las mujeres y niñas a vivir sin violencia.</p>
--	---	---

#### 4.8. Modelos de atención en VIH

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida del MSPAS, dispone de un amplio marco jurídico nacional e internacional que da soporte a todas las intervenciones y directrices en respuesta al VIH.

El modelo de atención y gestión es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que permiten la organización y funcionamiento de la red de servicios de salud; garantiza el cumplimiento del derecho a la salud, el acceso a la atención integral, continua y de calidad al individuo, la familia y comunidad. (MSPAS, 2015, pág. 80)

El modelo de atención y gestión en VIH y Sida, orienta a realizar acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en la persona por etapas de curso de vida, tomando en cuenta el perfil epidemiológico y factores de riesgo, estándares de calidad en el cumplimiento de las normas de atención establecidas por el MSPAS. Programáticamente se brinda, prevención en transmisión sexual, prevención de la transmisión materno infantil y la sífilis congénita, pruebas y consejería, confección, procedimiento de sangre segura, tratamientos y cuidados en VIH, pediátrico y adultos.

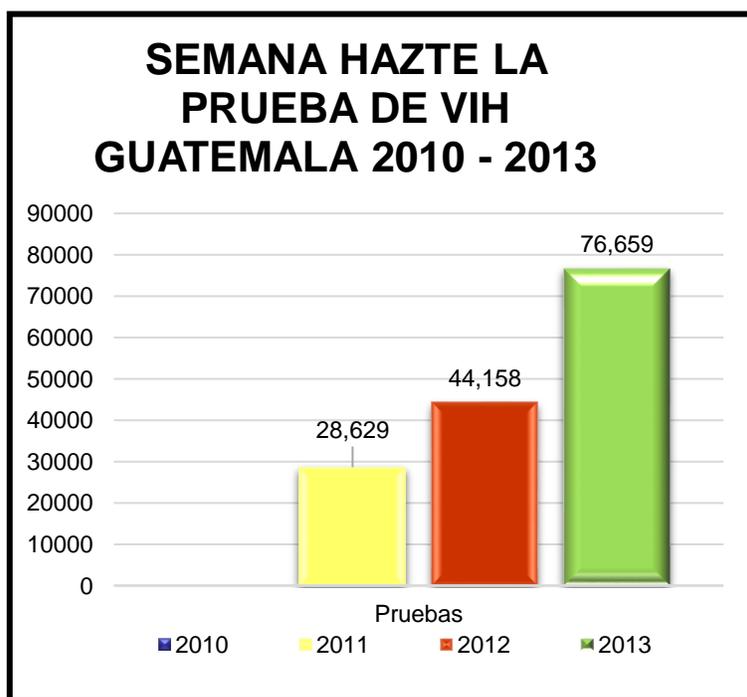
La cobertura de prevención para ITS, TVC está limitada a un número de áreas de salud (22-29), las cuales se priorizan de acuerdo a la información epidemiológica del VIH, los recursos que les son asignados con una cobertura parcial, por ejemplo, existe un corredor epidemiológico que atraviesa Coatepeque, toda la costa sur, Guatemala y llega a Izabal, donde se concentra más el VIH, derivado del comercio, el transporte y la migración. Desde la perspectiva de los derechos humanos, existen brechas para el acceso, afecta el principio de acceso geográfico, ya que no está disponible para todas las poblaciones. (MSPAS, 2015, pág. 80)

Las Unidades de atención integral, son exclusivas para atender el VIH, y tienen como propósito ampliar la cobertura al número de personas con VIH, mejorar el acceso al tratamiento antirretroviral, complementar las acciones de promoción, información, educación y prevención del sistema de salud pública.

En prevención la ley de VIH ordena al MSPAS realizar programas de difusión masivo sobre prevención de la transmisión del VIH, sin embargo, los esfuerzos que se han hecho solo son en idioma español, aun cuando el país habla 23 idiomas. El MSPAS promueve la Estrategia nacional de Información, educación y Comunicación para el Cambio de comportamiento IEC/CC, la cual suministra lineamientos unificados a nivel nacional para la ejecución de actividades de promoción de prácticas saludables para prevenir el VIH e ITS, a través de charlas, motivación y concientización en temas, como reducción en el número de parejas, adopción del uso del condón, exclusividad sexual mutua, abstinencia entre otros, en especial se prioriza las poblaciones clave, HSH, MTS, TRANS y clientes de las MTS.

Un esfuerzo llevado a cabo por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida del MSPAS en actividades extramuros, fue lograr la semana de “hazte la prueba” la cual se institucionalizo en el acuerdo ministerial 827-2010, dirigido a toda la población en general, pero el alcance también es limitado.

Gráfica 2 Semana hazte la prueba de VIH Guatemala 2010-2013



Fuente: boletín MSPAS, Hazte la Prueba 2013.



#### 4.9. Modelos de atención promovidos por organizaciones no gubernamentales

Las estrategias contempladas en la subvención de VIH del Fondo Mundial, que son implementadas por la ONGS, a través de clínicas comunitarias o actividades extramuros, dirigido a poblaciones clave, tienen tres componentes:

Figura 11 Modelo Biomédico de la Subvención en VIH



Ref. Castillo, 2019.

Existe un énfasis en el enfoque de reducción de riesgo, el cual se basa en promover acciones para que las personas, a través de la reflexión interna, decidan qué medidas tomar para reducir estos riesgos y disminuir las probabilidades de adquisición del VIH u otra ITS.

#### **4.10. Estrategia de notificación asistida**

La Notificación Asistida a Parejas o estrategia de rastreo de contactos, nace en las décadas de 1920 y 1930 en Estados Unidos, por Thomas Parran, cirujano general, que impulso esta estrategia para búsqueda de casos de ITS, en especial la sífilis, que en aquellos tiempos que era endémica a tasas sustancialmente más altas que hoy y era incurable, aunque no intratable.

Las terapias basadas en arsénico no eran tratamientos ideales para la sífilis, y la única alternativa plausible para controlar la propagación era romper la cadena de infección a través de la notificación a las parejas sexuales de las personas infectadas, con la esperanza de que se produjera un cambio de comportamiento. Uno de los objetivos principales de la notificación de pareja es tratar a las parejas expuestas, ya que reduce la incidencia y prevalencia de la enfermedad, además de los efectos de las ITS.

Para Guatemala, esta estrategia puede contribuir a romper con la cadena de transmisión del VIH, a través de identificar las parejas de las personas que han sido diagnosticados, en la primera línea de la transmisión. ONUSIDA, afirma que en el país hay subregistro de casos, y es por esa razón que solo se registran los que llegan a los servicios de salud. De Mello (2018), refiere que los países de las Américas se comprometieron a bajar las infecciones del VIH, desde hace 15 años, sin embargo, las personas se continuar infectando en la misma proporción. Y en poblaciones clave siguen aumentando. “Si se continúa haciendo lo que se sigue haciendo, la situación no va cambiar” (OPS/OMS, 2009)

La NAP se considera una manera sencilla y eficaz de llegar a aquellas personas que desconocen que han sido expuestas al VIH; por años ha sido una estrategia de salud pública para el control de las enfermedades que se consideran infecciosas, entre ellas tuberculosis, sífilis, hepatitis que les ha permitido, alcanzar hasta 200 contactos que dependieron de una persona.

La NAP facilita varias opciones a las personas para que puedan referir a sus contactos, el profesional de la salud pública con frecuencia es una persona que ha sido capacitada para obtener un número de parejas, usar cantidades y cualidades variables de localización de información para encontrar parejas y notificarles sobre su exposición, y para convencer a las parejas notificadas de que busquen evaluación y tratamiento. El paciente infectado a quien el promotor de salud está entrevistando para parejas y para localizar información se conoce más comúnmente como el caso índice o “paciente original”.

Las formas que se utilizan para notificación asistida son: (Matthew, 2007 P.170)

Figura 12 Modelo de NAP



Referencia por el proveedor (llamada telefónica a usuario): se basa en la referencia del proveedor de servicios de salud donde a través de un consentimiento del usuario diagnosticado VIH positivo, autoriza al consejero navegador para comunicarse directamente con la o las parejas sexuales del usuario para informarle la posibilidad de haber sido expuesto a alguna ITS y se le invita a la clínica, manteniendo la confidencialidad del usuario que proporcione los datos.

Referencia de pareja asistida por un consejero o navegador (Referencia de Contrato): a través de esta modalidad el usuario entra en un “contrato” con el consejero o navegador el cual él o ella acuerdan revelar su estado de VIH a su pareja o parejas y remitirla a las clínicas dentro de un periodo de tiempo, de no lograr la referencia, el navegador podrá contactar directamente vía telefónica a la pareja e informar de la exposición que ha estado.

Referencia de parejas a través de cupones: Consiste en la entrega de cupones de referencia a la pareja, y les brinda la oportunidad a aquellos usuarios que reciben un diagnóstico positivo, para referir a sus parejas sexuales de forma confidencial, sin revelar su diagnóstico, es útil en países donde los decretos dentro del marco legal limitan la referencia de parejas, y en contextos donde existen altos índices de estigma y discriminación y violencia hacia personas con VIH.

Referencia de parejas de Usuarios con acompañamiento del consejero o navegador (Referencia de Dual): es cuando se oferta el servicio de acompañamiento durante el proceso de revelación de diagnóstico a las parejas, y consiste en apoyar emocionalmente al usuario durante el proceso de revelación y brindar información a la pareja de la importancia de realizarse la prueba.

El procedimiento para identificar, referir y seguimiento de un caso, engloba una serie de procesos que el proveedor de salud debe tomar en cuenta:

- La referencia del proveedor comienza cuando se identifica en la entrevista un caso índice para obtener datos de parejas y la información de identificación, localización y exposición asociada.
- Luego, se usa esta información para encontrar parejas, notificarles su exposición de manera confidencial y facilitar su examen y tratamiento.

- La derivación de pacientes asigna la responsabilidad de notificar a las parejas sobre el caso índice (la responsabilidad de convencer a las parejas para que busquen evaluación y tratamiento no está clara).
- La implementación estándar de la derivación de pacientes es para el proveedor de atención médica, simplemente para indicar los casos índices para notificar a sus parejas.

La OMS, recomienda la NAP ya que es muy común en tuberculosis, ITS, pero no había sido utilizada en VIH, es por ello que en la región de Centroamérica se han iniciado proyectos piloto que han demostrado su aceptabilidad, algunas consideraciones para priorizar el uso en VIH son:

- Las parejas con quienes mantienen prácticas sexuales las personas con VIH tienen una mayor probabilidad de ser también reactivas al VIH.
- Sin notificación estas parejas no saben que pueden ser portadoras y mucho menos conocen el riesgo de su exposición.
- Continúa la cadena de transmisión del VIH a otras parejas si permanecen sin diagnóstico y tratamiento.
- La epidemia no se controla.
- La NAP debe ofrecerse como parte de los paquetes integrales de testeo
- De una manera pasiva las pruebas de VIH, generan mayor gasto en insumos, porque se convierte en un proceso de búsqueda muy prolongado.

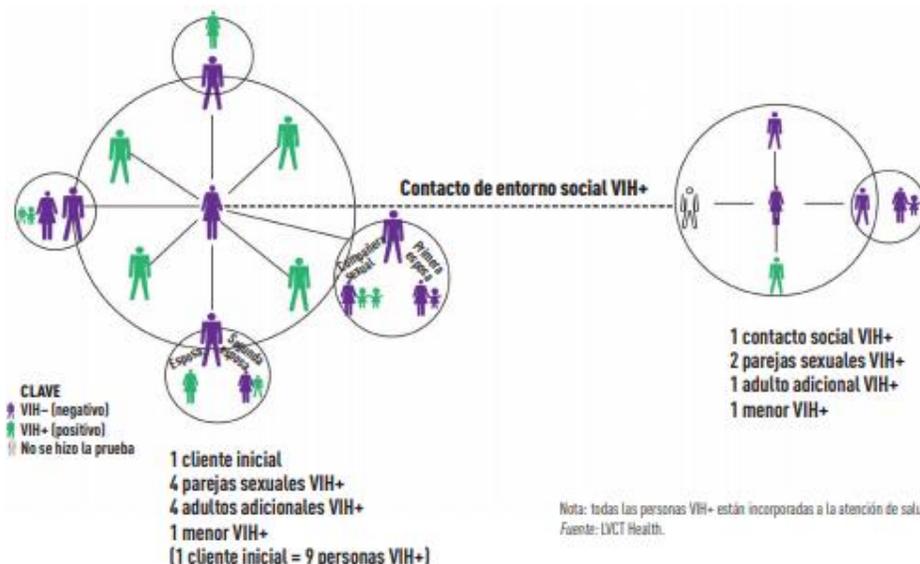
El abordaje del estigma y discriminación debe de considerarse en cualquier modelo de notificación, ya que es una de las más grandes barreras para que se implementen acciones de prevención, atención y apoyo efectivo del VIH, se ha convertido en un fenómeno que refuerza connotaciones negativas por la relación de VIH y el sida y los comportamientos o prácticas de riesgo de las personas.

Abordar el estigma y discriminación, implica la implementación de estrategias nacionales destinadas a eliminar estos problemas. La encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, refleja que el estigma es mayor en el área rural a diferencia del área urbana. Esta situación atraviesa barreras para notificar a la pareja, según el Índice de Estigma y Discriminación en persona con VIH (2017), el 42.9% de personas con VIH, entrevistadas no han informado a su pareja sobre su diagnóstico.

#### 4.11. Efectividad de la notificación asistida a la pareja

La estrategia de notificación asistida de parejas es recomendada por la organización Mundial de la Salud, para ayudar a las personas con infección del VIH a notificar su diagnóstico a su pareja o compañeros. Un ejemplo del alcance de esta estrategia es el caso de un joven VIH+ que sostuvo prácticas sexuales remuneradas con una mujer trabajadora sexual y en el círculo de relaciones se identificaron 9 personas que también se infectaron.

Figura 13 Análisis Caso Índice y sus posibles contactos en una MTS



REF. OMS, 2018.

Muy pocos países han implementado la NAP, ya que se desconocía su efectividad en VIH, a pesar que existen diferentes formas de conectar con las personas, cuidando el anonimato y la privacidad.

Algunos resultados llevados a cabo en otros países reflejaron que la NAP es efectiva como estrategia para detener la cadena de transmisión en la primera línea de infección de las personas.

Durante el 2012-2013 la Unidad de VIH del Hospital del Mar de Barcelona y en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual de Drassanes de Barcelona llevaron a cabo pilotajes para medir la aceptación y la efectividad del NAP, los resultados fueron del 100% (215/215) en el estudio A y en el B del 87% (109/125), el 92,3% fueron hombres y de éstos, el 94,6% se definieron como homo/bisexuales/transexuales. (Revista Multidisciplinaria del Sida, 2015 p.3)

## Capítulo V

### Presentación, discusión y análisis de resultados

El presente capítulo, constituye la parte medular de la investigación realizada, a continuación, se describen los resultados por sección de acuerdo con el tipo de información obtenida de las entrevistas y grupos focales, para conocer el modelo de notificación que es implementado por el Ministerio de Salud Pública en VIH, los resultados que se han obtenido, además recogen la experiencia de la implementación de la Estrategia de Notificación Asistida a la pareja.

Se ha incluido dentro del contenido los siguientes apartados: a) información del PNS/MSPAS, b) información de las Unidades de atención integral de San Juan de Dios y Hospital Roosevelt. c) situación legal, d) implementación desde las ONGS internacional y nacional, centros de investigación, e) percepción de las personas con VIH (hombres y Mujeres), experiencia de los promotores de salud de ONG, f) hallazgos, g) recomendaciones, h) propuesta de solución.

#### 5.1. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y sida del MSPAS

##### FICHA INFORMATIVA #1

<i>Nombre:</i>	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
<i>Dirección:</i>	5ª. Avenida 11-40 Colonia el Progreso zona 11
<i>Modalidad :</i>	Pública
<i>Servicios que Presta:</i>	Programa técnico normativo que Coordina y regula las políticas públicas que dan respuesta de país a nivel nacional en ITS, VIH Y sida.
<i>Creación :</i>	En 1996 se crea el PNS
<i>Tipo:</i>	Entidad pública
<i>Presupuesto:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fondo Mundial 2019-2020 \$4,417,315.34</li><li>PEPFAR 2019 \$5,286,412</li></ul> Presupuesto Nacional <ul style="list-style-type: none"><li>En el año 2019 asciende a Q117,311,315 millones</li></ul>

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida –PNS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene a su cargo la rectoría de las políticas públicas en VIH, las cuales impulsa a nivel multisectoriales, además de dar seguimiento a los compromisos, convenios y acuerdos ratificados por Guatemala en materia de VIH y derechos humanos.

Al preguntar al PNS/MSPAS a través de acceso a información pública sobre el modelo que implementan en las UAI para notificar a la pareja, se informa que desde que entró en vigencia el decreto 27-2000, y su reglamento #317-2002 se implementa la notificación obligatoria a la pareja, en las 16 Clínicas de Atención Integral, basados en el “Artículo #24:

**Información a la pareja.** “La persona a quien le resulte la prueba serológica positiva, debe proporcionar información a su médico tratante sobre la persona o personas con quienes mantiene prácticas sexuales en forma habitual o casual, lo cual se mantendrá en absoluta confidencialidad” y el Artículo #25. “La persona que vive con VIH/SIDA debe informar a su pareja sobre el diagnóstico de la enfermedad detectada. En su defecto lo hará el médico tratante o empleado de salud que esté a cargo de su caso. (Reglamento VIH, 2002)

No se registran los datos estadísticos sobre la cantidad de personas que han recibido notificación por género, a pesar que existe la obligatoriedad en Ley no siempre la persona indica que tiene pareja, o accede a informar a la pareja.

Sobre la implementación del modelo NAP, promovido por la OMS, el PNS contesto que algunas clínicas han realizado pilotajes con apoyo de la Universidad del Valle, reconocen que, para adoptarlo en todas las UAI, es necesario capacitar a los profesionales de salud, tener acceso a recursos de telefonía celular entre otros.

## 5.2. Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”

La Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, es una de las más grandes que se encuentra ubicada en el departamento de Guatemala, y registra la cohorte más grande del país. El departamento de Guatemala tiene una tasa por cada 100,000 habitantes de 14.09% ocupando el segundo lugar. (MSPAS, 2019, pág. 13)

### **FICHA INFORMATIVA #2**

Nombre de la clínica:	Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”
Dirección:	Calzada Roosevelt, Ciudad de Guatemala
Modalidad :	Pública
Servicios que Presta:	Pruebas de VIH, e ITS
	Tratamiento para VIH y enfermedades oportunistas
	Profilaxis con TMT-SMX en niños expuestos
	Vigilancia de vacunación de niños expuestos e infectados
	Diagnósticos de infecciones perinatales
	Diplomado multidisciplinario de VIH
	Vigilancia de toxicidad aguda, sub aguda en ARVS
	Atención Nutricional
	Atención Psicología
	Atención Trabajo Social
	Otras especialidades
Datos de Atención:	más de 18,000 consulta anuales
	Aproximadamente más de 4,000 pacientes anuales
Tipo:	Entidad pública

La Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, tiene más de 30 años de haber sido fundada, su trabajo inició en los primeros años dentro del componente de prevención de riesgos comunitarios. Esta clínica se encuentra catalogada como una de las clínicas más avanzadas en la atención a personas con VIH, en ella se atienden a personas del departamento de Guatemala, y referidos de los hospitales departamentales y regionales.

La Unidad está adscrita al hospital Roosevelt, por lo que cuenta con especialista en pediatría, ginecología, control prenatal, disponibilidad de encamamiento a adultos afectados por VIH.

Actualmente la clínica atiende un promedio de 80 consultas diarias en consejería, además, cuenta con un sistema de registros, en la cual recogen los diferentes motivos de consultas de los pacientes, y dentro de estas se encuentra el proceso de revelación del diagnóstico, como se evidencia en la siguiente gráfica.

Figura 14 Consultas de la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro” 2018

Motivo de Consulta	F	M	
Abandono de ARVs	20	4	24
Adicción	4	3	7
Angustia	30	3	33
Ansiedad	14	6	20
Cambio de conducta	155	134	289
Conflicto de pareja	29	2	31
Depresión	10	2	12
Dx reciente	31	2	33
Fallo virológico	3	2	5
Inicio de arvs	4	2	6
ITS	24	3	27
Post trauma violación	112	50	162
Problemas de aprendizaje	21	28	49
Problemas de conducta	10	8	18
Problemas de lenguaje	23	23	46
Problemas del desarrollo	25	31	56
Problemas familiares	138	34	172
Proceso de duelo	21	6	27
Proceso de transición	24	32	56
Procesorevelación del dx.	171	161	332
Reforzamiento	243	126	369
Sin problema de conducta	332	98	430
Violencia domestica	11	2	13
<b>Total general</b>	<b>1455</b>	<b>762</b>	<b>2217</b>

Los datos de la tabla, evidencian que, en el año 2018, 171 mujeres y 161 hombres recibieron asistencia para la revelación del diagnóstico.

Fuente: Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”

La clínica atiende a usuarios de la diversidad sexual, indican que cada día va en aumento, aunque la tasa se ha mantenido de dos hombres y una mujer. Además de ser una clínica de referencia para muchas organizaciones que trabajan con gay y hombres que tienen sexo con otros hombres.

La clínica lleva a cabo la Notificación a partir de la vigencia del decreto 27-2000, informando al paciente que tiene 8 días para revelar su diagnóstico a su pareja sentimental o contacto sexuales, de no ser atendida la recomendación el servidor de salud está facultado para realizar este proceso.

Entre las desventajas de la notificación obligatoria establecida por la Ley, las consejeras comentan que hay renuencia de las personas por informar a la pareja o contactos, algunas veces niegan a la pareja, hay personas que se condicionan a no decir que tienen pareja para no compartirlo. Una evidencia clara es que de la corte de pacientes solo el 14% notifica tener una pareja, a pesar de que la mayor transmisión es por la vía sexual.

Hay pacientes que llevan más de 5 años y no ha querido revelar el diagnóstico a la pareja, y se les ofrece apoyarles indicando que el diagnóstico es reciente para que la pareja también se realice la prueba y no se generen conflictos por ocultar el diagnóstico. Existen casos de pacientes que están indetectable y sus parejas son cero positivas, pero no es la generalidad.

“Uno de los casos compartidos fue el de un paciente con VIH y su pareja cero discordante (sin VIH), el paciente reportaba uso de preservativo, se mantuvo indetectable por mucho tiempo, se le dio la educación respectiva, en enero 2019 dio una alerta de activación de carga viral, lo cual aumenta el riesgo de transmisión, reporto que no había sido adherente al tratamiento, porque lo dejó de tomar, se le sensibilizo, se le brindo atención psicológica.

El paciente autorizo que se le notificará a la esposa, ella sospechaba que él era reactivo, porque veía los medicamentos. Su reacción fue pasiva, comento que descuidaron el uso del preservativo, su control salió negativo, se le brindo educación y se programó nuevo control a los tres meses para descartar el periodo de ventana. Las personas confunden la información de sida y VIH, muchas veces no tienen información adecuada, y no se sabe cómo van a reaccionar, tienen mayor acceso a información quienes son acompañados por ONG”. (Consejera de la UAI, 2019)

### **5.2.1. Experiencia de la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro” sobre la NAP.**

En la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, se entrevistó a proveedores de salud que brindan consejería y psicología quienes dan pre y post consejería a persona que llegan a realizarse la prueba y apoyan la notificación tanto a familiares como a parejas. Las entrevistadas manifestaron que ha realizado varios proyectos piloto, para implementar la NAP, recomendada por la OMS, para ello se ha recibido financiamiento de la Cooperación internacional, ONG y UVG, sus resultados han sido efectivos y es por ello que han contratado dos navegadores presupuestados que han sido capacitados para aprovechar las ventajas que ofrece la NAP y la promueven a través de: a) la derivación pasiva, que implica notificar de la obligatoriedad y sensibilizar de las parejas casuales que pueden estar en riesgo. b) Por contrato cuando se autoriza de forma anónima, se recolecta los datos y si hay servicio de navegadores y cuentan con recursos se derivan y si son usuarios de otras organizaciones les preguntan si cuentan con el apoyo o se refiere a trabajo social y c) Notificación Dual, cuando el consejero apoya directamente el proceso.

Uno de los proyectos piloto más efectivo, ha sido el de “Reducción de la transmisión materno infantil”, para detectar el VIH en mujeres embarazadas, que han llevado su control desde el inicio del embarazo, y como resultado han logrado reducir la transmisión materno infantil hasta el 0%, diferente a quienes desconocían su diagnóstico y acuden tardíamente a los servicios de salud.

La clínica cuenta con un protocolo aprobado por el MSPAS, y establece que se da inicio al tratamiento de una persona con VIH al momento de ser diagnosticado, después de las 6 semanas se realizan sus pruebas basales para verificar si el virus está siendo suprimido, y el estado de salud de la persona. Un paciente puede en poco tiempo lograr ser indetectable, media vez sea adherente a su tratamiento. Lo que significa que tiene el virus en la sangre, pero no lo transmite.

Para implementar la NAP se debe tomar en cuenta que se requiere una serie de recursos necesario, como el recurso humano con disponibilidad de horarios y turnos rotativos, pero los recursos son limitados en relación a la demanda. La clínica no cuenta con manual relacionado a la NAP, se basan en las capacitaciones.

### 5.3. Clínica Familiar Luis Ángel García adscrita al Hospital San Juan de Dios

#### **FICHA INFORMATIVA #3**

<i>Nombre de la clínica:</i>	Clínica Familiar Luis Ángel García adscrita al Hospital San Juan de Dios
<i>Dirección:</i>	2 avenida 11-53 zona 1 Guatemala
<i>Modalidad :</i>	Pública y privada
<i>Servicios que Presta:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y monitoreo de la infección por VIH</li> <li>• Tratamiento a Pacientes con VIH</li> <li>• Diagnóstico de ITS</li> <li>• Capacitación a empresas privadas</li> <li>• Investigación en temas relacionados a la salud</li> <li>• Educación a pacientes</li> <li>• Atención de Infecciones Oportunistas en pacientes con VIH</li> <li>• Pruebas de VIH</li> </ul>
<i>Datos de Atención:</i>	3,785 personas con Tratamiento
<i>Tipo:</i>	Entidad pública/Privada

La clínica Familiar Luis Ángel García adscrita al Hospital San Juan de Dios, ha sido fundada por la Asociación de Salud Integral –ASI-, tiene más de 29 años de trayectoria en VIH y enfermedades infecciosas, se ha distinguido por el modelo de atención integral que implementan, es otra de las clínicas de referencia a nivel nacional e internacional, y atiende a pacientes de referencia de las 14 UAI del país. ASI, ha firmado convenio con el Hospital San Juan de Dios, para implementar la clínica especializada en VIH para este hospital.

Cuenta con un Centro de Diagnóstico de laboratorio especializado, lo cual permite brindar pronta atención a los pacientes. Cuenta con metodologías y tecnologías avanzadas y de vanguardia para las pruebas de diagnósticos y monitoreo de la infección por VIH, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y otras micro bacterias.

La Clínica Familiar Luis Ángel García del Hospital General San Juan de Dios, atiende un aproximado de 30 y 40 pacientes nuevos al mes. Se atiende a pacientes pediátricos, embarazadas y adultos, es una clínica de referencia a nivel nacional. No tienen estadísticas específicas en notificación, ya que la hacen de manera rutinaria a quienes reportan tener pareja, basados en el decreto 27-2000.

La Clínica Familiar Luis Ángel García, ha realizado pilotajes de notificación a la Pareja, logrando un 95% de efectividad en casos nuevos de transmisión materno infantil en el hospital San Juan de Dios.

La clínica cuenta con 3 promotores comunitarios que son pagados por el Ministerio de Salud Pública, y su función es captar pacientes que han abandonado tratamiento, y captación del núcleo familiar de los casos diagnosticados por VIH. Se atienden un promedio de 15 parejas por mes.

Figura 15 Flujoograma atención a personas con VIH, Clínica Familiar Luis Ángel García, del Hospital San Juan de Dios



Elaboración propia.

#### 5.4. Colectivo Amigos Contra el Sida –CAS-

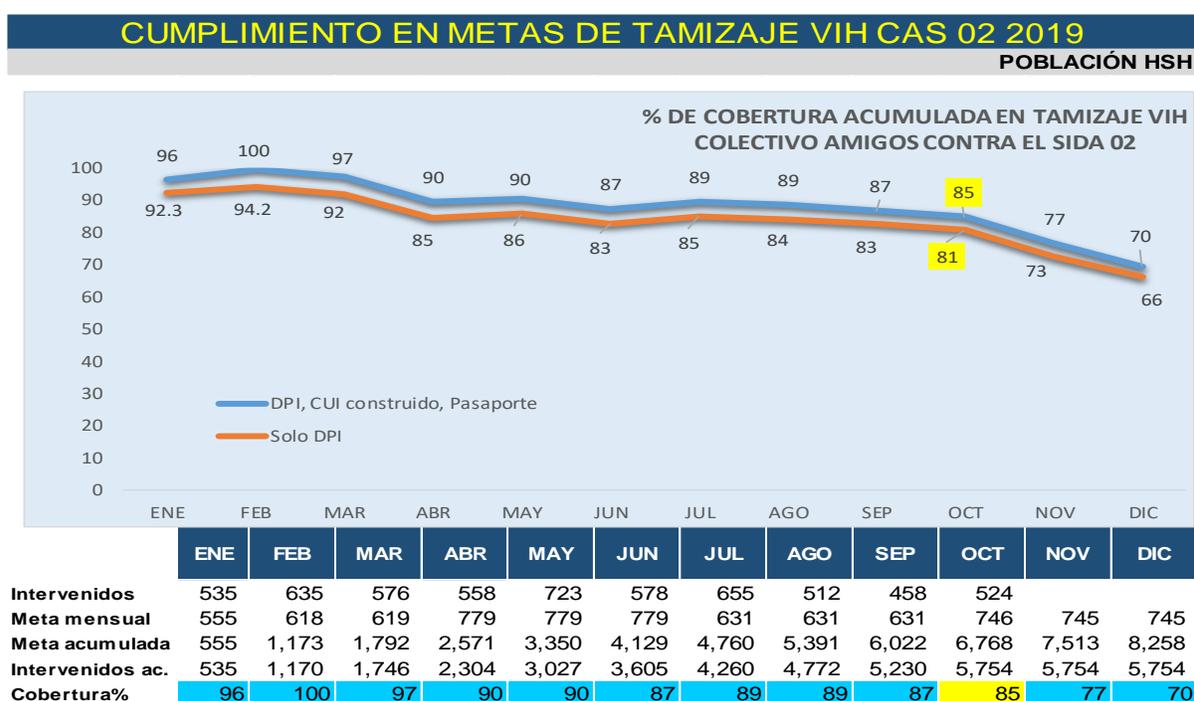
##### **FICHA INFORMATIVA #4**

<i>Nombre de la clínica:</i>	Colectivo Amigos Contra el Sida –CAS-
<i>Dirección:</i>	7ª. Calle 3-42 zona 1 Guatemala
<i>Modalidad :</i>	ONG privada
<i>Servicios que Presta:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realización de pruebas de VIH, Sífilis y hepatitis B</li><li>• Tratamiento de PrEP como un método para aumentar la prevención, en situación de mayor riesgo de contraer el VIH.</li><li>• Tratamiento de PEP para prevenir el VIH en prácticas sexuales de riesgo o accidentes laborales.</li><li>• Además, llevan a cabo auto testeo</li><li>• Diagnóstico y Tratamiento de ITS</li></ul>
<i>Datos de Atención:</i>	8,115 Usuarios en el año
<i>Tipo:</i>	Entidad no lucrativa

Desde el año 2005 CAS ha implementa actividades con las poblaciones Gay, es una organización de base comunitaria eminentemente gay que cuenta con una clínica de Vigilancia Centinela para Infecciones de Transmisión Sexual, en la zona uno de Guatemala.

La organización realiza prevención combinada a hombres que tienen sexo con otros hombres<sup>3</sup>, a través de un proyecto financiado por el Fondo Mundial. CAS cuenta con un equipo de 40 promotores quienes realizan las actividades en varios departamentos a nivel comunitario, y en Guatemala a través de su clínica. Tiene una meta anual solo en la clínica VICIT de 8,919 usuarios a quienes les ofertan las pruebas de VIH, hepatitis B y Sífilis, de enero a octubre 2019 lograron brindar el paquete de pruebas a 5,754 personas.

Figura 16 Metas de Tamizaje 2019 CAS



Fuente: base de datos DHIS2, RP-INCAP año 2019.

De acuerdo de las tablas presentada, las 5,754 personas que se realizaron la prueba de VIH, 254 dieron positivo a VIH y el 64% fue vinculada a las clínicas de atención integral para recibir tratamiento antirretroviral.

<sup>3</sup> Hombres que tienen sexo con hombres: Este término describe a los hombres que tienen prácticas sexuales con hombres, independientemente de si tienen o no relaciones con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una orientación gay o bisexual. Este concepto es útil a nivel epidemiológico porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que tienen prácticas sexuales ocasionales con hombres. (Lic. Cesar Galindo, director de CAS, 2019)

CAS implementa un segundo proyecto enfocado al área rural en municipios de los departamentos de Quetzaltenango y Mazatenango donde atendió a 2,361 usuarios que se realizaron la prueba, de los cuales 69 dieron positivo a VIH y el 69% fueron referidos a una UAI.

Una de las características de CAS es que implementan la notificación asistida a parejas en su clínica VICITS, proyecto que ha sido apoyado por el CDC y la Universidad del valle, la cual llevan a cabo de la siguiente manera.

**a) Post Consejería, que consiste en lo siguiente:**

Comunica al usuario o usuaria los resultados de la prueba de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. En caso de que el usuario o usuaria resultase positivo a VIH, el orientador u orientadora explica el proceso de vinculación hacia la Unidad de Atención Integral que convenga. En caso de resultados reactivos de hepatitis B o hepatitis C, se le explica al usuario o usuaria el proceso de vinculación al hospital nacional que convenga. Los pasos son:

- Entregar y explicar al usuario o usuaria los resultados de las pruebas diagnósticas y las anotaciones médicas.
- Brindar información antes y después sobre el VIH y resolver dudas que el paciente pueda tener.
- Ofrecer apoyo psicológico para las diferentes etapas que pasan las personas con VIH.
- Ofrecer Notificación Asistida a la pareja o contactos sexuales que haya tenido durante el último año.
- Anotar en el expediente clínico, los resultados y la conducta subsiguiente.

- Ofertar al usuario o usuaria NAVEGACION y VINCULACIÓN a la Unidad de Atención Integral -UAI- de su elección si el resultado de la prueba de VIH es positivo.
- Entregar 24 condones y 24 lubricantes
- Llenar los instrumentos de registro

#### **5.4.1. Experiencia de CAS en la implementación de la notificación a la pareja.**

La Notificación Asistida a Parejas, este proceso lo llevan a cabo a través de dos modelos:

- Referencia por el proveedor o llamada telefónica, en el cual el promotor de CAS, luego de obtener el número de los contactos del usuario, les llama para ofrecer la realización de pruebas, indicando que un amigo le proporciono el contacto, pero que no quiso revelar el nombre.
- Referencia Dual, la llevan a cabo acompañando al usuario quién se encarga de revelar su diagnóstico a la pareja. En estos casos algunas veces se hacen la prueba conjuntamente para no ser evidentes con la pareja, ya que no se sabe quién infecto a quién.

#### **b) Navegación que consiste en lo siguiente:**

Este es un paso que sólo se implementa en aquellos casos en los que la prueba diagnóstica de VIH sea positiva y la responsabilidad del NAVEGADOR es iniciar el proceso de vinculación del usuario o usuaria a una clínica de atención integral.

Para CAS, Un promotor debe tener ciertas cualidades, que a ellos le ha funcionado:

- Factor académico, con estudios de nivel superior,
- Debe tenerse los recursos y herramientas para asesora a las personas,

- Los consejeros no deben trascender con sus prejuicios, por ejemplo, que le digan a la persona que eso le paso por sus prácticas, no se debe ser invasivo.
- Hay personas que se sienten más cómodos con mujeres que con hombres gais, por lo que se tiene población heterosexual,
- Tener juicio imparcial para abordar a las personas,
- Debe tener actitud para el abordaje

El Director de CAS, afirma que la epidemia es concentrada en HSH, aunque hay una relación de masculinidad en el país de dos hombres por cada mujer, a nivel de clínica CAS refleja resultados de personas infectadas en la ciudad de Guatemala de seis hombres por cada una mujer. Según estudios de prevalencia en HSH se identifica 10.5% y el principal factor de riesgo es sexo receptivo anal.

Al preguntar sobre la aceptabilidad de la NAP en los usuarios de CAS, el director manifestó que llegan muchos jóvenes con sus parejas, se han dado excepciones, como por ejemplo que ambos usuarios se hacen la prueba al mismo tiempo, aunque alguno ya conozca su diagnóstico, se hace para prevenir conflictos o situaciones de violencia.

El Modelo por referencia de la NAP les permite alternativas para los usuarios, muchas veces solo dejan los números y no dicen ni el nombre ni la relación que han tenido con esa persona, solo indican que se les debe hacer la prueba. Luego depende de la estrategia del promotor, para captar a esa otra persona o a sus posibles contactos.

Se considera que, dentro de las ventajas de la NAP, es la captación de los casos positivos, ya que donde hay un caso positivo seguramente se encuentran otras personas más con VIH. Tomando en consideración las prácticas de riesgo de las personas como indicador.

Algunas dificultades han tenido que superar en la implementación, como por ejemplo que a veces en la pre consejería las personas aceptan notificar a la pareja, pero en la post consejería algunos se arrepienten.

Otros llegan a realizarse la prueba porque alguien les dijo que se la fuera hacer, pero no sabe quién lo refirió y se hace difícil ubicar la línea de transmisión. Otros reportan que su pareja es muy conflictiva o violenta y tienen temor de referirlos, aunque él les haya infectado.

El director de CAS, manifiesta que, si bien en los servicios de salud se brinda la notificación a la pareja de manera obligatoria, la NAP va mucho más allá y no se encuentra dentro del plan estratégico nacional en VIH, ni en los proyectos más importante del Fondo Mundial, pero CAS si la lleva a cabo, pues consideran que es una estrategia innovadora que el país debería asumirla, es importante y puede tener impacto en el país.

#### **5.5. Promotores de salud que han implementado la NAP**



Imagen 2 Promotores de salud



Imagen 1 Promotores de salud

Para este grupo focal, los participantes fueron personal con experiencia en la implementación de la NAP, de las organizaciones Fundación Marco Antonio, la Fundación Fernando Iturbide, y Colectivo Amigos Contra el Sida.

Se aclara que no se tomaron en cuenta a todas las organizaciones que trabajan en VIH, debido a que no han implementado la estrategia NAP y tampoco son objeto de esta investigación.

Los promotores entrevistados manifestaron que identifican su trabajo en la respuesta de país de combate al VIH, en la estrategia regional del primer 90,90,90 que consiste en tamizar al 90% de las personas que no conocen su diagnóstico, a través de la búsqueda activa en el contexto comunitario.

Una de las poblaciones más abordadas fueron los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, por su mayor vulnerabilidad, quienes se caracterizan por ser visibles y no visibles derivado del estigma y discriminación social a su sexualidad, “esta población vive en un contexto de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH, ya que mantienen prácticas sexuales altamente frecuente con múltiples parejas, poco uso del condón, y el consumo continuo de alcohol e inclusive en algunos casos el consumo de drogas”. (Caal, 2016, P.5-9)

Los promotores de estas tres organizaciones tuvieron experiencia en implementar la notificación asistida a la pareja, contratados por organizaciones que han recibido financiamiento a través de UVG, sin embargo, desconocen los alcances a nivel nacional, ya que los datos no habían sido publicados al momento de su cese laboral.

Los promotores manifestaron haberse capacitado en la técnica de la NAP, con técnicas de entrevista, investigación, con cualidades desde el poder de convencimiento, capacidad para manejar conflictos, paciencia, entrega al trabajo, horarios no convencionales, fuera de oficina, lograr la empatía y confianza del usuario.

Existe varios pasos para la entrevista, a fin de garantizar una efectiva vinculación y obtención de información:

- El formato de entrevista contiene los siguientes aspectos:
- Presentación
- Explicar el rol o papel
- Pregunte porque el paciente busca atención medica
- Obtenga la información demográfica
- Asegúrese de pedir 1-2 contactos de emergencia
- Explique el propósito de la entrevista
- Explote el estado civil, niños, ancianos y situaciones de Vida, incluyendo familias extendidas.
- Obtenga información de trabajo
- Pregunte cuantas personas viven con ellos

Los promotores sobre su experiencia manifestaron lo siguiente:

Al inicio los usuarios manifiestan resistencia, porque no quieren que nadie de su familia se entere de su diagnóstico, depende de la habilidad del promotor para obtener datos en la primera entrevista o la tercera. Existen usuarios que se arrepienten y llaman para indicar que ya no quiere continuar el proceso, por lo que se trabaja con ellos para que comprenda la importancia de detener la cadena de la transmisión.

Se dan casos de usuarios que brindan datos erróneos de las parejas por la vergüenza o temor, estos casos se pierden. O cuando su contacto sexual fue ocasional en un sauna, grinder, discotecas o cuartos oscuros, difícilmente se vuelve a tener contacto con la persona. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual, cuando son clientes no frecuentes o de paso, difícilmente se logran referirlo, ya que nunca más regresan al burdel o lugar de encuentro.

Las personas heterosexuales casi siempre se quedan en la primera línea de transmisión con el cónyuge u otra persona con la cual tienen una relación sentimental, en el caso de las poblaciones clave se logra obtener más contactos, derivado de sus prácticas sexuales y que algunas se dedican al trabajo sexual. (Grupo focal promotores de salud, Guatemala, 2019)

Los resultados obtenidos de la experiencia de los promotores, revelaron que de un contacto se puede alcanzar hasta 20 personas que han tenido relación con el caso índice o sus parejas, y de estos hay una probabilidad que el 50% de los contactados que se realizan la prueba, porten el VIH.

En la práctica los promotores refieren que el sistema de salud pública en la implementación de la NAP requiere superar muchas brechas entre ellas:

- El personal en las UAI no es suficiente para dar seguimiento a todos los casos diagnosticados, no hay recursos suficientes.
- El trabajo de los servidores de salud es intramuros, y esta actividad requiere muchas veces buscar a las personas en lugares de encuentro, su vivienda, trabajo etc.
- Debe haber una persona fija con horarios extraordinarios, ya que algunas veces las personas solo tienen tiempo después del trabajo o fin de semana para realizarse una prueba.
- El horario en las UAI para realizar la prueba es hasta las 11:00 horas y los resultados son entregados de 3 a 4 horas después, lo cual no se adapta a las personas que trabajan o tienen otra ocupación económica.
- Cuando la persona desea informar personalmente a su pareja, esto conlleva más tiempo de una semana a dos meses.
- La estrategia se debe contextualizar a cada región del país, ya que hay lugares donde se criminaliza a la mujer, las barreras del idioma, el estigma y la violencia ponen en riesgo la vida de la mujer.

Las ventajas en la implementación de la NAP, de acuerdo con los promotores son las siguientes:

- Varias opciones para informar a la pareja
- Mantiene la confidencialidad si la persona lo requiere
- La persona puede tener un diagnóstico temprano
- Permite detener la cadena de transmisión del VIH, si la persona recibe la atención y es adherente a su tratamiento ARVS.
- Se debe tomar la mayor cantidad de datos que la persona pueda proveer para realizar una búsqueda activa de los demás contactos

## 5.6. Organización Internacional INTRAHEALTH

IntraHealth es una organización sin fines de lucro, que tiene operaciones en Guatemala y trabajan con acciones para prevenir el VIH. Esta organización trabaja de la mano con el Ministerio de Salud y provee recursos en las clínicas de atención integral de VIH.

### **FICHA INFORMATIVA #5**

<i>Nombre de agencia:</i>	Intrahealth
<i>Dirección:</i>	7ª. Calle 3-42 zona 1 Guatemala
<i>Modalidad :</i>	Organización Internacional
<i>Servicios que Presta:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones para mejorar la calidad de la atención</li> <li>• Reducción del estigma y discriminación en personas con VIH.</li> <li>• Promover la planificación de Recursos</li> <li>• Trabajan con las ONG, la sociedad civil y el gobierno</li> <li>• Capacitación a proveedores de salud</li> <li>• Brindar asistencia técnica a los ministerios de salud en lo relativo a intervenciones basadas en evidencia</li> </ul>
<i>Datos de Atención:</i>	N/A
<i>Tipo:</i>	Entidad Internacional

Intrahealth trabaja en Guatemala y América Central desde el año 1993, para fortalecer las acciones en salud, asesorando e implementando proyectos dentro de las Unidades de Atención Integral del MSPAS.

Esta organización se enfoca en mejorar la calidad de la atención, reducir el estigma contra las personas que viven con el VIH. A demás impulsa alianzas con el gobierno, las ONG para mejorar la salud, brindar tratamiento integral de alta calidad contra el VIH.

El programa recibe un financiamiento de USAID para un proyecto que se implementa a nivel regional, Guatemala, el Salvador, Honduras y Panamá, un aproximado de \$500,000.000.

Dentro de los proyectos que implementan se encuentra “Capacity Plus de Centroamérica (CAMPLUS)”, el cual se enfoca en establecimientos de salud a nivel local, nacional y regional para asegurar que los grupos de población clave afectados y las personas que viven con el VIH reciban los servicios, de una mejor manera disminuyendo la discriminación contra las personas en riesgo de contraer el VIH o las personas que viven con el VIH. (INTRAHEALTH, 2019, pág. 1)

El proyecto Capacity Plus, ha implementado un proyecto exitoso mediante el uso de la metodología móvil para promover la adherencia, a través de una plataforma de mensajes de textos, envían mensajes de recordatorio a los clientes con VIH para que acudan a sus citas programadas o para recordarles la toma de sus medicamentos, dentro de los resultados el 80% de las personas que reciben los mensajes han logrado la supresión viral, que aquellos que no lo reciben. (INTRAHEALTH, 2019, pág. 2)

Intrahealt implementó la NAP a partir de agosto 2018 a septiembre 2019, como parte de una estrategia integral para dar seguimiento a los casos de abandono en algunas Unidades de Atención Integral, alineándose a todas las estrategias.

Figura 17 Intrahealt 2018-2919



Esta Organización considera que, dentro de las ventajas de la NAP, se ha demostrado que es mucho más efectiva que los programas de prevención habituales, como los programas de hazte la prueba, donde se oferta en los parques a toda la población la prueba, siendo poco efectiva de identificar a las personas positivas.

Consideran que la NAP puede contribuir al rompimiento de la primera línea de transmisión, porque a través de ella se logra identificar el caso inicial y a sus parejas de una manera más efectiva, vinculando aquellos casos que dan reactivo a VIH, para que reciban su tratamiento y tomen las medidas necesarias para no seguir transmitiendo el virus. Los servicios de salud por la carencia de necesidades, aceptan modelos, aunque no estén aprobados desde la rectoría del MSPAS, para ser más efectivos, y muchas veces lejos de contribuir se atomizan los esfuerzos. Se necesita personal idóneo capacitado, actualmente es una necesidad.

Dentro de las desventajas se menciona que se hace difícil a trabajadores de las UAI implementar la NAP, porque sus actividades son intramuros, en horarios convencionales, además deben romper el paradigma que la notificación no tiene por qué ser coercitiva. Se trabaja con el Viceministerio del MSPAS, para proponer una norma o lineamiento para la NAP, ya que se cuentan con herramientas diseñadas, con el propósito de dejar capacidad instalada para el próximo gobierno.

Además, ha sido un reto cambiar el criterio de los consejeros en VIH, que antes de referir a la obligatoriedad de notificar a la pareja, es necesario que la consejería sea basada en un enfoque de derechos humanos, que se oferten las diferentes opciones para informar a la pareja o parejas resguardando la confidencialidad y privacidad de la persona.

## 5.7. Centro de investigación de la Universidad del Valle de Guatemala.

### **FICHA INFORMATIVA #5**

<i>Nombre de la institución:</i>	<b>Universidad del Valle de Guatemala</b>
<i>Dirección:</i>	11 calle 15-79 zona 15, VH III Oficina I2 102
<i>Modalidad :</i>	Actividad Académico Científico
<i>Servicios que Presta:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico</li> <li>• Implementación de Programas de formación</li> <li>• Implementación de programas de Antropología Médica, Influenza, VIH entre otros.</li> </ul>
<i>Datos de Atención:</i>	N/A
<i>Tipo:</i>	Entidad académica

El Centro de Estudios (CES) es uno de los ocho centros del Instituto de Investigaciones de la Universidad del Valle de Guatemala, contribuye a la generación y divulgación de conocimiento, la formación de recurso humano y la promoción de capacidades técnicas institucionales para la prevención y control de enfermedades como el VIH. Trabaja colaborativamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en las áreas de investigación para fortalecer la capacidad de las instituciones encargadas de la salud pública en la región. Es apoyado técnica y financieramente desde hace 35 años por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos para Centro América y Panamá (CDC-CAP).

La universidad del Valle es implementadora y también canaliza recursos que recibe de CDC, para proyectos de investigación en servicios de salud y ONGS en VIH, les provee de recurso humano, equipo, insumos en los Centros de Vigilancia Centinela –VICITS, a nivel regional.

A partir del año 2014 se implementa en Guatemala a través de UVG/CDC y las organizaciones de sociedad civil, estrategias diferenciadas para reducir el VIH en poblaciones clave, derivado que se analizaron datos que de 25 personas que se vinculaban a un servicio, solo se lograba obtener a 10 contactos y de ellas solo 8 se mantenían en tratamiento.

La estrategia de Notificación Asistida a Parejas, fue promovida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, a partir del año 2018 en la región, promoviendo proyectos piloto en las clínicas de vigilancia centinela, con apoyo financiero de CDC por las siglas de su nombre en inglés, Centers for Disease Control and Prevention, la cual es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuya responsabilidad radica en el desarrollo y la aplicación de acciones para la prevención y control de enfermedades, salud ambiental y la realización de actividades de educación y promoción de la salud en Estados Unidos y en apoyo a países en vías de desarrollo.

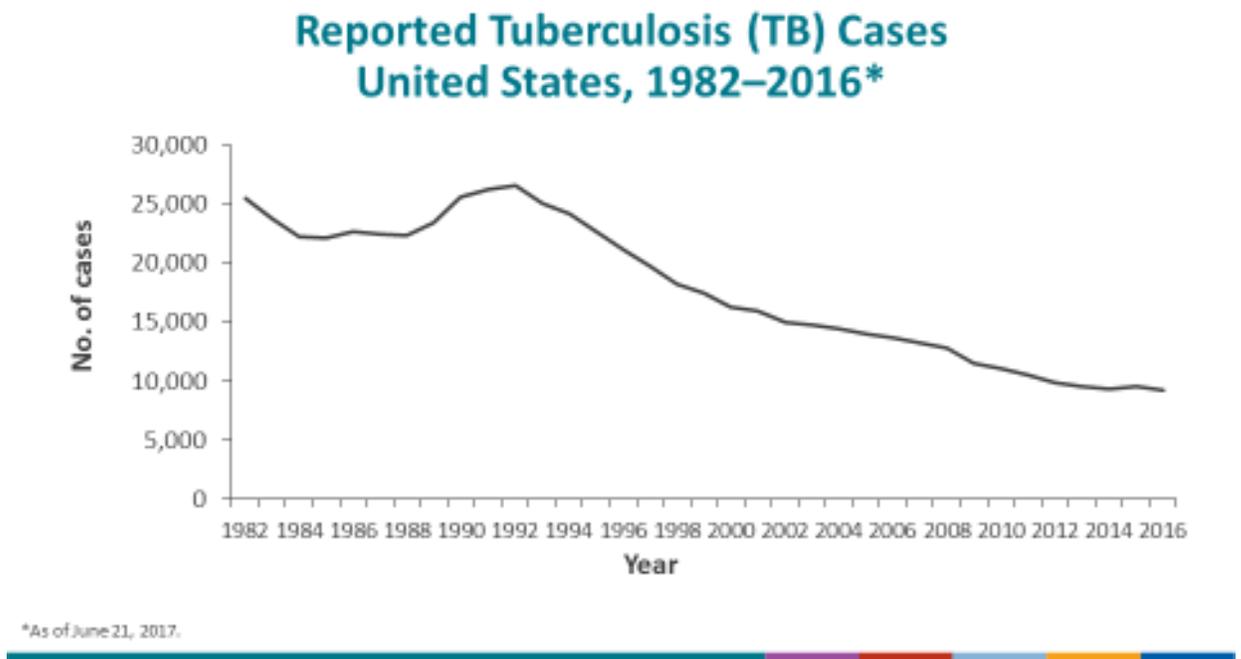
Para fortalecer esta estrategia el CDC, invito al asesor Phillip Talboy, quién es Coordinador de Capacitación en el Centro de Capacitación Regional de VIH/ ITSs, localizado en Ft. Lauderdale Florida, y quién desde los años 1980-1990 ha impartido habilidades de investigación de contactos alrededor del mundo para varias enfermedades incluyendo Ébola, TB, SARS, Hantavirus, etc. Como resultado de la estrategia en otras enfermedades como la Sifilis, se ha demostrado el descenso.

- Entre 1990 - 1991 19.4% - 27.4% de casos de Sifilis Primaria reducidos por la intensificación de la investigación de contactos y manejo de casos (Broward: -43%; Dade: -23.9%; Palm Beach: -19.4%.)

- Entre 1991 – 1992 los casos continuaron reduciendo (Broward - 57.3%; Dade County – 52.2%; Palm Beach; NR) \*
- En 1992, en el Estado de la Florida, las tasas de Sifilis Primaria descendieron por 51.2%\*\*

En tuberculosis durante décadas en Estados Unidos, la estrategia ha logrado descender hasta una tasa del 2%. La gráfica siguiente demuestra como la estrategia de Notificación a parejas en tuberculosis ha apoyado el descenso de la misma.

Figura 18 Reporte de Tuberculosis EEUU



Para que en VIH se logre una intervención efectiva, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- La investigación sugiere que los individuos que están infectados con VIH/ITSs y desconocen de sus infecciones contribuyen desproporcionadamente a la transmisión constante en su comunidad.

- Los estudios han mostrado que encontrando y diagnosticando a individuos infectados puede conducir a la disminución de la transmisión, o bien por eliminación de las fuentes de infección o por disminuir los comportamientos de riesgo.
- Métodos eficaces de localización de individuos con infecciones no diagnosticadas y vincularlos a la prueba, atención médica, tratamiento y servicios de prevención reducen el riesgo de continuar una cadena de transmisión.

### 5.7.1. Experiencia regional en Centroamérica de la NAP.

El proyecto de Notificación Asistida fue regional en el año 2017, en los países de, Guatemala, el Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. Según datos de UVG se ha ido implementando paulatinamente, ya que cada país tiene diferentes características contextuales.

Se llevó a cabo en las clínicas de vigilancia centinela de los diferentes países, para ello se establecieron convenios con el MSPAS, ONGS, a quienes se les doto de equipo, personal, insumo, capacidad técnica.

Figura 19 Clínicas VICITS en Centroamérica



Fuente: CES/UVG, agosto 2019.

Toda la región a excepción de Costa Rica, están implementando estos estudios para generar evidencia, que permita a los gobiernos aceptar esta estrategia, debido a que ha sido exitosa en otras enfermedades, pero no se había implementado para captar casos de VIH en Guatemala. Es por iniciativa del CDC que se empieza a promover en la región, ya que es una estrategia avalada por la OMS.

Para el proyecto, la modalidad de Notificación Asistida a parejas conlleva las siguientes características:

- Participación voluntaria y no coercitiva
- Centrada en el usuario
- Gratuito e integrado a los servicios regulares de la clínica
- Confidencialidad para el usuario y sus parejas
- Se ofrece a todas las personas con diagnóstico
- Libre de Juicios y estigmas

#### **5.7.2. Priorización de casos para notificación de exposición al VIH.**

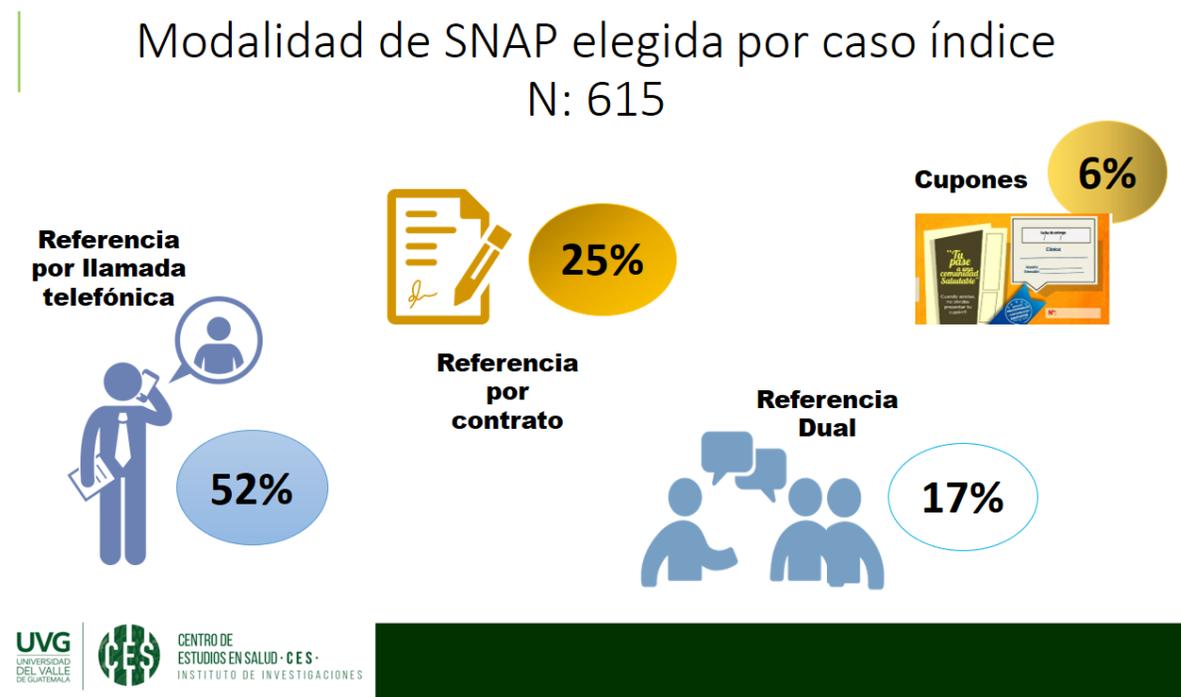
- Parejas de pacientes índice que se sepa (ejemplo: vía revisión de registro médico) que tenga una carga viral alta (ejemplo., >50,000 VIH RNA copias/ml), que significativamente incrementa el riesgo por transmisión de VIH.
- Las parejas femeninas conocidas o que probablemente estén embarazadas
- Parejas sospechosas de o conocidas por estar involucradas en comportamientos que sustancialmente incrementan el riesgo de transmisión a múltiples personas (ejemplo., aquellos que tienen múltiples parejas)
- Parejas con las que el paciente índice ha reportado haber tenido sexo anal o vaginal sin protección

- Parejas que probablemente han sido infectadas dentro de los 3 meses previos podría ser más probable que transmitieran el VIH a otros.
- Parejas de pacientes índice que tienen otra ITS al tiempo de exposición o parejas que pueden haber tenido otra ITS por ellos mismos en ese tiempo.
- Todos los cónyuges actuales y anteriores durante los últimos 10 años a menos que haya una prueba de VIH negativa<sup>4</sup>

## 5.8. Resultados de la implementación de NAP

Los resultados del pilotaje regional en 615 usuarios notificados, reflejan que en la modalidad más utilizada para notificar a la pareja fue la referencia por llamada telefónica, en un 52%.

Figura 20 Modalidad de SNAP



Fuente: CES/UVG, agosto 2019.

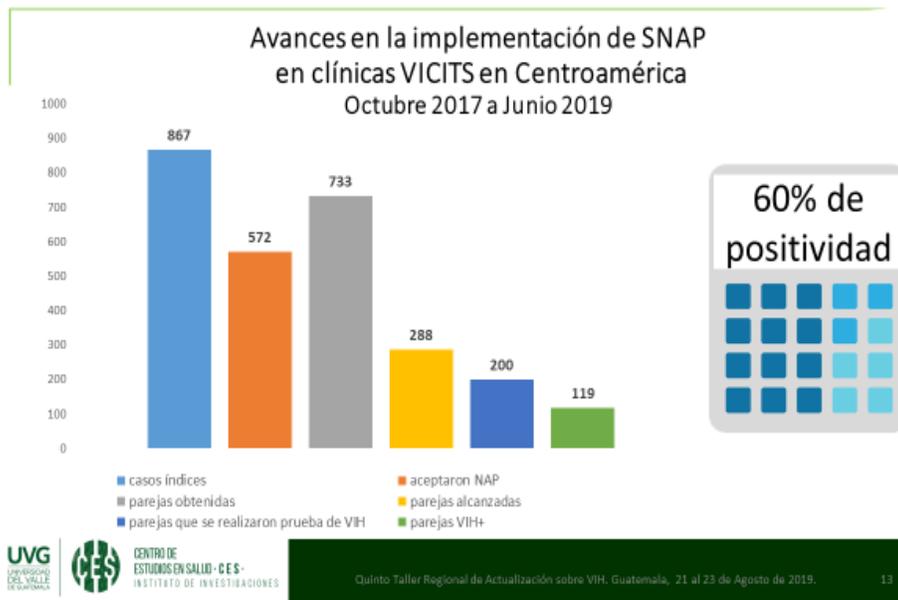
<sup>4</sup> Ref. Presentación pública del señor Phillip Talboy, Guatemala 2019.

La NAP se ha implementado en los 5 países de la región en las clínicas de Vigilancia Centinela, y dentro de las ventajas que las clínicas ofrecen se encuentran:

- Se han incorporado dentro de los servicios institucionales de los Ministerios de Salud
- Cuentan con horario extendido
- Horario fuera de lo normal
- Adaptado para clínicas que tienen un reconocimiento
- Se ubica en áreas estratégicamente importantes
- Adaptado para ciudades pequeñas y áreas de difícil acceso
- Se implementan con ONG local
- Adaptado para las áreas donde hay presencia fuerte de ONG que contribuyen a la socialización e implementación.

Dentro de los resultados regionales que la UVG reporta de la implementación de la NAP en las clínicas VICITS en Centroamérica, se ha obtenido una positividad del 60% de los casos detectados, lo cual demuestra la gráfica siguiente:

Figura 21 Avances en la implementación de SNAP



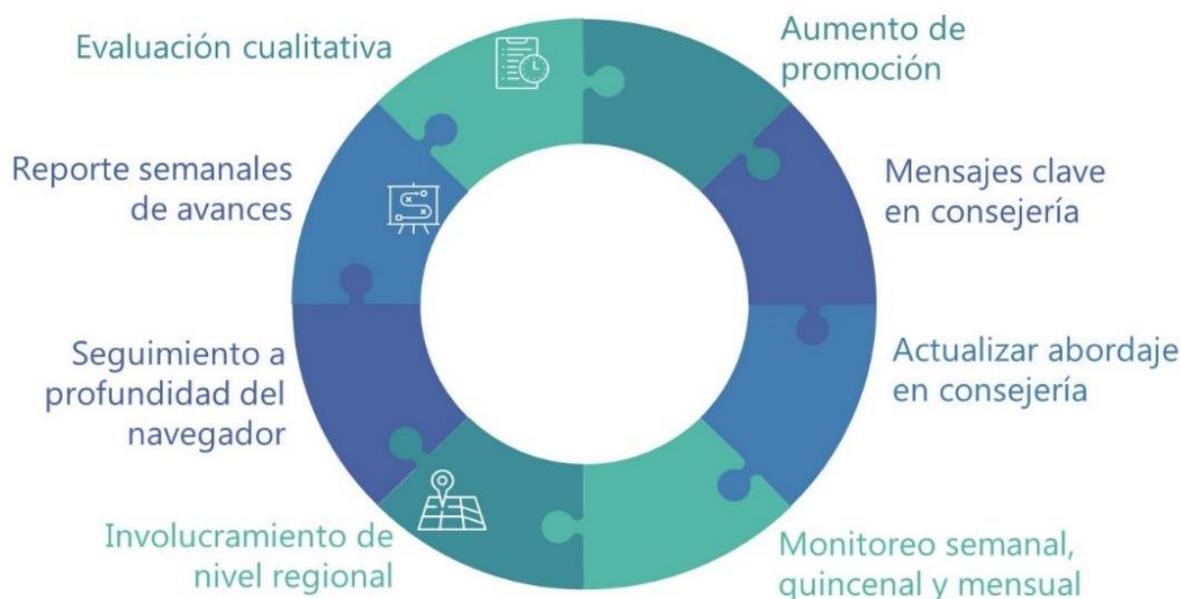
Fuente: CES/UVG, agosto 2019.

Los datos revelan que de 572 usuarios que aceptaron la NAP, se alcanzaron a 288 parejas de las cuales el 88% se realizó la prueba y un 60% de estos fueron diagnosticados (119 usuario). Estos datos en comparación a resultados obtenidos en la subvención de VIH en el año 2018 financiada por el Fondo Mundial, de 8,816 pruebas realizadas por una ONG a población HSH, se identificaron 342 personas con diagnóstico de VIH, de las cuales 250 personas se lograron vincular a las UAI, con únicamente el 3% de efectividad en pruebas, y un costo por usuario de \$1,500.00 dólares, lo cual no hace sostenible el financiamiento. (Valverde, 2018)

La discriminación de datos se debe a que un 20% ya conocía su diagnóstico, otro factor fue la temporalidad de haber estado con el paciente índice, que no necesariamente le ponía en riesgo.

Al analizar los resultados se identifican cuellos de botella en las clínicas VICITS de Centroamérica, que limitaron el alcance, es por ello que el CDC ha incorporado dentro del portafolio de asistencia técnica para los servicios de salud local o de sitio, la Notificación Asistida a Parejas, con el objetivo de incrementar en la búsqueda de infección de VIH no diagnosticada, en clínicas VICITS en Centroamérica. (Farach, 2018)

Figura 22 Procesos de la NAP



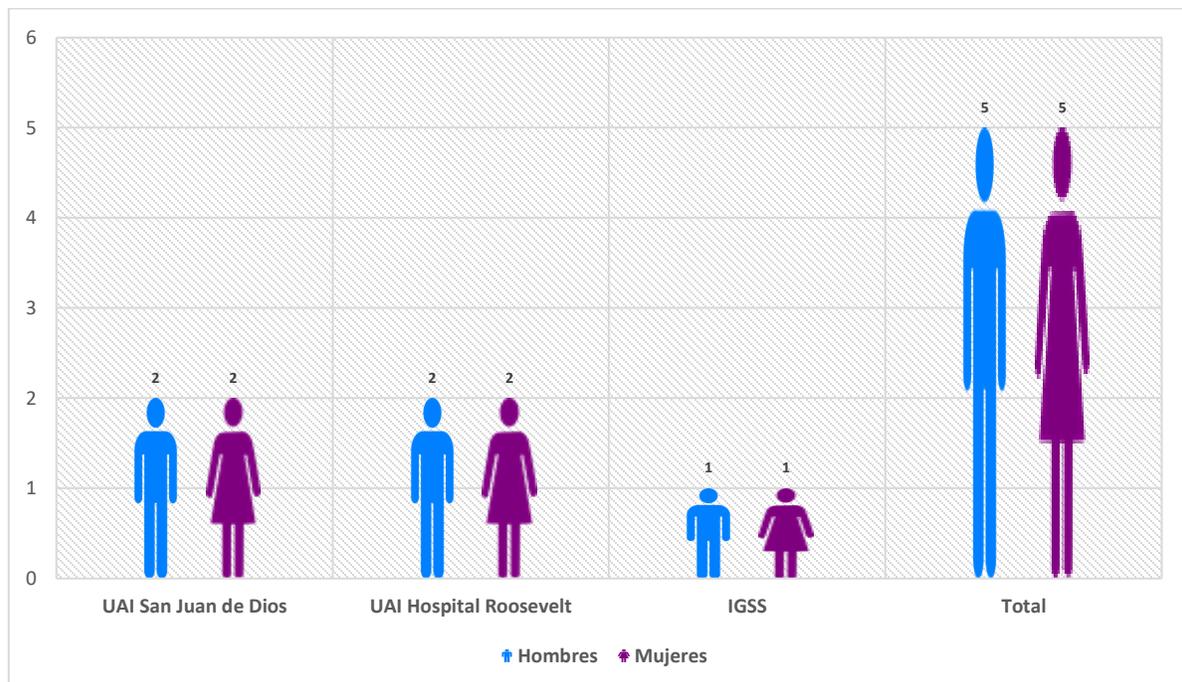
## 5.9. Resultados de grupos focales

### 5.9.1. Grupo focal de hombres y mujeres con VIH de las UAI.

Para conocer la percepción de las personas con VIH que han recibido notificación a la pareja en los servicios de salud, se llevó a cabo un grupo focal con 5 hombres y 5 mujeres con VIH, que han pasado por este proceso en las Unidades de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los participantes fueron cuatro personas de hospital San Juan de Dios, cuatro personas de UAI del hospital Roosevelt y dos personas de la UAI del IGSS, para un total de 10 participantes, en la gráfica siguiente se observa la cantidad de participantes según procedencia y género.

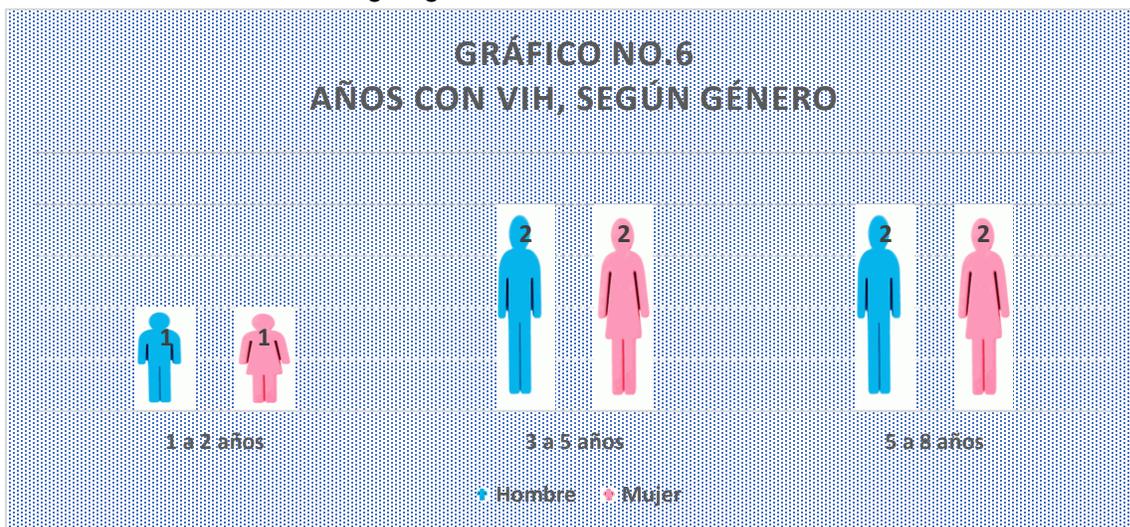
Gráfica 4 Procedencia de los participantes



Fuente: elaboración propia, extraído del listado de participantes de grupo focal de las UAI, Guatemala 2019.

Los participantes fueron personas con VIH que tienen de 2 a 8 años de haber sido diagnosticados, y que al momento que fueron notificados tenían una pareja, según se observa en la gráfica siguiente:

Gráfica 5 Años con VIH, según género



Fuente: Listado de participantes de grupo focal de las UAI, Guatemala 2019.

Tabla 4  
Percepción de la Notificación de personas con VIH

Hombres con VIH



Mujeres con VIH



En su mayoría fueron notificados por servidores de salud, invitados a realizarse la prueba.

Les llevo de una semana a seis meses para que le notificarán el diagnóstico a su pareja

Los hombres dudan de recomendar la notificación obligatoria en un 40% el 60% consideran que les facilito conocer su diagnóstico.

La pareja las obligo a llegar al servicio de salud a realizarse la prueba.

Les llevo de seis meses a un año para que le notificarán el diagnóstico. Hubo un caso donde pasaron cinco años para que le notificarán.

Las mujeres consideran que fueron notificadas en casos donde la pareja falleció, o tenía una enfermedad avanzada.

En la notificación consideran que se pierde la privacidad, porque la pareja o contacto es atendida en el mismo hospital.

Los hombres tenían poca información del VIH y pensaron que fallecerían.

Consideran que debe ser obligación notificar a la pareja porque así todos tienen acceso a tratamiento. Aunque se pierda la privacidad.

Las mujeres tenían poca información sin embargo las que si conocían no se atrevieron hablar del tema. Sus hijos fueron su motivo para buscar ayuda y tratamiento.

---

Fuente: elaboración propia, 2019.

En su mayoría los participantes recibieron notificación a la pareja de manera obligatoria en los servicios de salud, 8 en las UAI del MSPAS y 2 en la UAI del IGSS. Si bien recibieron notificación por parte de su pareja, algunos en circunstancias difíciles, las mujeres se ven más vulnerables debido a que fueron notificadas por su pareja y les abandonaron o en el proceso de agonía, y quienes han sido llevadas por la pareja a la UAI a realizarse la prueba, desconocían su situación, fue allí donde les revelaron el diagnóstico.

Dos mujeres con VIH mencionaron que su experiencia fue muy impactante, ella sospechaba que su esposo tenía algo, porque lo veía tomar medicamentos, pero no le decía nada y cuando les llevaron a la clínica, y se enteraron del diagnóstico igual les abandono.

“Mi esposo solo me decía que debería hacerme una prueba de VIH, pero yo le contestaba que no tenía necesidad, porque le era fiel, hasta que empecé con los síntomas y ya habían pasado vario tiempo, al conocer mi diagnóstico me abandono”. (M. G. grupo focal, 12 de agosto de 2019)

“Mi pareja estaba en Estados Unidos y solo venia una vez al año, siempre me hablaba de VIH, pero yo no entendía porque, al pasar tres años, me dijo un día que me fuera a realizar una prueba de esas, cuando se fue lo hice y mi resultado fue positivo, sentía que el mundo se me venía abajo, lo llame para contarle y me pidió perdón, luego de ello no lo volvimos a ver, mis hijos preguntan si le paso algo, pero no sabemos”. (L. S. grupo focal, 12 de agosto de 2019)

Algunas mujeres indicaron apoyar que la NAP sea obligatoria, de lo contrario los hombres, no les informan y no se responsabilizan. Prueba de ello fue que, en los casos que se dio el resultado en pareja o fueron informadas por alguna vía, al poco tiempo fueron abandonadas.

La opinión de los hombres sobre la notificación de pareja fue que debería ser acompañada con el servidor de salud. En casos de parejas casuales es más fácil solo dar el número de teléfono a trabajo social para que invite a la persona a realizarse la prueba. Algunos indicaron que la notificación obligatoria no facilita el informar a su pareja, y que se pierde la privacidad.

Un hombre menciona “al principio hay un estado de shock en la persona, frustración y corre el riesgo que la pareja lo comente con alguien más, me paso con mi esposa se lo dijo a su hermano, lo cual produce estigma y discriminación, ya que hay muchos prejuicios y desconocimiento del VIH” (J.A. grupo focal 12 de agosto de 2019)

## **5.10. Discusión y análisis**

Luego del análisis y presentación de resultados de la investigación de campo, para conocer el modelo de Notificación que se implementa en las Unidades de Atención Integral del MSPAS, a continuación, se dan a conocer los principales hallazgos recopilados a través del trabajo de campo e investigación documental llevada a cabo en el departamento de Guatemala, con los diferentes actores que intervienen en la respuesta.

Los resultados serán utilizados para presentar una estrategia de implementación en Notificación a la pareja, que integra los comentarios, el análisis y los hallazgos, afín de que esta investigación contribuya a proponer estrategias que no han sido probadas en VIH.

El MSPAS implementa en 16 Unidades de atención integral en VIH y el IGSS, la notificación a parejas de una manera pasiva y coercitiva, a partir de la obligatoriedad que establece el Decreto 27-2000, el Código Penal y el Código de Salud. Ello conlleva que las personas decidan negar su situación sentimental, pareja o contactos ocasionales, muchas veces las personas con VIH deciden abandonar a su pareja, tal como lo comentan los promotores de salud y las personas con VIH entrevistadas. La mayor tasa de transmisión se da por la vía sexual en un 95%, pero solo el 14% reportó tener pareja o contactos sexuales en la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, por lo que la Ley poco se cumple y el modelo de notificación es poco efectivo.

Existe en el Congreso de la República la iniciativa 5126, que ha sido presentada por la sociedad civil al legislativo, para reformar la Ley de VIH, y se justifica argumentando la falta de un enfoque de derechos humanos y género. La iniciativa elimina la obligatoriedad de la notificación a la pareja, al respecto la OMS afirma que la obligatoriedad de la notificación a la pareja es una barrera cuando se implementa de manera coercitiva o penalizada, porque las personas por temor a la violencia, miedo o rechazo, deciden no revelar su situación sentimental. La OMS recomienda que este proceso debe ser una estrategia institucional a partir de la implementación de varios modelos que ofrecen diferentes alternativas, como la NAP que le permita al usuario de una manera sencilla, seleccionar la forma de notificar a sus contactos o parejas, garantizando la confidencialidad y seguridad en el proceso.

Es importante que se retome esta reforma, y si bien no debe ser coercitiva, si debe establecer la referencia de casos o contactos sexuales, para frenar la cadena de transmisión, se sugiere que el sistema de salud institucionalice una estrategia de notificación que permita localizar e individualizar a la persona que haya estado expuesta, sin penalización.

Las personas con VIH reportan que, en los servicios ofertados por el MSPAS, se les hace referencia para informar a su pareja de manera obligatoria, de lo contrario ocho días después el servidor de salud está facultado a notificarlo. Consideran que esto provoca el abandono de tratamiento de los usuarios, quienes se niegan a presentarse nuevamente a la UAI. Además, los promotores indican que, en las UAI, no hay suficiente recurso humano para darle seguimiento a estos casos.

Un hallazgo en relación al género desde las experiencias de las mujeres con VIH, es que se enteraron de su diagnóstico tardíamente en comparación a los hombres, que acudieron a los servicios de salud más temprano, algunas dependieron de la aprobación de la pareja, y les lleva más tiempo entre seis meses a un año y un caso reporto que recibió la notificación pasado cinco años. Esta situación pone al descubierto la desigualdad de género en el acceso a la salud, que debe ser abordada en las políticas públicas, programas y proyectos en VIH, desde los diferentes sectores.

Dentro de los hallazgos se destaca el miedo de las personas a que su condición de VIH sea conocida por su entorno social, ya que conlleva el ser blanco de murmuraciones o actos de discriminación. Las personas con VIH del grupo focal consideran que es importante educar sobre el VIH, muchas veces la familia cercana desconoce y tiene muchos prejuicios y lejos de ayudar discriminan a las personas.

La Clínica Familiar Luis Ángel García, adscrita al Hospital San Juan de Dios y la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, con apoyo de la UVG/CDC y organizaciones internacionales, han implementado la NAP ofreciendo las diferentes modalidades, a través de la contratación de promotores con experiencia.

Los resultados que han obtenido con mujeres embarazadas han sido efectivos, hasta lograr reducir la transmisión materno infantil hasta el 0% en los casos que llevan un control en la clínica, diferente a los que acuden tardíamente a los servicios.

En los resultados alcanzados por las ONGS a través de su personal de promotores, se registra que un promotor logró de un caso índice llegar a veinte contactos y otro registro fue el de diez contactos, de los cuales el 50% se habían infectado de VIH, aunque de parte de este grupo no se cuenta con informes sistematizados.

Los resultados obtenidos por la UVG a nivel regional de la NAP, ha evidenciado la efectividad del 60% a nivel regional, en comparación a otras intervenciones donde la efectividad ha sido del 4% y los costos son más altos, es importante sensibilizar a las autoridades de salud sobre la importancia de la institucionalización de la estrategia que ya ha sido probada científicamente, desde décadas en otras enfermedades.

## **5.11. Conclusiones**

El enfoque que se le da a la epidemia del VIH desde el MSPAS Y el IGSS, continúa siendo bajo el pilar de la vigilancia y el control, aspectos como la vigilancia epidemiológica, estudios de comportamiento, actitudes y prácticas son promovidos desde este fundamento. El modelo actual de notificación a la pareja en la mayoría de las UAI del MSPAS y el IGSS es de manera pasiva y coercitiva basados en el decreto 27-2000, genera una cultura de miedo, rechazo y negación que provoca la negación de la relación sentimental.

La respuesta al VIH requiere de nuevos enfoques en la salud pública, que involucre la participación activa de las personas, las ciencias médicas han quedado insuficientes para comprender el fenómeno de la epidemia del VIH y Sida, la epistemología constituye un campo de producción de conocimiento que niega la neutralidad y objetividad pretendida por la medicina, ampliando los enfoques para atender los determinantes sociales que afectan a las personas.

Desde las ciencias sociales se ha hecho aportes para estudiar la epidemia del VIH, aportando nuevas miradas, reubicando el análisis de la epidemia tal como refiere Pierret centrandolo su punto de partida en reubicar el análisis de la enfermedad del sida en los marcos de la sociología como una enfermedad crónica. (Pierret, 2000 p.22)

La NAP es una estrategia en la cual ya se ha evaluado la efectividad en el país, por lo que puede ser incluida dentro de las estrategias de notificación a parejas en todas las UAI. La cooperación, centros de estudio, organizaciones internacionales que trabajan en salud y VIH, pueden centrar su apoyo en fortalecer la estrategia dentro del MSPAS. CDC ha brindado información científica del alcance que la NAP tienen en otras enfermedades que por décadas ha logrado el descenso, como la sífilis, tuberculosis y ebola en Estados Unidos. Y se ha adaptado para el alcance en casos de VIH, por lo que la implementación a nivel regional en Centroamérica es un respaldo científico. Los datos deben servir para sensibilizar a los Ministerios de salud a adoptar esta estrategia.

El abordaje de la igualdad de género en los programas de notificación al a pareja deben ser incluidos, para reducir el impacto que el VIH está dejando en la vida de las mujeres, reduce su calidad de vida y acorta la esperanza de vida al nacer, lo cual va en contra de la seguridad humana y el desarrollo. El índice de estigma y discriminación en personas con VIH, revela que las mujeres dan a conocer su diagnóstico en un mayor porcentaje que los hombres. (Morales, 2017)

## Capítulo VI

### Propuesta de intervención

Los resultados de la investigación brindan elementos de análisis para sugerir una serie de intervenciones a nivel político y social, que implica cambios en las instituciones de salud para disminuir la brecha del compromiso de los ODS y la agenda 2030, así como el cumplimiento de los 90,90,90, de detener la propagación de la epidemia del VIH, se hace las siguientes recomendaciones:

- a. Al Organismo Legislativo se propone la revisión de la iniciativa 5196 Ley de VIH, específicamente en lo relacionado a la responsabilidad de notificar a las parejas, para que la modificación de notificación a la pareja y contactos sean modificado de forma estratégica a fin de detener la epidemia del VIH y mantener la responsabilidad moral de la persona, sin afectar su vida privada, la NAP tiene varias opciones que pueden aportar a esta acción.
- b. A nivel político la NAP debe ser institucionalizada como una estrategia de las políticas públicas del MSPAS para contribuir a la reducción del VIH, esto puede ser a través de un acuerdo ministerial o de la inclusión en las políticas de VIH o el PEN, los cuales están en constante actualización, a fin de garantizar los aportes financieros para su implementación.
- c. Elaborar una guía de implementación de la NAP que incluya la capacitación a funcionarios de salud y ONG que implementan acciones de prevención en VIH, para desarrollar las habilidades y técnicas para lograr la efectividad de la consejería.

Dentro de estas prioridades se ha seleccionado la elaboración de una guía para la implementación de la NAP en Servicios de salud del Ministerio de Salud y otras entidades que llevan a cabo intervenciones en VIH.

## 6.1. Guía de implementación de la Notificación Asistida a la Pareja en Servicios de Salud



**Confidencial**



**Voluntaria**



**Con enfoque de DDHH**

## **6.2. Introducción**

La Notificación Asistida a Parejas -NAP- es una estrategia que fue aprobada a partir de la década de los años 1920 a 1930 para identificar los contactos de personas que fueron infectadas con la epidemia de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual; la OMS/OPS la recomienda con una estrategia eficiente y efectiva para identificar la o las parejas sexuales o con quienes se ha compartido jeringas por drogas, de una persona portadora del VIH.

En Guatemala se han llevado a cabo pilotajes con la NAP, logrando una efectividad del 60% en poblaciones clave y en casos nuevos de transmisión materno infantil una prevalencia 0%. Razón por la cual esta guía constituye un aporte para implementar estrategias que contribuyan a la reducción del VIH y su impacto en el desarrollo humano.

La NAP supera los modelos que han cambiado desde los años 80 y 90 sobre la transformación del concepto de riesgo individual, hacia el concepto de vulnerabilidad social.

La guía tiene como objetivo brindar lineamientos para la implementación de la NAP en las Unidades de atención integral, y establece estrategias, criterios para una adecuada transferencia de experiencias. Se espera que sea una herramienta para lograr reducir la transmisión materno infantil, romper con la primera línea de transmisión del VIH en casos nuevos.

### **6.3. Objetivos**

- Establecer un marco común de trabajo para la implementación de la Estrategia de Notificación Asistida a Parejas en las Unidades de Atención Integral del MSPAS.
- Proponer lineamientos y herramientas concretas para la implementación a nivel nacional de la Estrategia.
- Contribuir a detener el VIH en la primera línea de transmisión, facilitando modelos de notificación a las parejas, contactos sexuales y parejas sentimentales de personas diagnosticadas con VIH.

Este documento constituye una guía para la implementación de la Notificación Asistida a Parejas, basado en un enfoque de derechos humanos y género, el cual constituye la estructura y mecanismos clave para establecer alianzas con sectores que desean apoyar modelos reconocidos mundialmente y avalados por la OMS, como herramientas para detener el VIH.

### **6.4. Beneficiarios**

Esta guía está dirigida a atender a las poblaciones que están en contexto de vulnerabilidad al VIH: mujeres embarazadas, privadas de libertad, clientes de MTS, HSH, TRANS Y MTS, migrantes, jóvenes en riesgo.

### **6.5. Principios**

- Confidencialidad
- Voluntariedad
- Derechos Humanos
- Género

- **Contexto del VIH en Guatemala**

El VIH ha sido declarado de urgencia nacional, a través del Decreto 27-2000, debido a la cantidad de casos acumulados y el daño que el virus puede causar en la vida de las personas si estas no reciben tratamiento. El Centro Nacional de epidemiología del MSPAS, reporta un total de casos acumulados desde 1984 al año 2018 de 36,949 de VIH y VIH avanzado. (MSPAS, 2017)

De los casos registrados se ha reportado que el 59% corresponde a hombres mayores de 15 años de edad y el 34.6% son mujeres mayores de 15 años de edad y el 6.4% con niños menores de 15 años de edad. (MSPAS, 2017)

El virus recorre de un lugar a otro a través del corredor epidemiológico, ya sea por la movilidad humana, el comercio sexual, y las prácticas de riesgo sin protección. Como se aprecia en el mapa de Guatemala, los departamentos donde la tasa es alta, hay una gran afluencia de comercio, puertos y paso de migrantes, condiciones que suman a la densidad de la población.

El registro de casos por grupos de edad en el período 2010 al 2017, el rango de edad que representó la mayor cantidad de casos está comprendido entre 25-29 años, con el 20%, seguido por el de 30-34 años con el 17% y el de 25-29 años, 15%, afectando mayormente a los jóvenes.

La relación hombre-mujer cada vez va en aumento, según datos de Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN- (2018) en 1988 fue de 16 hombres, 2 mujeres; en el 1992 la relación fue de 6:1, de 95 hombres, 15 eran mujeres); en 1996 fue de 5:1 (de 435 hombres existían 89 mujeres infectadas) para el 2001 se siguen incrementado los casos en mujeres, la relación fue de 3:1 (746 hombres y 282 mujeres). A partir del 2002 la tendencia es de 2:1 observando que a partir del año 2016 al 2018 una relación 3:1. (SEGEPLAN, 2016)

Las mujeres embarazadas son consideradas como grupo de referencia para la población general. Desde el año 1998 que se vienen realizando acciones de vigilancia, este grupo ha mostrado niveles variables de infección por VIH, aunque casi siempre por debajo del 1%.

Guatemala tiene una epidemia concentrada en poblaciones clave con prevalencia para HSH de 10.5%, Trans 24% y en MTS 1% al igual que Privados de Libertad. La población que llega a las unidades de atención integral no siempre se identifican con una orientación sexual, gay, bisexuales o transexuales, por lo que las intervenciones que se llevan a cabo deben ser focalizadas. (Subvención de VIH, 2018)

Existen leyes estrictas, castigos, prejuicios sociales que llevan al estigma y discriminación hacia la población más afectada, que hacen que sientan vergüenza o miedo para acceder a información y servicios preventivos para el VIH, por lo que muchas veces se alejan de los programas de prevención, acceso a pruebas.

La OMS (2017), hace referencia sobre “la discriminación, la cual disminuye el impacto de la respuesta al VIH/SIDA”, a orillando a las poblaciones a ocultar su comportamiento sexual, bloqueando cualquier información que puede ser fundamental para realizar intervenciones efectivas. (OPS/OMS , 2017)

En el caso del trabajo sexual, no existen regulaciones del ejercicio que llevan a cabo mujeres en la industria del trabajo sexual, y existen factores como lo ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata Decreto 9-2009, que a orillan a la clandestinidad del mismo. Hoy en día la multisectorial ha cerrado muchos lugares donde se ejerce el trabajo sexual, sin embargo, existe una elevada proporción de hombres que utilizan los servicios de las profesionales del sexo, con la concepción que tienen derecho a disfrutar de varias parejas, por lo que desde la perspectiva del machismo esta práctica es tan normal. (ONUSIDA, 2003)

En el caso de los jóvenes los adolescentes adoptan comportamientos de riesgo y no perciben su riesgo a la vulnerabilidad, por lo que sus prácticas sexuales son sin protección, existe abuso de drogas, alcohol, circunstancia que los hace más susceptibles a la transmisión del VIH.

En Guatemala la prevención se lleva a cabo a través de las actividades extramuros por Organizaciones de sociedad civil y actividades intramuros a través del Ministerio de Salud pública, con estrategias de prevención combinada centrada por parte de las ONG en las poblaciones clave y por parte del MSPAS a la población general. Los recursos para la realización de pruebas son limitados, los costos de las intervenciones extramuros han sido elevados.

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida del MSPAS no logra superar el 80% de ejecución de su presupuesto, y la cooperación cada día reduce su ámbito de acción. (ICEFI/HIVOS, 2017)

Una de las estrategias que se ha utilizado para llegar a las parejas de personas con VIH o contactos sexuales ha sido la notificación a la pareja, la cual es implementada en todas las unidades de atención integral, MSPAS, IGSS y Sanidad Militar, aunque de una manera pasiva, enmarcada en la ley de VIH decreto 27-2000, la cual de no darse puede ser sancionada la persona a través del Código Penal y el Código de Salud. Aunque esto es muy difícil de comprobar, las personas muchas veces optan por negar a la pareja.

Casos atendidos en las Unidades de Atención Integral, reflejan que una persona puede pasar hasta 5 años, viviendo con su pareja sentimental y no revelarles el diagnóstico, el Índice de Estigma y Discriminación (2016) refleja que más del 60% de hombres con VIH deciden abandonar a la pareja antes que revelarles el diagnóstico.

Para ello la OMS, recomienda la Notificación Asistida a la Pareja, como estrategia para facilitar que las personas puedan informar a sus parejas, sentimentales, contactos sexuales o casuales y que las mismas tengan acceso a realizarse una prueba, resguardando su confidencialidad.

UVG/CDC e INTRAHEALTH, han llevado a cabo pilotajes a nivel regional, demostrando una efectividad del 60% en poblaciones Clave, y la Clínica Familiar Luis Ángel García adscrita al Hospital San Juan de Dios y la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas del Hospital Roosevelt “Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro”, clínicas de referencia nacional, han logrado reducir la transmisión vertical en casos nuevos de 95 al 100%.



Figura 23 Tipos de Referencia NAP

## 6.6. Políticas, planes y leyes en que se fundamenta esta guía

El Plan K´atun Nuestra Guatemala 2032, en su eje “Bienestar para la Gente”, tomando la prioridad “detener la epidemia de VIH y realizar un tratamiento de calidad a la población que convive con el virus”.

La Política General de gobierno 2016-2020, responsabiliza al MSPAS la atención de un conjunto de temas relacionados con el eje Salud integral, el cual plantea la necesidad de la reforma del sector salud, para proveer servicios de salud accesibles a toda la población (Gov. Guatemala, 2016).

El Plan Estratégico Institucional del MSPAS, la prioridad “Infecciones de Transmisión Sexual y dentro de ellas, particularmente al VIH y sida, 2016”, principios, valores, estrategias y ámbitos estratégicos, los cuales se describen a continuación:

El Capítulo II de la Constitución Política de la República de Guatemala, el Estado garantiza los derechos sociales, entre ellos: derecho a la salud, seguridad, educación, asistencia social, ambientes libres de contaminación y con equilibrio ecológico, así como el derecho y el deber de las comunidades de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud a nivel de la comunidad.

El Decreto 90-97, el Código de Salud y sus reformas, regula que todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud,

Tratados, convenios y compromisos internacionales en salud, como lo son los ODS y la agenda 2030.

#### **6.7. Lineamientos de aplicación de la notificación asistida a parejas**

La NAP facilita varias opciones a las personas para que puedan referir a sus contactos, el profesional de la salud pública con frecuencia es una persona que ha sido capacitada para obtener un número de parejas, usar cantidades y cualidades variables de localización e información para encontrar parejas y notificarles sobre su exposición, y para convencer a las parejas notificadas de que busquen evaluación y tratamiento. El paciente infectado a quien el promotor está entrevistando para parejas y para localizar información se conoce más comúnmente como el caso índice o “paciente original”.

Figura 24 Tipos de Referencia NAP



## 6.8. Principios éticos

- a. Participación voluntaria y no coercitiva: elegir no participar no limita acceso del usuario a otros servicios
- b. Centrada en el usuario: Usuario selecciona a qué parejas contactar y bajo qué modalidad; se descartan parejas con historia de violencia y se ofrece referencia a servicios de apoyo para violencia doméstica
- c. Gratuito e integrado a servicios regulares de la clínica
- d. Confidencialidad para el usuario y sus parejas
- e. Se ofrece a todas las personas con diagnóstico de VIH en la clínica
- f. Brindado por personal capacitado
- g. Implementación de la Estrategia

La implementación de la estrategia supone una serie de lineamientos que deben de ponerse en marcha para garantizar una adecuada institucionalización de los procesos de la NAP:

## **6.9. Enfoque de derechos humanos y género**

Para la implementación de la NAP se requiere un enfoque de derechos humanos, no coercitivo, que incluya aspectos sobre la dignidad de la persona humana, el acceso a la salud y la no criminalización.

La pertinencia cultural es un aspecto muy importante que debe considerarse en los servicios comunitarios, con cobertura rural, el respeto y reconocimiento de la diversidad étnica, la cosmovisión maya, y las prácticas de comadronas, deben ser tomadas en cuenta en la adaptación de la NAP.

La promoción a las mujeres y hombres sobre el acceso a la prueba y consejería debe ser con el mismo acceso, promoviendo la igualdad. Las mujeres deben ser atendidas por consejeras mujeres, para generar un nivel de confianza y empatía.

## **6.10. Coordinación con aliados estratégicos para gestionar la transferencia de capacidades al sector salud**

La coordinación con aliados estratégicos es clave para el traslado de capacidades, se fomenta la capacitación al personal sobre la correcta aplicación de la NAP, las diferentes modalidades en que se puede ofertar.

La NAP puede ser implementada en los siguientes servicios:

- Servicios comunitarios que llevan a cabo jornadas de pruebas de VIH
- Clínicas comunitarias de organizaciones no gubernamentales
- Clínicas de vigilancia centinela de ITS y VIH en poblaciones clave
- Unidades de atención integral
- Centros de salud de primer nivel que realizan pruebas de VIH.

### **6.11. Transferencia de capacidades para el personal de salud**

Se debe capacitar al personal de salud que llevará a cabo las intervenciones de la NAP a través del manual de Referencia de parejas en los siguientes aspectos:

- Capacitación sobre la normativa de salud y los reglamentos y leyes en VIH
- Capacitación de los prestadores de salud, sobre la comunicación asertiva, sin prejuicios, facilitar la revelación mutua y localizar eficazmente a los compañeros sexuales.
- Sensibilizar sobre la reducción de estigma y discriminación, independientemente del género, prácticas sexuales de riesgo entre otras.

### **6.12. Desarrollo de Habilidades**

Los servidores de salud asignados deberán tener o desarrollar las siguientes habilidades y tener conocimiento en la temática.

- Vincular a los usuarios, para establecer la ruta hasta lograr la realización de la prueba.
- Brindar soporte multidisciplinario
- Ofrecer opciones para la notificación a la pareja.
- Promocionar leyes y políticas que beneficien el bienestar de la persona.
- No criminalización y obligatoriedad de las NAP.
- Atención sin estigma y discriminación.
- Ofertar los servicios a todas las mujeres embarazadas y sus parejas.

### **6.13. Implementación de las herramientas utilizadas en las intervenciones para la NAP**

Realizar revisión de las herramientas y adaptarlas con enfoque de derechos humanos para ser institucionalizadas, que permitan hacer registro de los procesos, disminuir la burocracia y proveer seguridad al usuario.

- Consentimiento informado
- Consentimiento de referencia de parejas
- Consentimiento informado estrategia de llamada
- Consentimiento informado estrategia por contrato
- Consentimiento informado estrategia de referencia dual
- Registro de rechazo de participantes

### **6.14. Intervenciones comunitarias**

Sensibilización a líderes locales para promover información estratégica a miembros de la comunidad sobre la importancia de la realización de la prueba.

- Creación de mesas de trabajo con redes departamentales para conocer la epidemia de la localidad y tomar medidas conjuntas.
- Estrategia de comunicación para la sensibilización de la comunidad sobre la importancia de la NAP.
- Mensajes en varios idiomas locales para informar sobre el VIH y la importancia de que las personas se diagnostiquen en la primera línea de transmisión del VIH.

## 7. Referencias bibliográficas

- Arrivillaga, M. (2009) *"Perspectiva social de la Adherencia Terapéutica en Mujeres con VIH/Sida"*. p.21
- Beauvoir, S. (2005). *El segundo Sexo*. Madrid: Edaf.
- Briones, E. (1996). *Espistemología de las ciencias sociales*. Bogota colombia: ICFES.
- Buchelli, J. (2009). *¿Un escenario común entre las relaciones internacionales de Desarrollo? La cooperación Descentralizada (págs. 1-17)*. Estados Unidos: University of Cambridge. p1-2
- Caal, J. (2016). *Caracterización de riesgo para poblaciones en condiciones de vulnerabilidad al VIH Hombres que tienen sexo con Hombres*. Guatemala: Hivos/Subvención de VIH Fondo Mundial. p.5-9
- Castaño, L. (2014). *Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asunto teórico y metodológicos implicados en el análisis*. . Bogota: Universidad de Antioquia, Colombia.
- CEPAL. (2018). *Guía Metodológica, Planificación para la implementación de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Congreso de la República de Guatemala (2,000). *Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Guatemala.
- Congreso de la República de Guatemala. (2016). *Iniciativa Ley de VIH*. Guatemala.
- Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2011). El proceso de la creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico*, 136.
- Curiel, O. (2005). *Género, Raza, Sexualidad, debates contemporáneos*. colombia.
- Del pozo, J. (2017). *Biopolítica y Salud Pública "una recopilación de textos blogueros pendientes de amasar"*. España: Salud Pública y otras dudas.

- Fernandez, V. (2011). *Indice de Estigma y Discriminación en personas por VIH*. Guatemala.
- Freres, C., Martínez, I., & Angulo, O. (2010). *La inserción de américa latina en el cambiante sistema internacional de cooperación. España: Ce ALCI. Foucault*. p 16-40
- Gavilanes, R. (2009). *Hacia una nueva definición del concepto "Política Pública"*. Bogota, Colombia.
- Guardado, M. (2017). *Medicion de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en población de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala*. Guatemala: Tephinet, HIVOS, MSPAS. p.17
- Guillen, A. (s/f). *Modelos de Desarrollo y Estrategias Alternativas en América Latina*. Mexico.
- Heeney , J., Dagleis, A., & Weiss, R. (2006). *origins of HIV and the evolución of resisenace to AIDS*,. Science 313, p. 462-466.
- Hidalgo, A. (1998). *El pensamiento Económico sobre Desarrollo, de los Mercantilistas al PNUD. España*.
- Hubbard, S., Korc, M., & Jimba, M. (2016). *Salud, resiliencia y Seguridad Humana*. Estados Unidos : Organización Panamericana de la Salud.
- ICEFI/HIVOS. (2017). *Desarrollo de una propuesta técnico fiscal para la prevención y atención del VIH en Gautemala, 2017-2026*. Guatemala: ICEFI.
- INTRAHEALTH. (2019). Resumen regional de proyectos. *Intrahealth Internacional*, 2.
- Lamas, M. (2004). *Mujeres en Transición. La perspectiva de género*. CENTRADE, 2.
- Lamas, M. (2013). *El Género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lip, C., & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de Salud Universidad Norbert Wiener/OPS.
- Matthew, H. (2007). *Partner Notification and management Interventions*. New York. p.170
- Meliné, J. (2012). *Estudio Diagnóstico de Estigma y Discriminación, hacia personas con VIH, HSH, MTS y trans*. Gutemala: Hivos. p.07

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2005). *Política Pública, respecto de la prevención de las infecciones de transmisión sexual -ITS- Y A LA RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-*. Guatemala: MSPAS.
- Morales, M. (2017). *Índice de Estigma y Discriminación en personas con VIH*. Guatemala: ONUSIDA.
- MSPAS. (2017). *Vigilancia Epidemiológica del VIH, 2017*. Guatemala.
- MSPAS. (2017, P.30). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida*. Guatemala: MSPAS.
- Naciones Unidas. (1945). *Carta de las Naciones Unidas*. San Francisco: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2018). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible una oportunidad para América latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas.
- Nasim Farach, M. (13 de Noviembre de 2019). *Nemus Webinar*. Obtenido de OPS: <http://nemus-hiv.net/en/activities/item/167-nemus-webinar-latina-17-en>
- Neef, M. (1993). *Desarrollo a Escala Humana*. Nueva York: Norton Comunidad.
- Núñez, C. (2016). Situación del VIH en Centroamérica, estrategias internacionales y desafíos . ONUSIDA.
- OMS. (2015). *La Salud Sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque Operativo*. Ginebra. p2-20
- OMS. (2016). La OMS recomienda ayudar a las personas con infecciones por el VIH a notificar su estado serológico a sus parejas o compañeros. *Síntesis de políticas*, p.2.
- ONU. (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre 2015, Transformando nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Asamblea General de las Naciones Unidas/Septuagésimo período de sesiones, artículo 26*. Ginebra. p. 8
- ONU. (24 de septiembre de 2019). *Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación*. Obtenido de Focus: <http://www.fao.org/FOCUS/S/aids/aids6-s.htm>
- ONUSIDA. (1997). *Las Mujeres y el Sida*. 6.

- ONUSIDA. (2013). *El objetivo 909090 es posible las bases de nuevos objetivos alcanzables*. Ginebra: ONUSIDA. p.08-30
- ONUSIDA. (2016). *Acción Acelerada para acabar con el sida*. Ginebra: ONUSIDA p. 10-50
- ONUSIDA. (02 de octubre de 2018). *ONUSIDA*. Obtenido de La respuesta al sida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: trabajo conjunto, ganancias compartidas.: [http://www.unaids.org/es/AIDS\\_SDGs](http://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs)
- ONUSIDA/PNUD/HIVOS 2017. (2017). *INDICE ESTIGMA Y DISCRIMINACION EN PERSONAS CON VIH*. Guatemala: Jaroslava Lemus A.
- OPS. (2013). *Estrategia de Cooperación en el País 2013-2017*. Guatemala: OPS/OMS Guatemala.
- OPS/OMS. (2002). *Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMS/Política de Género de la OMS*. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS. (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos*. OPS.
- OPS/OMS. (2010). *Salud, Seguridad Humana y Bienestar*. Washington D.C.,: p.4.
- OPS/OMS Guatemala. (2017). *Estrategia de Cooperación en el país 2013-2017 Guatemala*. Guatemala: OPS/OMS Guatemala.
- Organización Panamericana de la salud. (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Estrategia de Cooperación en el País 2013-2017*. Guatemala: OPS/OMS Guatemala.
- Quirós, V., & Vargas, A. (2013 p11-75). *Sostenibilidad de las organizaciones de sociedad civil*. San José Costa Rica: Cultura y desarrollo en Centroamérica.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas, una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Guatemala: Flacso sede México.
- Pierret, J. (2000). *Vivir con el VIH-sida, notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus ciudadanos*. Buenos Aires: Ed. Antropofagia. p.22

- PNUD. (21 de octubre de 2015). *página de PNUD*. Obtenido de <http://www.gt.undp.org/content/guatemala/es/home/presscenter/pressreleases/2015/10/21/guatemala-celebra-d-a-de-la-onu.html>
- Pozo, J. S. (2017). *Biopolítica y Salud Pública "una recopilación de textos blogueros pendientes de amasar"*. España: Salud Pública y otras dudas. p.53
- Recalde, F. (2013). Salud Pública a los desafíos del Medio Ambiente. *Salúd Pública Revista Multidisciplinaria del Sida*. (2015). *Notificación a las parejas exuales de personas diagnosticadas con infección por VIH. Experiencia de dos Estrategias*. Barcelona. p.3
- Sagasti, F., & Prada, F. (2010). *La nueva cara de la cooperación al desarrollo: el papel de la cooperación Sur-Sur y la responsabilidad social corporativa*. Madrid: IFEMA. p 5-35
- Sanahuja, M. G. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo*. Madrid, España: D&Co. Comunicación.
- SEGEPLAN. (2016). Cooperación Internacional. *2da. Edición Política de Cooperación No Reembolsable*, pag.60.
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertades*. Planeta.
- Subvención de VIH. (2018). *Estrategia de implementación en VIH para subreceptores en Guatemala RP-INCAP*. Guatemala.
- Sunkel, E. (1945). *Teorías del Desarrollo*. Mexico: cepal. p5-10
- Sunkel, E. (1945). *Teorías del Desarrollo*. Mexico: cepal.
- Susser, M. (1996). *Choosing a Future for Epidemiology. II From black vox to chinese boxes and Eco-epidemiology*. Public Health 1996
- Susser, M. (1996). *Choosing a Future for Epidemiology. II From black vox to chinese boxes and Eco-epidemiology*. Estados Unidos: Public Health 1996. p86.
- The Global Found. (29 de Septiembre de 2018). *The Global Found*. Obtenido de <https://translate.google.com/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://www.theglobalfund.org/&prev=search>
- The New York Times. (17 de Febrero de 1931). Einstein Sees Lack In Applying Science. *Reseña Periodística*, pág. 6.

- Unceta, K. (2000). *La cooperación al desarrollo: Surgimiento y evolución histórica*. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Unidas, N. (2011). *Informe de Situación sobre VIH y violencia basada en género, una aproximación desde las determinantes sociales*. Guatemala. p.6.
- Valverde, M. (2018). *Revisión programática de los servicios de prevención y modalidades de diagnóstico de VIH/SIDA 2018*. Guatemala: HIVOS.
- Vargas, V. (2014). *Sostenibilidad de las organizaciones de Sociedad Civil, Antiguos retos esperan por cambios impostergables (Costa Rica, Guatemala y México)*. San José Costa Rica: CUDECA.
- Villalonga, C. (2017). Una enfermedad que el 30% no sabe que está contagiado. *Vanguardia*, 1. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/20171201/433286944688/dia-mundial-sida-pobreza-africa.html>
- Wayne, P. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy analysis*. Publishing Limited.
- Wayne, P. (2007). *Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de Políticas Públicas*. México: traducción de Atenea Acevedo: FLACSO, Sede Académica de México,.
- Wermuth, S. (2013). *Oportunidad de la terapia antirretroviral*. New England Journal of Medicine: REUTERS.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexos I: Herramientas

Anexo 1 Herramientas de entrevista

Anexo 2 Herramientas de entrevista



#### 01. Guía de preguntas

##### Informantes clave de Organizaciones Internacionales e Instituciones de Investigación

#### I. Instrucciones (para la entrevistadora o entrevistador)

La entrevista tiene como objetivo recolectar información de los actores clave sobre la implementación de la Notificación Asistida a Parejas en VIH, con el objeto de conocer su experiencia, alcances y resultados. La información será exclusivamente utilizada para fines académicos.

**Leer esto al participante:** "Esta entrevista será grabada, una vez la información haya sido transcrita, la grabación será borrada. Siéntase en la libertad de no contestar cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a o de terminar esta entrevista en cualquier momento. Le agradecemos su participación."

#### Sección 1: Preguntas rompe-hielo

01. ¿Cuál es su nombre, el nombre de su organización? y ¿Qué cargo ocupa usted?
02. ¿Desde cuándo ha estado involucrado en el trabajo de VIH?
03. ¿Sabe y nos puede hablar sobre la situación social y epidemiológica en VIH?

#### Sección 2: Preguntas sobre La Estrategia NAP

04. ¿Promueve su organización la NAP?
05. ¿Responde la NAP alguna estrategia de nivel nacional, regional o mundial?
06. ¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?
07. ¿Ha identificado desventajas en el modelo de NAP?
08. ¿Cuál es el presupuesto asignado a la implementación de la NAP?
09. ¿Cuánto Tiempo lleva la implementación de la NAP en Guatemala?
10. ¿Cuánto ha contribuido la NAP en la detección de casos de VIH, mujeres y hombres?
11. ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en la implementación de la NAP?
12. ¿Cuenta con algún reporte o informe sobre la evaluación de la implementación de la NAP?



#### 02 Guía de preguntas grupo focal Informantes clave "referentes nacionales"

#### Instrucciones (para la entrevistadora o entrevistador)

Se presentará y agradecerá al entrevistado su tiempo. Además, agradecerá que su participación sea voluntaria y consiente)

#### Objetivo de la entrevista:

- Orientar la discusión del grupo focal de promotores de salud de ONG, en relación a la experiencia de implementación de la NAP.

**Leer esto al participante:** "Esta entrevista será grabada, una vez la información haya sido transcrita, la grabación será borrada. Siéntase en la libertad de no contestar cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a o de terminar esta entrevista en cualquier momento. Le agradecemos su participación."

#### Sección 1: Preguntas rompe-hielo

1. ¿Cuál es su nombre y el de su organización? Y ¿Qué cargo ocupa?
2. ¿Desde cuándo su organización ha estado involucrada en el trabajo de VIH?
3. ¿Sabe y nos puede hablar sobre la situación social y epidemiológica en VIH?

#### Sección 2: Preguntas sobre NAP

4. ¿Desde cuándo implementa la NAP?
5. ¿Tiene aceptación la NAP en los usuarios de los servicios?
6. ¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?
7. ¿Cuáles son las desventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?
8. ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en la implementación de la NAP?
9. ¿Responde la NAP alguna estrategia de nivel nacional, regional o mundial?
10. ¿Cuánto ha contribuido la NAP en la detección de casos de VIH, mujeres y hombres?
11. ¿Cuáles son los riesgos que han estado expuestas las personas que aceptan la NAP?
12. ¿Se tiene respaldo legal, para implementar la Estrategia NAP?
13. ¿Cuáles son las cualidades que debe tener un promotor que aplica la NAP?
14. Mencione alguna experiencia que haya atendido:

### 03 Guía de preguntas grupo focal Hombres y Mujeres con VIH

#### 1. Instrucciones (para la entrevistadora o entrevistador)

Se entrevistará a usuarios con VIH que pertenecen a grupos de autoapoyo, que deseen participar voluntariamente y que hayan recibido notificación de pareja.

#### Objetivo de la entrevista:

- Realizar grupo focal a personas con VIH que han recibido notificación de pareja en las UAI, para conocer la funcionalidad y viabilidad de la estrategia.

Leer esto al participante: "Esta guía no es obligatoria, se le invita a participar, y siéntase en la libertad de no contestar cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a o de terminar esta entrevista en cualquier momento. Le agradecemos su participación."

Antes de iniciar se realizará las siguientes preguntas a los participantes:

- Indicar su edad, estado civil, nivel educativo, etnia, orientación y ocupación.
- ¿Recibió notificación de pareja al conocer su diagnóstico?
- ¿Consideran que la Notificación de pareja les facilitó el proceso de notificar a su pareja y de qué manera?
- ¿Se realizó la prueba de VIH su pareja o compañero, después de ser notificado?
- ¿Ustedes recomendarían la utilización de la Notificación de pareja?
- ¿Considera que la Notificación de pareja protege la confidencialidad y de qué manera?
- ¿Qué cambiará de la Notificación de Pareja recibida?

### Consentimiento informado Grupo Focal PVS

Su nombre es: \_\_\_\_\_

Usted ha sido invitado voluntariamente a participar en el grupo focal sobre la "Estrategia de Notificación Asistida a Parejas", a continuación, se le da a conocer el objetivo de la reunión y se le invita a participar activamente.

Antes de comenzar quisiera saber si usted tiene claro el propósito del ejercicio que se realizará, que participa voluntariamente y que ha recibido información sobre la investigación. Si usted se siente incómodo con alguna pregunta, tiene la libertad de no contestarla o si lo prefiere retirarse.

La actividad será grabada, y la información solo se utilizará para efectos de transcribir los resultados, en ningún momento será utilizada para otro propósito, y la misma será borrada después de su transcripción. Se mantendrá la confidencialidad de todos los participantes, por lo que usted no puede dar a conocer la información que se converse, de lo contrario puede ser objeto de penalización según el decreto 27-2000 "Ley de VIH". Si está de acuerdo, ahora firme este formulario confirmando que se ha obtenido su consentimiento.

Firma del Entrevistado:

\_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista:

\_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_

## 04 Guía de Entrevista Informantes clave "referentes nacionales UAI y ONG"

### Instrucciones (para la entrevistadora o entrevistador)

Se presentará y agradecerá al entrevistado su tiempo. Además, agradecerá que su participación sea voluntaria y consiente)

5

### Objetivo de la entrevista:

- Orientar la entrevista a prestadores de salud de las UAI y ONG que implementan la NAP

**Leer esto la participante:** "Esta entrevista será grabada, una vez la información haya sido transcrita, la grabación será borrada. Siéntase en la libertad de no contestar cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a o de terminar esta entrevista en cualquier momento. Le agradecemos su participación."

### Sección 1: Preguntas rompe-hielo

1. ¿Cuál es su nombre y el de su organización? Y ¿Qué cargo ocupa?
2. ¿Desde cuándo su organización ha estado involucrada en el trabajo de VIH?
3. ¿Sabe y nos puede hablar sobre la situación social y epidemiológica en VIH?

### Sección 2: Preguntas sobre NAP

4. ¿Qué modelo de Notificación a la pareja implementan?
5. ¿Tiene aceptación la NAP en los usuarios de los servicios?
6. ¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?
7. ¿Cuáles son las desventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?
8. ¿Cuáles son los riesgos que han estado expuestas las personas que aceptan la NAP?
9. ¿Se tiene respaldo legal, para implementar la Estrategia NAP?
10. ¿Cuáles son las cualidades que debe tener un promotor que aplica la NAP?
11. Mencione alguna experiencia que haya atendido:

## Matriz de entrevistas y grupos focales

Anexo 3 Matriz integración de entrevistas Organización Internacional y Centro de Estudio de Investigación

	Entrevista a Universidad del Valle	INTRAHEALTH	 
Fecha: 02/07/19	Ericks on Noj, Técnico programático	Amelia Flores	
Pregunta	Angel Mendez Sanchez, cargo: Coordinador de sitios VICITS	Representante de país	
Situación del VIH	La situación del VIH se encuentra en una epidemia concentrada, poder alcanzar el 90 es la mayor dificultad, 75,000 a 1000 viven con VIH en Guatemala, solo 25,000 tienen acceso a tratamiento, solo 8,000 son adherente, ni la mitad de alcanzar esos 90. Que las personas estén alcanzadas, mucho desconocimiento de la infección, no saben colocar un preservativo, cada vez hay menos plata en prevención, los recursos son menos. No se abordan a los jóvenes, vemos jóvenes de 15 años infectándose.	Ve la situación de VIH, compleja, hay recursos que no han sido encaminados, existen luchas de poder, hay dos grandes UAI que no se dan abasto, pero hay debilidad en el nivel de rectoría. Hace falta amplitud, voluntad política, presentar a sus autoridades como va la respuesta de país, y se ha vuelto un programa que responde a emergencias	
¿En qué consiste la NAP?	Es una técnica que consiste en romper con la cadena de la transmisión del VIH, si se logra conseguir los contactos de la persona con VIH de recién diagnóstico, para buscarlas, diagnosticarlas y tratarlas y con ello poder cortar la cadena de transmisión, y evitar que más personas se infecten, mientras más pronto estén en tratamiento será indetectable e intransmisible el Virus hacia otra persona.	Ve la situación de VIH, compleja, hay recursos que no han sido bien encaminados, existen luchas de poder, hay dos grandes UAI, credibilidad, pero hay debilidad en el nivel de rectoría. Hace falta amplitud, voluntad política, presentar a sus autoridades como va la respuesta de país, y se ha vuelto un programa que responde a emergencias. La sociedad civil ha perdido su papel de fiscalización, el estar presente en la respuesta de la epidemia es importante.	
¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?	a) Tiene diferentes modalidades para notificar a la pareja: 1. Por contrato: donde el usuario decide y se le da 30 días, firma un acuerdo, y voluntariamente le dice a su pareja. 2. Dual: se acompaña a la pareja juntamente con el usuario para realizar la notificación. 3. Por llamada telefónica para ofrecerle un servicio motivándole a que visite el servicio. b) Se le da la garantía al usuario que su confidencialidad será protegida, c) Tiene un consentimiento informado d) El usuario decide que modalidad utilizará para notificar a su e) Incluye un análisis para violencia f) Se resguarda la integridad del usuario	Estrategia que busca notificar a la pareja y contactos sexuales sobre su diagnóstico al VIH.	
¿Cuáles son las desventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?	b) No se le pueda el seguimiento adecuado, si la persona se refiere a más de tres parejas, y los recursos no son suficientes. c) Implica llamadas, internet, porque necesita un seguimiento constante y no todos los servicios cuentan con recursos. d) Las personas se retractan o dan datos falsos e) En algunas UAI no se ha implementado, ya que se necesita más de una persona específica para tener resultados, por ejemplo en aquellas en donde llegan más de 150 usuarios se requieren mayor recursos. f) Los usuarios tienen un libro negro o libreta, aquellos que no usan redes sociales. g) El Navegador tiene que ser investigador nato para lograr obtener información, o desarrollar estas habilidades.	se ha demostrado que es mucho más efectiva que los programas de prevención habituales, que los programas de hasta la prueba. Contribuye al rompimiento de la primera línea de transmisión dependiente en que etapa se encuentre la persona. Ya que no todos los contactos pueden o no estar infectados. Si la persona esta empoderada, capacitada, no necesita un nivel educativo alto.	
¿Cuál es el presupuesto asignado a la implementación de la NAP?	La información no es pública	Los servicios de salud por la carencia de necesidades, aceptan modelos aunque no estén aprobados desde la rectoría, para ser más efectivos, y muchas veces lejos de contribuir se atomizan los esfuerzos. Se necesita personal idóneo capacitado, actualmente es un reto. Si el PNS estuviera empoderado, estaría divulgando la NAP.	
¿Cuánto Tiempo lleva la implementación de la NAP en Guatemala?	A partir del año 2014 se implementa en Guatemala a través de UVG/CDC y luego se implementa de manera regional, derivado que se analizaron datos que de 25 personas que se vinculaban solo se lograba obtener a 10 contactos y de ellas solo 8 se mantenían en tratamiento. Cuando se implementa la NAP, se logrará que de 25 contactos se mantengan 22 adherentes.	Se recibe un financiamiento de USAID para un proyecto regional, Guatemala, el Salvador, Honduras y Panamá, un aproximado de \$500,000,000	
¿Responde la NAP alguna estrategia de nivel nacional, regional o mundial?	Surge en EEUU y la CDC la impulsa a través de UVG, quién la está implementando en Centroamérica.	Inicio en agosto 2018 y actualmente se está implementando hasta Septiembre 2019, en Guatemala.	
¿Cuánto ha contribuido la NAP en la detección de casos de VIH, mujeres y hombres?	Es adaptable a toda poblaciones, y muy funcional en poblaciones clave en HSH, MTS y Trans y mujeres embarazadas.	Basada en la OMS Y OPS, se alinean a la estrategia 90,90,90 y ahora los 95,95,95.	
¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en la implementación de la NAP?	En el Hospital San Juan de Dios se conoce que han logrado reducir la transmisión materno infantil a 0, a través de la NAP. Ya que al diagnosticar a los usuarios con parejas que se encuentran embarazadas, logran referirlas y reducir los riesgos en el niño. De 100 parejas referidas el 75% fueron diagnosticadas, y acompañadas por navegadores que le dieron seguimiento hasta que la persona tienen supresión viral y adherencia durante 6 meses.	La NAP no discrimina a ninguna población, ni por sexo, orientación, etnia, se llega a la persona PV, sin embargo en su mayoría son hombres los que más se diagnostican. Se hace difícil a trabajadores de las UAI implementar la estrategia NAP. Se trabaja con el Viceministerio del MSPAS, para proponer una norma o lineamiento para la NAP, ya que se cuentan con herramientas diseñadas, con el propósito de dejar capacidad instalada para el próximo gobierno. Aun no cuentan con informes y estadísticas, están implementando una plataforma que les brindará todos esos datos.	

Preguntas e información recabada con informantes claves ONGS que prestan servicios de salud

1. ¿Desde cuando implementa la NAP?

- En su mayoría los entrevistados tienen de 1 a 3 años de implementar la NAP, aunque su experiencia en la temática de VIH algunos llevan de 10 a 20 años.
- Se basan en el decreto 27-2000 que recomienda que la persona notifique a su pareja, y de no hacerlo el proveedor de salud debe notificarlo, pero esto no ha sido así, por la poca disponibilidad de pruebas.

2. ¿Tiene aceptación la NAP en los usuarios de los servicios?

Los entrevistados manifestaron que al inicio el usuario tiene resistencia, porque no quiere que nadie de su familia se entere de su diagnóstico, sin embargo depende de la habilidad del promotor, obtener el dato en la primera entrevista o a la tercera.

Cuando se le da la información al usuario de las opciones que tiene para dar a conocer el diagnóstico a su pareja, este accede a tomar una de las opciones, sin embargo ha pasado que se arrepiente y llama para indicar que ya no quiere continuar, lo que se hace es trabajar más con esta persona para que comprenda la importancia de detener la cadena de la transmisión.

Ha pasado que algunas veces que el usuario brinda datos erróneos de las parejas por la vergüenza o temor, estos casos se pierden. O cuando son parejas ocasionales de sauna, grinder, discotecas o cuartos oscuros, difícilmente se vuelve a tener contacto con la persona. En el caso de las MTS cuando son clientes no frecuentes.

3. ¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?

Los entrevistados informaron que dentro de las ventajas se encuentran:

- Varias opciones para informar a la pareja
- Mantiene la confidencialidad si la persona lo requiere
- La persona puede tener un diagnóstico temprano
- Permite detener la cadena de transmisión del VIH, si la persona recibe la atención y es adherente a su tratamiento ARVS.
- Se debe tomar la mayor cantidad de datos que la persona pueda proveer para realizar una búsqueda activa de los demás contactos.

4. ¿Cuáles son las desventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?

Los entrevistados indicaron lo siguiente:

- El personal en las UAI no es suficiente para dar seguimiento a todos los casos diagnosticados, no hay recursos suficientes.
- El trabajo de los servidores de salud es intramuros, y esta actividad requiere muchas veces buscar a las personas en lugares de encuentro, su vivienda, trabajo etc.
- Debe haber una persona fija con horarios extraordinarios, ya que algunas veces las personas solo tienen tiempo después del trabajo o fin de semana para realizarse una prueba.
- El horario en las UAI para realizar la prueba es hasta las 11:00 horas y los resultados son entregados de 3 a 4 horas después, lo cual no se adapta a las personas que trabajan o tienen otra ocupación económica.
- Un promotor considera que la NAP interrumpe la privacidad.
- Que la persona quiera personalmente informar a su pareja y eso puede durar una semana a dos meses.
- Debe ser adecuada al contexto del país, por ejemplo, en algunas regiones del país se criminaliza a la mujer, las barreras del idioma, el estigma y la violencia ponen en riesgo la vida de la mujer.

Preguntas e información recabada con informantes claves ONGS que prestan servicios de salud

Colectivo Amigos contra el Sida

Lic. Cesar Arandi, director ejecutivo

1. ¿Desde cuando implementa la NAP?

- Desde el año 2005 CAS implementa actividades con las poblaciones Gais, son una organización de base comunitaria.
- De acuerdo a la situación de VIH en Guatemala, considera que hay una epidemia concentrada en HSH, aunque hay una relación de masculinidad en el país de 2 hombre por cada mujer, a nivel de clínica CAS refleja en la ciudad de Guatemala que hay 6 hombres por cada mujer. Según estudios de prevalencia en HSH se identifica 10.5% y el principal factor de riesgo es sexo receptivo anal.

2. ¿Tiene aceptación la NAP en los usuarios de los servicios?

La NAP se incluyo como un acuerdo colaborativo con CDC de Atlanta a través de UVG, que CAS implemento. Hace año y medio se implementa como estrategia estandarizada. Tiene sentido porque cuando se tiene a una persona de infección reciente, es más fácil que se pueda recordar de sus parejas recientes o contactos sexuales, que como una infección antigua, las personas no recuerdan datos de un año o dos.

La estrategia la mayoría de la información queda con UVG y no se tienen los datos disponibles, y se reciben casi un año después de la implementación, en la pre consejería las personas aceptan pero en la post consejería algunos se arrepienten. La dificultad se da que las personas llegan a realizarse la prueba porque alguien le dijo que se la fuera hacer, pero no sabe quién lo refirió y allí se hace difícil vincular. Se utilizan las modalidades de contrato y referencia telefónica para contactar a las parejas.

Además que no todos los promotores tienen acceso a los expedientes donde queda el número de a quién se contacto, pero no se vincula con los usuarios que vienen. Al CAS llegan muchos jóvenes con sus parejas, se han dado excepciones, como por ejemplo que ambos se hagan la prueba al mismo tiempo aunque alguno ya sepa su diagnóstico, se hace para manejar la situación y que no haya violencia, hay personas que reportan que alguien les llamo y por eso se presentan.

3. ¿Cuáles son las ventajas de la NAP, como estrategia para reducir el VIH?

- Es importante que se busque los positivos, por lo que se debe tener acceso a la red sexual de las personas, porque el virus esta caminando
- El ser HSH no significa que tenga VIH, lo determina sus prácticas.
- La Estrategia es fuertemente recomendada, porque donde hay un caso seguramente se encuentran otras personas más con VIH

4. ¿cuáles son las Desventajas de la NAP?

- Una desventaja de la implementación es que no se esta sensibilizando de la importancia de notificar a la pareja, porque de esa manera se puede salvar a todos.
- El tiempo, ya que las estrategias se han limitado a solo tamizar
- La persona necesita hasta 6 meses para aprender a confiar, a quién se lo dirá, como lo hará, tomará tratamiento
- Cuando se pasa más tiempo con el usuario empiezan a contar, porque algunas vez dicen que no entienden porque les paso,

## Preguntas e información recabada informantes claves de ONGS que prestan servicios de salud

5. ¿Responde la NAP alguna estrategia de nivel nacional, regional o mundial?

La estrategia no esta dentro del PEN, ni en los proyectos más importante del Fondo, pero CAS si la lleva a cabo.  
Consideran que es una estrategia innovadora que el país debería asumir. Es importante y puede tener impacto en el país.

6. ¿Cuánto ha contribuido la NAP en la detección de casos de VIH, mujeres y hombres?

- En salud publica hay muchas barreras, las personas gays esta en riesgo por las practicas y la carga de la epidemia, se percibe un proteccionismo.
- Los países que la implementan tienen mayor impacto en la salud.
- En tamizaje debe quitarse las restricciones, la voluntariedad si debe persistir, la gente ya no debiera fallecer con el avance del tratamiento.

7. ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en la implementación de la NAP?

- Puede ayudar a salvar más vidas
- Es una estrategia importante que puede tener un gran impacto

8. ¿Cuáles son los riesgos que han estado expuestas las personas que aceptan la NAP?

- Practicas de riesgo sobre sexo receptivo
- Varias parejas

9. ¿Se tiene respaldo legal, para implementar la Estrategia NAP?

El decreto 27-2000 notificación a la pareja, el código penal y el código de salud.

10. ¿Cuáles son las cualidades que debe tener un promotor que aplica la NAP?

- Factor académico
- Debe tenerse los recursos y herramientas para asesora a las persona,
- Los consejeros no deben trascender con sus prejuicios, por ejemplo que le digan a la persona que eso le paso por sus practicas, no se debe ser invasivo
- Hay personas que se sienten más cómodos con mujeres o hombres, por lo que se tiene población heterosexual
- Tener juicio imparcial para abordar a las personas
- Debe tener actitud

11. Mencione alguna experiencia que haya atendido:

Las personas preguntan a quién se lo deben decir, porque si y porque no, y esto solo se puede hacer con la navegación completa, actualmente con la estrategia se desconoce si hay abandono.

CAS tiene el convencimiento por lo que ha gestionado fondos para colocar en 11 UAI a promotores para impartir NAP, por ejemplo en Cobán hay una lista de espera de 80 personas para dar seguimiento.

Anexo 9 Matriz grupo focal PV

Preguntas e información recabada en los GF PV Hombres	Preguntas e información recabada en los GF PV Mujeres
1. ¿Podría comentar si refirió algún contacto para recibir NAP?	1. ¿Podría comentar si refirió algún contacto para recibir NAP?
Tres respondieron que refirieron a su esposa y dos a sus contactos sentimentales	ninguna
2. ¿Consideran que la Notificación a la pareja les facilito el proceso de notificar a su pareja y de qué manera?	2. ¿Consideran que la Notificación a la pareja les facilito el proceso de notificar a su pareja y de qué manera?
Facilito la notificación a la pareja, porque fue con el servidor de salud, quién antes de informar del diagnóstico, genero confianza y brindo información sobre el VIH, la pareja se molestó y entro en su etapa de negación, pero continuó con el proceso. En el caso de los contactos todo se hizo de manera confidencial, por lo que nunca se enteraron de quién había dado sus datos. Una persona notifico directamente a su esposa e hijos.	a) María ama de Casa: "Me di cuenta de mi diagnóstico, porque mi esposo ingreso al hospital muy gravé, el prestaba servicio militar, y fue allí donde el médico me tuvo que informar sobre la enfermedad que el padecía y que era necesario que yo también me hiciera la prueba, el medico hablo con los dos en la camilla y nos hizo conciencia sobre el VIH, el me pidió perdón y a la semana falleció, pase 3 meses en seguimiento hasta que me convencieron de hacerme la prueba para confirmar mi diagnostico el cual fue reactivo". (Carrillo, 2019)  b) Marisol estudiante  "Mi pareja me indico que él se encontraba enfermo y que yo debía de ir a la clínica para que me hicieran unos análisis, me acompaño y en la clínica me hablaron del VIH, yo no sabia nada de eso, me preguntaron si yo tenia otras parejas, pero siempre he sido fiel. Luego nos reunimos con mi pareja y el me confeso que tenia el Virus, que me había sido infiel con una compañera de  c) L. S. Secretaria "Mi pareja estaba en Estados Unidos y solo venia una vez al año, siempre me hablaba de VIH, pero yo no entendía porque, al pasar tres años, me dijo un día que me fuera a realizar una prueba de esas, cuando se fue lo hice y mi resultado fue positivo, sentía que el mundo se me venia abajo, lo llame para contarle y me pidió perdón, luego de ello no lo volvimos a ver, mis hijos preguntan si le paso algo, pero no sabemos" Nuestras experiencias indican que si bien el proceso no fue tan difícil, si paso mucho tiempo para saberlo.
3. ¿Se realizó la prueba de VIH su pareja o compañero, después de ser notificado?	3. ¿Se realizó la prueba de VIH su pareja o compañero, después de ser notificado?
• Únicamente quienes notificaron directamente o con apoyo del servicio de salud confirmaron que se hicieron la prueba, en el caso de los contactos no fue posible saberlo.	N/A
4. ¿Cuánto Tiempo le llevo notificar a su pareja?	4. ¿Cuánto Tiempo le llevo notificar a su pareja?
1 semana = 2	fueron las parejas quienes les notificaron, paso de 6 meses a 5 años
1 mes = 1	
2 meses = 1	
6 Meses = 1 les llevo notificar a su pareja de su diagnóstico.	
5 ¿Ustedes recomendarían la utilización de la NAP?	5 ¿Ustedes recomendarían la utilización de la Notificación de parejas?
2 personas tienen sus dudas porque sus parejas les abandonaron al momento de notificarles. 3 personas la recomiendan, porque les facilito informar a sus parejas y contactos.	Algunas mujeres consideran que debe ser obligatoria la notificación, de lo contrario los hombres, no les informan, sin embargo, en los casos que se dio el resultado en pareja o fueron informadas por alguna vía, al poco tiempo su pareja les abandono.
6. ¿Considera que la NAP protege la confidencialidad y de qué manera?	6. ¿Considera que la Notificación de parejas protege la confidencialidad y de qué manera?
Posiblemente si se opta por la notificación anónima, sin embargo, la privacidad muchas veces se pierde, porque la pareja puede ser atendida en la misma Unidad de atención integral y esto generar posibles encuentros, desconociendo ambos su situación. Un participante comento: Al principio hay un estado de choc en la persona, frustración y corre el riesgo que la pareja lo comente con alguien más, le paso con su esposa se lo dijo a su hermano.	Depende porque si la persona también la atienden en la misma clinica, se pierde.
7. ¿podría comentar cuales fueron los riesgos que lo expusieron al VIH?	7. ¿podria comentar cuales fueron los riesgos que lo expusieron al VIH?
•Relaciones sexuales sin protección	El no tomar precaución de la pareja que uno cree que es fiel y que nunca pasara.
•Poca información sobre el VIH y las ITS	Tener practicas sexuales sin protección.
•Varias parejas sentimentales o contactos	
8. ¿Usted y su familia tenía conocimiento del VIH al momento de ser diagnosticado?	8. ¿Usted y su familia tenía conocimiento del VIH al momento de ser diagnosticado?
•Los participantes manifestaron que tenían muy poca información sobre el VIH, al contrario pensaron que morirían	Poca información solo lo que se oye a veces en los medios pero desconocíamos las formas de transmisión.

## 8.2. Anexo: Consultas por acceso a información pública

Anexo 11 consultas por acceso a información pública del MSPAS, IGSS y Congreso de la República



Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud  
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas  
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA



PNS.UP.JAAM.No.068-2019  
Guatemala, 15 de julio de 2019

Licda. Ericka Soto Zepeda  
Coordinadora, Programa Nacional de  
Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA -PNS-  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Licenciada Soto:

Por este medio se está dando respuesta a la nota de trabajo No. 16-7 con fecha 16 de julio del 2019, en donde se plantean las siguientes preguntas:

2. ¿Podría informar si la Notificación Asistida a parejas se implementa en las UAIS?  
➤ De acuerdo al Decreto 27-2000, LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA, ARTICULO 25. Da la información del diagnóstico a la pareja. Las dieciséis Unidades de Atención Integral en nuestro país cumplen con informar a la pareja de la persona diagnosticada con VIH, sobre su condición, respetando en todo momento la dignidad humana.
3. ¿Cuántas Unidades de Atención Integral implementan la estrategia de Notificación Asistida de parejas, y desde que año?  
➤ La Notificación de parejas se implementa a partir de la entrada en vigencia del Decreto 27-2000, LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA, actualmente en las dieciséis unidades de Atención Integral.
4. ¿Qué organismos internacionales apoyan el financiamiento en la notificación Asistida de parejas?  
➤ El Fondo Mundial por medio de la Nota Conceptual apoyará financieramente la notificación asistida a parejas, en algunas Unidades de Atención Integral.
5. ¿Cuál es el presupuesto asignado a la implementación de la Notificación Asistida de Parejas es privado o estatal?  
➤ No existe presupuesto específico asignado a este rubro.

35. Avenida 11-40 Colonia el Progreso Zona 11  
Tels.: (502) 2445-4027, 2445-4096, 2445-4099 y 2445-4304  
PBR. 2312 8803 ext. 139



Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud  
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas  
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA



¿Responde la Notificación Asistida de Parejas a alguna estrategia de nivel nacional, regional o mundial?

- Si, a nivel nacional el Decreto 27-2000, LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA, ARTICULO 25. De la información del diagnóstico a la pareja.

particular, me suscribo,

ente

irreola  
o Normativo  
ma Nacional de ITS,  
da



Dra. Divina Samayoa  
Técnica Normativa  
Programa Nacional de ITS,  
VIH/sida



**RESOLUCIÓN No. 343-2019**

Atendiendo la solicitud presentada por la licenciada **Sandra Ramírez**, según correlativo No. 345-2019, de fecha de fecha 05 de julio 2019, en la cual requiere información relacionada a:

- Copia del anteproyecto de Ley de VIH 5126 con sus respectivos dictámenes.

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 16 del Decreto 57-2008 del Congreso de la República establece que toda persona tiene derecho a tener acceso a la información pública, cuando lo solicite.

**CONSIDERANDO**

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Decreto 57-2008, Ley de Acceso a la Información Pública, que en su parte conducente estipula: "Certeza de entrega de información. A toda solicitud de información pública deberá recaer una resolución por escrito. ... **La información se proporcionará en el estado en que se encuentre en posesión de los sujetos obligados. La obligación no comprenderá el procesamiento de la misma ni el presentarla conforme al interés del solicitante.**"

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 15 del decreto 57-2008, Ley de Acceso a la Información Pública, refiere que los **interesados tendrán responsabilidad penal y civil por el uso, manejo o difusión de la información pública a la que tengan acceso**, de conformidad con esta ley y demás leyes aplicables.

1. Número de personas con VIH que a la fecha reciben tratamiento antirretroviral en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, desagregada por sexo y edad.

Grupo etáreo	Masculino	Femenino	Total
Niños de 1 a 4 años	2	3	5
Niños de 5 a 9 años	4	9	13
Adolescentes de 10 a 14 años	12	9	21
Adolescentes de 15 a 18 años	3	0	3
Adultos de 19 a 24 años	35	10	45
Adultos de 25 a 49 años	1502	491	1993
Adultos de 50 años o más	752	205	957
Edad y sexo desconocidos	14		14
<b>Total</b>			<b>3051</b>

Fuente: Sistema de información Medi-igss y base de datos  
Laboratorio Clínico Hospital General de Enfermedades

### 8.3. Anexo: Grupo Focal con promotores de salud y ONG que trabajan en la temática de VIH

Anexo 13 Fotografías grupo focal



#### 8.4. Anexo IV: Siglas y abreviaturas

ARV	Antirretroviral
CAS	Colectivo Amigos contra el Sida
CDC	Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades
CES	Centro de Estudios en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
FM	Fondo Mundial
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, gais, bisexual, transgénero e intersexual
MINUGUA	Misión de Verificación de Naciones Unidas en Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
MT	Mujeres transgénero
NAP	Notificación Asistida de Parejas
PEN	Plan estratégico nacional de VIH
PET	Población en edad de trabajar
PEO	Plan de equidad de oportunidades
PIB	Producto Interno Bruto
PPL	Privados de Libertad
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PEDFAR	Accelerating Progress Toward HIV/AIDS Epidemic
PEA	Población económicamente activa
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/Sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PV	Personas con VIH
RP	Receptor Principal
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la
Presidencia	
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TRANS	Travesti, transgénero, transexual
TPFL	Tasa de participación en la fuerza laboral
UAI	Unidad de Atención Integral
UNICEF	El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Embajada de Estados Unidos
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VICITS	Vigilancia centinela de las ITS