

I. INTRODUCCION

Desde que se puso en evidencia a nivel mundial el VIH/SIDA como un problema de salud pública de gran magnitud y graves consecuencias a nivel individual y comunitario, la sociedad nicaragüense organizada en diferentes entidades de gobierno y de la sociedad civil, apoyados financiera y técnicamente por agencias internacionales, han desarrollado cuantiosos y valiosos esfuerzos dirigidos principalmente hacia la prevención de esta enfermedad y la atención a personas que conviven con el VIH/SIDA.

La experiencia acumulada en todos estos años de esfuerzo por las diferentes organizaciones e instituciones, evidenciaron en algún momento, la necesidad de aunar esfuerzos y voluntades para desarrollar conjuntamente actividades de lucha para el control de dicha enfermedad.

Cuál ha sido la situación evolutiva que han tenido las ETS/VIH/SIDA en Nicaragua se presenta en el análisis de situación, al igual que el grado y tipos de respuestas que se ha brindado desde las instituciones del estado y sociedad civil.

La importancia de realizar el análisis de situación es para ubicar el problema de las ETS/VIH/SIDA, en un contexto económico, social, cultural y territorial, que de una u otra forma, determinan las causas por las que la epidemia se disemina en los diferentes sectores de la población. Igualmente es de importancia conocer las características epidemiológicas con las cuales se ha venido presentando la epidemia en el territorio nacional.

En el marco de elaboración del plan nacional, éste análisis ayudó a identificar los factores claves que han favorecido u obstaculizado la diseminación de la epidemia, definir las poblaciones metas, estrategias a implementar y las mejores intervenciones que contribuirán a prevenir y controlar la misma, así como definir acciones orientadas a brindar una vida digna a las personas que conviven con el VIH/SIDA. Adicionalmente, este esfuerzo ha permitido encontrar asociaciones, alianzas, redes y consensos que servirán para modificar la situación en beneficio de la consecución de objetivos comunes.

Es así que surge el presente Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ETS/VIH/SIDA, con la participación del gobierno y la sociedad civil; producto de tres encuentros nacionales y multisectoriales, de incontables entrevistas individuales y grupos focales, colaboración técnica nacional e internacional, revisión bibliográfica, etc., afirmando que el mismo tiene una amplia participación social y por lo tanto goza de consenso nacional.

Para el abordaje integral de las ETS/VIH/SIDA, fueron consideradas ocho estrategias, que son las siguientes:

1. Fortalecimiento de las Redes de Colaboración que actualmente existen en el país.
2. Incidencia en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y atención integral de las ETS/VIH/SIDA, como un problema de salud pública.

3. Diseño e implementación de acciones para la gestión y obtención de recursos financieros, dirigidos al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.
4. Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la población para la prevención de las ETS/VIH/SIDA.
5. Desarrollo de un Programa Nacional de Sangre que garantice transfusiones sanguíneas seguras.
6. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) para las ETS/VIH/SIDA, en todos los niveles y subsectores de salud del país.
7. Diseño e implementación de un Modelo de Atención Integral dirigido a las Personas que conviven con el VIH/SIDA.
8. Diseño e implementación de un plan integrado para la atención de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA.

Para lograr el cumplimiento de cada una de las estrategias antes mencionadas fueron diseñadas actividades, las que se presentan en matrices separadas.

De igual manera se presenta el Plan Operativo Anual que corresponde al año 2000, donde se expresan, para este primer año, las principales tareas que le darán salida a las actividades de las ocho estrategias. En este plan también se expresa el compromiso y responsabilidad de las instituciones, tanto de gerencia, ejecución y tiempo en que debe ser desarrollado, al igual que el monto financiero y posibles fuentes de financiamiento.

Es importante resaltar el nivel de participación que durante todo el proceso de elaboración del Plan Estratégico, tuvieron las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y que sin duda alguna significa una de las principales ventajas que ofrece el Plan y que debe ser una garantía para el cumplimiento de las metas propuestas. Precisamente el presente documento, en su parte final, hace una mención de cada una de las organizaciones y personas a título individual que participaron en su elaboración.

II. ANALISIS DEL CONTEXTO GENERAL

2.1 Demográfico

Nicaragua se encuentra ubicado en el istmo centroamericano, tiene una extensión territorial de 130,682 Km² incluyendo los lagos Cocibolca y Xolotlán. La población asciende a 4,357,099 habitantes, de los cuales el 49.27 por ciento son hombres y 50.73 por ciento son mujeres.¹

La tasa de crecimiento demográfico anual para el quinquenio 1995-2000 es de 3.1, lo que ubica a Nicaragua dentro de las más elevadas para la región de las Américas.²

El patrón demográfico es distinto al de los países desarrollados. La pirámide poblacional es un clásico triángulo de base ancha que representa una población joven. 67 por ciento de la población es menor de 24 años, y de éstos, el 25.2 por ciento está comprendido entre los 10 y 19 años. El 50.1 por ciento de la población en este rango de edad son hombres y el restante 49.8 son mujeres.³

El censo de 1995 presenta como resultado que el 54.4 por ciento de la población estaba residiendo en áreas urbanas, siendo la región del pacífico la que más concentra población en esas áreas con 70 por ciento. Las regiones centro-norte y atlántico, aunque históricamente han tenido mayor concentración en áreas rurales, es manifiesto un crecimiento en la concentración en áreas urbanas, habiendo presentado en 1995, un 35 y 33 por ciento en forma respectiva.⁴

Lo anterior se explica por la migración poblacional que en los últimos 20 años se ha presentado en el país, tanto al interior como al exterior del mismo, producto de la situación bélica que se vivió en la década de los años 80 y de la problemática socioeconómica en la década del 90.

Se calcula que unas 500,000 personas salieron del país en los años 80, los que principalmente se dirigieron hacia Estados Unidos, Canadá y resto de países de Centro América, de éstas personas, un porcentaje significativo se han repatriado desde inicio de los años 90, sin embargo, durante este mismo período, se estima que 450,000 personas han emigrado hacia Costa Rica, Honduras y los mismos Estados Unidos. Estos grupos poblacionales se vuelven más vulnerables a las ETS/VIH/SIDA, por cuanto se exponen a cambios de pareja más frecuentemente.

Se estima que en los últimos 20 años la tasa global de fecundidad (TGF), ha descendido de 6.8 (1970-1975) a 4.5 hijos por mujer (1990-1995).⁵ Según datos obtenidos por ENDESA-

¹ Nicaragua. INEC. VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas-1995. Informe Final 1996.

² OPS/OMS. Indicadores Básicos 1998. Situación de Salud en las Américas.

³ Nicaragua. INEC. Censo 1995. ob. cit.

⁴ Nicaragua. INEC. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud-1998 (ENDESA-98) pag. 5-6

⁵ Nicaragua Política Nacional de Población. Pag. 6

98, la tasa global de fecundidad para el país es de 3.9 hijos, siendo para el área urbana de 3.1 y en el área rural de 5.4.⁶

Las relaciones sexuales se inician de forma precoz por una gran cantidad de jóvenes; 51.7 por ciento de los varones y 16.6 por ciento de mujeres lo hacen a los 15 o menos años de edad. El 15.2 por ciento de varones y el 0.69 por ciento de mujeres inician su vida sexual entre los 9 y 13 años.⁷

La proporción de adolescentes entre los 15 y 19 años que han iniciado la procreación asciende a 27 por ciento. En este grupo poblacional se tiene un 10 por ciento de madres embarazadas a los 15 años, y un rápido incremento en las edades siguientes que culmina con 46 por ciento a los 19 años. Cuando la mujer no tiene ninguna educación, el nivel de fecundidad casi llega a duplicar la media poblacional y cuadruplica la de aquellas con educación superior.⁸

La política de gobierno en relación a la población, está dirigida a influir en el comportamiento reproductivo, educación, formación y salud sexual y reproductiva de los nicaragüenses. Para tal efecto se ha planteado como primer objetivo específico “contribuir a que las parejas decidan de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, para lo que el estado debe apoyarles con prestación de los servicios necesarios.”⁹

Ha habido un descenso en la mortalidad general, de una tasa de 23 por mil habitantes en los años cincuenta, a una tasa de 7 por mil en los noventa, un 30 por ciento de esas muertes ocurren en menores de cinco años de edad¹⁰. Contrariamente la esperanza de vida al nacer se ha visto incrementada, la que para el año 1998 se estimó en 68.4 años.¹¹

La mayoría de indicadores demográficos que presenta Nicaragua, descritos anteriormente, tienen algún grado de relación con la problemática del VIH/SIDA.

Es evidente que condiciones como el alto nivel de migración poblacional, población eminentemente joven, con alta tasa de fecundidad y crecimiento demográfico, edad precoz en el inicio de la vida sexual y de la paridad y aumento en la esperanza de vida al nacer, son indicadores que pueden incidir en forma directa en las tasas de incidencia y prevalencia del VIH/SIDA, es más, pueden alterar las características epidemiológicas, sobre todo en lo que respecta a la vía de transmisión vertical, que hasta la fecha es mínima, pero, que puede verse incrementada o al menos manifestar una frecuencia relativa bastante significativa, esto último debe ser considerado como un problema potencial y ser analizado en su proyección y nivel de respuesta que se le debe brindar.

⁶ Nicaragua. ENDESA-98 pag. 37-38

⁷ SI MUJER. Acceso de adolescentes a Información y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Nicaragua, 1997

⁸ Nicaragua. ENDESA-98 pag. 41 y 49

⁹ Nicaragua. Política Nacional de Población. Pag. 27

¹⁰ Nicaragua. MINSA. Programa de Modernización del Sector Salud, 1998-2002.

¹¹ OPS/OMS. Indicadores Básicos 1998. Situación de Salud en las Américas.

2.2 Socioeconómico

Nicaragua, a pesar de sus riquezas naturales es el segundo país más pobre del continente americano. El producto interno bruto (PIB) per cápita, ajustado por el poder adquisitivo de la moneda, para los años 1997 y 1998 fueron de USD\$464.2 y USD\$468.8 de forma respectiva¹².

La tasa de subutilización de la fuerza de trabajo se ha mantenido alta. Según un estudio del FIDEG (1995-1996), de 1,645,808 personas ocupadas, el 56 por ciento lo hace en condiciones de pleno empleo y el 44 por ciento trabaja en condiciones de subempleo visible o no visible. Por otro lado, el salario real de l@s trabajador@s ha disminuido en un 20 por ciento en las estructuras o dependencias del Gobierno Central y 12 por ciento en el resto de trabajador@s que se encuentran asegurad@s a través del Instituto Nacional de Seguridad Social.¹³

La situación de pobreza es generalizada para todo el país. Estudios realizados por diferentes agencias e instituciones han revelado que existe un elevado porcentaje de población que vive algún grado de pobreza: MINSA/BID (1995)¹⁴ el 73.3 por ciento del total de la población en pobreza, con 50.3 en extrema pobreza; NITLAPAN (1995)¹⁵ el 77.1 por ciento en pobreza y el 42.5 por ciento en pobreza crónica; PNUD/UNICEF (1993)¹⁶ el 74.8 por ciento de los hogares viven en una situación de pobreza y el 43.6 por ciento en pobreza extrema. En este último estudio, se determinó que la mayor pobreza se presenta en el área rural, donde un 87.3 por ciento de la población viven en pobreza, con un 60.0 por ciento en extrema pobreza.

En los últimos años se ha observado un incremento en las desigualdades sociales. A nivel nacional, entre 1995–1996, el 20 por ciento de los hogares más pobres captaban apenas el 4.3 por ciento de los ingresos, contrariamente, el 20 por ciento de los hogares más ricos, captaban el 53 por ciento de los ingresos. La brecha de los estratos era de 12 a 4.¹⁷

La participación de la mujer en la población económicamente activa (PEA), ha sido un proceso lento: 18.2 por ciento en 1950; 28.3 por ciento en 1970; 32.4 por ciento en 1985 y 42.3 por ciento en 1996. Existe una participación diferente en mujeres de las zonas urbanas y rurales, de cada 100 mujeres de zonas urbanas 47 eran económicamente activas y en las zonas ru rales la relación era 36 por cada 100. Según datos del FIDEG, en los años 1995/96 indican que la participación de las mujeres en la PEA agropecuaria asciende a 35 por ciento. La participación de los varones en la PEA ha ido en disminución: En 1950 era del 88 por ciento; 1970 fue de 71.7 por ciento; 1985 del 67.6 por ciento y en 1995 del 57.7 por ciento.

¹² Nicaragua. Banco Central de Nicaragua. Indicadores Económicos. Vol. V. No.3. Marzo, 1999.

¹³ Encuesta FIDEG-1996

¹⁴ Nicaragua. MINSA-BID-MSH. Estudio de Demanda de Servicios de Salud. 1995.

¹⁵ Martínez Vega T., Ghysels J. El combate contra la pobreza: Un factor determinante ante el desarrollo. 1995.

¹⁶ Nicaragua. MAS-PNUD-UNICEF. Estudio de la pobreza en Nicaragua. 1994.

¹⁷ Rosa Renzi, María. La Esperanza tiene nombre de mujer. Pag. 5

Un estudio del FIDEG evidenció que de los 324,000 hogares que residen en las zonas rurales, solo el 32 por ciento manifestaron ser propietarios de los mismos, de los cuales el 13 por ciento reportaron tener títulos a favor de la mujer, lo que representa un 9.8 por ciento del total.

Todo lo anterior hace indicar que la participación de la mujer en los procesos económicos del país va en aumento, presumiéndose que para el nuevo milenio, la mitad de la fuerza de trabajo serán mujeres.

A pesar de la importancia que evidencia la participación de la mujer en la PEA, ésta tiene que enfrentar múltiples obstáculos para poder insertarse en el mercado laboral, como pueden ser: Falta de nuevas destrezas que impone la modernización, carga familiar, condiciones de competitividad y desventajas en relación con los hombres.

La problemática económica que enfrenta el país es un elemento clave relacionado con la presencia del VIH/SIDA. Elevadas tasas de desempleo obligan a la población a buscar alternativas de sobrevivencia, dentro de las cuales se encuentran la venta de sexo. También existe una relación directa entre el desempleo con la delincuencia y ésta con la drogadicción y alcoholismo, elementos que también juegan su rol en la propagación de las ETS y el VIH/SIDA.

Educación

En términos generales la educación en Nicaragua ha sufrido un retroceso, el cual se muestra con el porcentaje de población analfabeta, la que para el año 1995 se estimaba en un 44 por ciento, siendo la tercera más baja en el continente americano, solo superada por Guatemala y Haití.¹⁸ El nivel promedio educativo, en todo el territorio, para personas mayores de 10 años es de 4.5 años, mientras que en la zona rural apenas alcanza los 2 años.¹⁹

Con respecto a la educación primaria por sexo, en los años 90 al 96, la matrícula de niñas fue superior a la de niños, sin embargo, es preciso señalar que en el 90 se matriculó el 58 por ciento de niñas y en el año 1996 solamente un 50 por ciento. La matrícula en alfabetización descendió en un 30.6 por ciento, pasando de 23,297 personas atendidas a 16,177. Los programas del Ministerio de Cultura, Educación y Deportes (MECD), cubren entre el 1.5 y 2 por ciento del total de analfabetas del país.

En este mismo período la población estudiantil de secundaria se incrementó de 136,264 a 192,744 alumn@s. La población femenina se mantuvo arriba del 55 por ciento. En este nivel educativo la brecha urbano-rural es más grande, debido a que solamente el 7 por ciento de sus alumn@s se encuentran en el área rural.

La participación relativamente alta de mujeres en la educación primaria y secundaria, hace pensar que las políticas son adecuadas para su integración, pero, no indica que su filosofía y contenidos estén orientados a promover la igualdad entre los géneros.

¹⁸ OPS/OMS. Indicadores Básicos, 1998. Situación de Salud en las Américas.

¹⁹ Ocón Ma. Dolores. Pasos, Mayra. La equidad, una lucha de las mujeres.

Aunque el sistema educativo nacional ofrece oportunidad de estudio a 1.4 millón de alumn@s (1995), quedan sin acceso a ella 475,000 niñ@s entre 4 y 6 años de edad para la educación preescolar; 160,835 niñ@s entre 7 y 12 años para la educación primaria y más de 450,000 jóvenes entre los 13 y 17 años no llegan a la educación secundaria²⁰.

El año escolar 1997 concluyó con un nivel de deserción mayor del 10 por ciento y el índice de niñ@s que no pasan de grado (repetencia escolar) de 34.1 por ciento. En los últimos seis años ha habido un incremento de los niveles de repetición del 8.1 por ciento.²¹

El presupuesto asignado por el gobierno central a la educación pública se ha visto mermado de forma considerable, descendiendo de 5.1 por ciento del PIB en 1990, a 3.8 por ciento en el año 1995. Lógicamente esta situación presupuestaria afecta de forma negativa los procesos, programas y proyectos educativos que tienen las diferentes instituciones que brindan este servicio.

La alternativa impulsada por el nuevo gobierno ha sido la autonomía escolar, sin embargo, ésta trae como consecuencia un mayor nivel de compromiso económico por parte de la población, en este caso de los padres de familia, quienes tienen que realizar desembolsos de bolsillo para sufragar los gastos en que incurre la educación de sus hijos.

Existe una relación entre el nivel educacional y el conocimiento que la población tiene acerca del VIH/SIDA, lo que ha quedado evidenciado en los resultados obtenidos en ENDESA-98 y que se presentan en el siguiente cuadro²².

Cuadro No.1

Conocimiento sobre el VIH/SIDA por sexo y escolaridad. Nicaragua, 1998.

Escolaridad	Conoce SIDA		Formas de Prevención					
			No sabe		Uso de Condón		Una sola pareja	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Sin Educación	94.6	85.6	23.8	37.1	43.7	38.4	19.5	18.6
Primaria 1-3	97.7	94.0	17.7	26.2	57.7	48.3	18.6	18.3
Primaria 4-6	98.7	95.7	10.1	18.9	68.2	56.0	18.5	20.9
Secundaria	99.8	99.6	2.6	7.8	74.7	63.5	24.3	28.8
Superior	100.0	99.9	1.3	2.6	74.5	68.0	38.0	42.5

A pesar de que existe un elevado conocimiento sobre el VIH/SIDA en toda la población, claramente se observa una relación directamente proporcional entre la escolaridad y el conocimiento, favoreciendo a la población que tiene una mayor escolaridad, o sea, a mayor escolaridad, mayor conocimiento sobre el problema. Por el contrario, existe una relación inversamente proporcional entre la escolaridad y el conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA, a menor escolaridad, mayor el desconocimiento.

²⁰ Arrien Juan Bautista, Gorostiaga Xavier. S.J. Nicaragua: La Educación en los Noventa Desde el presente...Pensando en el futuro.

²¹ Nicolás L. La Pobreza en Nicaragua avanza “a paso galopante”. La Tribuna. 1/XI/97.

²² Nicaragua. ENDESA-98 ob.cit. pag. 175-184

El conocimiento sobre formas de prevención (Uso del condón y mantener relación con una sola pareja), se observa con mayor porcentaje en la población que tiene mayor nivel de escolaridad.

En esta encuesta también destaca el nivel de conocimiento entre géneros, que favorece al sexo masculino. Probablemente esto se deba al tipo de cultura patriarcal que tiene el país, y que debe ser considerado entre el análisis para proyectar respuesta ante esta situación.

Salud

El principio rector de la Política Nacional de Salud, se encuentra en la Constitución Política del Estado, donde se establece que “Los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud”.²³

Por lo anterior, la salud constituye un derecho básico de la población, lo que inclusive se encuentra legalmente sustentado, sin embargo, por múltiples razones de índole principalmente económicas, ningún gobierno ha garantizado en el cien por cien la atención de la población de acuerdo a sus necesidades y demandas.

El gasto nacional en salud (GNS) per cápita disminuyó de US\$60.0 en el período de 1980-1984 a US\$37.0 en el período 1990-1994. Para los años 1995-1996 se estimó que el promedio de gasto anual per cápita realizado por el MINSAL, fue US\$35.07, incluyendo todas sus fuentes de financiamiento: Propios del gobierno (impuestos), hogares (desembolsos directos) y cooperación externa (donaciones y créditos).²⁴

El PIB per cápita entre 1980-1984 y 1985-1989 se redujo en un 32.1 por ciento; el gasto público en salud se redujo en un 7.3 por ciento. Sin embargo, el PIB per cápita entre el período 1985-1989 y 1990-1994 se redujo en 25.4 por ciento y el gasto público en salud se redujo en un 50 por ciento.²⁵

El gasto del sector salud ha sufrido transformaciones en los últimos años, en especial en lo que respecta a los montos asignados por las diferentes fuentes de financiamiento. En tanto el gobierno ha venido reduciendo el monto per cápita, los hogares han venido incrementando su participación. Entre ambas situaciones existe una relación directa, la que viene dada por la reducción de la oferta de servicios por la estructura pública y la búsqueda de alternativas por parte de la población, la que en todo caso debe acceder a servicios privados y realizar sus respectivos desembolsos, incluso, una de sus alternativas es el pago por servicio en la misma estructura pública.

²³ Constitución Política del Estado. Artículo No.59

²⁴ Nicaragua. Cuentas Nacionales en Salud. Estudio de Fuentes de Financiamiento y Gasto en Salud. 1995-1996. Informe Preliminar, 1998. Pag. 22-26

²⁵ Ocón, Lola. Ob.cit.

A partir de 1993 y en el marco de las reformas estructurales del país, se dan los primeros pasos encaminados a la reforma en el sector salud, los que se orientan a cambios sustanciales en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales de Nicaragua.

En torno de este ambiente se da inicio al proceso de descentralización a través de la creación de Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS). Este proceso aun no culmina en toda su dimensión, dado que la descentralización no ha sido posible en todos sus ámbitos administrativos y asistenciales.

El gobierno actual ha definido para el período 1997-2002 nuevas Políticas Nacionales de Salud, en una búsqueda de mejorar la eficiencia en todos los procesos de atención y encontrar alternativas de financiamiento para el gasto que representa dicha atención. Estas Políticas Nacionales son las siguientes:²⁶

1. Modernización del sector Salud
2. Fortalecimiento del Ministerio de Salud
3. Fortalecimiento de la atención hospitalaria
4. Nuevas estrategias en salud pública
5. Reforma de la seguridad social

Es así que para el período 1998-2002, se establece un programa para continuar con el proceso de modernización del sector salud, cuyo objetivo general es "Modernizar el Sistema Nacional de Salud para lograr un mejoramiento continuo de la cobertura, la equidad, la eficiencia y la calidad de la administración y la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de la democracia y las políticas de desarrollo del Gobierno Nacional".²⁷

En términos generales, con la modernización del sector se pretende lo siguiente:

- El MINSA asuma su papel de rector y líder del sector sanitario
- Alcanzar equidad, eficiencia y eficacia
- Lograr la descentralización a nivel de municipios y unidades hospitalarias
- Integrar las acciones sanitarias como un Sistema
- Implementar nuevas alternativas de financiamiento
- Modernizar y regular los recursos
- Priorizar territorios y poblaciones
- Incorporar nuevas formas de gestión
- Retroalimentar a la población y al sistema de salud

Uno de los ejes principales de desarrollo en el marco de la modernización se ha enfocado a la democratización de la gestión y al trabajo comunitario a través de las casas bases. De esta manera se reconoce y proyecta el papel que juegan los diferentes actores sociales en el proceso salud-enfermedad.

²⁶ Nicaragua. MINSA. Política Nacional de Salud, 1997-2002

²⁷ Nicaragua. MINSA. Programa de Modernización del Sector Salud, 1998-2002. Pag. 14

De forma paralela se han desarrollado programas específicos, dirigidos a grupos de población vulnerables, para los que también existen políticas y programas definidos, tales como:

- a) Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Resultado del aporte de organizaciones de mujeres y la asistencia técnica internacional. Se plantea la incorporación del enfoque de género y el abordaje de la violencia como un problema de salud pública. El MINSA, ha realizado grandes esfuerzos en la formación del personal, difusión y promoción del modelo, sin embargo, en la práctica todavía no ha adquirido la dimensión proyectada. El enfoque de género no se ha logrado incorporar plenamente y continúan las desigualdades en la atención de salud entre mujeres y hombres.
- b) Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia. Entre los objetivos se plantea servicios de atención integral en hospitales infantiles y unidades de salud que atiendan adolescentes de ambos sexos hasta los 18 años. Servicios especiales de salud reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y mortalidad materna.²⁸
- c) Programa de Educación Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Cultura, Educación y Deportes. Programa dirigido a fortalecer la educación sexual y reproductiva en jóvenes estudiantes de los diferentes niveles escolares.
- d) Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Representa un avance al considerar la garantía de no discriminación y que puede ser un instrumento legal para exigir su aplicación y el respeto a la misma. Recientemente se reglamentó. Durante todo este proceso fue notoria la participación de representantes del MINSA, Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, Comisión de Lucha Contra el SIDA desde la Sociedad Civil, Cruz Roja Nicaragüense, Fundación Nimehuatzin,, personas que conviven con VIH/SIDA y Proyecto de Acción SIDA para Centro América (PASCA).

²⁸ Nicaragua. MINSA. Bases Programáticas: Programa de Atención Integral a la Adolescencia. 1996.

III. SITUACION DE SALUD

3.1 General

En Nicaragua, la causa principal del mal estado de salud de la población sigue siendo la pobreza. El país presenta un perfil de salud pre-transicional, es decir, que mantiene altas tasas de morbi-mortalidad producto de enfermedades infecto-contagiosas (EDAs, Malaria, ERAs, Cólera, Dengue, TB), pero, también se han incrementado las enfermedades crónicas degenerativas, especialmente las cardiovasculares y neoplásicas.

Las condiciones higiénico sanitarias del país y el acceso a servicios básicos, no han cambiado en los últimos tres años, lo que tiene su expresión en los siguientes indicadores:²⁹

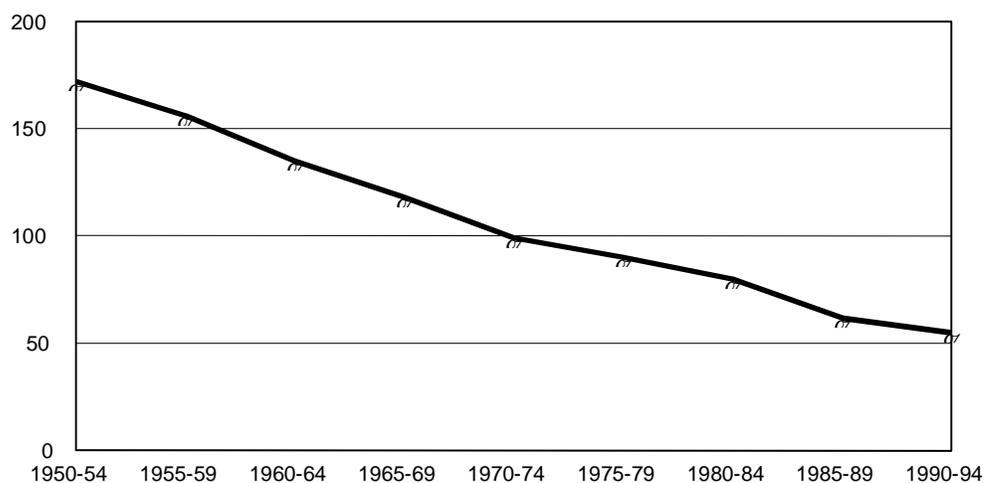
⇨ Población urbana con acceso razonable a fuentes públicas de agua potable	91.1%
⇨ Población rural que dispone de agua potable razonablemente accesible	54.8%
⇨ Población urbana conectada al sistema público de eliminación de excretas	29.0%
⇨ Población rural que dispone de sistema adecuado para eliminar excretas	1.8%
⇨ Población urbana con sistema de recolección de basuras	55.0%

La esperanza de vida para la población en general, se estima en 68.2 años para el período 1995-2000, la que se diferencia en 68.5 para hombres y 70.6 años para mujeres.

Se ha logrado un descenso en la tasa de mortalidad infantil, de 71 por mil nacidos vivos en el período 1985-1990 a 58.2 por mil nacidos vivos en 1995 (Gráfico No.1). A pesar de esta disminución, sigue siendo una de la más altas a nivel mundial. La mortalidad infantil ha experimentado cambios importantes en su perfil en los últimos 40 años, identificándose como principales causas: EDAs, IRAs y afecciones del período neonatal.³⁰

Gráfico No.1

Tasa de Mortalidad Infantil. Nicaragua, 1950-1994.



²⁹ Nicaragua. MINSA-OPS/OMS. Datos Básicos e Indicadores en Salud. 1998.

³⁰ Nicaragua. MINSA. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. SINEVI.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, en diferentes documentos oficiales se encuentran diferentes estadísticas, sin embargo, para los años entre 1987 y 1993 se estima una tasa de 150 por 100 mil nacidos vivos.^{31 32} En el año 1995 la mortalidad materna se estimó en 160 por 100 mil nacidos vivos, que para ese período ocupaba el tercer lugar de los países centroamericanos, sin embargo, “mejoras en la vigilancia hacen suponer que la tasa real puede estar alrededor de 200”³³

Las causas de las muertes maternas se asocian principalmente con patologías de la última mitad del embarazo, donde se incluyen: hemorragia, enfermedad hipertensiva del embarazo y la sepsis. El aborto representa también una causa significativa. El principal factor condicionante de este problema es el alto riesgo reproductivo de las mujeres de Nicaragua, ligado a alta tasa de fecundidad en mujeres menores de 19 años y mayores de 35. Los embarazos en adolescentes constituyen el 28% del total de embarazos.

La tasa de mortalidad bruta descendió de 9.7 en 1985 a 6.98 por mil habitantes en el período 1990-1995. Durante este último período, las principales causas de muerte fueron: Enfermedades del aparato circulatorio, infecciones intestinales, accidentes y causas violentas, ERAs y afecciones del período neonatal.³⁴

Un problema a destacar, por la magnitud creciente que ha manifestado, es la violencia. El 28.7 por ciento de mujeres manifiestan algún tipo de violencia física y/o sexual³⁵, como producto del sistema patriarcal de desigualdades, donde la mujer y niñ@s son víctimas de marginación, humillación, maltrato y discriminación. Otros elementos que juegan un importante papel en esta situación son la descomposición social, polarización política, falta de oportunidades de trabajo, estudio y recreación de l@s jóvenes y la discriminación por género que se vive en la sociedad, variables todas que se encuentran directamente relacionadas con la situación de VIH/SIDA.

Entre los problemas de salud que pueden ser generados por la violencia hacia la mujer y la niñez se pueden señalar: Las ETS/VIH/SIDA, embarazos no deseados, abortos, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de salud mental y ginecológicos. Como resultado fatal de esta situación se generan suicidios, homicidios y mortalidad materna. En este contexto el suicidio ha venido a ocupar un escalafón importante como problema de salud pública, ubicándose en una de las diez primeras causas de mortalidad general del país.

A pesar de sus limitaciones, el MINSA es el principal proveedor de los servicios de salud en el país, estimando que el sector privado atiende el 4 por ciento (incluido dentro de este sector los centros de atención alternativo)s y el seguro social el 6 por ciento de la población.

³¹ Nicaragua. MINSA. Plan Maestro de Salud 1991-1996. Pag. 32

³² OPS-OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995.

³³ Nicaragua. MINSA. Política Nacional de Salud. Pag. 6-7

³⁴ Nicaragua. MINSA-OPS/OMS. Datos Básicos e Indicadores en Salud. 1997 y 1998.

³⁵ Nicaragua. MINSA-INEC-DHS. ENDESA-98 pag. 196

Los principales indicadores de recursos del país son: 1296 habitantes por médico; 3292 habitantes por enfermera; 14799 habitantes por odontólogo; 921 habitantes por cama hospitalaria.³⁶

En relación a la atención en salud de personas que conviven con el VIH/SIDA, no existe una política de gobierno claramente definida, en cuanto a la atención profesional integral; diagnóstico, tratamiento, atención social, etc. Por otro lado, se incluye, al igual que el resto de patologías, en políticas de pago por servicio, incluso, uno de los hospitales del MINSA definido como de referencia nacional para la atención de estos usuarios/as, tiene una política de precios que no es congruente con el promedio de ingreso mensual de la población y el porcentaje que destina para salud.

³⁶ Nicaragua. MINSA-OPS/OMS. Datos Básicos e Indicadores en Salud. 1998.

3.2 Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA

Con la introducción del VIH/SIDA como una enfermedad cuya principal vía de transmisión es sexual, la concepción de los Programas de Control de ETS sufren una transformación radical, en Nicaragua el VIH/SIDA se integra al programa nacional del MINSA en el año 1987. En 1988 se realiza el primer plan a corto plazo del programa, el cual ya contemplaba actividades dirigidas a la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Para los años 1990-1992 el programa diseñó un plan a mediano plazo y en su primera evaluación se expresa lo siguiente: “la implementación del programa desde su inicio ha tenido una dirección centralizada lo que trajo como limitante en la realidad el no contar con el apoyo suficiente de los trabajadores de la salud y por otro lado aumentar los mitos que caracterizan el problema del VIH/SIDA.”³⁷

Durante este período las principales actividades fueron dirigidas hacia el fortalecimiento de la estructura del programa, desarrollo del personal, vigilancia epidemiológica, diagnóstico serológico, sistema de información y educación a la población en general.

Para los años 1993-1995 se diseña el segundo plan a mediano plazo, donde se priorizan las siguientes actividades:³⁸

- ☞ Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica, determinación de seroprevalencia y estimación de tendencia, incorporación de otras instituciones al sistema de información.
- ☞ Prevención de la infección dirigido hacia grupos poblacionales específicos.
- ☞ Consolidación de la red de laboratorios para VIH/SIDA

En la V Evaluación de planes nacionales de mediano plazo llevada a cabo en 1995 y donde se evalúa el plan anterior, se señala como principales logros:³⁹

- ☞ Ampliación y fortalecimiento del personal destinado al programa.
- ☞ Establecimiento de coordinación entre el MINSA e instituciones no gubernamentales para el desarrollo conjunto de actividades.
- ☞ Elaboración y distribución de materiales educativos, dirigido hacia la población en general.

Limitaciones señaladas en ésta y anteriores evaluaciones que merecen ser descritas, son: Inestabilidad de recursos humanos destinados al programa y falta de un ambiente estructural adecuado para desarrollar el trabajo, sobre todo para brindar un ambiente seguro, tranquilo y confidencial a l@s usuarios/as.

³⁷ Nicaragua. MINSA/OPS-OMS. 1ra. Evaluación del Plan Nacional de Mediano Plazo para la prevención y control del SIDA. Octubre 1991. Pag. 16

³⁸ OPS-OMS. II Reunión de Promoción de los planes de mediano plazo para la prevención y control del SIDA/VIH en Centroamérica. Costa Rica, mayo 1993. Pag. 10

³⁹ OPS-OMS. V Informe de progreso de planes de mediano plazo para la prevención y control del SIDA/VIH. Octubre 1995. Pag. 33

Esta situación ha sido superada en parte. Respecto a los recursos humanos se ha tratado de asegurar permanencia y poca rotación del personal que labora en el programa que se encuentra distribuido en todo el territorio, incluyendo los de nivel nacional, pero, en cuanto a las limitantes de infraestructura siguen siendo las mismas, lo que dificulta una mejor atención de las personas que conviven con el VIH/SIDA.

Sin duda alguna que el Programa ETS/VIH/SIDA del MINSA, a través de todos estos años de desarrollo laboral, ha reunido una amplia experiencia en el enfoque de atención del VIH/SIDA, desde el punto de vista de atención clínica integral, promoción, prevención, legislación y planeación.

De igual forma existe una gran experiencia acumulada por parte de organismos no gubernamentales y de personas que han desarrollado diferentes trabajos de investigación, atención, de formación de recursos, información y educación a la población.

Ha habido esfuerzos para lograr una mayor integración, comunicación e información entre las diferentes estructuras orgánicas del país que laboran en el tema VIH/SIDA, pero no ha tenido una sistematicidad y no ha tenido un desempeño totalmente integral, sobre todo tomando en consideración que las fuentes de financiamiento para cada una de ellas son diferentes.

Precisamente el reto es lograr una cohesión entre todos, o al menos la gran mayoría de actores sociales (organismos y personas), que de alguna manera están vinculadas con el tema VIH/SIDA y orientar los esfuerzos por un mismo camino.

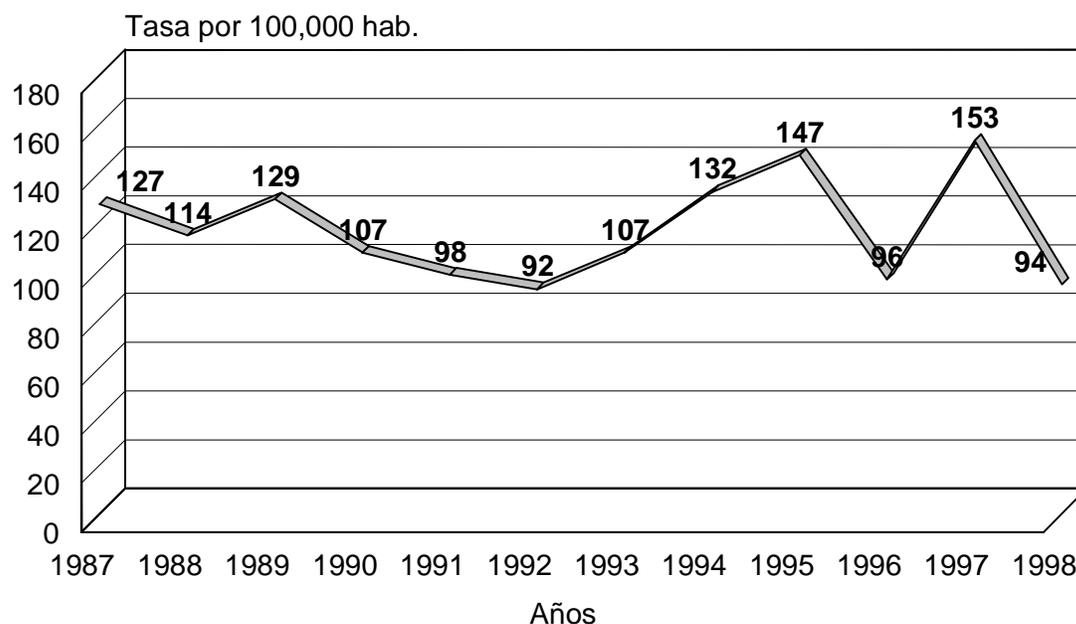
En el presente existe una voluntad claramente identificada para lograr esta meta y el momento está siendo marcado por la elaboración del Plan Estratégico Nacional, el que debe servir de guía para el desarrollo futuro de todas y cada una de las actividades encaminadas a la prevención y control de la enfermedad.

3.3 Situación de las ETS en Nicaragua

Las ETS representan un serio problema para la gran mayoría de los países del mundo, sin embargo, su magnitud real no ha podido ser medible en toda su dimensión, esto se debe fundamentalmente por el subregistro que existe. La población todavía mantiene ciertos "tabúes" alrededor de estas enfermedades, provocando que busquen atención fuera de unidades de salud. Como alternativa, la población realiza autotratamiento, visitan farmacias, medicina tradicional, amigos, vecinos, etc.

En el Gráfico No.2 se aprecia una gran variabilidad en la incidencia de acuerdo a reportes del MINSA, desde el año 1987 a 1998, lo que reafirma lo dicho anteriormente sobre el subregistro que se da en este tipo de enfermedades.

Gráfico No.2
Tasa de Incidencia de ETS. Nicaragua, 1987-1998



Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

De las enfermedades que se reportan en el MINSA, las infecciones gonocócicas representan el primer lugar, seguido de las sífilis adquirida. Con respecto al diagnóstico, es importante señalar que existen limitaciones para poder realizarlo en casi toda la red de servicios, en especial para estas dos enfermedades mencionadas anteriormente.

Los SILAIS que tradicionalmente han reportado los mayores números de casos son la RAAS y RAAN que ocupan los dos primeros lugares, seguido de Masaya, Chinandega, León y Managua. Paradójicamente las dos regiones atlánticas, son las menos atendidas por su lejanía, difícil comunicación y su desagregación poblacional en el territorio geográfico.

El comportamiento de las ETS, de acuerdo al registro que lleva el MINSA, guarda una relación muy similar al VIH/SIDA, siendo los más afectados el sexo masculino y jóvenes ubicad@s en los grupos etáreos de 15 a 39 años.

A pesar del subregistro que existe en estas patologías, que ha sido señalado anteriormente, las estadísticas nacionales sirven de guía para tener conocimiento sobre el comportamiento del problema, en todo caso, las ETS representan un serio problema, con tasas de incidencia elevadas: 107 en el año 1993; 147 en 1995 y 153 por 100 mil habitantes en el año 1997, lo que es indicativo de que este problema no está bajo control.

Con estas cifras no se puede aseverar que existe un incremento, sin embargo, con estos datos sí se puede señalar que la magnitud del problema es importante, lo que debe servir de alerta, dado que estas estadísticas pudieran estar reflejando una situación similar con el VIH/SIDA.

IV. ANALISIS DE SITUACION DEL VIH/SIDA EN NICARAGUA

Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS, a fines de 1998, 33.4 millones de personas vivían con el VIH/SIDA en todo el mundo, y 13.9 millones habían perdido la vida a raíz de esta enfermedad. Aproximadamente 600,000 niños adquirieron el VIH en 1998. Las mujeres representan actualmente el 43% de todas las personas mayores de 15 años que conviven con el VIH/SIDA.

Lo más llamativo de las estadísticas reconocidas a nivel mundial, es que no existen indicios de que la tendencia hacia el aumento se revierta. La mayoría de personas que viven con el VIH morirán dentro de una década a no ser que se encuentre una cura o que las terapias para prolongar la vida estén disponibles para un mayor número de personas.⁴⁰

Estas cifras, que presentan en toda su magnitud la morbi-mortalidad del VIH/SIDA, hacen ver esta enfermedad como una de las más devastadoras del mundo en los últimos siglos, dado su cuantioso impacto en todas las esferas de la sociedad mundial.

Antes de continuar el abordaje de la problemática del VIH/SIDA, es importante explicar como se cataloga y se reconoce la epidemia con respecto a las estadísticas de un país.

“Los tres tipos de epidemias de infección por el VIH reconocidos en dos reuniones mundiales de expertos (Berlín 1997 y Ginebra 1998), así como en la reciente publicación del Banco Mundial, son las epidemias de baja transmisión o nacientes, que se caracterizan por prevalencias de infección por el VIH de menos de 5% en grupos con comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajador@s sexuales, usuarios de drogas intravenosas) y con prevalencias cercanas a cero en la población general (por ejemplo, en mujeres que acuden a la atención prenatal en zonas urbanas). Las epidemias concentradas se definen por prevalencias de VIH de más de 5% en uno o varios grupos de individuos con comportamientos de alto riesgo, en tanto que la prevalencia en la población general (evaluada en mujeres embarazadas) no alcanza el 5%. Por último, se consideran como epidemias generalizadas, en las que se afecta no sólo a los individuos con prácticas de alto riesgo, sino también a la población en general, por consiguiente las prevalencias de VIH en mujeres embarazadas es mayor al 5%. Una revisión más reciente ha llevado a algunos expertos a considerar que cuando la prevalencia de infección por VIH alcanza el 1% de mujeres embarazadas (en muestras representativas del país) ya se alcanza una epidemia generalizada.”⁴¹

⁴⁰ Actualidad Gerencial. Estrategias para mejorar los servicios de salud y planificación familiar. Vol. VII. No. 3. 1998. Pag. 4

⁴¹ Izazola Licea, José Antonio. El Sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. Basado en la XII Conferencia Internacional sobre SIDA. Ginebra, Suiza. 1998. Fundación Mexicana para la Salud. SIDALAC. ONUSIDA. 1ra. Edición 1999. Pag. 26-27

4.1 Situación Regional

La situación de la región con respecto al problema del VIH/SIDA no es nada alentador a pesar de todos los esfuerzos que se han desarrollado en todos los niveles, esta situación se presenta como uno de los principales problemas y desafíos para la Salud Pública. Entre los últimos análisis elaborados por organismos internacionales, evaluando la evolución presentada por la epidemia en la región se presentan las siguientes cifras y situaciones:^{42 43}

El Programa Conjunto y Co-financiado de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), estima que hay 1.6 millones de personas que viven con la infección por el VIH en América Latina y el Caribe (5.4 por ciento del total mundial) y más de 200 mil enfermos de SIDA (3.0 por ciento del total de casos notificados en el mundo). Se estima cerca de 1 millón de personas que conviven con el VIH/SIDA en América del Norte.

El ritmo de la propagación del VIH/SIDA en América Latina ha sido menor que en el resto del mundo en desarrollo; sin embargo se encuentra ya bien establecida en la mayor parte de los países de la región, con gran variación en el nivel de infección, la rapidez de su diseminación y los grupos que más se están afectando.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las epidemias se pueden clasificar como concentradas, lo que significa que el VIH/SIDA todavía está afectando a los grupos e individuos con comportamientos de riesgo, en los que las tasas de infección exceden el 5 por ciento, pero las prevalencias en mujeres en clínicas de atención prenatal son menores al 1 por ciento.

Sin embargo, aunque la epidemia sigue concentrada y afectando principalmente a hombres, existe un incremento en la afectación al sexo femenino, 20 por ciento de los adultos en América del Norte y América Latina, y uno de cada tres adultos en el Caribe. En consecuencia, se ha registrado mayor tasas de infección en lactantes en casi todos los países miembros. En los países con transmisión baja, la prevalencia de infección en mujeres embarazadas es menor de uno por ciento, sin embargo, en países con epidemia generalizada, la prevalencia es mayor del 5 por ciento.

Un elemento nuevo que empieza a destacar, es que se encuentra circulando en la región otros subtipos de virus, además del VIH-1 (B), lo que puede repercutir en la dinámica de transmisión, la patogénesis y la obtención de una vacuna eficaz. También la introducción de tratamientos antirretrovíricos ha motivado la aparición de cepas víricas resistentes que quizá ya estén circulando en la región.

Los principales factores señalados, que definen la gravedad de la epidemia son los siguientes:

- Presencia de obstáculos sociales y culturales para modificar los comportamientos de alto riesgo, especialmente en grupos más vulnerables.

⁴² OPS-OMS. 41.er Consejo Directivo. San Juan, Puerto Rico. 1999. SIDA en las Américas. Pag. 3-4

⁴³ Izazola Licea, Ob. cit. Pag. 26

- Desplazamiento de la epidemia a poblaciones más jóvenes.
- Aumento en la prevalencia de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), en grupos con acceso restringido o limitado a la educación en salud y los servicios de asistencia sanitaria.
- La continua vulnerabilidad biológica, social y económica de las mujeres.
- Número cada vez mayor de casos de transmisión de madre a hijo.
- Comprobación de presencia de diversos subtipos patógenos de VIH-1 en la región.
- Aparición de farmacorresistencia en los agentes patógenos de transmisión sexual, incluido el VIH.

Aunque existen similitudes, también se encuentra gran variabilidad en las características de los países de la región, y que tienen su incidencia en la situación del VIH/SIDA en cada uno de ellos; diversidad cultural, política, social, modelos de sistemas de salud, desarrollo tecnológico, etc., lo que debe ser tomado en consideración por cada país en la elaboración de planes dirigidos al control de la enfermedad.

4.2 Situación Nacional

4.2.1 Características Epidemiológicas

El SIDA en Nicaragua se caracteriza por ser una infección del tipo VIH-1. El patrón de transmisión dominante es el patrón II, mismo que predomina en otros países de Centroamérica, el Caribe y Este y Sur de Africa.

Nicaragua es el país centroamericano donde el SIDA se manifestó más tardíamente y es el país con menor nivel de incidencia del VIH/SIDA en relación a estadísticas que presentan el resto de países de la región centroamericana.

Existen diferentes percepciones en relación a la magnitud real de personas que conviven con VIH/SIDAS en el país. Se menciona que a la fecha no se ha logrado diagnosticar a todas éstas, basados a un subregistro de la información, a como se ha abordado para todas las ETS, existiendo factores y condiciones favorables que permitan la presencia de una mayor magnitud de la epidemia en el país, entre otros factores, los más relevantes son los siguientes:

- ☞ Altas tasas de ETS
- ☞ Migración poblacional hacia países con elevada incidencia y prevalencia
- ☞ Falta de educación en salud (sexual y reproductiva)
- ☞ Cultura patriarquial
- ☞ Alta tasa de fecundidad

Por otro lado se mencionan algunas características que han podido influir en una baja incidencia de la enfermedad, dentro de las cuales se destacan:

- ☞ El bloqueo económico
- ☞ Bajo nivel de drogadicción en décadas anteriores

- ☞ No comercialización de la sangre y sus derivados
- ☞ Disminución del comercio sexual en décadas anteriores

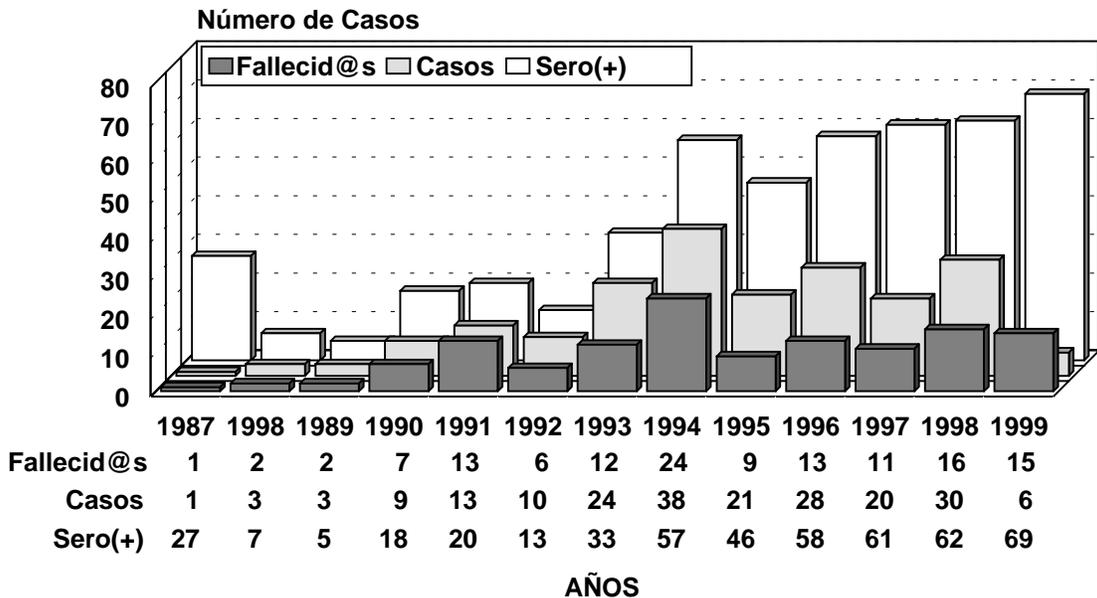
De cualquier forma, la incidencia de la enfermedad en los últimos años demuestra que el problema tiene una tendencia clara hacia el incremento, como se verá más adelante.

Las primeras personas viviendo con el VIH que fueron detectados en Nicaragua, resultaron ser 25 extranjeros exusarios de drogas intravenosas. La primera persona conviviendo con VIH/SIDA de origen nicaragüense fue diagnosticado en 1987, se trataba de un heterosexual de 30 años, originario del sudoeste del país, quien falleció un mes después del diagnóstico.

A partir de esa fecha, el número de personas que conviven con el VIH/SIDA se ha incrementado, aunque no en la magnitud que se proyectaba y de acuerdo al comportamiento que ha tenido en otros países de la región, como por ejemplo Honduras, El Salvador, Guatemala, etc..

Gráfico No. 3

Número de personas que conviven con el VIH/SIDA según condición biológica. Nicaragua, 1987 a Septiembre 1999.



Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

En números absolutos, el acumulado de personas que conviven con el VIH/SIDA, desde su aparición en el país en 1987 hasta septiembre del año 1999 son 476, de los cuales 209 (43.9 por ciento) pasaron a la condición biológica de caso SIDA, y de éstos han fallecido 131 (62.7 por ciento). (Gráfico No.3)

El promedio mensual de diagnóstico de personas que conviven con VIH/SIDA se ha venido incrementando de la siguiente manera: 2.75 en 1993; 4.75 en 1994; 3.8 en 1995; 4.83 en

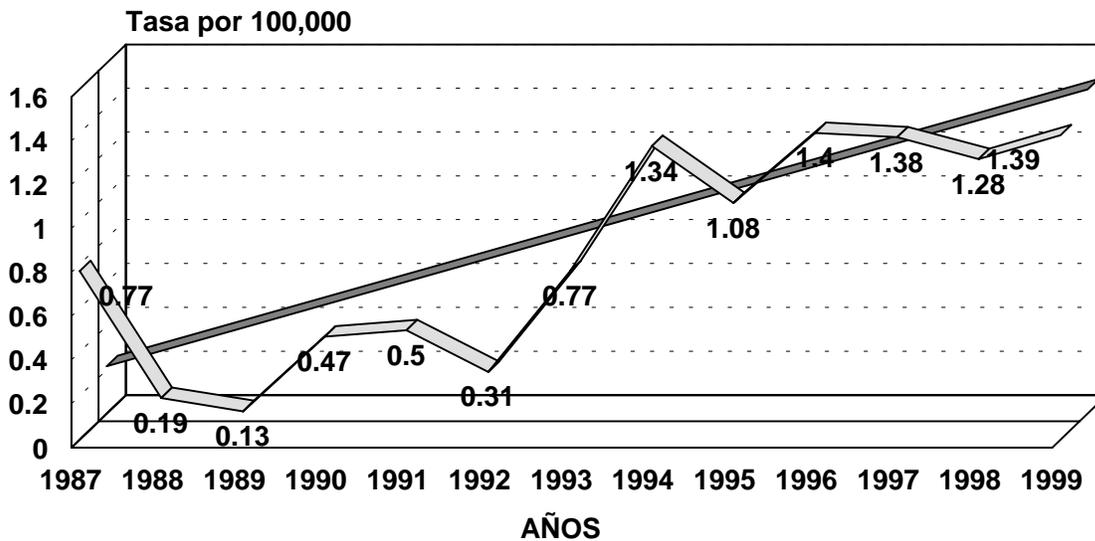
1996; 5.08 en el año 1997; 5.12 en 1998 y finalmente 7.6 en los primeros nueve meses de 1999.

La relación que existe entre las dos condiciones biológicas: Caso SIDA y seropositiv@s es de casi un caso SIDA por cada dos seropositivos (0,44:1). La relación entre el número de fallecid@s y caso SIDA es poco más de un/a fallecid@ por cada dos casos SIDA (0.63:1). La tasa de letalidad del VIH/SIDA es de 27.5%.

El indicador que mejor refleja el comportamiento de la situación del VIH/SIDA, es la tasa de incidencia anual del VIH/SIDA. En Nicaragua, desde que se diagnosticó la primer persona conviviendo con VIH/SIDA hasta septiembre de 1999, existe una tendencia clara hacia el incremento (Gráfico No.4). Prácticamente en los últimos 5 años la incidencia de personas que conviven con VIH/SIDA se ha duplicado.

Gráfico No. 4

Incidencia de personas que conviven con el VIH/SIDA Nicaragua, 1987 a Septiembre de 1999.

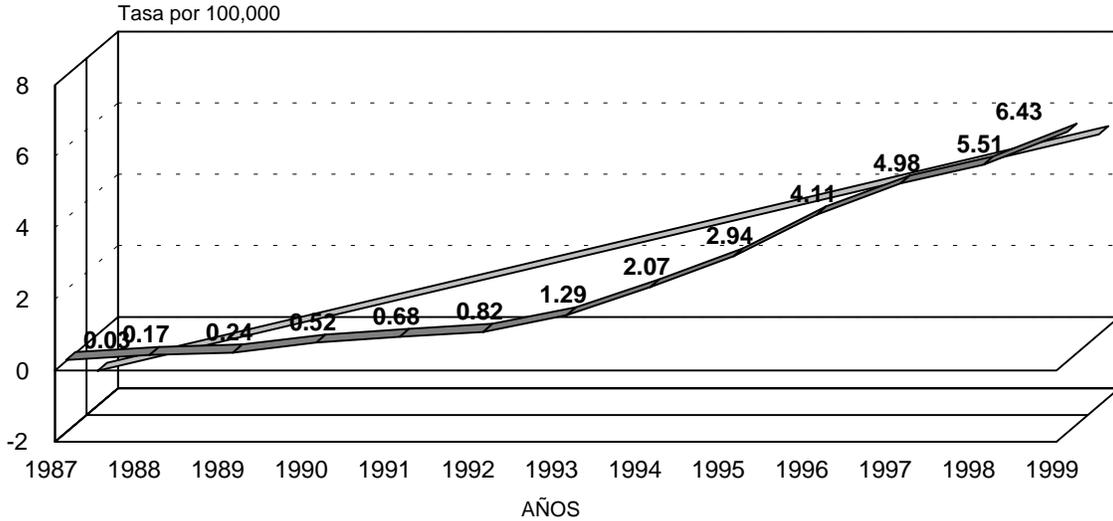


Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

Al existir un incremento de la incidencia de personas que conviven con VIH/SIDA y siendo que la enfermedad tiene características de una patología crónica, es lógico que la prevalencia también tenga una tendencia al incremento (Gráfico No.5). En los últimos seis años la prevalencia se ha multiplicado por seis, sólo considerando personas que conviven con VIH/SIDA que han sido diagnosticados y reportados al sistema de vigilancia y el Programa ETS/VIH/SIDA del MINSA, o sea, hay que considerar una seroprevalencia real mayor en la población.

Gráfico No. 5

Prevalencia de personas que conviven con el VIH/SIDA Nicaragua, 1987 a Septiembre de 1999.



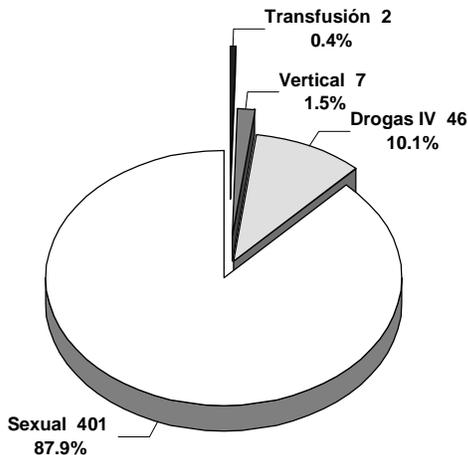
Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

En cuanto a las vías de transmisión por los cuales adquirieron la condición de personas que conviven con VIH/SIDA, el 87.9 por ciento fue de tipo sexual; el 10.1 por ciento al utilizar drogas por vía intravenosa; 0.4 por ciento a través de transfusión de productos sanguíneos, en este caso se trata de personas que fueron transfundidas fuera del país; y 1.5 por ciento de forma vertical, de madre a hij@. Existen 20 personas que conviven con VIH/SIDA no clasificad@s por no tener información al respecto. (Gráfico No.6).

La principal vía de transmisión es la sexual, dentro de los cuales el 66.3 por ciento corresponde a personas que tienen preferencia heterosexual; 22.2 por ciento homosexual y 11.5 por ciento bisexuales (Gráfico No.7).

Gráfico No.6

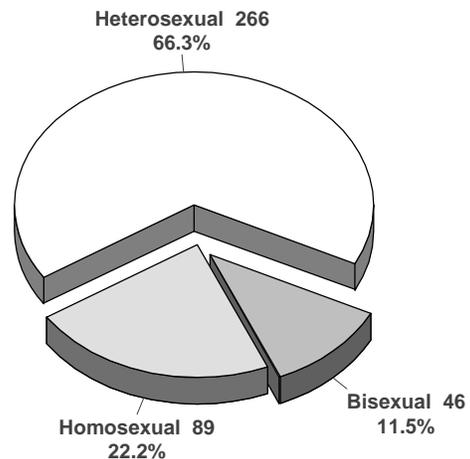
Vía de Transmisión en personas que Conviven con VIH/SIDA Nicaragua, 1987 a Sept. 1999.



Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

Gráfico No.7

Preferencia Sexual en personas que conviven con VIH/SIDA (Vía Sexual) Nicaragua, 1987 a Sept. 1999.



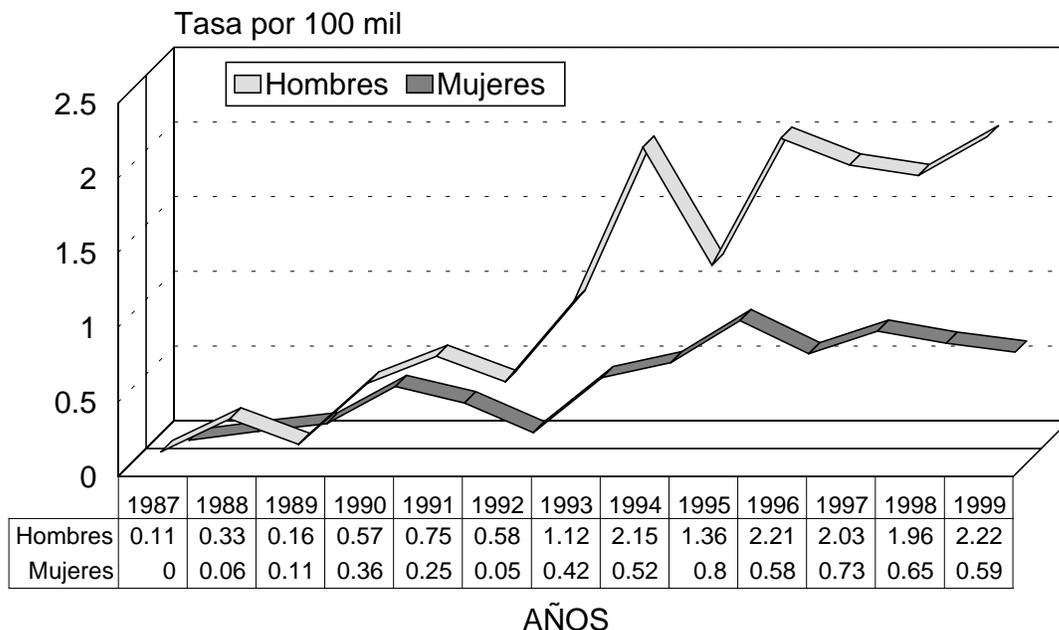
Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

De acuerdo a las características reproductivas, éstas indican que el número de hij@s afectados por el virus del SIDA, afectados por herencia materna se incrementará, donde juega un papel importante la alta paridad de las mujeres, falta de educación que ésta tiene sobre sexualidad, situación de desventaja a nivel socioeconómico, político y médico. También influye el limitado acceso a los métodos que permitan una maternidad voluntaria y embarazos planificados y la falta de una normativa nacional que facilite realizar la prueba del VIH a las embarazadas durante el control prenatal. Según estadísticas mundiales, las mujeres viviendo con VIH/SIDA mueren 6 veces más rápido que los hombres, después de haber sido diagnosticadas.

Las cifras presentadas, con respecto a la vía de transmisión, rompen totalmente el esquema conceptual que se tenía al inicio de la epidemia, cuando se creía que esta enfermedad se presentaba de forma mayoritaria en homosexuales. Esta situación tiene su relevancia por cuanto la población en general y la heterosexual en particular, todavía mantiene conceptos totalmente erróneos sobre este aspecto, y en todo caso, no piensa, promueve ni realiza ninguna acción de tipo preventiva para evitar la enfermedad.

En cuanto al sexo, del total de personas que conviven con VIH/SIDA, 349 pertenecen al sexo masculino para un 76.2 por ciento, 109 pertenecen al sexo femenino para un 23.8 por ciento. En 20 personas que conviven con VIH/SIDA no se conoce el sexo, ubicándose como ignorados. La tasa de incidencia anual de personas que conviven con VIH/SIDA se presenta en el siguiente gráfico (Gráfico No.8), observándose claramente una tendencia al incremento para ambos sexos.

Gráfico No. 8
Incidencia de personas que conviven con VIH/SIDA por sexo. Nicaragua, 1987 a Septiembre de 1999.



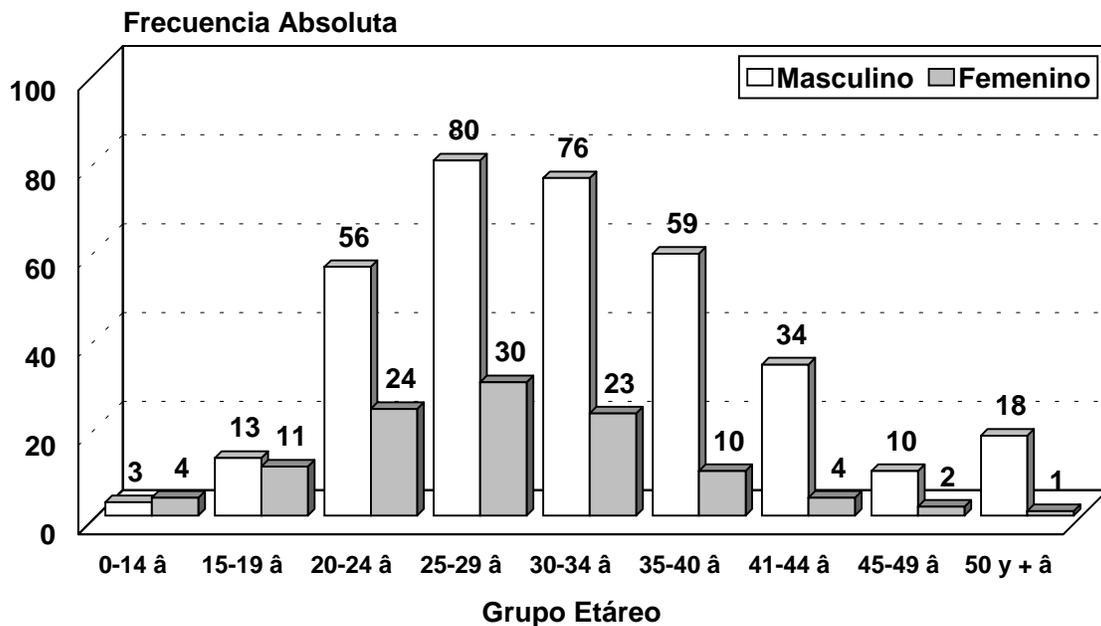
Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

Se presenta una relación hombre-mujer de 3.18:1, esto quiere decir que la enfermedad se ha manifestado, en cuanto al sexo, en una proporción de tres a uno, con predominio de hombres. Esta relación se ha visto disminuida en los últimos años, cuando se tenía una relación de 6:1, y demostraría que en el sexo femenino se está incrementando en mayor proporción que en el masculino, o en su efecto, se están diagnosticando con mayor frecuencia.

En cuanto a la condición biológica de las personas que conviven con VIH/SIDA, hasta el primer semestre de 1999, de 100 mujeres seropositivas, 33 han pasado a ser caso SIDA, para una relación de 33 por ciento. Para los varones, de 318 seropositivos, 176 han pasado a ser caso SIDA, para una relación de 55.3 por ciento. Esto quiere decir que ha habido una mayor conversión de casos SIDA para el sexo masculino, una vez que éste ha sido diagnosticado.

Gráfico No.9

Personas que conviven con VIH/SIDA por Grupos Etáreos y Sexo. Nicaragua, 1987 a Septiembre 1999.



Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA Central

Los grupos etáreos que se han visto más afectados son los comprendidos entre los 20 a 44 años de edad (Gráfico No.9), lo que coincide con las características etáreas que se han presentado a nivel mundial, donde los grupos más afectados han sido los jóvenes y adultos jóvenes comprendidos entre las edades de 20 a 44 años, es decir, la población económicamente activa. Otro elemento a tomar en cuenta en estos grupos etáreos es que son los de mayor actividad sexual, pudiendo establecerse una relación directa proporcional entre la actividad sexual y la incidencia de personas que conviven con VIH/SIDA.

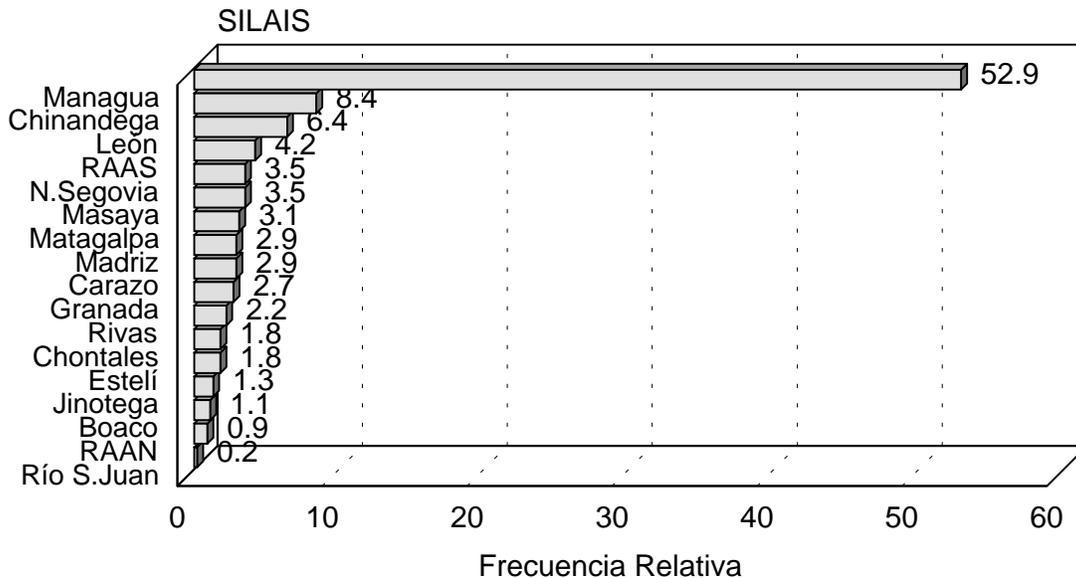
De acuerdo al número de casos presentados, el 17.5 por ciento se encuentran entre los 20 y 24 años de edad. Si se toma en consideración que existe un tiempo, en ocasiones prolongado, entre el contacto y la infección y/o entre la infección y el diagnóstico, haría presumir que l@s jóvenes han adquirido la condición de personas que conviven con VIH/SIDA en edades tempranas de su juventud. A estas cifras habría que sumarle casi un 5 por ciento de personas que conviven con VIH/SIDA diagnosticadas entre los 15 y 19 años de edad, acumulando un 22 por ciento de personas que conviven con VIH/SIDA antes de los 25 años.

Un elemento de análisis para esta situación es que estos grupos etáreos no tienen todavía el suficiente conocimiento, educación, información y experiencia en cuanto a la sexualidad, vista de forma integral, que les permita tomar acciones que lo beneficien para la protección y prevención de la misma. También se observa que el número de personas que conviven con VIH/SIDA en los dos primeros grupos etáreos (menores de 19 años) es casi similar para ambos sexos (16 hombres y 15 mujeres), situación que debe ser enfocada para programas de intervención.

En cuanto a la distribución de personas que conviven con VIH/SIDA acumuladas por SILAIS, desde 1987 a septiembre de 1999, Managua representa el mayor porcentaje con el 52.9 por ciento del total, seguido en orden descendente por Chinandega con 8.4, León 6.4, RAAS 4.2, Nueva Segovia y Masaya con 3.5 cada uno, Matagalpa con 3.1, Madriz y Carazo con 2.9 cada uno, Granada con 2.7. (Gráfico No.10)

Gráfico No.10

Frecuencia Relativa de Personas que Conviven con VIH/SIDA Acumulad@s por SILAIS. Nicaragua, 1987 a Septiembre 1999.



Fuente: Programa ETS/VIH/SIDA-MINSA

Con las estadísticas anteriores, se puede presumir que la transmisión del VIH en Nicaragua, ha mantenido una fase de diseminación silenciosa, constituyéndose así, en un país de alto

riesgo de propagación del VIH/SIDA, y donde se pueden encontrar factores importantes para su propagación, dentro de las cuales se mencionan:

- Características reproductivas de la población. El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en adolescentes, número de embarazos en adolescentes,
- Fuerte influencia que ejerce una práctica sexual influida fundamentalmente por una cultura de tipo patriarcal que se refleja en el machismo acentuado de la sociedad,
- Falta de educación sexual científica,
- Migración de nicaragüenses hacia países donde existe una alta incidencia de seropositividad
- Alto nivel de desempleo, que conlleva al alcoholismo y drogadicción, que a su vez pueden llevar a comportamientos de riesgo.
- Limitaciones en el sistema de salud, que hasta el momento no ha logrado implementar un programa estratégico integral de prevención, que apunte además a corregir el sub-diagnóstico, sub-registro, informes incompletos y mecanismos de notificación deficientes entre otros.

Según informe presentado por el Ministerio de Salud, sobre el Impacto del VIH/SIDA en Nicaragua, y sobre una estimación de dos posibles escenarios, para el año 2000 la situación con respecto a esta problemática sería la siguiente: ⁴⁴

- El número de afectad@s estaría entre 8,100 y 24,600 nuev@s personas que conviven con VIH/SIDA, con una seroprevalencia entre 200 y 790 por 100 mil adult@s.
- La mayor proporción de personas que conviven con VIH/SIDA, se presentaría entre los 15 y 39 años de edad, con una razón entre ambos sexos de 1:1.
- Número de personas que conviven con VIH/SIDA en condición biológica de casos SIDA, acumulados al año 2000, oscilaría entre 1830 y 5530, con un incremento progresivo año con año, hasta llegar a presentarse entre 10 y 31 nuevas personas que conviven con VIH/SIDA semanal en el año 2000.
- Se espera que hallan fallecid@s entre 1230 y 3700, lo que representaría un promedio de 6 a 19 fallecid@s semanales.
- Existencia aproximada de 650 a 2000 niñ@s huérfan@s.

Estas cifras impactantes que proyectan el problema del VIH/SIDA en Nicaragua, deben ser consideradas en estos momentos, cuando hacen falta escasos dos meses para dar inicio al año 2000, si bien es cierto las cifras actuales no tienen parecido a las proyectadas, existen todas las condiciones necesarias para que en cualquier momento puedan presentarse. Alternativamente, si aun no se han presentado las cifras proyectadas, se tiene la posibilidad y el reto de evitarlas a través de acciones pertinentes.

⁴⁴ Nicaragua. MINSA. Programa Nacional ETS/VIH/SIDA. Informe Final sobre Impacto del VIH-SIDA en Nicaragua en el año 2000. Diciembre, 1996. Pag. 14-38

En este mismo estudio, las principales conclusiones a las que se llegó, fueron las siguientes:⁴⁵

- El fenómeno del SIDA afectará en todas sus dimensiones el sistema de salud público, actuando a nivel del proceso y capacidad de atención instalada y el presupuesto del mismo.
- Impacto negativo en la economía del país, afectando a la población económicamente activa y de esta manera las actividades productivas y disminuyendo el ingreso familiar.
- Mayor tensión social debido al número creciente de huérfan@s, mayor pobreza y búsqueda de medios alternativos de sobrevivencia, entre las que se cuenta la delincuencia, uso y venta de drogas y comercio de sexo.

En resumen, Nicaragua, es el país Centroamericano con la detección más tardía y con los menores niveles de incidencia de VIH/SIDA, sin embargo, altos índices de migración laboral y de retorno en los últimos años, el tipo de patrón epidemiológico, el comportamiento geométrico de la epidemia y el limitado acceso a la información en lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA, lo coloca en un lugar propicio para la diseminación activa de la epidemia.

También es cierto que el país presenta oportunidades en el trabajo de prevención, originado en gran medida por el invaluable aporte que las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), han brindado en este tipo de labores.

4.2.2 Factores Socio - Culturales que influyen en la diseminación del VIH/SIDA

Está ampliamente descrito que el conocimiento que tenga la población sobre la enfermedad juega un rol importante en los niveles de prevención y protección de la misma.

En ENDESA-98 se encontró que prácticamente tod@s l@s entrevistad@s, sin importar su edad, estado conyugal, nivel de educación o residencia, han oído hablar sobre el SIDA; con relación a la situación conyugal, las mujeres solteras presentan menor nivel de conocimiento que las alguna vez casadas o unidas; según residencia, la población que habita en zonas urbanas y las de Managua poseen un mayor conocimiento. En general la radio y la televisión son los principales medios a través de los cuales han aprendido sobre el SIDA. En las zonas rurales, la radio, la televisión y los amigos o parientes son los medios más importantes. Como dato relevante, se encontró porcentajes bajos: 11.3 por ciento de mujeres y 6.9 por ciento de varones, que manifestaron haber adquirido conocimiento a través de trabajadores de la salud.⁴⁶

Puede decirse que existe un conocimiento básico sobre la enfermedad, pero cuando se les preguntó si habían tenido algún cambio en su comportamiento para prevenir la enfermedad, el 59.1 por ciento de mujeres y 25 por ciento de hombres contestó de forma negativa. En el caso de las mujeres, el 20.4 por ciento manifestó conservar su virginidad; 6.3 mantener

⁴⁵ Nicaragua. MINSA. Ob. Cit. Pag. 42

⁴⁶ Nicaragua. INEC-MINSA-DHS. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud. 1998. Pag. 175-182

relaciones con una sola pareja; 5.9 pidió fidelidad a su pareja; 5.2 abandonó la práctica sexual y sólo en 1.8 por ciento empezó a tener relaciones sexuales con preservativos. Las cifras para los hombres son un poco más alentadoras: 32.0 por ciento manifestó tener sexo con una sola pareja; 24.5 empezó a utilizar preservativos; 13.6 redujo el número de compañeras sexuales y 6.2 dejó de tener relaciones sexuales.⁴⁷

Esta situación aparentemente contradictoria entre el nivel de conocimiento que tiene la población sobre el tema, pero, que todavía no tiene un cambio en el comportamiento sexual, puede ser explicado en parte por la percepción equivocada de no tener posibilidad de adquirir en algún momento el virus del VIH. El 64.6 por ciento de mujeres manifestaron que no tenían ninguna posibilidad de adquirirlo y un 19.0 que esa posibilidad era pequeña, solo un 8.8 por ciento manifestó tener grandes posibilidades; en el caso de los hombres el 41.4 por ciento contestó que no tenía ninguna posibilidad, el 26.6 que era pequeña y el 20.0 sí creía que tenía grandes posibilidades.⁴⁸

Como se ha mencionado anteriormente, las características de la sociedad nicaragüense hace que algunas situaciones se conviertan en factores asociados al VIH/SIDA, entre los que se destaca una cultura patriarcal, donde impera la actitud machista y ejerce total control sobre la sexualidad y las capacidades reproductivas de la mujer; sin obviar la influencia del sexismo y la violencia generalizada que afecta cada vez más a las mujeres.

La condición de subordinación de la mujer en Nicaragua, impide a ésta proponer o exigir el uso del condón o negarse a la relación sexual si el compañero rehusa hacerlo, pues es más vulnerable a la violencia familiar y otros tipos de violencia sexual, situación que aumenta en gran medida la posibilidad de contraer el VIH y la coloca en posición inferior al momento de pedir sexo seguro.

En las mujeres que tienen parejas estables, la situación de protección durante las relaciones sexuales es aun más difícil. El condón es visto únicamente como método anticonceptivo y según resultados de ENDESA-98, sólo el 2.7 por ciento de las mujeres en unión lo usan para este fin.⁴⁹ Tomar la iniciativa en cuanto al uso del condón las puede estigmatizar por su pareja como "cualquiera", "vagas", "infieles".

La desinformación sobre la utilidad y efecto del condón, la falta de comunicación en la pareja, los prejuicios existentes alrededor del tema, la ignorancia general sobre la sexualidad humana y quizás el peor de todos: la mayoría cree y confía en que "a mí nunca me sucederá" intervienen en gran medida en la propagación del VIH/SIDA.

En las sociedades machistas, las relaciones sexuales son un juego de poder, donde el hombre ostenta la autoridad y la mujer asume un papel pasivo, lo que en última instancia no permite a la mujer tomar ningún tipo de decisión que le ayude a protegerse en contra de las ETS/VIH/SIDA. Para los adolescentes y hombres en general, tener muchas compañeras sexuales es un símbolo de éxito y de poder.

⁴⁷ Nicaragua. INEC-MINSA-DHS. ENDESA-1998. Pag. 175-188

⁴⁸ Idem. Pag. 178 y 185

⁴⁹ Nicaragua. ENDESA-98. Pag. 181

En una investigación cualitativa sobre sexo seguro, se evidenció que muy pocas personas utilizan el condón, la práctica de riesgo más frecuente es tener relaciones sexuales sin protección y creencias equivocadas sobre el uso de preservativos. Los motivos mencionados para no usarlo fueron: sólo se usa para tener sexo con trabajadoras sexuales u otra relación fuera de su pareja estable y reacción negativa por parte del hombre “no se siente igual”, “no es lo mismo”⁵⁰.

En esa investigación se identifican los siguientes elementos muy ligados a la problemática de género:

- ✓ No se ve el sexo sin penetración como alternativa realista, aunque muchas mujeres dicen que lo disfrutaban más que cuando hay penetración.
- ✓ Muy pocas personas saben usar correctamente el condón.
- ✓ Los comportamientos de riesgos para el VIH/SIDA se presentan debido a situaciones de género, especialmente en el caso de mujeres que no tienen poder de decidir sobre su propio cuerpo. El hombre es quien determina el cómo y el cuándo tener la relación sexual. La mujer no tiene poder de decisión.
- ✓ La comunicación sobre el sexo y sexualidad en la pareja es limitada, son temas que no pueden ser abordados fácilmente.

A l@s trabajador@s sexuales, el problema de la no utilización de condones está ligado a un problema económico, debido a que la mayoría de ellas son jefas de familia. A menudo se encuentran en la disyuntiva de tener que escoger entre la posible enfermedad o la pérdida del ingreso inmediato, incluso la agresión del cliente, que se niega a usar condones. La mayoría de las veces son los clientes quienes imponen el sexo desprotegido, sin condón. Esta falta de control sobre las “reglas del juego” aumenta cuando l@s trabajador@s sexuales e incluso los clientes, usan drogas o alcohol.⁵¹

En este mismo estudio, se encontró que la práctica de riesgo más común entre los hombres que tienen sexo con hombres, es el sexo anal sin protección, que se incrementa con el consumo de drogas.⁵² Este estudio fue dirigido de manera exclusiva a hombres que tienen sexo con hombres, sin embargo, con respecto a este resultado, se puede decir que en la práctica también es evidente que personas heterosexuales tienen un mayor comportamiento de riesgo cuando utilizan drogas o alcohol.

Las estrategias de protección más usuales legitiman en el mejor de los casos, la selección cuidadosa de parejas sexuales secundarias y un eventual empleo de protección con éstas, pero en muy pocas ocasiones incorporan el uso de condón entre las prácticas aceptables con la pareja estable. La base de esta situación, es la casi total ausencia, por parte de los varones, de la conciencia de que ellos pueden representar un riesgo para sus parejas, y de la visión de un eventual empleo de condones como una práctica designada no solo a protegerlos a ellos mismos, sino también, a su compañera estable.

⁵⁰ CISAS. Comportamiento de riesgo para VIH/SIDA. Población beneficiada por CISAS. 1997. Pag. 1-4

⁵¹ Nimehuatzin. Comportamiento de alto riesgo ante el SIDA en trabajadoras sexuales y homosexuales. 1995. Resumen de los principales hallazgos. Pag. 2

⁵² Idem. pag. 4

En el país, unos 450 mil adolescentes quedan sin acceso a la educación secundaria y su condición de pobres los lleva a situaciones sociales como: Delincuencia, pandillas, uso de drogas, prostitución, lo que favorece la diseminación de ETS y VIH/SIDA. A lo anterior se suma, la no protección a menores que ingresan a estos circuitos de delincuencia, prostitución infantil-juvenil, vida en la calle y trabajo infantil.

Según autores del libro Voces, Vidas y Visiones, l@s jóvenes opinan que aunque existe una tendencia global hacia el cambio, l@s adult@s siguen siendo tradicionalistas, que el sexo todavía sigue siendo un tema tabú, que existe dominio significativo sobre l@s adolescentes y jóvenes. En muchas casas no se les enseña que tienen el derecho a hablar sobre el sexo, mucho menos a ejercerlo.

Las diferentes corrientes religiosas existentes en el país han manifestando de alguna forma su interés porque exista un control del VIH/SIDA y se ejecuten planes de intervención dirigidos principalmente hacia la prevención de la misma. En algunos momentos y con algunas religiones, ha existido diferencias en cuanto a la estrategia que se debe promover e impulsar para lograr dicho control, sobre todo con la distribución de condones públicamente, pero en todo caso lo más relevante que debe ser señalado, es que existe una preocupación ante la situación y que se encuentran dispuestos a brindar su apoyo en lo que más crean conveniente, lo que debe de hacerse es buscar los puntos de convergencia y trabajar sobre ellos.

4.2.3 Servicios de Salud y Situación de personas que conviven con VIH/SIDA

Aunque la población, aparentemente es solidaria con las personas que conviven con VIH/SIDA, a nivel social no se ven expresiones concretas de éstas, ya que las condiciones de vida de las personas que conviven con VIH/SIDA siguen siendo de marginalidad extrema.

El Ministerio de Salud, en los últimos años ha hecho esfuerzos por capacitar al personal médico y paramédico sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, todavía se presentan sentimientos encontrados hacia las personas que conviven con VIH/SIDA, lo que se expresa en lo siguiente:⁵³

Temor/Miedo	18 %	Ansiedad	9%
Ambivalencia entre temor y aceptación	52%	Aceptación	2%

En un estudio sobre conocimiento sobre VIH/SIDA, realizado al personal de enfermería del SILAIS León (1995), reveló que este personal tiene buen nivel de conocimiento sobre etiología y vías de transmisión; deficiente conocimiento sobre período de ventana, prácticas sexuales de más riesgo, consejería, historia natural de la enfermedad, uso del condón y uso de soluciones que destruyen el VIH/SIDA.⁵⁴

⁵³ Impacto psico-social del VIH/SIDA en l@s trabajador@s de la salud y sus consecuencias en la calidad de la atención. Fundación Xochiquetzal. 31 de Marzo del 95 – 1 de julio del 96.

⁵⁴ Escoto, M. María y Montes, Angela Ma. Conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre el VIH/SIDA. León, 1992.

La Fundación Xochiquetzal, en una investigación sobre el impacto psico-social en l@s trabajador@s de la salud (1995-1996), revela como problemas la falta de información sobre bio-seguridad observada por dicho personal y la notificación de casos en forma irregular.

Entre otros problemas relacionados con el Sistema de Salud están:

- Muchas personas no buscan ayuda médica por temor a la falta de anonimato y por el trato discriminatorio y estigmatización por presentar la enfermedad.
- Las pruebas todavía no son accesible para toda la población.
- No todas las organizaciones que hacen detección pasan información al MINSA
- Hace falta profundizar en la distribución del VIH/SIDA en cuanto a estratos sociales, mayor conocimiento de la incidencia de la infección en la país.

Uno de los problemas que se presenta para el análisis de la epidemia e inclusive para la misma atención de usuarios/as que tiene relación directa con el punto anterior, es el sistema de información que se tiene para la recolección de los datos. No está funcionando en su totalidad el levantamiento de ficha epidemiológica y “la hoja que se ha estado utilizando para notificar el caso tiene algunas variables que invade en demasía la privacidad y anonimato de l@s usuarios/as, por lo que algun@s optan por no aportar datos e incluso algunas organizaciones optan por no recolectar y transmitir la información. Al compararla con sistemas de notificación de otros países se puede observar la diferencia. Es necesario la recolección de información epidemiológica básica que ayude a evaluar el comportamiento de la enfermedad, pero sin caer en los excesos que puede tener el cuestionario”

4.2.4 Diagnóstico y Tratamiento del VIH/SIDA

Situación especial merece ser mencionada con respecto a la problemática del VIH/SIDA y se refiere a las limitaciones que existen para realizar los diagnósticos correspondientes. Dos cosas son de relevancia; la realización de pruebas para su diagnóstico y la consejería, en especial la que se realiza antes de la prueba.

Con respecto a la realización de las pruebas de diagnóstico, en Nicaragua existen unidades donde se realizan dichas pruebas, tanto públicas como privadas, dentro de éstas, las de mayor relevancia son: Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA (CNDR), Cruz Roja Nicaragüense, unidades hospitalarias privadas y públicas, algunos centros alternativos y algunos laboratorios privados.

El principal problema que existe para el diagnóstico es la confirmación a través de la prueba de Western Blot, que en Nicaragua se realiza única y exclusivamente por el CNDR del MINSA, pero que en estos momentos no está cien por cien disponible, debiendo recurrir éste mismo centro, a otras alternativas fuera del país, lo que conlleva a períodos prolongados de espera, tanto para l@s pacient@s, como para el personal de salud que lo atiende, con sus posibles consecuencias en alteraciones psíquicas por parte de los primeros. En el mejor de los casos, el mismo usuario financia la prueba a través de laboratorios privados, para que se realice la confirmación diagnóstica fuera del país.

Respecto a la consejería dirigida hacia las personas antes que se realicen las pruebas, éstas se llevan a cabo en muy pocos casos. La Cruz Roja y unidades hospitalarias del MINSA, realizan pruebas a tod@s y cada un/a de l@s donantes de sangre, lo cual es una labor y esfuerzo por parte de dichas instituciones que merece ser reconocida públicamente, sin embargo, no realizan ningún tipo de actividad informativa o educativa respecto al tema, mucho menos preparan a l@s donantes para recibir su resultado, inclusive, en casos donde la prueba ha salido positiva, lo que hacen es enviar citatorias a través del correo (telégrafo) para que se presente de forma urgente a la institución.

Una de las mayores responsabilidades para la consejería está dada por el personal de salud que trata usuarios/as, en todo caso, son ell@s los que envían o solicitan que el/la paciente se haga la prueba, pero salvo muy pocas excepciones, l@s trabajador@s de la salud no se toman la molestia de explicar a l@s usuarios/as la significancia y repercusión que puede tener la realización y posterior resultado de dicha prueba.

Las instituciones que preferentemente sí hacen consejería preprueba, son las ONGs que brindan asistencia médica, Ejemplo: SI Mujer, Xochiquetzal, etc., que tienen consignado como una de sus políticas para la atención integral de usuarios/as. También muy escasos, pero algunos médicos realizan consejería en su práctica privada.

Esto conlleva a otra situación, y es que el personal de salud, tanto l@s que laboran de forma pública como privada, no han sido y no se encuentran totalmente preparad@s en todos los temas que abarca el VIH/SIDA, y de esta manera no pueden brindar a los usuarios/as lo que no saben.

Otro tema de análisis en cuanto al diagnóstico son las pruebas especiales, sobre todo para establecer pronóstico o protocolo de tratamiento, es el caso de las pruebas CD4+⁵⁵ y Carga Viral. Al respecto Porras, Guillermo menciona lo siguiente: “he observado falta completa de correlación entre los resultados de CD4+ y la clínica de l@s usuarios/as. Característicamente he observado que en usuarios/as con datos clínicos muy avanzados (Toxoplasmosis Cerebral, Pneumocitosis, Criptococosis), el MINSA reporta CD4+ altos, de hecho, hemos tomado muestras a usuarios/as semanas antes de fallecer y tienen CD4+ mejor que cualquier otra persona no infectada. Recientemente tuvimos la oportunidad de realizar carga viral en el Instituto Nacional de la Nutrición en México a la mayoría de mis usuarios/as y presentaban cargas virales altas (obvio, la mayoría no tiene acceso a terapia antiretroviral) y el MINSA identificaba niveles de CD4+ adecuados, donde muchos de l@s usuarios/as tenían antecedente de eventos clínicos definitorios recientes.”⁵⁶

De tal manera que la prueba de CD4+ no ha ayudado a los clínicos que atienden usuarios/as, para la toma de decisiones relacionadas al abordaje de usuarios/as. Se señala también que en todo caso, si se va a ofertar este tipo de servicio diagnóstico, es mejor

⁵⁵ Conteo específico de linfocitos CD4 que permite valorar la gravedad del usuario y por ende definir el tratamiento adecuado.

⁵⁶ Porras, Guillermo. Médico especialista en Infectología. Médico Tratante de PVV. Entrevista realizada por Campos, Fernando. Octubre 16, 1999.

utilizar la Cuantificación de Carga Viral (Amplicor), parámetro que es el más utilizado en estos momentos a nivel mundial para la toma de decisiones clínicas.

Por otro lado, cuando se oferta el servicio de pruebas especiales que sirven para pronóstico y para iniciar o cambiar protocolo de tratamiento, éste esfuerzo debe ir acompañado de una oferta terapéutica, o sea, de nada sirve decir que el resultado de CD4+ de una persona que convive con VIH/SIDA es menor de 500 si no se le va a realizar ningún tipo de tratamiento. Esto está en relación directa con el punto siguiente.

Con el tratamiento para usuarios/as con VIH/SIDA existen las siguientes situaciones:

Los medicamentos específicos para combatir el virus no se encuentran en lista básica del MINSA, lo que quiere decir que no han sido prioridad y por lo tanto, la población no puede acceder a ellos a través de esta alternativa. En Nicaragua ya se empezó a ofertar el tratamiento específico para combatir el virus, sin embargo, solamente está disponible a través de financiamiento no gubernamental, ya sea por cooperación externa o desembolso directo del bolsillo del usuario o familiares.

El VIH/SIDA no está contemplado en la lista de patologías que cubre el INSS a través de las EMPs, por lo tanto, estos usuarios/as, una vez que han sido diagnosticad@s, le quedan solo dos opciones de atención: Servicios del MINSA y/o Servicios Privados, por supuesto que en estos últimos la familia debe asumir los gastos.

V. ETNIAS Y ETS/VIH/SIDA

Nicaragua es un país multiétnico y multilingüe, lo que implica diferencias culturales que deben tomarse en cuenta en los procesos de prevención de las ETS/VIH/SIDA y la promoción de prácticas sexuales seguras.

Sin embargo, la gran mayoría de organismos que trabajan el tema, lo hacen desde la perspectiva de una sola raza (la mestiza) y una sola lengua (el castellano), olvidándose de estas diferencias culturales.

No es casual que entre los departamentos de mayor incidencia de ETS se encuentren la RAAS y RAAN. Se debe tomar en cuenta que en éstas regiones se encuentran las tasas más altas de analfabetismo, diferencias culturales, marginación, dispersión geográfica; en los últimos años se han convertido en uno de los principales corredores de la droga, además, se encuentran ubicados dos de los puertos más importantes del país (Bluefields y Puerto Cabezas).

Algunos factores culturales que en éstas regiones están incidiendo en altas tasas de ETS y VIH/SIDA son: influencia religiosa en torno a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en la raza criolla y miskita; poco conocimiento sobre el condón y barrera cultural para su uso; desconocimiento sobre el VIH/SIDA, sobre todo por la población de origen miskito. Uno de los problemas que ha incidido en la falta de conocimiento es el idioma, dado que los instrumentos para la capacitación no son elaborados en su lengua natal, ni se toman en cuenta las características de su cultura para desarrollar los materiales educativos.

Según la responsable de un puesto de distribución de condones en Bluefields, la mayoría de las personas que demandan el condón son hombres mestizos y las pocas mujeres que los demandan son criollas.

Otra situación importante en esta región es que la problemática económica familiar y la falta de empleos propios de la zona, hace que los hombres se embarquen y dejen a sus mujeres solas por mucho tiempo, lo que incrementa cambios de pareja con mayor frecuencia, tanto en el hombre como en la mujer.

Esta situación muy particular de la zona atlántica del país debe ser analizada y comprendida para el desarrollo de acciones con enfoques particularizados, dirigido a determinada población, cultura, idioma, etc.

VI. PROYECCIONES SOBRE EL IMPACTO DEL VIH/SIDA

Tomando en consideración la problemática del VIH/SIDA en Nicaragua, en 1995 el MINSA llevó a cabo un estudio sobre las principales implicancias que tendría en la sociedad, desde el punto de vista económico, productivo, social y familiar, en este estudio se realizaron proyecciones de la repercusión e impacto que tendría la epidemia para el año 2000. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.⁵⁷

6.1 Impacto Socio - Económico

Las características epidemiológicas del SIDA que tienen implicaciones económicas en la sociedad y en las diferentes ramas de la economía de un país son: 100 por ciento de letalidad; rápida y silenciosa expansión de la epidemia debido a su carácter transmisible; estigmatización y rechazo social que se confiere a las personas que conviven con VIH/SIDA y las respuestas de la población producto de su incomodidad o miedo irracional al contagio, a la muerte y a la sexualidad.

La empresa privada se vería afectada por la epidemia debido a: Ausencia en los períodos de hospitalización de las personas que conviven con VIH/SIDA; ausencia de familiares que en algún momento disponen de su cuidado; reposición de mano de obra calificada y entrenada para ejercer su labor; pago de seguro y otras prestaciones a que tenga derecho el/la trabajador/a y disminución de la productividad empresarial.

El promedio de años de vida pérdida es de 28.8 años (43%) para el hombre y 36.3 años (52%) para la mujer. El promedio de años productivos para una persona es de 30 años, y para las personas infectadas por el VIH/SIDA es de 6.8 años, o sea que los infectados pierden 23 años productivos.

El total de gastos económicos en que se incurren, producto de atención a personas que conviven con VIH/SIDA, es muy difícil poder conocerlo en toda su magnitud dado que el nivel de complejidad de este proceso es muy elevado, sin embargo, se han hecho esfuerzos por estimar, al menos, el costo de personas que conviven con VIH/SIDA encamadas en un servicio hospitalario.

En Nicaragua, los costos directos por pago de hospitales en el sector privado es de USD\$176.00, y en el sector público de USD\$49.00. Los días de estancia en los servicios privados es de 25.5 y 11 días en el público. Se calculó un costo promedio ponderado de USD\$876.00 por usuario por hospitalización, lo que equivale a ochenta veces lo destinado por el gobierno (Impuestos como Fuente de Financiación) para la atención médica per cápita en el país, que es de USD\$17.40

De acuerdo a un estudio económico realizado en los países de América Latina, se presentan las estimaciones sobre el gasto que representaría para Nicaragua, la compra de medicamentos antiretrovirales con base en terapia triple (AZT+ 3TC+Indinavir), con

⁵⁷ Nicaragua. MINSA. Programa ETS/VIH/SIDA. Impacto del VIH/SIDA en Nicaragua en el año 2000.

precios de descuento por grandes volúmenes, basados en la ciudad de México en 1998 y su impacto potencial en diferentes rubros económicos y presupuestales, cubriendo diferentes escenarios: cubriendo el cien por ciento de las personas con SIDA y posteriormente a ese mismo grupo más el 100 por ciento, 75 por ciento y 50 por ciento con VIH.⁵⁸

Cobertura de la Terapia	Recursos necesarios USD	Como % del PIB	Como % del gasto público	Como % del gasto público en Salud	Como % del gasto en defensa
100% SIDA	492,351.75	0.02	0.07	0.55	0.98
100% SIDA y 50% VIH	13,703,790.38	0.67	1.95	15.31	27.28
100% SIDA y 75% VIH	20,309,509.69	0.99	2.89	22.69	40.43
100% SIDA y 100% VIH	26,915,229.00	1.34	4.06	30.28	53.39

Al establecer la relación de recursos necesarios para establecer programas preventivos similares al de Brasil en los restantes países de América Latina en 1998, para Nicaragua, se estimó lo siguiente:⁵⁹

Casos Registrados (OMS/OPS)	Personas que conviven con VIH/SIDA	Población	Monto requerido por casos USD	USD\$ requerido por Personas que conviven con VIH/SIDA	Monto USD\$ requerido por población
180	4100	4351000	74,751	353,461	1,333,583

Estas cifras económicas hacen un promedio de USD\$415.28 de gasto por caso, USD\$86.21 para las PERSONAS QUE CONVIVEN CON VIH/SIDA y USD\$0.30 per cápita para toda la población.

En otro análisis sobre el costo anual que representaría el tratamiento antiretroviral (paquete de tratamiento ambulatorio), en el caso de Nicaragua, fue estimado en USD\$756,000.00 para 63 casos, que da un promedio de USD\$12,000.00, al respecto se llama la atención en lo siguiente: “Estas estimaciones son parte fundamental de la planeación de los servicios de salud y de las necesidades de atención médica que la población infectada con VIH requerirá a mediano plazo. El SIDA, pese a los grandes avances en su patología y tratamiento, está aún lejos de desaparecer. Los costos de atención médica para estos enfermos son muy altos e inaccesibles para un gran porcentaje de la población portadora del VIH. En países de ingresos medios o bajos, la planeación de necesidades futuras para problemas de salud pública como el SIDA se convierte en un elemento de gran valor para la optimización de los escasos recursos económicos destinados al área de salud.”⁶⁰

⁵⁸ Saavedra, Jorge. Economía y SIDA en América Latina. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. 1ra. Edición, 1999. Pag. 159

⁵⁹ Idem. Pag. 165

⁶⁰ Avila Figueroa, Carlos. La Epidemia de VIH/SIDA en el contexto de las Reformas del Sector Salud en América Latina. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. 1ra. Edición, 1999. Pag. 184

Se estima que el ingreso que perdería Nicaragua, por persona, es de USD\$44,500.00. De presentarse las cifras estadísticas proyectadas para el 2000, las pérdidas macro-económicas para ese año se estiman entre los USD\$61 y USD\$185 millones. Existiendo también una reducción en el número de años potenciales de empleo y/o productividad.

6.2 Impacto en la Familia y la Comunidad

La afectación de una persona por el VIH/SIDA tiene sus implicaciones más allá del propio individuo, existe por detrás una familia y una comunidad que de alguna u otra forma también se ve involucrada en su conjunto, principalmente desde el punto de vista psíquico y social.

L@s familiares se tensionan y reaccionan de distinta forma, tanto por la noticia inicial, como por el deterioro paulatino de la condición física, emocional y moral de la persona que convive con VIH/SIDA, y en dependencia de la unidad que éstos tengan, así será la atención que puedan brindarle al mismo.

De acuerdo a las proyecciones, la esperanza de vida al nacer, que en la actualidad es de 68.2 años, se verá reducida por los años de vida perdidos por el SIDA. En Nicaragua, las personas que conviven con VIH/SIDA en promedio ha tenido entre tres y cuatro años de vida después que ha sido diagnosticado, dejando por detrás una cantidad de familiares, incluyendo a su pareja e hijos. Para el año 2000 se calcula un total de 650 a 2,000 niñ@s huérfan@s. Además la familia dejará de percibir aproximadamente USD\$32,432.00 por salarios que las personas que conviven con VIH/SIDA dejarán de devengar.

La situación para l@s familiares no comienza con la muerte de la persona que convive con VIH/SIDA, únicamente se agrava más de lo que probablemente ya estaba. Los servicios públicos de salud no tienen la capacidad de absorber todas las necesidades de salud que tienen las personas que conviven con VIH/SIDA, esto hace que más o menos cada familia realicen desembolsos para cubrir, también más o menos, dichas necesidades, muy similar a lo que ocurre en la actualidad con usuarios/as de otras patologías que son atendid@s por los servicios públicos de salud.

Lo anterior solamente se refiere a los gastos de salud, pero, también las personas que conviven con VIH/SIDA, en un buen porcentaje, son cabezas de familia, y al faltar ést@, tienen que buscar nuevas alternativas para su sobrevivencia, y como señala el estudio de impacto realizado por el MINSA, esto puede generar cambios en el comportamiento del núcleo familiar, en relación al sistema de producción, principalmente en las actividades agrícolas, e incluso en el comportamiento social, alrededor de la prostitución, delincuencia, drogadicción, alcoholismo, etc., siempre como alternativas de sobrevivencia, principalmente en el aspecto económico.

VII. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ETS

Hasta antes de la aparición del VIH/SIDA, las ETS no representaban una prioridad para ninguna de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Actualmente, no se puede hablar de VIH/SIDA, si antes no se aborda el tema de las ETS. Cualquier actividad que esté dirigida hacia la prevención de ETS, intrínsecamente también va dirigido hacia el VIH/SIDA.

7.1 Prevención

El Ministerio de Salud realiza acciones de prevención de ETS a través de distintos programas, iniciando con el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, así como el Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez y el Modelo de Atención Integral a la Adolescencia, donde el tema de VIH/SIDA ha sido integrado como un elemento importante dentro del mismo. Estos programas realizan una labor directa con sus respectivos usuari@s y realizan detección temprana de estas enfermedades.

Así mismo, distintas organizaciones de la sociedad civil realizan acciones educativas desde un enfoque integral de la Salud Sexual y Reproductiva. En general, la población con la que más se trabaja el tema son l@s adolescentes.

7.2 Tratamiento

El MINSA, ofrece sus servicios de diagnóstico y tratamiento de ETS a la población en general y grupos específicos. Sin embargo, no cuenta con suficientes recursos para tener una mayor cobertura, tanto en la prevención, atención directa e investigación de resistencia de microorganismos específicos a antibióticos tradicionalmente utilizados.

A lo anterior se suma el poco hábito que tienen la población de realizarse exámenes o buscar ayuda médica cuando observan que tienen una ETS, esto sucede principalmente por prejuicios sociales y discriminación que pueden ser objeto por parte de amigos, familia, etc. además de la situación delicada en que pueden colocarse cuando tienen una pareja sexual estable. Esta situación explica en parte el subregistro de información que existe de estas enfermedades.

Organismos no gubernamentales, tales como Xochiquetzal, Nimehuatzin, SI Mujer, que además de investigaciones y actividades de prevención y promoción, ofertan servicios de atención directa de usuarios/as, realizan actividades propias de diagnóstico y tratamiento de ETS, las cuales se encuentran integrados a sus programas de atención médica.

A estas unidades asistenciales se le debe sumar la gran cantidad de clínicas privadas que existen en el país, y que varían de nivel, desde unidades hospitalarias y ambulatorias altamente especializadas, hasta clínicas de medicina general con infraestructuras pequeñas.

Al respecto de las diferentes alternativas que existen para abordar el problema de ETS, queda a criterio de l@s usuarios/as, primero su decisión de asistir y luego la selección o escogencia a cual de ellos asistir.

VIII. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DIRECTA A PERSONAS QUE CONVIVEN CON VIH/SIDA

En 1987, fue incorporado al Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS el componente del VIH/SIDA, el que actualmente se ubica en la Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología del MINSA. El programa por definición constituye la instancia normativa de las acciones del sector salud.

Al programa se le ha asignado como tarea fundamental diseñar políticas y normas sectoriales que garanticen el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- ⇒ Reducir la transmisión del VIH en la población mediante acciones de prevención de la transmisión sexual, la transmisión materno infantil y la mediada por sangre y hemoderivados
- ⇒ Prevenir las ETS en la población e identificar y tratar los casos que se presenten
- ⇒ Reducir el impacto de la infección por VIH y las ETS en l@s individu@s y la comunidad
- ⇒ Desarrollar vigilancia epidemiológica del SIDA/infección por VIH y otras ETS.

Además, en consonancia con las recomendaciones y acuerdos internacionales, debe coordinar los esfuerzos nacionales contra el SIDA, desde una perspectiva de intersectorialidad.

A nivel de gobierno existen otras políticas y leyes orientadas a reducir la vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales, entre las leyes se encuentran: La Ley 238, Ley 230 sobre el código de la niñez y la adolescencia. Programas como el Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez y Modelo Integral de Atención a l@s Adolescentes y el Programa de Salud Reproductiva para l@s adolescentes.

Las políticas enunciadas anteriormente, se ven reducidas en su alcance debido a que el VIH/SIDA, no ha sido un problema priorizado a nivel de gobierno, incidiendo directamente en la asignación de recursos humanos, materiales y financieros para el abordaje del mismo. El hecho de no priorización real del problema, ha limitado también la visión estratégica que se puede tener a las intervenciones que contribuyan a controlar la epidemia. Se percibe falta de voluntad política para enfrentar la epidemia desde una política de Estado.

Sin lugar a dudas, el esfuerzo que se está desarrollando en estos momentos, con la realización del presente documento, que culminará en la definición de estrategias y un plan multisectorial y multidisciplinario, ayudará para adquirir compromisos reales, tanto del gobierno, ONGs y sociedad civil en general, para promover y ejecutar acciones pertinentes y lograr de esta manera disminuir la magnitud de la epidemia en el país.

8.1 Promoción y Prevención

La labor que las diferentes instituciones han desarrollado para el control del VIH/SIDA en Nicaragua, tienen su mayor énfasis en el trabajo de promoción y prevención de las ETS y el

VIH/SIDA. La mayoría de instituciones que trabajan en VIH/SIDA, tienen definido componentes estratégicos y para ejecutarlos desarrollan procesos de información, educación y capacitación.

Las principales estrategias han sido las siguientes:

- Promoción de Comportamiento Sexual Seguro
- Utilización de Preservativos
- Trabajo con grupos de mayor vulnerabilidad
- Ejecución de Procesos Investigativos

8.1.1 Actividades de Información, Comunicación y Educación (I.E.C.)

Actividades de IEC en sus distintas modalidades se utiliza de forma indistinta y como principal forma de llevar conocimiento sobre el tema a la población, las que se desarrollan de acuerdo a la capacidad de recursos que cada institución tiene a su disposición.

Los temas que más frecuentemente se utilizan y donde más énfasis se trabajan, están relacionados con: Conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, mecanismos de transmisión y promoción de formas de prevención.

Materiales Educativos

Se han elaborado materiales escritos como son: Folletos, plegables, afiches, revistas, cuadernos, manuales, etc., los que han sido dirigidos a distintos sectores de la población. En la elaboración de materiales se ha priorizado a l@s jóvenes. Al respecto, ha habido bastante información distribuido por distintos medios a las poblaciones meta.

Aunque relativamente en poca cantidad, también se han elaborado materiales en misquito e inglés para las etnias que existen en el país, fundamentalmente para la RAAS, aunque la mayor parte del material publicado y distribuido está en castellano y dirigido a la población mestiza.

Todos estos materiales han servido para realizar todo tipo de actividad, jornada, campaña, etc., relacionado a los procesos de información, educación y capacitación hacia la población en general y grupos específicos donde se incluyen trabajador@s de la salud.

Medios de comunicación

Algunas ONGs y el MINSA, desde hace varios años vienen realizando campañas educativas a través de la televisión, donde se promueven la solidaridad, la conciencia de riesgo y uso del condón. Se ha abordado el tema en programas y revistas televisivas y escritas, en especial durante las efemérides relacionadas con el tema: Día de la solidaridad con las P.V.V. en el mes de mayo y el 1º de diciembre día mundial de lucha contra el SIDA.

Estas campañas educativas, también se han realizado a través de los medios radiales y escritos. Sin embargo, los periodistas consideran que "...las instituciones que trabajan en

salud, no han descubierto las potencialidades de la radio en cuanto a cobertura, dinamismo, agilidad para llevar el mensaje y los bajos costos que estos medios ofrecen”.

Los medios de comunicación han desarrollado un trabajo informativo, preventivo y de alerta a la población, sensibilizando a la sociedad en general. Sin embargo, el personal que labora en dichos medios, están conscientes de que el trabajo no ha sido sistemático, ni necesariamente ha tenido un enfoque educativo que realmente lleve el mensaje de prevención. Es necesario desarrollar una estrategia de acercamiento con el periodismo, que permitiría llevar al pueblo ese enfoque educativo.

La información en medios de comunicación se brinda cuando ésta va a tener un impacto noticioso "cuando va a vender", "generar dinero", de lo contrario l@s editor@s y/o dueñ@s de los programas, no dejan pasar la información. El tema de VIH/SIDA no es una prioridad para los medios, su agenda es política, porque es lo que más impacta a la sociedad.

La no priorización del VIH/SIDA, no es sólo un problema de los medios de comunicación. Estos señalan, que “las instituciones nacionales e internacionales que trabajan en salud, tampoco la priorizan y cuando los dueños de programas tratan de conseguir financiamiento, reciben como respuesta que no tienen fondos, o que ellos no pagan por tratar este tema en los medios”.

A pesar de los problemas económicos, los programas que asignan espacios para hablar sobre el VIH/SIDA, tienen muy buenas respuestas por parte de la audiencia. “L@s radioescuchas llaman y escriben solicitando mayor información, lo que refleja que la población siente la necesidad de tener información actualizada, aclarar dudas y abordar el tema con otras personas”. Este tipo de respuesta se convierte en razones válidas para financiar acciones educativas a través de los medios de comunicación.

Educación-Capacitación

Todos los organismos que participaron en este análisis, hacen educación con distintas modalidades, enfoques y temáticas, dependiendo de la misión institucional, del financiamiento, de la capacidad técnica y de su población meta.

El MINSA realiza capacitaciones en las unidades de salud adscritas a dicho Ministerio, con el fin de preparar a su personal y que puedan realizar labor educativa en dichas unidades. Esta capacitación se realiza en toda la red de servicios de salud, desde el nivel central hasta las unidades operativas. Normalmente se desarrollan actividades educativas en cascada, iniciando con la capacitación, por parte del nivel central del Programa ETS-VIH/SIDA, a los responsables de programas a nivel de SILAIS.

Además de la capacitación, el nivel nacional monitorea, supervisa y evalúa las actividades que se desarrollan en todos los SILAIS. A su vez, el nivel de SILAIS responde por el trabajo que desarrollan las unidades de salud bajo su responsabilidad.

Un grupo poblacional que ha sido atendido por el MINSA, en cuando a educación sobre los temas, son l@s trabajador@s del sexo.

En el norte del país (Nueva Segovia, Madriz y Estelí), el MINSA en coordinación con el Centro de Educación y Promoción de la Salud, ha formado y capacitado a una red de multiplicadores con estudiantes de secundaria, que se encargarán de capacitar a sus pares en los colegios donde estudian. Para este trabajo, ha resultado de mucha importancia el modelo "Cadena de cambios", ya que ha orientado los procesos educativos hacia los cambios de conducta, que es una de las debilidades detectada en los procesos educativos desarrollados hasta ahora.

El MINSA en coordinación con el MECD, también está desarrollando capacitaciones a maestr@s de escuelas en todos los departamentos del país. El objetivo de estas capacitaciones es que dicho personal replique el conocimiento al resto de personal del Ministerio, lo que facilitará desarrollar los programas de prevención con alumn@s, tanto en escuelas de educación primaria como de secundaria. Estas capacitaciones se han visto limitadas en su enfoque y contenido por la concepción del Ministerio en torno a la educación sexual y al uso de preservativos.

En la Educación Superior, se desarrollan diversas actividades educativas, éstas dependen de las carreras y asignaturas que son más propicias para abordar el tema. Las carreras que tienen mayor sistematicidad en la educación hacia el VIH/SIDA son las relacionadas con la salud, en este caso, facultad de medicina, odontológica y química farmacéutica. Las cátedras donde mayormente se estudia son Salud y Sociedad, Biología y Epidemiología, donde l@s estudiant@s deben realizar trabajos de prevención de las ETS y el VIH/SIDA, el cual es desarrollado en las comunidades. L@s alumn@s van a los barrios a impartir charlas, realizar videos-foros, pegar afiches, etc.. Este trabajo se hace de forma sistemática, cada año nuevos alumnos retoman la tarea.

En la carrera de Enfermería se introdujo el tema en las asignaturas de Microbiología, Epidemiología y Biología. En la Facultad de Ciencias de la Educación, las carreras tienen como asignatura general, Biología, en la cual, desde 1990 se introdujo el tema de VIH/SIDA. En la Escuela de Psicología, se aborda el tema en la asignatura "Psicología de la Salud" donde se enseña como asistir a las personas que conviven con VIH/SIDA.

Este trabajo se realiza, a pesar que las currícula están montada en la lógica de las profesiones, de las disciplinas y no sobre los grandes temas de debates. Hay carreras que por motivaciones propias han incorporado el tema. Esto no significa que están dentro de su curriculum o planes de estudios, ni es una labor que se realice de forma sistemática, a veces son acciones aisladas, motivadas por campañas del día mundial de lucha contra el SIDA.

Dos universidades privadas que participaron de forma activa en el análisis de respuesta, manifestaron que el trabajo sobre VIH/SIDA está incluido dentro de sus currícula, es decir, que es un trabajo institucional y no depende de la voluntad de las personas que están al frente de la carrera. En la currícula definieron ejes integradores para el desarrollo de los programas y ahí se integra el trabajo de bio-seguridad, ética y género.

Una de estas universidades refirió que por vía del Decanato de Estudiantes se promuevan y realizan conferencias sobre el tema para todos l@s estudiant@s, independientemente de la carrera. El enfoque que se da al tema es integral, incorporando temas sobre la sexualidad

humana. En este mismo centro de estudios, el tema está incluido en 11 asignaturas de la Facultad de Medicina, abordando temas desde los conocimientos básicos hasta la ética médica. Esta política incluye a tod@s l@s trabajador@s de la universidad, independiente de la función que desempeñan. Su fin es desarrollar valores en todo el personal y el tema del VIH/SIDA es un tema propicio para el desarrollo de los mismos.

En Nicaragua hay muchas ONGs, que trabajan en salud y tienen integrado dentro de su quehacer el tema de las ETS y VIH/SIDA. Otras trabajan única y exclusivamente sobre el tema. Todas ellas realizan su trabajo desde una perspectiva de género. El trabajo es fundamentalmente educativo, a través de capacitaciones, ciclo de talleres, sesiones educativas, seminarios, charlas, videos, foros, visita casa a casa, etc. En su mayoría trabajan con adolescentes y jóvenes en escuelas y fuera de ellas, niñ@s, hombres y mujeres, trabajador@s de la Salud, maestr@s y padres y madres de familia.

El enfoque con que se abordan los procesos educativos es integral, es decir, desde la sexualidad humana, la autoestima, la Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Las acciones educativas se ubican fundamentalmente en los departamentos del norte y el pacífico del país, en el resto de zonas se realizan en menor escala. En las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur del país, existen organismos locales que están trabajando sobre el tema y su población meta son adolescentes y jóvenes, principalmente.

En general, la educación brindada por las ONGs, tiene un efecto multiplicador, la mayoría tiene su población meta en comunidades urbano-marginales y rurales. De esta manera se ha logrado diseminar el conocimiento. Sin embargo, investigaciones realizadas han demostrado que los cambios de conductas en cuanto a las prácticas de sexo seguro en las poblaciones intervenidas aun son muy pobres.

El trabajo educativo, realizado por los diferente sectores, no se ha compaginado en toda su dimensión y de forma adecuada entre el MINSA, nivel central del MECD y algunos sectores de la jerarquía de la iglesia católica, al entrar en algunas contradicciones con los enfoques, estrategias y temáticas abordadas.

En la comunidad gey, desde el año 1987 se realizan actividades educativas, que a la postre han ayudado para que este segmento de la población tenga una baja incidencia de la enfermedad, a través de un buen conocimiento sobre su prevención.

En el Ejército de Nicaragua y el Ministerio de Gobernación, se ejecutan actividades educativas en prevención de las ETS/VIH/SIDA y de salud sexual y reproductiva con contenido de género.

8.1.2 Promoción y Distribución de Preservativos

Crear y aumentar la demanda de Preservativos

Algunos Organismos han realizado campañas educativas a través de los medios de comunicación (Radio, TV, Radios escritos) para promocionar el uso del Condón. Dichas campañas han sido orientadas para una audiencia de jóvenes.

Además, se han elaborado plegables, folletos, afiches, camisetas, llaveros, orientado a la promoción de éstos y a brindar conocimiento sobre su uso. Así mismo, muchos aspectos del quehacer educativo han sido orientados a brindar los conocimientos teóricos-prácticos sobre el uso del condón.

Este tema ha causado controversia entre las instituciones que trabajan en salud, en especial de Salud Reproductiva y ETS-VIH/SIDA con la política de abordaje del MECD y la Jerarquía de la Iglesia Católica, debido a que éstas últimas tienen una concepción diferente en el abordaje del tema, no obstante hay que señalar que ha existido un avance sustancial en el propio proceso educativo.

La mayoría de l@s jóvenes, sabe lo que es un preservativo, pero no todos saben como usarlo de manera adecuada. Un Epidemiólogo de un SILAIS manifestó: “Yo he realizado encuestas sobre el condón en diferentes unidades de salud y casi el 100 por ciento de las personas lo conocen y saben para que sirven, de nada le ha servido al Ministerio de Educación prohibir hablar de ellos en las escuelas, de todas manera l@s adolescentes y jóvenes tienen información sobre ellos por otras vías”.

Es importante señalar que el hecho de conocer los condones y saber para que sirven, no tiene una implicancia sobre el nivel de utilización que hace la población de ellos. Por algunas investigaciones se conoce que su uso es muy limitado, tal como se plantea en el análisis de situación.

Sin embargo, también es necesario decir que el nivel de utilización se ha venido incrementando a través del tiempo. En Nicaragua, el porcentaje de uso en la población no es el mismo cuando se presentaron los primeros casos de PERSONAS QUE CONVIVEN CON VIH/SIDA que en la actualidad, este porcentaje de incremento en la utilización se debe fundamentalmente a todos los procesos educativos que las instituciones han desarrollado durante el período.

Las instituciones manifiestan porcentajes variables en la utilización de condones, precisamente esto se relaciona con la capacidad y desarrollo educativo que han logrado desarrollar con sus poblaciones metas.

Distribución de Preservativos

En el país no ha existido una cultura y tradición para el uso del condón, hasta los años 80 los preservativos casi no se conocían. Cuando se inicia el trabajo del VIH/SIDA en los años

86-87, se empieza a promocionar y distribuir los condones masculinos. En el caso de los condones femeninos no se promociona y su distribución ha sido insignificante.

La distribución de los preservativos ha sido gratuita para las poblaciones metas de los organismos que trabajan en ETS y VIH/SIDA. Durante las efemérides y jornadas, la distribución se hace gratuita para toda la población en general. Organismos como el MINSA, ONGs y sectores religiosos que trabajan en prevención con l@s trabajador@s del sexo, les garantizan una dotación sistemática de condones.

Inicialmente la gratuidad ha respondido a dos factores, primero a la necesidad de ir creando el hábito y la cultura de usarlo y segundo a la difícil situación económica en la que vive la población nicaragüense. Sin embargo, la gratuidad está pasando a la historia, debido principalmente al costo económico que ello representa.

Las principales instituciones que hacen distribución de preservativos son el MINSA, PROFAMILIA, Xochiquetzal, SI Mujer y Nimehuatzin, para lo cual tienen diferentes fuentes de financiamiento. En estudios desarrollados por dichas instituciones demuestran que el uso de preservativos entre la población meta a los cuales van dirigidas sus acciones, han incrementado el uso de preservativos en sus relaciones sexuales.

A nivel privado y comercial, lo más relevante ha sido que en los últimos meses una empresa distribuidora de productos, quien ha desarrollado una promoción a nivel de los principales medios de comunicación, a favor del uso de condón (VIVES). Aunque no existen estudios de comportamiento recientes, es seguro que esta promoción en algún porcentaje ha ayudado en el incremento del uso de condones en la población.

8.1.3 Trabajo con Grupos Vulnerables

Los esfuerzos educativos de algunos SILAIS han estado orientados hacia l@s trabajador@s del sexo, a l@s cuales se les ha realizado capacitaciones a través de charlas, talleres y asesorías en sus lugares de trabajo: bares, moteles, la calle, etc.

Este tipo de esfuerzo también han sido desarrollados por algunas ONGs, con sus respectivos grupos metas, sobre todo orientados al desarrollo de la percepción del riesgo, la autoestima y la capacidad de negociación. Con estos grupos desarrollan capacitaciones, consejería y se les brinda información sobre la prevención de las ETS y el VIH/SIDA.

Algunos sectores de la iglesia católica, además de l@s trabajador@s del sexo, han priorizado a madres adolescentes, niñ@s inhalantes y casa- hogar para adolescentes.

En la RAAS, tomando en cuenta su cultura y aficiones deportivas, han conjugado actividades de promoción y prevención con las actividades propias de la zona, entre las que cabe destacar partidos de béisbol, baloncesto; han visitado lugares como bares, playas, ranchos, etc., haciendo uso de la creatividad y tomando en cuenta las características étnicas y culturales de la población.

En general los departamentos geográficos que han priorizado la realización de procesos educativos con trabajador@s del sexo, han sido los que tienen puertos, fronteras, la capital y ciudades aledañas a ésta última.

El fin último de estas acciones es fortalecer la capacidad de negociación y para ello es necesario el desarrollo de la autoestima, el conocimiento de sus derechos y la percepción de riesgo.

Sector Militar

El Ejército de Nicaragua, desde finales de los años 80 ha venido realizando una serie de acciones educativas que han sido orientadas a la prevención del VIH/SIDA entre sus miembros y la formación de l@s médic@s y paramedic@s. A lo interno, existen distintas formas de abordar el problema, debido a que cada programa implementado ha tenido su propio origen y enfoque.

Se han desarrollado proyectos específicos para la prevención de las ETS y el VIH/SIDA en el sector militar, Ejército de Nicaragua (E de N) y Ministerio de Gobernación (MIGOB), entre los más recientes destacan:

Proyecto de Prevención de ETS/VIH/SIDA en el Sector Militar, auspiciado por ONUSIDA y abarcó seis departamentos geográficos: Chinandega, Matagalpa, Rivas, Nueva Segovia, Madriz y Managua. Este proyecto concluyó en junio de 1999 y obtuvo un gran impacto en la población militar beneficiada, tanto del Ejército de Nicaragua como del MIGOB.

Percepción de Riesgos y Actitudes, dirigido a marineros, policías y trabajador@s del sexo ubicados en el puertos del pacífico de Nicaragua: Puerto Corinto, Puerto Sandino y San Juan del Sur.

También se han desarrollado proyectos de rutina en el Ejército, los cuales abarcan el 100 por ciento de sus fuerzas a nivel nacional. Estos proyectos y programas son financiados con fondos propios de la institución.

La valoración que se hace es que los programas con mayor fortaleza, son aquellos que han recibido o reciben financiamiento externo. Así mismo, reconocen que para las Regiones Autónomas del Atlántico no se tiene financiamiento y las acciones que se realizan son muy pocas, a pesar que estadísticamente se ha demostrado que éstas tienen altas tasas de incidencia de ETS y VIH/SIDA. Tampoco han desarrollado acciones que tomen en cuenta las características étnicas de la población de estas regiones, lo que genera un problema serio de comunicación, limitando el impacto de los procesos educativos.

El Ejército además desarrolla actividades de capacitación sobre normas universales de bioseguridad, aunque todavía son muy débiles. Actualmente están desarrollando un Proyecto sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar para oficiales, clases y soldados.

El Ministerio de Gobernación no tiene un Programa estructurado integralmente para el control de las ETS/VIH/SIDA, aunque realiza de forma aislada, actividades de prevención y atención para estas enfermedades. Las actividades se ven inmersas dentro de los procesos de atención y unidas a otro tipo de actividades. En esta problemática incide las limitaciones de recursos, sobre todo de personal humano destinado en forma exclusiva a las mismas.

Hasta el año 1995, por características propias de la institución, cuya misión fundamental es resguardar el orden público y garantizar la seguridad ciudadana, para lo cual debe poner de manifiesto su autoridad y realizar acciones represivas, la institución no era considerada para financiamiento de proyectos dirigidos hacia la salud. Sin embargo, esta situación ha cambiado de forma sustancial, habiendo desarrollado hasta la fecha numerosos proyectos que han beneficiado a la población laboral del MIGOB y sus familiares.

Uno de las instituciones que más ha brindado apoyo a la estructura de salud del MIGOB, en relación al tema de ETS/VIH/SIDA, ha sido el SILAIS de Managua, como región, éste les ha abastecido de condones y material educativo.

También en el MIGOB, en la actualidad se está desarrollando un Proyecto sobre Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar, el que lleva un componente sobre el tema de ETS/VIH/SIDA.

Privad@s de Libertad

La instancia que le corresponde desarrollar acciones de prevención con este grupo poblacional es al Sistema Penitenciario Nacional (SPN) adscrito al MIGOB, sin embargo, por las limitaciones presupuestarias, no han logrado desarrollar actividades sistemáticas, preventivas, dirigidas al tema. Sin embargo, ONGs, con previa autorización y coordinación estrecha con las autoridades pertinentes, han desarrollado actividades educativas orientadas a brindar conocimientos básicos sobre la prevención de ETS-VIH/SIDA y Derechos Humanos de los mismos.

Se considera como muy bueno la existencia de organismos interesados por las personas privadas de libertad y como institución están dispuestos a brindar las facilidades para que realicen el trabajo, señalan que los ONGs, deben coordinarse con las autoridades e informar a las instancias correspondientes sobre los resultados de sus actividades.

Se estima conveniente que las organizaciones que trabajan o deseen trabajar con privad@s de libertad, también consideren realizar actividades que orienten y eduquen a l@s funcionari@s encargad@s de éstos, con doble propósito, uno para que este personal sea educado y capacitado y segundo, que a su vez éste personal pueda servir como multiplicador de conocimiento hacia los privad@s de libertad, garantizando de esta manera una mayor efectividad de las intervenciones.

Jóvenes estudiantes

El MECD, promueve al igual que la Iglesia Católica y otras denominaciones religiosas como mecanismo de prevención de las ETS y VIH/SIDA, la abstinencia sexual y el matrimonio donde lo importante es que las parejas sean mutuamente fieles.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo exhorta a los países que con la asistencia de la comunidad internacional deben proteger y promover los derechos de l@s adolescentes en educación, información y asistencia en salud reproductiva y reducir considerablemente el número de embarazos en las adolescentes, asimismo que los Gobiernos, en conjunto con ONGs promuevan programas educativos encaminados a instruir a padres y madres, a fin de mejorar la interacción con sus hij@s.

Después de la Conferencia y en cumplimiento a los acuerdos, el MECD y el MINSA, firman un convenio interministerial para brindar educación, información y servicios a la adolescencia, donde el MECD se compromete a elaborar un programa de educación sexual, que reforma los programas de estudio de primero a tercer grado de primaria y cambia los textos básicos de estudio de todas las materias, entre las que se encuentran Ciencias Naturales y Moral y Cívica.

EL MECD, durante el período 1990/96 creó un Departamento de Valores Morales, cuyo objetivos era revisar los programas y textos en aspectos que consideran nocivos para la adolescencia sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Al respecto, la educación sobre sexualidad en los años 90 ha sido un tema controversial por el MECD, debido a su política dirigida hacia una dimensión moral de la educación sexual, más que en su contenido científico, esta es vista en el marco filosófico de aprender a distinguir lo bueno y lo malo, limitando de esta manera los contenidos educativos para la prevención de las ETS y el VIH/SIDA.

Durante 1998 se desarrolló un Proyecto de Prevención de ETS/VIH/SIDA, auspiciado por ONUSIDA y dirigido a capacitar al magisterio nacional y disponerl@s con mejores herramientas para educar a l@s escolares.

8.2 Asistencia directa de personas que conviven con VIH/SIDA

8.2.1 Atención en salud

En Nicaragua, las instituciones del estado y la sociedad civil, realizan esfuerzos por brindar atención a las personas que conviven con VIH/SIDA, sin embargo, dicha atención es limitada en todos los sentidos.

EL MINSA garantiza de acuerdo a sus posibilidades pruebas de diagnóstico en toda la red de servicios y de confirmación diagnóstica en el CNDR, así como exámenes especializados como el CD4+, sin embargo no logra cubrir todas las necesidades, a como se ha mencionado anteriormente.

Para el tratamiento de personas que conviven con VIH/SIDA que ameritan hospitalización, el MINSA ha destinado tres centros que sirven de referencia nacional, en los cuales se trata de brindar una atención integral, estos centros son: Hospitales Roberto Calderón, Antonio Lenín Fonseca y Bertha Calderón. Sin embargo, en la práctica, el hospital por excelencia que ha asistido a personas que conviven con VIH/SIDA ha sido el Hospital Roberto Calderón, inclusive ha recibido traslados de personas que conviven con VIH/SIDA de los otros hospitales mencionados.

En teoría la red de servicios debe brindar atención a personas que conviven con VIH/SIDA, pero, las unidades no cuentan ni con la capacidad instalada, ni recursos humanos calificados, para realizar este tipo de trabajo. Tampoco disponen de recursos materiales y financieros para asumir este tipo de responsabilidades.

Con respecto a la atención directa de personas que conviven con VIH/SIDA, merece la pena exponer parte de la experiencia que acumulada por el Dr. Porras en sus años de asistencia hospitalaria y ambulatoria que ha brindado a l@s mism@s.

“...es una debilidad del sistema y un problema de actitud de trabajador@s de la salud: Muy pocos están dispuestos a atender sin prejuicios a nuestros usuarios/as, al respecto creo que hay que reconocer la vocación de servicio de los residentes de Medicina Interna (no así de los médicos especialistas) del Manolo Morales -hoy Roberto Calderón-, y del personal de enfermería de dicho hospital. Tengo usuarios/as que han sufrido discriminación en su barrio porque personal del hospital Bertha Calderón que vive en el mismo barrio, difunde el estatus de seropositividad del usuario. Este es un aspecto que debe fortalecerse: la capacidad de atención a personas que conviven con VIH/SIDA por parte del personal y de las instituciones hospitalarias (incluso para la realización de procedimientos como tinción de Kinyoun o tinta china que son tan útiles), y erradicar prejuicios y mitos que interfieran con esa atención. Al respecto, creo que hay que escuchar a los usuarios/as, muchos se quejan de un trato inadecuado por personal de los SILAIS (sobretudo Managua), dado que sienten una “atención persecutiva” para que se realicen los “famosos” CD4+, o descuido al querer otorgar algún tipo de ayuda (canastas básicas) de tal manera que dejan prácticamente al descubierto su condición de VIH ante familiares y vecinos”⁶¹

También el MINSA brinda consejería a personas que conviven con VIH/SIDA, actividad que tiene sus limitaciones por cuanto todavía hace falta una mayor y mejor capacitación del personal; mayor seguimiento a las personas que conviven con VIH/SIDA y por no contar con condiciones necesarias para realizar este tipo de trabajo, en el marco de la privacidad para los mismos.

En algunas unidades de salud, a pesar de las limitaciones existentes, las personas que conviven con VIH/SIDA refieren que han recibido muy buena atención, consejería, confianza, confidencialidad y apoyo moral. Sin embargo, estas mismas personas perciben la asistencia como iniciativa del personal médico/a y paramédico/a, sienten que es un apoyo como amig@s a título personal y no como una política y/o mandato institucional.

⁶¹ Porras, Guillermo. Entrevista Personal. Octubre 16 de 1999.

En el RAAS, como expresión de un acto de voluntad de los diferentes sectores que trabajan con el VIH/SIDA, entre ellos el MINSA, ONGs, líderes locales y medios de comunicación, han realizado grandes esfuerzos por brindar atención médica, consejería, exámenes de laboratorios y medicamentos a las personas que conviven con VIH/SIDA. Esta atención se limita a la ciudad de Bluefields, ya que no cuentan con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para atender todos los municipios de la región. Este esfuerzo también se ve restringido por la falta de condiciones físicas para garantizar la privacidad y confidencialidad del trabajo de consejería y atención médica.

El Ejército de Nicaragua, brinda atención médica y consejería a las personas que conviven con VIH/SIDA a miembros de esa institución. Esta es calificada como una atención humanizada. También les garantizan el tratamiento, aunque no es específico para el VIH/SIDA, reconocen que el tratamiento es de tipo paliativo, para las enfermedades oportunistas. No cuentan con fondos para brindar el tratamiento específico. Así mismo, brindan hospitalización a l@s afectad@s militares y personas que conviven con VIH/SIDA que solicitan y pagan los servicios de hospitalización en el área de privado.

Como institución tienen capacidad de realizar pruebas de laboratorios no especializadas. Uno de sus principales problemas es la realización de exámenes médicos especializados, en especial el Western Blot para la confirmación diagnóstica, para lo cual han establecido coordinación con el CNDR-MINSA, lo que implica una serie de trámites burocráticos, que puede durar meses, mientras tanto las personas que conviven con VIH/SIDA y l@s médic@s esperan imusuarios/as generando una serie de tensiones y frustraciones de ambas partes.

La prueba para detección del VIH en el personal militar es voluntaria y se la pueden hacer cuando lo consideren conveniente.

En el Ministerio de Gobernación hasta el momento, no se ha detectado ninguna persona que conviva con el VIH/SIDA entre sus miembros. Cuentan con una unidad hospitalaria que brinda atención a personas que se encuentran dentro de la política de cobertura, así como a personas que lo solicitan en los servicios de privado.

Se han hospitalizado dos personas que conviven con el VIH/SIDA, habiendo tenido una experiencia negativa, dado que no se manejó con el nivel de profesionalidad requerido. A pesar que el personal es altamente calificado y tiene el conocimiento y formación suficiente para manejar este tipo de usuarios/as, en la práctica, no se realizó de la forma correcta, sobre todo en las medidas de bioseguridad, ética profesional y derechos de l@s usuarios/as. Esto obedece principalmente a la falta de experiencia que se ha tenido con la atención de estos usuarios/as. También es bueno señalar que hace falta mayor educación con respecto a la integralidad en la atención que requieren las personas que conviven con el VIH/SIDA.

De las ONGs que trabajan en VIH/SIDA, dos son mencionadas por las personas que conviven con VIH/SIDA como las que les brindan atención integral humanizada (Xochiquetzal y Nimehuatzin). Señalando que en ellas se les ha brindado atención médica, consejería, atención psicológica para ell@s y sus familias, tratamiento profiláctico, servicio

de laboratorio, realización de diagnóstico, ayuda y comprensión. También existen otras ONGs que brindan estos servicios a las personas que conviven con el VIH/SIDA.

Las universidades estatales incluyen ciertos trabajos sobre el VIH/SIDA, en las asignaturas que se acercan más al trabajo social, l@s alumn@s, realizan trabajos de atención y consejería a familias de personas que conviven con el VIH/SIDA y que están haciendo crisis debido al problema de su familiar.

Una debilidad que ya ha sido mencionada es la carencia de tratamiento antiretroviral, al respecto el Dr. Porras señala lo siguiente:

“...no se puede ocultar el beneficio que esta terapia tiene y los usuarios/as están cada vez más enterados de esto. Hay que estar claros que esto es evolutivo y así como en los Estados Unidos, Brasil, México, El Salvador, Panamá, Costa Rica, entre otros países, se han generado movimientos reivindicativos entre las personas afectadas, para que los sistemas de salud adquieran y oferten este tipo de tratamiento, probablemente también eso suceda en nuestro país, de tal manera que solo será cuestión de tiempo para que los usuarios/as pierdan inhibiciones y temores, en tal caso es preferible salir al paso de eso y comenzar la búsqueda de acciones que conlleven a la consecución de medicamentos. Podría ser por fases, talvez lo primero sería implementar tratamiento para disminuir o evitar la transmisión perinatal –estaría acompañado de una campaña persuasiva de que las futuras madres se realicen pruebas en los Controles Prenatales (CPN)-, en este aspecto alternativas de tratamiento acertado como el esquema Tailandia o el esquema con Nevirapina podrían ser adecuados en países pobres como el nuestro. Lo otro es que se debe pensar ya en tener disponibilidad de tratamientos postexposición para trabajador@s de la salud o personas víctimas de violación sexual. Obviamente debe fortalecerse el aspecto de las medidas de prevención estándar.”⁶²

Respecto de estos últimos grupos de población, en la actualidad han sido pobres las actividades desarrolladas. L@s trabajador@s de la salud tienen riesgo de accidentes que potencialmente los expone al VIH (pinchazo con agujas, bisturí, contacto con secreciones, etc.), sin embargo, cuando se presentan casos de este tipo, existe poco trabajo de persuasión para que dicho personal se realice las pruebas diagnósticas pertinentes y se les brinde seguimiento en el tiempo, mucho menos existe este tipo de actividad para con l@s pacient@s con los cuales el/la trabajador/a entró en contacto de forma accidental. Igual sucede con las personas que son víctimas de violencia sexual, en este caso existe poco trabajo desarrollado para ellos y para los victimarios.

8.2.2 Apoyo Social

Las personas que conviven con el VIH/SIDA reconocen la ayuda brindada por la Casa Nazaret, reuniéndose con ell@s cada 15 días, donde se realiza consejería y se promueve el intercambio de experiencia y ayuda mutua entre los mismos. La idea inicial de l@s religios@s era formar un albergue, pero la situación económica no se los ha permitido.

⁶² Porras, Guillermo. Entrevista Personal. Octubre 16 de 1999.

Las misioneras de la orden de Teresa de Calcuta realizan una importante ayuda a las personas que conviven con el VIH/SIDA que se ubican en el Mercado Oriental.

La Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA desde la Sociedad Civil (CNLSSC), les ha entregado canastas básicas. A pesar que las personas que conviven con el VIH/SIDA valoran esta iniciativa como muy buena, consideran que deben priorizar la compra de medicamentos, que es la necesidad más apremiante de ellas.

Así mismo, las personas que conviven con VIH/SIDA reconocen el apoyo moral que les han brindado otros organismos, dentro de los cuales se encuentran: Grupo Soy Tu Amigo (Cruz Roja), Empresa Gurdíán en León, que les ha apoyado para la compra de algún medicamento y la Radio Universidad que les permite hablar en algunos espacios radiales.

La familia ha jugado un papel muy importante como fuente de valor, de apoyo y comprensión para las personas que conviven con VIH/SIDA.

Una persona que convive con el VIH/SIDA comenta "Cuando le confesé a mi mamá mi problema, ella me dijo: Si es tu cruz, carguémosla juntos".

IX. INVESTIGACIONES

En el país se han realizado aproximadamente 70 investigaciones sobre las ETS y el VIH/SIDA. Las motivaciones para su realización han sido diversas: Monografías de pre y post-grado, interés institucional e individual para adquirir mayor conocimiento hacia componentes del tema y orientar en forma objetiva las intervenciones.

Cuadro No.2
Investigaciones realizadas en el tema de VIH/SIDA

Año	Población/Muestra	Investigador	Seroprevalencia
1989	Grupos con conducta de riesgo.	González, Alcides. CNDR.	0.10 %
1990-1991	Repatriados y desmovilizados (19,000)	Ministerio de Salud/OEA	0.03%
1991	Trabajadoras del Sexo (46)	González, Alcides. CNDR.	0.00%
1993	Usuarios/as con Tuberculosis	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.	0.00%
1994	Usuarios/as Quirúrgicos	Hospital Alejandro Dávila Bolaños. Ejército de Nicaragua.	0.10%
1994	Estudiantes Universitarios	Zelaya, Félix. et. al. UNAN-León	0.00%
1994	Homosexuales de Matagalpa (22)	Ministerio de Salud. SILAIS Matagalpa.	0.00%
1996	Trabajadoras del Sexo (400)	Nimehuatzin	0.24%
1996	Hombres que tienen sexo con otros hombres (250)	Nimehuatzin	1.5%

En general las investigaciones realizadas se puede clasificar como:

- Epidemiológicas de prevalencia y factores de riesgo
- Estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
- Comportamiento
- Evaluación de programas e Instituciones
- Impacto Socioeconómico

Los principales organismos que han realizado investigaciones son: El MINSA, Nimehuatzin, Xochiquetzal, SI Mujer, PASCA, UNAN núcleo de León y Managua, Escuela de Salud Pública de León y Managua, Centros Universitarios que forman personal de Enfermería. En estas investigaciones existe información que pueden servir para definir estrategias, intervenciones y políticas orientadas a enfrentar la epidemia con un mayor rigor científico.

A pesar de contar con información tan valiosa, ésta no ha sido lo suficientemente potencializada y utilizada por los diferentes organismos que trabajan en salud y específicamente los que trabajan en VIH/SIDA. Muchas de ellas no han sido publicadas,

como es el caso de monografías, quedando únicamente como un requisito académico, otras han quedado en el escritorio y/o acervo de las instituciones que las realizan y muy pocas se han dado a conocer a nivel público.

Por lo indicado anteriormente hay un desconocimiento de esta investigaciones y a veces repeticiones, lo que no contribuye a racionalizar mejor los recursos y a realizar intervenciones desde un marco científico.

Un resumen de los esfuerzos llevados a cabo en investigaciones de seroprevalencia, conocimiento a profundidad sobre características epidemiológicas, sociales, económicas, etc. del problema del VIH/SIDA en Nicaragua, se presentan en el cuadro siguiente:

X. INTERVENCIONES REALIZADAS

No todas las actividades que han desarrollado las instituciones logran cumplir en un cien por cien con el objetivo propuesto, esto puede deberse a varios determinantes o factores: es probable que la actividad per sé no tenga ningún éxito, o en su efecto, la actividad no se ha realizado en toda su dimensión por falta de recursos materiales, financieros, humanos; uso de técnicas inadecuadas; modelo inadecuado de intervención, etc. Unas intervenciones tienen mayor éxito que otras o simplemente han logrado obtener un mayor desarrollo.

10.1 Intervenciones consideradas con mayor desarrollo

No necesariamente significa que estas intervenciones han sido desarrolladas en su totalidad y logrado el impacto que se desea. Como se dice, son las de mayor desarrollo y éxito, pero, está claro que deben ser mejoradas.

10.1.1 Atención integral a personas que conviven con VIH/SIDA

- ✓ Incorporación del VIH/SIDA al Programa Nacional de Control y Prevención de las ETS del MINSA, base estratégica para el abordaje del problema desde la perspectiva de los servicios públicos y la integración del resto de sectores del país.
- ✓ Disposición de unidades hospitalarias para el abordaje clínico integral de personas que conviven con VIH/SIDA que ameriten encamamiento. Hospitales del MINSA, Unidades Militares que tienen estructuras físicas para atender a sus miembros.
- ✓ Atención brindada por unidades asistenciales de ONGs, que ofertan atención integral humanizada, contando con servicios de laboratorio y atención médica en Salud Sexual y Reproductiva, donde tienen integrado el tratamiento sindrómico de las ETS y el VIH/SIDA, brindando también atención psicológica, social, legal, etc.
- ✓ Contar con un Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia que además de realizar exámenes serológicos y de confirmación diagnóstica, realiza control de calidad a la red de servicios de laboratorios.
- ✓ Existencia de estructuras que brindan atención social como Casa Nazaret que brinda solidaridad y promueve la ayuda mutua entre las personas que conviven con VIH/SIDA.
- ✓ Ayuda en alimentos (canasta básica) que la CNLSSC entrega a las personas que conviven con VIH/SIDA dos veces al año, como parte de atención integral que desarrollan, además de la atención en salud propiamente dicha.
- ✓ Apoyo solidario de familiares a las personas que conviven con VIH/SIDA, asumiendo el problema y enfrentándolo desde el punto de vista social y familiar.

10.1.2 Promoción de Comportamiento Sexual Seguro y Reducción de vulnerabilidad

- ✓ Campañas educativas coyunturales a través de diferentes medios de comunicación, permitiendo poner en la agenda pública el tema del VIH/SIDA; crear cierto nivel de sensibilización de la población en general y sobre todo abordar temas que socialmente han sido tabúes, como es la sexualidad, uso del condón, etc.
- ✓ Educación directa a la población que realiza el MINSA, ONGs y otras instituciones, a través de talleres, charlas, sesiones educativas, seminarios, cursos, conferencias, foros, etc. realizando procesos educativos con efecto multiplicador, utilizando diferentes estrategias y técnicas como visitas casa a casa, bares, billares, prostíbulos, actividades deportivas, playas y otras áreas recreativas.
- ✓ Producción de materiales educativos e informativos abordando diferentes tópicos sobre el tema, así como definición de metodologías específicas orientadas a trabajar la temática con niñ@s adolescentes y mujeres.
- ✓ Definición de grupos de población que tienen mayor comportamiento de riesgo, o que la situación en que se encuentran permite tener mayor riesgo, y en los cuales se ha desarrollado educación dirigida. Entre estos grupos se cuentan los jóvenes, trabajador@s sexuales, militares, niñ@s inhalantes, privad@s de libertad, etc..
- ✓ Trabajo que se realiza con la niñez, donde además de abordar el tema de sus derechos, se trabaja alrededor de la sexualidad, las ETS y el VIH/SIDA.
- ✓ Procesos de capacitaciones dirigidas al personal de Salud de los distintos organismos como son: MINSA, Unidades de Salud Militar, Personal de ONGs, etc..
- ✓ Elaboración y promulgación de leyes y políticas que contribuyen a reducir la vulnerabilidad, entre las que se cuentan: Ley 230; Reformas al Código Penal; Código de la Niñez y la Adolescencia; Ley 238, Promoción y Defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA.

10.1.3 Promoción y distribución de preservativos

- ✓ Producción de materiales educativos (plegables, afiches y folletos), donde se informa, capacita y educa a la población sobre el uso de preservativos.
- ✓ Campañas educativas desarrollados en medios de comunicación, en los cuales se enfatiza el uso de preservativos. Distribución gratuita de preservativos.
- ✓ Investigaciones sobre conocimiento, actitud y práctica que tienen determinado grupos de población con respecto a la utilización y técnicas del uso de preservativos, lo que ha contribuido a la realización de actividades dirigidas.

10.2 Intervenciones consideradas con menor desarrollo

Se refiere a actividades consideradas importantes para el control de la epidemia, pero, por diferentes causas no han logrado un mayor desarrollo y por lo tanto su impacto ha sido menor. En términos prácticos, esto quiere decir que deben ser analizadas y ser retomadas para elevar su nivel de respuesta y mejorar la atención a l@s usuari@s.

10.2.1 Asistencia y Promoción

- ⇒ Consejerías a través de unidades de salud, las cuales han sido débiles y sin condiciones técnicas y profesionales adecuadas. Además no se le ha dado seguimiento, ni se ha atendido a familiares de las personas que conviven con el VIH/SIDA. El mejor desarrollo obtenido en esta actividad ha sido por las ONGs que brindan asistencia sanitaria.
- ⇒ Limitación en el acceso a exámenes, tanto para el diagnóstico como especializados. Generalmente estas pruebas son pagadas por las personas que conviven con VIH/SIDA o familiares. Para la confirmación del diagnóstico (Western Blot), que es gratuito, se debe esperar demasiado tiempo por el resultado.
- ⇒ Definición de una política clara por parte del INSS, sobre la atención de personas que conviven con VIH/SIDA que son asegurados, que limita la atención a los mismos.
- ⇒ Capacitación limitada sobre temas de bioseguridad dirigido al personal de salud. Así mismo no se brindan los recursos necesarios para que el personal pueda asegurar su seguridad.
- ⇒ Limitada capacidad institucional para asegurar medicamentos para la atención de personas que conviven con VIH/SIDA.
- ⇒ A pesar que estadísticamente son pocas las personas que conviven con el VIH/SIDA, no ha habido un buen seguimiento, ni se ha potenciado la capacidad instalada y personal del MINSA, para brindar una atención integral.

10.2.2 Promoción de comportamiento sexual seguro y vulnerabilidad

- ⇒ El enfoque de las actividades educativas desarrolladas, en su gran mayoría han sido orientadas a incrementar el nivel de conocimiento, dejando por fuera el desarrollo de actitudes y comportamiento menos riesgosos.
- ⇒ Las campañas educativas no han sido lo suficientemente sistemáticas, permanentes, y en su mayoría han respondido a la celebración de efemérides relacionadas con el tema.
- ⇒ Poca utilización de los resultados de investigaciones realizadas, que pueden servir para desarrollar programas educativos.

- ⇒ Han faltado intercambio interinstitucional, sobre metodología, enfoque y estrategias de los procesos educativos.
- ⇒ A nivel de gobierno no hay priorización de las ETS-VIH/SIDA, como problema de salud pública, lo que ha limitado los recursos del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS/VIH/SIDA.
- ⇒ Han faltado estrategias orientadas a mejorar la capacidad de asistencia y atención a las personas que conviven con el VIH/SIDA, desde el Ministerio de Salud.
- ⇒ Han faltado políticas tendientes a sensibilizar y crear responsabilidades compartidas con los diferentes sectores de la sociedad. Hace falta desarrollar actividades que logren integrar otros actores sociales que pueden jugar un rol importante en los procesos de control de la epidemia.
- ⇒ No se ha unificado el enfoque filosófico y científico para abordar las ETS/VIH/SIDA, principalmente en el sistema educativo.

XI. PRIORIDADES

11.1 Políticas/Organizativas

- Priorizar las ETS/VIH/SIDA como un problema serio de salud pública y de desarrollo, que potencialmente puede generar un gran impacto en todas las esferas sociales y económicas del país. Este debe de ser el marco para todas las acciones que se realicen con el fin de prevención y control la epidemia. Elementos que deben ser tomados en cuenta para la prioridad:

Estrategias de Participación ciudadana/comunitaria y Fortalecimiento de Redes

- ⇒ Diseño del Plan Estratégico Nacional con la participación de todos los actores sociales posibles.
- ⇒ Sensibilizar a tomadores de decisiones, la que debe ser en todos los niveles: Nacional, en las más altas estructuras de gobierno, tanto del ejecutivo, legislativos, judiciales, entes autónomos, etc., y en los gobiernos locales, para que se coordine, apoyen y ejecuten acciones en todos estos niveles.
- ⇒ Fortalecimiento de los organismos que ya existen e incorporación de nuevos organismos e instituciones civiles, privadas, económicas, de comunicación políticas, etc., de todo el país, para buscar apoyo desde cada perspectiva. Establecer compromisos entre las instituciones de acuerdo a perfiles específicos (Religiosos, Educativos, Militares, Universitarios, Gremiales, Comunitarios, Ministerios y entes estatales, etc.).
- ⇒ Fortalecimiento del papel rector del MINSA. Formación de Comisiones Departamentales y Locales de Lucha Contra el SIDA, en todos los departamentos/SILAIS/Municipios del país, y fortalecer las que ya existen.
- Elaboración de evaluaciones sistemáticas de las actividades que se desarrollan e involucrar a los actores sociales en las mismas. Tomar decisiones con respecto a resultados de las evaluaciones.
- Gestión de Recursos Económicos para el desarrollo y fortalecimiento de las estrategias y actividades.
- Utilización de experiencias de proyectos exitosos.

11.2 Legales

- ❑ Diseño, aprobación y reglamentación de leyes encaminadas a la prevención, promoción de la enfermedad y protección de las personas que conviven con VIH/SIDA.
 - ⇒ Aprobación de propuesta de Reformas y Reglamentación de la ley 238.
 - ⇒ Establecimiento de una ley sobre la educación sexual obligatoria.
 - ⇒ Integración del VIH/SIDA como Riesgo Laboral por parte del MITRAB.
 - ⇒ Regulación de la atención de personas que conviven con VIH/SIDA que se encuentran protegidos por la seguridad social.

11.3 Preventivas

Encaminadas a evitar la transmisión de estas enfermedades por sus diferentes vías: Sexual, uso de productos intravenosos y perinatal.

- ❑ Fortalecimiento del Sistema Vigilancia Epidemiológica del país (Interinstitucional).
 - ⇒ Estandarización en la recolección de los datos a través de ficha epidemiológica, diseñada con variables pertinentes.
 - ⇒ Automatizar la información.
 - ⇒ Retroalimentar la información a los generadores de la misma.
 - ⇒ Realizar estudios epidemiológicos de forma sistemática (seroprevalencia, comportamiento de riesgo, etc.).
 - ⇒ Implementación de Sitios Centinelas

- ❑ Identificación y Segmentación de Poblaciones Metas.
 - ⇒ Jóvenes
 - ⇒ Conductores de transporte pesado que viajan por Centro América
 - ⇒ Población migrante
 - ⇒ Personas que consumen drogas
 - ⇒ Trabajador@s del sexo
 - ⇒ Mujeres en edad fértil
 - ⇒ Embarazadas

- ❑ Promoción de Prácticas Sexuales Seguras

- Utilizar estrategia de Comunicación en forma adecuada y sistemática, unificando con todos los actores sociales los criterios para un enfoque integral, desde la perspectiva de género, derechos humanos, legal, asistencial, etc..
- Incluir el tema de ETS/VIH/SIDA en la currícula de todos los niveles educativos del país. Realizar procesos de negociación con FENEC para abordar el tema en colegios religiosos.
- Diseñar procesos educativos dirigidos hacia personal que por sus características laborales o de influencia pueden desarrollar un efecto multiplicador del conocimiento. Estos procesos deben ir encaminados principalmente hacia un cambio de conducta. Ejemplo: personal de salud, agentes comunitarios, maestr@s, religios@s, etc.
- Con respecto al personal de salud del MINSA, brindar estabilidad laboral para aprovechar la experiencia acumulada en los procesos de atención, educativos, investigativos, etc.
- Utilización de estrategias de abordaje del tema, considerando: Cultura, territorialidad, accesibilidad, etc.
- Promover la participación más activa de personas que conviven con VIH/SIDA en todos los procesos educativos.
- Promocionar la formación de clubes juveniles, deportivos, artísticos, etc. donde se desarrollen trabajos educativos. En su efecto, aprovechar los clubes que ya existen y desarrollar trabajos con ellos.
- Desarrollar estrategias encaminadas a la motivación en la realización de pruebas diagnósticas, dirigida a la población en general y a grupos particulares.
- Mantener estricto control sobre la sangre y hemoderivados a fin de garantizar una transfusión segura.

11.4 Atención en Salud

- Estrategia de Pruebas Diagnósticas y Tamizaje
 - ⇒ Mantener capacitaciones permanentes al personal técnico y especializado, en las técnicas de laboratorio estándar y especializadas.
 - ⇒ Asegurar en toda la red de laboratorios los recursos materiales necesarios para el diagnóstico, sobre todo para la confirmación diagnóstica.
 - ⇒ Asegurar pruebas diagnósticas dirigidas a conocer el pronóstico y orientar en los esquemas terapéuticos.

- ⇒ Establecer colaboración entre laboratorios privados y la red de laboratorios del MINSA y asegurar que exista intercambio de información.
- ⇒ Establecer controles de calidad estrictos en toda la red de laboratorios.
- ☐ Desarrollo de estrategias encaminadas a la motivación en la realización de pruebas diagnósticas, dirigida a población en general y grupos específicos. Asegurar que a toda persona se le realice consejería pre y post prueba.
- ☐ Brindar atención en salud integral a todas las personas que conviven con VIH/SIDA que lo ameriten, tanto ambulatoria como hospitalaria.
 - ⇒ Reorganizar el funcionamiento de las unidades de salud, de tal manera que permita el seguimiento y atención integral a las personas que conviven con el VIH/SIDA.
 - ⇒ Dotar a las unidades de salud con medios necesarios para realizar todas las medidas de bioseguridad.
 - ⇒ Incluir medicamentos específicos antiretrovirales en la lista básica del MINSA y de esta manera garantizarles este tipo de tratamiento. Una alternativa para asegurar esto es a través de financiamiento externo.
 - ⇒ Normatizar el uso de medicamentos antiretrovirales, con esquemas de protocolo internacionales, de acuerdo a la evolución clínica de la enfermedad y disposiciones profilácticas.
 - ⇒ Formación y capacitación continua de equipos multidisciplinarios en las unidades asistenciales, para que aseguren y brinden atención integral a las personas que conviven con VIH/SIDA que lo soliciten y ameriten. (Social, psicológico, asistencial, etc.)
 - ⇒ Elaboración de protocolos para el abordaje clínico-asistencial, que involucre la atención ambulatoria y hospitalaria.
 - ⇒ Desarrollar cambio de actitud de trabajador@s de la salud con respecto a la atención de personas que conviven con VIH/SIDA y aspectos de bioseguridad.
 - ⇒ Construir albergue que sirva para proteger a las personas que conviven con VIH/SIDA que no tengan familiares que los cuide.
 - ⇒ Asegurar consejería continua y en lo posible incluir a familiares de las personas que conviven con VIH/SIDA en todo el proceso de consejería y de atención, con el propósito que sirvan de sostén y ayuda en el mismo proceso.
 - ⇒ Promover la organización de personas que conviven con VIH/SIDA para autoayuda.

XII. MARCO FILOSOFICO DEL PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE LUCHA CONTRA LAS ETS/VIH/SISA

12.1 Misión

Desarrollar acciones de prevención de ETS/VIH/SIDA, como producto de las acciones concertadas entre las instituciones del Estado y la sociedad civil de Nicaragua, dirigidas hacia la población en general, con énfasis en grupos expuestos a contextos de alta vulnerabilidad, a fin de motivar la adopción de estilos de vida saludables que permitan el goce de una sexualidad sana, plena y responsable.

Brindar una atención integral y humanizada hacia las personas que conviven con el VIH/SIDA, y brindar el tratamiento oportuno de las ETS, que contribuya a disminuir el impacto socioeconómico y humano de la epidemia del VIH/SIDA.

12.2 Visión

En Nicaragua se logra reducir la incidencia de ETS/VIH/SIDA y su impacto socioeconómico y la población adquiere una cultura con estilos de vida saludable, como producto del trabajo multidisciplinario e intersectorial entre las instituciones del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

12.3 Objetivo General

Contribuir en la disminución de la incidencia de las ETS/VIH/SIDA, promoviendo con participación multisectorial, cambios de conducta hacia estilos de vida saludables, que conlleven a reducir el contexto de vulnerabilidad de la población nicaragüense.

12.4 Objetivos Estratégicos

1. Definir políticas y mecanismos de gestión para la implementación de las estrategias de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.
2. Desarrollar actividades que promuevan conductas saludables y prevengan las ETS/VIH/SIDA en la población nicaragüense.
3. Brindar atención integral a las personas que conviven con el VIH/SIDA

XIII. ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DEL PLAN ESTRATEGICO (2000-2004)

13.1 Estrategias y Actividades

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
1. Fortalecimiento de las Redes de colaboración que actualmente existen en el país.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimiento de CONISIDA (Comisión Nicaragüense contra el SIDA), como principal organismo nacional e intersectorial de lucha contra las ETS/VIH/SIDA. ✓ Participación de los poderes locales en actividades conjuntas con las Redes Nacionales. ✓ Incorporación de las Redes Nacionales a Redes Internacionales.
2. Incidencia en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y atención integral de las ETS/VIH/SIDA, como problema de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de un plan de promoción y defensa pública para la prevención de las ETS/VIH/SIDA en la población de Nicaragua. ✓ Participación activa de la sociedad civil en la promoción y defensa pública del tema.
3. Diseño e implementación de acciones para la gestión y obtención de recursos financieros dirigidos al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de propuestas para obtener financiamiento fiscal para el cumplimiento de actividades propias de CONISIDA. ✓ Sensibilización e involucramiento de la Empresa Privada Nicaragüense, en la lucha contra las ETS/VIH/SIDA. ✓ Elaboración y presentación de proyectos específicos que contribuyan al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional, a la comunidad donante (nacional e internacional).
4. Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la población para la prevención de las ETS/VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejecución de una línea de base a nivel nacional, utilizando la metodología del modelo cadena de cambio de conductas. ✓ Concertar a nivel nacional y con todos los sectores un abordaje integral que sustenten los mensajes dirigidos hacia la población según resultados del estudio de línea de base.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimiento de los programas de estudio en el sistema educativo nacional, que incluyan temas sobre sexualidad humana y ETS/VIH/SIDA. ✓ Desarrollo de procesos educativos al personal de salud para el abordaje integral de las ETS/VIH/SIDA, con enfoque de género, derechos humanos, bioseguridad y ética. ✓ Realización de campañas educativas dirigidas a la población en general y población meta específica, que promuevan conductas saludables, con énfasis en prácticas de sexo seguro. ✓ Inclusión en el programa Nacional de Atención Integral a la Mujer y la Niñez y Adolescencia, la prevención de las ETS/VIH/SIDA, dirigido con mayor énfasis a las MEF y adolescentes. ✓ Ejecución de programas dirigidos hacia la prevención de ETS/VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. ✓ Sensibilización a medios de comunicación masivos sobre enfoque integral de las ETS/VIH/SIDA.
<p>5. Desarrollo de un Programa Nacional de Sangre que garantice transfusiones sanguíneas seguras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordinación intersectorial para la creación del Programa Nacional de Sangre en Nicaragua. ✓ Implementación del Programa Nacional de Sangre. ✓ Aprobación de Ley de Seguridad Transfusional y su reglamentación. ✓ Fortalecimiento del sistema de garantía de calidad total para Bancos de Sangre. ✓ Promoción de un uso racional de sangre y sus hemoderivados. ✓ Desarrollo de programas de educación continua al personal de Bancos de Sangre. ✓ Realización de consejería Pre y Post donación a todo donante.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementación de campañas permanentes de donación voluntaria no remunerada de sangre. ✓ Unificación y divulgación de información referente a Bancos de Sangre.
<p>6. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) para las ETS/VIH/SIDA, en todos sus niveles y subsectores de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporación de subsectores públicos y privados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica que funciona en el país. ✓ Implementación de Sitios Centinelas para la Vigilancia Epidemiológica en ETS/VIH/SIDA. ✓ Establecimiento de convenios de apoyo a la Red de Laboratorios Clínicos Públicos y Privados, de lectores Elisa y reactivos de laboratorio para el diagnóstico de las ETS/VIH/SIDA. ✓ Ejecución de investigaciones científicas relacionados a los objetivos del Plan Estratégico de lucha contra las ETS/VIH/SIDA. ✓ Fortalecimiento y desarrollo del Centro Nacional de Información sobre ETS/VIH/SIDA.
<p>7. Diseño e Implementación de un Modelo de Atención Integral dirigido a las Personas que conviven con el VIH/SIDA en los Servicios de Salud, tanto públicos como privados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración con participación multisectorial, del Modelo de Atención Integral, ambulatorio y hospitalario. ✓ Implementación del modelo de atención integral en las unidades de salud. ✓ Aplicación de medidas de bioseguridad en las unidades de salud a nivel nacional. ✓ Manejo sindrómico de las ETS

<p>8. Diseño e implementación de un Plan Integrado para la atención de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA.</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Integración de la atención de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA y que son aseguradas, a un plan de cobertura total en programas de la Seguridad Social y Subsector Público.✓ Sensibilización de miembros de Comités de Aborto Terapéutico, para la atención de la demanda de mujeres embarazadas que conviven con VIH/SIDA.✓ Aceptación de demandas de esterilización quirúrgica, que hacen las mujeres que conviven con VIH/SIDA.✓ Atención y protección a hijos y/o hijas de madres que conviven con el VIH/SIDA.
--	---

13.2 Matrices del Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra las ETS/VIH/SIDA (2000-2004)

OBJETIVO No. 1: Definir políticas y mecanismos de gestión para la implementación de las estrategias de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.

ESTRATEGIA No. 1 : Fortalecimiento de las Redes de Colaboración que actualmente existen en el país.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Sectores Públicos, Organismos de la Sociedad Civil y Agencias Internacionales integrados a las Redes Nacionales de lucha contra las ETS/VIH/SIDA. • Redes Nacionales integradas a Redes Internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de organizaciones e instituciones nacionales que integran CONISIDA. • Número de organizaciones internacionales a la cual pertenece CONISIDA.

ACTIVIDADES	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
1.1 Fortalecimiento de CONISIDA como principal organismo nacional e intersectorial de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	MINSA CNLSSC	204,000	MINSA Comunidad Donante
1.2 Participación de los poderes locales en actividades conjuntas con las Redes Nacionales.	X	X	X	X	X	SILAIS ONGs Municipios	48,000	SILAIS ONGs Locales
1.3 Incorporación de las Redes Nacionales a Redes Internacionales.	X	X	X	X	X	CONISIDA	2,000	ONUSIDA

ESTRATEGIA No. 2: Incidencia en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y atención integral de las ETS/VIH/SIDA, como un problema de salud pública.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • El tema ETS/VIH/SIDA considerado una prioridad de salud. • Representantes de gobierno y sociedad civil sensibilizados en el tema de ETS/VIH/SIDA y participando activamente en la definición de las políticas, programas y planes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de la prevención y atención integral de las ETS/VIH/SIDA en prioridades del MINSA • Porcentaje de cumplimiento del Plan Estratégico Nacional • Número de organizaciones participando en espacios de decisión.

ACTIVIDADES	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
2.1 Elaboración de un plan de promoción y defensa pública de la prevención de las ETS/VIH/SIDA en la población de Nicaragua.	X					MINSA CNLSSC	5,000	PASCA AID
2.2 Participación activa de la sociedad civil en la promoción y defensa pública del tema.	X	X	X	X	X	CNLSSC	15,000	NORAD PASCA ONUSIDA

ESTRATEGIA No. 3: Diseño e implementación de acciones para la gestión y obtención de recursos financieros dirigidos al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos aceptados por la comunidad donante. • Financiamiento aprobado para proyectos que contribuyan al cumplimiento del Plan Estratégico. • Comunidad donante diversificada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de proyectos aprobados. • Presupuestos elaborados por actividad y tarea por año. • Número y tipo de proyectos en ejecución. • Número de donantes.

ACTIVIDADES	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
3.1 Elaboración de propuestas para la obtención de financiamiento fiscal.	X	X	X	X	X	Inst. del Estado CNLSSC	22,500	Comunidad Donante
3.2 Sensibilización e involucramiento de la Empresa Privada Nicaragüense, en la lucha contra las ETS/VIH/SIDA .	X	X	X	X	X	CONISIDA MINS CNLSSC	7,500	Comunidad Donante
3.3 Elaboración y presentación de proyectos específicos que contribuyan al cumplimiento del Plan Estratégico, a la comunidad donante (Nacional e Internacional).	X	X	X	X	X	CONISIDA MINS CNLSSC	75,000	Instituciones del Estado ONGs

OBJETIVO No. 2 : Desarrollar actividades que promuevan conductas saludables y prevengan las ETS/VIH/SIDA en la población nicaragüense.

ESTRATEGIA No. 4: Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la población para la prevención de las ETS/VIH/SIDA.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Población nicaragüense adopta prácticas que conllevan a estilos de vida saludable. • Población nicaragüense percibiendo el riesgo de contraer ETS/VIH/SIDA. • Personal de Salud capacitado en el abordaje integral de las ETS/VIH/SIDA. • Personal de salud realizando actividades de prevención en ETS/VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de conducta desarrollados por la población • Capacidades desarrolladas por el personal de salud • Número y tipos de campañas nacionales y locales realizadas.

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
4.1 Ejecución de una línea de base a nivel nacional utilizando metodología del modelo cadena de cambios de conducta.	X		X		X	CNLSSC	50,000	AID NORAD
4.2 Concertar a nivel nacional y con todos los sectores un abordaje integral que sustenten los mensajes dirigidos hacia la población, según resultados de estudio de línea de base.	X	X				MINSA CNLSSC	10,000	NORAD PASCA
4.3 Fortalecimiento de los programas de estudio en el sistema educativo nacional, que incluyan los temas sobre sexualidad humana y Prevención de las ETS/VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	MECD CONISIDA	45,000	MINSA/MECD NORAD/OPS ONUSIDA

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
4.4 Desarrollo de procesos educativos dirigidos al personal de salud en el abordaje integral de las ETS/VIH/SIDA, con enfoque de género, derechos humanos, bioseguridad y ética.	X	X	X	X	X	MINSA CNLSSC	75,000	NORAD AID ONUSIDAPRO SILAIS
4.5 Realizar campañas educativas dirigidas hacia la población en general y población meta específica, que promuevan conductas saludables.	X	X	X	X	X	CONSIDA	150,000	ONUSIDA
4.6 Inclusión en el Programa Nacional de AIMN y Adolescencia, la prevención de las ETS/VIH/SIDA, dirigido con mayor énfasis a las MEF y adolescentes.	X	X	X	X	X	MINSA	10,000	AID OPS
4.7 Ejecución de Programas dirigidos hacia la prevención de ETS/VIH/SIDA en HSH.	X	X	X	X	X	CNLSSC	40,000	ONUSIDA PASCA
4.8 Sensibilización de medios masivos de comunicación sobre enfoque integral de las ETS/VIH/SIDA.	X	X	X			CNLSSC MINSA	15,000	NORAD ONUSIDA

ESTRATEGIA No. 5: Desarrollo de un Programa Nacional de Sangre que garantice Transfusiones Sanguíneas seguras.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Cien por cien de sangre y hemoderivados que se transfunde son tamizadas para SIFILIS/VIH/SIDA. • Cien por cien de donantes reciben consejería pre y post donación. • Donantes voluntarios no remunerados incrementado en un 10 por ciento. • Cien por ciento del personal de Bancos de Sangre han recibido capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de bolsas de sangre tamizadas • Porcentaje de pruebas de laboratorio realizadas • Tasa de Incidencia de Sífilis/VIH/SIDA en donantes • Capacidades desarrolladas por personal de Banco de Sangre • Porcentaje de personal de Banco de Sangre capacitados. • Índice de incremento de donantes voluntarios no remunerados. • Porcentaje de consejerías pre y post donación realizadas.

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
5.1 Coordinación intersectorial para la creación del Programa Nacional de Sangre.	X	X				CRUZ ROJA CONISIDA	1,000	MINSAs CRNica CRIntern
5.2 Implementación del Programa Nacional de Sangre.	X	X	X			CRUZ ROJA CONISIDA	1,000,000	CRNica CRIntern
5.3 Aprobación de Ley de Seguridad Transfusional y su reglamentación.	X	X				CRUZ ROJA CONISIDA ASAMB. NAC.	2,500	CRNica CRIntern
5.4 Fortalecimiento de Sistema de Garantía de Calidad Total para Bancos de Sangre.	X	X	X	X	X	CRUZ ROJA MINSAs	35,000	CRNica CRIntern MINSAs
5.5 Promoción del uso racional de transfusiones sanguíneas y hemoderivados.	X	X	X	X	X	MINSAs CRUZ ROJA	14,000	CRNica/Intern MINSAs

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	X	X	X	X	X			
5.6 Desarrollo de programas de educación continua a personal de Banco de Sangre.	X	X	X	X	X	CRUZ ROJA MINSA	25,000	CRNica CRIntern
5.7 Realización de consejería Pre y Post donación a todo donante.	X	X	X	X	X	CRUZ ROJA	4,500	CRNica CRIntern
5.8 Implementación de Campañas permanentes de donación voluntaria no remunerada.	X	X	X	X	X	CRUZ ROJA CONISIDA	30,000	CRNica CRIntern
5.9 Unificación y divulgación de información referente a Bancos de Sangre.	X	X	X	X		CRUZ ROJA MINSA	6,500	CRNica CRIntern

ESTRATEGIA No. 6: Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) para las ETS/VIH/SIDA, en todos los niveles y subsectores de salud del país.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Sub-sectores Públicos y Privados están integrados al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del país. • Normas de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA diseñadas, conocidas e implementadas por los subsectores de salud. • Centro de Información sobre ETS/VIH/SIDA funcionando como referencia nacional. • Información sobre las ETS/VIH/SIDA complementada a través de investigaciones científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de unidades de salud privados y públicos que alimentan el Sistema de Información de ETS/VIH/SIDA. • Porcentaje de unidades de salud que han recibido capacitación sobre Normas de Vigilancia Epidemiológica para ETS/VIH/SIDA. • Número de organizaciones usando el Centro de Información. • Número y tema de Investigaciones Científicas diseñadas y realizadas.

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
6.1 Incorporación de subsectores públicos y privados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica que funciona en el país.	X	X	X	X	X	CONISIDA	12,000	AID/CDC AECI/MINSA PROSILAIS NORAD OMS/OPS
6.2 Implementación de Sitios Centinelas para la Vigilancia Epidemiológica en ETS/VIH/SIDA	X	X	X	X	X	CONISIDA	70,000	MINSA/AID NORAD
6.3 Establecimiento de convenios de apoyo a la red de Laboratorios Clínicos Públicos y Privados, para la obtención de lectores elisa y reactivos de laboratorio para diagnóstico de las ETS/VIH/SIDA	X	X	X	X	X	CONISIDA Laboratorios Privados	405,000	MINSA/AID NORAD/ONGs Laboratorios Privados
6.4 Ejecución de investigaciones científicas relacionadas a los objetivos del Plan Estratégico de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	MINSA CONISIDA	50,000	MINSA/ONG NORAD

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (USD Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
6.5 Fortalecimiento y desarrollo del Centro Nacional de Información sobre ETS/VIH/SIDA	X	X	X	X	X	CONSIDA	6,000	PASCA AID CNLSSC

OBJETIVO No. 3 : Brindar Atención Integral a las Personas que Conviven con el VIH/SIDA.

ESTRATEGIA No. 7: Diseño e implementación de un Modelo de Atención Integral dirigido a las personas que Conviven con el VIH/SIDA.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Atención Integral multisectorial implementado. • Personas que Conviven con el VIH/SIDA recibiendo atención integral en el sistema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de unidades de salud con modelo de atención funcionando. • Número de diagnósticos realizados. • Porcentaje de personas atendidas según modelo establecido.

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
7.1 Elaboración con participación multisectorial de un modelo de atención integral, ambulatorio y hospitalario.	X	X				CONSIDA	10,000	MINSA NORAD OMS/OPS
7.2 Implementación del modelo de atención en las unidades de salud.		X	X	X	X	CONSIDA	120,000	MINSA Agencias Donantes
7.3 Aplicación de medidas de bioseguridad en las unidades de salud a nivel nacional.	X	X	X	X	X	MINSA CONSIDA	30,000	MINSA Agencias Donantes
7.4 Capacitación a personal de salud en la aplicación del modelo y protocolos de atención.	X	X	X	X	X	MINSA CONSIDA	10,000	MINSA NORAD
7.5 Manejo sintomático de las ETS.	X	X	X	X	X	MINSA ONGs	20,000	MINSA ONGs

ESTRATEGIA No. 8: Diseño e implementación de un Plan Integrado para la atención de Mujeres embarazadas que Conviven con el VIH/SIDA.	
RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Mujeres embarazadas se les realiza pruebas para el Diagnóstico precoz de ETS/VIH/SIDA. Mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA reciben atención integral. Hijos/as atendidos/as en centros alternativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de unidades de salud con programa de atención funcionando. Número de diagnósticos realizados en mujeres embarazadas. Porcentaje de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA que reciben tratamiento antiretroviral. Porcentaje de atención de hijos y/o hijas de mujeres embarazadas que conviven con VIH/SIDA.

ACTIVIDAD	Tiempo de Ejecución (Años)					RESPONSABLES	RECURSOS ECONOMICOS (Por año)	FUENTE POTENCIAL
	1	2	3	4	5			
8.1 Integración de la atención de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA y que son aseguradas, a un plan de cobertura total en programas de la Seguridad Social y Subsector Público.	X	X	X	X	X	CONISIDA INSS	25,000	MINSAL/INSS NORAD ONUSIDA
8.2 Sensibilizar a miembros de Comités de Aborto Terapéutico, que acepte la demanda de mujeres embarazadas que conviven con VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	CONISIDA	17,000 1er. año 6,000 otros años	MINSAL NORAD OMS/OPS
8.3 Aceptación de la demanda de esterilización quirúrgica que hacen las mujeres que conviven con VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	CONISIDA	13,000	MINSAL NORAD
8.4 Atención y protección a hijos y/o hijas de madres que conviven con el VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	CONISIDA INSS	10,000	MINSAL/INSS NORAD OMS/OPS

XIV. PLAN OPERATIVO ANUAL (AÑO 2000)

ESTRATEGIA No. 1 Fortalecimiento de la Red de Colaboración que existe actualmente en el país.								
Actividad	Tarea	Tiempo (Trimestre)				Responsables	Recursos Económicos US Dollar	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Fortalecimiento de CONISIDA (Comisión Nicaragüense contra el SIDA) como principal organismo nacional e intersectorial de lucha contra las ETS/VIH/SIDA.	Activación de CONISIDA con todos/as sus miembros/as. Nombramientos y definición de funciones.	X	X			MINSA CNLSSC	2,000	MINSA
	Presentación de Plan Estratégico Nacional a CONISIDA	X	X			Comisión Técnica	1,000	MINSA NORAD
	Formación de Comité técnico de CONISIDA	X	X			CONISIDA		
	Difusión de Plan Estratégico Nacional en medios de masivos y alternativos	X	X	X	X	CONISIDA	50,000	MINSA PASCA FNUAP/AID
Participación de los poderes locales en actividades conjuntas con las Redes Nacionales.	Fortalecimiento donde ya existen, de las comisiones departamentales de la CNLSSC y creación en los departamentos donde no existe.	X	X	X	X	SILAIS CNLSSC	2,000	NORAD PROSILAIS ONUSIDA
	Reunión con actores locales, tomadores/as de decisiones y generadores/as de opiniones, para la presentación de Plan Estratégico Nacional		X	X	X	SILAIS CNLSSC	15,000	MINSA NORAD
	Elaboración de Protocolos de Colaboración con actores locales, tomadores/as de decisiones y generadores/as de opiniones.		X	X	X	SILAIS CNLSSC	1,000	
	Adecuación del Plan Estratégico a nivel Local		X	X	X	SILAIS CNLSSC	15,000	MINSA
	Monitoreo y evaluación de planes locales.		X	X	X	SILAIS CNLSSC	15,000	MINSA

ESTRATEGIA No. 1 Fortalecimiento de la Red de Colaboración que existe actualmente en el país.								
Actividad	Tarea	Tiempo (Trimestre)				Responsables	Recursos Económicos US Dollar	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Incorporación de las Redes Nacionales a Redes Internacionales.	Establecimiento de comunicación con redes y organismos internacionales			X	X	CONISIDA	1,000	MINSA NORAD
	Establecimiento de Protocolos de Colaboración			X	X	CONISIDA	1,000	MINSA NORAD

ESTRATEGIA No. 2 Incidencia en la definición de políticas nacionales a favor de la prevención y tratamiento integral de las ETS/VIH/SIDA, como un problema de salud pública.								
Actividad	Tarea	Tiempo (Trimestres)				Responsables	Recursos Económicos US Dollar	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Elaboración de un Plan de promoción y defensa pública de la prevención de las ETS/VIH/SIDA en la población de Nicaragua.	Análisis de información referente a promoción y defensa pública que existe en Nicaragua alrededor de las ETS/VIH/SIDA.		X			MINSA CNLSSC	3000	PASCA AID
	Recibir asistencia técnica para elaboración del plan.		X	X	X	MINSA CNLSSC	5,000	PASCA AID
	Intercambio de experiencia con otros países que han desarrollado con éxito estos planes.			X	X	MINSA CNLSSC	5,000	PASCA AID
	Elaboración de propuesta de plan .				X	MINSA CNLSSC	5,000	PASCA AID
Participación activa de la Sociedad Civil en la promoción y defensa pública del tema ETS/VIH/SIDA.	Capacitación a líderes de la sociedad civil en técnicas de cabildeo, negociación e incidencia política.		X	X	X	CNLSSC	5,000	MINSA NORAD OPS
	Participación y presentación de propuesta de anteproyecto de leyes y reglamentos relacionados a la prevención de las ETS/VIH/SIDA y atención integral a personas que conviven con el VIH/SIDA.	X	X	X	X	CNLSSC	5,000	NORAD PASCA
	Talleres Informativos	X	X	X	X	CONSIDA	5,000	MINSA PASCA/OPS

ESTRATEGIA No. 3 Diseño e implementación de acciones para la gestión y obtención de recursos financieros, dirigidos al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional.								
Actividad	Tarea	Tiempo (Trimestre)				Responsables	Recursos Económicos US Dollar	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Elaboración de propuestas para la obtención de financiamiento fiscal.	Elaboración de plan de sostenibilidad económica.	X			X	MINSA CONISIDA	2,500	MINSA
	Propuesta de inclusión en el presupuesto MINSA, de una partida para el programa ETS/VIH/SIDA de cara al trabajo de CONISIDA	X			X	MINSA CONISIDA		
	Realizar cabildeo con diputados y comisión de salud del parlamento para aprobación de presupuesto	X		X	X	CONISIDA		
	Realizar difusión en medios de comunicación sobre solicitud de presupuesto.		X	X	X	CONISIDA	20,000	MINSA NORAD
Sensibilización e involucramiento de la Empresa Privada Nicaragüense en la lucha contra el VIH/SIDA	Detección de probables actores potenciales de apoyo.		X	X	X	CNLSSC MINSA	1,000	ONUSIDA PASCA
	Sensibilización a actores potenciales de apoyo financiero		X	X		CNLSSC MINSA	1,500	
	Asistencia técnica y capacitación para el abordaje del tema, dirigido a los facilitadores de la actividad.			X	X	CNLSSC MINSA	5,000	
Elaboración y presentación de proyectos específicos que contribuyan al cumplimiento del Plan Estratégico, a la comunidad donante (Nacional e Internacional)	Elaboración de Perfiles de Proyectos		X	X	X	MINSA ONGs	75,000	MINSA ONGs
	Presentación de Proyectos a comunidad donante		X	X	X	MINSA ONGs		

ESTRATEGIA No. 4 Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la prevención de las ETS/VIH/SIDA.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Ejecución de una línea de base nacional utilizando la metodología del modelo cadena de cambios de conducta.	Identificación de poblaciones metas.		X	X		CNLSSC	50,000	NORAD
	Identificación de factores claves para el abordaje preventivo.		X	X		CNLSSC		
	Identificación de conductas específicas de prevención.		X	X		CNLSSC		
	Identificación de actividades que conlleven a cambios de conducta.		X	X		CNLSSC		
	Diseño de línea de base nacional.			X		CNLSSC		
	Socialización de resultados de línea de base.				X	CNLSSC		
Concertar a nivel nacional y con todos los sectores un abordaje integral que sustenten los mensajes dirigidos hacia la población, según resultados de línea de base.	Integración de contenidos sobre ETS/VIH/SIDA en planes y programas de capacitación.	X	X			MINSA CNLSSC	2,000	MINSA NORAD ONGs
	Elaboración de guía para el abordaje adecuado de las ETS/VIH/SIDA.			X	X	MINSA CNLSSC	8,000	MINSA NORAD ONGs
Fortalecimiento de programas de estudio en el sistema educativo nacional, que incluyan temas sobre sexualidad humana y ETS/VIH/SIDA	Ratificación de convenio entre MINSA y MECD, para la prevención de las ETS/VIH/SIDA.	X				MECD MINSA		
	Conformación de comité técnico para la revisión de programas de estudio.	X				MECD MINSA	1,000	MINSA MECD
	Revisión de contenidos curriculares en el sistema educativo e incorporación de los temas mencionados, con enfoque de género y de derechos humanos.		X	X	X	Comité Técnico	1,000	MINSA MECD
	Fortalecimiento de acciones en el marco del convenio MINSA-MECD, capacitando a estudiantes, docentes, padres y madres de familia.		X	X	X	MINSA MECD	10,000	MINSA MECD NORAD OPS

ESTRATEGIA No. 4 Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la prevención de las ETS/VIH/SIDA.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
	Elaboración y Firma de convenio entre MINSA y Universidades para realizar actividades de prevención.	X	X			MINSA Universidad	500	MINSA Universidades
Desarrollo de procesos educativos dirigidos al personal de salud, en temas de ETS/VIH/SIDA, con enfoques de género, derechos humanos, bioseguridad y ética.	Integración de contenidos sobre ETS/VIH/SIDA en planes y programas de capacitación.	X	X			MINSA CNLSSC	2,000	MINSA NORAD ONUSIDA
	Seminarios de capacitación en temas específicos, dirigidos al personal de salud.			X	X	MINSA CNLSSC	73,000	
Realizar campañas educativas dirigidas hacia la población en general y población meta específica, que promuevan conductas saludables, con énfasis en prácticas de sexo seguro.	Elaboración de plan de comunicación social dirigido a la prevención de ETS/VIH/SIDA		X	X		MINSA CNLSSC	20,000	MINSA
	Elaboración y distribución de material educativo a nivel nacional e intersectorial	X	X	X	X	MINSA CNLSSC	130,000	MINSA ONGs Comunidad Donante
Inclusión en el programa Nacional AIMN y Adolescencia, la prevención de las ETS/VIH/SIDA dirigido con mayor énfasis a las MEF y adolescentes.	Reuniones de trabajo con responsables nacionales y locales del programa AIMN y Adolescencia.		X	X		MINSA CNLSSC	8,000	MINSA ONGs Comunidad Donante
	Establecimiento de convenios de colaboración con centros que brindan servicios a la mujer y adolescentes.			X	X	MINSA CNLSSC	2,000	
Ejecución de programas dirigidos hacia la prevención de ETS/VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres.	Análisis de resultados sobre estudio de línea de base, en relación a HSH.	X	X					PASCA ONUSIDA
	Establecimiento de convenios de colaboración con organismos que integran trabajo entre HSH		X	X		MINSA CNLSSC	3,000	
	Capacitación en temas de prevención de ETS/VIH/SIDA, dirigido a HSH			X	X	MINSA CNLSSC	37,000	

ESTRATEGIA No. 4 Diseño e implementación de un Programa de I.E.C. dirigido a la prevención de las ETS/VIH/SIDA.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Sensibilización de medios masivos sobre enfoque integral de ETS/VIH/SIDA.	Elaboración de propuesta de sensibilización a medios de comunicación y centros alternativos.		X			Grupo Técnico NORAD	1,000	MINSA NORAD
	Desarrollar acciones alternativas que conlleven a cambios de conductas a los/as comunicadores/as en el abordaje ético y de derechos humanos de las ETS/VIH/SIDA.		X	X	X	Grupo Técnico NORAD	4,000	MINSA NORAD

ESTRATEGIA No. 5 Desarrollo de un Programa Nacional de Sangre que garantice transfusiones sanguíneas seguras.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Coordinación intersectorial para la creación del Programa Nacional de Sangre en Nicaragua.	Reuniones de trabajo para conformación de Comisión que definirá Plan para crear Programa Nacional de Sangre.	X	X			MINSA CRNica		
	Definición de Marco Político en el cual se basará el Programa Nacional de Sangre y la estructura del mismo.	X	X			MINSA CRNica		
Implementación del Programa Nacional de Sangre	Regionalizar los Bancos de Sangre del país	X	X	X	X	CRNica	1,000,000	CR Americana CR Canadá CR Francia CR Nicaragua
	Aprovisionamiento gradual de la sangre a nivel de todo el país.	X	X	X	X	MINSA CRNica		
	Remodelación de la infraestructura del Centro Nacional de Sangre Managua y filiales.	X	X	X	X	CRNica	1,000,000	
	Equipamiento de Centro Nacional de Sangre Managua y Filiales.	X	X	X	X	CRNica	1,000,000	
Aprobación de Ley de Seguridad Transfusional y su reglamentación	Presentación de Ley de Seguridad Transfusional a la Asamblea Nacional	X	X			CRNica Asamblea Nacional CONISIDA		CRNica MINSA
	Aprobación de la Ley			X				
	Reglamentación de la Ley				X			
	Divulgación de la Ley				X		5,000	
Fortalecimiento del sistema de Garantía Total para los Bancos de Sangre.	Talleres para implementación de estándares operacionales de trabajo en Bancos de Sangre.	X	X	X	X	CRNica	5,000	CRNica CRInter
	Ampliación de cobertura del Control de Calidad a toda prueba que se realiza en los Bancos de Sangre.	X	X	X	X	CRNica MINSA		
	Segundo Encuentro Nacional de Control de Calidad de Bancos de Sangre.		X			CRNica	10,000	CRNica CRInter
	Certificación del Centro Nacional de Sangre	X	X	X	X	CRNica		CRNica CRInter

ESTRATEGIA No. 5 Desarrollo de un Programa Nacional de Sangre que garantice transfusiones sanguíneas seguras.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Promoción de un uso racional de transfusiones sanguíneas y hemoderivados.	Promoción y Apoyo de la conformación de Comités de Transfusión sanguínea en Hospitales.	X	X	X	X	MINSA CRNica		
	Talleres de capacitación a personal médico en tema de Medicina Transfusional	X	X	X	X	CRNica MINSA	4,000	MINSA CRNica CRInter
	Inclusión en currícula universitaria de las carreras de medicina, el tema de Medicina Transfusional.	X	X	X	X	Universidad MINSA CRNica		
Desarrollo de programas de educación continua al personal de Bancos de Sangre	Taller/seminario sobre "Sangre y Componentes Seguros"	X	X	X	X	CRNica MINSA	15,000	CRNica CRInter
	Actualización de Recursos Humanos en Banco de Sangre		X	X	X	CRNica	10,000	CRNica CRInter
Realización de consejería Pre y Post donación a todo donador.	Taller de capacitación a personal de CRN	X	X	X	X	CRNica	4,000	CRNica
	Reunión de consenso para revisión de consejería actual.	X	X			MINSA ONGs	200	MINSA ONGs
Implementación de campañas permanentes de donación voluntaria no remunerada.	Diseño y ejecución de estudio antropológico sobre donación		X	X	X	CRNica	10,000	CRNica OPS
	Campaña de donación voluntaria por medios de comunicación	X	X	X	X	CRNica CNLSSC		CRNica ONGs
	Promoción de donación voluntaria No remunerada y de repetición	X	X	X	X	CRNica CNLSSC		CRNica ONGs
Unificación y divulgación de información referente a Bancos de Sangre.	Elaboración estándar de formato de registros de Banco de Sangre	X	X			CRNica MINSA	500	CRNica CRInter
	Divulgación y capacitación al personal de Banco de Sangre, sobre formato de registros.			X	X	CRNica MINSA	6,000	CRNica CRInter

ESTRATEGIA No. 6 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) para las ETS/VIH/SIDA, en todos los niveles y subsectores de salud.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Incorporación de subsectores de salud públicos y privados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica que funciona en el país.	Elaboración de normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.		X	X		VE-MINSA	15,000	MINSA AID AECI NORAD ONUSIDA
	Talleres/Seminarios a nivel nacional con personal que labora en la red de servicios de salud.			X	X	MINSA	15,000	
	Elaboración de protocolos de colaboración.				X	MINSA	500	
Implementación de Sitios Centinelas para la vigilancia epidemiológica en VIH/SIDA	Taller nacional con la Red de laboratorio y epidemiólogos del país. Definición de tres Sitios Centinelas.	X	X			MINSA CONSIDA	4,000	MINSA
	Apoyo en gastos operativos para los Sitios Centinelas	X	X	X	X	CONSIDA	10,000	MINSA
	Estudios serológicos en población (50,000 pruebas anuales)	X	X	X	X	MINSA	50,000	MINSA
	Monitoreo y Evaluación de los Sitios Centinelas		X	X	X	MINSA CONSIDA	4,000	MINSA NORAD/OPS
Establecimiento de convenios de colaboración a la red de laboratorios públicos y privados, para la obtención de lectores elisa y reactivos de laboratorio para el diagnóstico de ETS/VIH/SIDA	Compra de 10 lectores para 10 SILAIS	X				MINSA	80,000	MINSA AID Laboratorios Privados
	Compra de reactivos de Elisa	X				MINSA	300,000	
	Entrenamiento al personal de laboratorio		X			MINSA	15,000	
	Supervisión a la red de laboratorios.		X	X	X	MINSA	2,000	
	Establecimiento de convenios de colaboración con laboratorios privados y de ONGs	X	X	X	X	MINSA ONGs Laboratorios	1,000	
Diseño y ejecución de investigaciones científicas relacionadas con los objetivos del PEN de lucha	Realizar diseño de protocolos de investigación.	X	X			MINSA, ONGs,	5,000	MINSA ONGs Universidad
	Ejecución de Investigación, presentación y socialización de resultados.			X	X	Universidad	15,000	

ESTRATEGIA No. 6 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) para las ETS/VIH/SIDA, en todos los niveles y subsectores de salud.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
contra las ETS/VIH/SIDA	Abastecimiento técnico y financiero para gastos operativos de investigaciones.	X	X	X	X		30,000	
Fortalecimiento y Desarrollo del Centro Nacional de Información sobre ETS/VIH/SIDA	Recopilación de material educativo elaborados a nivel nacional e internacional, para integrarlos al centro de Información.		X	X	X	CNLSSC	10,000	MINSA NORAD
	Solicitar incorporación de investigaciones al Centro de Documentación, que hayan realizado las instituciones, organismos y personas, a nivel nacional.		X	X	X	CNLSSC	1,000	MINSA NORAD
	Publicación de todas las investigaciones realizadas a nivel nacional.			X	X	CNLSSC	10,000	MINSA NORAD
	Alimentación sostenida de página WEB sobre ETS/VIH/SIDA	X	X	X	X	CNLSSC	1,000	MINSA NORAD
	Desarrollo de capacidad tecnológica del centro.			X	X	CNLSSC	50,000	PASCA
	Capacitación de recursos humanos en técnicas de información automatizada.			X	X	CNLSSC	20,000	PASCA

ESTRATEGIA No. 7 Diseñar e implementar un modelo de atención integral dirigido a las personas que viven con el VIH/SIDA.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Elaboración con participación multisectorial, de un Modelo de Atención Integral (Ambulatorio y Hospitalario), para personas que conviven con VIH/SIDA.	Conformación de comité técnico para elaboración del modelo	X				CONISIDA		MINSAs ONGs Comunidad Donante
	Elaboración de propuesta del modelo		X	X		Comité	2,500	
	Consulta del borrador de modelo en sectores involucrados			X	X	CONSIDA	1,500	
	Incorporación de aportes al modelo				X	Comité	1,000	
	Validación del modelo. Pilotaje				X	CONISIDA	2,000	
Aplicación de medidas de Bioseguridad en las unidades de salud a nivel nacional.	Análisis de situación sobre Bioseguridad en las unidades de salud.	X	X			Universidad MINSAs CNLSSC	10,000	MINSAs ONGs Universidad Comunidad Donante
	Revisión de normas nacionales e internacionales sobre Bioseguridad			X	X		5,000	
	Divulgación de Normas			X	X		15,000	
	Monitoreo y Evaluación de Normas				X		5,000	
Manejo sintomático de las ETS	Capacitación de personal de salud en el manejo sintomático de las ETS		X	X	X	Universidad MINSAs CNLSSC		
	Aplicación de protocolos de atención a usuarios de unidades de salud		X	X	X	MINSAs CNLSSC		

ESTRATEGIA No. 8 Elaboración de un plan integrado para la atención de mujeres embarazadas que viven con el VIH/SIDA.								
Actividad	Tarea	Tiempo de Ejecución				Responsables	Recursos Económicos	Fuente Potencial
		1	2	3	4			
Integración de la atención de mujeres embarazadas que conviven con el VIH/SIDA y que son aseguradas, a un plan de cobertura total en programas de la Seguridad Social y Servicios Públicos.	Integración del VIH/SIDA en la oferta de servicios que tiene la Seguridad Social.	X	X			INSS	10,000	INSS
	Facilitación de medicamentos en el proceso de atención		X	X	X	MINS INSS	15,000	INSS ONUSIDA
	Integración de protocolo de atención a mujeres embarazadas, al Modelo de Atención Integral de la Mujer y la Niñez.		X	X	X	AIMN Centros Alternativos Universidad	1,000	Comunidad Donante
Sensibilizar a miembros de Comités de Aborto Terapéutico que acepte la demanda de este servicio a mujeres embarazadas que conviven con VIH/SIDA.	Capacitación al personal de salud que integra los comités de Aborto terapéutico		X	X	X	MINS CNLSSC	2,000	MINS Comunidad Donante
	Establecimiento obligatorio de la consejería sobre ETS/VIH/SIDA para toda mujer embarazada que solicite aborto terapéutico.	X	X	X	X	MINS CNLSSC	1,000	
Aceptación de demanda que hacen las mujeres que conviven con el VIH/SIDA de servicios de esterilización quirúrgica y cesáreas.	Sensibilización de personal de salud que realiza intervenciones quirúrgicas.		X	X	X	MINS CONSIDA	2,000	MINS Comunidad Donante
	Establecimiento obligatorio de la consejería sobre ETS/VIH/SIDA para toda mujer en estado de embarazo que solicite o necesite una intervención quirúrgica.		X	X	X	MINS CONSIDA	1,000	
Atención y protección a hijos/as de madres que conviven con VIH/SIDA	Revisión de la legislación existente en el país sobre leyes y reglamentos relacionados a la protección de la niñez nicaragüense.	X	X	X		MINS MI FAMILIA Asamblea Nacional	1,000	MINS MI FAMILIA Comunidad Donante
	Elaboración de un programa para brindar atención a esta población.			X	X		5,000	

XV. BIBLIOGRAFIA

1. Arrien, Juan Bautista et al. Nicaragua: La Educación en los noventa, desde el presente...pensando en el futuro.
2. SI MUJER. Acceso de adolescentes a Información y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Proyecto de seguimiento de la CIPS. Nicaragua. 1ra. Edición. 1997.
3. CISAS. Resumen Bibliográfico y Recopilación de Investigaciones sobre SIDA. 1996.
4. CISAS. Investigación sobre Comportamiento Riesgoso y Sexo Seguro. 1997.
5. Constitución Política de Nicaragua.
6. Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación de Nicaragua. Firmado por Dr. Humberto Belli y Lic. Martha Palacios.
7. Escoto M., María y Montes, Angela Ma. Conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre VIH/SIDA. León, 1992.
8. Izazola Licea, José Antonio. El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria. 1ra. Edición. 1999. Fundación Mexicana para la Salud.
9. Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1997-2002. Proyecto Modernización del Sector Salud Nicaragüense. MINSA-BANCO MUNDIAL. Talleres de IMPRIMATUR. Octubre, 1997.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002. Borrador de consulta nacional. Julio, 1998.
11. Nicaragua. Ministerio de Salud. Bases Programáticas: Programa de Atención a la Adolescencia. 1996.
12. Nicaragua. Ministerio de Salud-OPS/OMS. Datos Básicos e Indicadores en Salud, 1998. Producciones EMCOR. 1999.
13. Nicaragua. Ministerio de Salud-OPS/OMS. Datos Básicos e Indicadores en Salud, 1997. Producciones EMCOR. 1998.
14. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Salud. Demographic and Health Surveys (DHS). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998.

15. Nicaragua. Ministerio de Salud. Management Sciences for Health. Banco Interamericano de Desarrollo. Estudio de Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua 1995. Encuesta de Hogares. Talleres IMPRIMATUR. Agosto, 1996.
16. Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa Nacional ETS/SIDA. Informe Final sobre Impacto del VIH/SIDA en Nicaragua en el año 2000. 1996.
17. Nicaragua. Ministerio de Salud. Primera Evaluación del Plan Nacional de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA. Octubre, 1991.
18. Nicaragua. Políticas Nacional de Población.
19. Nicolás, L. La Pobreza de Nicaragua avanza “a paso galopante”. La Tribuna. 1/XI/97.
20. Nimehuatzin. Comportamiento de Alto Riesgo ante el SIDA en Trabajadoras Sexuales y Homosexuales.
21. Ocón, Ma. Dolores y Pasos, Mayra. La Equidad, una lucha de las mujeres.
22. ONUSIDA/OMS. Enfermedades de Transmisión Sexual: Políticas y principios de prevención y asistencia.
23. OPS/OMS. Programa Análisis de Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Indicadores Básicos 1998.
24. OPS/OMS. Informe de Progreso de los Planes de Mediano Plazo de Prevención y Control del SIDA para la Subregión de América Central. Nicaragua. Noviembre, 1991.
25. OPS/OMS. II Informe de Progreso de los Planes de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA para la Subregión de América Central. Guatemala. Noviembre, 1992.
26. OPS/OMS. III Informe de Progreso de los Planes de Mediano Plazo de Prevención y Control del SIDA para la Subregión de América Central. Guatemala. Octubre, 1993.
27. OPS/OMS. V Informe de Progreso de los Planes de Mediano Plazo de Prevención y Control del SIDA para la Subregión de América Central. Costa Rica. Octubre, 1995.
28. OPS/OMS. II Reunión de Promoción de los Planes de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA/VIH en Centroamérica. Costa Rica. 13 y 14 de Mayo, 1993.
29. PASCA. Informe de la Reunión Centroamericana de Parlamentarios/as “El VIH/SIDA: Un problema de Desarrollo”. Nicaragua, 17-18 marzo, 1997.

30. PNUD. Síntesis del Informe de Desarrollo Humano. 1998
31. Renzi, Ma. Rosa y Agurto, Sonia. La Esperanza tiene nombre de mujer.
32. Xochiquetzal. Investigación Impacto Psico-Social del VIH/SIDA en los/as Trabajadore/as de la Salud y sus Consecuencias en la Calidad de la Atención. 31 de marzo del 95 al 1 de julio del 96.