



ONU SIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
FNUAD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO Y EDUCACIÓN INTEGRAL

Protocolo

“Diagnóstico sobre la situación de las personas con VIH en zonas rurales, indígenas y afrodescendientes de Guatemala, Honduras y Nicaragua”

Agosto 2011

**Sub-proyecto “Fortalecimiento de capacidades en investigación y análisis de las organizaciones miembros de la
Alianza constituida en el marco del Proyecto Construyendo alianzas de VIH en el Mundo Rural de
Centroamérica”**

Protocolo

**“Diagnóstico sobre la situación de las personas con VIH
en zonas rurales, indígenas y afrodescendientes de
Guatemala, Honduras y Nicaragua”**

Agosto 2011

Tabla de Contenido

I	Introducción.....	2
II	Pregunta de investigación	2
III	Antecedentes del estudio.....	3
IV	Justificación.....	7
V	Acercamiento al contexto del estudio diagnóstico.....	8
VI	Objetivos del Estudio	14
VII	Metodología	15
VIII	Acercamiento conceptual	23
IX	Cronograma	33
X	Bibliografía	34
XI	Anexos.....	 Error! Marcador no definido.

I Introducción

Con financiamiento de HIVOS, el Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo e IBIS y como forma de contribuir a una respuesta integral al VIH en la región centroamericana, se ejecuta actualmente el proyecto: **“Construyendo Alianzas: VIH en el Mundo Rural de Centroamérica 2011-2013”**. Su objetivo es: *Visibilizar las especificidades de las áreas rurales para dar una respuesta integral al VIH en Centroamérica*.

Uno de los resultados que espera alcanzar el proyecto en mención, es posicionar *“la situación de las zonas rurales en la agenda pública¹ regional: SISCA, REDCA+, CONCASIDA 2012, proyectos binacionales y regionales, entre otros”²*.

Como forma de contribuir a alcanzar este resultado, se realizará un Diagnóstico de carácter regional sobre la situación de las personas con VIH en zonas rurales de Centroamérica.

El estudio incluirá tres países de la región centroamericana: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Sus hallazgos buscarán servir de apoyo en la incidencia en tomadores de decisión para la inclusión y visibilización de los componentes de ruralidad, pueblos indígenas, creoles y garífunas, en los Planes Estratégicos y Programas Nacionales de ITS, VIH y sida.

Su informe final se constituirá en un instrumento para la incidencia, promoción y defensa pública para el abordaje del VIH en las zonas rurales, en los ámbitos nacionales y locales.

El siguiente protocolo define la metodología para llevar a cabo la investigación y las herramientas que se usarán para recolectar los datos.

II Pregunta de investigación

El problema a investigar con el diagnóstico es: ¿Cuál es la situación de las personas indígenas, afrodescendientes y mestizas con VIH en las zonas rurales de Guatemala, Honduras y Nicaragua, en cuanto al cumplimiento de sus derechos fundamentales a: educación, trabajo, salud, protección social, trato digno y respeto de su identidad cultural?

¹ Para Coob y Eider, la agenda pública "está integrada por todas las cuestiones que los miembros de una comunidad política perciben comúnmente como merecedores de la atención pública y como asuntos que caen dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental existente. Toda comunidad política, local, estatal o nacional tiene su propia agenda sistemática" (otra forma de denominarle a la agenda pública) (Coob y Eider, 1986,115-116; Cooby Ross, 1976,126; citado por Aguilar, 1994. 32)

² Resultado 2.1 del Proyecto “Construyendo Alianzas...”

Para ello interesa conocer ¿Cuáles son las condiciones del entorno de las personas con VIH en las zonas rurales de Centroamérica?:

- Acceso a un empleo decente³.
- Acceso al sistema educativo (de acuerdo a su cultura).
- Acceso a programas de información y sensibilización sobre el VIH, programas y proyectos sobre la temática del VIH y programas de comunicación para cambio de comportamiento; todo de acuerdo a su cultura.
- Acceso a servicios de salud interculturales: capacidades y brechas en los medios diagnósticos y de laboratorio, en los servicios ofrecidos, su calidad, integralidad y cobertura geográfica; acceso a la medicina tradicional según idiosincrasia de las personas.
- Existencia y formas en que se manifiestan el estigma y discriminación a personas con VIH.
- Existencia de aliados de las personas con VIH en las zonas rurales.
- Acceso a información sobre el VIH en el idioma o la lengua materna de los grupos poblacionales que habitan en zonas rurales: indígenas, creoles y garífunas.
- Percepción de salud, enfermedad y VIH desde la perspectiva de poblaciones indígenas, creoles y garífunas.

III Antecedentes del estudio

A. Estudios realizados en el ámbito centroamericano

Sobre la situación del VIH sida en los diferentes grupos étnicos de la región es importante resaltar que no existen datos, tanto al nivel de los países como de la región, que presenten un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como etnicidad, lengua y otros factores culturalmente ilustrativos. Los diferentes grupos étnicos no han sido sujetos prioritarios para la intervención en la región, lo que representa un factor obstaculizador para la obtención de datos⁴.

En el Documento: “*Acercamiento cultural para la prevención y atención del VIH y sida en Centroamérica*”⁵ se recogen las propuestas de trabajo destinadas a los cuatro grupos más vulnerables identificados en la Subregión de Centroamérica: trabajadores/as del sexo comercial, poblaciones indígenas, poblaciones migrantes y hombres que tienen sexo con hombres.

³ Ver capítulo: Acercamiento conceptual

⁴ Aunque en algunos estudios se menciona a la población garífunas como muy afectada, éstos no refieren las fuentes que sustentan dicha información, como es el caso de Casa Alianza Honduras. En Guatemala hay documentos que hacen referencia a la población maya y presentan datos de estudios locales específicos.

⁵ Documento base para la preparación del Taller Subregional en Centroamérica sobre “Información, Comunicación y Educación Culturalmente Apropriada para el Cambio de Conductas, Guatemala, 2003”

En el mismo se destaca que el origen o identidad étnica de las personas puede influir en su vulnerabilidad ante el VIH y sida, por los obstáculos económicos, las barreras sociales y culturales, la discriminación racial y el olvido y la indiferencia en relación a la prevención y atención del tema, por no considerar a los grupos étnicos de Centroamérica dentro de los mal llamados “grupos de alto riesgo”.

Continúa aseverándose en el documento citado, que los obstáculos identificados para trabajar con el tema de VIH y sida han sido entre otros: *“la religión, el idioma, las costumbres, la cultura conservadora, la pobreza, el machismo, las influencias extranjeras y la falta de comprensión de la cultura con la que se trabaja... (y que) ... los programas de prevención deben ir ligados y adaptados a sus contextos locales en lugar de emplear metodologías pensadas por y para personas urbanas occidentales”*.

Actualmente se reconoce la afectación a las comunidades indígenas, relacionada estrechamente a los procesos de migración. Los contextos sociales de la migración crean ambientes que favorecen comportamientos de alto riesgo: relaciones sexuales forzadas, sexo de supervivencia, incorporación al trabajo sexual, consumo elevado de alcohol y drogas y relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas.

Nicaragua: Los diferentes estudios realizados en Nicaragua han sido dirigidos a Trabajadoras Sexuales, HSH, juventud y población en general, con una clara tendencia a focalizarse en áreas urbanas. Destaca en los estudios realizados, que el estigma y discriminación son fenómenos que entorpecen la eficacia de la respuesta nacional y regional al VIH y sida porque hacen que se obstaculice que las personas se sometan a la prueba del VIH, dificultan el uso de condones masculinos y femeninos, evitan que mujeres con VIH accedan a servicios de prevención de la transmisión del VIH a sus hijos e hijas e impiden que poblaciones más vulnerables y expuestas al riesgo reciban la atención y apoyo que necesitan.

Otras dificultades del contexto nicaragüense asociadas con el VIH son: la dificultad de acceso a los servicios de salud y la pobreza. En el estudio de ENDESA 2007 en Nicaragua, se identificó las grandes desigualdades en las oportunidades de acceso a los servicios de salud. El nivel de inaccesibilidad en poblaciones pobres alcanzaría a más del 75%.

En este mismo estudio se identificó que la pobreza tiene un rostro eminentemente rural, sobre todo en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Siete de cada diez personas en las zonas rurales del país son pobres y tres de cada diez niños y niñas se encuentran en estado de desnutrición.

Los factores de riesgo asociados con la pobreza, son visibles en el escenario multiétnico y pluricultural del país, donde se identifica un mayor grado de pobreza en los pueblos indígenas originarios del Pacífico, Centro, Norte y los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe.

El grado de pobreza se evidencia en la calidad de la vivienda, el acceso a servicios básicos, la seguridad alimentaria, la instrucción escolar, con expresiones de inequidad en estos grupos.

Los y las adolescentes y jóvenes afrodescendientes que viven principalmente en la región atlántica del país, se ven afectados principalmente por la falta de empleo. Los principales problemas identificados por ellos y ellas son las drogas, el alcohol y la discriminación.

En la Región Atlántica Norte, un 34% de las adolescentes de 15-19 años encuestadas en la ENDESA 2007 ya eran madres o estaban esperando su primer hijo, alto en comparación con el promedio nacional de 25%. Gran parte de los y las adolescentes en problemas viven en una familia desintegrada por separación de sus padres (divorcio) o porque tienen que irse a trabajar a otros países o gracias a su dominio del idioma inglés, se unen a barcos turísticos o mercantes (shipout), habiendo en la actualidad más de 4,000 afrodescendientes involucrados (as) en este tipo de empleo, de los cuales el 52% son jóvenes hombres y en los últimos años también son aceptadas mujeres jóvenes; viéndose más expuestas a abusos e Infecciones de Transmisión Sexual.

Sus remesas familiares han venido a aliviar un poco el problema económico de sus familias, aunque esta situación es factor determinante que impide el desarrollo integral de la y el joven afro-descendiente y su comunidad, provocando fuga de cerebros y haciendo que estos (as) jóvenes desistan de sus estudios y vean en los barcos turísticos su única fuente de progreso, creando además antivalores entre jóvenes que regresan de los barcos y son transmitidos a las y los adolescentes y jóvenes de sus comunidades, volviéndose las y los primeros en el modelo a seguir.

Honduras: Se dice que en Honduras – aunque no se conoce con certeza la magnitud real de la epidemia en la población indígena y negra (garífuna)-, es muy elevada, sobre todo en esta última de acuerdo a resultados de investigaciones de seroprevalencia⁶.

En el informe: “Situación de las mujeres rurales en Honduras” (FAO: 2008), se afirma que “El estado de salud de la población indígena y negra está relacionado con su situación marginada...” y que en este sentido, hay un aumento significativo de la infección por VIH/Sida en los garífunas de la costa norte. Se hace alusión a estudios realizados que reconocen que la pandemia es urbana y no rural, pues está concentrada en dos centros urbanos: San Pedro Sula y Tegucigalpa, así como en las demás ciudades principales del departamento de Cortés y la costa norte del país, con fuerte incidencia en las comunidades garífunas.

⁶ Casa Alianza Honduras, A. C. refiere esa información sin embargo, no hace mención de los estudios que sustentan dicha información.

Guatemala: En una investigación de IDEI⁷ se hace referencia a un estudio con trabajadores (as) agrícolas de la etnia Mam del departamento de Quetzaltenango, en el sur occidente de Guatemala, que participan en el proceso migratorio del Altiplano a la costa del Pacífico. Se identificó una incidencia alta del VIH en ese grupo de trabajadores (as) temporales, con 33% de los casos reportados. El 70% de los habitantes de ese departamento son mayas hablantes de Quiché o Mam.

En otro estudio sobre las infecciones del VIH entre los trabajadores agrícolas, realizado por el Hospital Nacional Dr. “Rodolfo Robles” de Quetzaltenango⁸, Guatemala, se mostró que la seroprevalencia del VIH en pacientes con tuberculosis hospitalizados, se había incrementado desde el 4.2% en 1995 al 14.3% en el año 2000. De los pacientes con VIH, el 63% eran trabajadores (as) agrícolas comprendidos entre 20 a 40 años, el 70% eran hombres y un 30% mujeres.

Algunos hallazgos en comunidades indígenas de Guatemala, revelan que existen factores culturales en transición que facilitan el abordaje de temas como la Salud Reproductiva y el VIH y sida. Un rol importante entre las mujeres de las comunidades rurales e indígenas, lo juegan las comadronas, pues siguen teniendo mucha credibilidad debido a sus prácticas ancestrales. Se observó que después de la intervención en capacitación sobre VIH sida con parteras, muchas han aprendido a detectar adecuadamente signos de ITS y hacen referencias al personal de salud para su tratamiento. Están en proceso de utilización de guantes desechables en atención de partos como una de las medidas universales de prevención y en proceso de hacer consejerías en ITS, VIH y sida a parejas en su contexto.

B. Intervenciones previas

Para HIVOS e IBIS ha sido una tarea primordial integrar el tema del VIH en las áreas rurales, de pueblos indígenas y afrodescendientes creoles y garífunas de Guatemala, Honduras y Nicaragua, rescatando la importancia del abordaje del VIH en esas zonas.

Ambos vienen desarrollando desde hace dos años y medio, una intervención en zonas rurales de los países antes mencionados. La primera fase fue la realización de un **mapeo diagnóstico** que permitió identificar las organizaciones que estaban trabajando con estas zonas y las acciones que se encontraban realizando.

A partir de noviembre del 2009 se ejecutó durante un año en estos mismos países, el Proyecto: “VIH y sida, una tarea pendiente y urgente en las zonas rurales de

⁷ Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral IDEI, *Reduciendo comportamientos sexuales de trabajadores migrantes del grupo étnico maya Mam en el Sur Occidente de Guatemala*, Guatemala, 2000.

⁸ López, Cesar A., Hospital Nacional Dr. “Rodolfo Robles”, Quetzaltenango, Guatemala; Ikeda, J.M. Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo.

Centroamérica”, que buscaba introducir el tema desde un enfoque de derechos humanos y de género, de modo que se transversalizara en las organizaciones y expresiones sociales que trabajan en zonas rurales. Dos de las fortalezas identificadas con su ejecución fueron: el interés manifiesto de la población de contar con mayor información y la base de recursos humanos preparados para realizar acciones en las zonas rurales, que conocen y son parte integral de la cultura y costumbres. Esto facilita en gran medida que la información pueda transmitirse desde la propia cosmovisión e idiosincrasia de cada país.

En el marco de un nuevo año de intervención, de noviembre del 2009 a finales del 2010, se logró organizar foros nacionales en Guatemala y Honduras, así como el Foro Regional: “Realidades y Retos para el Abordaje del VIH en Areas Rurales, Pueblos Indígenas y Afrodescendientes Garífunas de Centroamérica”, que brindó oportunidad para un exhaustivo análisis de dicha realidad e identificar: lecciones aprendidas, mejores prácticas, nuevos retos e importantes conclusiones.

Toda la información obtenida a la fecha con los procesos antes mencionados, ha contribuido a identificar la necesidad de realizar un diagnóstico de carácter regional acerca de la situación de las personas con VIH en estas zonas, de modo que pueda aportar elementos de análisis y pistas de acción para la articulación de la respuesta nacional al VIH en cada país.

En el marco de la ejecución del Proyecto “Construyendo Alianzas: VIH en el Mundo Rural de Centroamérica 2011-2013” y como forma de contribuir a alcanzar uno de sus resultados: “Posicionar la situación de las zonas rurales en la agenda pública regional: SISCA, REDCA+, CONCASIDA 2012, proyectos binacionales y regionales, entre otros”, se realizará este Diagnóstico de carácter regional sobre la situación de las personas con VIH en zonas rurales de Centroamérica.

IV Justificación

La experiencia previa de acercamiento al tema y los hallazgos identificados en estudios similares que se han realizado, han revelado que es de vital importancia la realización de un diagnóstico que al enfoque de ruralidad, le incorpore los enfoques: de derechos, de género, generacional e intercultural.

El diagnóstico propuesto se enmarca en la ejecución del Proyecto “Construyendo Alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica” que busca *“Una aproximación cultural a la atención y prevención del VIH y el sida, representa una nueva contribución dirigida a encontrar soluciones integrales a este aparente insuperable reto”* y pone énfasis *“en el rol de factores culturales, familiares, éticos y religiosos en la prevención del VIH y en el tratamiento, cuidado y apoyo, tomando en cuenta las particularidades de cada país así como la importancia del respeto de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales”*.

Se espera que los resultados de este diagnóstico contribuyan posteriormente al diseño de acciones que tomen en cuenta y respeten las formas de pensar de la

gente, sus creencias, sistemas de valores, capacidad de movilización, cosmovisión y como consecuencia lleve a la modificación de políticas, leyes y estrategias nacionales e internacionales, así como en la implementación de proyectos que contribuyan a detener el impacto del VIH en la población rural.

V Acercamiento al contexto del estudio diagnóstico

A. Marco contextual

La región centroamericana está constituida por el istmo situado entre Norteamérica y Sudamérica. Tiene una extensión de 523.000 km².

La mayoría de su población se concentra en la zona del Pacífico y se dispersa por las lluviosas y boscosas áreas del Caribe.

Guatemala y Honduras siguen siendo mayormente rurales⁹, aunque a nivel centroamericano hay una tendencia creciente hacia la urbanización, lo que se manifiesta en el tamaño de sus áreas metropolitanas, ciudades costeras y puertos y en que más del 50% de su población vive en áreas urbanas.

En el caso de Nicaragua, si consideramos como urbanas a las poblaciones mayores a 20.000 habitantes (un parámetro usual a nivel internacional), entonces estaríamos frente a un 60,4% de habitantes rurales o de pequeñas localidades¹⁰.

Según cifras de las Naciones Unidas, el 40% de la población de América Latina y el Caribe habita en áreas rurales y cerca del 64% de habitantes en esas zonas vive por debajo del umbral de pobreza¹¹.

Por su parte, estudios del Banco Mundial muestran que cerca del 37% (unos 65 millones de personas) de los pobres de América Latina y el Caribe viven en áreas rurales. En el área centroamericana, en países como Guatemala, Honduras y Nicaragua, la proporción llega al 70%¹².

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), tanto los pobres (no cubren sus necesidades básicas) como los indigentes (no cubren ni siquiera su alimentación) son mayoría en las zonas rurales: la mitad de toda la población centroamericana es pobre y un 30% muy pobre y, de la población que vive en el área rural, el 60% de ellos son pobres y el 40% muy pobres, siendo especialmente vulnerables los hogares con jefatura femenina, los pueblos indígenas y los pequeños productores rurales¹³.

⁹ Inventario y revisión de fuentes de contaminación y actividades en tierra que afectan el medio marino y áreas costeras del Pacífico nordeste, 2007.

¹⁰ Baumeister y Rocha: Crisis y pobreza rural en América Latina: El caso de Nicaragua.

¹¹ El Universal on line, 5 de marzo del 2006.

¹² Idem.

¹³ Marco estratégico regional de los Programas PESA en Centroamérica: 2008-2015, FAO, 2007.

Los pueblos indígenas constituyen el mayor grupo dentro de la población rural (aproximadamente un tercio) en los países de la región y al tener menor acceso a los servicios básicos, figuran entre los más vulnerables. En Guatemala, donde representan más del 40% de la población total, tres de cada cuatro indígenas son pobres.

Considerando que las zonas rurales de la región centroamericana se caracterizan por un difícil acceso a los servicios públicos básicos: energía eléctrica, agua, teléfono, medios de transporte, así como a la salud y la educación; se plantea el desafío de alcanzar una mayor calidad de vida en la población que habita en estas zonas.

El desafío se agudiza en el caso de las personas con VIH en estas mismas zonas rurales, lo que hace identificar la importancia de la realización del presente diagnóstico, como forma de visibilizar la realidad de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes creoles y garífunas tomando en cuenta los contextos, construcciones y subjetividades respecto a la salud y enfermedad, presente en estas zonas.

B. Ciudades principales de los tres países en que se realizará el Estudio

Guatemala se divide administrativamente en 22 departamentos: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Guatemala, El Progreso, Escuintla, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, Sacatepequez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepequez, Totonicapan y Zacapa.

La capital es Ciudad Guatemala; otras ciudades importantes son: Antigua Guatemala (en Sacatepequez), Chiquimula, Ciudad de Cobán (en Alta Verapaz), Escuintla, Mazatenango (en Suchitepequez), Puerto Barrios (en Izabal), Quetzaltenango y Retalhuleu.

Honduras se divide administrativamente en 18 departamentos: Atlántida, Choluteca, Colón, Comayagua, Copán, Cortés, El Paraíso, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Olancho, Santa Bárbara, Valle y Yoro.

La capital y ciudad más grande es Tegucigalpa, situada en la zona meridional del país, perteneciente a Francisco Morazán. Otras ciudades importantes son: San Pedro Sula (de Cortés), principal ciudad y centro comercial del noroeste; El Progreso (en Yoro), capital del occidente del país; Choluteca, centro comercial del sur de la República; y los puertos La Ceiba (en Atlántida) y Puerto Cortés (en Cortés), considerados entre los más importantes del Caribe.

Nicaragua se divide administrativamente en 15 departamentos: Boaco, Carazo, Chinandega, Chontales, Estelí, Granada, Jinotega, León, Madriz, Managua, Masa-ya, Matagalpa, Nueva Segovia, Río San Juan y Rivas y 2 Regiones Autónomas: Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS). La capital es Managua y otras ciudades importantes son León y Granada.

C. Algunos antecedentes de la evolución de la atención mundial al VIH sida

1985: Se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre el Sida, en Atlanta, Georgia, Estados Unidos. En este año también apareció la primera prueba de anticuerpos contra el VIH.

1987: La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa Mundial sobre Sida.

1989: El Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas organizó la Primera Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989. En el informe de esta consulta (HR/PUB/90/2), se propuso que se elaboraran directrices para ayudar a los encargados de formular políticas y a otros a cumplir las normas internacionales de derechos humanos en lo que se refería a la legislación, la práctica administrativa y la política.

1991: Se realizó la I Conferencia Internacional de UNICEF sobre Huérfanos por el Sida.

1994: Reunión en París en la que se estableció el principio de Mayor Participación de las Personas que Viven con Sida (MPPVS).

1996: Durante la XI Conferencia Internacional AIDS 1996, realizada en Vancouver, Canadá, se introdujo la Highly Active Anti-Retroviral Therapy o HAART, Terapia Antirretroviral Altamente Activa, la cual convirtió al VIH/SIDA en un padecimiento crónico, disminuyó la mortalidad y aumentó la calidad de vida de las Personas que Viven con Sida.

1997: La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) publicó “Niños en el límite: Estrategias para apoyar el VIH/Sida”, informe que difunde estadísticas sobre los efectos del VIH y del SIDA en los infantes de todo el mundo.

1998: Se comprobó la eficacia de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil (PTMI) en ámbitos de escasos recursos y se recomendó su puesta en práctica a nivel mundial.

En este mismo año, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) publicaron las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, que buscan integrar los principios y normas internacionales de la legislación sobre Derechos Humanos en la respuesta al VIH/SIDA.

2005: El Grupo de los 8 se comprometió con el Acceso Universal al Tratamiento. Luego de más de 100 consultas entre países y regiones se identificó a la estigmatización, la discriminación y la desigualdad entre sexos como las principales ba-

rreras para el Acceso Universal. Se hizo el primer ensayo de circuncisión masculina en Orange Farm, Sudáfrica, como método para reducir las probabilidades de infección por VIH.

2007: Se llevaron a cabo en 31 países las encuestas poblacionales con medición de la prevalencia del VIH. La Primera Reunión Parlamentaria Mundial sobre el VIH/SIDA exigió respuestas a la epidemia fundadas en los Derechos Humanos, así como la cancelación de las restricciones de viaje relacionadas con el VIH.

2008: Este año marcó la mitad del camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, planteados en el 2000 y cuya meta es 2015. Se crearon herramientas para medir las desigualdades en las normas de género y la estigmatización relacionada con el VIH. Se informó que entre los jóvenes, el 40% de los hombres y el 38% de las mujeres tienen conocimiento preciso sobre la prevención del VIH. Tres millones de personas se encuentran en tratamiento en los países en desarrollo.

D. Compromisos internacionales, regionales y nacionales en materia de VIH

1. Compromisos Internacionales

(1996): Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA. Se adoptaron en la Segunda Consulta Internacional de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos y se llegó a la siguiente conclusión, entre otras:

- La protección de los Derechos Humanos es imprescindible para salvaguardar la dignidad humana de las personas con el VIH/SIDA y para que se dé una respuesta eficaz de carácter jurídico, de las cuestiones que plantea el VIH/SIDA.
- Para dar esa respuesta, hay que hacer efectivos todos los Derechos Humanos, tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales y las libertades fundamentales de todos, según la normativa internacional vigente de Derechos Humanos.

(2000): La Cumbre de Desarrollo del Milenio. Se proclama la Declaración del Milenio suscrita por 189 Estados Miembros y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se establecieron 8 Objetivos (ODM), 18 Metas al 2015 y 48 Indicadores. El Objetivo 6 es “Combatir el VIH, el paludismo y otras 42 enfermedades” y sus Metas 7 y 8 respectivamente, establecen “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH”; y “Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y SIDA para todas las personas que lo necesiten.”

En este mismo año 2000 se establecieron las directrices sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación.

(2001): La Declaración de Compromiso de lucha contra el VIH – UNGASS, firmada por 19 naciones en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea

General de las Naciones Unidas sobre VIH (UNGASS). La Comisión de Derechos Humanos de esta Asamblea, adoptó la Declaración de Compromiso, en la que se afirmaba que el derecho al más alto nivel posible de salud incluía el acceso a la terapia antirretrovírica para el VIH. Además estableció que los Derechos Humanos son un elemento esencial en la respuesta mundial y que la Prevención es la base de la respuesta al SIDA. La declaración define áreas estratégicas a nivel nacional, regional y mundial. Significó el punto de partida para la acción conjunta de todos los países del mundo en la lucha contra la pandemia.

2002: el ACNUDH y el ONUSIDA patrocinaron la **Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos** con el propósito de revisar la Sexta Directriz para que reflejara la cuestión de los Derechos Humanos en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Durante esta 3^a Consulta Internacional, se hizo la primera exhortación por el Acceso Universal a la Prevención, el Tratamiento, la Atención y el Apoyo. Se dieron las primeras subvenciones del Fondo Mundial destinadas a tratamientos. El II Programa Multinacional sobre el VIH y el SIDA (MAP II) del Banco Mundial incluyó Terapia Antirretroviral para países en desarrollo.

(2003): Principio de los “Tres Unos” y la armonización de la cooperación internacional. Fue definida en la Conferencia Internacional sobre el Sida y las ITS en Nairobi – Kenia. Prioriza la coordinación de la respuesta mediante: 1) Un marco de acción sobre el VIH acordado, que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los socios; 2) Una autoridad nacional de coordinación del sida con un mandato multisectorial amplio; y 3) Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

Este mismo año, en el 32º período de sesiones del Comité de los Derechos del Niño, se aprobó la Observación general Nº 3 sobre el VIH/SIDA y los Derechos del Niño; la primera que un órgano de supervisión del cumplimiento de un tratado haya aprobado jamás sobre el VIH/SIDA.

Además, la OMS lanzó su Iniciativa “3 para el 5”, cuya meta es proveer tratamiento contra el VIH/SIDA a 3 millones de personas en países pobres para el 2005. En México, se instauró el “Seguro Popular”, el cual establece el acceso universal a la terapia antirretroviral para el sector informal junto con los planes de seguridad social para el sector formal.

(2006): La Declaración Política, continuando con la Declaración de Compromiso de lucha contra el VIH – UNGASS del año 2001, también de la Asamblea de Naciones Unidas, ratificó los compromisos adquiridos en aquel año y las Directrices para evaluarlos, de los cuales debe dar cuenta cada país en el llamado Informe a UNGASS que se realiza cada dos años.

2. Compromisos Regionales

(2007): Las Resoluciones del Consejo de Ministros de Salud de Centro América - COMISCA con relación al VIH, fueron establecidas a partir de la XXVI Reunión en Belice, incluyendo la “*Homologación y Armonización de la Cooperación Regional y Extra regional*” en VIH y SIDA y el fortalecimiento del Mecanismo Coordinador Regional, su Plan de Acción y Prioridades.

(2008), México: El Acuerdo Ministerial Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe “Prevenir con educación”, en ocasión de la XVII Conferencia Internacional SIDA. El Acuerdo se refiere a la institucionalización de la educación integral de la sexualidad y la cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente las necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de los jóvenes.

(2009): La Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en Latino América y el Caribe. Es la iniciativa regional lanzada por la OPS y UNICEF en conjunto con socios de toda la región, que busca integrar los servicios de prevención y diagnóstico del VIH y la sífilis dentro del marco de los servicios de atención primaria de salud, prenatales, de Salud Sexual y Reproductiva, y salud familiar. Propone eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el año 2015.

3. Compromisos en el ámbito centroamericano

El CONCASIDA es un evento centroamericano multisectorial de intercambio de experiencias, información científica, social y actualización de conocimientos, donde se presentan resultados y se buscan alternativas que permitan dar una respuesta efectiva ante la pandemia del VIH y el Sida. Ha sido un foro único de encuentro, intercambio de conocimientos y desarrollo de estrategias sobre el sida entre los países de América Central.

El primer congreso de CONCASIDA se realizó en 1999, en Honduras; a partir de entonces se institucionalizó en Centroamérica cada dos años. El segundo se realizó en Guatemala (2001), posteriormente en Panamá (2003), le siguió El Salvador (2005) y Nicaragua (2007). El último CONCASIDA se realizó en Costa Rica en el 2010.

(2005): Los Jefes de Estado y de Gobierno y del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), suscribieron la Declaración de San Salvador, que constituye el único instrumento político regional existente en materia de VIH y sida, sobre la articulación de esfuerzos a nivel Centroamericano en la lucha contra el VIH y Sida

En dicho acuerdo regional se plasmó el compromiso de lograr avances importantes en la consecución de la meta de acceso a tratamiento universal para el VIH y sida, por medios tales como la armonización del manejo y tratamiento, la

cooperación de distintos sistemas de salud, la coordinación entre países para la adquisición de medicamentos y materiales de diagnóstico, mejoramiento del acceso de la población a medicamentos y otros.

(2006-2015): Plan Estratégico Regional de la Organización Panamericana de la Salud, para el Control de la Infección por el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual. Fue elaborado por los miembros del Mecanismo de Coordinación Regional; resume las estrategias que son comunes a la región. Establece indicadores comunes y de ámbito regional.

4. Compromisos nacionales

En los ámbitos nacionales, se cuenta con las políticas propias de los Estados expresadas en la Política Nacional, el Plan Estratégico Nacional, el Plan de Monitoreo y Evaluación y el informe de Medición del Gasto en Sida. Todos estos documentos engloban las estrategias políticas que ejecutan los países, por lo que es vital que sean suficientemente conocidos por la Sociedad Civil en aras de ejercer su papel de contraloría social y de incidencia política con las y los tomadores de decisiones mediante acciones como: la realización de Foros, Cabildos, Conferencias de Prensa y Encuentros específicos con personalidades.

VI Objetivos del Estudio

Objetivo General:

Conocer la situación de las personas indígenas, creoles y garífunas (afrodescendientes) con VIH en zonas rurales de Centroamérica, en cuanto al cumplimiento de sus Derechos Humanos fundamentales a: educación, trabajo, salud, protección social, trato digno y respeto de su identidad cultural.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar de manera general las zonas rurales de pueblos indígenas, creoles y garífunas (afrodescendientes) de Guatemala, Honduras y Nicaragua, con énfasis en el acceso al trabajo, educación, salud, protección social, dignidad y multi-culturalidad (información sobre el VIH en lengua materna)
- Identificar la percepción de salud-enfermedad y VIH desde los pueblos indígenas, creoles y garífunas que habitan en las zonas rurales.
- Identificar la situación actual de los servicios de salud (capacidades y brechas) dirigidos a personas con VIH de esas zonas: cobertura geográfica y calidad de los servicios ofrecidos: calidad de la atención (incluyendo trato digno), disponibilidad de prueba rápida, preparación del personal de salud y la normatización (protocolos) de los procesos de atención, integralidad, interculturalidad y continuidad de la atención.

- Conocer el acceso a programas y servicios comunitarios de información y sensibilización sobre el VIH en esas zonas y programas de comunicación para cambio de comportamiento; todo de acuerdo a su cultura.
- Identificar líderes, lideresas y otros aliados de las personas con VIH que viven en las áreas rurales, indígenas y afrodescendientes.
- Identificar la existencia y formas en que se manifiestan el estigma y discriminación a personas con VIH de esas zonas.

VII Metodología

- **Tipo de estudio y alcance**

El estudio diagnóstico que se propone realizar, por sus ejes de reflexión de ruralidad y multiculturalidad tiene carácter exploratorio, debido a que no se ha encontrado a la fecha, evidencia de estudios regionales o nacionales sobre el tema con esta perspectiva; se carece de antecedentes en cuanto a su modelo teórico y a su aplicación práctica.

Su carácter exploratorio permitirá la familiarización con el tema, será el punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad y se complementará con el carácter descriptivo, porque busca caracterizar las condiciones del entorno de las personas con VIH en las zonas rurales de Centroamérica seleccionadas para el diagnóstico, en cuanto al acceso al empleo, educación, servicios de salud y programas de información y sensibilización sobre el VIH. Se buscará la aproximación a las estadísticas y percepción locales, que permitan visibilizar la magnitud de la problemática en las zonas rurales.

Se identificarán y describirán además, los comportamientos sociales o las formas en que se manifiestan el estigma y discriminación y la percepción de salud, enfermedad y VIH desde la perspectiva de poblaciones indígenas, creoles y garífunas.

El diagnóstico se focaliza en: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Cada país contará al final del proceso diagnóstico, con su propio informe final de estudio nacional, el que incluirá los hallazgos claves identificados y contribuirá al estudio regional.

Se espera que los resultados de este diagnóstico, sirvan de base para la formulación de nuevas hipótesis que permitan posteriormente, con el aporte de los estudios nacionales, iniciar un conocimiento explicativo para lograr una visión comprensiva en toda la región.

- **Enfoque del estudio**

El estudio se desarrollará con un enfoque cuali-cuantitativo que busca identificar las diferentes percepciones sobre la temática en estudio: las personas con VIH, incluyendo la participación activa y protagónica de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, la opinión del personal de salud, las instituciones, organizaciones aliadas y demás colaboradores (as).

La información cualitativa recolectada se complementará con el análisis de las variables cuantitativas seleccionadas, las cuales servirán como indicadores de la situación de las personas con VIH en las zonas en estudio. La técnica cuantitativa a utilizar para enriquecer el diagnóstico, es la encuesta CAP, dirigida a personas con VIH y que será sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

- **Actores**

Se propiciará la participación activa y protagónica de las personas con VIH en las zonas rurales de Centroamérica como actores principales, así como la opinión de las instituciones, organizaciones socias y demás aliados. Se deberá realizar integrando la perspectiva de género y generacional y se deberá visibilizar las especificidades encontradas además en los pueblos indígenas y afrodescendientes.

La metodología a emplearse será incluyente y deberá asegurarse en todo momento la protección física y emocional de las personas que participen como informantes clave o testigos directo. Se deberá resaltar las particularidades propias de los territorios cuando sean significativas por razones culturales, etnográficas etc.

- **Fases para realizar el estudio diagnóstico**

- Fase organizativa y de planificación inicial
- Fase de realización de diagnóstico
- Fase de procesamiento y análisis de la información
- Fase de elaboración de informe de diagnóstico
- Fase de comunicabilidad de los resultados.

1. Fase organizativa y de planificación inicial. Se esperan tres grandes resultados de esta fase: Asegurada la organización por país para la realización del diagnóstico, concluida la investigación documental y finalizada la metodología para el diagnóstico (protocolo con su plan de trabajo e instrumentos)

- a) Organización por país: Se cuenta inicialmente con una Alianza de Organizaciones por país en el marco del Proyecto “Construyendo Alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”. Sobre esta base, se constituirá un equipo coordinado por una persona u organismo concretos como garantes de la coordinación de la versión nacional del estudio diagnóstico. En esta fase preparatoria se definirá la constitución de este equipo y la definición de la coordinación del estudio. También servirá esta fase para la retroalimentación del equipo de coordinación regional del estudio y el equipo de investigación por país.

- b) Investigación documental: Consistirá en el acopio y la revisión, análisis y procesamiento de reportes y documentos oficiales nacionales en cada país donde se está realizando el diagnóstico, documentos específicos de la ejecución del proyecto regional (informes relacionados), información del contexto nacional en las áreas rurales, datos de vigilancia epidemiológica de los Ministerios de Salud, de los Programas Nacionales de VIH y sida y sus expresiones locales; así como los estudios relacionados.

Entenderemos por fuentes bibliográficas, todos los libros que contienen la diferente información sobre el tema, escritos por distintos autores e investigadores (as).

Entenderemos por fuentes documentales, todos los escritos que se han publicado como los periódicos y las revistas, artículos, ensayos, etc. así como toda forma de información o comunicación sobre el tema.

- c) Protocolo e instrumentos: Se utilizará la comunicación y/o encuentros virtuales, además de un taller introductorio por país en el que se presentará el protocolo e instrumentos de recolección de información para su revisión colectiva, aportes y establecimiento de consensos.

2. Fase de realización de diagnóstico. La fase propiamente dicha de investigación de campo, consistirá en dos grandes actividades: formación del personal a cargo del levantamiento de la información y el levantamiento de la misma en la (s) zonas geográficas definidas para el diagnóstico. Se tiene previsto que esta fase dure dos meses. El cronograma de trabajo será concertado de manera participativa con los actores involucrados y el concurso de los enlaces del proyecto por país.

- a) Formación del personal. Se realizará un taller inicial con el personal que se constituirá como equipo técnico para la recolección de información. Se trata de un taller metodológico para la investigación, de carácter teórico-práctico, con: identificación de instrumentos primarios requeridos, así como la práctica de aplicación de los instrumentos diseñados.
- b) Recogida de información en terreno: Consistirá en la recolección de información cuantitativa y cualitativa en las comunidades y municipios que hayan sido seleccionados de modo conjunto con los miembros de la Alianza por país, a cargo del diagnóstico.

❖ **Métodos de recolección**

La recopilación de datos implica compartir tareas y utilizar técnicas cuantitativas y cualitativas para reunir información de referencia. Se propone utilizar como métodos de recolección:

- Encuesta CAP con testigos directos (personas con VIH) en los tres países donde se realizará el estudio.

Para calcular la muestra se partió del total de casos acumulados de VIH a diciembre del 2010, basados en datos oficiales de país. En Guatemala el total de casos a diciembre del 2010¹⁴ es de 22,647, en Honduras es de 29,330¹⁵ y en Nicaragua es de 5,693¹⁶. Se aplicó el programa Shocwave player, que utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2(N-1) + 0.25}$$

Donde N es el tamaño de la población, alfa es el valor del error tipo 1, z es el valor del número de unidades de desviación estándar, 0.25 es el valor de p2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es p = 0.5

Se definió un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5% para Honduras y Guatemala. Para Nicaragua se definió un nivel de confianza del 94 % y un margen de error del 6 %. De este modo, quedó definida la muestra de encuestas a aplicar en: 400 en Guatemala, 400 en Honduras y 236 en Nicaragua.

- Entrevistas a profundidad con actores claves en la respuesta nacional al VIH: agentes de salud (personal de salud y médicos tradicionales y sanadores), personal docente, gobiernos municipales y gobiernos territoriales¹⁷, líderes comunitarios (as), líderes religiosos, líderes indígenas y afro-descendientes, ONG que trabajan el tema, redes de la diversidad sexual, de TS, etc.) Al menos una entrevista a cada representante nacional de estos actores y por localidad en estudio, cuatro entrevistas máximo.
- Grupos focales con fuerzas vivas de la comunidad, que serán seleccionados por conveniencia de acuerdo a su conocimiento y/o acercamiento con el tema, entre los mismos informantes claves mencionados anteriormente para las entrevistas a profundidad. Un grupo focal por región o área seleccionada para el estudio, con la participación de 7 a 12 participantes.
- Grupos focales con: adolescencia y juventud hasta los 21 años de edad (7 a 12 hombres y mujeres con o sin VIH). Un grupo focal por región o área seleccionada para el estudio. Según conveniencia de acuerdo a la convocatoria que pueda ser realizada por el miembro de la Alianza, responsable del trabajo con este grupo poblacional, se decidirá la convocatoria por grupo etario (13 a 17 años; 18 a 21 años). Se aplicarán estándares de

¹⁴ Centro Nacional de Epidemiología. Boletín No. 1. Enero 2011. Guatemala.

¹⁵ Secretaría de Salud, Honduras. Informe estadístico de la epidemia de VIH/sida en Honduras, período 1985-marzo 2011.

¹⁶ MINSA. Vigilancia epidemiológica. 2010.

¹⁷ Esta es una estructura bastante reciente en Nicaragua. Surgió con la Ley 445 de la Costa Caribe de Nicaragua.

protección durante los grupos focales con adolescentes para garantizar el buen trato y respeto a sus derechos.

- Talleres participativos con testigos directos. Un taller participativo con 30 personas con VIH máximo, por área seleccionada para el estudio¹⁸. Estas 30 personas se seleccionarán según método de conveniencia.

❖ **Fuentes de información**

Una vital fuente de información son los testigos directos, que son las personas con VIH en las zonas rurales de Centroamérica.

Entre los informantes clave figurará personal del sistema de salud y que tienen relación con programas de VIH, personal docente, gobiernos municipales y gobiernos territoriales, líderes comunitarios (as), líderes religiosos (as) así como personal técnico de ONG's.

En la mayoría de los países debería ser posible pedir a determinados informantes clave que lleven un registro de casos de discriminación arbitraria sufrida por personas conocidas con VIH y sida.

Dado que algunos datos pueden ser perjudiciales para las personas, deben guardarse y transmitirse de tal modo que se proteja la intimidad. Hay que estudiar y poner en práctica formas de registrar y guardar esta información que reduzcan al mínimo la probabilidad de que pueda identificarse a una persona (por ej., uso de números codificados, seudónimos, etc.).

3. Procesamiento y análisis de la información

Para procesar las encuestas CAP se someterán a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico con el SPSS.

En el caso del procesamiento de la información cualitativa (entrevistas y grupos focales) se usará la técnica de categorización y elaboración de matrices de salida en Excel, creadas a partir de las distintas categorías de la información, lo que a su vez facilitará el análisis de los datos y su posterior interpretación procesada en Word.

4. Elaboración de informe

Se espera un Informe final del diagnóstico por país y el consolidado regional, incluido un resumen ejecutivo que refleje de forma sintética el resultado del estudio. Debe reflejar las experiencias y percepciones de las personas con VIH. También debe incluir una descripción del proceso técnico y metodológico para la realización del estudio, el marco político-jurídico-legal nacional y regional, una

¹⁸ Ver en anexo las áreas seleccionadas

descripción de los principales aspectos que facilitaron u obstaculizaron la realización del estudio y la sección de conclusiones y recomendaciones.

Requerimientos del reporte final

El lenguaje a emplear deberá ser práctico, sencillo, sin tecnicismos y de fácil lectura para audiencias diversas. Se podrá usar el siguiente formato para el informe final:

- Índice
- Resumen Ejecutivo
- Metodología
- Resultados
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Anexos

5. Comunicabilidad de los resultados

Se prevé la entrega de un reporte final en calidad de borrador, para retroalimentación con la persona o personas que la coordinación regional del proyecto designe a tal efecto y, después de incorporados los comentarios y/o ajustes, se pasará a la elaboración de la versión final, la devolución de la información a los actores, hasta la entrega del reporte final y de toda la información que se haya generado como parte del proceso diagnóstico.

6. Matriz de operativización de los objetivos

Objetivo específico	Fuente	Técnica de recopilación de información y participantes	Categorías de análisis
Caracterizar de manera general las zonas rurales de pueblos indígenas, creoles y garífunas (afrodescendientes) de Centroamérica, con énfasis en el acceso al trabajo, educación, salud, protección social, dignidad y multi-culturalidad (información sobre el VIH en lengua materna)	Secundaria Primaria	Investigación documental – Estadísticas nacionales Percepción de informantes claves; adolescencia y juventud, encuestas y talleres participativos con personas con VIH, entrevistas en profundidad a liderazgos locales	Ruralidad Identidad Acceso a: empleo decente, sistema educativo de acuerdo a su cultura, información sobre el VIH en idioma materno y/o lengua materna
Identificar la percepción de salud-enfermedad y VIH desde los pueblos indígenas, creoles y garífunas que habitan en las zonas rurales	Primaria	Percepción de informantes claves: liderazgos indígenas y afrodescendientes	Percepción de salud Percepción de enfermedad Percepción del VIH
Identificar la situación actual de los servicios de salud (capacidades y brechas) dirigidos a personas con VIH de esas zonas: cobertura geográfica y calidad de los servicios ofrecidos: disponibilidad de prueba rápida, preparación del personal de salud y la normatización (protocolos) de los procesos de atención, integralidad, interculturalidad y continuidad de la atención.	Secundaria Primaria	Investigación documental – Estadísticas nacionales Percepción de informantes claves y personas con VIH.	Servicios de salud ofrecidos Calidad de los servicios de salud Integralidad de la atención

Objetivo específico	Fuente	Técnica de recopilación de información y participantes	Categorías de análisis
Conocer el acceso a programas y servicios comunitarios de información y sensibilización sobre el VIH en esas zonas y programas de comunicación para cambio de comportamiento; todo de acuerdo a su cultura.	Primaria	Percepción de informantes claves y personas con VIH.	Acceso a programas de información y sensibilización sobre el VIH Complementariedad Sistema de atención occidental y tradicional (Pueblos indígenas y Afrodescendientes)
Identificar líderes, lideresas y otros aliados con las personas con VIH que viven en el área rural.	Primaria	Percepción de informantes claves y personas con VIH.	Liderazgos y aliados de personas con VIH
Identificar la existencia y formas en que se manifiestan el estigma y discriminación a personas con VIH de esas zonas.	Primaria	Percepción de informantes claves y talleres participativos con personas con VIH, entrevistas en profundidad a liderazgos locales	Estigma Discriminación

VIII Acercamiento conceptual

Para elaborar este apartado de acercamiento conceptual, se retomaron las categorías de análisis que se identificaron en la matriz de operacionalización de objetivos, así como las dos categorías macro a las que nos remite el objetivo general del diagnóstico: zonas rurales y Derechos Humanos fundamentales. Se inicia con éstas dos y luego se presentan las categorías específicas.

1. Zonas rurales y ruralidad

Es un hecho contundente que el espacio rural en los países americanos ha venido evolucionando, enfrentándonos hoy a un nuevo escenario rural, basado en un carácter territorial, que permite visualizar los asentamientos humanos y sus relaciones en un continuo rural-urbano expresado, entre otros aspectos, en el desarrollo progresivo de actividades agrícolas no tradicionales y actividades no agrícolas en el medio rural.

Generalmente, las zonas rurales se encuentran ubicadas geográficamente a importante distancia respecto de las zonas urbanas, de las cuales por supuesto no solo difieren en cuanto a los espacios para el verde que proliferan en las primeras y escasean en las segundas, sino también en los usos y costumbres, la forma de vida y en la concepción del tiempo que ostentan los y las que habitan en un lugar y en el otro.

En el marco de ejecución del Proyecto “Construyendo Alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, asumimos que lo rural es una cuestión antropológica-cultural, más allá de sólo habitar en los campos o trabajar la tierra. Se trata de una cosmovisión que constituye un mundo propio, el cual se expresa en estructuras de representación, expresivas, normativas y prácticas que le son propias:

- modos de conocer, procesos de pensamiento, integración de dimensiones del saber diferentes;
- formas de expresión propias que se revelan en el léxico y en las formas la conversación, con predominio de lo hablado sobre lo escrito;
- normas de convivencia y de organización social con mayor expresión de tejido comunitario y de forma de relacionarse con la naturaleza. Es casi ley que la gente que vive en una zona rural se relacione más frecuentemente con sus vecinos, incluso saludándose unos a otros en las calles, aunque no se conozcan, algo que por la extensión primero y por el individualismo y la rapidez con la cual se vive en las áreas urbanas, es casi imposible de ver o de poner en práctica. En la ciudad todo se quiere ya, llegar rápido a casa luego del trabajo, que lo atiendan rápido en un negocio, en el restaurante o en el médico y esto es porque la gente vive y respira en función del tiempo, cosa que casi no ocurre en las poblaciones rurales.

La aplicación de instrumentos de este estudio, se circunscribe a población procedente de comunidades catalogadas como rurales en cada uno de los países.

Condiciones generales de la ruralidad¹⁹

- Implica inexistencia o mal estado de las vías o medios de comunicación, los cuales magnifican la distancia y el tiempo, por ende dificultan el acceso de las personas con VIH o sida a las zonas donde se ubican las unidades de salud que se encargan de su atención especializada.
- La ruralidad no solo representa una lejanía espacial, sino también una distancia respecto a los servicios de salud y a la información en general, lo que contribuye a que las personas con VIH o sida de áreas rurales tengan información distorsionada o inexistente respecto al tema.
- En estas zonas las personas son excluidas de la amenaza del VIH, hay incredulidad en su situación seropositiva, se percibe innecesaria la toma del medicamento y del apego al mismo, así como la falta de una cultura de auto cuidado.
- Influye en el acceso y apego al tratamiento, día con día significa para las personas obtención de recursos, razón por la que, acudir a la consulta representa no solo perder esa oportunidad de obtención, sino también, el egreso de recursos significativos para la familia.
- La ruralidad en términos de este proyecto, que abarca Guatemala, Honduras y Nicaragua está muy ligada a las características de las comunidades rurales, los pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes garífunas.

2. Derechos Humanos fundamentales

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, un amplio abanico de Derechos Humanos, inherentes a toda persona sin discriminación de ningún tipo. Entre ellos figuran además del derecho a la libertad de expresión y a no sufrir torturas ni malos tratos, también el derecho a la educación y a una vivienda adecuada, así como otros derechos económicos, sociales y culturales.

Los derechos económicos, sociales y culturales constituyen una amplia categoría de derechos humanos garantizados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en otros tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos jurídicamente vinculantes. Casi todos los países del mundo son Estados Partes en alguno de los tratados que garantizan dichos derechos. Entre éstos se encuentran:

- El derecho al trabajo, en concreto a condiciones laborales justas y equitativas, a la protección contra el trabajo forzado y obligatorio y a crear sindicatos y formar parte de ellos;

¹⁹ Inciso tomado de manera íntegra del documento del Proyecto “Construyendo Alianzas”.

- El derecho a la educación, garantizando, por ejemplo, el derecho a una educación primaria gratuita y obligatoria y a una educación suficientemente disponible, accesible, aceptable y adaptable a cada persona concreta;
- Los derechos culturales de las minorías y de los pueblos indígenas;
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidas unas condiciones de vida saludables y la disponibilidad de servicios de salud accesibles, aceptables y de buena calidad;
- El derecho a una vivienda adecuada, que incluye la seguridad de tenencia, la protección contra desalojos forzados y el acceso a una vivienda asequible, habitable, bien situada y culturalmente satisfactoria;
- El derecho a la alimentación, que incluye el derecho a no pasar hambre y el acceso permanente a comida nutritiva suficiente o a los medios para obtenerla;
- El derecho al agua, es decir, el derecho a disponer de agua suficiente y a contar con instalaciones higiénicas seguras y accesibles física y económicamente.

Para efectos de este diagnóstico, se centrará el análisis en el derecho al trato digno, al trabajo, a la educación, a la salud y a los derechos relacionados con el respeto a su identidad cultural, que se amplían más adelante.

3. La dignidad de la persona y el derecho al trato digno

El término **dignidad** viene del latín *dignitas*, que significa valioso, estimable, digno de ser honrado.

Cuando nos referimos a que algo es digno, estamos enfatizando que es algo que vale por sí mismo y que no es una concesión de ningún agente externo, ya sea religioso, filosófico o de cualquier otra naturaleza. La dignidad es consustancial al ser humano. Junto con el raciocinio, son dos hechos distintivos de la humanidad que los diferencia de los otros seres vivos del planeta. Por su grandeza y magnitud, es un concepto difícil que quede delimitado por las categorías del pensamiento humano. Por eso los grandes pensadores y filósofos se han referido al valor de la dignidad como un concepto universal.

La exigencia de que la persona no sea tratada como un medio sino como un fin, implica también que cada persona es libre y responsable de tomar sus propias decisiones, que puede elegir el tipo de vida que desee y que es capaz de asumir las consecuencias de su propia decisión. Por ello, las exigencias de la dignidad humana implican una actitud de no injerencia o no intervención, y además, una exigencia de garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales para que cada persona sea el agente de su propia vida (Dr. José Luis Soberanes Fernández. En: Revista Nacional de Derechos Humanos. Año 1, número 1, 2006. pp. 92-93).

El derecho al trato digno. Es el derecho a contar con condiciones materiales y trato acordes con las expectativas a un mínimo de bienestar generalmente aceptadas por los miembros de la especie humana. Los seres humanos tienen sus fines propios y estos fines sólo pueden ser realizados por decisión personal, exentos de la coacción de otros individuos y de la coacción de los poderes públicos que interfieran con la realización de estos fines.

En ocasiones puede constatarse que hay actos violatorios contra la dignidad humana por parte de los servidores públicos, tales como la práctica de tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes en el desempeño de sus funciones.

Cabe destacar la importante conexión del derecho al trato digno con otros derechos tales como el derecho a la no discriminación, el derecho a no ser torturado (a), el derecho a una vida digna y el conjunto de los llamados derechos económicos, sociales y culturales.

La estructura jurídica del derecho al trato digno, implica un derecho para el titular (el ser humano), que tiene como contrapartida la obligación de la totalidad de los servidores públicos, de omitir las conductas que vulneren las condiciones mínimas de bienestar (bien jurídico protegido), particularmente los tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes. Implica también, la facultad de ejercicio obligatorio de los servidores públicos, de acuerdo con sus respectivas esferas de competencia, de llevar a cabo las conductas que creen las condiciones necesarias para que se verifique el mínimo de bienestar.

4. Derecho al trabajo decente

El concepto de Trabajo Decente fue formulado por los mandantes de la OIT – gobiernos y organizaciones de empleadores y trabajadores – como una manera de identificar las prioridades de la Organización. Se basa en el reconocimiento de que el trabajo es fuente de dignidad personal, estabilidad familiar, paz en la comunidad, democracias que actúan en beneficio de todos y todas y crecimiento económico, que aumenta las oportunidades de trabajo productivo y el desarrollo de las empresas.

El trabajo decente resume las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Implica oportunidades de trabajo productivo y con un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad de expresar opiniones, organizarse y participar en la toma de decisiones e igualdad de trato para todas las mujeres y hombres.

El trabajo decente refleja las prioridades de la agenda social, económica y política de países y del sistema internacional. En un período de tiempo relativamente breve, este concepto ha logrado un consenso internacional entre gobiernos, empleadores, trabajadores y la sociedad civil sobre el hecho de que el empleo productivo y el trabajo decente son elementos fundamentales para alcanzar una glo-

balización justa, reducir la pobreza y obtener desarrollo equitativo, inclusivo y sostenible.

5. Derecho al sistema educativo de acuerdo a su cultura

El sistema educativo posee unas finalidades y una organización y estructura propias para desarrollar el currículum que diseñe. Desde una concepción más amplia el sistema educativo abarca no sólo a la escuela sino a todos los medios sociales que influyen en la educación.

Por sistema educacional se entiende la forma en la cual se organiza la educación formal y sus diferentes niveles en un determinado país. Para cada nivel se definen las exigencias de ingreso y egreso, el currículum de cada nivel o según lo definido por cada institución en el caso de la educación superior. Por lo general los niveles educacionales están determinados por actos legislativos (leyes) o ejecutivos (decretos y reglamentos) en cada país, en menor o mayor detalle.

Un sistema educacional distingue por lo general los niveles de educación preescolar, primaria (de carácter obligatorio en la mayoría de los países), secundaria, superior, así como los niveles especiales correspondientes a la educación de adultos y educación especial.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio preconizan, como segunda prioridad, después de la lucha contra la pobreza extrema, el acceso a una educación básica de calidad para todos. La Cumbre de Dakar, 10 años después de Jomtien²⁰, ha reiterado el derecho a una educación básica de 10 años para todos, a cumplirse al 2015.

La Educación Bilingüe Intercultural se coloca al interior de estas metas, como uno de los factores que conducen a mayor equidad de acceso y a una mayor calidad de la educación para los pueblos indígenas del mundo.

Casi todos los países reconocen, desde el último decenio, en sus cartas constitucionales los derechos específicos de los pueblos indígenas respecto a sus lenguas, a su cultura y por ende a su educación. Y cada uno de los tres países considerados para el diagnóstico, cuenta con su propio modelo de educación bilingüe intercultural.

En Guatemala, en el año 2003 se creó el Viceministerio de Educación Bilingüe Intercultural. El Modelo Educativo Bilingüe e Intercultural, es un instrumento técnico normativo y orientador para el desarrollo efectivo de lineamientos, políticas, programas, proyectos, planes y acciones de la administración educativa en todos los casos dirigidos a regiones y comunidades con población indígena, y que el personal docente, técnico y administrativo debe realizar en el Sistema Educativo Nacional.

²⁰ Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Educación, Jomtien, Tailandia, 1991; Dakar, Senegal, 2000.

Por ser un proceso participativo, el Modelo Educativo Bilingüe e Intercultural, se convierte en una respuesta a las aspiraciones y los derechos educativos, políticos, económicos y culturales de los pueblos del país. Particularmente, de los Pueblos Garífuna, Maya y Xinka, aplicable a ellos y de observancia general para todas las instituciones educativas del país.

En Honduras, el Programa de Educación Bilingüe Intercultural está fundamentado en los principios de equidad, unidad en la diversidad, e igualdad de oportunidades educativas; por tanto, la Secretaría de Educación lo ha colocado en un lugar preferente de su agenda. Consiste en la educación de los grupos étnicos del país en su propia lengua y en el respeto a sus valores y a su cultura.

La educación bilingüe e intercultural pretende llevar los beneficios de la ciencia y de la cultura nacional a segmentos de la población tradicionalmente postergados; por este motivo el Estado ha diseñado estrategias con las que se pretende asegurar a estos grupos una educación de calidad y diferenciada a partir de tres grandes ejes: incorporación pluralista, educación integral y defensa y rescate de su característica lingüísticas y culturales (Lara Pinto, 1996).

En Nicaragua, el Sistema Educativo Autonómico Regional (SEAR) es el modelo de educación para las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Es un modelo educativo participativo, el cual se ejerce de manera descentralizada y autónoma y que responde a las realidades, necesidades, anhelos y prioridades educativas de su población multiétnica, multilingüe y pluricultural. Este Modelo se orienta hacia la formación integral de niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres costeñas en todos los niveles del sistema educativo, así como hacia el respeto, rescate y fortalecimiento de sus diversas identidades étnicas, culturales y lingüísticas. El (SEAR) cuenta con su propia Visión y Misión educativa.

6. Salud y Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto amplio y complejo que incluye el grado de adecuación del individuo a su entorno, principalmente al entorno físico (condiciones de vida) y a la opinión que éste tiene respecto al mismo. Además incluye la satisfacción de una serie de necesidades y es necesario evaluar la calidad de vida de la población en sus diferentes niveles para dar un paso más hacia el análisis de su relación con el proceso salud-enfermedad.

Para aproximarnos al tema de calidad de vida debemos hacer algunas definiciones como satisfacción de vida, salud proceso salud-enfermedad, necesidades de salud y Sistema de Salud.

La **satisfacción de vida** se refiere a la evaluación subjetiva de la condición de un individuo, comparada con algún estándar externo de referencia o bien con sus propias expectativas.

La **salud-enfermedad** es el equivalente a la vida del ser humano en todos sus aspectos, que en el lado positivo debería dar un sujeto bien integrado en su estructura física como en su fisiología y funciones sociológicas. Este proceso adapta y mantiene en equilibrio al individuo tanto con el medio físico como al social .El proceso salud-enfermedad es resultante de un conjunto de factores o necesidades no satisfechas y algunas veces no percibidas, los cuales reflejan, en términos generales, las condiciones de vida de la población dependiendo en última instancia de la estructura económica y de la organización social del país.

Se ha logrado ya un gran avance en la reconceptualización de la salud y la enfermedad, considerándolas como un proceso y en el reconocimiento de que tanto el tipo de enfermedades como su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente, del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, trabajo e ingreso, siendo estos dos últimos grandes determinantes de los demás, tanto esenciales como secundarias y superfluas.

Bradshaw en su análisis del concepto de necesidad social, lo define en cuatro formas:

- 1) **necesidad normativa**: es aquella definida por los expertos y que resulta al comparar una situación deseable con una real de una persona. Es el resultado de un juicio de valor;
- 2) **necesidad sentida**: es la necesidad de un servicio cuando la gente así lo percibe; no refleja la necesidad real ya que está limitada por las percepciones individuales;
- 3) **necesidad expresada** o demanda: es una necesidad sentida traducida en una acción concreta. Sin embargo, no toda necesidad percibida se traduce en demanda y puede ser satisfecha a través de la utilización de servicios o no;
- 4) **necesidad comparativa**: resulta del análisis de las características de personas que reciben servicios y de la identificación de personas con las mismas características pero que no reciben servicios, las cuales por definición están necesitadas.

Alderson clasifica las necesidades de salud en: **necesidades percibidas** que son condiciones identificadas como anormales por el individuo o su familia, a partir de lo cual se derivan acciones. **Necesidades no manifiestas**, que son condiciones no reconocidas por el individuo o sus familiares, pero que pueden ser identificadas por los expertos, la **demandas de servicios no satisfecha**, es una necesidad expresada por el individuo pero no atendida, debido a problemas tales como la disponibilidad o la accesibilidad de los servicios; y la **demandas satisfecha** que son condiciones identificadas y atendidas por el Sistema de Salud.

Sistema de Salud se puede definir como un conjunto de elementos que se encuentran relacionados entre sí, que mantienen una dinámica interna, una estre-

cha relación con su entorno y cuyo objetivo fundamental es promover, prevenir, curar y/o rehabilitar el buen equilibrio dentro del continuo salud-enfermedad.

En Guatemala se creó desde el año 2009 la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, la cual debe responder a los fines establecidos en las leyes aplicables y dependerá directamente del Despacho Ministerial de Salud.

Los objetivos que se quieren alcanzar con este Acuerdo Ministerial son:

- a. El desarrollo de la salud de los Pueblos Indígenas en Guatemala;
- b. La valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, elementos terapéuticos, métodos y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en Guatemala;
- c. La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agrede sus formas de vida y cosmovisión;
- d. El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena, intencionado estudios e investigación, sensibilización de la red del Sistema Nacional de Salud, sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas;
- e. Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinca y No Indígena.

7. Derechos relacionados con el respeto a su identidad cultural

La cosmovisión y prácticas culturales de los pueblos indígenas están íntimamente relacionadas con los espacios naturales y se diferencian de las visiones de otros sectores que separan lo natural de lo humano. Sin duda, las diversas formas de aproximación, administración y manejo de los recursos naturales y de la biodiversidad que existen en América Latina han estado marcadas por las diferencias entre estos distintos tipos de lógicas.

La diversidad biológica en América Latina se encuentra indisolublemente asociada a la heterogeneidad de culturas. A lo largo del tiempo, pueblos indígenas y afrodescendientes, así como otros grupos poblacionales establecieron vínculos significativos con la naturaleza y manejaron sus recursos, al tiempo que desarrollaron conocimientos sobre las dinámicas específicas de los ecosistemas y por lo general ubicados en las áreas rurales, que sufren y viven aún más el aislamiento de la cultura urbana.

Una mirada intercultural

Reconociendo finalmente a su realidad, las naciones latinoamericanas se conciben hoy en día como multiculturales, albergando en sus sociedades pueblos, len-

guas y culturas diversas. La Interculturalidad sin embargo es un paso más: es la interacción y la convivencia de las varias culturas y de sus portadores como iguales, con iguales derechos e iguales oportunidades.

Sin embargo, difícilmente habrá interculturalidad entre iguales, si las poblaciones indígenas no acceden a todos los derechos ciudadanos de igual manera. Esto comporta una política mirada de formación de líderes, de preparación de profesionales y de expertos en los temas culturales, apoyados por una actividad de investigación de las culturas mismas, de su historia, de su memoria y de sus saberes. Estos saberes deben ser cualificados, sistematizados y accesibles al uso de las y los educadores, de las y los estudiantes y del público en general.

Pero necesitan también poder compararse y medirse con los saberes de las y los otros, con la ciencia occidental y las tradiciones de la sociedad mestiza. Para eso hay que crear espacios compartidos para posibilitar el diálogo intercultural. Y conviene enfatizar el papel de la enseñanza de una Historia reescrita, despojada de la visión única de la sociedad dominante, contada e interpretada en función de un acercamiento de los variados actores y en pos de la búsqueda de un futuro común.

Una perspectiva multicultural

Una perspectiva transcultural nos dice que todo aspecto de la actividad humana está conformado por la cultura y es influenciado por el aprendizaje.

Esta reflexión nos lleva a concluir que un desafío en el abordaje del VIH con perspectiva multicultural, es que debemos abordar las prácticas sexuales y trabajar en la prevención mediante acciones de información, educación y comunicación que lleven a cambios en las prácticas sexuales de los seres humanos, las cuales están mediatizadas por la cultura y los procesos de socialización inherentes. En todas las etapas del ciclo de vida, es decir, que tanto durante la niñez, la adolescencia y la etapa adulta se deben trabajar estos cambios de comportamiento para romper el ciclo intergeneracional (brechas) que contribuye a mantener la transmisión del VIH.

En el caso del diagnóstico que nos ocupa, en el que se busca que contribuya a visibilizar la realidad de zonas rurales, indígenas y afrodescendientes creoles y garífunas tomando en cuenta los contextos, construcciones y subjetividades respecto a la salud y enfermedad presente en estas zonas; es vital considerar que

“el problema ético – cultural del SIDA, que no es lo que él es, sino lo que representa, sus símbolos sus imágenes...nace de la percepción cultural de una imagen que no es el SIDA, falsificada, inexistente.... Contiene creencias irracionales del inconsciente colectivo de la cultura occidental”²¹

²¹ Presentación del Abordaje intercultural del VIH: Bluefields, Nicaragua, 2011

En tanto, Marjukka Mankila (2005) plantea que: “*Lo primero y más importante era luchar contra los mitos y la desinformación imperantes... la gente...es muy supersticiosa y piensa que la enfermedad está relacionada con los malos espíritus... es fundamental contar con el apoyo de los curanderos o shamanes, los denominados “zukias”. Los grupos indígenas rurales acuden al curandero o shaman en primera instancia y solo en caso de gravedad acuden al médico convencional...*” Lo anterior lleva a concluir que es absolutamente imprescindible contar con su colaboración para que proporcionen información sobre la perspectiva cultural de salud y enfermedad en general y particularmente en lo relacionado al VIH.

Partiendo del conocimiento así obtenido, desde el planteamiento realizado en Bluefields, Nicaragua, con relación al abordaje intercultural del VIH, podrá realizarse un abordaje del VIH y sida “culturalmente adecuado”, con un interés genuino por las creencias y valores de los curanderos tradicionales (sukias, buyei, etc.), que permita tender un puente entre los dos sistemas de salud complementarios y se logre la disposición a la colaboración mutua por parte de los agentes de la medicina tradicional y los de la medicina occidental.

De manera similar a lo planteado en Nicaragua, en Guatemala, coexisten al menos dos sistemas de salud, debido a que a través del tiempo las culturas han practicado diversas formas de atención y prevención de desequilibrios de salud, con sus propias características.

“*En esa diversidad cultural, se sabe que en manos, mentes y corazones de sabios y sabias indígenas, afro descendientes y garífunas yace el conocimiento para la prevención y cura de diversas enfermedades, región que deberá establecer entre las culturas y los pueblos, vasos comunicantes, diálogos recíprocos, respeto sentido y las bases para la armonización de conocimientos y saberes entre sistemas de salud*”.²²

Es fundamental el reconocimiento, respeto, valoración y protección de otros sistemas de salud: de los pueblos indígenas, afro descendientes y garífunas en la región centroamericana; así como conceptualizar, organizar e implementar los servicios de salud, tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, Afro descendientes y Garífunas, respetando su forma de vida y el abordaje de ITS, VIH y Sida desde su cosmovisión.

Tal como se expresó en Nicaragua, en la presentación del Abordaje Intercultural del VIH, el éxito de una estrategia “culturalmente adecuada” no está en “educar” a una población bajo la cosmovisión occidental, sino, en integrar los conocimientos de ambos sistemas de salud (occidental y tradicional), a través de la participación activa de los agentes tradicionales de salud, logrando un intercambio de conocimientos y puesta en práctica de los mismos’.

²² Presentación: Desafíos sobre la pertinencia cultural y de género en la construcción de alianzas para la prevención del VIH en las zonas rurales, indígenas y de afrodescendientes de Guatemala, Lourdes Xitumul, 2011.

IX Cronograma

Actividades	Año 2011					Año 2012	
	Agto.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Febr.
Actividades organizativas por país.	x						
Investigación documental	x	x					
Elaboración de versión preliminar de protocolo e instrumentos	x	x					
Socialización y retroalimentación de protocolo		x					
Elaboración del Protocolo final			x				
Taller introductorio a la metodología de la investigación (con el personal de campo)		x	x				
Operativización del estudio		x	x				
Validación de propuesta de instrumentos		x	x				
Aplicación de instrumentos (recopilación de información /trabajo de campo)				x	x		
Procesamiento de información					x	x	
Envío de información a la investigadora principal y coordinación					x	x	
Análisis de información						x	
Elaboración y entrega de versión borrador del Dx							x
Retroalimentación a la versión preliminar							x
Elaboración de la versión final con los insumos y entrega de informe							x

X Bibliografía

Aguilar HS. VIH/SIDA en Guatemala. Una Bibliografía anotada. Mimeo. Julio. Guatemala, Guatemala. 1996

Ander-Egg, Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social. Humanitas, Buenos Aires, 1987.

Baumeister y Rocha: Crisis y pobreza rural en América Latina: el caso de Nicaragua.

Bronfman, M. (et al). Movilidad poblacional y VIH SIDA Contexto de vulnerabilidad en México y centro américa. (Colectivo de autores. Equipo de investigación). INSP, Primera Edición, 2004.

Bronfman-Pertzovsky M. Leyva R. Traileros en la frontera México-Guatemala. Impacto de una intervención informativa sobre ETS/VIH/SIDA y promoción del uso del condón. SSA Instituto Nacional De Salud Pública. 2000.

Bunge, Mario. La investigación científica. Ariel, Barcelona, 1982.

Dieterich, Heinz. Nueva guía para la investigación científica. Ariel, México, 1996.

OMS/OPS. Situación epidemiológica de la TB en las Américas, 2004.

Padua, Jorge. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. FCE, México, 1997.

Rojas Soriano, Raúl. Investigación social. Teoría y praxis. Plaza y Valdés, México, 2001.

Traa-Valerezo, Ximena. Evaluación Social y Estratégica para pueblos indígenas y afrodescendientes. Investigación bibliográfica sobre la situación del VIH/SIDA en Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. World Bank. 2004.

Diarios y Revistas

El Universal on line, 5 de marzo del 2006.

Revista Nacional de Derechos Humanos. Año 1, número 1, 2006. pp. 92-93. Dr. José Luis Soberanes Fernández.

Publicaciones de Organismos e Instituciones

Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral (IDEI): Reduciendo comportamientos sexuales de trabajadores migrantes del grupo étnico maya Mam en el Sur Occidente de Guatemala, Guatemala, 2000.

Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral IDEI: Reduciendo comportamientos sexuales de alto riesgo de VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas de la etnia Mam que participan en el proceso migratorio del Altiplano a la Costa del Pacífico –sin fecha de elaboración-.

Comisión Nicaragüense del Sida - CONISIDA. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2006-2010. Nicaragua. 2007.

Comisión Nicaragüense del Sida - CONISIDA. Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Nicaragua.

CONEVIH y Plan Guatemala. Informe de evaluación final del proyecto “Reducción de estigma, discriminación y Promoción de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH”. Guatemala. 2010.

FAO: Marco estratégico regional de los Programas PESA en Centroamérica: 2008-2015, 2007.

FAO: Situación de las mujeres rurales en Honduras, 2008.

Hospital Nacional Dr. “Rodolfo Robles”, Quetzaltenango, Guatemala: López, Cesar A., Hospital Nacional Dr. “Rodolfo Robles”, Quetzaltenango, Guatemala; Ikeda, J.M. Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo, Quetzaltenango, Guatemala, Camacho, N. IDEI y Hearst, N. Universidad de California en san Francisco, EUA. Estudio sobre las infecciones del VIH entre los trabajadores agrícolas, 2001.

INIDE, Nicaragua. ENDESA 2007.

Naciones Unidas: Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003.

ONUSIDA: Informe Mundial sobre el SIDA, Ginebra, Suiza, 2004.

XI Anexos

A. Distribución de muestra a aplicar por país

1. Guatemala

a) Encuestas CAP-a personas con VIH

Departamento	No. de casos a Sept. 2010	% de población rural ²³	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total	No. de encuestas a aplicarse
Reu	1268	63.65	807	7.8325319	31
Izabal	1562	71.2	1112	10.79308343	43
Escuintla	2453	52.3	1283	12.45041271	50
Suchitepéquez	1249	58.94	736	7.144257192	29
Petén	937	69.9	655	6.356254496	25
Guatemala	6744	13.96	941	9.136660563	37
San Marcos	1930	78.2	1509	14.64699633	59
Quetzaltenango	1442	44.8	646	6.269426066	25
Zacapa	378	61.07	231	2.24028995	9
El Progreso	240	63.94	153	1.48925266	6
Sacatepéquez	388	15.78	61	0.594187122	2
Santa Rosa	375	65.14	244	2.370628672	9
Chiquimula	340	74	252	2.441715992	10
Jutiapa	462	72.85	337	3.266299786	13
Alta Verapaz	574	79	453	4.400717542	18
Baja Verapaz	194	72.69	141	1.368550758	5
Chimaltenango	275	51.15	141	1.365094895	5
Jalapa	150	68.43	103	0.996144428	4
Sololá	152	51.2	78	0.75526274	3
Quiché	273	75.35	206	1.99632118	8
Totonicapan	135	64.15	87	0.840455919	4
Huehuetenango	166	77.31	128	1.245455664	5
Otros	573				
Total	22260		10304		400

²³ INE. XI Censo de Población y VI de Habitación, 2002. Guatemala.

b) Técnicas cualitativas

Al menos **35** Entrevistas a profundidad. **Cinco** de ellas con actores claves en la respuesta nacional al VIH: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, ONUSIDA, etc. Las restantes se distribuyen en cada uno de los territorios donde se realizarán los grupos focales y talleres diagnósticos abajo detallados. Se aplicarán a representantes locales de: Hospitales y Delegaciones Departamentales de las Instituciones del Estado garantes de los Derechos Humanos Fundamentales: Educación, Salud, Trabajo.

No.	Área de concentración seleccionada para el estudio	Departamentos/Regiones que participan
6 Grupos focales con personas adultas/Informantes claves. Con líderes religiosos, líderes comunitarios, líderes indígenas, redes de la diversidad sexual, de TS, familiares y allegados de personas con VIH.		
1	Guatemala	Guatemala, Escuintla, El Progreso, Sacatepequez, Santa Rosa, Chimaltenango
2	Xela	Rey, Suchitepequec, San Marcos, Quetzaltenango, Sololá, Quiché, Totonicapan, Huehuetenango
3	Izabal	Puerto Barrios, Zacapa, Chiquimula
4	Petén	Petén
5	Alta Verapaz	Alta Verapaz y Baja Verapaz
6	Jutiapa	Jutiapa, Jalapa
3 Grupos focales con adolescencia y juventud con o sin VIH. Se propone realizar al menos un grupo en cada uno de los siguientes departamentos: Guatemala, Izabal, Xela. Se aplicarán estándares de protección durante los grupos focales con adolescentes para garantizar el buen trato y respeto a sus derechos.		
4 Talleres diagnósticos participativos. Cada Taller con 30 personas con VIH máximo, por área seleccionada para el estudio: Guatemala, Izabal, Petén y Xela. Estas 30 personas se seleccionarán según método de conveniencia.		

c) Participantes en los talleres diagnósticos

c.1) Taller en Ciudad Guatemala

Departamentos que participan	No. de casos a Sept. 2010	% de población rural	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Guatemala	6744	13.96	941	33.3	10
Escuintla	2453	52.3	1283	45.4	14
El Progreso	240	63.94	153	5.4	1
Sacatepequez	388	15.78	61	2.2	1
Santa Rosa	375	65.14	244	8.6	3
Chimaltenango	275	51.15	141	4.98	1
			2824		30

c.2) Taller en Xela

Departamentos que participan	No. de casos a Sept. 2010	% de población rural	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Reu	1268	63.65	807	19.2300416	6
Suchitepequec	1249	58.94	736	17.5402239	5
San Marcos	1930	78.2	1509	35.9605747	11
Quetzaltenango	1442	44.8	646	15.3923821	4
Sololá	152	51.2	78	1.8542834	1
Quiché	273	75.35	206	4.90126818	1
Totonicapan	135	64.15	87	2.06344545	1
Huehuetenango	166	77.31	128	3.05778062	1
Totales			4197		30

c.3) Taller en Izabal

Departamentos que participan	No. de casos a Sept. 2010	% de población rural	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Izabal	1562	71.2	1112	69.7448859	21
Zacapa	378	61.07	231	14.4767497	4
Chiquimula	340	74	252	15.7783644	5
Totales			1595		30

c.4) Taller en Petén

Departamentos que participan	No. de casos a Sept. 2010	% de población rural	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Petén	937	69.9	655		30

Jutiapa	462	337
Alta Verapaz	574	453
Baja Verapaz	194	141
Jalapa	150	103

2. Honduras

a) Encuestas CAP-a personas con VIH

Datos de Honduras

Notas: Para calcular el número de encuestas a aplicar por departamento, se estimó el porcentaje de población rural con VIH calculando un 47.8 % según el Informe de Desarrollo Humano 2011; luego se calculó el peso porcentual que tiene cada departamento del total de casos acumulados de VIH a marzo del 2011 y finalmente, se calculó el número de encuestas por departamento, en base a este peso porcentual.

Departamento	Cant. de casos acumulados a Mzo. 2011	Cantidad según % de población rural - IDH 2011 (47.8 %)	% que representan esa población rural, del total de casos	Cantidad de encuestas a aplicarse
Cortés	11,086	5299	38.5	154
Francisco Morazán	6,295	3009	21.9	87
Atlántida	2,805	1341	9.7	39
Yoro	1,718	821	6.0	24
Choluteca	1,303	623	4.5	18
Colón	1,277	610	4.4	18
Comayagua	929	444	3.2	13
Santa Bárbara	650	311	2.3	9
Copán	614	69	0.5	2
El Paraíso	532	254	1.8	7
Valle	514	246	1.8	7
Islas de la Bahía	389	186	1.4	5
Olancho	384	184	1.3	5
Gracias a Dios	319	152	1.1	4
La Paz	134	64	0.5	2
Lempira	132	63	0.5	2
Ocotepeque	107	51	0.4	1
Intibucá	90	43	0.3	1
Ignorado/Otros	52	13770	100.0	400
Total	29,330	47.80%		

b) Técnicas cualitativas

Al menos 35 Entrevistas a profundidad. Cinco de ellas con actores claves en la respuesta nacional al VIH: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, ONUSIDA, etc. Las restantes se distribuyen en cada uno de los territorios donde se realizarán los grupos focales y talleres diagnósticos abajo detallados. Se aplicarán a representantes locales de: Hospitales y

Delegaciones Departamentales de las Instituciones del Estado garantes de los Derechos Humanos Fundamentales: Educación, Salud, Trabajo.

No.	Área de concentración seleccionada para el estudio	Departamentos/Regiones que participan
6/7? Grupos focales con personas adultas/Informantes claves. Con líderes religiosos, líderes comunitarios, líderes indígenas, redes de la diversidad sexual, de TS, familiares y allegados de personas con VIH.		
1	Choluteca	Choluteca y Valle
2	El Progreso	Atlántida, Yoro
3	San Pedro Sula	Cortés
4	Tegucigalpa	La Paz, Comayagua, Francisco Morazán, Olancho
5	Copán	Copán, Ocotepeque, Lempira, Intibucá
6	Gracias a Dios	Gracias a Dios / Colón?
3 Grupos focales con adolescencia y juventud con o sin VIH. Se propone realizar al menos un grupo en cada uno de los siguientes departamentos: Choluteca, Francisco Morazán, Cortés. Se aplicarán estándares de protección durante los grupos focales con adolescentes para garantizar el buen trato y respeto a sus derechos.		
4 Talleres diagnósticos participativos. Cada Taller con 30 personas con VIH máximo, por área seleccionada para el estudio: Choluteca, El Progreso, Tegucigalpa y Copán. Estas 30 personas se seleccionarán según método de conveniencia.		

c) Participantes en los talleres diagnósticos

c.1) Taller en Choluteca

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Choluteca	1,303	623	55	16
Valle	514	246	22	7
El Paraíso	532	254	23	7
Totales	2,349	1123	100	30

c.2) Taller en El Progreso

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Atlántida	2,805	1341	18	6
Yoro	1,718	821	11	3
Cortés	11,086	5299	71	21
Totales	15,609	7461	100	30

c.3) Taller en Tegucigalpa

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
La Paz	134	64	2	1
Comayagua	929	444	12	4
Fco. Morazán	6,295	3009	81	24
Olancho	384	184	5	1
Totales	7742	3701	100	30

c.4) Taller en Copán

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Copán	614	293	65	20
Lempira	132	63	14	4
Ocotepeque	107	51	11	3
Intibucá	90	43	10	3
Totales	943	450	100	30

Colón	1,277	610
Santa Bárbara	650	311
Islas de la Bahía	389	186
Gracias a Dios	319	152

3. Nicaragua

a) Encuestas CAP-a personas con VIH

Datos de Nicaragua

Notas: Para calcular el número de encuestas a aplicar por departamento, se tomó el dato del peso porcentual que tiene cada departamento según casos acumulados de VIH a diciembre 2008.

Departamento	No. de casos acumulados a Dic. 2008	% de población rural – según censo 2005	Cant. de casos según % de pobl. rural	% que representan los casos, del total	Cantidad de encuestas a aplicarse
Managua	1810	10	181	15.6	37
Chinandega	621	40	248	21.5	51
León	291	41	119	10.3	24
Masaya	234	45	105	9.1	21
RAAN	163	72	117	10.1	24
RAAS	128	63	81	7.0	16
Chontales	98	42	41	3.6	8
Rivas	88	53	47	4.0	10
Granada	86	36	31	2.7	6
Carazo	61	38	23	2.0	5
Jinotega	50	79	40	3.4	8
Matagalpa	49	63	31	2.7	6
Nueva Segovia	42	59	25	2.1	5
Estelí	40	41	16	1.4	3
Madriz	35	69	24	2.1	5
Boaco	31	69	21	1.8	4
Río San Juan	8	75	6	0.5	1
Total	3835		1157	100.0	236

b) Técnicas cualitativas

Al menos 67 Entrevistas a profundidad. Veintitrés de ellas con actores claves en la respuesta nacional al VIH: MINSA, Componente Nacional de VIH; CONISIDA; Ministerio de la Familia, Ministerio del Trabajo, MINED, MIGOB, Procuraduría de la Mujer, Procuraduría de la Niñez, Procuraduría de la Diversidad sexual. RETRASEX. REDLACTRANS, CEPRESI, Profamilia, Ixchen, CCPIAN, FECONORI, CENIDH, Iglesia Luterana, Iglesia Católica, ONUSIDA, UNICEF UNDP.

Las restantes 44 Entrevistas se distribuyen a 4 entrevistas por cada uno de los 11 territorios donde se realizarán los grupos focales abajo detallados. Se aplicarán a representantes locales de: Hospitales, SILAIS y Delegaciones Departamentales del MINED y Ministerio del Trabajo.

No.	Área de concentración seleccionada para el estudio	Departamentos/Regiones que participan
11 Grupos focales con personas adultas/Informantes claves. Con líderes religiosos, líderes comunitarios, líderes indígenas, redes de la diversidad sexual, de TS, familiares y allegados de personas con VIH.		
1	Bilwi	RAAN
2	Waspam	
3	Bluefields	RAAS
4	León	León y Chinandega
5	Estelí	Estelí
6	Matagalpa	Matagalpa, Jinotega
7	Ocotal	Madriz y Nueva Segovia
8	Managua	Managua
9	Masaya	Masaya, Granada, Carazo
10	Boaco	Boaco, Chontales
11	Rivas	Rivas
4 Grupos focales con adolescencia y juventud con o sin VIH. Se aplicarán estándares de protección durante los grupos focales con adolescentes para garantizar el buen trato y respeto a sus derechos.		
Al menos 5 Talleres diagnósticos participativos. Cada Taller con 30 personas con VIH máximo, por área seleccionada para el estudio. Estas 30 personas se seleccionarán según método de conveniencia.		
1	Bilwi	RAAN
2	Bluefields	RAAS
3	León	León y Chinandega
4	Estelí	Matagalpa, Jinotega, Estelí, Madriz y Nueva Segovia
5	Managua	Managua, Masaya, Granada, Carazo, Boaco, Chontales, Rivas y Río San Juan

c) Participantes en los talleres diagnósticos del Pacífico

- **Taller en León**

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Chinandega	621	248	68	20
León	291	119	32	10
Totales	912	367	100	30

- **Taller en Estelí**

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Jinotega	50	40	29	9
Matagalpa	49	31	23	7
Nueva Segovia	42	25	18	5
Estelí	40	16	12	4
Madriz	35	24	18	5
Totales	216	136	100	30

- **Taller en Managua**

Departamentos que participan	No. de casos a Marzo 2011	Casos según % de pobl. rural	% de casos, con relación al total de este conglomerado	No. de participantes en taller
Managua	1810	181	40	12
Masaya	234	105	23	7
Chontales	98	41	9	3
Rivas	88	47	10	3
Granada	86	31	7	2
Carazo	61	23	5	2
Boaco	31	21	5	1
Río San Juan	8	6	1	0
Totales	2416	455	100	30

B. Guías de instrumentos a aplicar

1. Guía de entrevista a profundidad

Dirigida a

Actores claves en la respuesta nacional al VIH: agentes de salud (personal de salud y médicos tradicionales y sanadores), personal docente, gobiernos municipales y gobiernos territoriales²⁴, ONG's que trabajan el tema. Al menos una entrevista a cada representante nacional de estos actores y por localidad en estudio, cuatro entrevistas máximo: Hospital, SILAIS, Delegación Departamental del MINED y del MITRAB.

Saludo inicial de presentación de la persona entrevistadora:

Buenos (días) (tardes). Mi nombre es _____ y soy miembro de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, financiado por HIVOS e IBIS

La pregunta principal de este Estudio es: ¿Cuál es la situación del cumplimiento de los derechos fundamentales (educación, trabajo, salud, protección social, dignidad, multiculturalidad) de las personas con VIH y sus familias que viven y conviven en las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes?

Por ello, estamos recopilando información sobre los conocimientos y opiniones del personal de salud y educación, actores claves, ONG, familiares y allegados de personas con VIH. Los resultados aportarán elementos de análisis y pistas de acción para la articulación de la respuesta nacional al VIH.

Si hay algo que no le haya explicado bien o si tiene algunas preguntas, por favor no dude en realizarlas.

Preguntas:

1. Considera que las estadísticas de VIH registran la cantidad de casos reales presentados en esta zona? Explique su respuesta.
2. Explique un poco lo que conoce sobre la Ley de VIH y su Reglamento: los deberes y derechos que ahí se establecen, sanciones y otros.

(Nota para el entrevistador (a): Antes de hacer la pregunta siguiente, pregunte si la persona entrevistada conoce la existencia de una Ley de VIH y su aplicación. Si contesta que sí, haga la pregunta 2 y si contesta que no, pase directo a la pregunta 3)

²⁴ Esta es una estructura bastante reciente en Nicaragua, surgió con la Ley 445 de la Costa Caribe Nicaragüense.

3. Desde su opinión, ¿Cuáles son los principales derechos de las personas con VIH?
4. Desde su opinión. ¿Cuáles son los principales deberes de las personas con VIH?
5. ¿Cuál es el cumplimiento actual de los derechos de las personas con VIH? Explique las razones para opinar así.
6. ¿Qué programas y servicios comunitarios de información y sensibilización sobre el VIH se implementan actualmente en esta zona?

Nota: La siguiente pregunta se hará solamente en las zonas con poblaciones indígenas o afrodescendientes.

7. ¿Cómo se incorpora el enfoque multicultural o la pertinencia cultural, en los programas y servicios comunitarios de información y sensibilización que se implementan actualmente en esta zona?
8. Desde su opinión, ¿cuál es la situación actual de los servicios de salud que se brinda a las personas con VIH?
9. ¿Cuáles son las capacidades y las brechas con relación a:
 - a) ¿Los servicios de salud que se ofrecen? (Indagar acerca de disponibilidad de prueba rápida, servicios psicológicos, atención de enfermedades oportunistas, laboratorio y medios diagnósticos, cobertura de tratamiento antirretroviral)
 - b) ¿Las condiciones en que se brindan esos servicios?

Nota: En las entrevistas al personal de salud, preguntar lo siguiente:

- c) ¿La preparación en el tema de VIH, del personal de salud?

10. ¿Con qué protocolos de atención a las personas con VIH se cuenta?

Nota: En las entrevistas a médicos tradicionales y sanadores, preguntar:

Háblenos un poco de esos protocolos

10a. Cuéntenos un poco cómo entienden las personas de esta zona, a la salud, la enfermedad y el VIH.

11. ¿Usted considera que en esta zona hay estigma y discriminación hacia las personas con VIH?, ¿cómo se manifiesta?

12. ¿Existe algún comité, grupo, asociación no lucrativa, ONG, etc. cuyos objetivos sociales sean ayudar, apoyar o defender a las personas que con VIH y sida? En tal caso, ofrecer una descripción lo más completa posible.

13. ¿Cuáles son las principales oportunidades que presenta el entorno de esta zona, para las personas con VIH?

14. ¿Cuáles son las principales amenazas que presenta el mismo entorno?

15. ¿Se ha establecido algún comité, grupo, asociación no lucrativa, ONG, etc. que esté autorizado para vigilar la puesta en práctica del principio de no discriminación en contra de las personas con VIH? Cuéntenos un poco sobre eso.

16. ¿Tienen estos organismos el derecho de apelar ante los tribunales? Si es así, ¿tienen el derecho de apelar contra las violaciones de los derechos de sus miembros?

17. ¿Se han realizado en los dos últimos años campañas de información o actividades educativas dirigidas específicamente a combatir la discriminación arbitraria contra las personas con VIH y sida? En tal caso, ofrecer una descripción lo más completa posible.

18. ¿Qué tipo de esfuerzos o acciones serán necesarias para apoyar más efectivamente a las personas con VIH?

19. ¿Qué otro comentario quisiera agregar?

¡Muchas gracias por su colaboración!

2. Guía de preguntas generadoras para Grupo Focal con personas adultas, informantes claves.

Dirigida a

Personal de salud y educación, ONG's que trabajan el tema, lideresas y líderes comunitarios (as), lideresas y líderes religiosos, lideresas y líderes indígenas, lideresas y líderes afrodescendientes, redes de la diversidad sexual, de TS, familiares o allegados de personas con VIH.

Participantes: De 7-12 personas en los municipios que sean seleccionados.

Recomendaciones generales: Tratar de terminar en el tiempo previsto (2 horas). Guardar su opinión. No mostrar reacciones verbales y no verbales de acuerdo o desacuerdo.

Para realizar el Grupo Focal, es mejor que se sienten en círculo. Se deben anotar (además grabar) exactamente las mismas palabras utilizadas por las y los participantes. Preparar el resumen de la dinámica tan pronto como la actividad haya finalizado. La transcripción deberá hacerse lo antes posible, con el fin de que la discusión efectuada esté lo más fresca posible en la mente de la persona que entrevista.

Momentos metodológicos del grupo focal:

A. Organización inicial

A medida que las (os) participantes van ingresando al local donde se desarrollará el grupo focal, se van anotando en una hoja que incluye su nombre, edad y sector de población al que pertenecen: salud, educación, liderazgos comunitarios, familiares de personas con VIH, etc. Se van colocando una tarjeta con su nombre en el pecho.

B. Presentación e introducción del grupo focal

Saludo inicial de presentación de la persona entrevistadora:

Buenos (días) (tardes). Mi nombre es _____ y soy miembro de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, financiado por Hivos e IBIS. Me acompaña_____.

Para presentarnos mutuamente, lo haremos mediante la técnica “Tela de araña”. Nos situamos en un círculo y con un ovillo de lana o mecate, se va lanzando uno a uno a cada una de las personas participantes del grupo focal, quienes se presentan de la manera que lo deseen y agregan lo que más les gusta de sí mismas. Cuando se ha conformado una red con el mecate que se ha ido lanzando entre todas las personas, se va lanzando de regreso a la persona de quien se recibió, a la vez que se va mencionando lo que quisieran cambiar de sí mismas. (Dinámicas opcionales de acuerdo a la capacidad del facilitador (a), pero que cumpla los objetivos de tema) Como les decía antes, soy miembro de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo Alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, financiado por Hivos e IBIS. La

pregunta principal de este Estudio es: ¿Cuál es la situación del cumplimiento de los derechos fundamentales (educación, trabajo, salud, protección social, dignidad, multiculturalidad) de las personas con VIH y sus familias que viven y conviven en las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes?

Al final de la “Tela de araña”, se da a conocer los objetivos y carácter de este Grupo Focal en el marco del Estudio, destacando la importancia de su aporte personal en el proceso de diálogo que se establecerá en el grupo focal, con palabras similares a las siguientes:

Estamos recopilando información sobre los conocimientos y opiniones del personal de salud y educación, actores claves, ONG, familiares y allegados de personas con VIH. Los resultados aportarán elementos de análisis y pistas de acción para la articulación de la respuesta nacional al VIH.

Ustedes han sido invitados e invitadas a participar porque tienen conocimiento de esta zona, así como cierta relación con el tema. La información y los comentarios que ustedes hagan, son muy importantes para dicho estudio. En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Por favor siéntanse con libertad de expresar su opinión, aún cuando esta sea distinta de la que expresen sus compañeros (as). Lo importante es crear un ambiente entre nosotros, en donde se estimule una discusión honesta y abierta sobre las diferentes opiniones, percepciones y representación de sus realidades.

Nuestra sesión durará aproximadamente dos horas y no tomaremos ningún receso formal. Se les pide que por favor hablen alto. Si hay algo que no les haya explicado bien o si tienen algunas preguntas, por favor siéntanse en confianza de realizarlas.

C. Desarrollo del grupo focal

Se pasa a facilitar el proceso dialógico del grupo, mediante las siguientes preguntas generadoras:

- 1) ¿Qué conocemos acerca de la situación actual de nuestra zona de procedencia, con relación al VIH y las personas con VIH?
- 2) ¿Qué conocemos acerca de la Ley del VIH y su Reglamento?
- 3) ¿Qué avances y qué limitaciones se tienen al nivel de la existencia de la ley del VIH? (fortalezas y debilidades, nivel de cumplimiento)
- 4) ¿Qué prácticas de prevención ante el VIH se realizan actualmente en la zona donde vivimos?
- 5) ¿Cuál es la situación actual en cuanto al cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas con VIH? (acceso al trabajo, educación, información, salud, etc.)
- 6) ¿Qué se puede hacer en los casos de violación de los derechos de las personas con VIH?

- 7) ¿Cuáles son los mecanismos para la aplicación de la denuncia de violación de derechos de las personas con VIH?
- 8) ¿Cuál es la situación actual (las capacidades y brechas) de los servicios de salud de los que disponen las personas con VIH de esta zona? Conversemos acerca de los servicios que se ofrecen:
 - a) Su calidad: disponibilidad de prueba rápida, preparación del personal de salud y la normatización (protocolos) de los procesos de atención.
 - b) La integralidad de la atención: servicios psicológicos, atención de enfermedades oportunistas, laboratorio y otros medios diagnóstico, cobertura de tratamiento antirretroviral, etc.
- 9) ¿Qué avances y qué limitaciones hay actualmente en la zona donde vivimos, con relación a la atención y tratamiento del VIH?
- 10) ¿Cuál es la situación actual en cuanto al estigma y discriminación a las personas con VIH de la zona a la que pertenecemos? (se busca conocer la existencia y formas de manifestación del estigma y discriminación).
- 11) ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que tienen los liderazgos con los que cuentan las personas con VIH?
- 12) ¿Existe algún comité, grupo, asociación no lucrativa, ONG, etc. cuyos objetivos sociales sean ayudar, apoyar o defender a las personas con VIH y sida? En tal caso, ofrecer una descripción lo más completa posible.
- 13) ¿Cuáles son los avances o fortalezas a la fecha en cuanto al apoyo que reciben las personas con VIH?
- 14) ¿Se han realizado en los dos últimos años campañas de información o actividades educativas dirigidas específicamente a combatir la discriminación arbitraria contra las personas con VIH y sida? En tal caso, ofrecer una descripción lo más completa posible.
- 15) ¿Qué opinan con relación al acceso a programas y servicios comunitarios de información y sensibilización (campañas de divulgación, ferias, etc.) sobre el VIH en esta zona?
- 16) ¿Qué otros aspectos o comentarios quisieran agregar?

D. Cierre del grupo focal

Con una lluvia de ideas, se desarrolla una breve evaluación del grupo focal y se agradece a las personas participantes por su aporte en el proceso.

3. Guía de preguntas generadoras para Grupo Focal con adolescentes y jóvenes hasta 21 años

Participantes: De 7-12 adolescentes hombres y mujeres con o sin VIH. Un grupo focal por región o área seleccionada para el estudio. Según conveniencia de acuerdo a la convocatoria que pueda ser realizada por el miembro de la Alianza, responsable del trabajo con este grupo poblacional, se decidirá la convocatoria por grupo etario (13 a 17 años; 18 a 21 años). Se aplicarán estándares de protección durante los grupos focales con NNA para garantizar el buen trato y respeto a sus derechos.

Recomendaciones generales: Tratar de terminar en el tiempo previsto (2 horas). Guardar su opinión. No mostrar reacciones verbales y no verbales de acuerdo o desacuerdo.

Para realizar el grupo focal, es mejor que se sienten en círculo. Se deben anotar (además grabar) exactamente las mismas palabras utilizadas por las y los participantes. Preparar el resumen de la dinámica tan pronto como la actividad haya finalizado. La transcripción deberá hacerse lo antes posible, con el fin de que la discusión efectuada esté lo más fresca posible en la mente de las y los participantes.

Momentos metodológicos del grupo focal:

A. Organización inicial

A medida que las (os) participantes van ingresando al local donde se desarrollará el grupo focal, se van anotando en una hoja que incluye su nombre, edad y sector de población al que pertenecen: salud, educación, liderazgos comunitarios, familiares de personas con VIH, etc. Se van colocando una tarjeta con su nombre en el pecho.

B. Presentación e Introducción del grupo focal

Saludo inicial de presentación de la persona entrevistadora:

Buenos (días) (tardes). Mi nombre es _____ y soy miembro de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo alianzas de VIH en el mundo rural de Centroamérica”, financiado por Hivos e IBIS. Me acompaña_____.

Para presentarnos mutuamente, lo haremos mediante la técnica “Tela de araña”. Nos situamos en un círculo y con un ovillo de lana o mecate, se va lanzando uno a uno a cada una de las personas participantes del grupo focal, quienes se presentan de la manera que lo deseen y agregan lo que más les gusta de sí mismas. Cuando se ha conformado una red con el mecate que se ha ido lanzando entre todas las personas, se va lanzando de regreso a la persona de quien se recibió, a la vez que se va mencionando lo que quisieran cambiar de sí mismas. (Dinámicas opcionales de acuerdo a la capacidad del facilitador (a), pero que cumpla los objetivos de tema)

Al final de la “Tela de araña”, se da a conocer los objetivos y carácter de este grupo focal en el marco del Estudio, destacando la importancia de su aporte personal en el proceso de diálogo del grupo focal, con palabras similares a las siguientes:

Como les decía antes, soy miembro de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, financiado por HIVOS e IBIS. La pregunta principal de este Estudio es: ¿Cuál es la situación del cumplimiento de los derechos fundamentales (educación, trabajo, salud, protección social, dignidad, multiculturalidad) de las personas con VIH y sus familias que viven y conviven en las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes?

Estamos recopilando información sobre los conocimientos y opiniones del personal de salud y educación, actores claves, ONG, familiares y allegados de personas con VIH. Los resultados aportarán elementos de análisis y pistas de acción para la articulación de la respuesta nacional al VIH.

Ustedes han sido invitados e invitadas a participar porque tienen conocimiento de esta zona, así como cierta relación con el tema. La información y los comentarios que ustedes hagan, son muy importantes para nosotras. En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Por favor siéntanse con libertad de expresar su opinión, aún cuando esta sea distinta de la que expresen sus compañeros. Lo importante es crear un ambiente entre nosotros, en donde se estimule una discusión honesta y abierta sobre las diferentes opiniones, percepciones y representación de sus realidades.

Nuestra sesión durará unas dos horas, y no tomaremos ningún receso formal. Se les pide que por favor hablen alto. Si hay algo que no les haya explicado bien o si tienen algunas preguntas, siéntanse en confianza de realizarlas.

C. Desarrollo del Grupo Focal

Se pasa a facilitar el proceso de diálogo del grupo con las preguntas generadoras.

- 1) ¿Qué conocemos acerca del VIH?
- 2) ¿Qué conocemos acerca del riesgo de adquirir el VIH? ¿Quiénes pueden adquirirlo y cómo?
- 3) ¿A partir de cuándo y cómo hemos aprendido acerca del riesgo de adquirir el VIH? ¿Qué materiales hemos conocido o qué tipo de información?
- 4) ¿Qué prácticas, acciones o medidas, podemos mencionar para prevenir el VIH?
- 5) ¿Cuáles son los derechos de una persona con VIH?

- 6) ¿Cuáles son los deberes de una persona con VIH?
- 7) ¿Qué cuidados y apoyo necesita una persona con VIH?
- 8) ¿Qué acciones realizamos o en qué acciones participamos en base al riesgo que conocemos de adquirir el VIH?
- 9) ¿Qué prácticas de prevención ante el VIH se realizan actualmente en la zona donde vivimos?
- 10) ¿Qué estamos haciendo como comunidad para evitar el riesgo de adquirir el VIH?
- 11) ¿Cuáles son los principales espacios u organizaciones de apoyo con las que cuentan las personas con VIH?
- 12) ¿Conocen algún caso de discriminación en contra de una persona con VIH?
¿Pueden contar un poco de eso?

E. Cierre del Grupo Focal

Con una lluvia de ideas, se desarrolla una breve evaluación del grupo focal y se agradece a las personas participantes, por su aporte en el proceso.

4. Cuestionario de encuesta CAP

Estructura del Cuestionario de Encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) para personas con VIH

[Al entrevistador/a: Exprese con sus propias palabras lo que está escrito en negrita y en cursiva, tomando en cuenta cuestiones de interculturalidad e idiomas maternos de las poblaciones entrevistadas]

Buenos (días) (tardes) (noches). Somos miembros de un equipo de investigación que se encuentra realizando un estudio en el marco del proyecto “Construyendo alianzas de VIH en el Mundo Rural de Centroamérica”, iniciativa financiada por HIVOS e IBIS

La pregunta principal de este Estudio es: ¿Cuál es la situación del cumplimiento de los derechos fundamentales (educación, trabajo, salud, protección social, dignidad, multiculturalidad) de las personas con VIH y sus familias que viven y conviven en las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes?

Por ello, estamos recopilando información sobre los conocimientos y opiniones de ustedes, así como del personal de salud y actores claves en la respuesta nacional al VIH. Los resultados de esta encuesta aportarán elementos de análisis y pistas de acción para la articulación de dicha respuesta nacional.

Para garantizar que la participación y respuestas sean completamente confidenciales y anónimas, la encuesta no le pide ni su nombre ni otra información que le identifique. Dado que sus respuestas serán completamente confidenciales, nadie sabrá cuál ha sido su respuesta a las preguntas y por lo tanto, no podrá afectarle en forma alguna.

Es importante señalar que el propósito de la encuesta no es evaluar su desempeño personal. Los resultados no se van a analizar de manera individual, sino globalmente y serán para el uso exclusivo del Proyecto. Por esta razón le pedimos que responda tan francamente como le sea posible.

Su participación es voluntaria; si usted completa esta encuesta, será extremadamente útil para el desarrollo de los servicios que se le brinden en el país con relación a la prevención y atención del VIH.

Si hay algo que no le haya explicado bien o si tiene algunas preguntas, por favor no dude en realizarlas.

DATOS GENERALES:

Nombre de la Organización a la que pertenece el encuestador (a): _____

Nombre y apellido del encuestador (a): _____ Idioma materno: _____

Idiomas que habla: _____

001: Fecha	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año	002: Ficha No. _____
003: Departamento donde se realiza la encuesta	004: Municipio o provincia donde se realiza la encuesta	
005: Comunidad lingüística/ Aldea, Otros, donde se realiza la encuesta	_____	
Datos del encuestado o encuestada		
006: Departamento/Región y Municipio de nacimiento del encuestado (a)	007: Idioma materno _____	
008: Tiempo de habitar en el municipio donde vive ahora	009: Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
010: ¿Cómo se identifica usted en cuanto al sexo que prefiere para tener relaciones sexuales? (Leer las opciones)	<input type="checkbox"/> Mi mismo sexo <input type="checkbox"/> El sexo contrario <input type="checkbox"/> No importa el sexo <input type="checkbox"/> No responde	

I. COMPONENTE SOCIODEMOGRÁFICO:

<i>Comenzaremos con algunas preguntas básicas acerca de usted</i>		
No.	Preguntas	Respuestas
101	¿En qué zona nació? (Leer las opciones)	<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Campo, rancho, comunidad, aldea
102	¿A qué pueblo pertenece? ¿A qué comunidad lingüística pertenece? ¿A qué grupo étnico pertenece?	_____
103	¿Cuál es su edad?	_____ Años
104	¿Tiene hijos (as)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Saltar a la pregunta 106
105	Si la anterior respuesta es afirmativa, ¿cuántos hijos (as) tiene?	Hijos (vivos) _____ Hijos (muertos) _____ Hijas (vivas) _____ Hijas (muertas) _____
106	Número de Hijos (as) no nacidos a causa del VIH	_____
107	Sabe leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

108	Sabe escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
109	¿Usted estudia actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca estudió Saltar a la pregunta 112
110	¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	_____
111	¿Hace cuánto tiempo dejó de estudiar?	
112	¿Cuál es su profesión u oficio?	
113	¿A qué se dedica actualmente?	
114	¿Por el trabajo que realiza recibe algún ingreso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: _____ saltar a la pregunta 116
115	Tiene seguro social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: _____
116	¿De dónde obtiene algún ingreso distinto al del pago de su trabajo?	
117	¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Casada-casado <input type="checkbox"/> Soltero-soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otros _____ (Separado/a, Viudo/a, Divorciado/a)
118	¿Con quién vive usted? (Puede haber más de una respuesta)	<input type="checkbox"/> Esposa (o) <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Hijos (as) <input type="checkbox"/> Otro familiar _____ <input type="checkbox"/> Otra persona _____ <input type="checkbox"/> Solo (a)
119	¿Cuántas personas, incluido (a) usted viven en la misma casa?	_____
120	¿Cuenta con apoyo de las personas que viven con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
121	Por favor, especifique qué tipo de apoyo recibe:	_____
122	¿Cuenta con apoyo de otras personas u organizaciones?	<input type="checkbox"/> Sí Especifique el tipo de apoyo _____ <input type="checkbox"/> No

II. GENERALIDADES:

201	¿Desde cuándo conoce su diagnóstico de VIH?	
202	¿Recibió consejería u orientación antes de hacerse la prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
203	¿Recibió consejería u orientación después de hacerse la prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
204	¿Está tomando antirretrovirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? _____ Pasar a la pregunta 208
205	Si la respuesta es Si, por favor indique ¿desde cuándo?	
206	¿Ha cambiado alguna vez el tratamiento antirretroviral?	<input type="checkbox"/> Si ¿Por qué? _____ <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? _____
207	Si la respuesta es Si, por favor indique ¿por qué?	
208	¿Ha abandonado el tratamiento antirretroviral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
209	Si la respuesta es Si, por favor indique ¿por qué?	
210	Institución donde recibe el tratamiento (Leer opciones)	Privada Del Estado Nc/Ns

III. COMPONENTE CONOCIMIENTOS:

Las siguientes preguntas se refieren a sus conocimientos con relación al VIH. **Recuerde que no se deben leer las opciones.**

301	¿Qué es el VIH?	<input type="checkbox"/> Un virus <input type="checkbox"/> Una enfermedad <input type="checkbox"/> No sabe
302	¿Qué es el sida?	<input type="checkbox"/> Un virus <input type="checkbox"/> Una enfermedad <input type="checkbox"/> No sabe
303	¿Una persona con VIH que tiene una pareja con VIH debe usar el condón?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Por qué? <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? <input type="checkbox"/> No sabe
304	¿Conoce la Ley sobre VIH? (Nicaragua: Ley 238, Guatemala: Decreto No. 27-2000, Honduras Decreto No. 147-99)	<input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta siguiente) <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta 306)
305	¿Qué conoce de la Ley de VIH?	
306	¿Conoce sus derechos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
307	Mencione 3 de sus derechos.	

Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor conteste si representa un riesgo o no para adquirir VIH. Si usted no está segura (o), por favor sienta la libertad de contestar “NO ESTOY SEGURA (O)”

308	Una persona tiene riesgo de adquirir el VIH cuando (aquí se lee la frase que está en la primera columna y se espera la respuesta de la persona para marcar una de las tres alternativas) segura (o)	Sí	No	No estoy segura(o)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. tiene sexo oral sin condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
b. se baña en una piscina /balneario/ríos/quebrada/mar/poza/caños donde se bañó una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
c. comparte agujas o jeringas desechables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
d. recibe una transfusión de sangre que no ha sido analizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
e. le pica un zancudo, chinche u otro insecto que antes picó a una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
f. usa los cubiertos, cucharas, platos, vasos de una persona que tiene VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
g. comparte navajas de rasurar/presto barbas, cortauñas, cepillo dental, con una persona que tiene VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
h. da besos o abrazos a una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
i. Usa la misma letrina o sanitario que una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
j. Se sienta en la misma silla que se había sentado una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
k. Asiste a la vela de las personas que mueren por sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)
l. Es un hijo (a) que nace de una mujer con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No estoy segura(o)

	m. es un hijo/a que ha sido alimentado con leche materna de una mujer con VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No estoy segura(0) <input type="checkbox"/>
309	Se puede contribuir a reducir el riesgo de adquirir el VIH si: (aquí se lee la frase que está en la primera columna y se espera la respuesta de la persona para marcar una de las tres alternativas)			
	a. se cuida de no tener relaciones sexuales	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	b. se tiene relaciones sexuales sólo con personas que se ven sanas o bonitas	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	c. se usa una aguja-jeringa desechable nueva para cada inyección	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	e. siempre se usa condones correctamente durante la relación sexual con penetración	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	f. si la mujer estando embarazada se hace la prueba de VIH	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	g. si la mujer estando embarazada y con VIH recibe tratamiento antirretroviral	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>
	h. si la mamá con VIH sustituye la leche materna por otro tipo de leche para alimentar a su hija o hijo	Es cierto <input type="checkbox"/>	Es falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura(o) <input type="checkbox"/>

Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor conteste si es verdadero o falso. Si no está segura(o), por favor sienta la libertad de contestar "No estoy SEGURA(O)"

310	Tener relaciones sexuales sin condón con una persona con VIH aumenta la cantidad de virus en su sangre	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura <input type="checkbox"/>
311	Tener relaciones sexuales sin protección con distintas personas aumenta la cantidad de virus en su sangre	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura <input type="checkbox"/>
312	El tratamiento antirretroviral disminuye la carga de virus	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura <input type="checkbox"/>
313	Cumplir con el tratamiento antirretroviral aumenta la cantidad de años de vida	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura <input type="checkbox"/>
314	Cumplir con el tratamiento antirretroviral mejora la calidad de vida	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura <input type="checkbox"/>

IV. COMPONENTE ACTITUDES:

Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor conteste si es verdadero o falso. Si no está segura(o), por favor sienta la libertad de contestar "No estoy SEGURA(o)"

401	Debemos aplicar las mismas medidas de prevención con todas las personas independientemente de si sabemos o no si tiene VIH	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
402	Debemos utilizar el condón con todas las personas que tenemos relaciones sexuales, incluida nuestra pareja	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
403	Si me siento bien (sano/a) puedo faltar al control médico	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
404	Debemos mejorar nuestra calidad de vida (alimentación sana, dormir ocho horas, practicar ejercicio físico, no consumir licor ni drogas)	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
405	Ahora que tengo VIH, es innecesario saber más sobre el tema	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
406	Conocer mi condición de VIH, me compromete a cuidar más mi salud	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
407	Debo informar a mi pareja o personas con las que tengo relaciones sexuales sobre mi condición de VIH	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
408	Por mi condición de VIH, tengo que renunciar al ejercicio de mi sexualidad	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
409	Por mi condición de VIH, el Estado tiene que garantizarme condiciones de vida	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
410	(Si contestó verdadero a la pregunta anterior, por favor, díganos cuáles son esas condiciones que debe garantizar el Estado)				
411	Con tal de obtener el tratamiento, vale la pena hacer algunos sacrificios	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	
412	El Estado está obligado a garantizar la Atención Integral en salud	Verdadero <input type="checkbox"/>	Falso <input type="checkbox"/>	No estoy segura/o <input type="checkbox"/>	

V. COMPONENTE DE PRACTICAS:

Por favor conteste la alternativa que mejor exprese su realidad actual

501	Comparto la información sobre el VIH con otros compañeros (as) de mi misma condición	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
502	Converso con las personas más cercanas a mí, acerca de mi condición de VIH	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
503	Uso condón correctamente en las relaciones sexuales con mi pareja	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
504	Uso condón correctamente en las relaciones sexuales cuando la persona no es mi pareja	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
505	Tengo relaciones sexuales sin condón cuando mi pareja lo solicita	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
506	Mantengo condones a mano de forma segura	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
507	Ahora cuido más mi salud	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
508	¿Le ha pasado que ha tenido relaciones sin condón sin consentimiento propio? Leer las opciones.	<input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> Sí, algunas veces <input type="checkbox"/> No, nunca			
509	¿Alguna vez le han violado sus derechos? Leer las opciones.	<input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> Sí, algunas veces <input type="checkbox"/> No, nunca			
510	Cuando le han violado sus derechos, ¿alguna vez ha interpuesto demanda? Leer las opciones.	<input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> Sí, algunas veces <input type="checkbox"/> No, nunca	¿Por qué? _____		

VI. COMPONENTE DE ACCESO A SERVICIOS Y FUENTES DE INFORMACION

601	¿Acostumbra realizarse chequeos de salud? (Leer opciones)	<input type="checkbox"/> De manera periódica <input type="checkbox"/> Sólo cuando está enferma (o)
602	¿Adónde acostumbra tratar su salud?	
603	¿Cuáles son las razones por las que va allí y no a otro sitio?	
604	¿Cuáles son los servicios de salud que recibe allí? No leer las opciones, marcar de acuerdo a lo que la persona vaya contestando.	<input type="checkbox"/> Consulta Médica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención gineco-obstétrica. <input type="checkbox"/> Atención odontológica <input type="checkbox"/> Medicina tradicional

605	¿Cuál es el trato que da el personal de salud de los Hospitales o Centros de Salud en general a las personas con VIH con relación al trato que dan al resto de la población? Leer las opciones.	<input type="checkbox"/> Dan igual trato a todas las personas <input type="checkbox"/> Tratan mejor a las personas con VIH <input type="checkbox"/> Tratan mejor a las personas que no tienen VIH
606	¿Ha realizado algún tipo de remuneración o pago o cuota de recuperación, o “aporte voluntario” para recibir los servicios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde? <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado (Ir a la 607) <input type="checkbox"/> No (Ir a la 608)
607	¿Qué servicios ha remunerado o pagado?	<input type="checkbox"/> Consulta Médica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención ginecológica <input type="checkbox"/> TAR <input type="checkbox"/> Tratamiento para enfermedades oportunistas <input type="checkbox"/> Otros
608	¿Para qué cree usted que sirve la remuneración o pago o cuota de recuperación, o “aporte voluntario”?	
609	¿Usted considera fácil o difícil conseguir atención médica?	<input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil
610	¿Ha participado usted en alguna capacitación sobre VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
611	¿Quién ha organizado esas capacitaciones en las que usted ha participado?	
612	¿Ha participado en Campañas (ferias, Exposida, actividades de calle, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
613	¿Participa en un grupo de Auto apoyo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por qué no?
614	¿Ha recibido materiales educativos o informativos sobre VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
615	(Para los que hablan un idioma indígena ¿Ha recibido algún tipo de información o materiales informativos en su idioma materno?)	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó que sí pase a la pregunta siguiente) <input type="checkbox"/> No (Si contestó que no, aquí termina la encuesta)
616	¿En qué medios ha recibido algún tipo de información o materiales informativos?	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación local <input type="checkbox"/> Radio comunitaria <input type="checkbox"/> Cable local <input type="checkbox"/> Otros ¿cuáles?

¡Muchas gracias por su colaboración!