



Madrid, abril de 2012

VIH/SIDA EN BAJA VERAPAZ (GUATEMALA): UNA MIRADA CUALITATIVA DESDE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

Monografías



Centro Nacional de Medicina Tropical
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía y Competitividad
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 13
28029 MADRID (ESPAÑA)
Tel.: 91 822 20 46
Fax: 91 387 77 56

Catálogo general de publicaciones oficiales:

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en Internet (formato pdf):

<http://publicaciones.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: CENTRO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad

N.I.P.O. en línea: 725-12-036-2

N.I.P.O. libro electrónico: 725-12-037-8

I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

Autores

Teresa Blasco Hernández

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III.

Laura Otero García

Centro Nacional de Medicina Tropical/Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

M.º Carmen Olmedo Lucerón

Centro Nacional de Medicina Tropical. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Gloria González Mayor.

Asociación de Servicios Comunitarios de Salud de Baja Verapaz, Guatemala.

Tatiana Drummond Suinaga

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Actualmente Servicio de Infectología Pediátrica. Hospital de Niños, Caracas, Venezuela.

Pilar Aparicio Azcárraga

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III.

Para citar esta monografía

Centro Nacional de Medicina Tropical.

Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad.

BLASCO HERNÁNDEZ, T.; OTERO GARCÍA, L.; OLMEDO LUCERÓN, M.º C.; GONZÁLEZ MAYOR, G.; DRUMMOND SUINAGA, T.; APARICIO AZCÁRRAGA, P. "VIH/sida en Baja Verapaz (Guatemala): una mirada cualitativa desde los y las profesionales de la salud".

Madrid: Centro Nacional de Medicina Tropical - Instituto de Salud Carlos III, abril de 2012.

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO CONTEXTUAL	7
2.1 Contexto de estudio	7
2.2 Situación de salud-enfermedad de la población del Departamento de Baja Verapaz.....	9
2.3 El sistema sanitario del Departamento de Baja Verapaz (Guatemala)	9
3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA	12
3.1 Situación epidemiológica	12
3.2 La sindemia del VIH/sida y la violencia estructural.....	13
3.3 El estigma y la discriminación.....	13
3.4 Factores que influyen en la prevención. Barreras y estrategias preventivas	14
4. OBJETIVOS.....	16
5. METODOLOGÍA	17
6. RESULTADOS	20
6.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de la población de Baja Verapaz en relación al VIH/sida	20
6.1.1 Los conocimientos sobre el VIH/sida	20
6.1.2 Las actitudes frente al VIH/sida	24
6.1.3 Las prácticas.....	25
6.1.3.1 El uso del preservativo	25
6.1.3.2 Las migraciones y número de parejas sexuales	26
6.1.3.3 Los jóvenes	27
6.1.3.4 El poder de decisión. Violencia sexual	28
6.1.3.5 Las relaciones tempranas	29
6.1.3.6 La confianza y fidelidad en la pareja	29
6.1.3.7 Grupos vulnerables: HSH y trabajadoras del sexo	29
6.1.3.8 Las adicciones	30
6.1.3.9 El estigma y la discriminación	30
6.2 Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios y de ONG's de Baja Verapaz en relación al VIH/sida	31
6.2.1 Los conocimientos sobre el VIH/sida	31
6.2.2 Las actitudes frente al VIH/sida	34
6.2.3 Las prácticas.....	34
6.2.4 Estigma y discriminación.....	35
6.3 Los servicios sanitarios de Baja Verapaz: utilización y barreras.....	37
6.3.1 Percepción del sistema sanitario y necesidades de los profesionales con respecto a la atención del VIH/sida.....	37
6.3.2 Barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios.....	41
7. CONCLUSIONES	44
8. RECOMENDACIONES	46
9. REFERENCIAS	49

Agradecimientos

Esta investigación se realizó con fondos que concedió la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a la Organización no Gubernamental Asamblea de Cooperación por la Paz (ACPP). A su vez, para el desarrollo de las actividades, se contó con el apoyo técnico del Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMT). Nuestro agradecimiento a ambas instituciones, por el apoyo prestado en el desarrollo del proyecto.

Nuestro agradecimiento a la Dirección del Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III por haber permitido que trabajáramos en esta investigación y por el apoyo técnico recibido. A Tatiana Drummond y Francisco Job, directores y coordinadores técnicos del proyecto en el que se enmarca este estudio y a Yasmín Fermín Rodríguez, revisora del presente informe.

Expresamos asimismo nuestro agradecimiento a todas las personas vinculadas a la sede del Departamento de Baja Verapaz (Guatemala) y a la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA). Su colaboración técnica y logística ha sido clave para hacer posible el desarrollo del trabajo de campo de este estudio.

Queremos agradecer también al Plan Nacional de Sida de Guatemala y a la Dirección General de Salud de Baja Verapaz el apoyo y colaboración para la realización de este estudio.

Finalmente, nuestro más sincero agradecimiento a todas y todos los profesionales sanitarios del Departamento de Baja Verapaz (Guatemala) que accedieron a ser entrevistados, compartiendo con el equipo investigador su tiempo y sus experiencias.

El apoyo y la ayuda de todas estas personas e instituciones han hecho posible que el presente informe esté en sus manos.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACPP	Asamblea de Cooperación por la Paz
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
CARE	Cooperación Americana de Remesas al Exterior
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG's	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PEP	Personas que ejercen la prostitución
PROAM	Programa de Accesibilidad de Medicamentos
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
UDI	Usuarios de drogas inyectadas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. INTRODUCCIÓN

El estudio que tiene entre sus manos forma parte del proyecto *Lucha contra el Sida y otras enfermedades prevalentes en zonas de actuación prioritaria, dirigido a las poblaciones más desfavorecidas de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Haití*, desarrollado en el marco del convenio entre la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID) y una organización no gubernamental sin ánimo de lucro (Asamblea de Cooperación por la Paz). Este proyecto ha tenido como objetivo último potenciar la respuesta a la epidemia de VIH/sida en los países involucrados en el proyecto, desarrollando actividades preventivas que potenciarán a corto, medio y largo plazo la disminución de los contagios de VIH/sida entre los principales grupos de riesgo, trabajando muy intensamente también en la prevención de la transmisión vertical madre-hijo/a, en la mejora de la atención integral de las personas que viven con el VIH/sida y luchando contra el estigma y discriminación que sufren estas personas.

En el caso de Guatemala, que es el que compete a la investigación que pasamos a narrar a continuación, la región en la que se trabajó fue el Departamento de Baja Verapaz. La elección de este lugar se debió a sus características rurales y étnicas. Al mismo tiempo, esta decisión se vio condicionada por ser esta región área de influencia de la organización no gubernamental local, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA).

ASECSA contribuye con sus acciones a la mejora de la salud comunitaria y de la salud pública, a través de la Atención Primaria en Salud. Esta organización está conformada por una red de sesenta y tres programas y organizaciones en salud orientados especialmente a la población más pobre, quienes tienen pocas posibilidades de acceso a los servicios estatales o privados de salud. Entre sus temáticas de trabajo específicas se encuentra la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida.

Se consideró oportuno trabajar con una población de las características del Departamento de Baja Verapaz (rural y multiétnica) en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de su población acerca del VIH/sida, comenzando por aquellas personas que prestan asistencia sanitaria tanto a nivel institucional como en organizaciones no gubernamentales locales en relación al VIH/sida.

2. MARCO CONTEXTUAL

2.1 CONTEXTO DE ESTUDIO

La República de Guatemala está situada en Centroamérica, en su extremo noroccidental. Tiene una densidad demográfica alta, casi 14 millones de habitantes, en una superficie de unos 109.000 km². La vida en Guatemala ha estado marcada por problemas económicos, políticos, sociales y culturales. Históricamente se ha caracterizado por una gran inequidad en el reparto de la riqueza. Su estructura económica es frágil, estando basada en el mercado centroamericano y en la exportación agrícola, lo que ha conducido a un elevado endeudamiento a nivel nacional. Este hecho ha influido en las condiciones de vida de la mayor parte de su población. Los recursos económicos de Guatemala se concentran en unas minorías, revirtiendo los beneficios principalmente en las personas que gozan de mayor poder adquisitivo.

Por otro lado, Guatemala se caracteriza por ser un país con una gran diversidad cultural, determinada por una población multiétnica. Acontecimientos como la apertura democrática en 1986, la firma del Tratado de Paz en 1996 y el crecimiento económico de los años noventa, han abierto espacios de participación en la sociedad civil, sobre todo para la mayoría de la población indígena y empobrecida, de áreas rurales y del interior. Sin embargo, el índice de desarrollo humano (IDH) sigue siendo más crítico en áreas rurales y en poblaciones indígenas, y la participación está condicionada por la escasa capacidad de dar respuesta a sus demandas¹.

El Departamento de Baja Verapaz, ámbito donde se desarrolla este estudio, está situado en la Región II (Norte) de Guatemala. Tiene una extensión territorial aproximada de 3.124 km² y su población es de aproximadamente 245.787 personas, según el último censo nacional de 2006.



Fuente: <http://www.cepredenac.org>

Dos de cada cinco guatemaltecos consideran pertenecer a un grupo étnico de los pueblos indígenas: maya, garífuna y xinca. La composición étnica en el Departamento de Baja Verapaz es del 58,2 % etnia maya, el 41,3% ladino (mestizos hispanizados) y el 0,5% restante pertenecen a otras minorías étnicas, sobre todo xinca y garífuna.

En la población maya hay varias comunidades lingüísticas (achí —la mayoritaria en Baja Verapaz—, quekchí y pocomchí). Estas comunidades se organizan socialmente mediante cofradías, las cuales se encargan de transmitir las tradiciones mayas de generación en generación.

El Departamento de Baja Verapaz está dividido políticamente en ocho municipios: Salamá (Cabecera Departamental), Rabinal, Cubulco, Purulhá, Granados, San Jerónimo, El Chol y San Miguel Chicaj. Las distancias entre Salamá y el resto de los municipios, a través de carreteras no siempre asfaltadas, varían desde los nueve kilómetros al municipio de San Miguel Chicaj hasta los sesenta y tres kilómetros al municipio de Granados.

Dicho Departamento de Baja Verapaz es uno de los más pobres del país. El Índice de Desarrollo Humano es de 0,5 comparado con el 0,63 del país o el 0,7 de la capital². El porcentaje de pobreza, según datos del Ministerio, oscila entre el 62,8% de Salamá y el 79,5% de Cubulco. En este Departamento la población en extrema pobreza alcanza el 31,2%³ y el analfabetismo, mayoritariamente femenino, es de un 88,3% en municipios como San Miguel Chicaj.

Tanto en Baja Verapaz, como en el resto de Guatemala, conviven dos mundos: el urbano, relacionado con la centralización de los recursos y el poder de los ladinos, y el mundo rural, poblado mayoritariamente por población indígena, con gran escasez de recursos. El 91% de los indígenas en Guatemala viven en condiciones de extrema pobreza, mientras que estas condiciones se dan en un 41% de la población ladina. Aunque la población indígena constituye, teóricamente, el 40% de la población de Guatemala, está poco representada, y sus derechos no son reconocidos a pesar de los Acuerdos de Paz firmados en 1996. Es más, aún se siguen viviendo las consecuencias de las décadas de guerra civil¹.

En el medio rural, la producción en Baja Verapaz es básicamente agrícola (granos básicos y frijol para la subsistencia) y, en menor medida, forestal. Históricamente, el reparto de la tierra ha sido muy desigual, siendo los indígenas los que además siempre han ocupado los suelos más degradados. Las actividades agrícolas son insuficientes para mantener la economía familiar, lo que conduce al campesino en muchas ocasiones a buscar actividades económicas complementarias como la artesanía, y sobre todo, a través de las migraciones temporales, que son ya el segundo recurso de ingreso familiar. Las rutas migratorias son diversas y dependen de la etnicidad. Los ladinos suelen migrar a la ciudad de Guatemala y la población indígena suele hacerlo a las áreas rurales de otros departamentos, como Escuintla o Alta Verapaz⁴.

En cuanto a las relaciones de género en el Departamento de Baja Verapaz, decir que éstas se caracterizan por presentar una gran desigualdad entre hombres y mujeres, lo que se traduce en dominio, autoritarismo y privilegios para los hombres. Las mujeres, desde sus primeros años de vida, son infravaloradas, a ellas se les asignan las labores domésticas quedando la educación relegada a un segundo plano. Se prioriza educar a los hijos varones. Otro dato importante para el estudio que nos compete es que la sexualidad es un tema tabú, y la mujer como propiedad del hombre, ha de obedecerle y de lo contrario recibe la crítica de la comunidad⁵.

2.2 SITUACIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ

Los indicadores de salud nos permiten conocer el estado de salud de los individuos y de las comunidades de manera objetiva. A continuación se exponen algunos indicadores relevantes del Departamento de Baja Verapaz.

La esperanza de vida en el departamento es de 67,2 años (68,3 en Guatemala). Las principales causas de morbilidad general siguen siendo las relacionadas con el agua y la calidad ambiental. Sin embargo, el acceso al agua canalizada y clorada, los servicios de alcantarillado, el tratamiento de los desechos sólidos, controles de salubridad en los mercados, entre otras acciones, alcanza coberturas muy bajas en los municipios del departamento (70% de cobertura de agua potable en área urbana y 55% en el área rural; 60% de cobertura de sistema de drenajes en área urbana y 5% en área rural). Las diez primeras causas de enfermedades transmisibles, reflejan los condicionantes de la calidad de vida en el espacio de vida cotidiana (infecciones respiratorias >50%; parasitosis; infecciones de la piel; diarreas; amebiasis; conjuntivitis; infección intestinal; micosis; impétigo). Por otro lado decir que las principales enfermedades transmisibles por vectores son el dengue y la malaria².

Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de la región. En relación a la mortalidad materna se han registrado un promedio de cinco muertes maternas al año en los últimos cinco años. La principal causa es la retención placentaria y la eclampsia. Entre las mujeres indígenas la mayor parte de las muertes maternas se producen debido a que sus condiciones de vida son más precarias, sus tasas de fecundidad son más elevadas (con dos y tres hijos más que las madres no indígenas) y reciben una menor atención perinatal por parte del sistema sanitario.

En Guatemala, a principios del siglo XXI, morían 34 niños de cada mil nacidos antes de cumplir un año, y 45 antes de llegar a los cinco años. En el Departamento de Baja Verapaz la tasa de mortalidad infantil en 2008 para niños menores de 5 años fue de 47 por mil nacidos vivos. Estas altas tasas están asociadas principalmente a enfermedades respiratorias y a síntomas de diarrea⁶. La desnutrición crónica es otro de los problemas que afecta principalmente a los niños menores de 5 años, siendo los municipios de Salamá y Rabinal los que presentan las tasas de desnutrición más elevadas.

2.3 EL SISTEMA SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ (GUATEMALA)

Los compromisos y las políticas de salud llevadas a cabo en Guatemala inciden en dar respuesta a los Objetivos del Milenio. Las actuales políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) incluyen entre otros: fortalecer el papel rector del MSPAS; satisfacer las necesidades de salud de la población guatemalteca; fortalecer el proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de Salud y hospitales; administrar y desarrollar los recursos humanos del MSPAS; modernizar el sistema de gestión administrativa y financiera del MSPAS como elemento básico de apoyo para la prestación de servicios; y proteger a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud².

Dentro de estos compromisos se da prioridad a disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil, y a prevenir la mortalidad y morbilidad causada por infecciones respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, parasitismo intestinal, enfermedades transmitidas por vectores (dengue y malaria) y otras enfermedades crónico-degenerativas prevalentes a nivel local. Cada política tiene un objetivo y estrategias específicas, aunque existen dificultades para llevarlas a la práctica debido a las limitaciones económicas.

En 1996, el sistema de salud guatemalteco inició un proceso de reforma. El mayor avance se ha realizado en los componentes de reforma financiera y de extensión de cobertura, enfocada a los grupos de población más vulnerable, y con el que se ha conseguido reducir la población sin acceso a servicios de salud. Así surgió el SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud). Este componente ha permitido impulsar la coordinación y la participación de ONG's, a través de la realización de análisis de situación de salud en sus áreas de responsabilidad, y planificando la atención en las mismas, a partir de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social⁷.

Organizativamente, el sector salud en Guatemala está formado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional procedente de la cultura maya.

El Ministerio es la autoridad rectora, se encarga de la regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Opera a través de los hospitales, centros de salud y puestos de salud.

El IGSS está descentralizado del estado y se encarga de la seguridad social a través de dos programas: Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad (AEM), además de un programa piloto de Atención Primaria.

El sector privado está constituido por un lado por los hospitales, clínicas y seguros médicos privados, y por otra parte por el sector no lucrativo: las ONG's y el sector religioso, que dan respuesta a los problemas de salud desde un punto de vista de prevención-educación, curación y coordinación, a través de la participación comunitaria.

La medicina tradicional maya ha sido poco tenida en cuenta por el modelo biomédico occidental. Sin embargo es muy utilizada por la población que no puede acceder a otro tipo de recursos sanitarios. A través de chamanes, curanderos, comadronas y ancianos, entre otros, solucionan los problemas de salud mediante plantas, productos animales y minerales, consejos, rituales y baños.

En 2004, la cobertura del sistema público era del 48% (MSPAS 32%, IGSS 16%), el sector privado 10% y la sanidad militar 0,21%. El 41,79% restante no fue cubierto por este sistema³.

Sin embargo, según los datos del Ministerio de Salud Pública, la prestación de servicios de salud institucional cubre al 88%, y la población sin acceso a servicios de salud es del 13%. En el área rural se atendieron 108.816 habitantes y en el área urbana 97.500 habitantes. La población total fue 206.316, lo que representa un 88% de la población total atendida con servicios básicos de salud. El acceso a la prestación de servicios por la entidad privada es una mínima parte².

En la distribución de los servicios se privilegia al segundo y tercer nivel de atención (centros de salud y hospitales) sobre el primer nivel (puestos de salud), más desarrollado en áreas rurales. También se dota de más recursos a los centros de atención curativa, de áreas urbanas o de mayor ingreso económico, y los recursos humanos se concentran principalmente en las áreas urbanas⁸.

Centrándonos en el Departamento de Baja Verapaz, ámbito del estudio, cuenta con un hospital departamental nacional, cuatro hospitales privados, un hospital de oftalmología y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que ocupa un espacio dentro del hospital departamental, atendiendo solamente enfermedad común.

Además de la Dirección del Área de Salud, el área cuenta con dos Centros de Atención Permanente (Rabinal, Cubulco, con atención las 24 horas), seis Centros de Salud tipo B (sin camas a diferencia de los de tipo A) en los restantes municipios y 36 puestos de salud. Los datos cambian según la política del gobierno.

Existen 25 clínicas particulares en todo el departamento, 48 farmacias (3 del Programa de Accesibilidad a Medicamentos, PROAM, y una comunitaria) y 16 jurisdicciones como prestadoras de servicios de salud dentro del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud.

El personal a nivel departamental es el siguiente: 30 médicos generales, 18 médicos especialistas, 5 médicos de la cooperación cubana, 10 enfermeras graduadas, 93 enfermeras auxiliares, 25 técnicos en salud rural, 10 inspectores saneamiento, 14 conserjes, 4 conductores, 1.042 promotores de salud y/o vigilantes de salud, 562 comadronas, un centro naturista, y no se cuenta con datos de curanderos o sacerdotes mayas².

Las comadronas y los promotores están en la base del sistema de salud. En un sistema caracterizado por la insuficiencia e inadecuación de recursos y de cobertura, el papel de los promotores de salud y de las comadronas es esencial para llevar la salud a la población más desfavorecida (en 2002 el 77% de los partos en Rabinal eran atendidos por una comadrona⁴). En ellos confluyen en muchas ocasiones conocimientos provenientes de la medicina tradicional maya y de la medicina occidental, estos últimos adquiridos a través de capacitaciones. El personal sanitario de los puestos coordina su trabajo con el que realizan los promotores y las comadronas.

Las principales ONG's que trabajan en esta área en temas de salud son ASECSA, Asociación Flor del Naranja, Plan Internacional, el Centro de Integración Familiar, un centro perteneciente a religiosas, y CARE, que trabaja en salud materno infantil.

Respecto al acceso a los servicios de salud de la población indígena, la investigación cualitativa realizada en Rabinal, permitió ver que las barreras a los servicios de salud son múltiples y están interrelacionadas: el coste de los servicios, el coste y escasez de los productos farmacéuticos, la falta de confianza y el miedo como reminiscencias de la guerra, el nivel de comprensión y el idioma, el aislamiento de las comunidades y la escasez de transporte, servicios no adecuados ni suficientes, la preferencia de la medicina tradicional como alternativa, la escasez también de recursos humanos y materiales, el trato discriminatorio por el personal sanitario etc. En resumen, la pobreza es la principal barrera de acceso, de la cual derivan las barreras, económicas, geográficas y culturales¹.

3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA

3.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Se estima que a finales de 2010, aproximadamente 34 millones de personas de todo el mundo vivían con VIH. El número anual de nuevas infecciones ha disminuido un 21% entre 1997 y 2010, situándose en 2,7 millones de nuevas infecciones en este último año, incluyendo 390.000 en menores de 15 años. El total de defunciones por causas relacionadas con el sida ha disminuido a 1,8 millones en 2010. Sin embargo, el número total de personas que viven con VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones y de los efectos beneficiosos de la terapia antirretroviral. El porcentaje de mujeres con VIH se mantiene estable desde hace varios años en torno al 50%. El número de niños que viven con VIH menores de 15 años es de más 3,4 millones (el 90% viven en África Subsahariana), siendo 390.000 el número de nuevas infecciones en niños en 2010. En casi todas las regiones, el VIH afecta de forma desproporcionada a los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo. La mayoría de los países muestran carencias importantes en presupuestos y políticas para incorporar las cuestiones de género en las políticas de planificación sobre VIH. En la tercera década de la epidemia, un tercio de los países carece de leyes que protejan contra la discriminación a las personas que viven con VIH. Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% de las nuevas infecciones, pero muchos aún siguen careciendo de información preventiva precisa y completa⁹.

En América Latina la epidemia se mantiene estable, a expensas de las poblaciones de mayor riesgo de exposición. El número total de personas que viven con VIH en esta región es de 1,5 millones (el número de nuevas infecciones se mantiene estable en los últimos años en torno a 100.000). La prevalencia más alta en Centroamérica se da en los países de Belice y Panamá. Las relaciones sexuales sin protección entre hombres son un factor importante de la epidemia en Centroamérica¹⁰.

Según los datos que ofrecen los informes de ONUSIDA con respecto a Guatemala, la epidemia del VIH es concentrada, lo que significa que se traduce en una prevalencia en población general menor al 1% (0,8%), y se estima en más de 65 mil el número de personas que viven con VIH. Sin embargo, los datos sobre la epidemia aportados por el sistema actual de vigilancia epidemiológica no se adecuan a la realidad. La información disponible sugiere una propagación desigual del VIH; las tierras altas son posiblemente las menos afectadas. La mayoría de casos de VIH están concentrados en zonas urbanas y a lo largo de las rutas comerciales y de transporte que atraviesan el país. El subregistro ha sido estimado en un 50%. A partir de junio 2003 se modificó el sistema de vigilancia de VIH y sida, lo que ha permitido mejorar los servicios de información, permitiendo que en los últimos 6 años se hayan registrado el 58% de todos los casos desde el comienzo de la epidemia, y que en cinco años, el número acumulado de casos VIH detectados fuera la mitad de los casos de sida registrados en 25 años¹¹.

A junio de 2009, el número acumulado de casos de sida había llegado a 13.782 y los casos de VIH, que empezaron a ser detectados desde 2003, hacían un total acumulado de 6.074. El 62,7% se daba entre los 20 y 39 años. El 70% de los casos eran hombres. La vía de transmisión en un 94,5% era la sexual. La seroprevalencia en trabajadoras del sexo era del 8,7%, en hombres que tienen sexo con hombres del 11,5% y en mujeres embarazadas del 0,49% (en 2 de los 22 departamentos, se observó una seroprevalencia por encima del 1% en embarazadas). De los casos notificados entre 2004 y 2008, en el 5,9% la transmisión fue vertical, en el 22% de todos los casos se autodefinieron como mayas. La tasa de prevalencia de VIH a nivel nacional en este periodo fue de 88 por 100 mil. Los departamentos con mayores tasas de prevalencia son Retalhuleu, Izabal, Escuintla, San Marcos, Quetzaltenango, Guatemala y Suchitepéquez^{12, 13}.

Según los datos del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida, basados en el registro de casos de VIH y sida entre 2005 y 2009, la tasa de casos de VIH/sida a mitad de este periodo en el Departamento de Baja Verapaz fue de 30 por 100 mil; la tasa más alta fue para el municipio de Salamá con tasas por encima de 53 por 100 mil. Estos datos son similares a los obtenidos en un estudio centinela realizado en la región en 2002 que daba una tasa de 32 por 100 mil¹¹.

3.2 LA SINDEMIA DEL VIH/SIDA Y LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL

Para comprender la epidemiología del VIH/sida y sus tendencias, es necesario hacer una contextualización sociológica y antropológica. El hecho de que la epidemia surgiera en una época de grandes cambios sociales y económicos no es casual: la transformación del capitalismo y los impactos negativos de la globalización (el incremento de las desigualdades económico-sociales y de género o la migración vinculada a la pobreza entre otros), son elementos que aumentan la susceptibilidad a la infección y disminuyen la capacidad de respuesta de los individuos y sociedades a la misma. Esta vinculación entre factores estructurales y vulnerabilidad ha sido denominada “violencia estructural”. Esta violencia, casi siempre obviada, impacta sobre el individuo y la comunidad actuando como limitante de los recursos, de la capacidad para tomar decisiones y de la autonomía¹⁴.

Por otro lado, las poblaciones empobrecidas se caracterizan porque en ellas actúan diferentes problemas sociales y de salud; así se habla de la epidemia de VIH/sida como una especie de “sindemia” en la que otros problemas de salud de la población actúan sinérgicamente produciendo mayor vulnerabilidad a la infección¹⁵. Sindemia se puede definir como “la concentración e interacción de dos o más enfermedades u otras condiciones de salud en una población, especialmente como consecuencia de inequidad social y del ejercicio injusto del poder”.

3.3 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Desde el inicio de la epidemia la infección ha tenido una connotación culpabilizadora al asociarse con comportamientos que la sociedad considera voluntarios (salvo ciertas excepciones como niños, transfundidos, profesionales). Esta discriminación además se ha extendido dentro de los foros de la comunidad científica, y por ende a todos los lugares desde donde se combate la epidemia.

El estigma se ha asociado a la escasa información o comprensión, los mitos, la asociación de la enfermedad con los llamados grupos de riesgo, la incurabilidad, la falta de disponibilidad de tratamientos o el miedo a la enfermedad y a la muerte; pero las causas profundas se encuentran en las estructuras económicas, raciales, sexuales o de género, por tanto es un proceso social, vinculado a relaciones de poder dentro de la sociedad. El estigma causa discriminación y ésta conduce a la violación de los derechos humanos, así la promoción y protección de los derechos humanos pueden prevenir el estigma y la discriminación, y reducir la vulnerabilidad a la epidemia¹⁶.

En Guatemala más de la mitad de la población considera la enfermedad como un castigo divino y cree que las personas con sida no deben tener acceso a lugares públicos y deben de recibir educación aparte¹⁷. La legislación guatemalteca aprobada en 2000 para la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/sida aún tiene muchas contradicciones y da lugar a la posibilidad de discriminación arbitraria, además de que no existe un mecanismo de carácter social efectivo que haga valer esos derechos y que se respeten¹⁷. Por otro lado, es importante mencionar como parte del contexto nacional, que la situación de estigma y discriminación en el momento de elaboración del último Plan Estratégico Nacional de respuesta a ITS, VIH y sida, en 2005, no parece haber evolucionado de forma importante durante su vigencia (2006-2010)¹³.

3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVENCIÓN. BARRERAS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En los pueblos indígenas hay una serie de factores sociales, culturales, económicos y políticos que hay que considerar en el trabajo preventivo (en todos los niveles de prevención) del VIH/sida en estas comunidades. Algunos de los muchos factores que intervienen, y que se han identificado como barreras son¹⁸:

- *El conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva*: el escaso conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, al igual que sobre VIH/sida y sus vías de transmisión, la no aceptación y falta de confianza en los anticonceptivos y una comprensión de la enfermedad desde la cosmovisión maya, son elementos clave para entender el riesgo de estas comunidades a la infección. Programas preventivos no adaptados contribuirían a aumentar este riesgo.
- *La sexualidad como tabú* dificulta el trato abierto de muchos temas relacionados directamente con la prevención y hace que los estudios realizados sean pocos y de baja calidad.
- *Consumo de alcohol y otras drogas*: la adicción al alcohol es alta en la cultura indígena, esto conlleva desinhibición de conductas y aumento del riesgo.
- *Influencia de la religión*: al limitar el uso de métodos anticonceptivos, interpretaciones de textos sagrados con respecto a la reproducción y a la mujer, etc.
- *Influencias extranjeras*: alterando las conductas tradicionales e introduciendo patrones de conductas vinculadas a la infección.
- *Migración*: les sitúa en situaciones de mayor vulnerabilidad a la infección por soledad, la falta de alternativas, el consumo de drogas o la experimentación de prácticas de mayor riesgo.

- *Desigualdad de género*: la construcción cultural del género en estos pueblos produce relaciones de poder en que la mujer está en condiciones de desventaja. El hombre decide en todos los planos de la vida y también en el sexual, se valora la virginidad en la mujer y la poligamia en el hombre, se silencia todo lo sexual, se siguen concertando matrimonios con elevadas diferencias de edad entre el hombre y la mujer, la mujer cree que si es fiel está protegida, se asocia el no uso del preservativo como signo de fidelidad, se realizan prácticas sexuales de riesgo por temor al embarazo o la pérdida de la virginidad, etc.
- *Violencia familiar y sexual*: en relación al punto anterior, la violación es habitual como parte del derecho que el hombre adquiere hacia su pareja, y la capacidad de protegerse y de decidir sobre su propio cuerpo se anula.
- *Discriminación de los pueblos indígenas* al proveer los servicios de salud pública y en las políticas de prevención: falta de equidad en los servicios, trato discriminatorio, barreras de comunicación, descalificación de la medicina tradicional por los servicios de salud.
- *Limitado acceso a la educación formal y de calidad*: el elevado analfabetismo en las zonas rurales supone una barrera para la transmisión de mensajes preventivos. Además el material suele ser escrito y en el lenguaje oficial, sin tener en cuenta sus lenguas y que su comunicación es fundamentalmente visual y oral.
- *Estigma y discriminación de las personas con VIH/sida*: la falta de confidencialidad en el diagnóstico, el miedo al rechazo por la familia y la comunidad, y la dificultad para recibir tratamiento, les conducen a no realizarse la prueba de detección.
- *Pobreza*: como caldo de cultivo de todas las situaciones expuestas.

Conocer la cultura de los pueblos indígenas permite rescatar factores para la prevención de la enfermedad, tales como los elementos de prevención de la cosmovisión maya, el sentido de comunidad y solidaridad, los líderes y las reuniones comunitarias, la espiritualidad, el uso de otras formas de lenguaje para transmitir conocimientos como la utilización de los símbolos, las imágenes o la música, la visión holística de la medicina, el valor de las comadronas y los promotores, y el saber que hay muchas creencias culturales en transición, que pueden permitir un mejor abordaje de los temas de salud sexual y reproductiva y del VIH/sida.

Según los informes de ONUSIDA, los principales focos de atención en la lucha contra el VIH/sida, pasan por abordar las causas sociales de vulnerabilidad y riesgo de VIH (reducir las violaciones de los derechos humanos, incluyendo la desigualdad de género, el estigma y la discriminación) y prevenir nuevas infecciones como clave para invertir la epidemia. Pero también asegurar el tratamiento, la asistencia sanitaria y el apoyo a las personas que viven con VIH/sida y mitigar el impacto que la epidemia tiene sobre las familias, comunidades y sociedades, además de dar continuidad en el tiempo a estas respuestas. Además, en junio de 2011 los Estados Miembros de la ONU definieron un nuevo marco político y de inversiones con el objetivo claro de intensificar la respuesta a la epidemia, usando la epidemiología específica de cada país, poniendo en marcha programas más eficaces y aumentando la eficiencia en cuanto a prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas con VIH⁹.

4. OBJETIVOS

El contexto anteriormente planteado hace pertinente plantear un estudio cuyo **objetivo general** sea identificar los factores que están influyendo en la prevención/atención del VIH/sida transmitido por vía sexual y vertical, que permita a las organizaciones sanitarias locales la puesta en marcha de campañas adaptadas a la prevención/atención del VIH/sida entre las personas que acuden a los servicios sanitarios de Baja Verapaz.

Los **objetivos específicos** fueron:

- Explorar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población del Departamento de Baja Verapaz en relación al VIH/sida desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, tanto institucionales como de las ONG´s locales.
- Recoger los conocimientos, y actitudes que tienen los profesionales sanitarios institucionales y de ONG´s locales del Departamento de Baja Verapaz en relación al VIH/sida.
- Conocer si existen actitudes de estigma y discriminación en relación a las personas que pudieran padecer VIH/sida.
- Identificar las posibles barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios que perciben los profesionales sanitarios, institucionales y de ONG´s locales con respecto a la población del Departamento de Baja Verapaz, en concreto para la atención destinada a la prevención y atención del VIH/sida.

5. METODOLOGÍA

La aplicación de metodologías utilizadas tradicionalmente en el estudio del VIH/sida desde la epidemiología clínica hace difícil el acceso al conocimiento de los aspectos cualitativos de la epidemia. En la actualidad, con el objetivo de disponer de un conocimiento más profundo y holístico del VIH/sida, se aplican perspectivas y enfoques teóricos de otras disciplinas. Es así como se han realizado aproximaciones al fenómeno de la epidemia desde la hermenéutica, la fenomenología o la etnografía cuyos marcos teóricos provienen de disciplinas como la Antropología o la Sociología¹⁹. Enfermedades como el VIH/sida están social y culturalmente vinculadas a significados, percepciones, creencias, valores y vivencias que dan sentido y conducen actitudes y prácticas. Las representaciones sociales del VIH/sida influyen así en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas para prevenir esta enfermedad. Es así como se observa que la problemática del VIH/sida reviste aspectos cualitativos que son clave para poder diseñar estrategias preventivas eficaces²⁰.

La metodología utilizada para desarrollar esta investigación fue la **metodología cualitativa**. Este abordaje metodológico es aplicado en el campo de la salud-enfermedad cuando se persigue explicar cómo las personas experimentan la enfermedad y su cuidado, y cómo los factores sociales, económicos, culturales, ambientales, entre otros, afectan a su salud. Para desarrollar esta investigación se diseñó un estudio utilizando como técnica cualitativa la **entrevista en profundidad**²¹. Los actores sociales de esta investigación fueron aquellos profesionales sanitarios que desarrollaban su labor asistencial en los hospitales o centros de salud del Departamento de Baja Verapaz así como también profesionales que trabajaban para ONG´s locales con proyectos dirigidos a mejorar la salud de la población, y en concreto con actividades en marcha relacionadas con VIH/sida. Es así como el ámbito geográfico de realización del trabajo de campo fue la región del Departamento de Baja Verapaz desarrollado durante el mes de junio de 2007. Se utilizó un “muestreo intencional en bola de nieve”²¹ a partir de informantes clave.

Tabla 1. Perfil de los profesionales sanitarios entrevistados

Edad	Sexo	Etnia	Formación
27	Mujer	Maya	Enfermera
26	Hombre	Ladino	Médico
34	Mujer	Ladino	Médica
58	Hombre	Maya	Médico
47	Hombre	Maya	Auxiliar enfermería
28	Mujer	Ladino	Auxiliar de enfermería
34	Mujer	Ladino	Auxiliar de enfermería
51	Mujer	Ladino	Auxiliar de enfermería
48	Hombre	Ladino	Técnico de laboratorio

Edad	Sexo	Etnia	Formación
56	Mujer	Ladino	Psicóloga
39	Hombre	Mestizo	Epidemiólogo
37	Hombre	Maya	Promotor de salud
36	Mujer	Maya	Auxiliar de enfermería/Pedagoga
44	Hombre	Ladino	Diplomado Universitario
45	Mujer	Ladina	Enfermera
24	Varón	Maya	Estudiante de psicología
29	Varón	Ladino	Administración y Dirección de empresas

Fue así como una de las investigadoras del equipo realizó un número total de 17 entrevistas en profundidad, utilizando para ello un guión de entrevista compuesto por un listado de ejes temáticos que debían abordarse en cada entrevista, las cuales se muestran en la [tabla 2](#).

Tabla 2. Listado de ejes temáticos

EJES TEMÁTICOS
Definición de la enfermedad, síntomas, factores de riesgo, transmisión, estigma social, discriminación, etc.
Género del personal, roles masculinos, roles femeninos, valoración de roles, establecimiento de relaciones de género, etc.
Etnicidad, diferencias étnicas-raciales, discriminación étnica-racial.
Actitud ante la enfermedad, los tratamientos, los enfermos/as de VIH/sida, el estigma social, la percepción de riesgo, la discriminación, etc.
Creencias en torno al VIH/sida, creencias en torno a los enfermos de VIH/sida, creencias en torno a los tratamientos, uso de la medicina tradicional...
Representaciones del sistema sanitario y de la asistencia que presta, actitud de la población hacia los servicios y los profesionales, relación con los profesionales institucionales, medicina occidental, recursos del sistema sanitario.

En relación a las consideraciones éticas comentar que para desarrollar esta investigación se aseguró el cumplimiento del principio de confidencialidad de los datos de las personas que fueron entrevistadas. Únicamente las investigadoras que han realizado las tareas de recogida y análisis de los datos han conocido la identidad de las personas entrevistadas.

Las entrevistas fueron grabadas en cinta magnetofónica, procediendo posteriormente a su transcripción.

La metodología cualitativa está conformada por una heterogeneidad de teorías, posturas, disciplinas y procedimientos analíticos. **El análisis de los datos** recogidos en la fase de trabajo de campo de esta investigación ha sido desarrollado a partir de la teoría fundamentada. Se puede aplicar cualquier información recogida de forma cualitativa, y se caracteriza por tener una serie de fases que van desde los datos brutos a la categorización inicial, el desarrollo de esas categorías y la integración de las mismas, hasta la delimitación y escritura de la teoría²².

Se realizó en las siguientes etapas ²¹⁻²³:

- *Primera lectura de las entrevistas*: se realizó la audición de las entrevistas, simultánea a la lectura de las transcripciones. En esta primera fase, y a partir de la producción de notas y de los objetivos de la investigación, se elaboró una primera lista con 7 categorías iniciales. Paralelamente esta fase sirvió como un control de calidad de las entrevistas al permitir completar las transcripciones y elaborar una tabla con la calidad de las entrevistas.
- *Selección y ordenación de la información*: se eliminó una entrevista por su mala calidad y poca aportación. Se realizó la segmentación, selección de la información más relevante y codificación. La codificación se realizó utilizando dos estrategias: códigos elaborados inicialmente a partir del trabajo conceptual previo (categorías iniciales) que luego se fueron asignados a los textos, y códigos que se fueron elaborando al tiempo que se leían los textos, en la que se parte de los datos para llegar a los conceptos. Posteriormente los códigos se fueron agrupando en temas y se relacionaron según sus propiedades para elaborar subcategorías que emergían de los mismos, constituyendo una codificación axial.
- *Disposición y transformación de datos en diagramas sencillos*: para construir las interrelaciones.
- *Obtención de resultados y conclusiones preliminares*: a partir del ordenamiento de la información, agrupación de categorías y sus relaciones internas. Los resultados se ordenaron en función de la lista final de categorías. Las categorías finales fueron 3, que eran las que daban respuesta a los objetivos de la investigación. Se obtuvieron otras dos categorías importantes, pero por ser temas transversales (relaciones de poder, salud sexual y reproductiva) se desarrollarían en los resultados sólo de forma preliminar, como un paso previo a un análisis más profundo en futuros trabajos. También se elaboró una categoría con códigos no clasificables en otras categorías.
- *Triangulación del proceso y resultados*: de forma simultánea al desarrollo del análisis se realizó la triangulación a través de dos investigadoras más. Se seleccionó este método para aportar mayor validez a los resultados y reducir el sesgo de utilizar un solo investigador.

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa informático ATLAS.ti. Versión 6.0. Scientific Software Development; 2009.

6. RESULTADOS

Este estudio se fundamenta en la hipótesis de que para poder realizar una estrategia efectiva y una intervención adecuada a las características de las poblaciones de Baja Verapaz, es necesario un conocimiento profundo de las necesidades, percepciones, creencias, opiniones y conocimientos de estas personas con respecto al VIH/sida. Una de las vías para acceder a este conocimiento es el acercamiento a las percepciones, conocimientos, actitudes, prácticas de los profesionales que trabajan con estas poblaciones, lo que añade una nueva perspectiva para conocer los factores que están influyendo en la prevención y atención al VIH/sida de manera más integral.

La información generada gracias a este estudio se ha organizado en tres grandes apartados. En el primero se abordan los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población de Baja Verapaz en relación al VIH/sida, percibido por los profesionales sanitarios. En el segundo se presentan los conocimientos, las actitudes y prácticas que tienen los propios profesionales sanitarios en relación al VIH/sida, y por último se acometen las percepciones de estos profesionales acerca de los Servicios Sanitarios del Departamento de Baja Verapaz.

Con la finalidad de facilitar la lectura de este informe, a lo largo del mismo, se habla de profesionales sanitarios, englobando dichos términos tanto a hombres como a mujeres.

6.1 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN DE BAJA VERAPAZ EN RELACIÓN AL VIH/SIDA

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la percepción que tienen los profesionales de los servicios sanitarios de Baja Verapaz acerca del nivel de conocimientos e información que tiene la población sobre el VIH/sida, así como las diferentes actitudes y prácticas.

Uno de los factores que influye en las actitudes y comportamientos de las personas ante las estrategias de prevención y de tratamiento del VIH es el grado de información de la población. De manera que conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la información que la población tiene sobre diferentes aspectos del VIH es necesario para orientar y diseñar estrategias eficaces de prevención. Todos estos aspectos son los que se presentan en este capítulo.

6.1.1 Los conocimientos sobre el VIH/sida

Los profesionales entrevistados mantienen un discurso homogéneo con respecto a que la población de Baja Verapaz tiene conocimientos generales insuficientes acerca

del VIH/sida. Expresan que existe un desconocimiento importante de la magnitud del problema y que, aunque exista información, ésta suele ser en gran medida errónea.

“Han oído hablar pero en sí saben, eh, pero la información es tergiversada, o sea, no saben lo que en sí tienen que saber, las realidades. Son más mitos y otras cuestiones.” 2:37.

No hay referencias en el discurso al conocimiento de la población con respecto al diagnóstico de la infección. Toda alusión al diagnóstico es desde el punto de vista de los profesionales, no de la población.

En los casos en que la información existe, los profesionales perciben que ésta no se interioriza y no es llevada a la práctica.

“La gente tiene muchos conocimientos sobre sida, lo que no tiene es la convicción de cambio de conducta y actitudes.” 7:100.

Un aspecto importante a señalar es el hecho de que la población de Baja Verapaz no establece diferencia entre la infección por VIH y la enfermedad del sida. Piensan que estar infectado por el VIH y padecer sida es la misma situación. Por lo tanto, la mayoría de las personas no conocen la diferencia que existe entre tener el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). De manera que aparece también desconocimiento y confusión de conceptos como el periodo ventana, el periodo entre infección y enfermedad, la distinción entre enfermedades oportunistas y la propia enfermedad, etc. En este informe ambos términos serán utilizados cuando la población se refiera a uno u otro o a ambos, ya que los utilizan indistintamente.

“No hay diferenciación supuestamente, entre lo que es ITS o, VIH, perdón, VIH y sida. Como que si las dos cosas fueran iguales, no hay diferenciación.” 12:79.

La información que tienen las personas del VIH es escasa y relacionada con la enfermedad. De manera que la concepción general en muchos casos es que el VIH/sida no tiene tratamiento y por lo tanto es una enfermedad mortal que se transmite a través de las relaciones sexuales.

“Que alguien tenga sida lo ven como que ya está muerto.” 13:156.

En cuanto a las personas que tienen más y mejores conocimientos sobre el VIH/sida, los profesionales sanitarios lo relacionan con la etnicidad (ladinos) y con el género (hombre). Así las comunidades indígenas y con peor acceso a los medios de comunicación y al sistema de salud son las que menos información tienen. También las mujeres por las grandes desigualdades de género que existen en el Departamento de Baja Verapaz. En contraposición, las comunidades ladinas y la población joven son las que tienen más y mejor información.

*“Los jóvenes, los adolescentes, yo creo que en la comunidad donde yo trabajo (**mayoritariamente ladina**), por lo menos en la aldea donde está el puesto de salud, están muy conscientes del riesgo de VIH.” 5:88.*

“Me quedé asustada de una niña de 10 años, manejaba el VIH/sida al dedillo, en la escuela, me decía, sentada enfrente de mí, esto se da por esto y por esto, esta enfermedad por esto... te lo sabes todo, le digo, y dónde has aprendido, le digo. Fíjese, me dice, que tanta gente que habla de eso, que uno en la radio escucha y en la televisión ya lo ve, entonces ya saben bastante.” 9:22

Sin embargo, personas que deberían estar más informadas por el rol educativo que desempeñan, como los maestros, tienen grandes carencias de información.

“Incluso hay maestros que se supone que tienen que saber, incluso ignoran muchas cosas sobre el sida y ni siquiera saben cómo se transmite.” 6:38.

El desconocimiento que tiene la población respecto al VIH/sida y en concreto la menor información sobre el VIH de las mujeres aumenta el riesgo de infección e impide el acceso a la información y a los servicios²⁴.

Respecto a las vías de transmisión del VIH, los profesionales sanitarios expresan que existe una gran confusión entre la población del Departamento de Baja Verapaz. Aunque parece que se asocia mayoritariamente a la vía sexual, hay otras formas de transmisión que se desconocen, como la vía sanguínea en usuarios de drogas inyectadas (UDI), o por transfusiones o la transmisión vertical (pese a que está contemplada la información a la mujer embarazada dentro de los programas de salud materno-infantil). Cabe destacar la ausencia en el discurso de la transmisión en UDI. Por otro lado, persiste la idea común en las enfermedades infecciosas de la transmisión por contacto, por convivencia, por besos, por el aire, por picadura de insectos o por compartir utensilios. De ahí la actitud de distanciamiento y precaución.

“Al entierro, no se animaban los hombres a llevarlo porque pensaban que se iban a contagiar.” 4:94.

“Las creencias, muy generales, que era una enfermedad que se tenía por tener relaciones sexuales y nada más, verdad. Y creencias de que si yo estaba cerca de alguien se me iba a contagiar, que se me iba a pegar, y que, automáticamente si alguien de esa familia lo tenía, toda la familia esta infectada.” 10:98.

“Todas las cosas, platos, petates, cosas, de todo lo que utilizaron con él, le echaron gasolina, lo quemaron. Porque decían que por medio de las cosas se iba a contagiar el sida.” 4:98.

El VIH/sida sigue asociándose a los hasta ahora mal llamados “grupos de riesgo”. Desde que en 1981 la epidemia fuera identificada en homosexuales, se ha difundido y asociado el VIH/sida a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que ejercen la prostitución (PEP) y los usuarios de drogas inyectadas (UDI). Recientemente esta terminología ha sido sustituida por la de “grupos vulnerables”, ya que la pertenencia a estos grupos no determina el riesgo de infección, sino una mayor vulnerabilidad, y porque además ese lenguaje ha supuesto la estigmatización y discriminación de estos grupos.

Sin embargo, este cambio en la concepción de vulnerabilidad frente al VIH no ha sido aún transmitido a la población, y persiste el asociar la infección/enfermedad a unos grupos determinados, de manera que la no pertenencia a ellos es entendida como “inmunidad” frente a la infección.

“Dicen que esa enfermedad es sólo de prostitutas y de homosexuales.” 3:67.

“Esa es la idea, son las que tienen más libertad en las relaciones sexuales y en donde puede ser que se de más la transmisión, verdad, del VIH/sida. Sin embargo, todavía no se tiene la conciencia de que eso no sólo se puede quedar ahí sino que puede llegar, también a las parejas, a los esposos.” 11:177.

La población suele asociar la mayor actividad sexual con la juventud, y puesto que entienden que la vía mayoritaria de transmisión es la sexual, los adultos piensan que ellos ya no tienen riesgo de transmisión. Igualmente la comunidad maya, piensa que es una enfermedad de ladinos, y por tanto ellos están exentos de riesgo.

“Otros dicen que se cuiden los jóvenes, nosotros ya no estamos, para qué, ya no, ya no, o sea que, todavía existe todo eso, esa es la enfermedad de jóvenes, dicen algunos.” 13:66.

“Desde la cosmovisión maya, el indígena nunca, nunca ha tenido esa enfermedad, es una enfermedad de ladinos.” 13:62.

La percepción de riesgo de individuos o grupos constituye un aspecto clave en el estudio de la prevención del VIH. En este sentido, los profesionales sanitarios perciben que la población de Baja Verapaz tiene una baja percepción del riesgo de infectarse por VIH. Esto corrobora los estudios realizados con otras minorías étnicas, donde se pone de manifiesto la idea de que es una enfermedad que se ha traído a la comunidad y que afecta a otros colectivos, no pudiendo ocurrirle a ellos^{25, 26}.

La culpabilización de la víctima es una constante. Incluso desde la cosmovisión maya, ya apuntan que es “la enfermedad de la gente mala”, de las personas que tienen una conducta desviada, y que por tanto, tienen su castigo merecido.

“Algunos sí, dicen que sí, que es como un castigo de Dios hacia ellos, porque no tienen la orientación que deben de tener.” 10:197.

Respecto a los conocimientos sobre los síntomas, constituye una de las áreas de conocimiento del VIH sobre las que existe poca información y confusa. En el discurso de los profesionales aparece la asociación que hace la población de determinados síntomas con el VIH/sida. Así si una persona tiene diarrea, tuberculosis, problemas dermatológicos, o está muy delgada, aparece en la comunidad la sospecha de VIH/sida.

“Por estar delgada la gente, que llegue enferma y estar flaca ya dicen que puede tener sida porque tienen temor.” 3:63.

Surge la necesidad de que el VIH/sida sea algo tangible, visible. De ahí la dificultad de comprender la diferencia entre infección y enfermedad, no hay infección ni enfermedad sin síntomas. Se atribuyen síntomas y por tanto una persona aparentemente sana nunca va a tener la infección/enfermedad.

“Había una pregunta que decía ¿Se puede detectar el sida a simple vista? y unos decían que sí.” 7:149.

“Entonces, para creer en el sida, quisieran palpar, tocar, tocar que está el problema.” 12:79.

En este sentido, indicar, haciendo hincapié en la confusión respecto a los síntomas, tal como revelan otros estudios, que continúa pensándose que el VIH/sida es visible, distinguible a partir de la imagen de deterioro físico, de la extrema delgadez o de otros signos igualmente observables²⁷.

De manera generalizada los profesionales refieren que la población tiene escasos conocimientos de medidas preventivas con respecto a la salud. En concreto, las medidas de prevención del VIH que son conocidas por la población de Baja Verapaz se reducen a la prevención primaria. Se conoce el preservativo, pero no como medida de prevención del VIH y otras ITS sino como método anticonceptivo.

“Qué si se lo creen, creen que es una barrera, pues para prevenir el embarazo ¿Otras enfermedades? Abí es donde está el problema, no.” 13:136.

En términos generales, en los discursos de los profesionales entrevistados aparece el gran desconocimiento de la población de Baja Verapaz sobre el tratamiento del VIH/sida. Expresan que la mayoría de las personas no saben para qué y en qué consiste e incluso hay personas que desconocen que haya tratamiento para el VIH/sida.

En relación a los conocimientos sobre el tratamiento, existe una gran confusión entre el tratamiento de las enfermedades oportunistas y el del VIH/sida. Así surge la confusión entre la curación de la enfermedad oportunista y la curación del VIH/sida. Parte de esta confusión viene dada por el hecho de creer que es una enfermedad que no tiene cura y por el desconocimiento o incomprensión de la enfermedad.

“Se conoce que es una enfermedad que no se cura, que tristemente no se cura, pero sí, algunos conocen que hay algún medicamento para mantener, que conocen que sí es cara también de mantener a una persona con el medicamento.” 13:160.

La escasa información y en ocasiones errónea que refieren los profesionales sanitarios, es un resultado que se presenta en los estudios realizados por Ríos E. con población latinoamericana, donde evidencia que existen concepciones erróneas acerca de la enfermedad. También en el estudio de Gogna M, 1988, con poblaciones de sectores populares de Buenos Aires, se encuentra la existencia de confusiones y creencias erróneas sobre la transmisión de la enfermedad^{28, 29}.

En definitiva como se ha constatado, la información no es solamente confusa sino que también es parcial y parece, en ocasiones, estar anclada en aspectos que surgieron en los inicios de la aparición del sida.

6.1.2 Las actitudes frente al VIH/sida

Todas las actitudes que se han identificado en la población de Baja Verapaz con respecto al VIH/sida están relacionadas con el miedo, fundamentalmente por desconocimiento, o bien miedo a la infección/enfermedad en sí misma, y a sus consecuencias, aún cuando hay información que puede llevar a un miedo anticipatorio.

“Mientras lo desconozca voy a tener miedo.” 10:118.

“Pensó que los niños también estaban infectados, y empezaba a usar médicos, médicos, médicos, médicos... y todos, mire que esta vez no.” 9:169.

La actitud mayoritaria es la de “no aceptación”. No se acepta el VIH/sida no padeciéndolo, y no se acepta el diagnóstico, el seguimiento ni el tratamiento una vez que se tiene la infección o la enfermedad. Esta actitud está en gran medida condicionada por el gran impacto psicológico que supone la asociación de VIH/sida con mala calidad de vida, con la muerte, la no curación o el difícil tratamiento (por acceso o coste), como hemos visto anteriormente y como veremos también más adelante.

“Cuesta con las personas convencerlas de que necesitan tratamiento, de que la enfermedad no se cura, verdad. Entonces ellos dicen ‘para qué, entonces para qué me voy a tomar el medicamento si no me voy a curar’.” 2:141.

“Entonces nosotros hablamos con la familia, se habló con él también pero él dijo: si eso es, yo me mato.” 3:163.

Por otra parte, al tratarse de una enfermedad “no tangible”, la población piensa muchas veces que no existe. O bien, aunque creen que existe, dudan de que sea un problema grave, como si fuera improbable que les vaya a afectar a ellos. En ocasiones aparece también la actitud de “no querer saber”.

“No esa enfermedad es mentira, no existe porque miren aquel, no se ha muerto todavía.” 3:63.

“A veces la comunidad no es muy dada a la información a veces no emite juicio, no emite palabras o no le interesa hablar de este tipo de situaciones.” 8:30.

De forma bastante homogénea aparece la distinta receptividad de la población al abordar temáticas relacionadas con el VIH/sida (sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual...) en función de la edad. En la población adulta se encuentra una menor apertura y mayor dificultad en el abordaje, mientras que los jóvenes se muestran interesados y facilitan la profundización y el trabajo en estos temas. Esta receptividad es mayor al tener más acceso a medios de comunicación como radio, televisión o internet y también mayor si el nivel de estudios es más alto.

“Ellos están interesados en los temas, lo primero que buscan es ‘lo esencial, nosotros queremos que nos hable de VIH/sida, de enfermedades de transmisión sexual, entonces empezamos con las enfermedades de transmisión sexual y paramos en sida. Primero hablamos con la familia, hacemos una reunión con la familia, donde les decimos que los temas que vamos a tratar son esos, para que ellos nos tengan la suficiente apertura y poder trabajar con los adolescentes.’” 9:16.

6.1.3 Las prácticas

Se han identificado una serie de prácticas en la población que tienen que ver directa o indirectamente con la vulnerabilidad a la transmisión del VIH/sida.

6.1.3.1 El uso del preservativo

Es constante en el discurso de los profesionales las referencias a la escasa utilización del preservativo por parte de la población. Asimismo, expresan que la diferencia en el uso del preservativo está relacionada con la edad. Los jóvenes suelen conocerlo y usarlo más, aunque existe una importante barrera para su utilización que es la vergüenza cuando tienen que ir a adquirirlo. Esto les conduce en muchas ocasiones a comprarlo en la farmacia y así evitar tener que ir al centro de salud donde pueden ser más observados.

“Hay mucha conciencia entre los jóvenes porque se da eso el preservativo, se consume bastante en el puesto de salud donde estoy, porque como digo llegan los jóvenes en la tarde.” 5:92.

“En el centro de salud pero, la pena, llegan al centro de salud y (...) entonces algunos pues se animan a irlos a pedir pero van cuando saben que casi no hay gente.” 11:189.

En el caso de los adultos es la desigualdad por género la que dificulta su uso. El hombre no acepta el uso de métodos anticonceptivos, y aún cuando los acepta, hace a la mujer responsable de la planificación, rechazando el uso de los métodos que puedan responsabilizarle a él. Incluso cuando el hombre quiere usar el preservativo, ha de ser la mujer la que los consiga.

“Como le digo tiene que, en un alto porcentaje, que no es medible pero sí palpable por los mismos comentarios de los compañeros, de que los métodos de planificación se utilizan todavía a escondidas, entonces el preservativo es muy escaso.” 1:130.

“Los jóvenes por vergüenza y los adultos por machismo, verdad. Viene la esposa a consulta y ellas son las que piden los preservativos para los esposos.” 2:89.

Otra de las causas del escaso uso del preservativo es la opinión general de los hombres de que el condón disminuye la sensibilidad en la relación. Además, incluso cuando es utilizado, en muchos casos se utiliza incorrectamente.

“Los hombres refieren que no sienten lo mismo, que no sienten la misma satisfacción usando un preservativo que no usándolo.” 11:189.

“No lo utilizan o si lo utilizan, ha habido varios casos que lo utilizan pero no lo utilizan como debe de ser. Se debe utilizar una vez, verdad, pero es cuando ocurren estos accidentes, verdad, que lo utilizan más de una vez.” 2:85.

Es de gran relevancia en este epígrafe el hecho de que el uso del preservativo vaya ligado habitualmente a la prevención de embarazos, como ya se ha indicado anteriormente. Además del escaso uso que hace la población de este método de prevención, cuando lo hace no es con la finalidad de prevenir el VIH/sida u otras ITS, sino para prevenir embarazos.

“En cuanto al uso del condón. Es bien difícil porque si bien es cierto, en cuanto ya hablando de temas de ITS y de VIH, en eso no hay conciencia en el uso. Si no que más bien si se utiliza un condón será para evitar un embarazo. Será para eso, pero no para evitar enfermedades o infecciones de transmisión sexual.” 8:120.

La aversión al uso del preservativo observados en este estudio, coincide con los resultados encontrados por Jarama *et al.* 2007, donde evidencia cómo estas prácticas hacen difícil la prevención del VIH²⁵. Autores como De Broe *et al.*, 2006, ponen de manifiesto que el no uso del preservativo o la utilización incorrecta del mismo, podría deberse, a la falta de información veraz y adecuada relacionada, en parte, con la transmisión de la información. Cuando al llevar a cabo actividades preventivas sobre el VIH/sida, se realizan en la lengua oficial en vez de en la lengua autóctona de cada persona o grupo³⁰.

6.1.3.2 Las migraciones y número de parejas sexuales

Si tenemos en cuenta la baja utilización del preservativo en Baja Verapaz, todas las circunstancias que faciliten el mayor número de parejas sexuales aumentarán, por tanto la vulnerabilidad al VIH/sida.

Las migraciones son un hecho en aumento en el Departamento de Baja Verapaz. Los profesionales coinciden en que la larga separación de la familia y la pareja, la soledad, el conocimiento de otras experiencias y prácticas, la presencia de más trabajadoras del sexo en las áreas de mayor migración, las relaciones a la vuelta con la pareja habitual y el deseo de tener hijos al regreso, pueden facilitar prácticas de riesgo para la transmisión del VIH/sida.

“Mire, la percepción y el temor es de que la gente está viajando ya sola y esa misma soledad hace que las relaciones extramatrimoniales afloren, por supuesto.

Viajaban entre cuatro y seis meses. Es un período muy largo. Y ese, el retorno, de alguna manera, trae el riesgo de la transmisión de enfermedades que no puedan estar acá.” 1:114.

“Nuestros compañeros e incluso amigos, que vienen y se van, nuevamente mojados con VIH/sida.” 7:80.

Está ampliamente documentado que el aumento del movimiento de personas a través de las fronteras, crea las condiciones necesarias para la propagación de enfermedades infecciosas³¹. Además, las poblaciones móviles en todo el mundo sufren mayores tasas de infección por VIH que las poblaciones no móviles, independientemente de la prevalencia del VIH en el lugar de origen o destino³².

El estudio de la relación entre migración y VIH/sida ha tenido una importancia creciente en Centroamérica, en los últimos años y ha aportado información sobre la forma en que la vulnerabilidad social de los migrantes determina un mayor riesgo ante la enfermedad³³.

Otras situaciones relacionadas con el número de parejas sexuales son la poligamia en algunas comunidades, la inestabilidad de las parejas, la infidelidad o el valor cultural de la virginidad en la mujer y la promiscuidad en el hombre, la vivencia de la sexualidad de la mujer supeditada a la del hombre o la pertenencia a ciertos colectivos profesionales, como el ejército o la policía, por su condición de movilidad habitual y separación de la familia.

“Aquí se dice: el hombre el que más mujeres tiene es macho y la mujer entre más hombres que tiene es prostituta.” 4:50.

“Un hombre y el comportamiento de una mujer para vivir su sexualidad, es totalmente distinto. Porque al hombre se le da libertad y a la mujer se le quita, verdad. Conociendo eso, ahí están las exposiciones.” 12:87.

“Hay casas en donde se mira que el varón tiene derecho hasta dos o tres mujeres y eso en nuestra sociedad no está bien visto pero para la cultura de ellos sí.” 7:19.

En este sentido hay que mencionar que los comportamientos machistas caracterizados por mantener múltiples parejas observados en nuestro estudio, coinciden con los resultados encontrados por Jarama *et al.*, refiriéndose a que estas prácticas hacen difícil la prevención del VIH/sida²⁵.

También aparece en el discurso de los profesionales entrevistados, que algunas personas con VIH/sida adoptan comportamientos de riesgo con sus parejas sexuales como una forma de “venganza”. Las explicaciones que se dan son, por el hecho de no haber sido informados por la pareja que se lo transmitió o como reacción por tener la infección/enfermedad.

“La actitud que tienen muchos, si yo fui contaminado, me voy a llevar a un montón adelante. Como yo me contaminé, si yo no sabía que él tenía pero me contaminé, me fregaron, la actitud del que esta enfermo es, bueno, si yo me voy a morir, me voy a llevar a un montón adelante.” 7:219.

6.1.3.3 Los jóvenes

Se relaciona la diferente vivencia de la sexualidad en los jóvenes (el deseo de experimentar, la ausencia de sensación de riesgo...) y los cambios de patrones en las

relaciones entre los chicos y las chicas. También aparece en el discurso de los profesionales la forma de entender y vivir actualmente la sexualidad (nuevas formas de relacionarse, medios de transporte y comunicación, iniciativa en la mujer, “la prueba de amor”), como posibles favorecedoras de prácticas de riesgo, siempre en un entorno de bajo uso del preservativo.

“A veces por experimentar cosas en unos adolescentes, hacen un montón de cosas que no piensan qué es lo que están haciendo.” 4:144.

“Lo que estoy viendo yo que la edad de la pubertad como que la mujer ahora, ya no es el hombre el que enamora, ya no es el hombre el que busca un contacto sexual de una mujer, no, ahora son las chicas.” 7:104.

“En ese período del noviazgo que te digo no era así agarraditos de la mano, un beso, nada de eso. Simplemente era que hablaran, él por un lado, ella por el otro, casi solo viéndose las caras. Algo que ya no se da ahora en la comunidad maya, al menos en los jóvenes. Como decían los, algunos ancianos, ahora la ‘patoja’ la encuentran en la esquina, se la llevan a un rincón y ahí se la agarran y ya estuvo y después ya sólo le avisan a uno que ya se van a unir.” 10:27.

En este sentido, si bien se piensa que en algunos casos los jóvenes pueden tener más información, también se cree que en la medida en que son “más irreflexivos”, “menos conscientes de los riesgos”, “con la sangre más caliente” y un largo etcétera, no apliquen las medidas de protección necesarias, es decir, la utilización del preservativo²⁷.

6.1.3.4 El poder de decisión. Violencia sexual

En un contexto donde la mujer está sometida, depende en todos los aspectos del hombre, y la información sobre sexualidad de la mujer es nula, determina que la capacidad para decidir sobre las relaciones sexuales, y por tanto, sobre los métodos para prevenir el VIH/sida, está anulada. La mujer no tiene ningún poder de decisión sobre su sexualidad y es el hombre el que decide el momento y las circunstancias en que las relaciones ocurren.

“Las relaciones sexuales tienen que ser, si el hombre quiere, cuando él quiere, ellas tienen que estar listas.” 3:250.

Una mujer con VIH *“Y tanto que se le dijo que no podía tener más niños. La teníamos en control y convenciéndola de que se pusiera... Pero ella dijo que él quería más hijos y se embarazó y tuvo gemelos.” 3:177.*

Refiriéndose al uso del preservativo *“Todo esto es muy complejo, porque la mujer no puede decidir.” 13:112.*

Directamente relacionado con el poder de decisión de la mujer están la violencia sexual como una situación de total vulnerabilidad frente al VIH/sida. En un contexto en que la violencia de género es frecuente, la violencia sexual es un elemento más de ésta. La mujer que sufre este tipo de violencia en ningún caso va a poder utilizar medidas de prevención. Además la violencia sexual no siempre tiene lugar en un contexto de pareja, sino también son habituales los casos de violaciones a niñas por parte del padre y parientes, aumentando el desamparo y desprotección.

“Los papás dicen, como voy a dejar que otro se la vaya a tronar si me la puedo tronar yo. Así, cómo se la voy a dejar yo a otro, dice, que haga otro uso

primero de ella si yo la crié. Entonces hay cosas, tal vez la educación y luego hay otros hombres que violan en las calles a las patojitas, jovencitas, niñas de 11 o 12 años, las violan, de 5 años, de 6 años, las violan los primos, los tíos, parientes, se aprovechan de eso.” 9:40.

“Gente, adultos, violando a las jóvenes, y los papás saben. Les da igual. Que se haga cargo del muchachito. Y este hace esto con esta y con otra y con otra.” 9:321.

Las desigualdades de poder establecidas en las relaciones sociales y sexuales que se materializan en la violencia contra las mujeres son, en sí misma, una epidemia mundial que alimenta los altos índices de infección por VIH entre ellas. Las mujeres tienen un mayor riesgo de infectarse por sexo forzado que por sexo consensual. Las supervivientes de violencia sexual pocas veces logran el acceso a profilaxis después de la exposición para la infección por VIH²⁴.

6.1.3.5 Las relaciones tempranas

En las comunidades mayas es común que las mujeres empiecen los noviazgos y se casen a edades muy tempranas. El hombre cuando crece puede dedicarse a labores productivas, pero la mujer empieza a ser una carga. Así a los padres les interesa que se case pronto y sea otro el que la mantenga. Además, muchas veces es un medio de establecer relaciones sociales y parentescos. Si añadimos que muchas veces es maltratada por tener novio y que no hay apenas posibilidades de educación para la mujer, la única alternativa es encontrar pareja e irse a vivir con ella.

“Por la distancia no todos los jóvenes estudian, entonces qué es lo que pasa en la vida de toda mujer de 14, 15 años: tiene su novio. Es irse con marido, pues. Es lo que hacen.” 5:60.

“El hijo crece y que hay que hacer, y a la mujer hay que buscarle marido, y yo siento que como que las patojas de 14 años como que estuvieran preparadas para eso, según los papás, y que se la agarre uno y que se la lleve, pues ya es cargo suyo, porque son tantos hijos.” 9:325.

6.1.3.6 La confianza y fidelidad en la pareja

Aparece de forma uniforme en el discurso la idea de la fidelidad en la pareja y la confianza en la pareja estable como una forma de prevención del VIH/sida. De manera que por la confianza en la pareja y la creencia en la fidelidad del otro se sienten protegidos.

“Piensan que a ellos nunca les va a dar porque también creen que su esposo es fiel y fiel hasta la muerte y no. A veces no es así, hay señoras de las comunidades lejanas, pobres, de escasos recursos, verdad, y que han muerto de sida. Entonces no se creen por qué.” 3:67.

“Como que las personas creen que, que bueno yo al tener una pareja es como que ya soy libre, verdad, a mí no me va a llegar.” 11:167.

6.1.3.7 Grupos vulnerables: HSH y trabajadoras del sexo

Partiendo del rechazo de la comunidad a las relaciones homosexuales y la dificultad de abordar la sexualidad, los profesionales sanitarios refieren que es complejo conocer la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y

sus prácticas, al estar oculta, aunque por ser considerados tradicionalmente de “mayor riesgo”, piensan que es posible que adopten más medidas preventivas.

“Es casi difícil porque primero tendrías que identificarlos si están o no están. Bueno, si están, cómo están y cómo es que juegan a esa dinámica es la que habría que investigar.” 10:209.

“Aborita les está dando más la infección a los heterosexuales, a las parejas, a los homosexuales porque ellos ya saben que es un riesgo y se protegen.” 11:177.

En cuanto a las trabajadoras del sexo (en ningún momento se menciona a los trabajadores) hay un discurso heterogéneo en cuanto a su exposición al VIH/sida. Por una parte, se cree que por su profesión pueden ser más conscientes, protegerse más y controlarse más. Pero por otro lado, la precariedad socioeconómica que les conduce a ejercer la prostitución, la prostitución clandestina, el control de los patronos, el rechazo del hombre al uso del condón, la elevada movilidad hacia áreas de mayor prevalencia, las convierten en altamente vulnerables al VIH/sida.

“Muchas veces, digamos el consumidor, el que llega, la persona, el hombre, dice que quiere el sexo sin condón. Entonces, como ella eso es su trabajo no se puede oponer porque si no, no le pagan. Entonces, muchas veces no usan el condón y tampoco van a su profilaxis.” 4:152.

“Por la misma necesidad económica, ciertas mujeres, algunas son organizadas pero sin estar declaradas legalmente. Ese es un tema más duro porque yo pienso que las mujeres están declaradas trabajando en un bar, sí las puede controlar salud pública, pero toda esa gama de prostitución clandestina que hay, eso no se puede controlar nada.” 13:276.

6.1.3.8 Las adicciones

Por último, se ha identificado el consumo de drogas, concretamente el elevado alcoholismo en Baja Verapaz, además de algunos aspectos de la violencia estructural, como situaciones que pueden afectar a la capacidad de decisión, el control sobre los actos o la percepción del riesgo. Todo ello puede conducir, por tanto, a prácticas sexuales no protegidas.

“Entre más drogas se consumen, entre más maras que hay, entre más prostitutas, entre más delincuencia, más posibilidades hay de que aumenten los casos porque uno pierde el razonamiento y ya no se protege al tener relaciones sexuales.” 4:148.

“En ese momento lo asociamos al licor también. Ya una persona pasadita de tragos ya no se recuerda de nada. Tiene una valentía, aunque sepa, se le olvida todo.” 13:280.

6.1.3.9 El estigma y la discriminación

Pese a que el estigma es una actitud y la discriminación una práctica, se incluirán ambos en este epígrafe para un mejor abordaje.

De forma indirecta pero constante aparecen en el discurso actitudes estigmatizantes y comportamientos discriminatorios. De nuevo, la desinformación y el miedo al VIH/sida es el trasfondo común a las actitudes estigmatizantes en la población.

“En la familia de uno, sólo decir sida asusta a la gente.” 3:43.

“Por temor a veces no preguntan. Van a preguntar, no vayan a decir que si esta pregunta, no vaya a ser que lo tenga.” 3:87.

Incluso puede vislumbrarse el estigma sentido por la persona que tiene el VIH/sida en el marco de estas comunidades y el miedo a sufrir discriminación en el propio entorno.

“Pero nunca le dijo a la esposa, nunca le dijo a sus hijos.” 8:70.

El estigma se traduce en discriminación, narrada mayoritariamente como situaciones escuchadas a terceros, y rara vez vistas o sufridas por las personas entrevistadas. Así, la discriminación como construcción social, es percibida en todos los niveles: en los centros educativos, en el trabajo, en la comunidad, en la familia y, en leyes discriminatorias, e incluso, en el propio individuo que tiene el VIH/sida. Si bien, parece que la discriminación en la familia no se da en todos los casos, mientras que la discriminación por la comunidad o la sociedad es algo normalizado.

“Yo en el par de casos que conozco sufre la familia, por ese caso que le decía que al niño lo botaron de la escuela, se tuvieron que ir fuera de la comunidad.” 1:371.

“Una persona que la sacaron con los cochinos, verdad, otro que no... con los cerdos, la pasaron ahí con los cerdos, su propia familia.”

“En las oportunidades que he tenido, que son dos o tres pacientes, la familia no. La familia no rechaza a la persona.” 2:213.

6.2 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE ONG'S DE BAJA VERAPAZ EN RELACIÓN AL VIH/SIDA

De forma implícita, los profesionales han mostrado los conocimientos que tienen acerca del VIH/sida a lo largo de las entrevistas, al tiempo que hay que considerar, que más allá del rol que los entrevistados ocupan por su profesión, son parte también de la comunidad, y por tanto, comparten muchas creencias y percepciones. En este aspecto, cabe destacar la obtención de un resultado que ha supuesto un hallazgo en el estudio y que no se contemplaba inicialmente entre los objetivos, y es que la información que han proporcionado los profesionales no sólo incorporaba los conocimientos, percepciones y necesidades con respecto a la población, sino los suyos propios. Este es un resultado muy valioso para poder realizar una intervención dirigida a este colectivo que es el pilar de la atención y la prevención del VIH/sida.

6.2.1 Los conocimientos sobre el VIH/sida

De manera uniforme en el discurso, los profesionales perciben que, aunque tienen conocimientos sobre VIH/sida, también tienen *enormes carencias*, puesto que ellos son los que deberían de tener los conocimientos y son las personas de referencia cuando la población demanda información. Aparece más la creencia de que tienen esos conocimientos, porque los deberían tener, y no porque realmente los posean.

“Se supone que nosotros sabemos, verdad, pero pueden llevarse ustedes la sorpresa, verdad, de repente de que no saben ni cómo se transmite la enfermedad.” 2:125.

“No se puede decir que no sabemos de sida porque debemos saber. Tenemos que saber algo.” 3:43.

Esto se correlaciona con una de las necesidades que los profesionales manifiestan en cuanto a la atención del VIH/sida: la necesidad de formación y de mayor información sobre la enfermedad y sobre la situación de la región conforme a la misma. Y es que parece lógico y fundamental, que para realizar una intervención eficaz se sensibilice y amplíe el conocimiento de los profesionales sanitarios y de servicios sociales en prevención, detección precoz y consejo en VIH, como así lo apoya el que en intervenciones en otros medios y, por supuesto, en América Latina, o incluso en Guatemala, se contemple este aspecto como clave entre las actividades de prevención y promoción de la salud en relación con esta infección/enfermedad^{34, 35}.

A pesar de que por su ocupación cabría esperar una información más correcta en los profesionales, en el discurso se aprecia, al igual que en la población, una *gran confusión entre el concepto de infección por VIH y la enfermedad del sida*, y también por tanto de los conceptos de periodo ventana o periodo entre infección y enfermedad.

“Que puede ser hasta de 10 años el periodo ventana, aunque no específicamente... Una persona puede tener sida y es un portador sano, no va a presentar ningún síntoma.” 3:63.

Si bien hay que puntualizar que esta confusión aparece con más nitidez en personal sanitario con la ocupación de auxiliar de enfermería. Se podría pensar, que las personas con menor formación académica son aquellas que también tienen menos conocimientos de VIH/sida, como lo apoyan otros estudios en atención primaria en los que se han explorado los conocimientos del personal sanitario en función de su ocupación³⁶. Entonces, no sólo es una percepción de los profesionales que demandan una mayor formación, sino que se objetiva esa carencia de conocimientos y se perfilan los puntos sobre los que incidir y los colectivos con mayor necesidad de intervención.

Son frecuentes las referencias a la *situación epidemiológica y magnitud* del VIH/sida en el departamento. Pero, por otra parte, y más allá de los conocimientos epidemiológicos, es general la percepción de que *el problema en el departamento es mayor que lo que las fuentes de información indican*, que hay muchos más casos y, de forma latente, aparece un sentimiento de alarma y preocupación ante lo que puede ocurrir en el futuro si no se toman las medidas adecuadas.

“Yo no creo que en Baja Verapaz haya esa cantidad que nos mostraron el día de hoy, yo creo que hay más. El problema es que no nos hacemos la prueba.” 4:136.

“Porque de esa cuenta si esto va en avanzada y nosotros no ponemos un alto a esto no vamos a lograr controlarlo.” 8:88.

Por tanto, el personal sanitario percibe la situación de la vigilancia epidemiológica de VIH/sida en Guatemala. Y aunque en los últimos años se está realizando un esfuerzo importante por mejorar el sistema de notificación y registro de casos, aún se identifican grandes ejes de trabajo para la mejora, en cuanto a la monitorización, evaluación y control, como lo indican los Boletines Epidemiológicos que periódicamente publica el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social³⁷, y que además muestra una enorme limitación, ya que la información se refiere sobre todo a la población afiliada a la Seguridad Social, dejando al margen al resto de la población,

que es además la más empobrecida y con más dificultades de acceso al sistema de salud.

Hay que resaltar que los profesionales no hablan de las *vías de transmisión*, sino para referirse a los conocimientos de la población o para aclararles alguna vía de transmisión errónea, posiblemente porque es un conocimiento que en ellos se da por supuesto.

En cuanto a las *medidas de prevención del VIH/sida*, predomina un discurso, ya mencionado en la población general, en el que los profesionales consideran fundamental la fidelidad como medida de prevención, probablemente en relación con valores religiosos arraigados en esa sociedad.

“Porque la fidelidad es un modo de prevenir el sida.” 3:83.

En este sentido, hay que mencionar la corriente científica, apoyada además por sectores religiosos, que promueve la fidelidad conyugal y la abstinencia sexual como medidas de prevención eficaces para la prevención^{38,39}.

Los profesionales parecen conscientes de la diferente *vulnerabilidad* que puede darse frente al VIH/sida. Saben que las personas que ejercen la prostitución y los homosexuales pueden ser más vulnerables pero también se recoge en el discurso la vulnerabilidad de las parejas heterosexuales que se sienten libres de riesgo.

“Yo creo que se está dando más la infección en las parejas, en los heterosexuales se puede decir que a los homosexuales, porque ellos ya saben que es un riesgo y se protegen.” 11:177.

Los conocimientos de los profesionales con respecto al *diagnóstico* indican que hay confusión con respecto a la realización de la prueba y la confirmación. Más allá de que se pueda identificar la disponibilidad de la prueba y su realización como barreras en la atención y prevención del VIH/sida, el simple desconocimiento de algunos aspectos fundamentales para el diagnóstico se suma a las dificultades para la realización de un diagnóstico correcto. Este resultado podría emplearse para orientar las intervenciones que se realicen en un futuro entre el personal sanitario, ampliando el conocimiento de los mismos en este punto, a través de formación específica.

“Porque nos pinchamos y teníamos temor por una persona, un varón, (es que nos acordamos que era periodo ventana) pero hay unas pruebas buenas, que son confirmatorias. Puede ser que una prueba salga positiva y que la confirmatoria salga negativa.” 3:333.

Hay que destacar que los profesionales tampoco tienen conocimientos suficientes acerca del *tratamiento* que se les puede brindar a las personas con VIH/sida, en cuanto a lugar dónde conseguirlos o simplemente cuándo indicar un tratamiento y la repercusión que ello puede tener en la calidad de vida de la persona.

“Realmente no conozco Instituciones, sé que las hay, pero no conozco en sí el nombre de Instituciones o ONG’s que puedan brindarle el apoyo al enfermo.” 7:60.

Finalmente, es importante señalar como los profesionales sanitarios reconocen no tener conocimientos suficientes para la responsabilidad que tienen como trabajadores en salud. Además, ellos mismos perciben la trascendencia de no transmitir información necesaria a la población o de transmitirla de forma errónea.

“Hay un compañero que es técnico y llega y me dice: ¿Cómo es eso del sida?, perdona pero me asusta tu aceleración. Si vos sos trabajador de salud pública, que tiene que estar consciente de lo que es la problemática de lo que es el VIH/sida ¿qué mensaje puedes transmitirle a la gente que atiendes?” 7:213.

Con este estudio se identifica la percepción de los profesionales de falta de conocimientos, al tiempo que se identifica esta desinformación de forma objetiva al evidenciar carencias, confusiones de conceptos, etc. Montijo JL, 2004, en su artículo acerca de la prevención y la atención al VIH/sida en Centroamérica, desde una perspectiva cultural, indica que la limitación del conocimiento sobre VIH/sida y sus vías de transmisión, el escepticismo con los anticonceptivos, y el que no haya intervenciones adaptadas, ayudan a comprender el riesgo de exposición al VIH de las poblaciones indígenas¹⁸. Este riesgo puede ser mucho más importante cuando el desconocimiento no sólo se limita a la población general, sino también al personal sanitario que es responsable de la atención a dicha población.

6.2.2 Las actitudes frente al VIH/sida

De manera explícita, no siempre es constante la actitud de *miedo* en los profesionales sanitarios y de ONG´s frente al VIH/sida. Aunque este miedo puede estar causado por el desconocimiento como lo apoyan numerosos estudios⁴⁰⁻⁴², persiste el miedo a la propia infección/enfermedad.

“Escuchaba la versión de algunos profesionales infectados, no sólo gente, sino profesionales infectados y esa experiencia...; uno cuando ve entra un miedo tremendo. Hace años de esto pero un miedo tremendo que me agarrota.” 13:224.

Considerando por lo expuesto en el epígrafe anterior, que los profesionales tienen carencia de conocimientos sobre la enfermedad y conceptos erróneos sobre la misma, así como una percepción de la enfermedad negativa, no es difícil comprender que la “no aceptación” sea también una actitud frecuente en este grupo.

“Yo les digo: qué harías si te dijeran que fueras a buscar el examen y sale positivo. Una compañera me dijo: ‘yo me ahorro ¿para qué voy a estar?’.” 4:110.

Es significativo que como profesionales de la salud, o que trabajan en temas de salud, prefieran “no ver” la enfermedad, y en última instancia “no saber” su estado serológico. Actitud en probable relación con la desinformación, la representación negativa del VIH/sida, y en definitiva, con el miedo.

“Yo no me hago la prueba, dice él porque, de repente, me contagié por otra cosa entonces y salgo positivo, yo prefiero no saberlo antes de morir, dice él.” 4:136.

Estas actitudes mencionadas, se traducen directamente y proporcionalmente con el estigma y la discriminación, que se encuentra en el discurso y en la práctica de los profesionales sanitarios frente a las personas con VIH/sida, como se verá más adelante.

6.2.3 Las prácticas

Los profesionales entrevistados apenas hacen referencia a sus propias prácticas en relación con el VIH/sida, seguramente por pertenecer más a lo privado y personal. En algunos casos, al referirse a las prácticas de la población aluden a sus propias experiencias.

Se repite que la confianza en la pareja y la fidelidad es una práctica de prevención que hace innecesario el uso del preservativo, ya que ellos forman parte de la misma cultura y comparten los mismos valores.

“Nunca he tenido la necesidad de usar el preservativo porque tengo mi pareja y yo estoy seguro de que con mi pareja no tengo porque estar usando el preservativo. Porque sé 100% que no ha tenido ningún contacto de riesgo.” 7:128.

También se percibe un rechazo en el uso del preservativo por los profesionales por modificar la relación sexual.

“El uso es medio porque muchas veces la relación sexual no es igual sin y con condón.” 8:58.

Esta percepción de los medios de prevención del VIH/sida por parte de los profesionales tiene gran trascendencia, ya que son ellos los responsables de transmitir la forma de prevención de la infección a la población, y sus propias concepciones y creencias pueden interferir en la eficacia de las medidas y políticas de prevención.

Se ha identificado una práctica de riesgo en los profesionales sanitarios por su ocupación. Dentro del riesgo por exposición ocupacional al VIH/sida, los profesionales no suelen adoptar medidas preventivas; en unos casos por la urgencia, en otros por la falta de material, en otros porque parecen asumir que la vocación y el humanitarismo justifican el correr riesgos, pese a que estos se puedan evitar y eso sea parte de una buena práctica.

“Cuando son emergencias uno no piensa en nada. Porque uno quiere ayudar a la gente. Se olvida uno de eso. Como si estamos aquí es por vocación, porque nos gusta.” 3:175.

Este es un hecho objetivado a través de distintos estudios, en el que por diferentes motivos, principalmente por desconocimiento, el personal sanitario no adopta las medidas necesarias, las llamadas Precauciones Universales, para evitar el riesgo de transmisión de infecciones. El componente cognitivo se presenta como un factor clave para explicar por qué los individuos ejecutan determinadas conductas que ponen en peligro su integridad física o psicológica, pero parece necesario incluir otras variables de interés (carga y ritmo de trabajo, valor que se le da a la salud, precariedad laboral, edad, disponibilidad de medios...), de mayor implicación psicosocial^{43,44}. Por tanto, una intervención eficaz dirigida a prevenir la ocurrencia de accidentes laborales en este grupo de población deberá considerar las motivaciones que condicionan estas prácticas de riesgo, además de los factores sociales y estructurales⁴⁵.

El temor aparece de nuevo inherente al riesgo y a las prácticas de riesgo y con él, el estigma y la discriminación.

“Muchas personas en mi campo, te dicen: yo prefiero no trabajar en un hospital, mejor trabajar en salud comunitaria que tengo menos probabilidad de pincharme.” 4:106.

6.2.4 Estigma y discriminación

En los profesionales también aparecen las actitudes estigmatizantes, ya que comparten ideología y concepciones de la sociedad a la que pertenecen, aunque

pueden o no conducir a prácticas discriminatorias según la ética profesional de la persona.

“Lo ven así de una manera muy, muy con ética, pero así como que, cuidado ab, así, así como con recelo.” 9:197.

El estigma y la discriminación aparecen en aspectos como el afirmar cambio de actitud ante una persona con VIH o el aprobar la obligación de la prueba para ingresar a ciertas profesiones, pese a que el marco legislativo no lo permita.

“Si un amigo tiene sida no sabes si va a cambiar la amistad o qué. No lo ha vivido. Por lo que sabemos, sabemos que no se contagia. Pero la amistad no sería igual porque no se podría explicar.” 3:297.

Históricamente se ha culpabilizado a la persona con VIH/sida¹⁹, por considerarse la forma de transmisión una conducta desviada, a excepción de las personas con la infección por transfusión o exposición laboral. Esta culpabilización, que ya se ha apuntado en el capítulo de la población de Baja Verapaz, se mantiene en los profesionales entrevistados.

“Y sin necesidad, o sea, digo yo, porque una engaña a su marido, su merecido, pero uno que ni piensa a veces y aparece infectado.” 3:323.

“Compañeros míos dicen (...) Yo no trabajo con ellos por irresponsables, porque a saber dónde se meten, tienen esa enfermedad y les está rebién. Pero yo con ellos no. Total ellos solitos se lo buscaron.” 10:141.

Además es común observar un lenguaje estigmatizante y discriminatorio a lo largo de sus discursos, sobre todo al referirse a la transmisión de la infección, siendo reiterativos términos como “contaminar”, “contagiar”, “pegar” ...con la connotación negativa que éstos pueden asociar⁴⁶.

“Se fue sin saber a dónde más se fue a contaminar.” 2:161.

Por último, los profesionales sanitarios también tienen prácticas claramente discriminatorias en su desempeño, que se suman a la discriminación por otras condiciones; e incluso entre los propios profesionales de la salud si uno de ellos es seropositivo.

“Esas personas que supieron ya nadie se volvió a acercarse conmigo, a preguntar si ya me había pasado. Sí supieron que salió negativo pero ahí se quedó pues.” 1:53.

“Platicando con ella ya se ponía los guantes, como defensa.” 2:113.

“Si rechazan a la persona sólo por ser pobre, por ser indígena. No digamos ya con una situación de esta enfermedad.” 12:123.

La estigmatización del VIH/sida no ha sido espontánea, sino que se ha construido sobre otros estigmas preexistentes, a los que se ha añadido la estrecha relación del VIH y el sida con la muerte, (sobre todo al inicio de la epidemia), la sangre (y el miedo a la transmisión por el riesgo biológico en el personal sanitario), el consumo de drogas o la sexualidad. También se suma el rechazo hacia la desfiguración y debilitamiento provocado por una enfermedad, o el que los grupos vulnerables a la infección ya sufrían históricamente de discriminación, lo cual ha supuesto una doble discriminación, por padecer la infección y por pertenencia a esos grupos¹⁶.

En Guatemala recientemente ha empezado a considerarse el estigma y la discriminación como un aspecto prioritario, incluyéndose en la estrategia nacional de lucha contra el sida. Anteriormente han sido escasas las intervenciones realizadas para luchar contra este problema en la población general, y menos las acciones dirigidas a profesionales sanitarios que además ayudan a perpetuar este estigma con sus propias conductas y concepciones⁴⁷. Sin embargo el estigma y la discriminación han sido identificados como unos de los principales obstáculos para una respuesta efectiva a la epidemia en Guatemala, además de una violación de los derechos humanos¹⁸. Por eso, y en línea con los mensajes lanzados desde ONUSIDA, dar prioridad a todas las iniciativas que protejan los derechos humanos de las personas con VIH/sida contribuirá a mejorar la respuesta⁴⁸.

6.3 LOS SERVICIOS SANITARIOS DE BAJA VERAPAZ: UTILIZACIÓN Y BARRERAS

6.3.1 Percepción del sistema sanitario y necesidades de los profesionales con respecto a la atención del VIH/sida

Los profesionales sanitarios del Departamento de Baja Verapaz (Guatemala) expresaron en sus discursos sus opiniones y percepciones, con connotaciones negativas en la mayor parte de los casos, con respecto al sistema sanitario guatemalteco. Es así como manifiestan desconfianza o descontento en relación al funcionamiento del sistema sanitario con respecto al VIH/sida, siendo además críticos con algunas de las políticas de salud.

“El Ministerio de Salud quedó desabastecido de antirretrovirales. Entonces, qué está pasando, cuando se supone que es responsabilidad del gobierno, ¿verdad?” 10:153.

Es así como, en concreto, los profesionales sanitarios institucionales manifiestan sentir carencia de estrategias y recursos para poder trabajar en la prevención y atención de un problema de creciente relevancia local como es el VIH/sida.

“Me gustaría que la enfermedad no siguiera avanzando pero uno a veces uno se ve con las manos atadas. Quisiera hacer tanto y no se hace nada.” 3:271.

Otros sentimientos que emergen en el discurso de los profesionales sanitarios institucionales se refieren a la sensación de que están inmersos en un sistema inestable y en continuo cambio que dificulta el trabajo, y que además no reconoce su labor, lo que origina falta de motivación entre ellos.

“Había habido cambios de directores de área aquí entran sus diferentes planes y en lo que uno se empieza a involucrar o nos empieza a involucrar en la parte del trabajo, pues debilita los procesos.” 1:194.

“Teníamos actividades en la noche, actividades en los fines de semana. Inmediatos superiores que no reconocen el trabajo. Entonces eso va desmotivando y lleva a no involucrarse.” 1:13.

Finalmente, en relación a cómo perciben los profesionales sanitarios el abordaje del problema del VIH/sida desde el sistema sanitario, subrayar que tienen una percepción homogénea de que dicho problema es desconocido por las comunidades e invisibilizado por las autoridades, quienes no destinan los recursos suficientes. Esta

percepción es manifestada de forma más enérgica entre aquellos que trabajan para las ONG´s locales.

“Ha habido poca información a través de los programas, a través del Ministerio, porque no se le ha dado el empuje, el énfasis necesario al programa.” 8:25.

“Para qué moverse, hay que seguir ocultando las cosas para que no haya exigencias. Ocultando, no poniéndoles atención al sida.” 12:233.

Es por esto que los profesionales sanitarios manifiestan la necesidad de que se recojan y exploten datos que permitan definir el problema del VIH/sida en el Departamento de Baja Verapaz para poder iniciar medidas y estrategias de prevención y atención adecuadas.

“Es nuestro trabajo y tenemos que tener, por lo menos, definiciones, algunos análisis que podamos mencionar dentro de lo que es la enfermedad o lo que es el sida.” 8:78.

“Se va a realizar un estudio centinela que es importantísimo porque vamos a tener realmente la información de la situación que hay en el Departamento de Baja Verapaz. De ahí creo que va a partir muchas cosas que podemos hacer.” 11:245.

En relación a las necesidades de los profesionales sanitarios respecto a la atención del VIH/sida, consideran prioritario mejorar su formación en relación al VIH/sida.

“Los que trabajamos en salud tenemos que estar capacitados para poder dar una buena orientación sobre sida porque la gente acude a nosotros.” 3:43.

“Hemos de sensibilizar a nuestra población profesional... tal vez los coordinadores de medicina sí tenemos conocimientos, pero las otras profesiones son los que piden ayuda para conocer este problema.” 8:78.

Además de a nivel preventivo, perciben importante el ofrecer la información adecuada sobre el tratamiento, incidiendo en la idea de que el VIH/sida se puede tratar.

“Hacerle consciente si también es paciente positivo, de lo importante que es tratarse.” 2:201.

Por otro lado, también consideran importante que se forme a profesionales de la educación que puedan participar de las actividades preventivas y de sensibilización en los centros educativos. En sus discursos insisten en la necesidad de impartir información relacionada con el VIH/sida desde edades tempranas en las escuelas, adaptada al momento del desarrollo de los niños o jóvenes.

“El maestro tienen la obligación de hablarle desde el primer año, en primaria, a los alumnos de lo que es educación sexual, acoplado a la edad que tienen. Porque no le vas a hablar de preservativo a un niño de primer año, que tiene 6 años, no. La educación tiene que ir acoplada a la edad que tiene.” 7:236.

“Con la información que se debe dar a las escuelas, especialmente a los jóvenes, yo creo que se podría cortar un poquito ahí el avance de una enfermedad sexual, de transmisión sexual.” 8:34.

Si bien, exponen la importancia de trabajar a nivel de la comunidad, para que también en el seno de las familias se dé consejo y asesoramiento a los jóvenes y adolescentes.

“La información empieza en el hogar. Si nosotros como padres no informamos a los hijos, los hijos no lo aceptan, todo se lo dejamos al maestro como segundo padre.” 7:236.

Con este fin, explican que existe carencia de material informativo orientado a la prevención para poder desarrollar actividades como talleres, charlas o cursos.

“Necesito panfletos, boletines, volantes, material didáctico que vaya enseñando a los niños que es la enfermedad del sida.” 8:26.

“Apoyar con material educativo, verdad, TV para darle educación aquí a la gente. De repente, cuando están en la sala de espera pasarles un video ahí de enfermedades de transmisión sexual.” 2:193.

Es así como la educación para la salud es identificada como estrategia de sensibilización y prevención del VIH/sida por parte de todos los profesionales sanitarios que fueron entrevistados. Sugieren diferentes estrategias: en primer lugar hablan de la importancia de desarrollar actividades en las comunidades, destacando la adaptación de la información y los materiales didácticos preventivos a su cultura y a su lengua para facilitar la comprensión.

“A la comunidad, yo tengo que adecuarles, sin cambiarle el sentido por supuesto de la pregunta, adecuarles la pasada como a modo de que me entienda.” 5:193.

Por otro lado enfatizan la necesidad de trabajar con los adultos, a quienes perciben como la población más difícil de acceder con mensajes preventivos.

“Los primeros contactos que se deben de hacer con la comunidad es con los grandes, es decir, con los adultos, no los jóvenes, ni los niños, porque los jóvenes y los niños son más moldeables, son más manejables (...) al adulto hay que hacerle entender.” 9:221.

Los profesionales sanitarios verbalizan la importancia de trabajar con las mujeres con el objetivo de que éstas se empoderen, y puedan tener una mayor capacidad de decisión. Además de trabajar para paliar esta desigualdad de género, afirman que es importante trabajar con las suegras, sensibilizándolas, ya que son mujeres con una alta cota de poder en las familias.

“Se sensibilizan pero la petición siempre de las mujeres es que sea una cuestión de pareja. Me hablan a mí pero también que le hablen a mi esposo. Y de hecho, entre las mismas capacitaciones asisten suegras pero no las hemos categorizado, calificado como suegras sino que como promotoras, como comadronas.” 12:62.

En relación al diagnóstico, tratamiento farmacológico y en general seguimiento de los posibles enfermos de VIH/sida, los profesionales sanitarios explican cómo el sistema sanitario no siempre provee de pruebas para la detección del VIH, y que existe confusión en los cauces a seguir para la realización de la prueba y la confirmación. Ante esta situación el profesional demanda una estrategia adecuada para la realización de un correcto diagnóstico.

“Puede ser que allí en el centro de salud se traspapeló, se confundieron en la prueba, a veces los que uno usa están vencidos y por eso es que uno se da cuenta a veces.” 9:181.

También se observa la necesidad de una estrategia más integral para conseguir una detección precoz de casos, puesto que la mayoría cuando se detectan están en una fase avanzada de la enfermedad. En relación al tratamiento, se hace patente la necesidad de transmitir a la población la posibilidad y los beneficios de ser tratado. Y por tanto, la necesidad de que las autoridades provean de tratamiento a un coste asequible, para que éste sea accesible a la población.

“Siento que no tenemos una buena, un buen mecanismo de detección, un buen mecanismo de entrada, o no tenemos una buena aceptación.” 9:141.

“Porque si él se hubiera detectado a tiempo hubiera sido preferible darle sus retrovirales (...) pero pasa como le digo, la persona se da cuenta cuando ya está en fase terminal.” 3:123.

“Despierte y haga algo, usted no está para morir, sino que usted lo que necesita es atención y hay que ver de qué manera se le apoya.” 12:225.

Hay que señalar la importancia de la detección de casos en embarazadas y las deficiencias encontradas en cuanto al tratamiento y seguimiento.

“Si se va a detectar a una madre hay que apoyarla, psicológico, tratamiento, qué van a comer los niños. Salen otras necesidades más grandes que surgen y que hay que apoyar. Una madre, o un padre que vive con VIH/sida ¿Qué va a pasar con estos niños? ¿Qué apoyo se les da?” 13:292.

Los profesionales sanitarios del Departamento de Baja Verapaz perciben que existe un infradiagnóstico y un diagnóstico tardío del VIH/sida, siendo muy precario una vez diagnosticado tanto el seguimiento como el tratamiento farmacológico. Señalan además el no abordaje integral de la persona enferma de VIH/sida.

“Apoyo psicológico, como parte del seguimiento que se les daba a esas personas. Apoyo psicológico y también la asesoría legal. Y entre las personas que atendimos se nos acercó una persona que estaba desatendida totalmente. Y era positiva.” 12:224.

Otra necesidad percibida es el mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención y centros sanitarios del Sistema de Salud para mejorar la atención a la población en relación al VIH/sida.

“De qué le sirve a usted tener la prueba si cuando sale positivo la mandan a otro lado, verdad.” 1:57.

“Porque de nada me sirve si le hablo de sida, después le mando al hospital y después me dice que no se lo hicieron.” 5:193.

Finalmente exponer que los profesionales de las ONG's locales perciben dificultades para realizar actividades coordinadas con el Sistema de Salud. Para ellos, la coordinación entre sistema sanitario y Organizaciones No Gubernamentales es esencial para poder realizar un trabajo sistemático e integrado en VIH/sida.

“Desde años atrás hemos tenido buena coordinación con salud pública, no así con otros departamentos en los que hay un total rechazo a las ONG's, total rechazo.” 12:263.

“En primer lugar, la coordinación entre salud pública y ONG’s que sean de salud... Que exista una metodología acorde a las necesidades... una metodología para que todos entremos a ese mismo nivel de concienciación...” 13:304.

6.3.2 Barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios

Una serie de barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios disponibles en el Departamento de Baja Verapaz, Guatemala fueron verbalizadas por los profesionales sanitarios. En cuanto al acceso a dichos servicios decir que los profesionales expresaron que tanto las estructuras como los recursos, materiales y humanos existentes son insuficientes para cubrir las demandas de la población. Existe además una mayor dificultad de acceso entre aquellas poblaciones que viven alejadas de los núcleos urbanos principales, a pesar del programa de extensión de cobertura,

“La capacidad que hay de atención institucional en materia de salud es muy poca. Entonces, realmente, la comunidad, la población se ha tenido que organizar para atender muchas veces sus propias necesidades de salud.” 11:86.

Los profesionales sanitarios hablan de forma reiterada de la existencia de un problema relacionado con las largas distancias que se deben recorrer desde la mayor parte de las comunidades del departamento hasta los centros o los puestos de salud, siendo aún mayores para acceder a los hospitales. Las malas condiciones de las carreteras, los escasos medios de transporte, la poca frecuencia de éstos, y los precios del desplazamiento, se incluyen en la que es una de las principales barreras.

“Si hablamos de otras comunidades, hay comunidades que para nada, que tienen que desplazarse siete horas para llegar acá.” 1:319.

“Hablamos de comunidades que hay que caminar cuatro o cinco horas donde no entra nada de caballo, o a veces no es posible, entonces eso hace que cuando ellos piensan traerla el único hospital que tenemos de referencia es el de Salamá.” 4:37.

Otra dificultad para acceder a los servicios sanitarios, percibida por los profesionales del Departamento de Baja Verapaz está relacionada con la etnicidad. Históricamente, las relaciones de poder establecidas discriminan por pertenecer a etnias mayas. Es así como las comunidades mayas rehúyen en algunos casos una atención sanitaria por ser dispensada por personal fundamentalmente ladino, y más cuando han de desplazarse para demandar esa atención.

“¿Se relaciona menos salud con ser indígena? Sí, se relaciona bastante.” 4:76.

“Entonces cuando llegan al hospital como que se les entrapa un poco la situación, entonces como que se hacen para atrás.” 5:44.

“Si tú no eres de su comunidad automáticamente ponen barreras, como que es una forma de protegerse.” 10:11.

Profundizando en esta percepción encontramos que en estas situaciones la principal barrera es el idioma. Las etnias mayas tienen sus propias lenguas, no hablando muchas veces español, idioma utilizado por la población ladina, o hablándolo con dificultad. Es por esto que la comunicación profesional sanitario-usuario/a se ve dañada o bien es nula.

“Así dicen ellos. El es mosó. Mosó es ladino. No habla, no habla como nosotros. Entonces empiezan con su mal español.” 7:149.

“Según el idioma que se está en el lugar es el que hay que hablar. Nos dimos cuenta con la SR, estábamos que si que si que hay que vacunar a los niños de 9 años para arriba hasta 39, en español y poníamos los centros de vacunación y era poquita la gente que hay. Le dije al doctor porque no lanzamos unos de buzoneo en achí, lo hicimos, la gente amontonada.” 2:87.

Continuando con la accesibilidad a los servicios sanitarios ofertados, decir que los profesionales sanitarios manifestaron que el poder de decisión de las mujeres se ve limitado por la desigualdad de género que sufren éstas. Ellos nos explicaron como sólo los hombres pueden tomar la decisión de que sus esposas e hijos acudan a un centro sanitario, no permitiendo en ocasiones que ni sus mujeres ni sus hijos busquen dicha asistencia. Esta situación está más extendida en las comunidades más alejadas, en gran parte de los casos debido a que dicho desplazamiento comporta un desembolso económico.

“Pero de que ya la mujer le diga al hombre voy a ir al centro de salud, no, no vas.” 7:161.

“Una de las causas de la mortalidad materna algunas veces. La mujer no puede decidir por ella, no puede decidir por sus hijos sino que quién decide es el hombre.” 11:138.

Sin embargo, los profesionales sanitarios también perciben cómo son las mujeres, en su rol de cuidadoras, las que más frecuentan el sistema sanitario, fundamentalmente llevando o acompañando a sus hijos.

“Son las mujeres las que están al cuidado de los hijos. Ellas son las que llevan a los niños por enfermedad o por algún control, o por vacunas, es ese momento que se aprovechan los servicios para poderles brindar ese servicio a ellas también.” 11:126.

Cómo se representan la salud y la enfermedad desde la cosmovisión maya también es percibida como una barrera por parte de los profesionales sanitarios, debido a que en dicha cosmovisión no se contempla la prevención. Puede resultar una barrera de acceso a los servicios sanitarios, en los que predomina el modelo hegemónico occidental, y en los que aspectos de la salud, como el preventivo, no son valorados.

“Se trata de llevar un paquete preventivo al cual nuestra gente no está acostumbrada. Porque lo que la gente quiere es consulta de medicina. Muchas veces miran el aspecto preventivo como no útil. Su idea de salud es curación.” 1:275.

Por otro lado, los profesionales identificaron un inexistente o bajo nivel educativo y la falta de información sobre salud-enfermedad en particular, como una barrera para acceder a la atención sanitaria simplemente por desconocimiento de síntomas o señales de alarma.

“La falta de educación. (...) ya personas ya adultas se puede decir eh, ya cuesta mucho cambiarles la mentalidad.” 2:73.

“Primero, la mujer no reconoce la señal de peligro.” 4:37.

También las circunstancias laborales y la precariedad de éstas, se perciben como barreras, debido a que los horarios laborales coinciden con los horarios de los centros de salud. Pero sobre todo porque el tiempo empleado supone una pérdida económica, que mucho menos se comprende si la atención ofertada o prestada es con fines preventivos.

“Definitivamente tampoco nos hemos acoplado a horarios que permitan reunirnos con ellos, verdad, porque también nosotros tenemos nuestro horario, el cual es el horario de trabajo de ellos.” 1:287.

“Dejar de trabajar un día para la gente es cosa seria.” 1:283.

Finalmente comentar que los profesionales manifestaron que las condiciones de pobreza en las que vive la población, y la escasez de recursos económicos en general para costear la atención o el tratamiento, ya suponen en sí mismos una barrera de acceso.

“Llevar a su hijo a un médico, más las medicinas, le va a salir por unos 400 quetzales estamos hablando de más de 2 semanas de trabajo.” 13:30.

“Lo único es dejarse morir porque primero no hay recursos económicos para sacar a la persona de la comunidad.” 10:157.

Una vez la población accede al sistema sanitario son también varias las barreras de utilización que los profesionales sanitarios perciben. La masificación y el tiempo de espera en los centros sanitarios, la discriminación o el diferente trato según etnia, la escasez de materiales, pruebas o tratamientos, son los principales aspectos que los profesionales perciben que influyen negativamente en la utilización de los servicios sanitarios guatemaltecos.

“Pasa en los servicios de salud, usted llega: Entonces están las señoras haciendo largas colas pero llega el conocido del doctor o la conocida de la enfermera, y le da prioridad, sólo con unas palabras y ya entra.” 12:131.

“Vamos a un centro de salud y ya no tienen el medicamento.” 13:30.

“Y luego ver hospitales que están abarrotados, que no tienen camas, que a la gente le dan de alta en seguida.” 14:67.

Es importante señalar que la problemática relacionada con la utilización fue detectada por aquellos profesionales sanitarios que trabajaban para ONG's, no habiendo sido verbalizadas por los profesionales sanitarios institucionales, que únicamente percibieron barreras de acceso.

7. CONCLUSIONES

Este apartado tiene como finalidad sintetizar y exponer los principales hallazgos obtenidos en esta investigación, tratando de señalar las principales implicaciones que de ella puedan derivarse para la toma de decisiones respecto a las medidas y estrategias preventivas frente al VIH/sida a implementar en el Departamento de Baja Verapaz (Guatemala).

- Respecto a la información que tiene la población, los profesionales evidencian la escasez de conocimientos sobre el VIH/sida. En concreto el desconocimiento de los síntomas y la diferencia entre tener infección por VIH y la enfermedad del sida, puede constituir una barrera en las estrategias de prevención del VIH y en el diagnóstico precoz.
- A pesar de la falta de información sobre el VIH/sida de la población de Baja Verapaz, esta investigación muestra que existe un mayor déficit de conocimientos en función de la etnia (maya), el género (mujer), entre aquellos que tienen menor acceso a los medios de comunicación y acceso al sistema sanitario.
- Existen aspectos importantes que están contribuyendo a que la población del Departamento de Baja Verapaz tenga una baja percepción de riesgo frente al VIH, siendo el más relevante el hecho de considerar que no pertenecen a los a veces denominados *grupos de riesgo*. Es así como el no pertenecer a ellos es entendida como “inmunitaria” frente a la infección. También el considerar el VIH/sida como ajeno y externo a las comunidades podría ocasionar que no se adopten comportamientos preventivos y se dificulte la labor de prevención.
- Existe una distinta predisposición de la población a abordar los temas relacionados con el VIH/sida, en función de la edad, siendo los jóvenes quienes se manifiestan más interesados y facilitadores a abordar en profundidad esta problemática.
- En contraposición con la baja percepción de riesgo que tiene la población ante el VIH, esta investigación evidencia aspectos relevantes que predisponen a la población del Departamento de Baja Verapaz a una mayor vulnerabilidad frente al VIH/sida. Se han identificado como fundamentales: el escaso uso del preservativo, las migraciones y el número de parejas sexuales, el poder de decisión en las relaciones sexuales, la violencia sexual, las relaciones tempranas, la confianza y fidelidad en la pareja y el estigma y discriminación. En definitiva están relacionadas con las fuerzas sociales, como la discriminación por raza/etnia, sexo, el condicionamiento de la violencia política, la pobreza, pudiendo hablar así de las desigualdades sociales que tienen sus raíces en procesos históricos y económicos.
- En relación al acceso y la utilización de los servicios sanitarios existentes en el Departamento de Baja Verapaz (Guatemala), concluir que existen barreras de acceso y utilización a los mismos. Dichas barreras están condicionadas por la distancia a los centros asistenciales (ruralidad), por el género (mujer), no teniendo las mujeres en muchos casos posibilidad de tomar la decisión de

acudir al sistema sanitario, por factores económicos, siendo más vulnerable la población con menos recursos, así como por motivos étnicos, teniendo la población maya mayores problemas de acceso y utilización. Si bien, cabe decir que la población maya suele ser la población que vive más alejada, y con una situación socio-económica más desfavorable.

- Finalmente, con respecto al sistema sanitario señalar los déficits del mismo para la atención de los problemas de salud de la población guatemalteca.

8. RECOMENDACIONES

Este estudio, a la luz de los resultados obtenidos, ha permitido conocer en mayor medida las percepciones, creencias, actitudes y prácticas tanto de la población como de los profesionales sanitarios institucionales y de ONG´s locales en relación al VIH/sida. Es por ello que es posible generar algunas recomendaciones que sirvan para llevar a cabo intervenciones más eficaces para la prevención y atención al VIH/sida, dando cumplimiento así al objetivo principal de esta investigación. Dichas recomendaciones, lejos de ser concluyentes, están pensadas para su discusión y debate con las contrapartes oportunas (autoridades sanitarias, ONG´s) quienes son en definitiva las encargadas de llevar los hallazgos de esta investigación a la práctica.

Conocimientos, actitudes y prácticas de la población de Baja Verapaz en relación al VIH/sida

- Uno de los resultados principales del estudio ha sido la homogeneidad en el discurso en cuanto a carencia de información o información errónea o inadecuada de la población de Baja Verapaz en cuanto al VIH/sida. Parece clara que esa falta de información está relacionada, además con otros factores sociales (comunidades aisladas, mayores), económicos (pobreza), pertenencia a minoría étnica (mayas) o el género (mujeres) de la población. Teniendo en cuenta esta premisa serían necesarias intervenciones para mejorar la información de la población general, pero principalmente dirigida a colectivos más vulnerables para la transmisión del VIH o de más difícil acceso a la información.
- Es importante involucrar en las actividades dirigidas a la prevención del VIH/sida tanto a educadores como a líderes comunitarios. Las intervenciones dirigidas a los profesionales de la educación y a líderes comunitarios, pueden tener un gran impacto en la población. Además, puede ser una vía principal de difusión de la misma, entre la población general, y sobre todo entre aquellos grupos de población de más difícil acceso a la información y a la salud.
- Las intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos acerca del VIH/sida se han identificado como fundamentales a raíz de los resultados. Por ello, los contenidos de la información han de incluir los siguiente temas: diferencia entre VIH y sida, vías de transmisión, síntomas, grupos vulnerables y tratamiento. Pero se considera de gran trascendencia para la prevención y la mejora en la atención al VIH/sida el abordaje de las medidas de prevención, y la lucha contra la discriminación y el estigma.
- Es necesario que desde las instituciones sanitarias se lleven a cabo campañas informativas a la población que informen del VIH/sida, evitando toda alusión al miedo que pueda conducir a un mayor estigma y discriminación.
- La información a transmitir ha de ser adaptada a la población que va dirigida, a sus características económicas, sociales y culturales. Para ello es preciso utilizar canales y materiales adecuados, teniendo además en cuenta las prácticas de la

población identificadas en el estudio, las cuales están directa o indirectamente relacionadas con la vulnerabilidad a la transmisión del VIH/sida.

Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios y de ONG's de Baja Verapaz en relación al VIH/sida

- Los resultados de esta investigación apuntan que también es necesaria una intervención adaptada a los profesionales que trabajan en relación con el VIH/sida. Los entrevistados, además del papel que ocupan por su profesión, son parte también de la población general, y como ya se ha mencionado, comparten muchas creencias y percepciones. Por lo tanto, es necesaria una intervención formativa e informativa sobre estos profesionales para modificar conocimientos y percepciones erróneas y estigmatizantes en cuanto a la atención y prevención del VIH/sida, además de para aumentar los conocimientos insuficientes. Así, estos profesionales podrán divulgar y fomentar entre la población general una información correcta, más dirigida a los grupos vulnerables, además de transmitir prácticas preventivas adecuadas dentro de un contexto de atención no discriminatoria. También es necesario que el contenido de esta formación contemple las posibilidades de tratamiento en ese contexto, o información sobre los recursos disponibles para la derivación de los pacientes si fuere necesario.
- Esta labor formativa e informativa ha de distinguir entre los diferentes niveles académicos de los profesionales, adaptando la formación y teniendo en cuenta todos los puestos desempeñados, prestando especial atención a los que requieren de menor nivel formativo, que también parecen tener más carencias en cuanto a conocimientos sobre VIH/sida.
- Una línea de trabajo importante será con las autoridades sanitarias locales o departamentales encargadas de estas iniciativas, para que contemplen en la formación no sólo conceptos o formación básica acerca del VIH/sida, sino también información sobre la situación epidemiológica de la región y sus implicaciones en la atención a la misma. Tampoco debe olvidarse la importancia de las mejoras en el sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad, para poder contar con datos fidedignos de la realidad de la región de Baja Verapaz en cuanto al VIH/sida.
- Resultan prioritarias todas las iniciativas llevadas a cabo para la lucha contra el estigma y la discriminación en los profesionales, ya que intervenciones realizadas en este sentido a nivel legislativo o en otros ámbitos, pueden resultar inútiles si los propios profesionales responsables de la atención transmiten conceptos erróneos o perpetúan prácticas discriminatorias.
- Esta tarea formativa tendrá repercusiones en varios sentidos: por un lado al mejorar los conocimientos de los profesionales se puede esperar un cambio en las actitudes, en un menor miedo a la enfermedad y por tanto e indirectamente, en una disminución del estigma y la discriminación asociados al VIH/sida.
- Se han identificado prácticas de riesgo en los profesionales sanitarios. Se hacen necesarias campañas de formación para profesionales en riesgo por exposición ocupacional. Esta formación debe centrarse en fomentar la práctica de las Precauciones Universales, que evitan la transmisión de enfermedades transmisibles. De esta forma quedaría paliado el riesgo de transmisión por

desconocimiento, si bien, existen otros componentes psicosociales como la falta de material o la carga de trabajo entre otros, de más difícil abordaje, que también deberán ser tenidos en cuenta.

Sistema de Salud

- En relación al Sistema de Salud, sería necesario fortalecer el mismo tanto desde el punto de vista de las infraestructuras, como desde el punto de vista de los recursos humanos y materiales. Asimismo, es importante el que se forme de manera adecuada a los futuros profesionales sanitarios en materia de VIH/sida en su abordaje integral, contemplando tanto la prevención como la atención, y que se potencie la formación continuada entre los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en dicho sistema sanitario.
- La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, y entre instituciones y ONG´s locales, mejoraría la capacidad de respuesta ante problemas de salud, en concreto, la capacidad de respuesta ante el VIH/sida.
- Señalar que mejorando el sistema sanitario podrían resolverse problemáticas relacionadas con el acceso y la utilización al mismo, potenciando la equidad en la atención en salud. Para ello, además de ser importante el mejorar la organización del mismo y su dotación de recursos, se sugiere el trabajar en un diseño asistencial que no discrimine a la población, bien sea por género, edad, etnia-raza, religión, lugar de residencia, por nombrar algunas posibles causas.
- Finalmente, los factores estructurales y la violencia estructural son el caldo de cultivo de aquellos aspectos que conducen a una mayor vulnerabilidad al VIH/sida. Mejorar las condiciones de vida de la población sería posiblemente el que mayor impacto tendría en la prevención y atención del VIH/sida entre la población de Baja Verapaz.

9. REFERENCIAS

1. Cottom, HL. Análisis crítico del sistema nacional de salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar, 2004.
2. Hautecoeur, M., Zunzunegui, MV., Vissandjee, B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública Mex* 2007; 49:86-93.
3. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico departamental de Baja Verapaz. Ministerio de Salud Pública. República de Guatemala, 2010. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/>.
4. Mosquera, MT. La articulación de saberes populares y biomédicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgili, 2002.
5. ASECSA. Informe sobre el departamento de Baja Verapaz. Asecsa, 2010.
6. PNUD Guatemala. Cifras para el desarrollo humano. Colección estadística departamental. Guatemala, 2011. Disponible en: <http://www.desarrollohumano.org.gt>.
7. OPS/OMS. Perfil de los sistemas de salud: Guatemala. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Biblioteca Sede OPS, 2007.
8. Estrada, G. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos? PNUD, editor. 2008.
9. ONUSIDA. Informe de Onusida para el Día Mundial del Sida 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf. Consultado el 15/10/2012.
10. Hoja de Datos. América Central y América del Sur. ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_csa_em_es.pdf. Consultado el 10/09/2011.
11. García J. Situación de VIH/Sida en Guatemala 2005-2009. Centro Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control y Prevención de ITS Ministerio de Salud Pública y Atención Social, 2010. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/vigepi/2012/boletin%20VIH/Situacion%20VIH-SIDA%20Guatemala%202011.pdf> Consultado el 20-10-2010.
12. García J. Análisis de situación de VIH y Sida. Guatemala. Junio 2009. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009. Semana Epidemiológica en Guatemala. Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/Semana24_2009.pdf. Consultado el 20-10-2010.
13. Rivera T, Stolz E, Valladares R. Informe final de evaluación del Plan Estratégico de la respuesta a ITS, VIH y sida en Guatemala 2006-2010. Ministerio de Salud Pública. Disponible en línea en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132633.pdf. Consultado el 20/09/2012.
14. Castro A. El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuad Antropol Soc* 2003; 17:29-47.
15. Parker R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saùde Pública* 2000; 16(1):89-102.
16. Aggleton P. Estigma y discriminación por VIH y Sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción. *Cepresi* 2002. Disponible en línea en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf>. Consultado el 20-10-2010.
17. Bortman M, Rodríguez AE, Miranda M. Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: Guatemala. Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia . Banco Mundial, 2006. Whashington.
18. Montijo JL. Un enfoque cultural de prevención y la atención al VIH/Sida en México y Centroamérica. UNESCO/ONUSIDA Serie Especial N° 21. 2004. División de políticas culturales y diálogo intercultural. UNESCO. Disponible en línea en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001375/137523s.pdf> Consultado el 20-10-2010.
19. Castro A, y Farmer P. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social*, 2003;27:29-47.
20. Rodríguez C, Blasco T, Vargas A, Benito A. "The Pertinence of Applying Qualitative Investigation Strategies in the Design and Evaluation of HIV Prevention Policies". En "Recent Translational Research in HIV/AIDS". InTech, Published: Nov 02, 2011. Disponible en : <http://www.intechopen.com/source/pdfs/22228/InTech>

- The_pertinence_of_applying_qualitative_investigation_strategies_in_the_design_and_evaluation_of_hiv_prevention_policies.pdf.
21. Valles M. Introducción a la metodología del análisis cualitativo: Panorámica de procedimientos y técnicas. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociología, 1997: 339-401.
 22. Trinidad T, Carrero V, Soriano RM. *Teoría fundamentada "Grounded Theory": la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Cuadernos Metodológicos nº 37. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.
 23. De Andrés J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria* 2000;25:42-46.
 24. Los Derechos Humanos y el VIH/SIDA: Ahora Más que Nunca. Diez razones por las que los derechos humanos deben ocupar el centro de la lucha mundial contra el Sida. Open Society Institute 2007. Disponible en: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1224>.
 25. Jarama S, Belgrave F, Bradford J, Young M, Honnold J. Family, cultural and gender role aspects in the context of HIV risk among African American women of unidentified HIV status: An exploratory qualitative study. *AIDS care* 2007; 19 (3): 307-317.
 26. Larkin J, Flicker S, Koleszar R, Mintz S, Dagnino M, Mitchell C. HIV risk, systemic inequities, and aboriginal youth. Widening the circle for HIV prevention programming. *Canadian Journal of Public Health* 2007; 98 (3): 179-182.
 27. Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. Actitudes y conocimiento de los profesionales de la educación frente a la infección por el VIH/sida. Madrid, noviembre 1994. Disponible en: <http://www.madrid.org/>.
 28. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avecilla A, Gómez J et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23 (6): 533-538.
 29. Gogna M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14 supl 1: 81-85.
 30. De Broe S, Hinde A, Matthews Z, Padmadas SS. Diversity in family planning use among ethnic groups in Guatemala. *J. Biosoc. Sci.* 2006; 37: 301-317.
 31. Maclean H, Labonte R, Glynn K, Sicchia SR. Globalization, gender and health: research to policy interface. Oklahoma City: Center for Research in Women's Health; 2003.
 32. Decosas J, Kane F, Anarfi JK, et al. Migration and AIDS. *Lancet* 1995;346:826-8.
 33. Bronfman M, Leyvar R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública, México 2004. Disponible en http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_movilidad.pdf.
 34. García Abreu A, Noguer I, Kowgill K. El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros. Organización Panamericana de la Salud. Banco Mundial, 2003, Whashington.
 35. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Propuesta de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia de Guatemala y el Gobierno de España dentro del Proyecto "Red de Solidaridad Terapéutica Hospitalaria contra el SIDA". Disponible en línea en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/cooperacionInt/proyecEsther_guate.htm. Consultado el 20/09/2012.
 36. Cabieses B, Ferrer L, Villarroel LA, Cianelli R, Miner S, Bernales M. Conocimientos y riesgo ocupacional de VIH en trabajadores de salud primaria chilenos. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(2): 212-221.
 37. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Subgerencia de Prestaciones en Salud. Departamento de Medicina Preventiva. Sección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico No. 17. Año 2010. Disponible en: <http://spsigss.files.wordpress.com/2010/10/boletin-no-17-vigilancia-epidemiologica-vih-sida-tercera-version.pdf>. Consultado el 20/09/2012.
 38. The Lancet. Redemption for the Pope? *Lancet* 2009; 373: 1054.
 39. Green EC, Hearst N, Mah T, Herling-Ruark A. A framework of sexual partnerships: risks and implications for HIV prevention in Africa. *Stud Fam Plann* 2009; 40: 63-70.
 40. Bayés R, Comellas B, Lorente S, Viladrich MC. Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/sida. *Revista Anual de Psicología* 1998; 10(1): 127-134.
 41. Thompson, K., Geher, G., Stevens, K., Stem, S. & Lintz, M. Psychological predictors of sexual behaviors related to AIDS transmission. *Psychological-Reports*, 2001; 88(1): 51-67.

42. Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en enfermería* 2011; 29 (2): 271-284.
43. Heluane R, Hatem S. Accidentes por contacto con material biológico. Análisis de sus determinantes. *Ciencia y Trabajo* 2007; 25: 129-134.
44. Morillejo EA, Pozo C. Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2001; 17: 273-293.
45. Organización Mundial de la Salud, 2002. Percepción de los riesgos. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf>. Consultado el 25/09/2012.
46. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Octubre de 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf. Consultado el 20/09/2012.
47. OPS/OMS. Derechos humanos y VIH. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica. 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/InformeVIHDDHHCentroAmerica.pdf>. Consultado el 25/09/2012.
48. ONUSIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida. Guatemala Marzo 2012. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_GT_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_GT_Narrative_Report[1].pdf). Consultado el 25/09/2012.