



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Máster Universitario en Salud Pública

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

EN POBLACIÓN INDÍGENA DE GUATEMALA

AUTORA: Guzmán Guevara, Karla María

TUTORA: Lasanta, María José

PAMPLONA, SEPTIEMBRE 2020

Dña. María José Lasanta, profesora asociada de medicina preventiva y salud pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Máster titulado **PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH EN POBLACIÓN INDÍGENA DE GUATEMALA**, original de **Dña Karla María Guzmán Guevara**, estudiante del Máster Universitario de Salud Pública, en el curso **2019-2020** ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 14 de septiembre de 2020

Fdo: María José Lasanta

Contenido

ACRÓNIMOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
1.1. Situación actual de la pandemia del VIH/SIDA	9
1.2. VIH/SIDA.....	10
1.3. Prevención del VIH.....	12
1.4. Perfil de la República de Guatemala.....	15
1.5. Transmisión Materno Infantil del VIH en Guatemala	22
1.6. Determinantes sociales de la TMI del VIH en población indígena de Guatemala	27
1.7. Identificación de los problemas y posibles soluciones	37
2. OBJETIVOS	39
3. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	40
3.1. Población de referencia.....	40
3.2. Selección poblacional de intervención	40
3.3. Características del lugar de intervención	41
3.4. Desarrollo del proyecto	43
3.5. Cronograma de actuación	44
3.6. Actividades.....	46
4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	55
4.1. Recursos humanos	55
4.2. Recursos técnicos y materiales.....	57
4.3. Presupuesto estimado según conceptos en euros.....	58

5. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	61
6. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS.....	62
6.1. Evaluación cuantitativa.....	62
6.2. Evaluación cualitativa.....	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	74
Anexo 1. Carta a los alcaldes	74
Anexo 2. Carné de la Comadrona	75
Anexo 3. Consentimiento Informado para prueba de VIH.....	76
Anexo 4. Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA 1.2- Reporte mensual de datos en ITS y VIH	77
Anexo 5. Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA 3- Registro diario de consulta y post-consulta en Centro/Puesto de Salud	78

ACRÓNIMOS

ARV	Antirretrovirales
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil
IEC	Información, Educación y Comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TMI	Transmisión Materno Infantil
UAI	Unidad de Atención Integral
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

La Transmisión Materno Infantil (TMI) del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema importante de salud en Guatemala; la tasa de TMI estimada es 18. Las acciones dirigidas a la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI) están orientadas por un Plan Nacional; sin embargo, solo al 67% de mujeres embarazadas se le realiza prueba de detección del VIH en control prenatal y el 53% de las mujeres embarazadas con VIH tiene acceso al Tratamiento Antirretroviral (TAR). Estos porcentajes disminuyen en la población indígena que tiene los peores indicadores de salud. La escasez de servicios y de personal en áreas rurales, el estigma y discriminación, la pobreza, el bajo nivel educativo y de conocimientos sobre VIH son determinantes sociales relacionados. El parto en casa (50%) y el uso de comadronas para atención prenatal y parto son frecuentes en mujeres indígenas y, aunque un alto porcentaje (88%) tiene al menos un control prenatal con un profesional de la salud, solo el 27% recibe consejería sobre VIH y solamente al 18% por ciento se le realiza prueba y obtiene su resultado en ese control.

El objetivo del proyecto es disminuir la tasa de TMI del VIH en el Municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz mediante acciones preventivas considerando los determinantes sociales de salud, a través de participación comunitaria, formación de las comadronas y descentralización de la realización de pruebas diagnósticas de VIH en mujeres embarazadas hacia los Puestos de Salud para aumentar su cobertura.

Palabras clave: VIH, prevención, transmisión materno-infantil, Guatemala, población indígena.

ABSTRACT

Mother-to-child transmission (MTCT) of human immunodeficiency virus (HIV) is a relevant health issue in Guatemala, estimated MTCT of HIV rate is 18. National Plan for the Elimination of Mother-to-Child Transmission (EMTCT) of HIV, Congenital Syphilis and Hepatitis B 2018-2021 establishes direction to EMTCT. Currently, testing for HIV to pregnant women in antenatal care uptake was 67% and only 53% of pregnant women living with HIV had antiretroviral treatment (ART) coverage. These percentages decrease for indigenous population who experience the worst health outcomes. Shortage of healthcare services and workers in rural area, stigma and discrimination, poverty, low education levels and low knowledge of HIV are social determinants related with antenatal and birth care access and therefore, with uptake of HIV testing in indigenous pregnant women. Home birth (50%) and use of traditional birth attendants are frequent and although a high percentage (88%) had at least one antenatal care visit provided by a skilled health-care professional, only 27% had been counseled for HIV and only 18% had been tested for HIV and received results during antenatal care.

The aim of this project is to decrease MTCT of HIV rate in the district of San Pedro Carchá, Alta Verapaz through preventive actions considering social determinants of health involving community, training traditional birth attendants as HIV educators and decentralizing HIV testing services towards community health services to increase counseling and testing.

Key words: HIV, prevention, mother-to-child transmission, Guatemala, indigenous population.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) la Transmisión Materno Infantil (TMI) del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema importante de salud a nivel mundial; la infección de los niños por VIH supone un alto costo a nivel humano, social y económico (1).

Guatemala, con una población total de 14,901,286, es un país con diversidad lingüística y cultural; el 56% de la población es ladina/mestiza y el 42% indígena maya. El 46.2% de la población habita en el área rural (2). El número de embarazos esperados al año es de aproximadamente 500,000 (3). El país se caracteriza por alta tasa bruta de natalidad, altos niveles de pobreza, bajos niveles de educación, alta tasa de informalidad del empleo, pobres indicadores de salud y un sistema de salud débil e insuficiente para atender la demanda poblacional.

El reporte del VIH en el sistema oficial de Guatemala es limitado pues existe un alto nivel de subregistro. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual seguida de la materno infantil pero se puede afirmar que la situación de esta última es desconocida en su real magnitud (3). En 2019, según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) respecto a Guatemala, había 1200 niños entre 0 y 14 años viviendo con VIH y aproximadamente 100 muertes por causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en esa población. Y aunque aproximadamente 200 nuevas infecciones fueron evitadas debido a la prevención de la TMI del VIH, solamente al 67% de mujeres embarazadas se les realizó prueba para detectar el VIH y solo el 53% de las mujeres embarazadas viviendo con VIH tuvo acceso al Tratamiento Antirretroviral (TAR) para prevenir la TMI. Además, solamente el 49% de niños expuestos al VIH fue diagnosticado antes de los 18 meses de edad. La tasa de TMI estimada del VIH en Guatemala es de 18 (4).

En 2010, Guatemala se sumó a la iniciativa regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI) del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe (5), y se encuentra en progreso de conseguir las metas establecidas.

Las metas nacionales en cuanto a la ETMI según el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Congénita y Hepatitis B 2018-2021 son aumentar a 95% o más las coberturas de las siguientes actuaciones: atención prenatal, atención del parto en hospitales, realización de pruebas de detección del VIH en embarazadas y TAR de las embarazadas con VIH (3).

Una estrategia principal de prevención de la TMI es realizar pruebas de detección de VIH a las mujeres embarazadas (1); la efectividad de los programas de prevención está determinada por el porcentaje de mujeres a las que se les haya realizado prueba de VIH en etapas tempranas del embarazo (3).

En Guatemala está normado que a toda mujer embarazada debe ofrecérsele el tamizaje para VIH en tres de las cuatro visitas de control prenatal o durante el parto (6). Pero, aunque el control prenatal se realiza en el primer y segundo nivel de atención, el tamizaje de VIH solamente se ofrece en el segundo y tercer nivel y los casos que resultan positivos son referidos a las Unidades de Atención Integral (UAI), situadas en el tercer nivel de atención, en las que se provee el TAR y se realiza el tratamiento y seguimiento de los niños (3).

El acceso al sistema de salud es difícil sobre todo para la población indígena ya que nunca ha sido priorizada en la agenda nacional de los programas de gobierno ni de las inversiones. La escasez de servicios de salud y de personal en áreas rurales donde se concentra la población indígena, el estigma y discriminación, la pobreza, el bajo nivel de educación y de conocimientos sobre VIH son algunos determinantes sociales relacionados con el acceso a los servicios de control prenatal y parto. Así, aunque en 2014-2015 el 88% de mujeres indígenas tuvo al menos un control prenatal con un profesional de la salud en su embarazo más reciente, solo el 27% recibió consejería sobre VIH durante dicho control y al 18% se le realizó prueba y obtuvo resultados después de la misma. Además, el 50% de partos de mujeres indígenas fue en casa (7). Las parteras tradicionales (comadronas) son las lideresas responsables a nivel comunitario de los cuidados prenatales y el parto, y aunque se reconoce su importancia aún no se encuentran integradas al sistema de salud.

1.1. Situación actual de la pandemia del VIH/SIDA

La pandemia del VIH/SIDA continúa siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Según la OMS, a finales de 2019 había 38,000,000 de personas viviendo con VIH a nivel mundial; en ese año 690,000 personas murieron por causas relacionadas al VIH y 1,700,000 de personas tuvieron infecciones nuevas. Como resultado de los esfuerzos internacionales conjuntos de respuesta al VIH, un estimado de 81% de personas viviendo con VIH conocían su estatus serológico, 67% estaban recibiendo TAR y 59% había conseguido la supresión virológica a nivel mundial (8).

En cuanto a América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año hay 100,000 nuevas infecciones de VIH; aproximadamente un tercio ocurren en personas jóvenes. Se estima que el 77% de las personas con VIH conoce su estatus serológico, y aproximadamente un tercio se diagnostica tarde, con inmunodeficiencia avanzada (menos de 200 CD4 por mm³ de sangre). La epidemia de VIH en la región afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos de poblaciones clave (hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales). Entre los avances en América Latina, el número de personas con causa de muerte relacionada con el SIDA disminuyó de 45,000 en 2005 a 37,000 en 2017 y el 61% de personas que viven con VIH estaban recibiendo TAR (9). En 2018, el 76% de mujeres embarazadas con VIH tuvo acceso al TAR y la tasa de TMI del VIH fue de 14% (10).

En Guatemala, según ONUSIDA, en 2019 hubo 1,100 nuevas infecciones de VIH y 1,200 muertes relacionadas al SIDA. Se estima que en ese año había 36,000 personas viviendo con VIH, de ellas, el 68% conocía su estatus serológico, el 58% tuvo acceso al TAR y el 52% carga viral suprimida. Solo el 53% de mujeres embarazadas con VIH tuvo acceso al TAR para prevenir la TMI. La tasa de TMI del VIH estimada en Guatemala es de 18 (4). No existen datos desagregados por pertenencia étnica respecto a la TMI en Guatemala por lo que se desconoce su magnitud en la población indígena.

1.2. VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite entre personas a través del intercambio de sangre, leche materna, semen o las secreciones vaginales y ataca al sistema inmune destruyendo las células inmunitarias debilitando los sistemas de defensas contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. La función inmunitaria, medible con el recuento de linfocitos CD4, disminuye gradualmente en las personas infectadas con VIH, hasta llegar a una situación de inmunodeficiencia. La fase más avanzada es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse. Muchas personas infectadas ignoran que tienen la infección hasta fases avanzadas. Algunas veces, durante las primeras semanas que siguen al contagio no se manifiestan síntomas; en otras ocasiones se presenta un cuadro pseudo gripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta. Mientras la infección va debilitando el sistema inmunitario, aparecen otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi (9).

1.2.1. Diagnóstico del VIH

Ninguna prueba permite por sí sola diagnosticar la presencia del VIH. Las pruebas serológicas, entre ellas las pruebas rápidas y los enzimoimmunoanálisis, detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus. En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen a los 21 días de contraer la infección; este lapso (período de seroconversión) es el momento de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todas las fases de la infección. Ningún ensayo serológico o virológico disponible actualmente puede detectar marcadores del VIH con menos de 10 días de contraer la infección; por ello, es importante combinar las pruebas en un orden específico validado basándose en la prevalencia del virus en la población objetivo. Se recomienda realizar una segunda prueba de detección a todas las personas que hayan dado positivo en una primera prueba antes de

tratarlas, con el fin de descartar que se trate de un resultado falso positivo. Hay nuevas técnicas que permiten hacer la prueba en el lugar donde se presta la asistencia y obtener resultado en el mismo día, lo que permite el inicio rápido del tratamiento (9). También, varios países están implementando entre las nuevas tecnologías las auto pruebas de VIH como una opción para animar a las personas a realizarse el diagnóstico (8).

1.2.2. Tratamiento del VIH

La infección por VIH no tiene cura, pero puede controlarse con el Tratamiento Antirretroviral (TAR) que consiste en la combinación de tres o más drogas antirretrovirales (ARV). El TAR suprime la replicación viral en el cuerpo de la persona infectada y permite al sistema inmune fortalecerse y recuperar la capacidad de combatir las infecciones. La OMS recomienda que las personas viviendo con VIH utilicen TAR de por vida, incluyendo niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y brindando lactancia, sin importar su estatus clínico o conteo de CD4. El TAR efectivo previene la transmisión sexual y la transmisión vertical durante el embarazo, parto y lactancia (8).

1.2.3. Transmisión Materno Infantil (TMI) del VIH

La Transmisión Materno Infantil o transmisión vertical se refiere a la transmisión del VIH de una madre VIH positiva a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Ante la ausencia de intervenciones en estas etapas, las tasas de transmisión pueden ser entre 15 y 45% (8).

Es difícil encontrar pruebas de detección que faciliten el diagnóstico de los recién nacidos expuestos a la transmisión del VIH porque las pruebas serológicas no bastan para detectar la infección en ellos y deben realizarse pruebas virológicas a las seis semanas de edad o antes para detectar el virus (9).

La OMS recomienda TAR de por vida para todas las personas viviendo con VIH, incluyendo mujeres embarazadas y dando lactancia. El riesgo de TMI puede ser eliminado casi por completo si se les provee ARV a la madre y al hijo lo antes posible, en el embarazo o en el período de lactancia (8).

1.3. Prevención del VIH

El VIH es totalmente prevenible. Las personas pueden reducir el riesgo de la infección por VIH limitando la exposición a los factores que generan dicho riesgo.

Algunos enfoques clave para la prevención del VIH, que generalmente son utilizados en combinación, según recomendación de la OMS son los siguientes:

- Uso correcto y consistente de preservativos masculinos y femeninos durante penetración vaginal o anal.
- Consejería y realización de pruebas diagnósticas para ITS y VIH.
- Notificación asistida a las parejas de personas diagnosticadas con VIH.
- Detección precoz de tuberculosis y enlaces para consejería y diagnóstico de VIH en pacientes con tuberculosis.
- Circuncisión médica masculina voluntaria.
- Adherencia en el uso efectivo de ARV.
- Profilaxis Pre-exposición para las parejas negativas de personas con VIH incluidas las mujeres embarazadas o brindando lactancia materna.
- Profilaxis Post-exposición entre las primeras 72 horas después de exposición ocupacional o no ocupacional al VIH para adultos y niños.
- Uso de equipo de inyección estéril, de un solo uso y sin compartir en usuarios de drogas inyectables.
- Tratamiento de la dependencia de drogas, en particular terapia de sustitución de opioides (8).

Según ONUSIDA la prevención combinada de la infección por el VIH es el conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas (9).

1.3.1. Realización de pruebas diagnósticas como prevención

La OMS en su Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021 indica que las pruebas de detección del VIH deben incluirse en los servicios de prevención, tratamiento y atención (11).

La consejería y pruebas diagnósticas son el primer paso que permite a las personas con VIH conocer su estado para obtener tratamiento y servicios de cuidados relacionados al VIH oportunamente. La consejería para el cambio de conducta y la reducción del riesgo también es valiosa para quienes obtienen resultados negativos pues es una oportunidad importante para animarlas a realizarse nuevas pruebas en el futuro, así como para poner en contacto con programas primarios de prevención a aquellas personas en riesgo de infectarse de VIH. Es importante seguir las estrategias y algoritmos nacionales para pruebas de VIH y para confirmar resultados positivos y vincular a los servicios de tratamiento y cuidados del VIH.

Las pruebas rápidas para detección del VIH permiten proveer de resultados el mismo día. Así, puede ser ofrecida en una variedad de escenarios, incluyendo las clínicas de atención primaria y por una variedad de proveedores, incluyendo personal fuera de las clínicas. Las pruebas realizadas en la comunidad, vinculadas a la prevención, cuidados y tratamiento, tienen el potencial de alcanzar un mayor número de personas que las pruebas realizadas en clínicas; particularmente a aquellas que son asintomáticas y que es improbable que acudan a un servicio de salud para realizarlas (12).

Actualmente no todas las personas tienen acceso a las pruebas diagnósticas. Dadas las condiciones y circunstancias de vida, algunas poblaciones como mujeres adolescentes y jóvenes y personas indígenas de ciertas comunidades pueden ser particularmente vulnerables pues existen factores legales y sociales que incrementan el riesgo a la exposición al VIH y generan barreras para acceder a una prevención efectiva, asequible y de calidad en cuanto a diagnóstico y tratamiento del VIH (8).

Para optimizar los servicios relacionados al VIH, incluida la prevención, la OMS recomienda:

- Integración de los servicios del VIH a otros servicios clínicos como los relacionados con tuberculosis, hepatitis víricas, salud materno infantil, salud sexual y reproductiva, violencia y tratamientos para la dependencia de drogas.
- Descentralización de los servicios de salud relacionados al VIH: prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados.
- División de tareas: que los prestadores no profesionales que han recibido capacitación pueden prestar servicios de pruebas del VIH de forma segura y eficaz utilizando pruebas de diagnóstico rápido.
- Capacitar, supervisar e incentivar a trabajadores pares que provean servicios y puedan ser enlace entre la comunidad y los servicios de salud. Es altamente recomendable por la OMS que clínicos entrenados que no sean médicos, parteras y enfermeras puedan iniciar TAR de primera línea en personas VIH positivas.
- Servicios de alcance comunitario, servicios móviles, acercamiento de los servicios a los sitios de reunión de las personas.
- Servicios comunitarios participativos en donde las comunidades lleven acciones de divulgación y supervisión de programas de prevención de VIH permitiéndoles direccionar barreras estructurales hacia el ejercicio de sus derechos y empoderándoles para cambiar normas sociales reduciendo las vulnerabilidades que van más allá del VIH.

La prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) se refiere a las intervenciones para prevenir la transmisión de una madre que vive con VIH a su hijo durante el embarazo, parto o nacimiento o durante la lactancia materna. La OMS recomienda una propuesta de cuatro objetivos para una exhaustiva estrategia de PTMI:

1. Prevención primaria de infección del VIH entre mujeres en edad de embarazarse.

2. Prevenir embarazos involuntarios entre mujeres que viven con VIH.
3. Prevenir la transmisión de VIH de una mujer viviendo con VIH hacia sus hijos.
4. Proveer tratamiento, cuidados y apoyo apropiados a madres viviendo con VIH, sus hijos y familia.

Las intervenciones preventivas de la TMI consisten en una cascada de servicios, desde consejería y realizar pruebas, inicio temprano y seguro de TAR, alimentación segura del infante, intervenciones post parto en el contexto de TAR en marcha, diagnóstico temprano y diagnóstico final para los infantes expuestos al VIH, a través de la vinculación de ambos, madre e hijo a los servicios apropiados de cuidados y tratamiento (12).

1.4. Perfil de la República de Guatemala

1.4.1. Aspectos Generales

La República de Guatemala (capital: ciudad de Guatemala) es un país que pertenece a la región de Centro América. Limita al norte y oeste con México, al sur con el Océano Pacífico y al este con Belice, Honduras y El Salvador (Figura 1). Su superficie es de 108,928 km² y se encuentra dividido política y administrativamente en 22 departamentos y 340 municipios (13).



Figura 1. Ubicación de la República de Guatemala
Fuente: <https://www.who.int/countries/gtm/en/>

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2019, el índice de desarrollo humano de Guatemala se posicionó en 2018 con un valor “medio” de 0.651 (14). La moneda en Guatemala es el Quetzal (GTQ); el costo diario de la canasta básica alimentaria (junio 2017) es de Q145.04 (aproximadamente €17.24), pero el salario mínimo diario (2017) de Q86.90 (aproximadamente €10.33). El Producto Interno Bruto de 2018 (PIB) fue 6.2 y el PIB per cápita 4534.8 US Dólares (15).

1.4.2. Datos demográficos

Según el XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2018, la población total es de 14,901,286 habitantes; el 51.5% son mujeres (Índice de Masculinidad: 94.07) (2). Según el INE (2020) la densidad poblacional es de 166, la tasa de crecimiento poblacional de 2.13 y la esperanza de vida al nacer de 72.5 años (hombres 69.1, mujeres 76.1). La tasa bruta de mortalidad es 4.8, la tasa bruta de natalidad es 22.5, la tasa global de fecundidad es 2.7 y la tasa de mortalidad infantil es 20 (16).

El 33% de la población tiene entre 0 y 14 años de edad, el 61% entre 15 y 64 años y solamente el 6% tiene 65 años o más (Figura 2) (2).

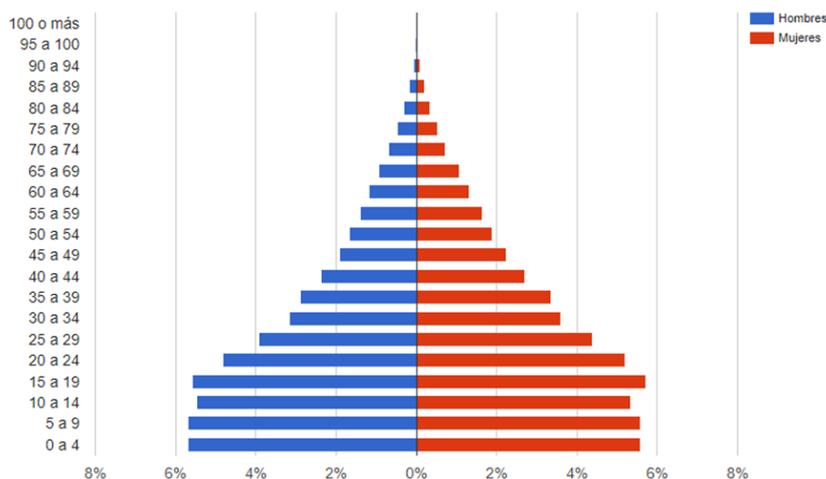


Figura 2. Pirámide de población (%). Hombres y mujeres. Guatemala. Fuente: INE 2018. XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda

1.4.3. Etnicidad

Guatemala es un país con diversidad lingüística y cultural. El 56% de la población guatemalteca es ladina/mestiza y el 42% indígena maya. En menor porcentaje hay otras poblaciones indígenas: xinka (1.77%), afrodescendiente/creole (0.19%) y garífuna (0.13%). También el 0.24% de población extranjera (2).

El idioma oficial es el español, pero se reconoce 23 idiomas mayas más el xinca y el garífuna. Los departamentos con mayor porcentaje de población indígena coinciden con aquellos departamentos con mayor ruralidad (17).

1.4.4. Área de residencia: urbana y rural

En cuanto al área de residencia, en el área urbana habita el 53.8% de la población y el 46.2% en el área rural (2). A mediados de la década de los años 70, la proporción de la población residente en áreas urbanas era de solamente del 35.3%; el aumento de la urbanidad se debe en parte a movimientos migratorios internos en el país, de población que busca los centros urbanos, pero también a que cada vez existen más unidades geográficas que satisfacen la definición de área urbana usada por el INE. Existe mayor ruralidad en los departamentos en los que se concentra la población indígena (17).

1.4.5. Pobreza

Según el INE (2014), el porcentaje de pobreza general en Guatemala es de 59.3 y el de pobreza extrema 23.4 (16).

El porcentaje de pobreza general es el doble en la población rural comparada con la población urbana; sin embargo, el de pobreza extrema es cuatro veces más en la población rural que en la urbana (17).

Según la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015, en cuanto a la forma en que se distribuye la riqueza, el coeficiente de Gini para el área urbana es 0.2 mientras que para el área rural es 0.4, lo cual indica que existe mayor desigualdad en la distribución de la riqueza en el área rural (Tabla

1). El coeficiente de Gini utiliza una escala de cero a uno donde cero indica que todas las personas poseen la misma cantidad de riqueza; los mayores valores del coeficiente indican una mayor desigualdad en la posesión de riqueza (7).

Tabla 1. Distribución porcentual de la población de derecho por quintiles de riqueza y coeficiente de Gini según área de residencia en Guatemala

Quintil de riqueza	Área Urbana	Área Rural
Inferior	5.5	30.7
Segundo	9.2	28.0
Intermedio	15.3	23.5
Cuarto	29.4	13.1
Superior	40.6	4.7
Total	100.0	100.0
Coeficiente de Gini	0.2	0.4

Fuente: ENSMI 2014-2015.

1.4.6. Educación

Para la población guatemalteca mayor de 15 años, el porcentaje de alfabetismo es de 80.81 y los años promedio de estudio son 6.23 (16).

La mayor carga de analfabetismo recae en las mujeres; el 15.7% de mujeres y el 7.3% de hombres entre 15 y 49 años no pueden leer. También, los mayores porcentajes de personas que no pueden leer se encuentran en el área rural. Así, el porcentaje de mujeres que no sabe leer en el área urbana es de 8.2, frente al 21.9 en el área rural.

En Guatemala, 14 de cada 100 mujeres y 8 de cada 100 hombres entre 15 y 49 años no han tenido educación. Los mayores porcentajes de personas sin educación se observan en el área rural, tanto en hombres (10%) como en mujeres (19%) (Tabla 2).

Tabla 2. Educación alcanzada en población de 15 a 49 años en Guatemala

Nivel más alto de escolaridad	Área Urbana		Área Rural	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Sin educación	8.1	3.8	19.3	10.4
Primaria Incompleta	18.7	15.2	37.1	31.7
Primaria completa	15.2	15.1	19.1	22.5
Secundaria incompleta	32.3	39.5	17.3	25.7
Secundaria completa	14.1	13.0	5.0	6.9
Superior	11.5	13.3	2.2	2.8
Total	100	100	100	100
Mediana años completados	7.8	8.3	3.7	5.3

Fuente: ENSMI 2014-2015.

También, a mayor quintil de riqueza, menor porcentaje de personas sin estudios. Así, la clase inferior es la que presenta mayor porcentaje de personas sin educación (Figura 3). Esta diferencia es mayor en las mujeres: 35% en clase inferior no tiene educación mientras que solamente el 2% no la tiene en la clase superior (7).

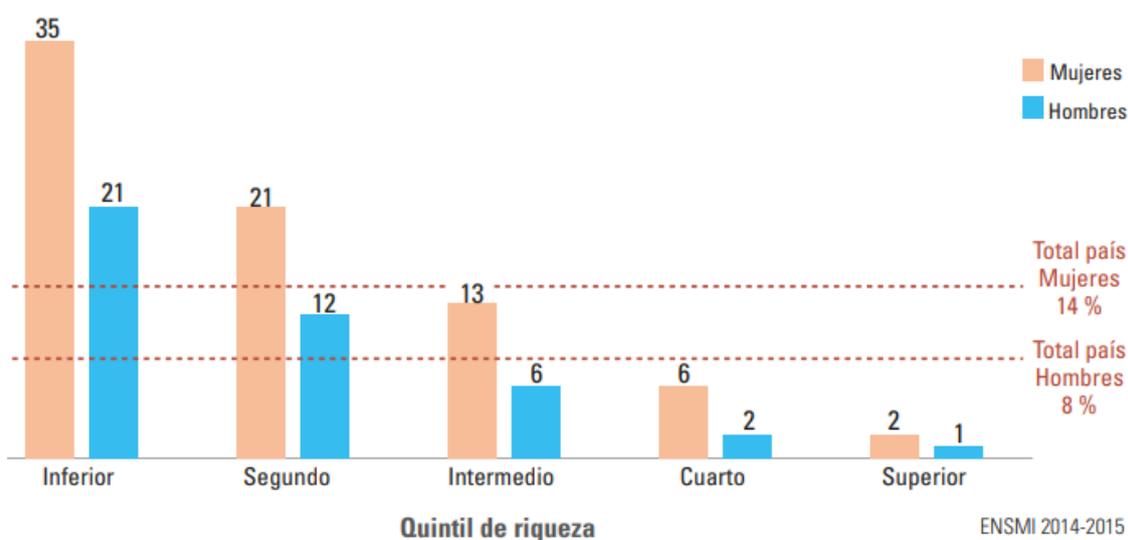


Figura 3. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años, sin educación, según quintil de riqueza. Fuente: ENSMI 2014-2015.

1.4.7. Empleo

Según la ENSMI (2014-2015), en Guatemala, el 43% de las mujeres tiene empleo, frente a un 85% de hombres. La mayoría de los hombres entre 15 y 49 años trabaja en agricultura (38%) seguido de trabajo manual calificado (31%). Los hombres que trabajan en agricultura corresponden a los de menores niveles educativos, menores quintiles de riqueza y área rural (7).

La tasa de desempleo abierto en Guatemala es de 2.8 y la tasa de informalidad de empleo de 71 (hombres 69, mujeres 74). En cuanto a la informalidad del empleo, las mayores diferencias se observan entre el área urbana con tasa de 58 y el área rural, en donde la tasa es de 83 (16).

1.4.8. El sistema de salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), creado por La Constitución Política de la República de Guatemala en 1945, es responsable de velar por la salud y asistencia social de la población guatemalteca formulando políticas y haciendo cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física, mental y social de los habitantes del país y a la preservación higiénica de medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales.

El MSPAS organiza la red de servicios del sistema de salud en tres niveles. El primer nivel de atención incluye servicios básicos de salud como Puestos de Salud que se encuentran distribuidos en comunidades y/o barrios, de acuerdo con la cantidad de población. El segundo nivel de atención se refiere a servicios ampliados de salud como Centros de Salud de las cabeceras municipales, los Centros de Atención Materno-infantil, Hospitales Generales o Distritales y Clínicas Periféricas. Y el tercer nivel de atención incluye hospitales nacionales y especializados (18).

Debido a sus limitaciones de cobertura, los servicios que proporciona el MSPAS, se complementan a nivel nacional con atención de instituciones municipales, privadas y de servicio social. La red de establecimientos de los tres niveles de atención del MSPAS está distribuida administrativa y operativamente en 29 Áreas de Salud y cubre territorios urbanos y rurales (7).

La infraestructura de salud es insuficiente para atender la demanda de salud de la población. Por ejemplo, la densidad de Puestos de Salud por habitante debería ser de uno por 5,000 habitantes y en 2016 fue de 0.4 (13).

Respecto a la atención del VIH en la población guatemalteca, las pruebas diagnósticas son ofertadas en el segundo y tercer nivel. Las personas con resultado positivo son referidas a las Unidades de Atención Integral del VIH (UAI) localizadas en el tercer nivel de atención. Allí se brinda TAR y se realiza el posterior seguimiento de los casos. Actualmente, en el país solo hay 18 UAI; 15 pertenecen a la red de servicios de salud pública y de ellas, solamente 10 se encuentran en el interior del país ubicadas estratégicamente en las áreas de salud con mayor prevalencia de casos de VIH (3).

En 2016, el gasto total en salud se registró en el 5.9% del PIB de Guatemala. El gasto privado es la principal fuente de financiamiento (19).

El personal del MSPAS estaba constituido (2014) por 14% de médicos y enfermeras, 31% de auxiliares de enfermería con un año de formación académica, en quienes recae la responsabilidad de brindar la atención al mayor porcentaje de la población y 49% de personal administrativo. El número de médicos por cada 10,000 habitantes era de 3.3. En el área rural, este número disminuye (7).

Los datos que se generan en la producción de servicios y estadísticas vitales son registrados en formatos que se llenan manualmente en cada servicio y se transfieren a un nivel superior para consolidarse como el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA).

1.4.9. Situación actual de la salud en Guatemala

Aunque ha habido avances a través del tiempo en el estado de salud de la población guatemalteca, existe una crisis institucional para garantizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud básicos. La carga de enfermedades con estimaciones de años de vida potencial perdidos ajustados por muerte prematura, discapacidad o enfermedad, ocurre principalmente por problemas de salud materno infantil, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales, seguido por enfermedades crónicas no transmisibles y problemas derivados de la violencia e inseguridad (homicidios, lesiones y accidentes). Existen desigualdades en salud, encontrándose los peores indicadores en las áreas rurales y pobres, donde se concentra la mayor cantidad de población indígena. Hay un bajo financiamiento público para la salud y la infraestructura física de servicios de salud se concentra en las áreas con menor concentración de pobreza, menor ruralidad y menor porcentaje de población indígena. Existe dificultad para abordar multisectorialmente los determinantes de la salud porque no existe conexión entre el MSPAS y la agenda económica y social del país (20).

1.5. Transmisión Materno Infantil del VIH en Guatemala

El reporte del VIH en el sistema oficial es limitado pues existe un alto nivel de subregistro y la situación de la TMI es desconocida en su real magnitud (2). El número de embarazos esperados al año es de aproximadamente 500,000 (3). Según estimaciones de ONUSIDA, en 2019 había 1200 niños (0-14) viviendo con VIH y aproximadamente 100 muertes por causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en esa población. Y aunque aproximadamente 200 nuevas infecciones fueron evitadas debido a la prevención de la TMI del VIH, solamente al 67% de mujeres embarazadas se les realizó prueba para detectar el VIH y entre las mujeres embarazadas con VIH, solo el 53% tenía acceso al TAR para prevenir la TMI. Además, solo el 49% de niños expuestos al VIH fue diagnosticado antes de los 18 meses de edad. La tasa de TMI estimada del VIH en Guatemala es de 18 (4), esto significa que el VIH se transmitiría al hijo en el 18% de embarazos de mujeres con VIH. No

existen datos sobre VIH desagregados por pertenencia étnica respecto a la TMI en Guatemala.

1.5.1. Marco jurídico

El Decreto 27-2000 de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA establece que el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PNS) es el ente rector en el ámbito nacional en cuanto a la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnóstico, atención y seguimiento de las ITS, VIH y SIDA. Posee la facultad de emitir normativa de carácter técnico a efecto de implementarla dentro de los tres niveles de atención de los servicios de salud.

El Acuerdo Gubernativo 317-2002 norma lo relativo a los mecanismos necesarios para que se cumpla la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA y la Política Pública 638-2005 plantea un conjunto de acciones orientadas a la atención integral mediante una coordinación intersectorial con enfoque multidisciplinario.

Asimismo, la Ley para la Maternidad Saludable, Decreto 32-2010 creó un marco jurídico que permite implementar mecanismos que aseguren la salud y calidad de vida de las mujeres y de los recién nacidos brindando servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto para la prevención y erradicación de la mortalidad materna-neonatal así como garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes con enfoque de derechos humanos, pertinencia cultural y métodos de atención tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna, acciones enmarcadas en los principios de gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad (3).

1.5.2. Respuesta ante la TMI

Desde el 2010, los Estados Miembros de la OPS han asumido el compromiso de impulsar la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis en la Región (21). En 2015, Cuba se convirtió en el primer país del mundo en recibir el reconocimiento oficial de la OMS como país que ha eliminado la TMI del VIH y la sífilis como problemas de salud pública. Un gran número de países y territorios están logrando tasas muy bajas de TMI progresando hacia el camino de la eliminación (10).

En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, incluida Guatemala, aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En el objetivo 3 de Salud y Bienestar se incluye garantizar la salud y el bienestar de todas las personas, particularmente en lo que corresponde a la salud reproductiva y materno infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la cobertura universal de salud, y el acceso de todos a medicinas y vacunas de calidad. Como una de las metas que deberá cumplirse para el 2030, se debe acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas e impulsar el control de la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Otra meta es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, así como lograr la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales (22).

Los compromisos ETMI fueron renovados y ampliados en el 2016 mediante la aprobación del Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Este plan promueve una respuesta acelerada, enfocada, más efectiva, innovadora y sostenible, allanando el camino hacia la meta de poner fin a la epidemia de SIDA e ITS como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030 (23).

En 2017, al suscribir los principios y las líneas de acción de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, el Plan amplió la iniciativa de ETMI a ETMI Plus, aprovechando la plataforma de salud materno

infantil para incluir la eliminación de otras enfermedades transmisibles prevenibles en la Región, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (24).

En cuanto a la tasa de transmisión materno infantil del VIH, la meta de la estrategia ETMI Plus es lograr el 2% o menos con los siguientes objetivos programáticos:

- Necesidades desatendidas de planificación familiar de 10% o menos en las mujeres de 15 a 49 años
- Cobertura de 95% o más de la atención prenatal y de partos en medio hospitalario
- Cobertura de 95% o más del tamizaje del VIH en las embarazadas
- Cobertura de 95% o más del tratamiento apropiado de la infección por el VIH en las embarazadas (25).

En Guatemala, en 2013 fue aprobado el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita 2013–2016 y ese mismo año fue actualizada la Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas, que incluye las indicaciones para el tratamiento de las embarazadas viviendo con VIH y sus hijos (3).

Posteriormente, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2017-2021 fue formulado para alcanzar las metas internacionales aceptadas por Guatemala que se resumen en la eliminación de la epidemia de ITS, VIH y SIDA en 2030; la eliminación del estigma y discriminación de las personas afectadas y alcanzar la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B (26).

Actualmente, la respuesta nacional en Guatemala se basa en el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Congénita y Hepatitis B 2018-2021. Su objetivo es desarrollar y orientar las acciones de corto y mediano plazo que permitan optimizar las intervenciones de salud y

sociales dirigidas a eliminar la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, y la hepatitis B en Guatemala y para disminuir el número y el impacto de dichas infecciones en la población infantil. El Plan tiene tres líneas de acción:

- Integrar medidas contra la infección por el VIH, las ITS en general, la infección por el virus de la hepatitis B en las políticas, programas y servicios de las áreas de salud sexual y reproductiva, atención prenatal, salud de la madre y el niño, y salud de la familia y la comunidad.
- Intensificar la diseminación de información estratégica acerca de la infección por el VIH, la sífilis, y la hepatitis B en los servicios de salud de la madre y el niño.
- Mejorar la red de laboratorios y la calidad y gestión de la cadena de suministros.

Las metas nacionales en cuanto a la ETMI según el Plan Nacional son:

- Aumentar la cobertura de atención prenatal a $\geq 95\%$
- Aumentar la cobertura de atención del parto en hospitales a $\geq 95\%$
- Aumentar la cobertura de pruebas de detección en embarazadas a $\geq 95\%$
- Aumentar la cobertura de tratamiento de embarazadas con VIH a $\geq 95\%$ (3).

Guatemala, intentando responder al compromiso de la ETMI ha promovido las siguientes intervenciones de prevención: tamizaje de VIH a embarazadas en el control prenatal, y, en el caso de embarazadas con VIH iniciar el TAR a partir de la semana 14 de embarazo, resolución de embarazo por cesárea y alimentación con sucedáneos de leche materna a infantes de madres con VIH (7).

Entre las Normas Nacionales de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel (2018) en el capítulo de Atención en embarazo, parto y puerperio, en cuanto a la atención prenatal se establece cuatro citas (12, 26, 32 y 36-38 semanas de gestación). Se indica ofertar la prueba de VIH en la primera,

segunda y cuarta cita de atención prenatal realizando consejería pre y post prueba con consentimiento informado y firmado. Además, se recomienda utilizar el idioma materno o solicitar un traductor y respetar la percepción que la mujer tiene sobre aspectos de la sexualidad y proceso reproductivo.

Si el resultado es negativo, la prueba se debe repetir cada tres meses hasta que termine el embarazo y educar sobre factores de riesgo. Si el resultado de la prueba es reactivo, debe confirmarse según el algoritmo diagnóstico nacional para VIH. Si la prueba confirmatoria es positiva, se debe brindar consejería post prueba, referir y vincular a Unidad de Atención Integral más cercana para seguimiento de la embarazada con VIH y de su hijo expuesto (6).

Aunque se ha mejorado las coberturas de diagnóstico y tratamiento y se ha fortalecido el sistema de gestión, información y vigilancia, el objetivo de la iniciativa ETMI Plus no se ha alcanzado. Hay limitantes y barreras que necesitan ser abordados, principalmente en las zonas rurales donde las coberturas son menores con respecto al área urbana (3).

1.6. Determinantes sociales de la TMI del VIH en población indígena de Guatemala

1.6.1. Salud en la población indígena

La población indígena muestra algunos de los indicadores más pobres de salud del país (27). Por ejemplo, la mortalidad materna es 2.2 veces mayor y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años es 1.8 veces mayor en la población indígena al compararlas con la población no indígena (20).

Un alto porcentaje de la población indígena guatemalteca vive en condiciones de pobreza o pobreza extrema, tiene menor disponibilidad de servicios básicos, menor tasa de alfabetismo y menos años de escolaridad, mayor tasa de mortalidad infantil, mayores porcentajes de desnutrición crónica infantil, mayor mortalidad materna, mayor tasa global de fecundidad en relación a la población no indígena.

En Guatemala, el enfoque de atención en salud es predominantemente biomédico, impositivo e intolerante frente a otras explicaciones de procesos de salud. Por su parte, los pueblos indígenas tienen una concepción de la salud-enfermedad diferente; para ellos la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual. En 2002 fue creado por el MSPAS el Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa con el objetivo de conocer, rescatar y valorar los diferentes conocimientos y prácticas terapéuticas del modelo maya, así como sensibilizar al personal de salud (27).

En 2009 fue creada la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas por Acuerdo Ministerial 1632-2009 teniendo como competencias: 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; c. La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agreda sus formas de vida y cosmovisión; d. El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena; e. Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y No Indígena. Esta Unidad ha contribuido con el diseño y aprobación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical, Guía para el registro de la Autoidentificación de las Personas en los Servicios de Salud; y coordinar el proceso de consultas, diseño y aprobación de la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (Acuerdo 102-2015). Sin embargo, ha sufrido la falta de financiamiento dentro de los presupuestos del Estado provocando que las políticas no puedan ser implementadas (28).

La exclusión en salud se da en medio de la interacción entre las necesidades de salud y la capacidad de respuesta del Sistema de Salud ante dichas necesidades (13) y los pueblos indígenas nunca han sido priorizados en la agenda nacional de los programas de gobierno ni de las inversiones en Guatemala. Por ejemplo, en 2015 finalizó el Programa de Extensión de Cobertura, que brindaba servicios

básicos de salud a casi un tercio de la población, la más pobre y excluida, mayoritariamente rural e indígena (27).

1.6.2. Acceso a la salud

Para la población indígena, los indicadores de acceso a servicios de salud no han mejorado, y tampoco ha habido cambios que sugieran que los servicios públicos están contribuyendo a compensar las condiciones de inequidad (27).

Así, el MSPAS no dispone de personal suficiente para atender a la población rural porque la mayor parte del personal calificado y la tecnología avanzada se concentra en las ciudades y sirve a las poblaciones con mayores recursos (27) mientras que, en los departamentos más pobres, en donde hay mayor porcentaje de población indígena, la concentración de recursos humanos en salud es menor (17).

En cuanto a la utilización de los servicios de salud la población indígena consulta a profesionales de la medicina en menor proporción que la población no indígena (16). Al requerir atención en salud, las personas en situación de pobreza acuden en mayor porcentaje a los centros de salud (41%) u hospitales públicos (31%), sin embargo, la gente en pobreza extrema acude en mayor medida a los centros comunitarios y/o puestos de salud (57%) o recibe atención en casa (43%) (13).

En Guatemala, el 74% de mujeres entre 15 y 49 años, refiere tener al menos un problema en cuanto al acceso a los servicios de salud. Los principales problemas son: dificultad para conseguir dinero para el tratamiento (60%), dificultades para trasladarse debido a la distancia al servicio de salud (39%) y no querer ir sola al mismo (32%). Es importante indicar que el 17% de mujeres tiene problemas para “conseguir permiso” para ir a su tratamiento, lo que revela desigualdad de género. En la población indígena, a menor educación y en el quintil de riqueza inferior aumentan dichos porcentajes. La mayor diferencia se da entre las mujeres del quintil de riqueza inferior en donde el 85% tiene al menos un problema de acceso (7).

Algunos de los factores que limitan la búsqueda y aceptación de servicios de salud por parte de la población indígenas son:

1.6.2.1. Limitación geográfica

Hay poca disponibilidad de servicios de salud en áreas rurales por lo que la dificultad de acceso a los mismos se incrementa en la población indígena (27). Los servicios de orientación y diagnóstico de VIH que se realizan el segundo y tercer nivel de atención se concentran en las áreas urbanas de los departamentos (7, 26, 29).

1.6.2.2. Coste

La condición de pobreza es un factor que influye en el acceso a los servicios de salud y en la manera en que estos se utilizan (7).

Aunque el cuidado en salud es gratuito en Guatemala, los gastos en traslado para acudir a los servicios, la pérdida de tiempo de trabajo y el costo del tratamiento médico representan gastos considerables para una familia indígena (30).

1.6.2.3. Comunicación y lingüística

Los servicios de salud prestan la atención en el idioma oficial pero la mayoría de la población indígena tiene otro idioma materno (2). Sin un buen manejo del idioma, los pacientes no serán capaces de explicar sus síntomas o de seguir una conversación con términos médicos (30). Una barrera en cuanto a la aceptación de los servicios de salud es que el proveedor no hable el idioma preferido del consultante (31).

Los problemas de tipo comunicativo y lingüístico tienen relación tanto con la ausencia de un idioma como de un modelo explicativo del proceso salud-enfermedad-atención-prevención compartido entre médico y paciente como para posibilitar el encuentro clínico (29).

1.6.2.4. Estigma y discriminación

El estigma y discriminación por parte de los proveedores de atención opera a través de las representaciones sociales, y el correlato en sus prácticas de atención (29). Así, se ha descrito experiencias de discriminación y abuso en personas indígenas al utilizar servicios públicos por parte del personal de salud en varias regiones de Guatemala. Se registró en un estudio diferentes expresiones de discriminación y maltrato asociado a pobreza, barreras del lenguaje, género, etnicidad y clase social. Los episodios fueron descritos por los participantes por un rango que va desde indiferencia a violencia (psicológica, simbólica y física) incluyendo coerción, burlas y racismo. Por ejemplo, negar la atención a usuarios que no hablan español, mentir a los pacientes, obligarles a procedimientos que no deseaban, gritarles, darles órdenes. Según los participantes, el ser indígena y pobre era la motivación detrás de los tratos abusivos que recibieron (30).

Otro ejemplo es que los profesionales de la salud no proporcionan información completa, con respecto a los aspectos del tratamiento o de la infección del VIH, a los usuarios indígenas, que sí dan a la población blanca o mestiza, por considerar que “no va a entender” o solo lo va a hacer de manera parcial (29).

1.6.3. Conocimientos sobre VIH

En general, existe un menor nivel de conocimientos sobre el VIH en la población indígena al compararla con población no indígena. Así, solo el 55% de mujeres y el 69% de hombres indígenas frente al 81% de mujeres y el 79% de hombres no indígenas, creen que el uso de preservativo reduce el riesgo de infectarse de VIH.

El conocimiento comprensivo de VIH significa que la persona sabe que el uso consistente de preservativo en las relaciones sexuales y tener una sola pareja disminuye el riesgo de infección, sabe que una persona que parezca saludable

puede tener VIH y rechaza las siguientes dos creencias erróneas: el VIH puede transmitirse a través de picaduras de mosquitos y a través de medios sobrenaturales. En Guatemala, solo el 26% de las mujeres y el 24% de los hombres tienen conocimiento comprensivo del VIH. Dicho conocimiento disminuye en las mujeres indígenas a 13% y en los hombres a 14%.

El porcentaje de mujeres indígenas que sabe que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y que el riesgo de transmisión de la madre al infante puede ser reducido si la madre toma ARV durante el embarazo es de 35%, frente al 50% de mujeres no indígenas. Los hombres, en general, tienen menor conocimiento que las mujeres al respecto.

Respecto a las actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH, solamente un 13% de la población expresa aceptación de las cuatro actitudes siguientes: está dispuesto a cuidar en el hogar a un familiar con VIH, compraría vegetales frescos a un vendedor con VIH, dice que, a una maestra con VIH que no está enferma, se le debe permitir seguir enseñando y no le gustaría mantener en secreto que un familiar tiene VIH. El porcentaje disminuye a 7 en población indígena (7) lo cual refleja alto grado de estigma y discriminación.

1.6.4. Atención prenatal

En Guatemala (2014-2015), de las mujeres indígenas que tuvieron nacidos vivos en los últimos cinco años, el 88%, tuvo al menos un control prenatal con un profesional de la salud en su embarazo más reciente. Las mujeres del área urbana tienen su primera visita de atención prenatal más temprano y reciben más información durante dicha visita que las del área rural.

En cuanto a quién provee la atención (Tabla 3), un mayor porcentaje de mujeres no indígenas son atendidas por médico (74.1%) frente al 50.6% de mujeres indígenas. El uso de comadrona (partera tradicional) es mayor en el grupo indígena (7%) frente al 2.2% del grupo no indígena (7).

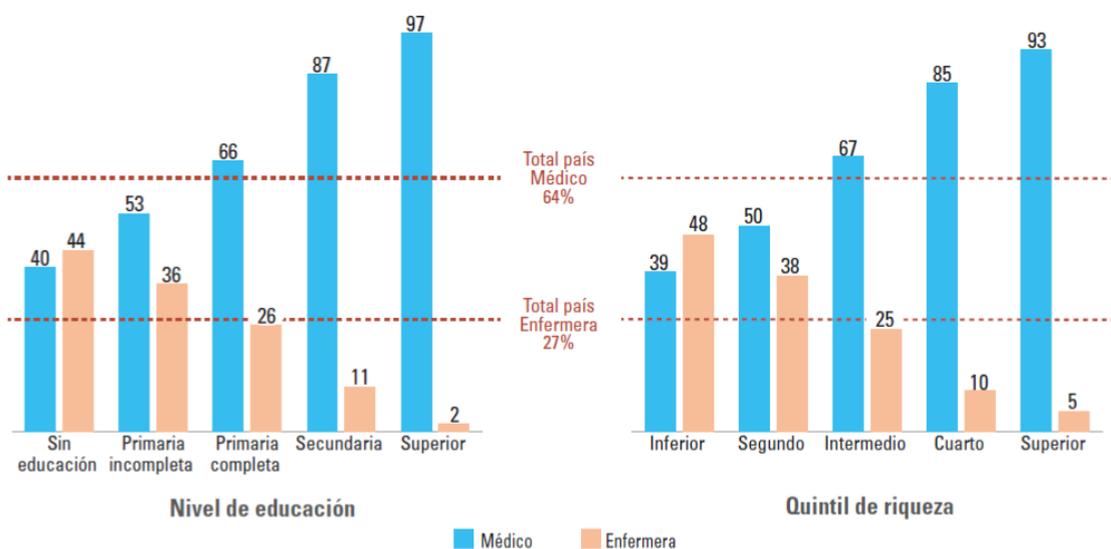
Tabla 3. Proveedor que brindó atención prenatal según etnia en Guatemala.

Proveedor	Indígena	No indígena
Médico	50.6	74.1
Enfermera	37.5	19.6
Comadrona capacitada	7.0	2.2
Otra persona	1.0	0.3
Sin atención prenatal	3.9	3.7
Total	100.0	100.0
Proveedor de salud calificado*	88.1	93.7

*médico o enfermera.

Fuente: ENSMI 2014-2015

Entre las mujeres sin educación y con primaria incompleta un 14.3% tiene atención prenatal con comadrona. Según el nivel de educación y el quintil de riqueza, los grupos más favorecidos de la sociedad gozan de atención prenatal más especializada (Figura 4).



ENSMI 2014-2015

Figura 4. Porcentaje de mujeres de 15-49 años que recibió atención prenatal por médicos y enfermeras, para el nacimiento más reciente, según nivel de educación y quintil de riqueza. Fuente: ENSMI 2014-2015.

1.6.5. Atención del parto

En Guatemala (2014-2015), el 50% de partos de mujeres indígenas son atendidos en casa y no en un servicio de salud, mientras que, en el grupo no indígena, el 81% de partos es atendido en servicios de salud.

La educación de la madre y el quintil de riqueza marcan también la diferencia en cuanto al lugar de atención del parto (Figura 5). Solamente cuatro de cada diez mujeres del grupo sin educación tienen atención al parto en un servicio de salud, mientras que, si cuentan con educación superior, esto ocurre en casi la totalidad de ellas (98%). Una de cada dos mujeres sin educación es atendida en el parto por comadrona. A menor educación, mayor probabilidad de que el parto sea atendido por comadrona (7).

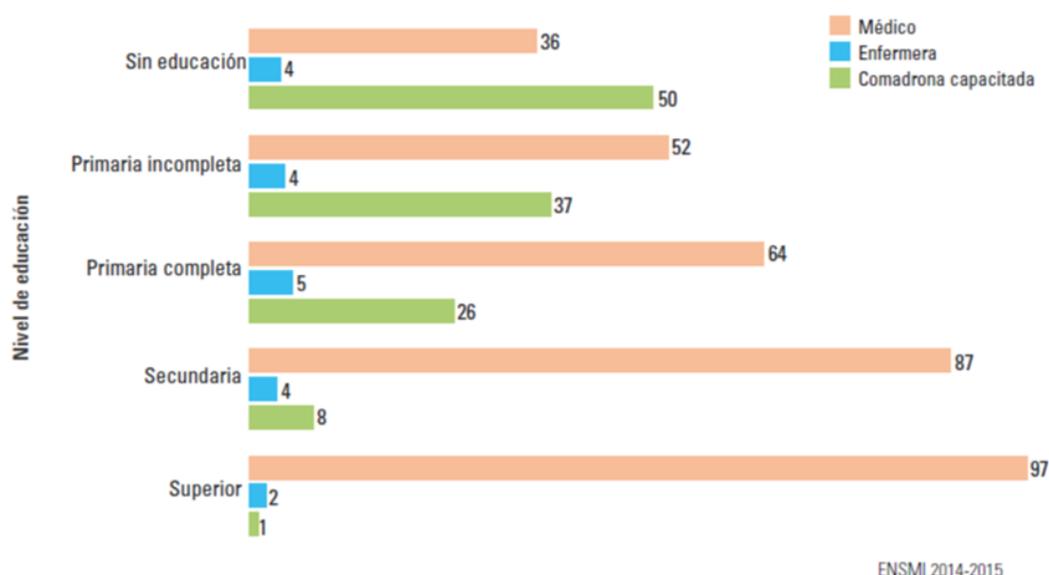


Figura 5. Porcentaje de partos atendidos por médico, enfermera o comadrona capacitada en los últimos 5 años, según el nivel de educación de la madre. Fuente: ENSMI 2014-2015.

1.6.6. Participación de las comadronas en la atención prenatal y parto

En las poblaciones indígenas guatemaltecas, las comadronas son responsables de la atención a la mujer, desde que contrae matrimonio y en el embarazo desde el diagnóstico, pronóstico, atención prenatal, parto y post parto. Brindan atención al parto en casa de la mujer, generalmente en posición vertical, en cualquiera de

sus variantes. También son responsables de las enfermedades de las mujeres y niños hasta los nueve meses; en algunos casos, hasta los tres años. En cuanto a prevención, realizan consejería a las familias sobre la salud de la mujer, cuidado y educación de los niños, las buenas relaciones familiares y de pareja y planificación familiar. Son lideresas en el ámbito comunitario, responsables de dar lineamientos comunitarios sobre la atención y trato a las mujeres (32).

Según la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (33):

“Las comadronas son en las comunidades el referente principal para la mujer en edad fértil, la embarazada, la parturienta y la puérpera, quienes confían, le piden consejo y atención de salud para ellas y para la o el recién nacido, siempre están disponibles de día y de noche, desplazándose a la vivienda de las mujeres sin importar las distancias” (p18).

En cuanto a la respuesta del Estado, en 2010 se creó la Ley de Maternidad Saludable, que en el artículo 9 regula la posición para la atención del parto, según preferencia de la mujer y la consideración del acompañamiento de las mujeres por un familiar o persona de confianza en el momento del parto, cuando se trate de un parto normal (34).

Posteriormente, se creó la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025. Esta tiene como objetivo mejorar la salud materna neonatal por medio del fortalecimiento del sistema de salud, a partir del reconocimiento y la contribución de las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala, con sus conocimientos y prácticas en favor de la salud materna neonatal en la comunidad, con base a un relacionamiento efectivo y respetuoso de los derechos culturales de los pueblos indígenas con el sistema de salud (33).

A pesar de las políticas, el enfoque holístico de la salud desde la perspectiva de la población indígena no se encuentra integrado en el sistema de salud pública. En la práctica, la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana ignora cuáles son las prioridades y las necesidades de las mujeres indígenas al

momento del parto (32). También, en los servicios de salud han sido reportados casos de actitud negativa por parte del personal, con respecto al trabajo que realizan las comadronas en la atención de las mujeres (33).

Se ha demostrado que después de participar en programas de formación en salud materna, las parteras tradicionales aumentan sus habilidades clínicas en atención prenatal, conocimientos obstétricos básicos, capacidad para identificar y referir complicaciones tempranas del embarazo y parto. Y aunque se reconoce la importancia de la capacitación de las parteras tradicionales para mejorar los indicadores de salud durante el embarazo y parto, en Guatemala no existe un programa nacional exhaustivo de formación para ellas (35, 36).

1.6.7. Consejería a mujeres embarazadas y prueba del VIH

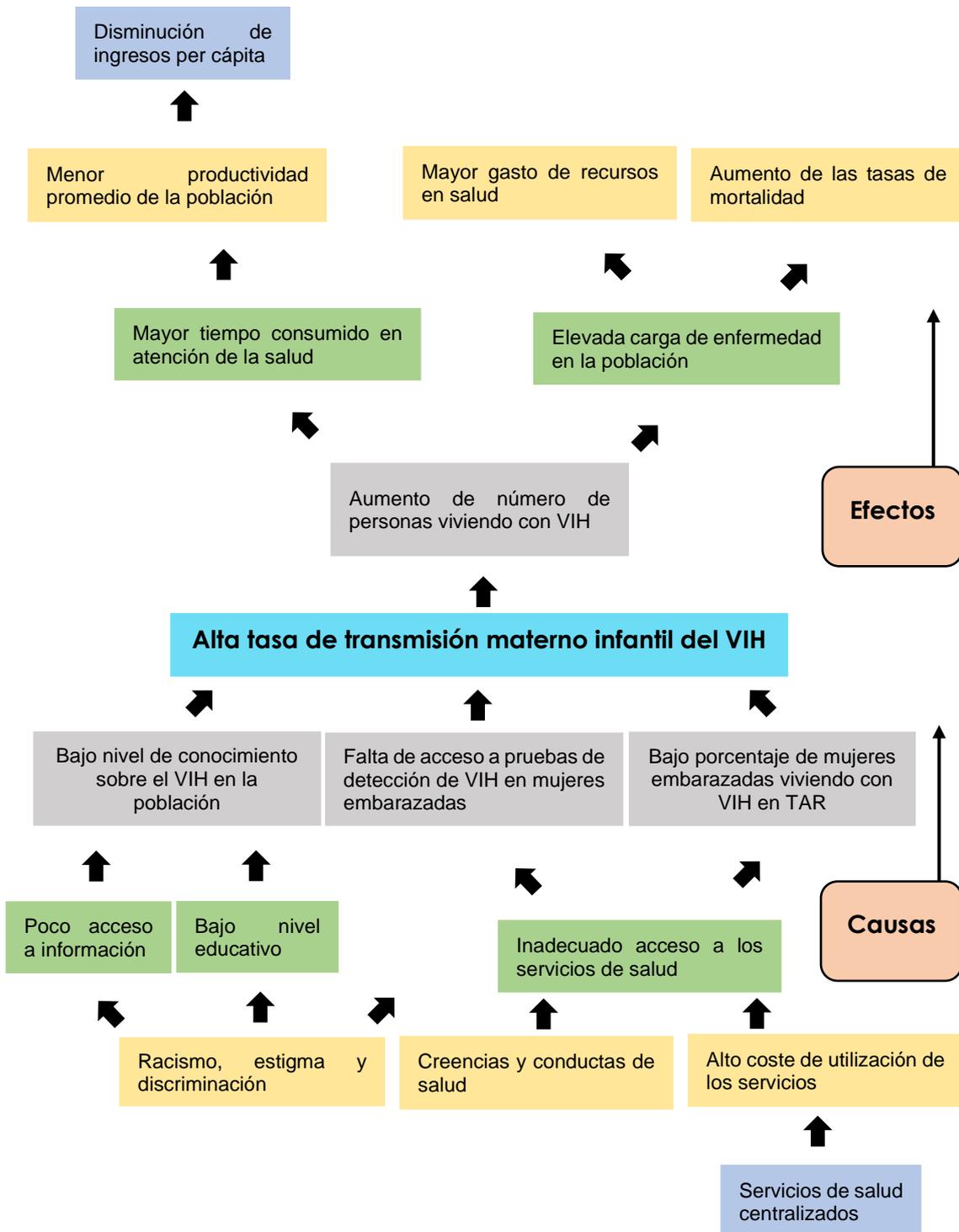
En 2019, en Guatemala, solamente al 67% de mujeres embarazadas se les realizó prueba para detectar VIH (4).

En la ENSMI 2014-2015, del total de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en los dos años que precedieron a la encuesta, el 33% refirió haber recibido consejería sobre VIH durante la atención prenatal y solamente el 26% por ciento recibió sus resultados después de la prueba. Pero las mujeres indígenas tuvieron los porcentajes más bajos en estos dos indicadores (27% y 18%, respectivamente) lo cual muestra una diferencia importante en relación con las mujeres no indígenas (41% y 34%, respectivamente). Así mismo, existe menos referencia de consejería sobre VIH y realización de la prueba y menor entrega de resultados durante la atención prenatal a menor educación, menor quintil de riqueza y área rural (7).

En Guatemala, los porcentajes de tamizaje para VIH en embarazadas de las regiones más pobres, durante la última visita de control prenatal son los más bajos de Centro América (37).

1.7. Identificación de los problemas y posibles soluciones

1.7.1. Árbol de problemas



1.7.2. Posibles soluciones: ventajas y limitaciones

	Ventajas	Limitaciones
Brindar ayuda económica a las mujeres embarazadas para trasladarse al servicio de salud donde realizan pruebas de VIH	La capacidad está instalada pues se cuenta con las pruebas de VIH y el personal capacitado para realizarlas	Los servicios de salud donde realizan pruebas están ubicados muy lejos de algunas comunidades
	Inicio inmediato del proyecto al no tener que invertir tiempo en capacitaciones	Pérdida de tiempo laboral o de cuidado de los hijos al invertir tiempo en trasladarse
Descentralizar las pruebas de VIH a los Puestos de Salud	Los Puestos de Salud son más cercanos a las comunidades	No están abastecidos con pruebas de VIH
	Las comadronas son un recurso activo de salud bien valorado por la comunidad	Ausencia de personal capacitado para realizar las pruebas VIH
	Capacidad demostrada de las parteras tradicionales para adquirir habilidades	Resistencia de las autoridades de salud para normar la realización de pruebas de VIH por personal no sanitario

Al realizar un análisis de la situación se considera que la solución más viable actualmente es la descentralización de las pruebas desde los Centros hacia los Puestos de Salud pues con ella se mejora la accesibilidad de la población a las pruebas desde el punto de vista geográfico como cultural dando respuesta a la problemática planteada utilizando los propios recursos comunitarios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Disminuir la tasa de Transmisión Materno Infantil del VIH en el Municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, Guatemala a través de acciones preventivas de los tres niveles tomando en consideración los determinantes sociales de salud.

2.2. Objetivos Específicos

Prevencción Primaria		
OE1	Corto Plazo	Aumentar el nivel de conocimiento comprensivo y de la Transmisión Materno Infantil del VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años
	Largo Plazo	Disminuir el número de nuevas infecciones por VIH en la población de 15 a 49 años
Prevencción Secundaria		
OE2	Corto Plazo	Aumentar el porcentaje de pruebas de VIH realizadas a las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, durante su control prenatal en los servicios de salud
	Largo Plazo	Aumentar el número de personas infectadas que conocen su estatus serológico de VIH
Prevencción Terciaria		
OE3	Corto Plazo	Facilitar el inicio oportuno y adherencia al TAR en mujeres embarazadas con resultado positivo de prueba de detección de VIH en atención prenatal
	Largo Plazo	Eliminar la Transmisión Materno Infantil del VIH

3. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO

3.1. Población de referencia

El proyecto de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH en población indígena tiene como población de referencia a todas las mujeres indígenas guatemaltecas embarazadas entre 15 y 49 años, a sus neonatos y parejas sexuales.

3.2. Selección poblacional de intervención

El programa pretende ser referente para otras zonas de características similares en el país y se aplicará como piloto en el municipio de San Pedro Carchá, del Departamento de Alta Verapaz, Guatemala en coordinación con la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz y los Distritos Municipales de Salud de San Pedro Carchá.

El municipio para la intervención fue elegido por varias razones:

- Ha presentado un gran aumento de casos de VIH en el 2019, generando preocupación en las autoridades de salud.
- Está entre los municipios con mayor porcentaje de población indígena, ruralidad y pobres indicadores de salud del país.
- El municipio tuvo en 2019 un porcentaje muy bajo (20%) de mujeres embarazadas a quienes se les realizó pruebas de detección de VIH en control prenatal.
- La población del departamento de Alta Verapaz es la que tiene el menor porcentaje en el país sobre el conocimiento comprensivo del VIH (13%, país= 25%) y sobre la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (26%, país= 39%). También el menor porcentaje de actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH (6%, país= 13%) (7).

3.3. Características del lugar de intervención

Alta Verapaz es un departamento ubicado en la Región Norte de Guatemala (Figura 7), con altitud media de 1316 metros sobre el nivel del mar y clima frío lluvioso. Su cabecera departamental es Cobán y está conformado por 17 municipios (Figura 8), uno de ellos es San Pedro Carchá (7).

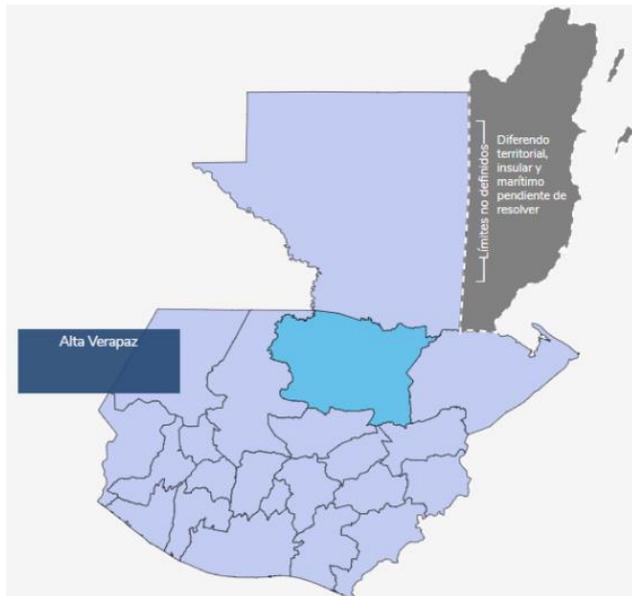


Figura 7. Ubicación del Departamento de Alta Verapaz
Fuente: INE 2018. XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda

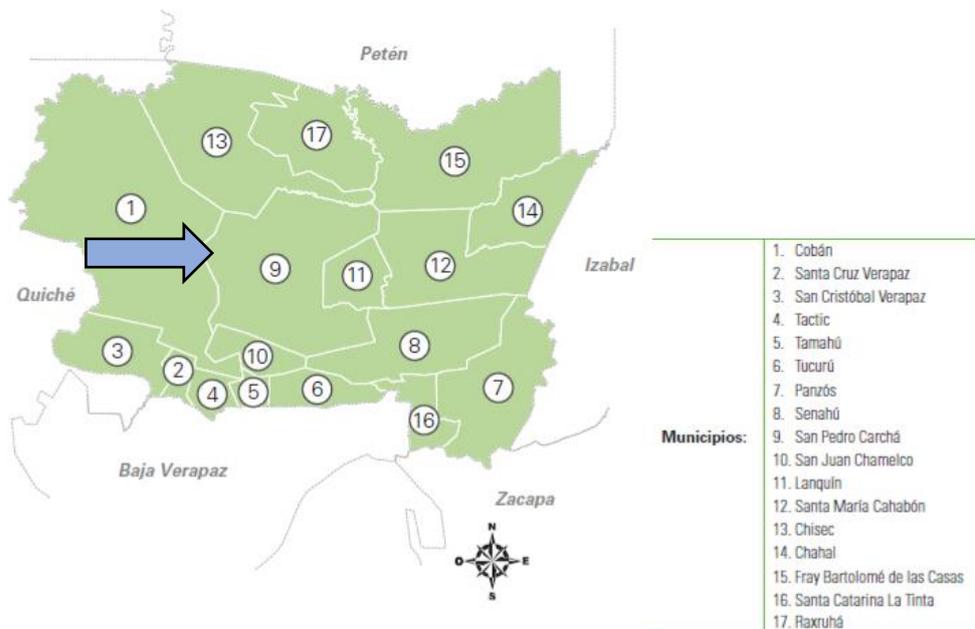


Figura 8. Distribución Municipal del Departamento de Alta Verapaz, Guatemala
Fuente: ENSMI 2014-2015

Según datos del XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda del INE de 2018, San Pedro Carchá tiene una población de 235,275 habitantes (50.58% mujeres). El 57.53% de la población tiene entre 15 y 64 años (Figura 9); solo el 4.35% tiene 65 años o más (2). Su densidad poblacional estimada para 2020 es de 259 (7).

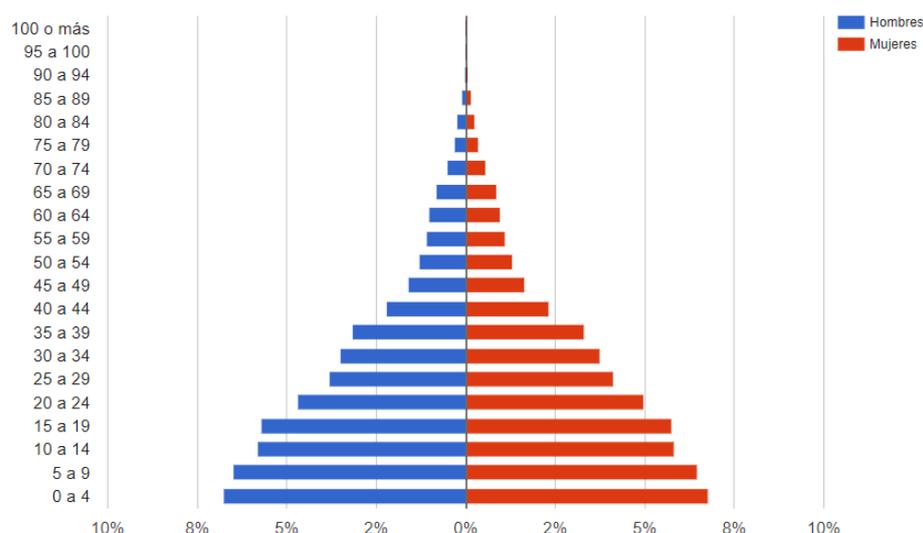


Figura 9. Pirámide de población (%). Datos del municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Fuente: INE 2018. XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda

En cuanto a las etnias, el 96.88% de la población de San Pedro Carchá es maya (Q'eqchi' en un 99%). La mayoría de la población habita en área rural (93.05%).

Para la población mayor de 15 años, los años promedio de estudio son 4.37 y el alfabetismo se observa en 66.68% (75% hombres y 63% mujeres). El promedio de personas por hogar es de 5.40 y el porcentaje de mujeres jefas de hogar solo el 13.57%.

Respecto a las condiciones de vivienda, la fuente principal de agua para consumo es la recolección de agua de lluvia en el 68% de hogares; el tipo de servicio sanitario que predomina (85%) es la letrina o pozo ciego. Solo el 38.9% de hogares cuenta con energía eléctrica. El material predominante de

construcción para las viviendas son madera (58%) y block (33%) para las paredes y lámina metálica (98%) para el techo; en un 67% de viviendas el suelo es de tierra. En cuanto a electrodomésticos, solo el 9% de hogares en San Pedro Carchá cuenta con refrigerador y acerca de la tecnología de información y comunicación, el 53% cuenta con radio y el 21% con televisión (2).

La Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz tiene bajo su responsabilidad a los dos Distritos Municipales de Salud: Carchá y Campur que ejecutan en el municipio de San Pedro Carchá. Los servicios incluyen en el segundo nivel un Centro de Atención Permanente y dos Centros de Salud y en el primer nivel cinco Puestos de Salud con propiedad e infraestructura propia del MSPAS. En los Puestos de Salud, generalmente labora uno o dos auxiliares de enfermería.

Los Distritos Municipales de Salud de San Pedro Carchá cubren un total de 40 territorios y actualmente tienen registradas a 493 comadronas. Las comadronas se registran en un Puesto de Salud al cual refieren para control prenatal a las mujeres embarazadas que las consultan; también reciben una capacitación mensual en dichos Puestos.

3.4. Desarrollo del proyecto

El proyecto, alineado a las estrategias del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Congénita y Hepatitis B 2018-2021, se implementará en alianza con el PNS.

La intervención de prevención combinada del VIH se llevará a cabo a nivel comunitario con la implementación de las siguientes acciones recomendadas por la OMS:

- Consejería y realización de pruebas diagnósticas para VIH.
- Notificación asistida a las parejas de personas diagnosticadas con VIH.

- Adherencia en el uso efectivo de ARV.
- Integración de los servicios del VIH a los servicios clínicos de salud materno infantil.
- Descentralización de los servicios de salud relacionados al VIH.
- Capacitación, supervisión e incentivo a trabajadores que provean servicios y sean enlace entre la comunidad y los servicios de salud.
- Servicios comunitarios participativos en donde las comunidades se involucren en acciones de divulgación y supervisión de programas de prevención de VIH.

El proyecto se enfocará en la participación comunitaria ya que es un instrumento eficaz para mejorar la salud, el bienestar y disminuir las desigualdades sociales (38).

3.5. Cronograma de actuación

Se empezará a coordinar las actividades desde el mes de octubre de 2020 para que en 2021 se implemente la descentralización y realización de las pruebas diagnósticas de VIH en los Puestos de Salud, iniciando en el mes de enero y finalizando en diciembre acorde al ciclo anual de reporte de datos del sistema de información del MSPAS.

Cronograma

ACTIVIDADES MES	2020			2021												2022		
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
OE1. Aumentar el nivel de conocimiento comprensivo y de la Transmisión Materno Infantil del VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años																		
Reunión con el área de comunicación del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas del MSPAS, Departamento de Promoción y Educación en Salud del Sistema Integral de Atención en Salud																		
Publicación términos de referencia de consultoría para el Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC) municipal																		
Selección y contratación del equipo consultor																		
Diagnóstico comunitario de necesidades de IEC																		
Diseño y validación del Plan de IEC municipal																		
Implementación Plan de IEC municipal																		
OE 2. Aumentar el porcentaje de pruebas de VIH realizadas a las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, durante su control prenatal en los servicios de salud																		
Reunión con las autoridades del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PNS)																		
Reunión con el director y el responsable del PNS de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz																		
Reunión con el responsable del PNS de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, los directores y responsables del PNS en los Distritos Municipales de Salud																		
Talleres participativos sobre prevención del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas: "Unidos contra la Transmisión Materno Infantil del VIH"																		
Capacitaciones técnicas al personal de salud de los Puestos en cuanto a consejería y realización de pruebas de detección del VIH																		
Capacitación de las comadronas como educadoras comunitarias en VIH																		
Taller participativo para la prevención de TMI del VIH dirigido a los alcaldes de los diferentes territorios del municipio																		
Descentralización de las pruebas de detección del VIH desde los Distritos hacia los Puestos de Salud y realización de pruebas																		
OE 3. Facilitar el inicio oportuno y adherencia al TAR en mujeres embarazadas con resultado positivo de prueba de detección de VIH en atención prenatal.																		
Capacitación para el seguimiento de las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de detección del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas.																		
Supervisión y monitoreo																		
Evaluación																		
Presentación de Resultados																		
Informe Final																		

3.6. Actividades

3.6.1. Actividades para alcanzar el Objetivo Específico 1

“Aumentar el nivel de conocimiento comprensivo y de la Transmisión Materno Infantil del VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años”.

Reunión con el área de comunicación del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas y con el Departamento de Promoción y Educación en Salud del Sistema Integral de Atención en Salud.

El objetivo de la reunión será solicitar autorización y lineamientos a tomar en cuenta para el diseño e implementación del Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC). Se solicitará participación en el proceso de diseño en conjunto con el equipo consultor, así como en la implementación acorde a sus estrategias de promoción y educación en salud.

Contratación de un equipo consultor para diseñar e implementar un Plan municipal de Información, Educación y Comunicación (IEC) de medidas preventivas ante el VIH y de la transmisión materno infantil del VIH dirigido a la población específica.

Se contratará un equipo consultor durante 4 meses para realizar un diagnóstico de la comunidad, diseñar los mensajes de IEC, validarlos e implementar el Plan. El equipo debe incluir a profesionales de las siguientes áreas: ciencias de la comunicación, diseño gráfico/ilustración, ciencias sociales y ciencias de la salud, de preferencia con formación en Salud Pública y/o VIH; al menos un miembro del equipo debe hablar el idioma Q'eqchi'.

El diagnóstico comunitario debe identificar las necesidades de información de la población tomando en cuenta los determinantes sociales, las

conductas y percepción de riesgo del VIH. El resultado del diagnóstico debe tomarse en cuenta para el diseño de los mensajes y la implementación del Plan. El diseño y la implementación deberá realizarse con la participación y la validación de la comunidad.

El Plan deberá ser diseñado en el idioma local (Q'eqchi') y español, con pertinencia cultural, enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos. Deberá incluir mensajes sobre medidas preventivas ante el VIH y de la transmisión materno infantil del VIH, promoción del proyecto y referencia hacia los servicios de salud. También, un producto será el diseño de material de IEC que usarán las comadronas para dar a conocer información básica del VIH a la población.

La difusión de los mensajes se hará a través de radios comunitarias y megafonía dadas las características de acceso a las tecnologías de comunicación e información por parte de la población. También se imprimirán póster y folletos informativos para ser colocados y distribuidos en puntos estratégicos. Los Promotores de Salud de los Distritos serán aliados para la difusión de los mensajes y la distribución del material de IEC.

3.6.2. Actividades para alcanzar el Objetivo Específico 2

“Aumentar el porcentaje de pruebas de VIH realizadas a las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, durante su control prenatal en los servicios de salud”.

Reunión con las autoridades del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PNS).

Se dará a conocer el proyecto, analizándolo y validándolo.

El objetivo es solicitar la descentralización de las pruebas de VIH desde los Distritos Municipales de Salud a los Puestos de Salud y la aprobación para realizar pruebas en éstos.

El PNS después de aprobar el proyecto, emitirá la normativa de descentralización de las pruebas de VIH a la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz.

También se promoverá la creación de alianzas de trabajo. Para el monitoreo del proyecto, se solicitará el apoyo del equipo de monitoreo del PNS que periódicamente realiza visitas a la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz y a los Distritos Municipales de Salud de San Pedro Carchá.

Se realizará reuniones trimestrales con autoridades del PNS para el seguimiento del proyecto.

Reunión con el director y el responsable del PNS en la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz.

La Dirección de Área de Salud es responsable de emitir la orden a las Direcciones de los Distritos Municipales de Salud para descentralizar las pruebas hacia los Puestos de Salud y realizar pruebas en éstos. La reunión servirá para presentar el proyecto, realizar las mejoras de éste desde la perspectiva de la Dirección de Área de Salud, establecer la ruta logística y asegurar el abastecimiento de pruebas de VIH. Se solicitará un espacio físico para el coordinador y supervisor del proyecto.

Reunión con el responsable del PNS en la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, los directores y responsables del PNS en los Distritos Municipales de Salud.

Esta reunión se realizará en la Dirección de Área de Salud. Se presentará el proyecto y se trabajará de manera participativa para el establecimiento de las metas de cobertura de pruebas de VIH para cada Puesto de Salud según el número de embarazadas esperado por cada territorio. También se establecerá la ruta logística para garantizar el abastecimiento de pruebas de VIH en los Puestos de Salud. Se determinará a los responsables de la realización de pruebas de VIH en los puestos.

Se realizará reuniones mensuales con los Distritos para el seguimiento del proyecto.

Talleres participativos sobre prevención del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas: “Unidos contra la Transmisión Materno Infantil del VIH”.

El objetivo de los talleres es sensibilizar al personal y a las comadronas en cuanto a la TMI del VIH. Asimismo, lograr alianzas entre el personal de los Puestos y las comadronas para prevenir la TMI del VIH. Se presentará y validará el proyecto con el grupo incluyendo las oportunidades de mejora.

Se aprovechará la capacitación mensual que tienen programadas para las comadronas en el Puesto de Salud en el que están registradas para realizar un taller en cada Puesto.

Estos talleres durarán cuatro horas en un día y se realizarán con metodología participativa para promover el aprendizaje activo a través del intercambio de conocimientos y experiencias entre los participantes.

Serán impartidos por el equipo del proyecto en colaboración conjunta con dos responsables asignados por los Distritos Municipales de Salud, al menos uno debe hablar Q’eqchi’. Para la metodología deberá tomarse en cuenta que algunas comadronas no saben leer ni escribir.

El contenido de los talleres será:

- Dinámica de presentación
- Presentación del taller
- Dinámica: Discusión de un caso sobre TMI
- Tema: Transmisión Materno Infantil del VIH
- Dinámica: Desde mi trabajo, ¿cómo puedo apoyar a las mujeres embarazadas para que no se infecten con el VIH ellas ni sus hijos?
- Tema: Pruebas diagnósticas y prevención de la TMI del VIH

- Dinámica: ¿Cómo podemos juntos disminuir la TMI del VIH en nuestra comunidad?
- Tema: Presentación del proyecto y oportunidades de mejora
- Acuerdos y compromisos.

Capacitaciones técnicas al personal de salud de los Puestos en cuanto a consejería y realización de pruebas de detección del VIH.

Se realizarán capacitaciones en cada Puesto de Salud dirigidas a los enfermeros que realizan el control prenatal y en los Puestos donde haya más de un enfermero, se capacitará a los demás, garantizando que siempre haya alguien capacitado para realizar pruebas.

El objetivo es capacitar personal para brindar consejería y realizar pruebas en los Puestos de Salud. Las capacitaciones se realizarán durante un día programándose en horario laboral del personal en organización conjunta con los Distritos Municipales de Salud quienes asignarán a los responsables de brindar la capacitación junto al equipo del proyecto.

El contenido de las capacitaciones será el siguiente:

- Evaluación previa
- Infección por VIH, SIDA
- Pruebas diagnósticas: teoría
- Consejería (pre y post prueba): valoración del riesgo de infección, comunicación de resultados, plan de reducción de riesgo, notificación asistida a las parejas de personas diagnosticadas con VIH.
- Uso correcto del preservativo
- Consentimiento Informado
- Pruebas diagnósticas: práctica
- Registro en el Sistema de Información Gerencial de Salud
- Evaluación posterior.

Capacitaciones de las comadronas como educadoras comunitarias en VIH.

Los objetivos serán: aumentar el conocimiento comprensivo del VIH y sobre Transmisión Materno Infantil del VIH, así como prevención del riesgo de infección del VIH, consejería y referencia a los servicios de salud para realización de pruebas de VIH durante el control prenatal.

Las capacitaciones se realizarán en los salones comunales de las cinco regiones donde se encuentran ubicados los Puestos de Salud, durante dos sesiones de cuatro horas cada una en horario matutino. Serán impartidos en idioma Q'eqchi' en colaboración entre el equipo del proyecto y un responsable asignado por la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz. Para la metodología deberá tomarse en cuenta que varias de las comadronas no saben leer ni escribir.

El contenido de las capacitaciones será el siguiente:

Primer día

- Evaluación previa
- ITS, VIH, SIDA: generalidades, vías de transmisión, diagnóstico y tratamiento
- Valoración del riesgo de infección
- Prevención del VIH

Segundo día

- Uso correcto del preservativo
- Pruebas diagnósticas como prevención
- Referencia a los servicios de salud para realización de pruebas de VIH
- Presentación y validación de material de IEC que usarán las comadronas para hablar sobre el VIH en las comunidades
- Evaluación Posterior.

Taller participativo para la prevención de TMI del VIH dirigido a los alcaldes de los diferentes territorios del municipio.

Para favorecer el involucramiento de la comunidad, previo al desarrollo del taller se identificará a actores claves de las comunidades y de los Distritos Municipales de Salud para solicitar su intervención en él, impartiendo un tema específico.

Se enviará una carta a los alcaldes solicitando su participación en el taller y dando a conocer el Proyecto.

El objetivo del taller es favorecer la participación comunitaria en la prevención de la TMI del VIH, promover la referencia de mujeres embarazadas al control prenatal y pruebas de VIH y sensibilizar en cuanto a la perspectiva Q'eqchi' de la salud para fortalecer alianzas. Se llevará a cabo en el salón municipal durante cuatro horas en horario matutino.

El contenido del taller será el siguiente:

- Expectativas del taller
- Dinámica: Salud y participación comunitaria. Comisión municipal de salud.
- Salud desde la perspectiva maya Q'eqchi'. Curandero maya Q'eqchi'
- VIH/SIDA y TMI del VIH. Responsable de PNS en Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz
- La atención prenatal y parto. Comadrona Q'eqchi'
- La importancia del control prenatal y realización de pruebas diagnósticas de VIH. Responsable del PNS en Distritos
- Presentación del proyecto "Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH en población indígena". Equipo del proyecto
- Acuerdos y compromisos de participación en el proyecto.

Descentralización de las pruebas de detección del VIH desde los Distritos hacia los Puestos de Salud y realización de pruebas.

Las pruebas asignadas a los Distritos de salud serán descentralizadas hacia los Puestos. Se realizará requisición según número de embarazadas esperadas de cada territorio siguiendo la ruta establecida. La realización de pruebas se hará durante los controles prenatales según las Normas Nacionales de Atención en Salud Integral registrando la información en el Reporte mensual de datos en ITS y VIH del Sistema de Información Gerencial de Salud como está establecido.

3.6.3. Actividades para alcanzar el Objetivo Específico 3

“Facilitar el inicio oportuno y adherencia al TAR en mujeres embarazadas con resultado positivo de prueba de detección de VIH en atención prenatal”.

Capacitación para el seguimiento de las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de detección del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas.

Se aprovechará la capacitación mensual que tienen las comadronas en el Puesto de Salud en el que están registradas para realizar esta reunión en cada Puesto.

El objetivo será establecer la ruta del seguimiento de las mujeres embarazadas que obtengan resultado positivo en las pruebas de detección del VIH en cuanto a su referencia y vinculación a la Unidad de Atención Integral del VIH, así como el acompañamiento para garantizar la vinculación y adherencia al TAR.

Esta capacitación tendrá una duración de cuatro horas y se realizará en colaboración conjunta por el equipo del proyecto y un responsable asignado por la Dirección de Área de Salud. Se impartirá en idioma español, pero habrá un traductor de Q'eqchi' por si fuera necesario realizar

aclaraciones. Para la metodología deberá tomarse en cuenta que varias de las comadronas no saben leer ni escribir.

El contenido de la capacitación será:

- Evaluación previa
- Resultado positivo de pruebas rápidas y pruebas confirmatorias
- Tratamiento del VIH: Tratamiento Antirretroviral (TAR)
- Referencia a las Unidades de Atención Integral (UAI) del VIH para pruebas confirmatorias en caso haya un resultado positivo
- Notificación asistida a las parejas de personas diagnosticadas con VIH
- Vinculación/acompañamiento por parte de las comadronas a la Unidad de Atención Integral
- Importancia de la adherencia al TAR
- Cómo favorecer la adherencia al TAR
- Evaluación posterior

Se entregará un estipendio a las comadronas por cada acompañamiento que realicen para la vinculación de las mujeres embarazadas con prueba VIH positiva a la Unidad de Atención Integral de VIH que queda en otro municipio, en la cabecera departamental. Asimismo, se entregará dinero para sufragar gastos de transporte ida y vuelta para la comadrona y la mujer embarazada.

4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

4.1. Recursos humanos

4.1.1. Equipo que desarrolla el proyecto

Personal	Función	No.	Meses
Coordinador de proyecto: profesional de ciencias de la salud, Máster en Salud Pública	Planificación, supervisión y evaluación del avance de la ejecución del proyecto. Evaluación e informe final.	1	18
Supervisor de campo: educador en VIH, experiencia en supervisión de proyectos de salud	Ejecutar actividades de campo. Supervisar y monitorizar mensualmente los indicadores.	1	12
Enfermeros Puestos de Salud	Realizar pruebas de VIH en cada Puesto de Salud	5	12
Promotores Distritales de Salud	Realizar actividades de promoción de salud: reforzar hábitos saludables y prevención de factores de riesgo, derivar a servicios de salud.	2	12
Equipo consultor: profesionales de ciencias de la comunicación, diseño gráfico, ciencias sociales, ciencias de la salud. Formación o experiencia en Salud Pública y/o en VIH	Diseñar e implementar un Plan municipal de Información, Educación y Comunicación de medidas preventivas ante el VIH y de la transmisión materno infantil del VIH, promoción del proyecto y referencia hacia los servicios de salud.	1	10

4.1.2. Comadronas

Luego de la formación recibida, las comadronas, serán equipo de trabajo para el logro de los objetivos. Se les entregará un estipendio y viáticos por cada acompañamiento que realicen para la vinculación de las mujeres embarazadas con prueba VIH positiva a la Unidad de Atención Integral de VIH.

4.1.3. Participación institucional

- Municipalidad de San Pedro Carchá
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Nivel Central

- Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
 - Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
 - ✓ Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PNS)
- Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud: responsable del desarrollo de los servicios
 - Departamento de Epidemiología, promueve la educación para la salud; coordina la red de servicios de salud en sus tres niveles.
 - ✓ Departamento de Promoción y Educación en Salud (PROEDUSA)
- Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA): responsable de la recolección, el proceso, el análisis y la transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios.

Nivel ejecutor

- Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz
 - Dirección de Distrito Municipal de San Pedro Carchá
 - Dirección de Distrito Municipal de Campur
 - ✓ Puestos de Salud

Se cuenta con el personal de los Puestos de Salud para la realización de pruebas diagnósticas del VIH, así como abastecimiento y control de los insumos.

También se cuenta con personal de los Distritos Municipales de Salud y la Dirección de Área de Salud para la realización de las capacitaciones.

Además, el equipo de monitoreo del PNS apoyará en el monitoreo de los indicadores y PROEDUSA en cuanto a la difusión de mensajes y promoción del proyecto, así como en la distribución de material de IEC.

4.2. Recursos técnicos y materiales

Se consideró los materiales informáticos, suministros y materiales fungibles incluyendo el material de apoyo para las capacitaciones y talleres. También los servicios externos de impresión de material de Información, Educación y Comunicación y gastos publicitarios.

Además, fue estimado el costo de cada actividad incluyendo desplazamientos y alimentación. En el desglose del presupuesto puede observarse el detalle de los recursos.

Se aprovechará la infraestructura existente; las reuniones, capacitaciones y talleres se realizarán en diferentes instalaciones del MSPAS y de la Municipalidad.

Las pruebas diagnósticas de VIH son compradas y distribuidas por el PNS según la Planificación Anual de cada Área de Salud por lo que no es necesario realizar compra por el proyecto sino solamente descentralizar hacia los Puestos las que ya se encuentran estimadas y compradas para cada Distrito de Salud según el proceso establecido de requisición al PNS.

En cuanto a los TAR, las UAI solicitarán al PNS según demanda, por lo que no es necesario realizar compra por el proyecto pues el PNS realiza una compra anual según la estimación de casos.

4.3. Presupuesto estimado según conceptos en euros

4.3.1. Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	No.	Coste Mes*	Duración de contrato (meses)	Coste Total
Personal				
Coordinador de proyecto	1	1700	18	30600
Supervisor de proyecto	1	900	12	10800
Enfermeros	10	Personal MSPAS		0
Promotores de Salud	2	Personal MSPAS		0
Total				41400

* incluidos impuestos y prestaciones de ley.

	Coste Total
Servicios personales	
Consultoría para Plan de IEC	7000
Estipendio comadronas	960
Servicios de transcripción	150
Total	
	8110

	No. Unidad	Coste Unitario	Coste Total	Observaciones
Viáticos				
Reuniones de coordinación a nivel central	8	50	400	Viajes ida y vuelta a capital, comida
Acompañamiento comadronas a mujeres VIH positivas	128	14	1792	Viajes ida y vuelta hacia la Unidad de Atención Integral (8000 embarazadas esperadas, prevalencia 0.4= 32 VIH positivas x 2 viajes a UAI x 2 acompañamientos)
Supervisión y monitoreo	50	5	250	Viajes ida y vuelta hacia los Puestos de Salud
Total			2442	

4.3.2. Recursos materiales y técnicos

RECURSOS MATERIALES	Tipo de unidad	No. Unidad	Coste Unitario	Coste Total
Materiales informáticos				
Ordenador portátil	Unidad	1	700	700
Impresora	Unidad	1	85	85
Cañón proyector y pantalla	Unidad	1	900	900
Suministros				
Telefonía móvil con internet	Plan anual	2,5	240	600
Materiales fungibles				
Tinta para impresión	Cartucho	20	20	400
Papel	Paquete 500 folios	10	3	30
Rotuladores gruesos	Unidad	20	0,6	12
Bolígrafos	Caja de 10	10	3,5	35
Caballete	Unidad	1	40	40
Papel para caballete	Bloc 48 hojas	3	6	18
Total				2820

	Coste Total
Servicios	
Impresión de material de IEC (5000 trifoliales, 100 afiches, 40 material IEC para comadronas)	775
Gastos publicitarios (megafonía)	150
Total	
	925

ACTIVIDADES	No. Unidad	Coste Unitario	Coste Total
Talleres participativos sobre prevención del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas "Unidos contra la Transmisión Materno Infantil del VIH"	5	265	1325
Capacitaciones técnicas al personal de salud de los Puestos en cuanto a consejería y realización de pruebas de detección del VIH	5	45	225
Taller participativo para la prevención de TMI del VIH dirigido a los alcaldes de los diferentes territorios del municipio.	1	200	200
Capacitación para el seguimiento de las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de detección del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas	5	265	1325
Capacitaciones de las comadronas como educadoras comunitarias en VIH	10	757	7570
Total			10645

4.3.3. Resumen del presupuesto

Presupuesto total estimado en euros	Coste
Recursos humanos	
Personal	41400
Servicios personales	8110
Viáticos	2442
Recursos materiales y técnicos	
Materiales informáticos, suministros, fungibles	2820
Servicios externos	925
Ejecución de Actividades	10645
Total	
	66342

5. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

La viabilidad del proyecto será facilitada ya que tanto en el diseño como en la ejecución habrá implicación de las partes involucradas. Asimismo, respeta la diversidad cultural y étnica.

La población será involucrada para diseñar el Plan de IEC respetando sus creencias y las comadronas participarán activamente diseñando y ejecutando actividades de IEC y realizando acompañamientos para vincular a la atención en VIH a las mujeres con resultado VIH positivo. También se espera el involucramiento de líderes locales como los alcaldes. El proyecto será tutelado y asesorado por las autoridades locales del MSPAS y se integrará en los servicios de salud ya existentes para aprovechar los recursos físicos y humanos.

El proyecto dejará capacidad instalada mediante formación del personal sanitario local y de las comadronas. La formación del personal será importante para garantizar servicios de calidad.

La atención se brindará por parte del personal sanitario por lo que no requiere inversión adicional a la capacitación.

La descentralización de las pruebas diagnósticas de VIH no requiere realizar compras adicionales a las que ya se estiman anualmente para los servicios de salud.

Más allá del período de ejecución, se espera que el proyecto sirva como modelo de descentralización de pruebas diagnósticas de VIH y sea adoptado a nivel nacional.

6. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

6.1. Evaluación cuantitativa

El coordinador realizará una evaluación al finalizar la ejecución del proyecto.

6.1.1. Monitoreo y supervisión

Se hará un seguimiento mensual de los indicadores de proceso y de resultado a través de visitas del Supervisor de campo a los servicios de salud para la verificación del cumplimiento de los indicadores, así como de la calidad de los datos y el registro de la información.

6.1.2. Indicadores de proceso

En cuanto a las reuniones programadas se espera como resultado la aprobación del proyecto y el involucramiento en el mismo, así como la emisión de la normativa para descentralizar las pruebas de VIH. Los medios de verificación son las actas de reunión firmadas con los acuerdos establecidos y los oficios emitidos.

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE1. Aumentar el nivel de conocimiento comprensivo y de la Transmisión Materno Infantil del VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años			
Diseño e implementación de un Plan de IEC municipal de medidas preventivas ante el VIH y de la transmisión materno infantil del VIH dirigido a la población específica	Plan de IEC diseñado e implementado según términos de consultoría	Porcentaje de cumplimiento según planificación	Informe de ejecución de consultoría

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE 2. Aumentar el porcentaje de pruebas de VIH realizadas a las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, durante su control prenatal en los servicios de salud			
Talleres participativos sobre prevención del VIH para el personal de Puestos de Salud y las comadronas: "Unidos contra la Transmisión Materno Infantil del VIH"	100% de talleres participativos planificados realizados	Porcentaje de talleres participativos realizados	Lista de participantes. Acta firmada de acuerdos y compromisos. Registro de Asistencia a capacitación en Carné de la Comadrona (Anexo 2)
	80% de personal de los Puestos de Salud sensibilizados	Porcentaje del personal de los Puestos de Salud sensibilizados	
	80% de comadronas sensibilizadas	Porcentaje de comadronas sensibilizadas	
Capacitaciones técnicas al personal de los Puestos de Salud sobre consejería y realización de pruebas de detección del VIH	100% del personal de los Puestos de Salud capacitado y evaluado satisfactoriamente	Porcentaje del personal de los Puestos de Salud capacitado y evaluado satisfactoriamente	Lista de participantes. Evaluación de capacidades adquiridas
Capacitaciones de las comadronas como educadoras comunitarias en VIH	80% de comadronas capacitadas y evaluadas satisfactoriamente	Porcentaje de comadronas capacitadas y evaluadas satisfactoriamente	Lista de participantes. Evaluación de capacidades. Registro de Asistencia en Carné de la Comadrona
Taller participativo para la prevención de TMI del VIH para alcaldes de los diferentes territorios del municipio	90% de talleres participativos planificados realizados	Porcentaje de talleres participativos realizados	Lista de participantes. Acta firmada de acuerdos y compromisos establecidos
	80% de alcaldes comprometidos en la PTMI	Porcentaje de alcaldes comprometidos en la PTMI	
Descentralización de las pruebas de detección del VIH hacia los Puestos y realización de pruebas	5 Puestos de Salud abastecidos con pruebas de VIH para dar cobertura al número esperado de embarazadas	Número de Puestos de Salud abastecidos con pruebas de VIH para dar cobertura al número esperado de embarazadas	Registros oficiales de abastecimiento y control de insumos de los Puestos y del Distrito de salud

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE 3. Facilitar el inicio oportuno y adherencia al TAR en mujeres embarazadas con resultado positivo de prueba de detección de VIH en atención prenatal.			
Capacitación para el seguimiento de las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de detección del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas	80% de comadronas capacitadas y evaluadas satisfactoriamente	Porcentaje de comadronas capacitadas y evaluadas satisfactoriamente	Lista de participantes. Evaluación de capacidades adquiridas. Registro de Asistencia en Carné de la Comadrona

6.1.3. Indicadores de proceso

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE1. Aumentar el nivel de conocimiento comprensivo y de la Transmisión Materno Infantil del VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años			
Diseño e implementación de un Plan de IEC municipal de medidas preventivas ante el VIH y de la transmisión materno infantil del VIH dirigido a la población específica	60 % de la población de 15 a 49 años muestra conocimiento comprensivo sobre el VIH	Porcentaje de población de 15 a 49 años que muestra conocimiento comprensivo sobre el VIH	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2021-2022
	80% de la población de 15 a 49 años muestra conocimiento sobre la Transmisión Materno Infantil del VIH	Porcentaje de la población de 15 a 49 años que muestra conocimiento sobre la Transmisión Materno Infantil del VIH	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2021-2022
	50% de la población de 15 a 49 años muestra actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH	Porcentaje de la población de 15 a 49 años que muestra actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2021-2022

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE 2. Aumentar el porcentaje de pruebas de VIH realizadas a las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, durante su control prenatal en los servicios de salud			
Talleres participativos sobre prevención del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas: "Unidos contra la Transmisión Materno Infantil del VIH"	90% de las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal obtienen consejería y prueba de detección del VIH	Porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a control prenatal y obtienen consejería y prueba de detección del VIH	Consentimiento Informado para prueba de VIH (Anexo 3). Reporte mensual de datos en ITS y VIH del Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA 1.2- (Anexo 4)
Capacitaciones técnicas al personal de salud de los Puestos en cuanto a consejería y realización de pruebas de detección del VIH			
Capacitaciones de las comadronas como educadoras comunitarias en VIH			
Descentralización de las pruebas de detección del VIH desde los Distritos hacia los Puestos y realización de pruebas			
Taller participativo para la prevención de TMI del VIH dirigido a los alcaldes de los diferentes territorios del municipio.	95% de mujeres embarazadas del municipio asisten a control prenatal en servicios de salud	Porcentaje de mujeres embarazadas del municipio que asisten a control prenatal en servicios de salud	Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA 3- (Anexo 5)

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
OE 3. Facilitar el inicio oportuno y adherencia al TAR en mujeres embarazadas con resultado positivo de prueba de detección de VIH en atención prenatal.			
Capacitación para el seguimiento de las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de detección del VIH para el personal de los Puestos de Salud y las comadronas.	100% de las mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba del VIH tienen prueba confirmatoria en UAI	Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba del VIH que tienen prueba confirmatoria en UAI	Reporte mensual de datos en ITS y VIH del Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA 1.2-
	95% de mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba confirmatoria inician TAR	Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba confirmatoria que inician TAR	Hoja de vinculación e inicio de TAR en la UAI
	95% de mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba confirmatoria se mantienen en TAR hasta el parto	Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado positivo en prueba confirmatoria que se mantienen en TAR hasta el parto	Expediente en UAI

6.1.4. Indicador de impacto

Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH.

Resultado esperado: Disminución de la tasa de Transmisión Materno Infantil del VIH al 2%.

6.2. Evaluación cualitativa

6.2.1. Reuniones

Reuniones trimestrales del coordinador del proyecto con el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PNS) a nivel central y a nivel ejecutor en la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, Dirección de Distrito Municipal de San Pedro Carchá, Dirección de Distrito Municipal de Campur para el seguimiento del proyecto y análisis de oportunidades de mejora.

6.2.2. Reportes de Supervisión

Los hallazgos de las visitas mensuales del Supervisor a los Puestos de Salud serán otro instrumento para la evaluación cualitativa.

6.2.3. Entrevistas

Para que la evaluación sea participativa, durante la implementación del proyecto, se realizarán 10 entrevistas cualitativas a mujeres embarazadas, una por cada Puesto de Salud: 5 con resultado negativo de VIH y 5 con resultado positivo para valorar la experiencia desde su perspectiva. Se solicitará apoyo de estudiantes de psicología que llegan a realizar prácticas a los Distritos de Salud para realizar las entrevistas y se contratará los servicios de un transcriptor. El coordinador realizará el análisis de la información con el apoyo del programa informático ATLAS.Ti.

6.2.4. Grupo focal

Se realizará un grupo focal con las comadronas aprovechando las capacitaciones mensuales en los Puestos de Salud durante el tiempo de evaluación para obtener su perspectiva de la experiencia en el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [20 mayo 2020]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6>.
2. Instituto Nacional de Estadística. XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda [Internet]. 2018 [17 mayo 2020]. Available from: <https://www.censopoblacion.gt/>.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Congénita y Hepatitis B 2018-2021. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2018.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) [Internet]. Guatemala; 2020 [5 agosto 2020]. Available from: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala>.
5. Organización Panamericana de la Salud. ETMI PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. OPS/OMS; 2017 [4 mayo 2020]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas nacionales de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel [Internet]. Guatemala 2018 [2 mayo 2020]. Available from: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/251-normas-de-atencion/2060-normas-de-atencion-en-salud-integral-2018>.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Nacional de Estadística. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015. Informe Final [Internet]. Guatemala; 2017 [19 mayo 2020]. Available from: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf.

8. Organización Mundial de la Salud. Health Topics: HIV/AIDS [Internet]. 2020 [15 mayo 2020]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/>.
9. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2020 [16 mayo 2020]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>.
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). Avanzando hacia las metas 2020: Progreso en América Latina y el Caribe [Internet]. ONUSIDA; 2020 [17 mayo 2020]. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/73659-1.pdf>.
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021. Hacia el fin del SIDA [Internet]. Suiza: OMS; 2016 [12 mayo 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?sequence=1>.
12. Organización Mundial de la Salud. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Population [Internet]. Suiza: OMS; 2016 [8 mayo 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Institucional [Internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2018 [2 mayo 2020]. Available from: <https://mispas.gob.gt/index.php/component/downloads/send/8-numeral-5-mision-y-objetivos-de-la-institucion/1012-plan-estrategico-institucional-2018-2032>.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2019 [Internet]. Nueva York: PNUD; 2019 [18 mayo 2020]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf.
15. Banco de Guatemala. Guatemala en cifras [Internet]. Guatemala: Banco de Guatemala; 2019 [21 mayo 2020]. Available from: http://www.banguat.gob.gt/Publica/guatemala_en_cifras_2019.pdf.

16. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas por Tema [Internet]. Guatemala 2019 [17 mayo 2020]. Available from: <https://www.ine.gob.gt/ine/portal-estadistico-1-0/>.
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Desigualdades en salud en Guatemala [Internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/OPS/OMS; 2015 [22 mayo 2020]. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=793-desigualdades-en-salud-en-guatemala&Itemid=518.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Generalidades Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [Internet]. Guatemala; 2018 [4 mayo 2020]. Available from: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/acerca-del-mspas>.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuentas Nacionales de Salud 2016: Tendencias del gasto en salud [Internet]. Guatemala; 2017 [24 mayo 2020]. Available from: [https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS\(2017\)Tendenciasdelfinanciamientodelasaludvf.pdf](https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS(2017)Tendenciasdelfinanciamientodelasaludvf.pdf).
20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación: Guatemala [Internet]. OMS; 2018 [25 mayo 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258930/ccsbrief_gtm_es.pdf;jsessionid=436F0D8AE22B1C2ADA8BBE659C8BB3AA?sequence=1.
21. Organización Panamericana de la Salud/UNICEF. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS/OMS/UNICEF; 2009 [16 mayo 2020]. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sifilis&alias=79-iniciativa-regional-para-la-eliminacion-de-la-transmision-maternoinfantil-de-vih-y-de-la-sifilis&Itemid=219&lang=es.

22. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. ONU [23 mayo 2020]. Available from:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; 2016 [12 mayo 2020]. Available from:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de la Infección por el VIH, la Sífilis, la Enfermedad de Chagas Congénita y la Infección Perinatal por el Virus de la Hepatitis B [Internet]. OPS; 2020 [15 mayo 2020]. Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/eliminacion-transmision-maternoinfantil-infeccion-por-vih-sifilis-enfermedad-chagas-congenita>.
25. Organización Panamericana de la Salud/UNICEF. ETMI PLUS. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS/UNICEF; 2019 [17 mayo 2020]. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275320679_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2017-2021. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2016.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Perfil de Salud de los Pueblos Indígenas [Internet]. Guatemala: OPS/OMS; 2016 [21 mayo 2020]. Available from:
https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=792-perfil-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-de-guatemala&Itemid=518.
28. Health Poverty Action/Asociación Nuevos Horizontes. Sistematización de experiencias de la Pertinencia Cultural en los Servicios de Salud Materna y del Recién Nacido [Internet] Quetzaltenango: Health Poverty Action y Asociación

Nuevos Horizontes; 2017 [24 mayo 2020]. Available from:

<https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2018/04/Sistematizacion-Pertinencia-Cultural-Marzo-17.pdf>.

29. Muñoz R, Ponce P, Stival M. VIH, culturas médicas y discriminaciones étnicas: el acceso al tratamiento antirretroviral y la atención médica de las poblaciones indígenas de Latinoamérica. ASEI [Internet]. 2017 [25 mayo 2020]; 25:[22-31 p.]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/327079841_VIH_culturas_medicas_y_discriminaciones_eticas_el_acceso_al_tratamiento_antirretroviral_y_la_atencion_medica_de_las_poblaciones_indigenas_de_Latinoamerica.

30. Cerón A, Ruano AL, Sánchez S, Chew A, Díaz D, Hernández A, et al. Abuse and discrimination towards indigenous people in public health care facilities: experiences from rural Guatemala. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2016 [25 mayo 2020]; 15:77. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866428/pdf/12939_2016_Article_367.pdf.

31. Ippolito M, Chary A, Daniel M, Barnoya J, Monroe A, Eakin M. Expectations of health care quality among rural Maya villagers in Sololá Department, Guatemala: a qualitative analysis. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2017 [25 mayo 2020]; 16:51. Available from:

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0547-5>.

32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala [Internet]. Guatemala: MSPAS; 2011 [24 mayo 2020]. Available from:

<https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2018/ManualAdecuacionCulturalPartoVertical.pdf>.

33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025 [Internet]. Guatemala: MSPAS; 2015 [25 mayo 2020]. Available from:

<https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/PoliticaComadronas2016.pdf>.

34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto Número 32-2010 [Internet]. Guatemala: MSPAS; 2010 [25 mayo 2020]. Available from: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparaMaternidadSaludable.pdf>.
35. Hernández S, Oliveira J, Jone L, Chumil J, Shirazian T. Impact of Standardized Prenatal Clinical Training for Traditional Birth Attendants in Rural Guatemala. *Healthcare* [Internet]. 2018 [25 mayo 2020]; 6(2):[60 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023520/>.
36. Hernández S, Oliveira JB, Shirazian T. How a Training Program Is Transforming the Role of Traditional Birth Attendants from Cultural Practitioners to Unique Health-care Providers: A Community Case Study in Rural Guatemala. *Front. Public Health* [Internet]. 2017 [26 mayo 2020]; 5:1111. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00111/full>.
37. Bcheraoui CE, Zúñiga-Brenes P, Ríos-Zertuche D, Palmisano EB, McNellan CR, Desai SS, et al. Health system strategies to increase HIV screening among pregnant women in Mesoamerica. *PHM* [Internet]. 2018 [25 mayo 2020]. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-018-0162-8>.
38. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/ Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud/ Federación Española de Municipios y Provincias/ Red Española de Ciudades Saludables. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid: MSCBS/ IACS/ FEMP/ RECS; 2019.

ANEXOS

Anexo 1. Carta a los alcaldes

A la atención del Señor _____

Alcalde (auxiliar) del municipio (comunidad) _____

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el marco del proyecto “Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH” se dirige a usted como representante y líder de la comunidad _____ para solicitar su involucramiento en las acciones del proyecto mediante su participación en un taller que se llevará a cabo el día _____ a las _____ horas en _____.

El proyecto tiene como objetivo disminuir la tasa de transmisión materno infantil del VIH en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz a través de acciones preventivas tomando en consideración los determinantes sociales de salud.

Siendo una de sus funciones como alcalde proponer lineamientos e instrumentos de coordinación en la comunidad para la ejecución de proyectos de desarrollo (Artículo 58, Código Municipal), su participación es muy importante ya que le permitirá proponer y validar acciones para mejorar la salud en su comunidad.

Cualquier información detallada o duda que pueda surgirle puede comunicarse con (nombre), al número de teléfono _____ o al correo electrónico _____.

Agradecemos su colaboración y quedamos a su disposición.

Un saludo,

Nombre

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Nombre

Coordinador de Proyecto

Número de teléfono-e-mail

Guatemala, ____ de _____ de 2021

Anexo 2. Carné de la Comadrona. MSPAS Guatemala

COMADRONA/PARTERO

Ten presente lo siguiente:
La vida de la madre y la del niño por nacer depende de tu capacidad y honradez.

Al identificar signos y señales de peligro debe:
*Llevarlos al servicio de salud más cercano
 Acompañar a la embarazada por su control prenatal y post-natal.*

ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN

AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
20												
20												
20												
20												
20												

Se le agradece al personal de los servicios de salud y otras instancias, la atención que brinde a quien porta este carne.
 Este carne es muy importante, si lo encuentra avise al servicio de salud más cercano.

CARNÉ DE LA COMADRONA/PARTERO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE AREA DE SALUD DE ALTA VERAPAZ



DISTRITO DE SALUD DE _____




COMADRONA/PARTERO

El infrascrito Médico Director (a) Municipal de Salud del Centro Atención Permanente de _____, A.V.
 Hacer constar que el portador (a) del presente carné ha sido autorizado (a) para ejercer como COMADRONA Capacitada y/o PARTERO en la comunidad de: _____

Municipio de _____, del Departamento de Alta Verapaz

Durante el Año comprendido

201____

20____

firma: _____

Director (a)

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____

No. Registro : _____

fecha de Nacimiento día mes año

Años ejerciendo la profesión _____

No. de DPI: _____

Pueblo al que pertenece : _____

Número de telefono: _____

Dirección: _____

Firma o huella digital de la comadrona.

Observaciones:

Anexo 3. Consentimiento Informado para prueba de VIH

 **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA
CONSENTIMIENTO

Guatemala ____ de ____ de ____

Después de haber recibido la información sobre:

- VIH y SIDA
- Formas de transmisión y de prevención
- Formas en que se determina la presencia del virus en el cuerpo (prueba)
- Los posibles resultados y sus consecuencias

Autorizo que se me realice la prueba de VIH y me comprometo a recibir la orientación después de la prueba.

Asimismo se me **garantiza** que los resultados obtenidos y la información que proporcioné durante la conversación serán manejados con total confidencialidad.

De conformidad con los artículos 19, 24 y 34 del Decreto 27-2000

Nombre completo de la /el usuaria /o

Nombre completo de la /el orientadora /or /o

Firma de la (el) usuaria (o) Firma de la /el orientadora /or

 **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA

Código : _____ Fecha : _____
Área de salud: _____
Municipio o Departamento: _____

Determinación de anticuerpos para VIH 1, 2 "Prueba rápida "

Resultado : _____
Responsable de dar el resultado

Nombre : _____ Firma: _____

