

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ORIENTACIÓN EN
FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES**



**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES
QUE CONDICIONAN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH.”**

**Casos Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt
del año 2009**

María Eugenia de León Quiñónez

Guatemala, agosto 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector: Licenciado Carlos Estuardo Gálvez Barrios
Secretario: Doctor Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora: Maestra Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Secretaria: Licenciada Carolina de la Rosa de Martínez
Secretaria
Académica: Licenciada Celia Chacón

DEPARTAMENTO DE ESTUDIO DE POSTGRADO

Coordinadora: Maestra Amparo Leticia Valdiviezo Estrada

CONSEJO DIRECTIVO REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciado: Cuautemoc Barreno Citalán
Licenciada: Ada Priscila Del Cid

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Maestra: María Eloísa Escobar Sandoval

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante: Úrzula Patricia Zapeta Zepeda
Estudiante: José Ramón Oliva

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora: Maestra Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Coordinadora del Depto.
De Estudios de Postgrado: Maestra Amparo Leticia Valdiviezo Estrada
Asesor: Maestro Edgar Juárez Sepúlveda

El presente trabajo fue presentado por la autora como requisito previo a su graduación como Maestra en Trabajo Social con Orientación en Formulación y Evaluación de Proyectos para el Desarrollo Social.

ARQ. MSc. EDGAR L. JUÁREZ SEPÚLVEDA

COLEGIADO No. 1,383

Guatemala, 23 de agosto de 2011

Ref. Asesoría Tesis 06-2011

Señores
Departamento de Postgrado
Escuela de Trabajo Social -USAC-
Presente

Estimados Señores:

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

RECIBIDO:

FECHA:

HOR.

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que de acuerdo a los cambios y sugerencias del Tribunal Examinador, procedí a revisar el informe titulado: "ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES QUE CONDICIONAN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH", sustentada por la Licenciada María Eugenia de León estudiante de referida maestría.

Con base a la revisión de las citadas modificaciones, me permito comunicarles que la misma satisface los requisitos planteados, verifiqué que se realizaron las correcciones y se incorporaron las observaciones propuestas, por lo que recomiendo que se continúe con el trámite legal correspondiente.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarles mis muestras de alta consideración y estima.

Cordialmente,

Arq. MSc. Edgar Juárez Sepúlveda
Colegiado 1,383

36 calle 13-97 zona 2, San Ángel IV. Guatemala, Centroamérica.

Tel/fax 2286-0158 • Cel 5966-7382 • 5580-0050 ejuares@cidteconsultores.com



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Guatemala, 01 de junio de 2011

Maestra
Leticia Valdiviezo
Coordinadora del Departamento de Estudios de Posgrado
Escuela de Trabajo Social
Presente

Estimada Maestra Valdiviezo:

Atentamente me dirijo a usted para informarle que de acuerdo a los aspectos metodológicos requeridos para un trabajo de investigación, procedí a revisar el informe titulado: "ANALISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONOMICOS E INSTITUCIONALES QUE CONDICIONAN LA PREVENCION DE LA TRANSMISION VERTICAL DEL VIH." Casos Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt Del año 2009, sustentada por la Licenciada María Eugenia de León Quiñónez estudiante de referida maestría.

Con base a la revisión de la citada tesis, me permito comunicarle que la misma satisface los requisitos del nivel académico de maestría, verifiqué que se realizaron las correcciones y se incorporaron las observaciones propuestas por el suscrito, por lo que recomiendo que se continúe con el trámite legal correspondiente.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle mis muestras de alta consideración y estima.

Cordialmente,

Arq. MSc. Edgar Juárez Sepúlveda
Colegiado 1,383



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, Segundo Nivel, Ciudad Universitaria, Zona 12. Guatemala, Centroamérica.
PBX. 4439500 Extensiones: 1454 - 1456 - 1457 - 1459
Tels. Directos: 4769590 - 4769602 - 4762063 - 4762065 - 4767612 - 4767629

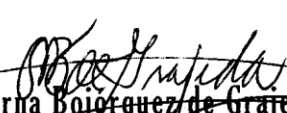
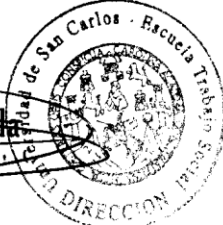
No. 01-2011
Autorización de Impresión de Tesis
Maestría en Trabajo Social

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

En base a los dictámenes Ref. Asesoría Tesis 06-2011, de fecha 23 de agosto 2011, del Arq. MSc. Edgar Juárez Sepúlveda, revisor de Tesis y Ref.: DEP/ETS-157-2011, de fecha 29 de septiembre 2011 de la Mtra. Leticia Valdiviezo, Coordinadora del Departamento de Estudios de Postgrado, esta Dirección AUTORIZA la impresión del trabajo de Tesis titulado: "ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES QUE CONDICIONAN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH" CASOS CLÍNICA DE INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT DEL AÑO 2009, trabajo elaborado y presentado por LICDA. MARÍA EUGENIA DE LEÓN QUIÑÓNEZ, previo a conferírsele la acreditación de Maestra en Trabajo Social con Orientación en Formulación y Evaluación de Proyectos para el Desarrollo Social, en el grado académico de MASTER.

Dado en la ciudad de Guatemala, a los diez días del mes de octubre del año dos mil once.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. Mirna Bojórquez de Grajeda
DIRECTORA


c.c. Archivo
MBdeG/Etel.

ACTO QUE DEDICO

A MI MADRE: Rosario Quiñónez Cabrera Vda. de de León

A MI ESPOSO: Carlos Antonio Monroy Aguilar

A MIS HIJOS: José Carlos y Luis Pedro Monroy de León

Por su apoyo, comprensión y amor, lo que me permitió alcanzar esta meta académica.

AGRADECIMIENTOS

A LAS DISTINGUIDAS PERSONAS:

Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro, Coordinador Clínica de Infecciosas Hospital Roosevelt

Licenciada María Eugenia Luarte Rodríguez, supervisora Clínica de Infecciosas Hospital Roosevelt

Dra. Katia Alas, Directora de la Maternidad El Amparo

Sra. Blanca Azucena Barrera Gálvez

Maestra Amparo Leticia Valdiviezo

Maestro Edgar Juárez Sepúlveda

Señorita Evelyn Donis

A todos por su contribución y apoyo para elaborar el presente trabajo.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN EJECUTIVO	i
INTRODUCCIÓN	vi
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO I DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. DELIMITACIÓN	13
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. OBJETIVOS	15
1. Objetivo General	15
2. Objetivos Específicos	15
5. HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	18
1. LA SALUD	18
2. VIH Y FORMAS DE TRANSMISIÓN	21
3. LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA	24
4. FACTORES QUE DETERMINAN LAS TRANSMISIÓN VERTICAL	26
5. DERECHOS HUMANOS	33
6. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	34
7. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	36
8. FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO DE LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS A LOS SERVICIOS DE SALUD	38
9. CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS Y SUS FAMILIAS	42
10.COMPROMISOS PARA ERRADICAR Y/O CONTROLAR EL VIH/SIDA	44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA	47
1. MÉTODOS	47
2. PROCEDIMIENTOS	49
3. TÉCNICAS	51
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
1. CARACTERIZACIÓN DE CLÍNICAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT	54
2. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL ROOSEVELT	70
3. FACTORES ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES E INSTITUCIONALES QUE CONTRIBUYEN A LA TRANSMISIÓN VERTICAL	75
4. COMPARACIÓN DE FACTORES ENTRE MUJERES QUE HAN CUMPLIDO O NO CON LAS PRÁCTICAS PARA EVITAR TRANSMISIÓN VERTICAL	94
5. CARACTERIZACIÓN DE LAS MADRES GESTANTES ADHERENTES	95
6. OPINIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS FACTORES QUE FAVORECEN LAS PRÁCTICAS PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL	102
7. COMENTARIO DE LA INVESTIGADORA	103
8. CONCLUSIONES	105
9. RECOMENDACIONES	107
10. POSIBLES PROYECTOS DE INTERVENCIÓN	109

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO V ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL PROYECTO	111
1. JUSTIFICACIÓN	111
2. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	114
3. SITUACIÓN SIN PROYECTO	115
4. SITUACIÓN CON PROYECTO	116
5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	120
 CAPÍTULO VI ESTUDIO DE MERCADO	 128
1. EL SERVICIO	128
2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA	130
3. ANÁLISIS DE LA OFERTA	134
4. DEMANDA POTENCIAL INSATISFECHA	138
5. PRECIO	139
6. PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROYECTO	140
7. RESUMEN DEL ESTUDIO DE MERCADO	141
 CAPÍTULO VII ESTUDIO TÉCNICO	 143
1. CAPACIDAD DEL PROYECTO	143
2. LOCALIZACIÓN	145
3. TECNOLOGÍA	149
4. REQUERIMIENTO DE RECURSO HUMANO	150
5. COSTOS DE OPERACIÓN	150
6. PROCESO DE SEGUIMIENTO A MADRES GESTANTES VIH+	151
7. RESUMEN DEL ESTUDIO TÉCNICO	153
 CAPÍTULO VIII ESTUDIO LEGAL	 155
1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE GUATEMALA	155
2. DECRETO NÚMERO 90-97, CÓDIGO DE SALUD	156
3. DECRETO 27-2000	157

4. POLÍTICAS DE SALUD 2008-2012	158
5. LAS METAS DEL MILENIO	158
6. RESUMEN DEL ESTUDIO LEGAL	159
CAPÍTULO IX ESTUDIO ADMINISTRATIVO	160
1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA MATERNIDAD	160
2. DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES DE PUESTOS	161
3. DIAGRAMAS DE CONTEXTO	166
4. COORDINACIÓN INTRA INSTITUCIONAL DEL PROYECTO	166
5. COORDINACIÓN EXTRA INSTITUCIONAL DEL PROYECTO	167
6. RESUMEN DEL ESTUDIO ADMINISTRATIVO	170
CAPÍTULO X ESTUDIO FINANCIERO	171
1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO	172
2. ESTIMACIÓN DE COSTOS	173
3. COSTO EFICIENCIA	174
4. RESUMEN DEL ESTUDIO FINANCIERO	175
CAPÍTULO XI MONITOREO Y EVALUACIÓN	176
1. DEFINICIONES Y MEDICIÓN DE INDICADORES	176
2. INDICADORES DE MEDICIÓN	178
3. PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	180
4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	181
5. MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS DATOS	181
BIBLIOGRAFÍA	183
ANEXOS	187

RESUMEN EJECUTIVO

Se estima que en Guatemala al año 2010 viven un total de 65.701 personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y 7,557 nuevas infecciones han ocurrido durante el año, esto significa 21 personas infectadas diariamente.

Respecto a la infección la relación de masculinidad antes de 1996 se observó entre 5 y 7 hombres por cada mujer, actualmente esta relación está de 2 hombres por cada mujer.

La dinámica de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, están vinculadas a diversos factores, en primer lugar el que atañe a las decisiones y comportamientos individuales, por otro lado factores de estructura política, social, económica y cultural, afectando de gran manera a los grupos vulnerables como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, mujeres y niños.

Guatemala se ubica en el tercer país, por debajo de Honduras y Belice, a nivel Centroamérica en población infectada con VIH/SIDA; siendo los departamentos de Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala, Izabal, Retalhuleu, Sacatepéquez y Quetzaltenango con las tasas más altas. En Guatemala la epidemia es de tipo concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo y últimamente afectando al grupo materno infantil. La vulnerabilidad de algunos grupos sociales marcados por el estigma y la discriminación a causa de su orientación, género, situación socioeconómica y etnia, ha causado que la epidemia los afecte con mayor intensidad.

Para comprender mejor el curso de la epidemia en el país deben considerarse varios factores, entre ellos: la falta de presupuesto gubernamental que logre cubrir los programas de prevención y atención, la falta de programas dirigidos a grupos específicos y con intervenciones diferenciadas, entre lo que cabe mencionar la

cultura e idioma, considerando que Guatemala es un país multiétnico y multilingüe. El flujo de migrantes provenientes de otros países de centro y sur América que pasan por la costa sur con rumbo a México y Estados Unidos, así mismo la ruta a la costa atlántica también se caracteriza por ser transitada por poblaciones móviles, por lo que no es casual que los departamentos de Suchitepéquez, Guatemala, Izabal, Escuintla, Retalhuleu y Quetzaltenango sean los que presenten las más altas tasas de infección, esto no sólo por la migración sino porque en estos departamentos y ciudades son las de mayor actividad productiva y comercial. También debe considerarse la migración de jóvenes que participan en el servicio militar y la concentración de comercio sexual en las zonas cercanas a los cuarteles del ejército; estas personas, una vez que terminan el tiempo de servicio, regresan a sus comunidades de origen; en muchos casos, siendo portadores del VIH.

Otros factores a considerar, es el comercio sexual, quienes lo ejercen están en condición de vulnerabilidad por depender económicamente de esta actividad; su poder de negociación con el cliente se ve disminuido a causa de la pobreza en que viven y la necesidad de obtener dinero que les permita subsistir y ayudar a sus familias. En el caso de mujeres trabajadoras del sexo les hace más vulnerables el escaso poder de decisión que tienen frente al hombre.

“La epidemia tiende a crecer en población general, pues al aumentar el número de mujeres que viven con VIH, se produce un efecto multiplicador. El 83.2% de todos los casos ocurre en el grupo de 20 a 39 años de edad. El grupo de edad de 20 a 34 años aporta el 52.11% de todos los casos; siendo la vía de transmisión más frecuente la sexual (94.43%).”¹

Los estudios médicos - científicos han demostrado, que además de la infección del virus por vía sexual, que es la más frecuente, la transmisión se puede dar por

¹ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA*, 2006-2010,

transfusiones sanguíneas o con agujas contaminadas y de una madre infectada a su hijo a través de la placenta, parto o por medio de la leche materna, a la hora de el amamantamiento, esta ultima conocida como transmisión vertical.

En Guatemala la transmisión vertical es más susceptible de incrementarse por las condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres, sus familias y la comunidad, que influyen la vía de resolución del parto, el lugar donde este ocurre, el personal que lo atiende y la forma de amamantar a los hijos/as. Esta situación se torna prioritaria si se considera que casi la mitad de la población es mujer, esta condición de género la sitúa en riesgo y desventaja, las estadísticas nacionales y la presente investigación muestran que el perfil de las mujeres que se están infectando son amas de casa, de baja o ninguna escolaridad, con condiciones de pobreza general y extrema, por ende con limitadas oportunidades de desarrollo, bajo el dominio del machismo imperante en nuestra sociedad, lo cual incrementa el riesgo, en la vida y salud de las madres y los/las hijos/as.

La Encuesta Nacional Materno Infantil - ENSMI - 2008 - 2009, muestra que en Guatemala la cobertura de la atención prenatal es de 37% con comadrona o en el hogar para el área urbana, para el área rural el 49% acudió a la comadrona o recibió atención prenatal en su hogar, también los resultados de esta misma Encuesta demuestran que en el área urbana un 23% de mujeres resuelven su parto en su casa o en casa de la comadrona 45%, para mujeres en ruralidad el 63% del total de casos dejan en manos de la comadrona y/o un familiar la atención de su parto.

Con estas estadísticas puede inferirse un alto sub registro de mujeres portadoras del VIH, siendo un riesgo para el proceso de la maternidad. En este mismo orden de ideas hay que considerar que no todos los servicios de salud que prestan atención prenatal en el país tienen el servicio de tamizaje con la prueba VIH, consecuentemente las madres entonces ignoran su situación diagnóstica al VIH, poniendo en riesgo la salud de los/las niños/as de transmitir el virus y por

consiguiente ofrecerles limitadas oportunidades de desarrollo integral, lo que se contrapone a los acuerdos sobre derechos humanos y derechos de la niñez.

Tomando en cuenta este marco referencial y considerando que las mujeres gestantes enfrentan limitantes para recibir atención especializada, que permita detectar tempranamente si están infectadas con el VIH y recibir tratamiento para ellas y sus hijos/as; la presente investigación se propuso como objetivo general:

- Realizar análisis de los factores que limitan la prevención de la transmisión madre - hijo, de mujeres gestantes VIH positivas que atiende la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

Partiendo de este objetivo general, se plantearon los objetivos específicos a alcanzar, los cuales son:

- Identificar los factores sociales y económicos que limitan a las mujeres gestantes VIH positivas a dar seguimiento al tratamiento para prevenir la transmisión vertical.
- Identificar los factores institucionales que impiden a las mujeres gestantes VIH positivas prevenir la transmisión vertical.
- Realizar un análisis comparativo de los factores económicos y sociales que favorecen o limitan el cumplimiento del tratamiento para prevenir la transmisión vertical.
- Proponer alternativas de solución a la problemática que se identifique en la investigación de campo.

Con los objetivos como ejes conductores de la investigación, se formula la siguiente hipótesis: “Las mujeres gestantes VIH positivas afrontan barreras económicas, sociales e institucionales que les impiden recibir atención prenatal, lo que trae como consecuencia el incumplimiento de las prácticas de salud para la prevención de la transmisión vertical”.

Los métodos y técnicas utilizadas para alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis son el método analítico y el método comprensivo; las técnicas empleadas fueron el análisis de contenido y la entrevista estructurada, utilizando como herramientas de campo la entrevista estructurada y la revisión documental.

Al concluir la investigación, se pudo establecer que existen barreras económicas, sociales e institucionales que impiden a las mujeres gestantes VIH positivas recibir atención prenatal en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, entre las que se mencionan: las condiciones de pobreza en que vive el grupo investigado, el tipo de trabajo que desempeñan, ser madres solteras, falta de apoyo de sus parejas y/o familiares, el bajo grado de escolaridad, el deterioro de su salud, el temor a la discriminación y estigmatización, la calidad de la atención que reciben en la Clínica, el acceso y capacidad instalada de la Clínica para brindar la atención y la calidad de la orientación en VIH/SIDA que reciben, de los anteriores aspectos las madres investigadas refirieron como aspecto relevante el apoyo emocional y económico de la familia.

Al comparar los factores que limitan a las mujeres gestantes VIH positivas no adherentes al tratamiento, con los factores que han favorecido a las mujeres gestantes VIH positivas ser adherentes; se estableció que los factores más significativos para que este último grupo de madres hayan superado otras limitaciones son; es el apoyo emocional y económico que han recibido por parte de sus parejas y/o familiares; la atención médica y la orientación que reciben por parte del personal del hospital.

INTRODUCCIÓN

La tendencia internacional muestra que la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH - y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA - cada vez más afecta a la población femenina, en particular a las más pobres y carentes de poder. La vulnerabilidad en las mujeres tienen múltiples caras: biológica, epidemiológica, social y cultural; adicionalmente la desigualdad de poder que tradicionalmente ha desfavorecido a las mujeres, aunado a la dificultad de muchas de ellas para acceder a la educación, a la información, se combinan para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible su situación y negociar derechos, tanto en la vida doméstica como en la vida pública.

Cada día más las mujeres forman parte de las estadísticas de personas que viven con VIH/SIDA, pues la tendencia de la epidemia reporta cambios en cuanto a las poblaciones que afecta; siendo que la transmisión vertical está ocupando un segundo lugar como vía de transmisión, lo que implica su consideración dentro de la epidemiología y la salud pública. Visto desde la óptica social, este problema de salud requiere de atención multisectorial, porque se produce por efectos multi causales y porque afecta sustancialmente no sólo la vida de las madres, sino también a sus hijos, hijas y se extiende a todo el grupo familiar. Según datos del Informe Final del Fondo Mundial Guatemala 2010, se demuestra un incremento en la prevalencia del VIH en mujeres en edad reproductiva que han estado embarazadas, en el año 2005 la prevalencia era de 0.05, hasta alcanzar un 0.70% en el 2009.

En Guatemala, el acceso a los servicios de salud especializados para la atención y prevención de la transmisión vertical, se concentran en la ciudad capital, Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; en el interior de la república existen 12 Unidades de Atención Integral que proveen la atención, sin embargo cuando se requieren exámenes especiales u hospitalización por complicaciones las mujeres son referidas a la

ciudad capital. Esto evidencia que sigue siendo limitado el acceso a los servicios, lo que constituye una desventaja para las mujeres principalmente las que viven en áreas geográficas lejanas.

El aspecto financiero y presupuestario es clave para cumplir con las políticas, el Plan Estratégico del Programa Nacional ITS, VIH y SIDA incluye una serie de acciones de prevención y atención que requiere de la asignación presupuestaria que haga factible y alcanzables las metas propuestas, siendo esta una responsabilidad del Estado. De no contar con estos fondos se crea una gama de barreras para el acceso de la población en general a los servicios de salud.

Según el reporte de Medición del Gasto en Salud 2006 del Ministerio de Salud de Guatemala, el total de Gasto para atender las acciones de prevención y atención de VIH/SIDA fue de US\$ 29,500,389, con la siguiente distribución: aporte internacional US\$ 10,146,383; privado US\$ 3,776,990; y aporte público \$15,577,016. Si se toma en cuenta que cerca de 70 mil personas viven en Guatemala con el virus, los fondos derivados para cubrir la atención y prevención se hacen insuficientes. El costo de atención por persona estaría alrededor de los US\$ 421, lo que obviamente no alcanza cubrir gastos de atención médica, diagnósticos, hospitalización, terapia antirretroviral, otros medicamentos y atención psicológica.

El Hospital Roosevelt, es un Hospital de tercer nivel y de referencia nacional, en este funciona la Clínica de Enfermedades Infecciosas que pertenece a la Unidad de Consulta Externa, con un horario de lunes a viernes de 8 a 17 horas y mediante un equipo profesional multidisciplinario se atiende a personas referidas de todo el país que viven con VIH y con otras afecciones asociadas al virus. Un programa prioritario para esta Clínica es el de Prevención del Virus Madre - Hijo, sin embargo el hecho de que las mujeres afronten limitaciones sociales, económicas, culturales y geográficas provocan que se interrumpa su permanencia en el tratamiento y seguimiento para cumplir con las buenas prácticas que les permitirán reducir considerablemente la infección a sus hijos/ hijas.

Dada esa problemática, la presente investigación cuantitativa eligió a un grupo de diecinueve mujeres gestantes VIH positivas que no fueron constantes en su tratamiento médico - social durante el año 2009 en esta clínica y por tanto no cumplieron con las prácticas para prevenir la transmisión vertical.

La finalidad del estudio fue establecer los factores económicos, sociales e institucionales que no les permitió cumplir con la prácticas saludables de mantener adherencia a medicamentos antirretrovirales, alumbramiento a través de cirugía (cesárea) y alimentación del recién nacido/a a través de leche maternizada artificial. Así mismo, se tomó aleatoriamente a otro grupo de quince mujeres que si cumplieron con estas buenas prácticas, con similares características que el primer grupo, con el objetivo de comparar, si este grupo también había presentado las mismas limitaciones y contar con más criterios confiables para determinar esos factores que no permiten la adherencia de mujeres gestantes VIH positivas, y sobre todo, establecer los mecanismos o herramientas que utilizaron para superar tales limitantes.

Para presentar los resultados de forma ordenada, el informe se presenta dividido en cuatro capítulos cada uno de ellos con el siguiente contenido:

Capítulo I, incluye el planteamiento del problema, el cual se realizó a través de la formulación y discusión del problema, su delimitación en tiempo y espacio, así como los objetivos de la investigación e hipótesis.

Capítulo II, en este capítulo se desarrolla el marco teórico que le da sustento a la investigación, se aborda la temática relacionada al VIH y las formas de transmisión, las mujeres y el VIH/SIDA, los factores que determinan la transmisión vertical con enfoque económico, social, cultural, de derechos humanos, los factores que limitan el acceso a las mujeres gestantes VIH positivas a los servicios de salud, las consecuencias socioeconómicas para las mujeres gestantes VIH

positivas y sus familias, estigma y discriminación, las medidas de prevención en la transmisión vertical y los compromisos para erradicar y/o controlar el VIH/SIDA.

Capítulo III, incluye el método, técnicas, instrumentos y procedimientos que se utilizaron para realizar la investigación.

Capítulo IV, en este capítulo se presentan los resultados de la investigación, así como la discusión de los mismos.

El trabajo de investigación incluye las propuestas de Proyecto de Intervención para dar respuesta a la problemática encontrada, las conclusiones y recomendaciones, producto final de la investigación.

En la parte II se desarrolla el Proyecto de Intervención, considerando los hallazgos de la investigación, mismo que se titula “ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES QUE CONDICIONAN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH.” Finalmente se encuentra la bibliografía utilizada.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA

El problema abordado en la investigación está enmarcado dentro del amplio tema de la salud y como sujetos de estudio están el binomio madre – hijo, asociado a la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH – específicamente en la transmisión de la madre al hijo/a, también llamada transmisión vertical.

La situación de salud en poblaciones de países en desarrollo presentan deficientes indicadores y se complica más con la aparición de la epidemia de VIH y SIDA, por lo que es pertinente profundizar en el tema y hacer el análisis de los factores sociales, económicos y culturales que influyen para que más personas contraigan el virus, afectando sus posibilidades de bienestar individual y familiar.

La dinámica de la epidemia del VIH/SIDA acelerada en los países en desarrollo, está vinculada a diversos factores, en primer lugar el que concierne a las decisiones y comportamientos individuales, por otro lado, los factores de estructura política, social, económica y cultural, lo que en un país como Guatemala constituyen serías barreras de acceso a la educación a la información, a los servicios de salud y a la atención oportuna y con calidad, lo que pone en situación de riesgo a la población en general, pero más específicamente a grupos determinados como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo, personas privadas de libertad, mujeres y niños en quienes está concentrada la epidemia.

La epidemia en Guatemala también se concentra geográficamente en los departamentos y los que más casos han registrado son: Guatemala, Retalhuleu, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Izabal, Escuintla y Petén, siendo este el corredor endémico donde hay mayor flujo de migración interna y externa.

“La situación de VIH en Guatemala se describe como una epidemia concentrada. Sin embargo, en algunas zonas, el VIH presenta características de epidemia generalizada por la alta prevalencia entre mujeres embarazadas. Los grupos de adolescentes y jóvenes, y el de mujeres, muestran una participación creciente en el número de casos nuevos reportados. Esto requiere de estrategias diferenciadas por zona geográfica y por grupo poblacional”²

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979), la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de la Asamblea General de la ONU, son herramientas fundamentales para la protección del derecho a la salud de las mujeres y la niñez. Estos acuerdos y convenios exigen que los gobiernos presten atención en salud y sean respetados los derechos humanos en todas sus expresiones. Sin embargo esto no se cumple desde el momento que el financiamiento, los programas y el acceso son restringidos.

“El derecho de la atención se ve comprometido cuando la protección del bienestar de la mujer es obstruida por barreras gubernamentales, legislativas o judiciales. Además de obstruir la provisión de atención en salud que desea la mujer, los gobiernos pueden dejar de ofrecer los servicios que necesita la mujer que no puede cuidarse a sí misma, a causa de factores como la falta de conocimientos, la pobreza o la lejanía de los principales centros de población. La obstrucción de los servicios de salud disponibles y la falta de otros servicios, le niegan a la mujer el

² Organización Panamericana de la Salud, Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud del VIH en Guatemala, Guatemala, pág. 64

derecho a la atención en salud que los países han reconocido al aceptar los pactos de los derechos internacionales de derechos humanos”.³

Si bien la salud es un derecho de todo individuo y una responsabilidad del Estado, en la actualidad prevalecen serias limitaciones para mantener la equidad especialmente en países donde la mayor parte de la población se encuentra en situación de pobreza general y extrema, las oportunidades de educación, salud, vivienda y seguridad entre otras, son inequitativas e injustas.

La pobreza y el analfabetismo son factores que elevan el riesgo de enfermar y morir; para el tema objeto de estudio el nivel educativo y económico es determinante para que las personas adquieran infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, porque no solo no se cuenta con la información de cómo evitar las relaciones de riesgo, el uso e importancia de usar condones, sino además no se cuenta con los medios económicos para comprarlos.

Las personas con bajo nivel educativo no tienen acceso a la información preventiva, y cuando lo tiene esta no es acorde al nivel de comprensión o incluso en su idioma materno. Esto no implica que las personas de mayor nivel educativo y con mayor capacidad adquisitiva también estén en riesgo de adquirir el virus.

En los países en desarrollo, la situación de salud también está relacionada al ambiente político, legislativo y de estructuras sociales, en Guatemala el tema de VIH es prioritario dentro de las políticas del Ministerio de Salud, pero en la práctica carece de los recursos financieros, de infraestructura, humanos, materiales e insumos que permitan cubrir la demanda y los programas de prevención, los que deberían de tener mayor énfasis. Esta brecha presupuestaria y de decisión política también se ha hecho visible en el combate a la epidemia del VIH/SIDA.

³ Cook, R. J. *Women's International Human Rights: A biography*. NY, Univ. Intl. Law. Pol 24: 701 – 731, (1992)

En Guatemala, la epidemia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - , inició en 1984, con el primer caso del VIH detectado. La epidemia sigue en aumento, sin distinción de etnia, género, estado civil, escolaridad o nivel socioeconómico.

De acuerdo a la información publicada por Organización de las Naciones Unidas para SIDA – ONUSIDA - actualmente más de 70.000 personas viven en el país con VIH y apenas el 50% recibe el tratamiento necesario debido a la pobreza existente en el país, las dificultades de acceso a los servicios de salud, así como por la falta de financiamiento para ello.

Según el artículo SIDA en Guatemala de la página virtual SIDA.com y con información del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, el 62% de la población afectada está comprendido entre 20 y 39 años de edad, y el 94% de los casos de infección fue por transmisión sexual. La relación de hombres y mujeres que viven con el virus es de 2:1 respectivamente, mientras que alrededor de los años 90 era de 7 hombres por 1 mujer. Como se ha mencionado el grupo de mujeres constituye un grupo de población en riesgo y vulnerable ante la epidemia, esto influenciado por que históricamente la mujer ha tenido menos oportunidades de desarrollo (educación) y se le han vedado sus capacidades de decisión sobre su vida.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por su sigla en inglés), ha demostrado que existen diferentes formas de contagio del VIH, entre ellas: a) vía de transmisión sexual, a través del contacto sexual con una persona afectada por la enfermedad b) transfusiones sanguíneas o uso de agujas contaminadas c) transmisión de una madre infectada a su hijo a través de la placenta, parto o lactancia materna, conocida como transmisión vertical. Esta ultima actualmente ocupa el segundo lugar como vía de transmisión.

La revista SIDA y Embarazo, de la página virtual mundosalud.com, refiere que la transmisión del virus de la madre al niño puede hacerse en tres momentos: 1) durante el embarazo, generalmente durante el tercer trimestre, 2) durante el parto y 3) por la lactancia materna.

Por lo que las intervenciones de prevención deben enfocarse a que: toda mujer gestante debe realizarse la prueba del VIH para ser detectada a tiempo, la madre VIH positiva debe iniciar el tratamiento de medicamentos antirretrovirales, preferentemente la madre debe someterse a operación cesárea y evitar amamantar al niño/a.

Los aspectos de prevención en Guatemala y en comunidades rurales con arraigadas tradiciones culturales, con factores sociales y económicos precarios, son difíciles de cumplir, especialmente porque las mujeres son influenciadas en la toma de sus propias decisiones relacionadas a su vida, en su sexualidad, ellas no decidan cuando y como gozar de una vida sexual plena, las relaciones de pareja son impuestas y muchas veces obligadas o forzadas, en su vida reproductiva, ellas no deciden el número de hijos que desean tener, el uso o no de la planificación familiar, la vía de resolución del parto, el lugar donde este ocurre, donde y quien debe atenderlo y en la forma de alimentar a los recién nacidos/as. Esta condición de sumisión o de falta de empoderamiento de la mujer la sitúa en desventaja y en riesgo para su salud.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994, la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW) de 1995, piden la igualdad de género y la incorporación de una perspectiva de género, el empoderamiento de la mujer y el cumplimiento integral de la salud y los derechos reproductivos de la mujer.

La Plataforma de Acción de Beijing define la incorporación de una perspectiva de género de la siguiente manera: "...como el proceso de evaluación de las

consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las preocupaciones y de las experiencias de la mujer, así como de las del hombre, un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales con el fin de que la mujer y el hombre se beneficien por igual y no perdure la desigualdad.”⁴

Las estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de Guatemala muestran que el perfil de las mujeres que se están infectando son amas de casa, de baja o ninguna escolaridad, con condiciones de pobreza general y extrema, en un rango de edad de 22 a 39 años de edad y las características sociales y económicas de las mujeres guatemaltecas que viven con el virus de VIH son similares a lo que sucede en otros países en desarrollo.

Esta información referencial y contextual será también abordada en los resultados de la investigación y se caracterizará el perfil social y económico encontrado del grupo de mujeres estudiadas.

La edad en que se encuentran las mujeres que están infectadas con el VIH, refieren dos puntos relevantes: que se encuentran en edad productiva y reproductiva. En lo productivo la desventaja radica en que las mujeres por enfermedades asociadas al virus y más grave aún por muerte, dejan de ser parte de la fuerza laboral del país y de aportar ingresos económicos a sus hogares.

⁴ Manual de Integración de una Perspectiva de Género en Programas de Salud reproductiva y VIH: DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN MARZO DE 2005, Preparado en nombre del Grupo del Manual para la Integración de una Perspectiva de Género para el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Género de USAID Por Deborah Caro (Cultural Practice, LLC), con Jane Schueller (FHI), Maryce Ramsey (anteriormente con CEDPA), y Wendy Voet (JHPIEGO)

El análisis sobre el aspecto reproductivo apunta a que las mujeres por sus derechos reproductivos pueden optar por la maternidad cuando lo deseen, pero ponen en riesgo la salud, desarrollo y vida de sus hijos/as si ellas no cumplen con las recomendaciones para prevenir la transmisión vertical.

La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH guarda estrecha relación con el tema de la violencia sexual, la Organización Panamericana de la Salud – OPS - a través de la hoja informativa de la Unidad de Género, Etnia y Salud comenta: “Las vulnerabilidades que se relacionan con la infección por VIH/SIDA y los episodios de violencia en la vida de las mujeres están vinculadas con la falta de empoderamiento de las mujeres”, en esta misma hoja informativa se presentan los siguientes estadísticas oportunas de mencionar “La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH/SIDA:

- Más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región. (OPS/OMS, 2003)
- Hasta una tercera parte de las adolescentes en la región ha sufrido una iniciación sexual forzada. (OPS/OMS, 2002)
- En algunos países una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia por parte de su pareja. (OPS/OMS, 2002)
- 90% de niñas Peruanas entre 12-16 años que dieron a luz fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto (UNFPA, SWP 1997)
- El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es factor de la propagación del VIH/SIDA. La explotación sexual de adolescentes, niñas y mujeres adultas es una de las formas más extendidas de violencia de género debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres. Las mujeres tienen las posibilidades reducidas de negociar el sexo protegido y el uso del condón.

No existe diferencia entre la situación contextual de Latinoamérica a la situación en Guatemala, la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008 - 2009, muestra que a pesar del sub registro, en la población de mujeres entre 15 a 49 años el 2.9% sufrió abuso por primera vez antes de los 12 años. De ellas el 10.4% habían sido violadas sexualmente antes de los 7 años y de este grupo el 71.1% el acto lo cometió un familiar, amigo o conocido. Por lo tanto la violencia sexual debe valorarse como un factor de riesgo para la transmisión del VIH, y deberá ser incorporada en las políticas de educación y salud con enfoque preventivo prioritariamente, la denuncia como una acción de intervención médico – legal y el apoyo psicológico y social para las mujeres violentadas, se hace necesario.

Los acciones de prevención y atención del VIH, violencia basada en género, acceso a los servicios de salud, empoderamiento de las mujeres, están contenidos en el tema de derechos humanos, como una responsabilidad del Estado y un atributo de la persona humana.

La salud reproductiva, según información disponible en la Encuesta Nacional Materno Infantil – ENSMI - 2008 - 2009, muestra que en Guatemala la cobertura de la atención prenatal es de 37% con comadrona o en el hogar para el área urbana, para el área rural el 49% acudió a comadrona o recibió atención prenatal en su hogar. Estos datos sustentan la probabilidad de un sub registro de mujeres VIH positivas y el riesgo de incrementar la transmisión vertical.

En este mismo orden de ideas, la ENSMI 2008 - 2009 reporta que en el área urbana un 23% de mujeres resuelven su parto en casa o en casa de la comadrona 45%, para mujeres en el área rural el 63% del total de casos dejan en manos de la comadrona y/o un familiar la atención de su parto. Con estos datos el análisis se orienta a que en Guatemala las mujeres y sus familias culturalmente, por aceptación y confianza siguen atendiendo su salud con las comadronas, por otro lado sigue habiendo poco acceso institucional para la prevención y el cuidado de la salud de las mujeres y su salud reproductiva, adicionalmente estos servicios

también no cumplen las características de servicios culturalmente adaptados, en donde los proveedores de salud hablen el idioma nativo, y las mujeres tengan la opción de atender su parto en la posición (vertical, cuclillas) que culturalmente para ellas es aceptada.

Los factores contraproducentes para una maternidad saludable, tomando en cuenta que la atención en salud de las mujeres gestantes se concentra en el hogar y por la comadrona aún en grupos que viven en áreas urbanas, se considera una oportunidad perdida porque tanto las mujeres como el sistema de salud desconocen su situación diagnóstica, respecto del VIH. Por consiguiente se pierde la oportunidad de prevenir un futuro inseguro para los niños y las niñas.

El impacto ante esta situación se traducirá en que más niños/as adquieran el VIH, y sus oportunidades de desarrollo integral se vean limitadas, lo que se contrapone a los acuerdos relacionados a derechos internacionales de la niñez.

Otros enfoques y condicionantes que no pueden dejarse sueltos en el abordaje del tema de las mujeres y el VIH/SIDA son la inequidad de género y machismo. “En Guatemala, se han descrito algunas características socioculturales asociadas a la infección por ITS y VIH, sobre todo en el plano de la inequidad de género y el machismo persistente:

- Los hombres tienen múltiples parejas sexuales con una baja frecuencia en el uso del condón. Esto expone a sus parejas a un mayor riesgo de infección por ITS y VIH-SIDA.
- La mayor parte de las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su sexualidad y por lo tanto para protegerse de las ITS y VIH-SIDA.
- El abuso del alcohol y la violencia de género favorecen los contextos de vulnerabilidad que facilitan una potencial infección por ITS y VIH-SIDA”.⁵

⁵ ONUSIDA (Guatemala) (2001) Núñez, César Antonio, Fernández, Víctor Hugo y Aguilar Sergio. Exclusión social y VIH/SIDA en Guatemala.

Al hablar de VIH y SIDA se asocia a dolor físico y enfermedad, pero la epidemia ha puesto al descubierto el sufrimiento y dolor social de las personas que lo padecen, primero porque refiere muerte inminente, y porque quienes lo padecen son objeto de estigma y discriminación a todo nivel: en el hogar, en la comunidad en el trabajo y hasta en los servicios de salud.

El estigma tiene que ver con las actitudes de las personas hacia con los demás, en su libro titulado *Estigma: La identidad deteriorada*, publicado en 1963, el sociólogo Erving Goffman afirma que la palabra "estigma" hace referencia a aquellos "atributos indeseables" que son "incongruentes con el estereotipo que tenemos acerca de cómo debe ser cierto tipo de individuo". De tal manera que el miedo a ser etiquetado, relegado o expulsado socialmente hace que muchas personas prefieran no someterse a pruebas de detección del virus, o que abandonen el tratamiento, así que las personas que viven con el VIH, enfrentan situaciones de rechazo o abuso, desempleo, desprecio, exclusión del sistema público (salud y educación, justicia, por mencionar algunos), lo que dificulta controlar y enfrentar la epidemia.

“América Latina requiere considerar que esta región es el resultado de un desigual (y violento) entrecruzamiento étnico y cultural. Su compleja trayectoria histórica pone de manifiesto múltiples lógicas culturales en las que se entrecruzan historias de genocidio, colonialismos y resistencias. A la desaparición y reducción forzada de poblaciones indígenas y negras en algunas áreas, y a la dispar migración europea de finales del siglo XIX y principios del XX en otras, le siguió a partir de mediados del siglo, un continuo y convulsionado proceso migratorio que delineó algunos de los países en polos de atracción y otros en áreas de expulsión, al compás de simultáneas corrientes migratorias desde el interior a las áreas metropolitanas. Los procesos políticos, económicos y culturales resultaron en una notoria diversidad étnica y cultural, y en profundas desigualdades entre áreas y

países, así como entre las áreas metropolitanas y el interior de cada uno de los países”.⁶

Mientras las sociedades mantengan estas históricas manifestaciones de desigualdad, inequidad, exclusión, se transgredan las leyes y se violenten los derechos de las personas especialmente de los más pobres, las menos atendidas y con mayor riesgo de enfermar, se estará lejos de alcanzar el sexto objetivo de Desarrollo del Milenio que se refiere a “Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH”, del cual Guatemala se ha comprometido a cumplir, pero está muy lejos de alcanzar. Esto requiere de voluntad política, abordaje multisectorial, asignación presupuestaria, facilitar el acceso y proveer servicios preventivos y curativos con oportunidad y calidad.

El problema objeto de estudio tiene sustentación en los derechos humanos, el derecho de las mujeres a gozar de una salud sexual y reproductiva plena, bajo estas concepciones existe legislación base, entre ellas: la Constitución Política de la República, el Código de Salud, Ley 27-2000 del Combate al VIH y SIDA, los compromisos de Estado como las Metas del Milenio, los que deben ser respetados, promovidos y cumplidos, a través de la implementación de acciones institucionales, sociales y comunitarias para dar seguimiento y tratar a las mujeres gestantes VIH positivas y a los niños/as expuestos/as al VIH.

La literatura orienta a que las acciones claves que deben implementarse alrededor del tema objeto de estudio y como medidas de prevención son: la educación formal a la población en general, desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, con enfoque de género y diferenciado por grupos de edad, sensibilización y capacitación a servidores públicos en general pero especialmente del sector salud, intervenciones multisectoriales para eliminar barreras económicas, sociales,

⁶ UNESCO, (París) (2002) Estigma y discriminación por el VIH/SIDA. Un enfoque antropológico, actas de la mesa redonda. Pág. 12

geográficas para que las mujeres tengan acceso a los servicios de salud, a las pruebas de VIH, a tratamientos con antirretrovirales y a atención integral en la que esté contenida el apoyo emocional, psicológico y social.

Para todo lo anterior expuesto hace falta fortalecer el ambiente político favorable de cara al tema, que consiste en contar con la legislación base pero sobre todo hacerla cumplir, que los Planes Estratégicos desarrollados cuenten con planes operativos congruentes y diferenciados para los grupos de población, con el financiamiento necesario, con un proceso de monitoreo y evaluación que permita medir el cumplimiento de metas nacionales e internacionales y rediseñar el curso de las acciones en función del uso de la información.

Desde el punto de vista social se requiere del establecimiento de un proceso sistemático de seguimiento de los casos, desde el nivel comunitario y su vínculo institucional, donde toda mujer en estado de gestación que sea diagnosticada VIH positiva, inicie tratamiento psicológico reciba acompañamiento social para evitar que abandone la atención médica, influenciar en su decisión de continuar con la atención integral y reforzar la consejería respecto de las medidas para la prevención de la transmisión vertical, facilitando para ello el acceso a los servicios de salud, a los medicamentos y en caso necesario a la provisión de leche maternizada (sustitutos de la leche materna).

El presente estudio, a través de la información recabada en campo y análisis respectivo demostrará que existen barreras económicas, sociales e institucionales que influyen para que las madres VIH positivas cumplan las buenas prácticas para la prevención de la transmisión vertical, y así sus hijos/as tengan menos probabilidad de contraer el virus.

2. DELIMITACIÓN

La investigación, específicamente del trabajo de campo se realizó de mayo a julio del año 2010; la temporalidad fue el período comprendido de enero a diciembre del año 2009. Para la muestra, se tomó el 100% de casos de mujeres gestantes que ingresaron por consulta externa y constituyen el grupo de mujeres no adherentes al programa de prevención de la transmisión vertical de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt (diecinueve casos), y para las mujeres gestantes adherentes al programa, de las 25 que ingresaron por consulta externa de atención prenatal, se seleccionó el número de 15 (15 de 25) expedientes, con características similares al primer grupo, entre ellas, edad, escolaridad, estado civil y procedencia.

El contexto geográfico que se tomó en cuenta es la población que acudió a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, del período en mención. Este es un hospital de referencia nacional, con cobertura nacional, asiste población tanto de la ciudad capital, municipios del departamento de Guatemala, como de los demás departamentos del país. Está ubicado en la zona 11 de la ciudad capital de Guatemala.

Se analizaron los siguientes aspectos, comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA, factores que intervienen en la epidemia, la transmisión vertical, causas y consecuencias, prácticas de salud normadas para prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo/a, así como los factores sociales, económicos e institucionales, culturales que desfavorecen la prevención de la infección. También se realizó un análisis desde el enfoque de derechos humanos.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación surge por la trascendencia que conlleva abordar un tema relacionado a la salud, visto como un pilar del desarrollo social y como un derecho inalienable de las personas. La epidemia del Virus de

Inmunodeficiencia Humana – VIH ha causado un serio impacto económico y social en los países alrededor del mundo especialmente aquellos en desarrollo, situándoles frente a grandes retos financieros y sociales, por que la epidemia ha cambiado el curso de las acciones en materia de salud.

El VIH pone en riesgo el desarrollo económico, social y esperanza de vida de las poblaciones. Ante la vulnerabilidad del binomio madre – hijo a quienes les amenaza el riesgo de transmitir y contraer el VIH respectivamente mediante la transmisión vertical, se consideró ahondar en el tema para visibilizarlo en la agenda política y de equipos técnicos e incidir favorablemente para minimizar las amenazas de que las mujeres y la niñez enfermen y mueran. Dada la repercusión social de la orfandad y de predisponer a nuevas generaciones de personas que vivan con VIH.

Es importante mencionar que también se ha considerado que en Guatemala las condiciones deficitarias económicas, sociales, culturales y de ruralidad constituyen barreras para acceder a los servicios de salud. Se pretende profundizar en las variables socio económicas ligadas a la epidemia, bajo la óptica humanista y de trabajo social para construir y contextualizar el conocimiento sobre el tema y derivar propuestas de intervención. El enfoque del tema relacionado a prevención de la enfermedad - es “mejor prevenir que curar” - otorga justificación y valoración al estudio por el porte que ofrecerá en función de los resultados. Es de sumo interés reflexionar respecto al derecho de los niños y niñas a nacer sanos así como proveerles un entorno que les permita oportunidades de desarrollo y una vida digna.

Bajo las anteriores premisas se justifica investigar el tema para que a partir del contexto y de la verificación de los condicionantes económicos, sociales e institucionales que favorecen a las mujeres prevenir transmitir a sus hijos el virus, se tenga la oportunidad de proponer alternativas que contribuyan a la solución de la problemática.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

- Realizar un análisis de los factores que limitan la prevención de la transmisión madre - hijo, de mujeres gestantes VIH positivas que atiende la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociales y económicos que limitan a las mujeres gestantes VIH positivas a dar seguimiento al tratamiento para prevenir la transmisión vertical.
- Identificar los factores institucionales que impiden a las mujeres gestantes VIH positivas prevenir la transmisión vertical.
- Realizar un análisis comparativo de los factores económicos y sociales que favorecen o limitan el cumplimiento del tratamiento para prevenir la transmisión vertical.
- Proponer alternativas de solución al problema que se identifique en la investigación de campo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Boletín No. 1, del Centro Nacional de Epidemiología de Guatemala enero 1984—diciembre 2010, informa que de acuerdo a las estimaciones a nivel mundial para el año 2009 el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) es de 33,3 millones y las nuevas infecciones esperadas son de 2,6 millones. Para Guatemala se estimó un total de 65.701 personas con VIH y 7,557 nuevas infecciones, esto significa 21 personas infectadas diariamente.

“El Programa Nacional del SIDA en Guatemala reporta que cerca de 4 mil 690 niñas y niños han nacido portando el virus desde que se dio a conocer el primer

caso de infección en un adulto y en 1995 el número de huérfanos a causa de la pandemia fue de 680, las autoridades prevén que en el 2010 serán 44 mil.”⁷

Tomando en cuenta estas cifras y la compleja gama de causas y consecuencias de este problema, la presente investigación se centró en identificar las variables económicas, sociales, e institucionales que impiden a la población su interacción con la oferta de servicios de salud, específicamente a las mujeres gestantes VIH positivas para que reciban el seguimiento estricto que les permita tener hijos sanos y por ende contribuir a la disminución del indicador de la transmisión vertical.

Las personas tienen el derecho a gozar de salud y bienestar, por lo que los niños y niñas alrededor del mundo tienen derecho a nacer sanos y tener un desarrollo integral. La presente investigación ofrece una propuesta de intervención, que plantea estrategias de costo efectivas para incidir favorablemente en las barreras que afrontan las mujeres VIH positivas y evitar la transmisión del VIH a sus hijos/as.

No es lo mismo poseer información y conocimientos que ponerlos en práctica, de tal modo que la presente investigación tiene como propósito demostrar que las mujeres VIH positivas gestantes que no cumplen con las medidas de prevención para la transmisión vertical se debe a las barreras económicas, sociales e institucionales y contrariamente todas aquellas mujeres que no afrontan dichas barreras, han prevenido la transmisión vertical porque han seguido un tratamiento con medicamentos antirretrovirales, resuelven su parto por medio de un procedimiento quirúrgico (cesárea), alimentan a su hijo/a con lactancia artificial (leche maternizada) y permiten que a su hijo/a le sea administrado el tratamiento profiláctico para VIH.

⁷CIMACNOTICIAS *periodismo con perspectiva de género*, 15 de marzo 2010. Recuperado de <http://www.cimacnoticias.com/site/10010507-Estable-la-atencio.40694.0.html>,

Los resultados y conclusiones del presente trabajo permitirán dar las recomendaciones necesarias para reorientar o definir estrategias, para que las mujeres gestantes VIH positivas y sus familias tengan la información pertinente sobre la pandemia del VIH/SIDA y por otro lado proponer estrategias costo efectivas a los servicios de salud que faciliten a las mujeres el acceso a la salud y se haga realidad el derecho a la salud.

Por lo antes expuesto, en la presente investigación se toma como unidad de análisis a las mujeres gestantes que asistieron por lo menos una vez a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, y que no continuaron su tratamiento y prácticas para prevenir la transmisión del virus a su hijo/a.

5. HIPÓTESIS

Las mujeres gestantes VIH positivas afrontan barreras económicas, sociales e institucionales que les impiden recibir atención prenatal, lo que tiene como consecuencia el incumplimiento de las prácticas de salud para la prevención de la transmisión vertical.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1. LA SALUD

El amplio tema de la salud es un pilar importante del desarrollo social y desarrollo humano, los países en desarrollo aun enfrentan grandes retos para incidir en los indicadores claves como mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad neonatal, desnutrición y pobreza como un condicionante principal. Según la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud se define como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves”.

Se habla de determinantes de la salud y casi siempre se mencionan las barreras estructurales y de responsabilidad del Estado como las económicas y sociales, pero la salud debe ser entendida mas allá de la responsabilidad gubernamental e institucional, es también mantener la salud y prevenir la enfermedad por esfuerzo propio.

Los estilos de vida saludables son el vehículo para lograrlo. El estilo de vida es el conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas, que pueden ser saludables o nocivas para su salud y de allí pueden derivarse las causas de las enfermedades.

Los determinantes de salud según Marc Lalonde, ministro de sanidad de Canadá son:

1. Estilo de vida: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
2. Biología humana: Este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

3. Sistema sanitario: Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el factor de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.
4. Medio ambiente: Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:
 - Biológica (bacterias, virus, hongos, etc.)
 - Física (radiaciones, humos, desechos, etc.)
 - Química (hidrocarburos, plomo, plaguicidas, etc.)
 - Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, estrés, competitividad, etc.)

Es oportuno preguntarse: ¿Estábamos preparados como individuos y sociedades a afrontar otro reto en salud? La epidemia del VIH/SIDA ha venido a sumar otro problema a la salud pública de gran magnitud y graves consecuencias a nivel individual, familiar y comunitario. Ha habido esfuerzos de nación y aportes de la cooperación internacional, como en el caso del Fondo Mundial, ONUSIDA, USAID, Banco Mundial y otros cooperantes, que han derivado fondos para asistencia técnica, medicamentos, fortalecimiento de la infraestructura, pero aún así no se logra cubrir la demanda en cuanto a prevención y atención integral.

De acuerdo a la información reportada por el Informe Final de Evaluación del Plan Estratégico de la Respuesta al ITS, VIH y SIDA en Guatemala “El API (Índice para la medición del esfuerzo asociado a la prevención del SIDA) para Guatemala en 2,005 fue de 54 puntos de un posible 100, por debajo del promedio de 57 para la región. A nivel regional tiene los punteos más bajos en los temas de estructura organizacional, recursos del programa y derechos humanos”.

Lo que permite analizar que el ambiente político, legal y normativo no está definido con metas claras y precisas (Políticas, planes, programas) o el Estado no está lo

suficientemente comprometido con la población y con el tema a pesar de ser signatarios de acuerdos internacionales, como las Metas y objetivos del Milenio.

El financiamiento es otro aspecto que permite obtener conclusiones de la respuesta al VIH/SIDA en Guatemala, de todos es sabido que el financiamiento para hacer frente a los problemas sanitarios está por debajo de las necesidades y ante esta situación ha habido alianzas y aportes de gobierno, cooperación internacional y sociedad civil, pero aún así no ha sido suficiente para dar cobertura a las necesidades de las personas que viven con el virus y SIDA.

En cuanto a financiamiento también ha habido una importante brecha que deja en déficit la atención y cobertura a las personas que viven con el virus. “En 1996, el financiamiento de programas de SIDA a nivel mundial fue estimado en US\$ 548,5 millones, de los cuales, el 49% fue aportado por los gobiernos, el 19% por agencias de asistencia oficial al desarrollo (AOD), 9% provino del Sistema de Naciones Unidas y 23% del Banco Mundial. Como puede observarse el aporte más importante es de la cooperación internacional”.⁸

Para Guatemala según reporta el Informe Final de la Medición del Gasto en SIDA 2006 del Ministerio de Salud página 30, el financiamiento del sistema de salud proviene de tres fuentes conocidas como gobierno, privado (hogares y empresas) y cooperación internacional. El monto de gasto total de salud ejecutado para el 2006 asciende a USD\$ 2,056,727,989.49

La misma fuente de información refiere que el gasto reportado en VIH y SIDA para el año 2006 alcanza un 1.43% del gasto total de salud el cual está compuesto en 0.76% por financiamiento público, 0.18% por financiamiento privado (gasto de bolsillo y empresas privadas) y por el apoyo internacional 0.49%. En relación al gasto del MSPAS alcanza un 10.04%, compuesto en 5.30% por financiamiento

⁸ Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, Lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe, José A. Izazola-Licea, Ricardo Valladares Cardona, Pág, 10

público, 1.29% por financiamiento privado (gasto de bolsillo y empresas privadas) y por el apoyo internacional un 3.45%, para cubrir el gasto de medicamentos y atención clínica se erogaron US\$ 15,470,173.

Con estas cifras se deja al descubierto el presupuesto escaso que está por debajo de atender la demanda (aproximadamente 70 mil personas) en atención de consulta externa, medicamentos, hospitalización, cuidados paliativos, exámenes diagnósticos, tratamiento psicológico, orientación/consejería, entre otras demandas. Esto afecta el bolsillo de las personas, que a pesar del incremento de la canasta básica y de cubrir necesidades como vivienda, educación, se ven obligados a cubrir sus servicios médicos y de tratamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de su representante en Guatemala Señor, Pier Paolo Balladelli, durante la presentación de una evaluación sobre la respuesta del sistema de salud del país al VIH-SIDA, advirtió que el financiamiento público destinado para prevenir y combatir el SIDA en Guatemala es insuficiente, al cubrir apenas el 12 por ciento de las necesidades anuales en esa materia.

2. VIH Y FORMAS DE TRANSMISIÓN

El VIH, es el virus de inmunodeficiencia humana, “virus que causa el SIDA, afecta el sistema inmunológico, que es la protección que tiene el cuerpo contra las enfermedades. El VIH provoca que las personas se enfermen con infecciones que normalmente no las afectarían.”⁹

Cuando el VIH está presente en el organismo de las personas y afecta su estado inmunológico y se enferma recurrentemente se dice que la persona está en caso SIDA. El SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. “El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

⁹ Planned Parenthood. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/ets/vih-SIDA-4264.htm>

(VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. ”¹⁰

La epidemia del VIH y el SIDA como una consecuencia del mismo, se ha convertido como una prioridad en la agenda de la salud de los países.

En el Boletín No. 1 Estadísticas VIH y VIH avanzado, Guatemala enero 1984—diciembre 2010 del Centro Nacional de Epidemiología se lee que de acuerdo a las Estimaciones a nivel mundial para el año 2009 el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) es de 33,3 millones y las nuevas infecciones esperadas son de 2,6 millones. Para Guatemala se estimó un total de 65.701 personas con VIH y 7,557 nuevas infecciones, esto significa 21 personas infectadas diariamente. En las Américas, el número acumulado de casos fue de 1,1 millones, de los cuales casi una tercera parte corresponde a Latinoamérica.

La medicina basada en evidencia y el ente rector de la salud a nivel mundial expone las vías de transmisión de la epidemia, la Organización Panamericana de la Salud –OPS - en su página web de la Paz Bolivia expone las tres formas de transmisión que al momento se han demostrado y documentado:

- “Transmisión sexual: relaciones sexuales sin condón con personas que viven con el VIH/SIDA.
- Transmisión a través de sangre y productos de sangre contaminados con el virus, o herirse con instrumentos corto punzantes infectados (vía parenteral o sanguínea). Esta vía incluye entre otras cosas transfusiones de sangre o productos de sangre, uso de agujas contaminadas y tatuajes.
- Transmisión vertical de una madre que vive con el VIH a su hijo a través de la placenta durante el embarazo, durante el parto o en la lactancia a través de la leche materna (vía perinatal o materno-infantil).” ¹¹

¹⁰ Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos5/SIDA/SIDA.shtml>

La epidemia se manifiesta con casos de transmisión sexual (94%), por transmisión sanguínea (2%) y la transmisión vertical (4%). Las edades donde se acumula el mayor número de casos son de 15 a 49 años, siendo los más afectados el grupo de 15 a 29 años. Al inicio de la epidemia la relación hombre / mujer de 7 a 1 ha cambiado en la actualidad a 2.5 por 1¹².

Se ha demostrado que la transmisión vertical se da en el período peri natal. “Las proporciones de transmisión vertical se desglosan en: gestación (30%), parto (50%) y lactancia materna (20%). Los estudios alrededor del tema refieren que la infección durante el período prenatal ocurre principalmente durante los dos últimos meses. La tasa de transmisión vertical global sin tratamiento es del 20-30%, siendo superior en los países donde las mujeres infectadas amamantan a sus hijos;”¹³ ya que a través de la lactancia materna se infectan “más del 90%”¹⁴ de los hijos/as de madres VIH positivas alrededor del mundo.

En los países en vía de desarrollo como el nuestro, se estima que entre un “ 25 a 35% de hijos/as de mujeres VIH positivas nacieron con el virus, algunos estudios anotan que alrededor del 85% de infantes y niños VIH+ han adquirido la infección intrauterinamente por transmisión vertical, ya sea en la fase temprana del embarazo o en el periodo prenatal”¹⁵ Desde el inicio de la pandemia del VIH se reconoció la transmisión vertical, como una vía relevante, la segunda en orden de adquisición de la infección.

La maternidad constituye un mandato social casi irrenunciable para muchas mujeres, cuando son portadoras del virus, por el riesgo y daño a la salud de sus hijos/as. La vía de transmisión del VIH de la madre a su hijo cobra mayor

¹¹ Bolivia. Organización Panamericana de la Salud. *Infecciones de Transmisión Sexual*.

¹² Bolaños, M.R. *Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA* (2001).

¹³ España, Ministerio de Salud. Hospital Son Dureta *Protocolo para la Profilaxis de la Transmisión Vertical del VIH en Obstetricia*, (2001)

¹⁴ Panamá. Viviendo Juntos VIH/SIDA Hoy en Panamá y el Mundo, *Boletín Bimensual* (1995)

¹⁵ Panamá, Viviendo Juntos VIH/SIDA Hoy en Panamá y el Mundo, *Boletín Bimensual* (1995)

importancia si se considera que “más del 50% de las personas infectadas en el mundo son mujeres, la mayoría de ellas en edad de procrear. Se ha estimado que 2.4 millones de mujeres infectadas paren cada año, ocasionando unas 600,000 nuevas infecciones en niños (1,600 cada día), localizándose este problema sanitario y social de forma muy preferente en los países en vías de desarrollo”¹⁶

3. LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA

El derecho de la salud físico y mental de las mujeres ha sido reconocido en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, en donde se ratificó la necesidad de garantizar a las mujeres y las niñas el acceso universal a la atención y a los servicios de salud apropiados y de calidad.

Desde la adolescencia y a lo largo de su vida fértil, la mujer carece de orientación adecuada y oportuna, así como al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El resultado es un aumento de embarazos no deseados y a temprana edad (adolescente/joven), así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones de riesgo. En los países en desarrollo, es donde viven la mayoría de personas infectadas con el VIH, el sistema de salud atiende casos como los mencionados.

Organizaciones como ONUSIDA la Organización Mundial de la Salud han reconocido que la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA, se debe tanto a factores biológicos como factores culturales, a la falta de educación y de acceso a la información, a la dependencia económica y, en muchos casos, a la falta de poder de decisión sobre su cuerpo y su vida sexual, por lo que pocas acceden a los servicios de salud, especialmente si son portadoras del VIH.

Otras situaciones que agravan el acceso a las mujeres a mayores oportunidades de desarrollo personal y social son las que por su condición de género tienen que

¹⁶ Detección Temprana y Prevención del VIH SIDA en la Mujer Embarazada y de la Transmisión Vertical, monografías.com

enfrentar, las mujeres se encargan del cuidado de los niños y del trabajo doméstico en el hogar, y en muchos de los casos salen a trabajar, en el área rural ellas participan en tareas de los hombres como la agricultura y cuidado de los animales, estas actividades las desarrollan desde niñas, lo que les impiden dedicar tiempo para sí mismas, para la educación y los cuidados de su salud. Estos factores se combinan para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible sus necesidades y hacer valer sus derechos, tanto en la vida doméstica como en la vida pública.

Es preciso reconocer que la mayoría de las mujeres de nuestra región se encuentra en esta situación de sumisión, donde el hombre, la madre, la suegra o algún familiar toma las decisiones por ellas, lo que las coloca en un lugar de vulnerabilidad frente a la posibilidad de contagio de las infecciones de transmisión sexual, no sólo en prácticas, sino en general en una vida marcada por el riesgo.

“El llamado de atención sobre la particular vulnerabilidad de las mujeres es relativamente reciente. Se ha señalado que esta vulnerabilidad tiene múltiples caras: biológica, epidemiológica, social y cultural. Se ha comprobado que en la relación heterosexual la mujer es biológicamente más vulnerable por varios motivos: primero, la zona de exposición al virus durante la relación coital es de mayor superficie en la mujer, segundo, ésta por lo general asume la posición pasiva en la relación, y tercero, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto al mantener relaciones sexuales.”¹⁷

Culturalmente, la ideología de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas.

“Esto sucede por ignorancia o aceptación de las múltiples parejas de sus compañeros –con frecuencia de ambos sexos y porque la moral de género no

¹⁷ México. Amigos contra el SIDA AC. Recuperado de <http://www.aids-SIDA.org/mujerySIDA.html>, Herrera, C. y Campero, L. El VIH/SIDA y la Mujeres

permite a la mujer hablar abiertamente de sexo, si no desea verse como sospechosa de "mala mujer".

La ideología de género está presente incluso en los enfoques de prevención y atención al considerar a la mujer como agente transmisor del virus - y pocas veces como víctima ella misma-, en sus dos acepciones más clásicas: como "madre", transmitiendo el virus a su bebé - cuyos derechos tienden a prevalecer por sobre los de su madre -, o como "prostituta", contagiando a otros hombres que eventualmente contagiarán a sus parejas. Existe poca conciencia sobre la vulnerabilidad y derecho a la salud de las mujeres en tanto tales y, desafortunadamente, con frecuencia también en las propias mujeres. ¹⁸

4. FACTORES QUE DETERMINAN LA TRANSMISIÓN VERTICAL

Cada día hay más mujeres infectadas con el VIH/SIDA, eso lo demuestran las estadísticas y la literatura, que refieren que en los años 90 las infecciones de hombre con relación a las mujeres era de 7:1, actualmente se reporta un comportamiento de 2 hombres por cada mujer infectada, de tal cuenta que los casos de infección en este grupo son cada vez más comunes. Hasta hace algunos años no se disponía de tratamientos eficaces para mujeres embarazadas portadoras del VIH/SIDA, por lo que el número de niños nacidos con el virus era muy alto.

La medicina basada en evidencia reconoce, que hay factores de índole biológica que puede afectar la transmisión del VIH de la madre al hijo/a, como el siguiente enunciado menciona que "Existen factores maternos, obstétricos y fetales que aumentan el riesgo de la transmisión, entre los primeros se encuentran: madre con infección primaria o SIDA avanzado, conteo de CD4 disminuido, carga viral

¹⁸ México. Amigos contra el SIDA AC. Recuperado de <http://www.aids-SIDA.org/mujerySIDA.html>, Herrera, C. y Campero, L. El VIH/SIDA y la Mujeres

elevada, tabaquismo, drogadicción, deficiencia de vitamina A en la gestación, confección con el virus de la hepatitis C e infecciones de transmisión sexual (ITS) o corioamnionitis”.¹⁹

Por otro lado y de interés para el presente estudio, se hace énfasis en los condicionantes sociales, económicos e institucionales que no permiten que las mujeres eviten la transmisión del VIH a sus hijos/as. “Los determinantes sociales nos llevan a comprender el proceso salud-enfermedad que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud.

En efecto circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en estas familias.”²⁰

No solo circunstancias sociales, (estratificación social y posición social) determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente.

¹⁹ Vélez G L. VIH: tratamiento de la mujer embarazada y prevención de la transmisión vertical. En: Vélez AH, Rojas MW, Bornero RJ, Restrepo MJ. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Medellín: CIB; 2005:125-9.

²⁰ Recuperado de <http://auditoriamedica.wordpress.com/2009/06/14/factores-sociales-y-cultura-en-salud/>

“Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte, a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.”²¹

El estado de gestación de una mujer VIH-positiva suele acarrear consecuencias graves. Sin tratamiento, alrededor de la tercera parte de las madres infectadas por el VIH transmiten el virus a sus recién nacidos. Muchos de esos niños acaban por enfermarse y mueren de SIDA. Las cifras mundiales de niños menores de 15 años de edad que ya han muerto de esta forma se calculan en unos 3,8 millones.

En los países en vías de desarrollo, los retos siguen siendo enormes, entre ellos:

- Los determinantes asociados al sistema de salud, éstos incluyen el estudio de las condiciones de acceso, de oferta de salud, de calidad de los servicios de salud, entre otros criterios. La Organización Mundial de la Salud – OMS -, sostiene que el sistema de salud debiera jugar un rol activo en la reducción de las inequidades en salud, considerando que éstas son el resultado de otras inequidades materiales y sociales. Por tanto, el servicio de salud no solo debe preocuparse de ofrecer un acceso equitativo a servicios de salud de calidad; sino también, debe coordinar acciones multisectoriales que combatan los distintos factores determinantes del estado de salud de un individuo.
- La falta de conocimiento sobre las relaciones sexo genitales, la transmisión de infecciones entre ellas el VIH, son factores que contribuye a la vulnerabilidad. Las normas de género que demandan la pasividad de las mujeres en temas sexuales muchas veces restringen su acceso a los servicios de prevención incluso cuando están disponibles. De la misma manera, los hombres están condicionados en muchas culturas a creer que

²¹ Recuperado de [http: //auditoriamedica.wordpress.com](http://auditoriamedica.wordpress.com)

ellos tienen derecho de adoptar comportamientos sexuales de mayor riesgo. Sin embargo, sin un conocimiento adecuado de la prevención del VIH, esos comportamientos ponen a un gran número de hombres y sus parejas en riesgo.

- La falta de acceso a los servicios sanitarios; muchas mujeres no van a las consultas prenatales o lo hacen cuando la gestación está muy avanzada, y la mayoría de los partos suelen tener lugar en casa.
- Muchas veces sólo es posible dar al bebé leche materna. Además, las madres tienen que hacer frente al estigma y los programas de prevención son largos, desde la gestación hasta el destete del bebé, y muchas mujeres no completan todas las fases del programa.
- “En Guatemala, la sub-utilización de los servicios de salud puede explicarse por su falta de pertinencia cultural. Lo anterior no se limita a la utilización de plantas medicinales como tratamiento alternativo para el primer y segundo nivel de atención, o a la superación de las barreras del idioma, a través de personal bilingüe o traductores. Es necesario profundizar en la comprensión de las diferentes formas de entender el mundo, estas diferencias se manifiestan en concepciones distintas de salud-enfermedad, resultando incluso en enfermedades y soluciones específicas para distintos grupos étnicos culturales.”²²

4.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN VERTICAL

La Asamblea General de las Naciones Unidas se ha propuesto conseguir el objetivo siguiente: que el 80% de las mujeres gestantes y sus hijos tengan acceso a la prevención, el tratamiento y la atención esenciales para 2010, con el fin de reducir la proporción de niños negativos al VIH en un 50%. Para conseguir este objetivo se necesitaría que al menos 500.000 mujeres gestantes más accedan a los servicios de la Prevención de la Transmisión Materno Infantil – PTMI -.

²² Guatemala. USAID. *Determinantes del Estado de Salud en Guatemala*. (2006)

Conseguir esta meta sigue siendo un importante reto, pero cada vez son más los países que están dando grandes pasos en la dirección correcta.

Las recomendaciones de las Naciones Unidas para la Lucha contra el SIDA, para la prevención de la transmisión materno infantil (transmisión vertical), se articulan en torno a cuatro enfoques: prevención de la infección por el VIH en mujeres en edad de procrear; evitar los embarazos no deseados en mujeres VIH positivas; prevenir que las madres que viven con el VIH lo transmitan a sus hijos e hijas, y facilitar servicios de tratamiento, atención y apoyo adecuados para las madres que viven con el virus, sus hijos y sus familias; ONUSIDA plantea las siguientes acciones políticas esenciales para la prevención del VIH.

- “Asegurar que se promueven, protegen y respetan los derechos humanos y que se toman medidas para acabar con la discriminación y el estigma.
- Construir un liderazgo sólido en todos los sectores de la sociedad, incluidos gobiernos, comunidades afectadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones confesionales, instituciones educativas, medios de comunicación, sector privado y sindicatos.
- Incluir a las personas que viven con el VIH en el diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de prevención, teniendo en cuenta las diferentes necesidades.
- Tomar en consideración las normas y creencias culturales reconociendo tanto el papel esencial que pueden desempeñar en los esfuerzos de prevención como su potencial para fomentar la transmisión del VIH.
- Promover la igualdad de género y hacer frente a las normas sexuales para reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas, involucrando a hombres y niños en este esfuerzo.
- Informar y concienciar a la población sobre cómo se transmite el VIH y cómo se puede evitar la infección.
- Establecer vínculos entre la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva.

- Apoyar la movilización de las respuestas de las comunidades mediante la prevención, la atención y el tratamiento.
- Promover programas dirigidos a las necesidades de prevención de las poblaciones más expuestas al VIH.
- Movilizar y fortalecer las capacidades financieras, humanitarias e institucionales en todos los sectores, especialmente en salud y educación.
- Revisar y reformar los sistemas jurídicos para eliminar las barreras que dificultan la prevención efectiva del VIH, luchar contra el estigma y la discriminación, proteger los derechos de las poblaciones más expuestas y de las personas seropositivas.
- Garantizar que se destinan los fondos necesarios a la investigación, el desarrollo y la promoción de nuevas tecnologías de prevención.”²³

Asimismo, UNICEF (Oficina de las Naciones Unidas para la Infancia) que colabora con organismos gubernamentales, no gubernamentales y con donantes bilaterales o multilaterales en la formación de alianzas, propone las siguientes acciones para fortalecer y/o que están fortaleciendo la prevención del VIH:

- “Prevenir la infección del VIH: UNICEF pretende prevenir la infección del VIH en todas las personas, especialmente en las mujeres, informándoles a ellas y a los hombres sobre la enfermedad, proporcionándoles acceso a preservativos y fortaleciendo la posición de las mujeres en la sociedad y en la familia. Desde su perspectiva, cuando mujeres y hombres entiendan de qué manera se transmite el virus, estarán mejor capacitados para tomar las debidas precauciones que impiden contraerlo.
- Facilitar los análisis: La estrategia plantea que lo primero y principal es que las mujeres gestantes puedan acceder a recibir información sobre el

²³Guatemala. ONUSIDA. *Uniando al mundo contra el SIDA*

Recuperado de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp>

VIH/SIDA y a hacerse análisis voluntario. Una vez hechas las pruebas, las mujeres y sus parejas sabrán si son o no seropositivas; a partir de ese momento podrán tomar las medidas necesarias para minimizar las posibilidades de transmitir el virus a sus hijos e hijas.

- Ofrecer tratamientos: colaborar con otras organizaciones para ofrecer medicamentos antirretrovirales y prácticas seguras de parto a las mujeres seropositivas. Por ejemplo, en el Centro de Salud Kicukiro en Kigali, Rwanda, UNICEF mantiene un proyecto piloto que facilita orientación, administra medicamentos antirretrovirales y en caso necesario, aconseja a las mujeres cómo alimentar a los lactantes.
- Opciones de alimentación infantil: UNICEF procura dotar a las madres seropositivas de asesoramiento sobre los riesgos y beneficios de amamantar a sus hijos porque, si bien la madre puede transmitir el virus al recién nacido durante la lactancia, el uso de sucedáneos de la leche materna es quizás más peligroso. Las madres seropositivas que opten por amamantar a sus recién nacidos pueden tomar algunas precauciones que disminuyan la posibilidad de transmitir la infección a los lactantes. Éstas incluirían: prevenir o tratar los problemas de mama, tales como pezones agrietados, mastitis y otras formas de inflamación, al igual que el tratamiento inmediato de las llagas y hongos que suelen salir en la boca de los lactantes.”²⁴

Para fines de comprensión en términos mencionados en el párrafo textual citado anteriormente, se entiende por seropositivo/a, cuando una persona presenta anticuerpos frente al virus de VIH, o sea que es portador del virus.

Por otro lado los sucedáneos de la leche materna se refieren al producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, como por ejemplo las formulas infantiles de alimentación proporcionada a través de biberón.

²⁴ The Communication Initiative Network. Recuperado de <http://www.comminit.com/es/node/43715>

5. DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Humanos son incluyentes, responden a las necesidades integrales de las personas, grupos y sociedades, aplica para cualquiera de sus manifestaciones de violación a la integridad de la población en general tanto individual como colectivamente, en materia de derechos humanos implica considerar la situación histórica cultural y temporal del comportamiento y convivencia de los seres humanos.

El concepto de Derechos Humanos es integral, ya que son interdependientes, es decir que no hay un derecho más importante que otro, lo que implica que la violación a uno solo de ellos, repercute en múltiples violaciones, además que la realización de un derecho posibilita la realización de otros.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. El Estado es el responsable de respetar, garantizar y promover el ejercicio de los derechos humanos. Respetarlos significa no interferir con áreas específicas de la vida individual; garantizarlos implica adoptar las medidas necesarias para lograr su satisfacción en la población, y asegurar la prestación de determinados servicios.

Frente al VIH y SIDA se manifiestan prácticas y políticas discriminatorias que pueden dar lugar a que se niegue a las personas el acceso a la información, el apoyo y los servicios necesarios para tomar decisiones informadas para reducir su vulnerabilidad y el riesgo de infección. Las personas portadoras del VIH siguen siendo objeto de grave estigmatización y discriminación, de maneras diversas, desde perder el empleo, aislarse de su familia y su entorno, pero también tienen dificultad para disfrutar de bienes y servicios incluyendo la protección de la ley. No debe perderse de vista que todas las personas incluyendo las que son portadoras del VIH tiene derecho a gozar de salud y bienestar integral.

6. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

El estigma y la discriminación, términos que están relacionado al rechazo, se desarrollan bajo la perspectiva sociológica y antropológica, pues tiene sus cimientos en las relaciones y comportamiento de las personas, los grupos y las sociedades desde la perspectiva humanista.

El estigma asociado con el VIH/SIDA se nutre de relaciones de poder ya existentes dentro de las sociedades y que tienen cimientos en el origen étnico, la raza, la posición económica, la orientación sexual y la posición social inferior que se les ha conferido a las mujeres, como ya se discutió anteriormente.

El estigma no es más que la actitud negativa y de señalamiento hacia las personas por alguna condición específica, en el caso del VIH por padecerla y por estar este asociado a conductas sexuales entre homosexuales, la prostitución y promiscuidad.

“El estigma asociado al SIDA ha silenciado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas. La visibilidad y apertura respecto al VIH son requisitos previos para una movilización eficaz de gobiernos, comunidades y personas con el fin de responder a la epidemia. El ocultamiento del problema fomenta la negación de que éste existe y retrasa una acción urgente. También hace que se perciba a las personas que viven con el VIH como un «problema», no como una parte de la solución para contener y afrontar la epidemia.”²⁵

El estigma se basa en conceptos erróneos sobre que es el virus y su diferenciación con el SIDA, cómo se transmite, como se trata, medidas de prevención para minimizar los riesgos biológicos, sociales y ambientales, también el VIH está ligado también a enfermedad contagiosa y muerte. A la persona que

²⁵ Guatemala. ONUSIDA: Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, estudios de caso de intervenciones exitosas (2005)

vive el estigma por ser portadora del VIH, le afectan su bienestar integral, conduciéndole a adoptar ciertos comportamientos como: ostracismo, negación a las relaciones sociales, relaciones familiares y con la comunidad, miedo a la inserción laboral, pérdida del trabajo, falta de acceso a tratamiento, entre otros.

Estigma y discriminación son dos términos que van ligados, de acuerdo al Código de Buenas Prácticas para las ONGs que responden al VIH/SIDA, “La discriminación es una manifestación del estigma. La discriminación es cualquier forma de distinción arbitraria, exclusión o restricción ya sea por acto u omisión, con base en un atributo estigmatizado”

Existe discriminación en los contextos familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como «estigma declarado». Con ello se nota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o negarles servicios o derechos. Algunos ejemplos de este tipo de discriminación contra las personas que viven con el VIH son: la práctica de obligar a las mujeres a volver a su familia de origen, abstención del contacto diario, abstención de relaciones sociales, confinarlas al encierro en el hogar, hostigamiento verbal; violencia física; desacreditación y acusación verbales; murmuración y denegación de los ritos funerarios tradicionales.

Además, hay una discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Esa discriminación plasma el estigma «declarado» en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación de la autoestima, valorización de la persona e inserción a la vida familiar y pública.

“El Estigma y la discriminación relacionados con el VIH socavan los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir

información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro, por miedo de levantar sospechas sobre su estado relativo al VIH. Por tanto, el estigma y la discriminación debilitan la capacidad de los individuos y comunidades para auto protegerse. El miedo al estigma y discriminación también desalientan a las personas que viven con el VIH de revelar su infección por el VIH, en muchos casos incluso a familiares y parejas sexuales. El secreto que rodea la infección por el VIH y las consecuencias del miedo al estigma y discriminación llevan las personas a imaginar que no corren ningún riesgo de infección por el VIH.”²⁶

El estigma y la discriminación hacen que las personas que viven con el virus tengan menos probabilidades de recibir atención y apoyo. Incluso las personas que no están infectadas pero están vinculadas con una persona infectada, como es el caso de las esposas, hijos y cuidadores, son víctimas del estigma y discriminación. Este estigma y discriminación aumentan innecesariamente el sufrimiento personal asociado a la enfermedad y por consiguiente acelera la enfermedad y no ayuda en nada a la prevención.

7. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

La violencia contra las mujeres, ha constituido con el tiempo un grave problema de salud pública, constituyendo un riesgo para la salud de las mujeres en general, pero especialmente en aquellas que viven en ambiente de predominio machista, de abuso de alcohol, pobreza y desempleo, por supuesto las que viven con VIH la sufren en mayor medida en todas sus expresiones: económica, física, psicológica y sexual.

Las relaciones sociales históricamente han marcado diferencias entre la educación de la mujer y el hombre, estos últimos tienen más acceso a educación formal y otras oportunidades de desarrollo social y económicas, por otro lado los hombres

²⁶ IBID, Pág. 5

son creados con preferencias diferentes a las mujeres como prácticas tradicionales, ejemplo el hombre puede tomar decisiones, la mujer siempre le dicen que hacer, el hombre tiene libertad de locomoción, la mujer aún para asistir a los servicios de salud debe ir acompañada de una persona y preferentemente de un hombre, está confinada al hogar y los oficios domésticos.

El Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual, Guatemala 2009, puntualiza que “los hombres son educados para ser sujetos dominantes y las mujeres deben asumir el rol de dominadas y débiles, sometidas al control masculino. Esta diferenciación establece relaciones desiguales de poder y tiene como consecuencia la violencia denominada, violencia contra las mujeres”. En consecuencia los hombres tiene la aceptación social de tener varias compañeras sexuales, sin ser señalados, las mujeres por el contrario si lo hacen son señaladas como “mala mujer”. Los hombres son los que determinan cuando tiene relaciones sexuales con su pareja sin dar lugar a la negociación, lo que en otras palabras es coacción y origina violencia y abuso.

La Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2002 en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, refiere que una de cada cinco mujeres puede sufrir violencia sexual por parte de su pareja de confianza a lo largo de su vida.

Las manifestaciones de la violencia sexual están en el orden de: agresiones físicas (golpes, fracturas, abortos, partos prematuros, infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH), psicológicas (sufrimiento, depresión, suicidio), sociales (inicio de embarazos a temprana edad, prostitución, alcoholismo, drogadicción).

La violencia basada en género, la salud de las mujeres y el VIH guardan una estrecha relación por cuanto las féminas viven oprimidas, coaccionadas y con limitadas posibilidades del ejercicio de sus derechos y sus libertades fundamentales.

8. FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO DE LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS A LOS SERVICIOS DE SALUD

Antes de mencionar los limitantes de las mujeres gestantes respecto a los servicios de salud, es necesario mencionar como está integrado el sistema de Salud en Guatemala. El Ministerio de Salud Pública es el ente rector de la salud, quien define las políticas, estrategias y normas para aplicar los programas de prevención, atención y rehabilitación, mismas que deben ser cumplidas por las demás dependencias que proveen estos servicios. El sector salud lo conforman:

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
- El sector privado lucrativo y no lucrativo
- La medicina comunitaria tradicional y/o alternativa

Generalmente la población de mayores ingresos asiste a centros privados de atención, a veces usando el sistema de seguro privado, como un privilegio para un segmento muy limitado de la población. Los trabajadores del sector formal son cubiertos por el Seguro Social (más o menos el 11% de la población). Más de la mitad de la población del país depende de la red de servicios públicos de salud, la cual se sostiene con recursos correspondientes al Ministerio de Salud Pública y Asistencia provenientes del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado. Como se mencionó anteriormente el gasto para atender el VIH/SIDA en el año 2006 fue de US\$ 29,500,389 de los cuales el aporte del fondos públicos fue de US\$ 15,577,016, casi la mitad del gasto total de ese período fue sufragado por fondos internacionales, privados y del bolsillo de las personas.

El crecimiento de la epidemia del SIDA ha sido rápido y requiere de significativos esfuerzos financieros para atenderla, compite con los escasos recursos del sistema de servicios de salud y del gobierno, lo cual se evidencia cuando se visitan hospitales y centros de salud y los medios de comunicación que reportan las visibles condiciones de desabastecimiento en medicamentos, camas para

hospitalización, recurso humano y otros insumos incluyendo la alimentación de los pacientes. Este es otra forma de limitar acceso y de no cumplir con los derechos constitucionales de garantizar la salud de la población.

La atención y tratamiento para las personas que viven con el VIH está concentrada en los dos hospitales especializados de referencia nacional, como son el Hospital Roosevelt y General San Juan de Dios, ambos ubicados en la ciudad capital.

En el interior de la república están prestando servicios para infecciones oportunistas y entrega de medicamentos antirretrovirales, los hospitales de Puerto Barrios, Coatepeque, Quetzaltenango, San Benito Petén. Considerando el número de personas infectadas en el país versus la escasa desconcentración de servicios, se concluye que el acceso es un problema serio especialmente por la extensión territorial de Guatemala, provocando que las personas viajen por largas horas porque viven en zonas geográficas lejanas y dispersas.

El enfoque de la atención en salud va más allá del concepto de garantizar la salud y prevenir la enfermedad, se orienta hacia la realización de la dignidad humana, de todos los miembros de la sociedad. Los programas de salud tienen que ejecutarse dentro del marco ético de respeto a los derechos humanos, a partir de las necesidades básicas de las personas, incorporando su perspectiva, condición de género, incluso las situaciones relacionadas al aspecto cultural. A continuación se presenta consideraciones que a lo largo de la revisión documental y por el conocimiento del tema se pueden inferir:

- En algunas regiones del mundo las mujeres tienen problemas para usar los servicios debido a las normas de género que rodean su movilidad. En muchas culturas patriarcales las mujeres son confinadas a sus hogares y no pueden viajar a menos que estén acompañadas por algún familiar masculino.

- Muchas prácticas tradicionales demandan que los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y del VIH empleen proveedores femeninos para tratar a las mujeres. Cuando sólo hay proveedores masculinos, las mujeres no pueden tener acceso a los servicios de salud, porque a ellas les da temor a mostrar su cuerpo, o porque la pareja no permite que un hombre las vea, lo que las hace más vulnerable al VIH. Como consecuencia de ello, existe la necesidad de desarrollar programas y proveer servicios que atiendan directamente las necesidades de las mujeres y que estén culturalmente adaptados.
- Existen distintas barreras que impiden el acceso a tratamiento. Dichas barreras están cimentadas en la construcción sicosocial que crea el estigma y obstruye la confidencialidad, entendiéndose esta como el acto que garantiza que la información del caso estará restringida a solo personal autorizado.
- Los factores económicos también influyen en como las mujeres acceden y usan los servicios de tratamiento. Las mujeres que son dependientes económicamente de los hombres muchas veces no pueden pagar los altos costos de los medicamentos, tratamiento e, incluso, transporte. En algunos países, donde los centros de tratamiento están ubicados en los centros urbanos, las mujeres que viven en áreas rurales tienen un acceso aún más limitado por la posibilidad de poder pagar (o no) los costos del transporte
- En áreas rurales, existen barreras físicas como calles en mal estado y opciones inadecuadas de transporte. Esos factores afectan de manera distinta a las mujeres, hombres y minorías sexuales
- Las mujeres muchas veces no pueden acceder a los servicios de salud y al tratamiento debido a su falta de movilidad y por sus labores domésticas.

- Las normas sociales y religiosas frecuentemente requieren que las mujeres pongan las necesidades de su familia, específicamente la del esposo e hijos antes que la de ellas mismas.
- El estigma asociado con el VIH en muchas comunidades se traduce en acusaciones de promiscuidad contra las mujeres que viven con VIH. Por esta razón muchas mujeres no buscan consejería y pruebas voluntarias, tratan de mantener en secreto su estatus de VIH y son menos propensas a solicitar atención, tratamiento y apoyo. Si las mujeres son víctimas de violencia doméstica, la posibilidad de cuidarse y/o buscar ayuda es aún más restringida.
- Los factores culturales han sido identificados como una barrera al acceso a servicios de salud, especialmente de la salud sexual reproductiva en Guatemala. Aún cuando el Estado garantiza el acceso universal y gratuito a seguros de salud materno-infantil, las mujeres indígenas de zonas rurales continúan quedando al margen de estos compromisos. La oferta de servicios de salud pública no toma en cuenta las expectativas, saberes, tradiciones y cosmovisiones de las usuarias, lo que a su vez refuerza la decisión de las mujeres indígenas y sus familias de acudir a un centro de salud para buscar atención adecuada.

Por lo tanto estas barreras de orden cultural constituyen una causa indirecta de las altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la salud sexual y reproductiva. En los últimos años se han evidenciado acciones de diálogo intercultural para articular la perspectiva de los pueblos indígenas a los instrumentos programáticos de salud dirigidos a poblaciones especialmente vulnerables.

9. CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS Y SUS FAMILIAS

El impacto del SIDA a nivel nacional en su amplia dimensión afecta a los hogares, especialmente a aquellos que son pobres. Además, si un miembro de la familia tiene VIH/SIDA, tendrá un impacto directo en la economía del hogar, la integración familiar y las relaciones sociales, en promedio, por cada persona con VIH/SIDA se verán afectadas entre tres a cinco personas. Los hogares generalmente adoptan estrategias para sobrellevar la situación y éstas implican un cambio de roles de los integrantes de la familia, el desvío del dinero de un uso a otro y la venta de bienes; pero en general pueden traer consecuencias graves, algunas de ellas pueden ser:

- Los miembros de la familia que tienen VIH quizás tengan que ausentarse del trabajo cuando están enfermos. Cuando tienen SIDA, generalmente ya no pueden seguir trabajando. Las personas que están enfermas ya no pueden llevar a cabo actividades generadoras de ingresos ni quehaceres domésticos. También necesitan de alguien que las cuide. La familia tiene que depender de menos personas con ingresos económicos.
- La educación le proporciona a la familia una salida de la pobreza en el futuro. Sin embargo, muchas veces los hogares pobres deben tomar decisiones para sobrevivir en el presente. Generalmente la educación es una de las primeras necesidades afectadas cuando el VIH/SIDA llega a un hogar pobre. Los niños, y en especial las niñas, deban abandonar la escuela para cuidar a familiares enfermos o para ayudar a obtener ingresos para la familia. Además, la familia puede verse imposibilitada de pagar la cuota de la escuela y de comprar libros y uniformes. Los niños que permanecen en la escuela pueden tener un bajo rendimiento debido al estrés, a la falta de tiempo para hacer las tareas, a la falta de estímulo en el hogar, a la desnutrición y al estigma en la escuela.

- Algunas familias sufren discriminación por parte de personas de la comunidad debido al estigma del SIDA. Quizás sean excluidas de las actividades comunitarias. Los vecinos y otras personas evitan entrar en contacto con ellas y también ocurre que las mismas personas que viven con el virus optan por abandonar a su familia y su comunidad el temor a la estigma y discriminación.
- “Quienes tienen VIH pueden sentir que no tienen motivo para vivir y quizás no puedan ver los años de vida productiva que tienen por delante. Pueden perder la motivación para seguir adelante. Esto los puede tornar poco productivos y con menor capacidad de apoyar a otros miembros de la familia. Pueden convertirse en una gran carga para la economía familiar y esto puede llevar al colapso de la familia. Las personas afectadas por el VIH/SIDA pueden ser emocionalmente incapaces de superar la pérdida de algún miembro de la familia.
- Ya que el SIDA afecta a aquellos en edad productiva y reproductiva, en forma creciente, los niños se están teniendo que hacer cargo de sus padres en lugar de que sus padres cuiden de ellos, esto puede poner cargas muy pesadas sobre los niños a una edad muy temprana. Los niños huérfanos no sólo deben sobrellevar la muerte de sus padres sino también enfrentar el estrés que les ocasiona ir a vivir con otra familia, lleva su tiempo adaptarse y ajustarse a una vida nueva. Otros niños permanecen en su hogar y enfrentan la nueva situación solos. Esto puede provocar mayor estrés para los hermanos mayores quienes tienen que cuidar a los menores, a veces sin ningún apoyo de parte de un adulto.”²⁷

²⁷Recuperado de

http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Roots/Spanish/HIV%20and%20AIDS/R8_SSection%202.pdf

10. COMPROMISOS PARA ERRADICAR Y/O CONTROLAR EL VIH/SIDA

Existen esfuerzos por controlar y/o erradicar el VIH/SIDA, uno de ellos son los compromisos adquiridos por los países en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000, en donde se establecieron objetivos y metas entre las que figura combatir el VIH, reduciendo para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA.

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, es el mecanismo financiero que en Guatemala apoya la intensificación de las acciones de prevención y atención integral de VIH/SIDA, estos fondos dentro de otros compromisos en el tema, se ha propuesto: ***“Disminuir la transmisión madre-hijo de un 30% a un 5% de parturientas atendidas por los servicios de salud”²⁸***.

En cumplimiento a este objetivo “Los programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo son una iniciativa para reducir la tasa de transmisión del VIH de una mujer a su feto o recién nacido durante el embarazo, el parto o el período posparto.”²⁹

Las estrategias que deben contener los Programas de Prevención de la Transmisión Madre - Hijo han sido desarrolladas tan rápido como ha sido posible para prevenir la tragedia de que los niños/as adquieran el VIH a través de sus madres, ya sea in útero, durante el parto o a través de la lactancia materna. Las estrategias planteadas son las siguientes:

- Prevenir la infección por VIH entre todas las personas, en especial entre mujeres en edad reproductiva (promoviendo la educación sobre el VIH/SIDA, ampliando el acceso a los condones y mejorando la condición social de las mujeres);

²⁸ Guatemala Ministerio de Salud Pública. Política Pública (2005- 2006)

²⁹ Guatemala Ministerio de Salud Pública, Política Pública (2005- 2006), pág. 3

- Prevenir embarazos no planificados entre las mujeres VIH-positivas (mediante planificación familiar y mejores servicios de salud reproductiva, que provean información amplia y oportuna).
- Reducir la transmisión del VIH durante la gestación, el parto y el período postparto (a través de la administración de terapia antirretroviral, prácticas de partos sin riesgo tales como la cesárea y el apoyo y consejería sobre métodos de alimentación para infantes).

En Guatemala La Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos Ante el VIH/SIDA, declara a la epidemia como urgencia nacional, declara que las personas tienen derecho a la información, educación continua, estrategias de prevención, acceso a medicamentos y a la atención, así como la sanción a la violación de los derechos y a la falta de confidencialidad de las personas que viven con VIH/SIDA.

El vacío que se identifica en esta legislación es la ausencia de planes operativos que permitan su cumplimiento, así como para es el monitoreo del mismo. El solo hecho de no cumplir dicha Ley constituye una violación a los derechos de las personas afectadas por el virus y las de su entorno familiar.

El Plan Estratégico, planteado por el Programa Nacional de ITS, VIH/SIDA, para el período 2006 – 2010 en sus líneas de acción por grupo poblacional, ha contemplado intervenir en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal, para mantener un monitoreo del comportamiento del virus, así como contribuir a la disminución de los casos de SIDA, mediante la prevención de la transmisión vertical. Pocos son los servicios que al momento ofrecen a las mujeres gestantes la prueba diagnóstica. Alrededor de 12 hospitales de 36 que prestan atención prenatal y del parto ofertan la prueba, lo cual se convierte en una barrera institucional de acceso y oportunidad, en vista de que las personas para

obtener el servicio tienen que viajar por largas horas y derogar gastos adicionales a su presupuesto familiar.

Para el seguimiento de los casos de mujeres gestantes VIH positivas en Guatemala, en el año 2006 el Fondo Global /Visión Mundial inició un proceso de monitoreo y seguimiento de los casos detectados en 5 hospitales del país y 5 maternidades del departamento de Guatemala, pero lamentablemente es escasa la información registrada sobre esta experiencia, sin embargo por conocimiento directo del Proyecto se estableció que se recuperaron casos que habían abandonado su tratamiento, logrando no solo la estabilidad física de la madre, sino minimizar el riesgo de los niños/niñas de ser infectados con el virus.

El Reporte Epidemiológico de los Proyecto del Fondo Mundial del periodo junio 2006 a julio 2007 demuestra un descenso en el indicador de transmisión vertical que en la línea base presentaba un “28% para un 14%”³⁰, dos años después de implementar acciones de seguimiento, tamizaje a mujeres embarazadas y la atención médica y social de madres gestantes VIH positivas.

³⁰ Guatemala. Visión Mundial, Proyecto Fondo Mundial, *III Reporte Epidemiológico* (2008)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. MÉTODOS

Para realizar la investigación se utilizará el método analítico y el método comprensivo. Se optó por el primer método ya que “parte de que lo social debe ser cuantificado, parte del a priori, en donde interesa el hecho social: acciones humanas objetivas. En este método, la cuantificación, la observación y la descripción son los medios para enfatizar lo social. Este método, para poder describir, utiliza el análisis como proceso mental que consiste en desagregar la totalidad en las partes que la constituyen para describirlas;”³¹

Este método será de utilidad para revisar los expedientes de las pacientes que estuvieron en estado de gestación y viven con VIH, durante el año 2009, para conocer a través de su estudio socioeconómico su perfil y a través de información complementaria de trabajo social, psicología y orientación, los factores que favorecieron para que asistieran a la clínica y fueran constantes en su tratamiento y atención médica- social. De tal manera que el método ayudará para analizar las diferentes partes que lo constituyen y cuantificar la información necesaria que se recopile.

La selección de la muestra del grupo de mujeres gestantes VIH positivas que presentaron adherencia al programa de prevención de la transmisión vertical se hizo tomando en cuenta la muestra de casos no adherentes, (identificados 19 casos, pero se logró contactar a 15), de esta forma se buscó mujeres gestantes adherentes que estuvieran dentro de los rangos de edad de las mujeres que habían salido no adherentes, y que además coincidieran con el lugar de procedencia y estado civil. La cantidad de mujeres no adherentes que se necesitaba buscar (15), reuniendo las dos condiciones anteriores, se hizo tomando

³¹ Pappa, O. *Fundamentos Teórico Metodológico del Estudio de lo Social*, (2003)

en cuenta el 100% de casos de mujeres gestantes que ingresaron por consulta externa en el año 2009 a la clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt. La cantidad de mujeres gestantes adherentes que reunían las condiciones mencionadas fueron 25, de las cuales se hizo una selección aleatoria de 15 casos.

El método comprensivo, el cual “parte de que la realidad social no es objetiva, sino subjetiva. No estudia lo real, sino que lo evidente, lo que no se observa de manera directa, sino lo que se manifiesta indirectamente a través de las expresiones o manifestaciones de las personas. Por lo tanto, el método comprensivo estudia la realidad social a través de evidencias, la cual busca en la inmediatez y en el devenir histórico. Este método no descompone, sino trata de comprender o interpretar: Es por ello que este método va de la evidencia a la interpretación para comprender y explicar (inducción-inducción).”³²

El método comprensivo se eligió para recopilar información subjetiva que no se puede observar de forma directa en los expedientes, sino de manera indirecta a través de las experiencias o manifestaciones de las personas, para este proceso se utilizará la entrevista estructurada a las mujeres embarazadas que se han realizado la prueba voluntaria de VIH en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt y que no han continuado su atención prenatal ni mantenido su adherencia al plan de tratamiento y prevención de la transmisión vertical. Por lo tanto se tomó el 100% de mujeres gestantes que acudieron a la Clínica para atención prenatal, pero que abandonaron el seguimiento, la muestra constituyó 19 casos.

El método comprensivo permitió conocer las opiniones de las madres a cerca de sus limitaciones u obstáculos de orden social, económico e institucional para asistir a la clínica y continuar su tratamiento para prevenir la transmisión vertical e

³² IBID

incluso conocer otras variables como la situación diagnóstica de su hijo/a. Se cuantificaron los datos, se analizó y construyó la información.

2. PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de la estrategia metodológica se plantean los siguientes momentos:

- Construcción del marco teórico y contextual. Se construye partiendo de lo general a lo particular (deductivo) siguiendo la línea de la Unidades de análisis: sujetos sociales (mujeres) detallando básicamente la situación general de la epidemia del VIH, sus condicionantes entre ellos: situación económica, social, de conocimiento respecto al VIH y las consecuencias para la salud de sus hijos/as, aceptación de las prácticas de prevención de la transmisión vertical del VIH.
- El trabajo expone indicadores epidemiológicos y caracterización de la epidemia en el mundo, en Latinoamérica y Guatemala (deductivo). Se ha contextualizado también legislación y amparo de las personas basado en derechos humanos, derechos de la salud de las mujeres y la infancia, así como la perspectiva cultural, estigma y discriminación relativa al VIH, como factores que directa o indirectamente afectan el incremento de la epidemia.
- Elaboración de cuadro de trabajo para recopilar la información: Se elaboró una hoja Excel para vaciar datos recabados, tabular variables como: edad, escolaridad, estado civil, ingresos, ocupación, procedencia principalmente, así como la opinión del grupo respecto a la atención recibida en la clínica y barreras que ha afrontado para asistir a la clínica. Con esta información en Excel se construyeron las gráficas y cuadros para el reporte.
- Trabajo de campo: Se procedió a recopilar la información necesaria en los expedientes de la población objeto de estudio, a través del apoyo del

personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, se tuvo acceso a los expedientes, a la historia clínica y estudio socio económico de Trabajo Social, de donde se extrajo información de variables como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico, composición familiar e información cualitativa respecto a los factores que les apoyaron cumplir las medidas de prevención de la transmisión vertical.

- Se realizaron entrevistas a mujeres VIH positivas, mediante visita domiciliaria. Los casos de mujeres gestantes que ingresaron por la Consulta Externa en el años 2009, reportados como abandono por la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, fueron 19, a estos casos se les buscó mediante visita domiciliaria y se aplicó el instrumento de entrevista preparado para el efecto. De los 19 casos, se logró ubicar a 15 mujeres, los otros 4 casos se reportan como dirección inexacta 3 y uno como cambio de dirección.
- Se elaboraron cuadros electrónicos (Excel) para el vaciado y tabulación de dato, comparando variables que permitan comprobar o no la hipótesis y verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Con los totales de datos tabulados se logró analizar y construir la información que se presenta en el siguiente capítulo.
- Análisis e interpretación de información: Se procedió a realizar análisis e interpretación de los resultados haciendo énfasis en los aspectos cuantitativos de la información. El perfil de las mujeres fue uno de los primeros resultados de la investigación, el que condujo a definir quienes y porque se están infectando las mujeres del VIH, así como el porqué las mujeres no cumplen con su atención y por ende las medidas de prevención de la transmisión vertical. También se ha comparado las variables entre los dos grupos de mujeres que integraron la investigación. Con esta información se elaboró el informe final.

3. TÉCNICAS

3.1. Análisis de Contenido:

Se denomina análisis de contenido al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos, discursos, agendas, diarios, cartas, cuestionarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, entrevistas, radio, televisión), que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados y que, basados en técnicas de medida a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías), consiste en la revisión de material escrito que reproducen las manifestaciones del fenómeno o proceso, tienen objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Esta técnica se utilizó para realizar el análisis de la información contenido en las historias clínicas (expedientes) de las mujeres gestantes VIH positivas y que como característica principal lograron recibir tratamiento, orientación y asistencia médica para prevenir la transmisión vertical. El instrumento a utilizar: cuadros de trabajo.

3.2. Entrevista estructurada

Esta técnica consiste en recopilar información a través de un proceso de comunicación, en el transcurso del cual el entrevistado responde a preguntas, previamente diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador.

La entrevista estructurada tiene la ventaja de impedir los sesgos del entrevistador, en los casos donde sea necesario una mayor libertad se puede usar una

entrevista semi estructurada, donde el orden de las preguntas puede ser variado, así como la forma de preguntar, ateniéndose a un guión base que responde a los objetivos de la investigación y a la información que se pretende conseguir.

La aplicación de la técnica debe realizarse de forma fluida, sin interrupciones, atendiendo el entrevistador más a la persona que a la entrevista y evitando dar la impresión de un interrogatorio. El entrevistador no debe dar su opinión y no deben realizarse discusiones ni justificaciones.

El instrumento para la entrevista se preparó con las variables necesarias para capturar la información respecto a datos sociales, económicos e institucionales, así como las manifestaciones de las mujeres respecto de su situación de VIH positivas y las razones que les hicieron abandonar el tratamiento y asistencia a la clínica.

Las gestantes entrevistadas tenían las siguientes características: recibieron por lo menos una atención médica en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, y abandonaron la atención institucional, por lo cual se les denomina “no adherentes”.

El instrumento a utilizar: Guía de entrevista

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta la investigación de campo realizada en los meses de mayo a julio del año 2010, con dos grupos de mujeres gestantes VIH positivas que acudieron durante el año 2009 al servicio de consulta externa de atención prenatal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

Uno de los grupos lo integraron mujeres gestantes que durante el período mantuvieron asistencia regular a la Clínica y se apegaron al tratamiento y buenas prácticas para prevenir la transmisión vertical - madres adherentes - y otro grupo de mujeres gestantes que no mantuvieron asistencia regular a la Clínica y sus hijos e hijas corrieron el riesgo de infectarse con el VIH – madres no adherentes - .

Para el año 2009 la Clínica de Enfermedades Infecciosas reportó diecinueve mujeres gestantes VIH positivas que abandonaron su tratamiento (no adherentes), a las que se les hizo búsqueda domiciliar, para entrevistarlas, ubicando únicamente a quince de los diecinueve casos. Las cuatro visitas fallidas se debieron a dirección inexacta (3 casos) y cambio de domicilio (1 caso).

Con fines de analizar y presentar la información recopilada el capítulo se ha dividido en cinco segmentos, tomando en cuenta información obtenida de los dos grupos de mujeres descritos en el párrafo anterior; discutiendo la información recopilada a la luz del marco teórico, objetivos e hipótesis formulada en el diseño de investigación.

En el primer segmento se presenta una breve reseña histórica y resumen de los servicios que brinda la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, el organigrama y funciones principales de los puestos que están relacionados a la atención directa con pacientes, con la finalidad de presentar un

marco referencial de uno de los servicios más importantes de referencia nacional para personas que viven con VIH.

En el segundo segmento se presenta y analizan las características generales de los grupos de madres no adherentes y adherentes, entre ellos: edad, estado civil, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de escolaridad y procedencia.

En el tercer segmento se presentan los factores económicos, sociales e institucionales más relevantes que las mujeres gestantes VIH positivas presentan como obstáculos, lo que les impide ser constantes en su asistencia a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt y cumplir con las buenas prácticas para evitar la transmisión vertical.

En la cuarta parte o segmento, se presenta un análisis comparativo entre los dos grupos de mujeres investigados, con la finalidad de establecer las similitudes y diferencias de las características generales del grupo de mujeres; así como de los factores económicos, sociales e institucionales identificados en la investigación de campo y que puedan estar incidiendo en la transmisión vertical. Se presenta y analiza el perfil social del grupo de mujeres adherentes.

En el quinto y último segmento se presenta la opinión del grupo de mujeres que no han cumplido las prácticas para evitar la transmisión vertical, en relación a los factores que favorecerían esas prácticas, información que ha permitido derivar las alternativas de solución a la problemática relacionado a la prevención de la transmisión vertical, como objetivo principal del estudio.

1. CARACTERIZACION DE CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT

La Clínica de Enfermedades infecciosas inició labores en los años 70 como una necesidad para brindar seguimiento a los pacientes del Departamento de Traumatología y Ortopedia con problemas infecciosos, prestaba atención una vez

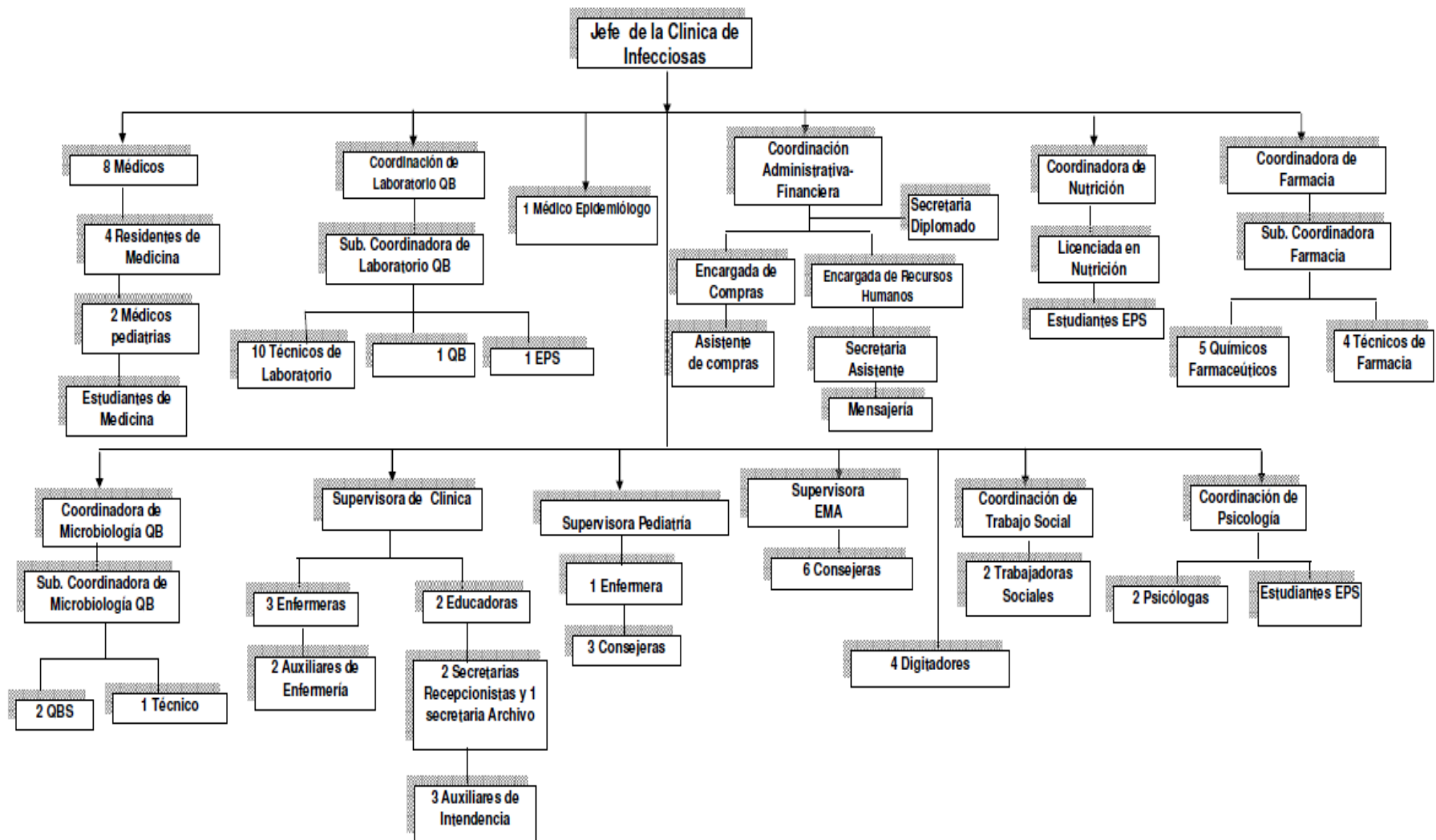
por semana, funcionó así hasta finales de los años ochenta. En agosto de 1989 inicia el diagnóstico y seguimiento de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La clínica pertenece a la División de Seguimiento por Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala.

Según información captada a través de la página virtual de la Clínica, su misión es:

- Prestar la atención integral debida a las personas que sospechan que tienen o que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y a los que padecen de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, de forma oportuna y científica contando para ello con el personal capacitado y especializado, para mejorar la salud de las mismas, brindando una mayor esperanza de vida y optimizar los recursos disponibles para mejorar la calidad de atención.
- Realizar las gestiones necesarias para la adquisición de donantes de medicamentos para los pacientes que viven con el VIH y/o que padecen de SIDA y otras enfermedades infecciosas crónicas que requieren de un enfoque multidisciplinario.
- Desarrollar un sistema de registro de datos que identifique adecuadamente el comportamiento de los casos y de respuesta a las necesidades de información sobre el avance de la epidemia brindando oportunidad de identificar adecuadamente formas de prevención primaria y secundaria y que permita una administración de la clínica de forma moderna, humana, académica y ágil.

La Clínica presta servicios en horario de 8:00 a 17:00 horas. Es dirigida por su coordinador general Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro, el equipo está integrado por aproximadamente 80 personas, entre profesionales: médicos internistas, médicos ginecólogos, químicos biólogos, químicos farmacéuticos, enfermeras,

psicólogas, nutricionistas, trabajadora social: personal técnico de laboratorio, farmacia, personal administrativo, operativo y de seguridad. A continuación se presenta el organigrama de la Clínica, siendo su fuente la Revista de la Memoria de Labores de la Clínica, correspondiente al año 2008.



Actualizado 22/08/2008

Realizado por: Licda. Mercedes Gámez

Cada trabajador cuenta con funciones específicas, a continuación se presentan en resumen las funciones del Coordinador general y profesionales que mantienen relación directa con los/las pacientes. Información extraída de la Revista de Memoria de Labores de la Clínica del año 2008.

COORDINADOR GENERAL DE LA CLÍNICA

Actividades Generales:

- Coordinación y dirección de las actividades de atención integral del VIH, tamizaje y prevención primaria y secundaria.

Actividades Específicas:

- Organizar, planificar y supervisar las actividades de:
- Atención directa a pacientes adultos, mujeres gestantes viviendo con VIH, y de niños/as afectados/as y expuestos/as al VIH.
- Atención directa de los Accidentes laborales.
- Atención directa de la Co-Infección VIH-Tuberculosis.
- Atención directa de las víctimas de violencia sexual.
- Supervisión de la realización de pruebas de tamizaje, monitoreo de laboratorio y de la atención farmacéutica
- Promover y organizar el reporte de caso SIDA y Tuberculosis.
- Promover y organizar la educación profesional continua de médicos, químicos biólogos, farmacéuticos, nutricionistas, etc.
- Supervisar las actividades de atención psicológica, de trabajo social, de educación a pacientes y administrativa de la Clínica.
- Revisión y aprobación de las solicitudes de desembolsos ante Visión Mundial.
- Revisión y aprobación de informes mensuales de las distintas áreas de la Clínica.
- Revisar y aprobar las solicitudes mensuales de los pagos del personal.
- Participar en las reuniones de Coordinación con Visión Mundial y otras instituciones relacionadas con el Programa del VIH/SIDA.

- Representar al Hospital ante las instancias gubernamentales y entidades internacionales.
- Coordinación con las distintas áreas los permisos de ausencia por enfermedad o vacaciones.
- Brindar capacitación en servicio y formación continua del personal.

MÉDICOS INTERNISTAS

- Brindar atención directa a pacientes en consulta externa de acuerdo a los lineamientos acordados por el equipo y en concordancia con los Protocolos Nacionales vigentes.
- Autorización de exámenes especiales como tomografías y resonancia magnética, CD4 y Carga Viral.
- Se encarga del seguimiento y supervisión de la atención de los pacientes de la Clínica en el área de encamamiento del Hospital
 - Egresos de los pisos (medicina A, E, D, C1, C2, Séptico, y área de cirugía).
 - Participación activa en el programa de docencia de externos e internos de las medicinas.
- Realiza reporte de caso de VIH-SIDA y Tuberculosis
- Revisa a los pacientes egresados cada día, para asegurar el seguimiento y entrega de medicamentos previo a su salida del Hospital.
- Participa en las sesiones de coordinación clínica y administrativa según sean citadas por el jefe de la Clínica. Puede proponer sesiones para discusión de problemas no resueltos.
- Participa y apoya programas de Investigación que se realicen en la Clínica.
- Participa en Actividades de enseñanza que realiza la clínica, como tutores de médicos o estudiantes de medicina que realicen rotaciones por la clínica.
- Participa en las sesiones de presentación de casos entre las diferentes clínicas que brindan atención a personas que viven con VIH en Guatemala.
- Da apoyo a personal médico y para-medico que hace pasantías de observación en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

- Representa a la clínica ante otras instituciones o en discusiones de consenso del nivel nacional o institucional, cuando sea requerido por la Jefatura de la Clínica.

SUPERVISORA DE ENFERMERIA

- Supervisa el cumplimiento de las funciones del personal a su cargo y sus respectivas obligaciones.
- Soluciona necesidades de índole laboral en su área de trabajo.
- Supervisa el flujo de atención diaria a pacientes ambulatorios de primera consulta y re consulta.
- Supervisa la asignación de citas actuales y futuras de los diferentes proyectos que se atienden en la clínica.
- Elabora roles de turno del área de consejería del área de emergencia.
- Asegura el cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad y adecuada segregación de los desechos.
- Supervisa y apoya las actividades específicas del personal de enfermería y consejería asignada a la clínica.
- Supervisa el orden, limpieza y equipamiento de las clínicas de atención
- Coordina actividades administrativas de la Clínica
- Proporciona toda información requerida por el Jefe y / o coordinador de la clínica, cuando le sea solicitado.
- Participa en la formación de personal para-medico de la institución y de otras instituciones según sea requerido.
- Asegura el reporte al PNS de caso VIH/SIDA, cuando se obtienen resultados positivos a VIH.
- Supervisa y desarrolla actividades de pre y post-consejería de los pacientes que acuden a la Clínica de Enfermedades.
- Participa en el análisis y evaluación de la atención por el personal a su cargo.
- Asiste a sesiones, reuniones o eventos especiales programados por el jefe de la clínica.

- Evalúa a personal de reciente ingreso a la unidad de infecciosas.
- Supervisa el buen equipamiento de la clínica en cuanto a papelería e insumos 18. Elabora informes, estadísticas, proyectos y otros medios de control que sean necesarios para investigar y/o fomentar el impacto efectivo de la clínica
- Participa en las reuniones de coordinación de la clínica
- Realiza consolidados estadísticas mensuales.
- Elabora pedidos conjuntamente con el personal de enfermería, del material y equipo para mantener siempre insumos en la clínica.
- Coordina y participa en el programación de capacitación permanente.
- Coordina con Trabajo Social, para la búsqueda de pacientes que no asisten a sus citas, cuando han sido detectadas positivas.
- Da seguimiento a las mujeres de séptico y ginecología, que tienen pruebas positivas a VIH / VDRL /HBV.

ENFERMERA Y / O AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES

- Da charlas educativas, al grupo de pacientes que asisten a la consulta externa de maternidad.
- Pre y post - consejería a señoras de control prenatal.
- Registro diario de pacientes que aceptan el tamizaje con todos sus datos personales, en hoja del PNS (SIGSA 2).
- Coordinación con técnica de laboratorio para cotejar muestras con números correlativos, según código asignado a la paciente.
- Recibe informes de muestras de laboratorio que se extrajeron al inicio de la mañana, comparando datos en cuaderno de conocimientos.
- Da consejería individual y de pareja
- Participa en investigaciones conjuntamente con el equipo.
- Coordina con medico jefe de maternidad y jefe de residentes las actividades del área.
- Reuniones de trabajo con Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

- Vela por el buen uso de insumos y mobiliario de trabajo
- Participa en programas de capacitación, programadas por el jefe de la clínica.
- Archiva informes de laboratorio
- Entrega el resultado de la prueba a las pacientes de las unidades periféricas de maternidad.
- Traslado de casos especiales y positivos tanto VIH y VDRL a trabajadora social, para que las detecte y cite para su seguimiento.
- Organización y actualización de archivo.
- Colaboración constante con resto del equipo de trabajo de la clínica de infecciosas.
- Elaboración de informes, estadísticas mensuales.
- Elaboración de requisiciones para solicitud de despacho de materiales
- Entrega de censo diario.

COORDINADORA DE NUTRICIÓN

- Atención nutricional a pacientes adultos La evaluación nutricional incluye: revisión del expediente médico, evaluación antropométrica (peso, talla, circunferencia media de brazo, circunferencia de muñeca, índice de masa corporal, porcentaje de grasa, entre otros),
- Evaluación nutricional diaria de todos los con diagnóstico reciente de VIH que ingresan a los servicios de: emergencia, intensivo, observación, cirugías y medicinas, especialmente MD (mujeres) y MC (hombres)
- Evaluación bioquímica y evaluación dietética.
- Prescripción de dietas y suplementos de recuperación nutricional
- Entrega diaria de suplementos nutricionales a los pacientes (según disponibilidad)
- Entrega diaria de multi vitamínicos a los pacientes (según disponibilidad)
- Revisión de tolerancia, consumo y aceptabilidad de la dieta hospitalaria
- Monitoreo de ganancia de peso y masa muscular: semanal

- Actualización de datos médicos al expediente nutricional (2 veces por semana)
- Educación alimentaria nutricional
- Prescripción de dietas hogares
- Cálculo y solicitud de alimentación parenteral
- Atención nutricional de pacientes adultos y mujeres embarazadas ambulatorios de la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas
- Visita diaria a la consulta externa
- Pláticas de educación nutricional: 2 veces por semana
- Entrega de dietas a pacientes que vienen de otro centro hospitalario o de departamentos.
- Referencia de pacientes a la Fundación Marco Antonio para ayuda alimentaria.
- Referencia de pacientes desnutridos a la Fundación Marco Antonio para recuperación nutricional
- Manejo de los programas de ayuda alimentaria
- Asistencia a capacitaciones dirigidas al personal de la Clínica de Infecciosas
- Preparación y presentación de pláticas de capacitación dirigidas al personal de la Clínica de Infecciosas
- Manejo administrativo de todos los programas nutricionales
- Supervisión de estudiantes de cuarto año y EPS, que rotan por la Clínica

TRABAJO SOCIAL

- Reuniones mensuales de coordinación con Trabajadoras Sociales para mejorar el cumplimiento de las atribuciones en el trabajo.
- Revisión y modificación del Plan de Trabajo anual
- Evaluación del Plan de Trabajo anual
- Elaboración de Proyectos conjuntamente con el personal de Trabajo Social

- Elaboración de instrumentos de apoyo, para recopilar datos de pacientes
- Ingreso de registros de actividades diarias a la base de datos de Trabajo Social.
- Coordinación con la Red de Trabajadoras Sociales que laboran con VIH/SIDA
- Estudios socio económicos a padres con diagnóstico de VIH/SIDA, Sífilis y Hepatitis B, para su registro en archivo
- Visitas domiciliarias a niños-as viviendo con el VIH/SIDA y expuestos al mismo.
- Apoyo económico consistente en dinero para transporte a los padres de los niños-as de situación económica pobre provenientes del interior de la república.
- Seguimiento de Adherencia, lo cual significa: cumplimiento de secuencias del tratamiento antirretroviral, asistencia puntual a citas, etc.,
- Se les informa a los padres de familia a través de un documento denominado
- “Compromiso y Consentimiento Informado”, el cuál es un convenio de responsabilidades compartidas entre la Clínica de Enfermedades Infecciosas de
- Pediatría y los padres de familia de los niños-as que iniciarán tratamientos antirretrovirales.
- Apoyo económico por exoneración parcial o total para exámenes especiales como: tomografías, ultrasonidos, rayos X y otros, a niños-as viviendo con VIH/SIDA en situación económica pobre.
- Coordinación con el Hogar Marco Antonio, para beneficiar a madres, refiriéndolas al programa de lactancia artificial y víveres.
- Apoyo nutricionista en orientación de lactancia artificial
- Localización de niños-as ausentes a su cita, a través de vía telefónica.
- Referencias de pacientes en coordinación con el Ministerio de Trabajo para el programa de Micro negocios y empleo

- Coordinación con guarderías y hogares para referir a niños/as huérfanos y casos especiales (guardería, madres convalecientes o imposibilitadas).
- Seguimiento de casos Legales de niños-as VIH/SIDA y expuestos -as
- Coordinación de transporte (ambulancia) para traslado de padres de familia de niños/as viviendo con VIH/SIDA
- Referencias para apoyo legal a: Bufete Popular, Fundación Sobrevivientes, Gente Positiva etc.
- Brindar apoyo de hospedaje, a través del hogar temporal, a familiares de los pacientes niños-as que vienen del interior de la República.
- Ingreso de información de niños-as VIH/SIDA, expuestos; a la base de datos
- Ingreso de datos de embarazadas y pacientes que resolvieron embarazo por año a la base de datos.
- Visitas intra Hospitalarias a niños-as expuestos y VIH/SIDA,
- En área Séptico: con madres en post-parto, apoyo educacional referente a lactancia artificial e indicaciones de la manera de preparar la fórmula.
- Traslado al Hogar Marco Antonio para beneficiarios del Programa de Lactancia Artificial.
- Pre y post consejería a pacientes con Sífilis, Virus de la Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano y VIH/SIDA.
- Pre y post-consejería a parejas, acerca de las infecciones de Transmisión sexual.

PSICOLOGA

- Brindar a los pacientes de la clínica la atención Psicológica cuando requieran del servicio o sean referidos.
- Priorizar la atención de los pacientes hospitalizados que se encuentran deprimidos y necesitan acompañamiento después de su diagnóstico.
- Brindar apoyo emocional a las personas recién diagnosticadas con la infección del VIH/SIDA, estimular el deseo de vivir y luchar contra los estigmas y la discriminación.

- Realizar discusión de casos especiales con el equipo multidisciplinario
- Ofrecer el servicio a los familiares y afectados por la noticia de la infección.
- Orientar a las personas recién diagnosticadas con la infección del VIH y SIDA, tratamiento Antirretroviral, prevención con el adecuado uso del preservativo y salud mental.
- Acompañar al paciente en todos los procesos y necesidades que conlleva la infección para que logre adherirse a los cambios que permitan mejorar su calidad de vida.
- Acompañar a las personas que viven con la infección cuando lo soliciten en el momento de comunicar el diagnóstico a su pareja y familiares.
- Trabajar terapia de pareja cuando el caso lo requiera.
- Trabajar terapia de familia cuando el caso lo requiera.
- Fortalecer y apoyar a los grupos de apoyo de las personas que viven con la infección.
- Realizar la evaluación de los pacientes previo al medicamento Antirretroviral.
- Compartir la información de la evaluación del paciente al equipo multidisciplinario que permita estar de acuerdo para el inicio del tratamiento y cuando iniciarlos.
- Referir a los programas de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos
- Referir a los pacientes al departamento de salud mental cuando se presenten diagnósticos psiquiátricos que interrumpan el tratamiento y necesiten ser evaluados y medicados por el especialista. (Psiquiatra)
- Referir al paciente a Trabajo Social para su estudio socioeconómico y cuando se detecte que cuenta con el seguro social para su traslado de la atención.
- Realizar visitas domiciliarias cuando algún paciente necesite apoyo psicológico y haya perdido su autonomía. (casos especiales)
- Brindar atención y apoyo a las sobrevivientes de violencia sexual que son referidas a la clínica de psicología, ofrecer el servicio a sus familiares y afectados de las sobrevivientes de violencia sexual.

- Acompañar y orientar a las sobrevivientes de violencia sexual cuando se haya realizado denuncia por el temor y las amenazas que reciben refiriendo a la paciente al apoyo legal.
- Participar en las reuniones mensuales de coordinación
- Entregar el informe de atenciones y actividades
- Participar en capacitaciones organizadas por la Clínica o el departamento

CONSEJERA/ORIENTADORA:

- Atender al paciente con prontitud y esmero.
- Establecer un control constante del ingreso de las pacientes que ingresan al servicio de emergencia, para ofertar las prueba de VIH/VDRL/HBV.
- Consejería y post-consejería/orientación a señoras que asisten al servicio de emergencia de maternidad del Hospital Roosevelt.
- Registro diario de datos de pacientes que aceptan el tamizaje
- Comunicación inmediata con médicos del servicio de emergencia, cuando el resultado de la prueba refleje positividad, para VIH/VDRL/HBV.
- Localiza a trabajadora social para coordinar el traslado de casos especiales.
- Referencia de pacientes de VIH positivo a clínica de enfermedades infecciosas.
- Archiva ordenadamente los resultados de los informes de las pacientes
- Mantiene comunicación con coordinadores del proyecto, para informar situaciones especiales, que repercuten en la buena atención a las pacientes, y/o afectan el área laboral.
- Elaboración de requisiciones para mantener los insumos de trabajo.
- Elaboración de informes y cuadros estadísticos mensuales, presentación de los mismos.
- Hacer pedidos semanales, a la administración de emergencia del hospital, para equipamiento de jeringas, alcohol y algodón y alguna papelería necesaria.
- Velar por el buen uso de los insumos y mobiliario de trabajo proporcionado para el proyecto.

- Trabajar en armonía con el equipo multidisciplinario del hospital.
- Asistencia a reuniones de trabajo.
- Participación permanente en programas de capacitación cuando así lo ameriten las necesidades del proyecto.
- Registro diario de pacientes que cursan con pruebas positivas.
- Coordinación con laboratorista para cotejar muestras
- Lectura de literatura con los últimos avances y estudios realizados con respecto al HIV-SIDA.
- Entregar en un sobre cerrado el resultado de la prueba a las pacientes
- Colaboración constante con resto del equipo del proyecto y de la maternidad.
- Orientar al paciente y familia sobre aspectos necesarios y de duda respecto al diagnóstico de VIH.
- Se da plan educacional acorde a los conocimientos que poseen las pacientes, sobre las distintas enfermedades de transmisión sexual.
- Informa y coordina con personal médico y paramédico información relevante del diagnóstico de las pacientes.
- Mantiene limpias, equipadas y ordenadas las áreas de trabajo en que se desempeña.
- Velar por el buen uso de insumos y mobiliario de trabajo.
- Otras que a solicitud de sus jefes le sean requeridas.

Los servicios que presta la clínica: realización de la prueba de VIH, la atención de la Infección por VIH, atención de infecciones crónicas serias que requieren manejo más especializado, tales como: osteomielitis agudas y crónicas, artritis sépticas, Hepatitis virales agudas y crónicas, micosis sistémicas fuera del contexto de la Infección VIH, infecciones de transmisión sexual y tuberculosis complicada.

Por ser el Hospital un centro de referencia nacional, tiene cobertura de todo el país, la cobertura nacional la comparte con el Hospital General San Juan de Dios, por ser el otro hospital de referencia nacional. Para finales del año 2010 la clínica

había brindado tratamiento antirretroviral a más de 3,800 personas y seguimiento a más de 4,800, según reporta la Memoria de Labores 2010 de dicha clínica.

Para la prevención de la transmisión vertical, se realiza tamizaje (realización de la prueba del VIH) a madres gestantes que consultan los servicios de consulta externa y emergencia de maternidad, así como a niños menores de doce años en consulta externa, emergencia y áreas de encamamiento de pediatría, el trabajo de esta clínica se extiende a servicios de tamizaje en diversos hospitales a nivel de otros departamentos del país.

A los/las pacientes detectados VIH positivos se les brinda asistencia directa y seguimiento, lo cual incluye:

- Atención médica a pacientes nuevos tanto del Hospital Roosevelt, como a pacientes referidos de Hospitales a nivel de departamento.
- Evaluación clínica, pruebas complementarias, de confirmación, cargas virales, pruebas de laboratorios, procedimientos de diagnóstico y terapéutico, evaluación de uso y monitoreo de antirretrovirales
- Atención farmacéutica, incluye proporcionar terapia antirretroviral a pacientes de acuerdo a indicación médica y orientación a pacientes sobre uso de los medicamentos.
- Atención nutricional a adultos y niños con un programa de iniciativa local de brindar acceso gratuito o de bajo costo, de leche maternizada para los niños expuestos, o sea hijos de madres VIH positivas.
- Atención de enfermería que requieran los pacientes que ya se encuentran en seguimiento, donde se incluye la educación a personas que viven con VIH.
- La consejería u orientación a usuarios/as, esto incluye la consejería antes de la prueba del VIH y después de la prueba, para entregar resultado tanto negativo como positivo siempre va acompañado de la consejería.

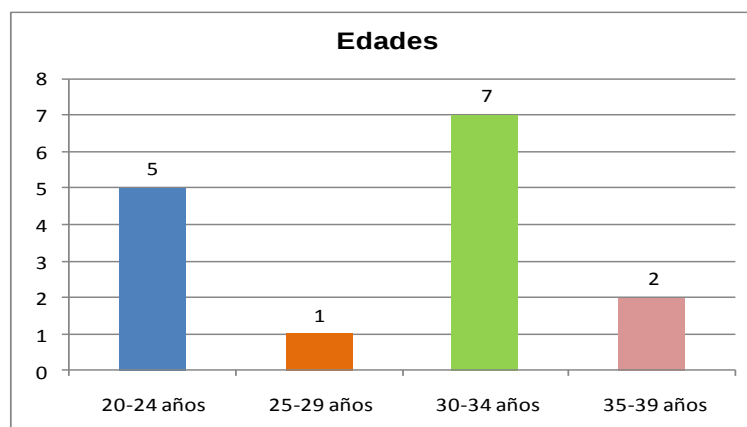
La Clínica es financiada por fondos del gobierno, es sub receptora de Fondos del Fondo Mundial, también trabaja estrechamente con UNICEF y el Patronato del

Hospital. Es importante mencionar que durante los años 2008 y 2009 con el apoyo del Fondo Mundial, esta Clínica logró dar seguimiento domiciliario a mujeres VIH positivas embarazadas, a quienes se les realizaba visita domiciliaria durante su embarazo para reforzar la consejería relacionada a prevenir la transmisión vertical. El seguimiento dio como resultados la captación de usuarias para que continuaran con su tratamiento. Se le apoyaba con la leche maternizada.

2. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL ROOSEVELT

A continuación se presentan los resultados de la tabulación de datos sobre el perfil de las mujeres gestantes VIH positiva, incluidas en el estudio y con asistencia irregular (no adherentes) a la Clínica de Enfermedades Infecciosas para su atención prenatal. Cada gráfica cuenta con su respectivo análisis, en el que se relacionan variables económicas y sociales para demostrar con mayor amplitud las condiciones de la población objeto de estudio versus la epidemia del VIH.

Gráfica No. 1
Edades del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



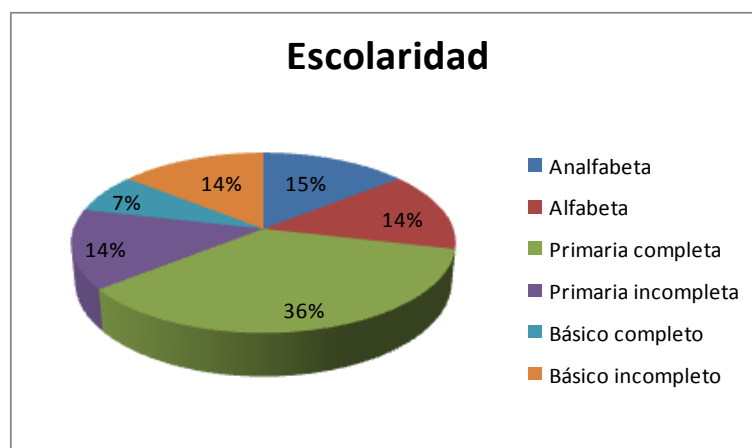
Fuente: Elaboración propia, 2010

La edad es un factor de riesgo biológico ante el VIH, entre más jóvenes mayor riesgo. El grupo de mujeres entrevistadas se encuentran dentro del rango en edad fértil, las madres investigadas oscilan entre 22 y 39 años, siendo la edad modal la que se encuentra en el rango de 30-33 años. Trece de las quince mujeres

entrevistadas están en el rango de 20 a 34 años de edad. Es importante considerar que las mujeres jóvenes desconocen cómo protegerse contra un embarazo no planeado o de las infecciones de transmisión sexual como el VIH. Para las mujeres saber que viven con el VIH en plena edad reproductiva constituye un dilema, porque hay un derecho adquirido del goce pleno de la salud sexual y reproductiva, la edad es propicia para que las mujeres realicen sus intenciones reproductivas, siendo este un derecho innegable para ellas, sin embargo las mujeres deben saber que ponen en riesgo a sus hijos/as. El riesgo de las mujeres jóvenes es que carecen del poder de toma de decisiones.

Gráfica No. 2

Escolaridad del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



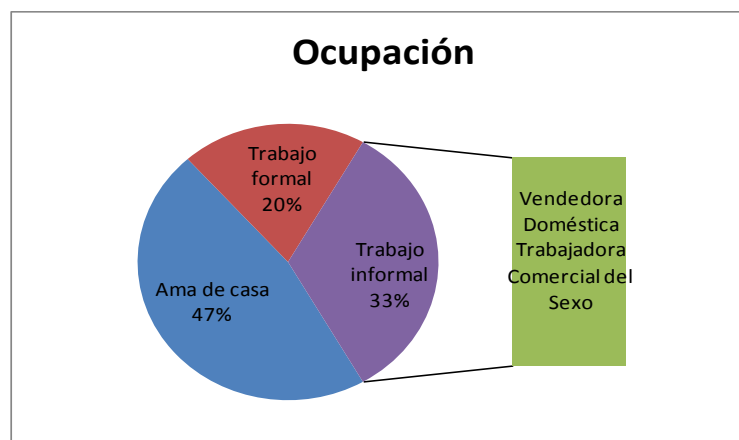
Fuente: Elaboración propia, 2010

El 29 % del total de mujeres entrevistadas es analfabeta o solo sabe leer y escribir. Cinco mujeres reportaron haber cursado la primaria completa. Del más alto nivel educativo reportado por las entrevistadas es del nivel medio con una sola mujer y 2 reportaron nivel medio incompleto. Al analizar la escolaridad, ésta es relativamente muy baja, desde analfabetas hasta haber cursado algún grado de educación primaria, esta situación conlleva un profundo desconocimiento, por parte de las féminas, en cuestiones relativas al VIH y al sexo y, probablemente sea éste el factor determinante en el incremento de riesgo de poder quedar infectadas por el VIH.

La escolaridad también es una gran desventaja porque no pueden optar a un empleo mejor remunerado, repercute en su ocupación laboral, obligándolas por su poca instrucción y preparación a desempeñarse en el sector informal o en trabajos con relación de dependencia pero poco remunerados. Las priva del acceso al Seguro Social.

Por otro lado la desventaja de su nivel de escolaridad radica en que no cuentan con herramientas cognitivas para comprender y asimilar de mejor manera su diagnóstico, cuidados para su salud y el tratamiento a seguir para su bienestar y la salud de sus futuros hijos. Otro factor que se relaciona con su baja escolaridad es el ingreso que perciben, ya que éstos oscilan entre Q.400.00 a Q.1500.00 mensuales, los cuales son bajos si se toma en cuenta que el grupo familiar es de cinco ó más integrantes. Más grave aún para los casos de madres solteras, quienes solas deben enfrentar la manutención del hogar.

Gráfica No. 3
Ocupación del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

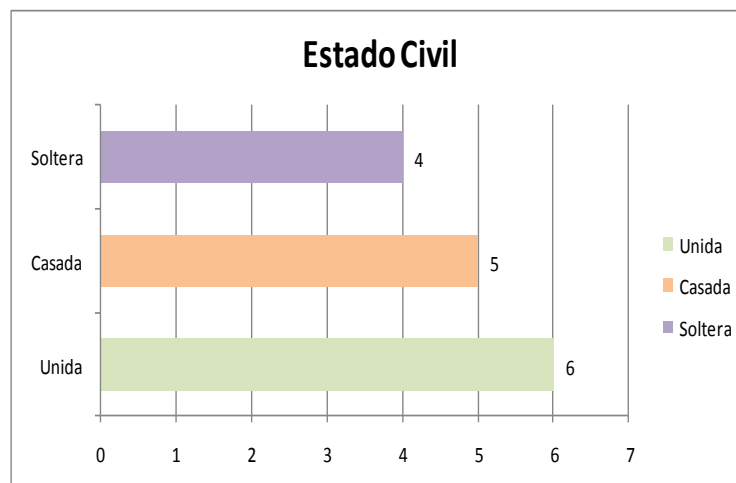
La epidemia es un problema que afecta al mundo laboral porque amenaza los medios de subsistencia, la productividad, los derechos en el trabajo y el crecimiento económico familiar y de las sociedades

Del grupo estudiado seis de quince mujeres entrevistadas se desempeñan en el sector informal, como vendedora ambulante, oficios domésticos y trabajadora del sexo, casi la mitad del grupo lo constituyen las amas de casa (siete de quince), quienes tienen un trabajo de gran aporte para la familia pero no remunerado ni reconocido en el valor que implica en cuidado de la casa y la familia. Solo una mujer de las entrevistadas (operaria) tiene acceso a Seguro Social, lo que indica que el resto de mujeres tiene que hacer uso del sistema público de salud, dejando de trabajar para asistir al hospital o clínica lo que repercute en sus ingresos y economía en general.

También es importante considerar que las personas que sufren VIH generalmente no tienen la misma capacidad laboral o son rechazadas de sus trabajos aunque puedan seguir desempeñándolos. Las madres que son empleadas manifestaron que sus patronos no conocen su situación de salud, ellas no son capaces de dar a conocer que son VIH positivas, por temor a ser discriminadas y perder su empleo, ya que esto significaría perder la única fuente de ingreso para su familia, ante esta situación optan quedarse calladas y pierden la oportunidad de ayuda y asistencia médica.

Gráfica No. 4

Estado civil del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes

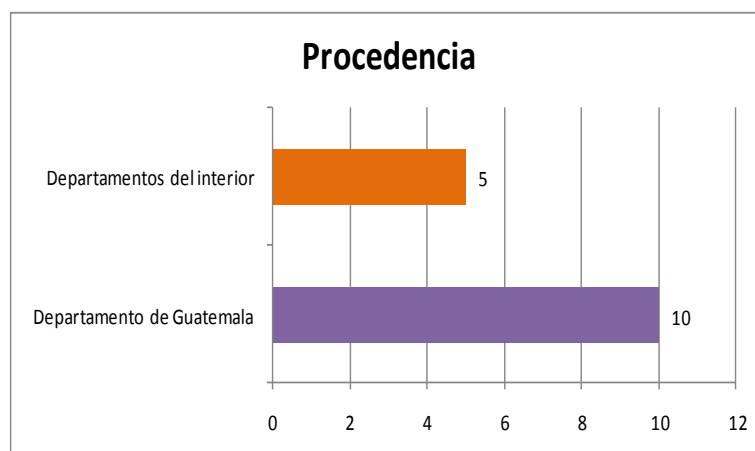


Fuente: Elaboración propia, 2010

El porcentaje de madres solteras es el más bajo del grupo estudiado, sin embargo es significativo, cada madre soltera infectada con VIH se encuentra en desventaja, porque en general los solteros tienen más relaciones sexuales que las personas casadas. Otras situaciones de desventaja social es que por no tener el apoyo de una pareja, ellas solas se encargan de la crianza de los hijos, en lo económico tienen que trabajar para sostenerse ellas mismas y a su grupo familiar y en lo emocional, no tienen el soporte de una persona que les entienda y les apoye. En un mayor porcentaje las entrevistadas están unidas, esta situación no garantiza que las mujeres tengan todo el apoyo necesario para sobre llevar su problema de salud.

Gráfica No. 5

Procedencia del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

De las quince mujeres entrevistadas, diez de ellas provienen de los municipios del departamento de Guatemala (Guatemala ciudad (2), Villa Canales, Mixco, San Juan Sacatepéquez), cinco proceden de los departamentos de Escuintla, Chimaltenango, San Marcos y Quiché.

El área geográfica o procedencia constituye una limitante para que las mujeres asistan a la Clínica para su atención, pues al combinar las variables de procedencia e ingresos económicos se deduce que las mujeres por pago de transporte deciden abandonar el seguimiento a su adherencia. La procedencia de

las mujeres entrevistadas no solo evidencia el tiempo que tienen que recorrer para llegar a la ciudad capital, tanto de Quiché como de San Marcos se está pensando en 5 a 6 horas de trayecto, también debe considerarse el mal estado de, Las mujeres no pueden regresar el mismo día a sus lugares de orígenes por lo tanto se ven obligadas a pagar hospedaje, alimentación lo que repercute en su economía, adicionalmente como se ven obligadas a dejar a sus hijos y su familia, optan por dejar en segundo plano su cuidado a la salud, anteponiendo el bienestar y cuidado de su familia. La procedencia entonces es otra limitante que afrontan las mujeres VIH positivas para mantenerse saludables.

3. FACTORES ECONÓMICOS, SOCIALES. CULTURALES E INSTITUCIONALES QUE CONTRIBUYEN A LA TRANSMISION VERTICAL

A continuación se analizan los factores, económicos, sociales e institucionales que han contribuido a que las madres no asistan a la Clínica de Enfermedades Infecciosas y que no hayan cumplido con las prácticas (resolver su parto por cesárea, brindar lactancia artificial al bebé y administración de antirretrovirales durante el embarazo, en el parto y profiláctico al niño), para evitar transmitir la infección producida por el VIH a sus hijos e hijas. Para un mejor ordenamiento y concatenación de los factores que inciden en la problemática, la información se presenta por segmentos interrelacionando resultados de la investigación de campo.

3.1. Factores económicos y pobreza

En el marco conceptual de este estudio se abordó la situación mundial, Latinoamericana y de Guatemala respecto a los factores que inciden en los grupos vulnerables de enfermar por el VIH, una de estas condiciones son la pobreza en la que viven las personas. la pobreza se define como: La situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la

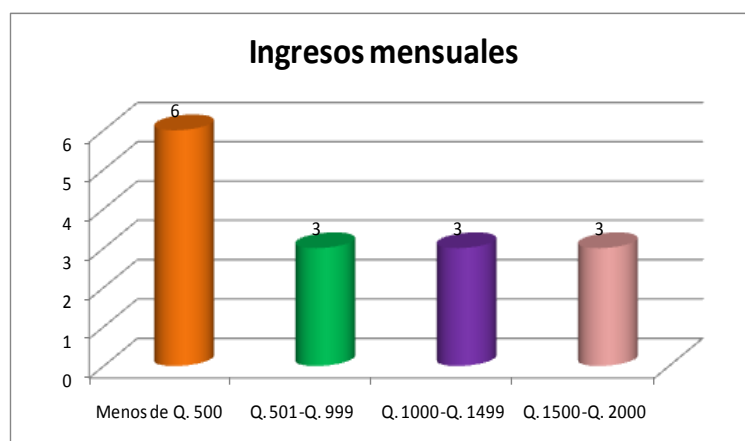
alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable.

En Guatemala la situación es preocupante que el poder adquisitivo de las personas es deficitario, difícilmente les alcanza a cubrir sus necesidades básicas diarias, entre ellas la alimentación, vivienda y salud. La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2006, publicada durante el mes de agosto de 2007 ofrece la información completa y real sobre el drama de la pobreza en Guatemala.

Para el período en mención la distribución porcentual de la gente que vive en pobreza y pobreza extrema se encuentra así. “El 51% de los guatemaltecos vive en condición de pobreza, lo cual equivale a 6 millones 625 mil 892 habitantes de un total de 12 millones 987 mil 829. El 15.2% vive en condiciones de extrema pobreza (1 millón 976 mil 604 personas), mientras el 35.8% en pobreza no extrema (4 millones 649 mil 287 de personas)”. La gráfica a continuación presenta la realidad respecto de este tema.

Gráfica No. 6

Ingresos mensuales del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

Nueve de las quince mujeres y sus familias viven con un ingreso menor a mil quetzales mensuales. Considerando el alto coste de vida, estos ingresos no

permiten siquiera cubrir la canasta básica, así como realizar gastos adicionales, como pagar transporte, hospedaje y alimentación cuando tienen que asistir a la a los servicios de salud, o la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, debido a que la mayoría de mujeres embarazadas que asisten a esta clínica proceden de algún municipio del departamento de Guatemala o de algún departamento del país; son pocas las mujeres que viven dentro del perímetro urbano de la ciudad capital. Diez de las quince mujeres tienen un grupo familiar constituido por 5 a 6 miembros, la interpretación es que con un ingreso de mil o menos quetzales están familias se encuentran en pobreza general.

Los determinantes sociales nos llevan a comprender el proceso salud-enfermedad que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en estas familias.

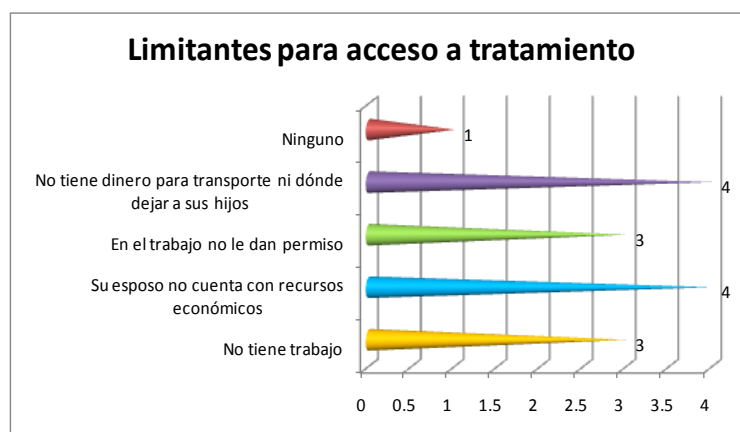
Como puede verse en las gráficas No. 2 y 3 las mujeres investigadas viven en condiciones de pobreza general, nueve de las quince madres entrevistadas están dentro del monto de Q500.00 por lo tanto se encuentran en situación de pobreza. La ENCOVI 2006 determina que “La línea de pobreza general tiene un valor de Q6,574.00 que incluye el costo de consumo mínimo en alimentos más un consumo mínimo en bienes y servicios complementarios por persona al año con un monto de Q540.00 al mes por persona”.

El 50% de ellas no tienen una actividad económica que les genere un ingreso, dependen de su pareja o de su familia; lo que no les permite tener los recursos para asistir a la clínica, porque tienen que pagar su pasaje, alimentación y pagar quien les cuida a sus hijos. Socialmente las mujeres de los países en desarrollo

siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los varones con escasas posibilidades de acceder a la información y servicios adecuados de salud.

Gráfica No. 7

Limitantes económicas para mantener adherencia, grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

Según los testimonios de las madres entrevistadas los limitantes que enfrentan para seguir su tratamiento en la Clínica u Hospital, es de índole económica, más de la mitad manifestaron que el esposo/pareja no les facilita apoyo económico, y/o que ellas no tienen trabajo, por lo que no cuentan con los medios para pagar su transporte y cubrir otros gastos cuando tienen que asistir a la consulta médica, y cuando tienen que comprar medicamentos no tienen como cubrirlo, por lo tanto, rompen su adherencia, lo cual ha afectado su salud y la de sus hijos e hijas.

Bajo la óptica de la pobreza y según las manifestaciones de las entrevistadas hay varios aspectos por acotar. Uno de ellos es que las mujeres que han compartido su resultado positivo del VIH con sus parejas se ven limitadas a asistir periódicamente al Hospital, porque no tienen el acompañamiento y apoyo emocional de sus parejas, los esposos o parejas no aceptan la situación y no les alientan a asistir a los servicios de salud, por el contrario muestran indiferencia hacia su situación de salud física y mental.

De las mujeres que no han compartido el diagnóstico con la pareja, tienen menos posibilidades de asistir a los servicios de salud, no solo porque no disponen de los recursos económicos, sino por el temor a que les descubran los motivos por los que van con frecuencia a dichos servicios.

La pobreza afecta a los hijos/as de las madres VIH positivas, ellas manifestaron no tener los recursos para adquirir el sustituto de la lactancia materna (leche maternizada/sucedáneo de la leche materna) y el Hospital no siempre tiene disponible la leche para proporcionárselas de forma gratuita o a bajo costo, situación que pone en riesgo la salud y la vida de los recién nacidos.

La teoría se complementa con los resultados de este estudio, ya que se ha evidenciado que el acceso se relaciona con la pobreza, “el 57% de la población vive en condiciones de pobreza y el 26.8% en extrema pobreza. El sistema de servicios de salud de Guatemala posee un grado de segmentación elevado en cuanto a las poblaciones que cubre. La población de mayores ingresos asiste a los establecimientos privados de atención y los trabajadores del sector formal están cubiertos por la seguridad social, más o menos el 11% de la población. Más de la mitad de los habitantes del país depende de la red de servicios públicos de salud, la cual se sostiene con recursos correspondientes al Ministerio de Salud Pública provenientes del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado.”³³

3.2. Factores sociales

Entre los factores sociales más importantes a ahondar como limitantes que tienen las mujeres gestantes VIH positivas para asistir al Hospital Roosevelt están: bajo nivel educativo, trabajo informal, estigma y discriminación, acceso a los servicios de salud (geográfica y cultural), también se distinguen barreras de acceso personales, estas son aquellas propias de los individuos como el desconocimiento

³³ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PNS (2006)

de sus Derechos, la auto exclusión por temor al estigma y la discriminación lo que repercute en su estado emocional y psicológico. En las siguientes líneas se hace un estudio del arte de los temas mencionados, se comentan los resultados obtenidos en la investigación y se incluye el punto de vista de la investigadora.

- Nivel educativo de las mujeres infectadas:

En la gráfica No. 2 se ha demostrado la baja escolaridad de las mujeres VIH positivas, 29% de las mujeres entrevistadas son analfabetas o solo saben leer y escribir, solamente el 36% han completado la primaria. El nivel de instrucción de las madres objeto de estudio es un factor que incide en la poca comprensión al tema del VIH/SIDA, sus medidas para vivir saludablemente y precauciones para evitar transmitirlo a otras personas. Existe material de lectura sobre el tema pero no siempre es accesible a las personas o no esta mediado pedagógicamente para todo tipo de población, la población que participó de este estudio mencionaron que cuando se les dio la orientación no comprendieron lo que la orientadora les explicó a cerca del diagnóstico. La sugerencia es que tanto el lenguaje, idioma y contenido de la orientación debe ser al nivel de escolaridad y comprensión de cada una de ellas en forma personalizada, con el propósito de que se comprenda acerca de la enfermedad, tratamiento, prevención, nutrición y buenas prácticas para el cuidado de la madre y el bebé.

En la experiencia tenida a lo largo de tres años de trabajo (2006 – 2009) para el Proyecto de VIH del Fondo Mundial/ Visión Mundial, donde con la implementación de un proceso de monitoreo y seguimiento de mujeres embarazadas VIH positivas, uno de los factores que se enfrentó fue el de la baja escolaridad de las mujeres versus la poca comprensión respecto a la situación de vivir con el virus y como enfrentarlo para vivir sanamente y con ejercicio de sus derechos ciudadanos. De tal cuenta el presente estudio también refleja que la educación formal nula o escasa en las mujeres es un condicionante para prevenir que las madres transmitan a sus hijos el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- El trabajo:

Como ya se mencionó anteriormente, el grupo de las mujeres que conformaron el estudio, el 50% de ellas tienen un empleo remunerado dentro del sector informal; sus principales ocupaciones son: empleadas domésticas, meseras, operarias, dependientes de tienda, vendedoras ambulantes y mujeres trabajadoras sexuales; esto repercute en su atención de salud, debido a que no cuentan con acceso al Seguro Social, entonces tienen que pedir permiso a los patronos, pero estos no les brindan permiso cada vez que ellas lo solicitan, esta también se traduce en una causa de pérdida de la adherencia.

Es muy común que las mujeres VIH positivas abandonen su trabajo por problemas de salud, en personas que viven con el virus aunado a los riesgos sociales como la mal nutrición, abandono de la adherencia, falta de recursos, falta de vivienda y los ambientales como el alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales sin protección, les hace susceptibles a infecciones y enfermedades oportunistas, enfermando por ello con frecuencia. Esto repercute en más pobreza porque las mujeres en estas condiciones laborales cubren con su bolsillo los gastos médicos y medicamentos para recuperar su salud.

- Temor a la discriminación y estigmatización:

Vivir con VIH es un problema social y no sólo de salud como lo percibe la sociedad en general. Los factores sociales en las personas que viven con el virus se ven disminuidos por la falta de trabajo, impacto en su economía, desintegración familiar o abandono de la comunidad por causa del estigma y la discriminación. Esta situación particular de salud, conlleva sufrir la discriminación en todos los ámbitos de la vida cotidiana; desde la pérdida del empleo para muchas, hasta la imposibilidad para optar a otro. “Y es que muchos empresarios contravienen las leyes y exigen la prueba de VIH a las personas que solicitan un empleo. En el ámbito social, escolar, familiar y de salud, también se manifiestan violaciones constantes a los derechos de quienes están afectados por esta epidemia.

Las leyes del país han conferido los derechos a quienes viven con el VIH, sin embargo, las violaciones a sus derechos elementales es una práctica común que enfrentan estas personas.”³⁴

Ante cualquier enfermedad grave y de acuerdo a las características de la enfermedad y el tratamiento, las personas requieren un compromiso individual de adaptación psicológica y capacidad de afrontarla, del entorno del que la padece requerirá del soporte psicológico y social familiar y las redes de apoyo. El contar o no con estas fortalezas determinará como sobre llevar el duelo por la pérdida de la salud.

Cuando se vive con VIH los problemas de salud mental son frecuentes, desencadenando problemas psicológicos y alteraciones de la salud/enfermedad persistentes. La enfermedad mental incrementa las conductas de riesgo, aumentando la posibilidad de nuevas infecciones, y tiene efectos negativos sobre el seguimiento del tratamiento, lo que implica:

- Menor adherencia al tratamiento
- Mayor probabilidad de conductas de riesgo
- Abandono de los auto-cuidados
- Baja autoestima

Las consecuencias psicológicas de las personas al conocer su diagnóstico positivo del VIH, manifiestan angustia, negación, duda, temor, culpabilidad y muchas veces llegan a tener pensamientos suicidas. Sufren rechazo, prejuicios, soledad, abandono y depresión, lo que incrementa el sufrimiento psicológico y emocional de las personas, muchas veces más agravante que el mero dolor físico.

El estigma y discriminación en sociedades machistas como la nuestra, no se da solo por ser una persona que vive con VIH, se da también por ser mujer, por ser indígena o tener otra preferencia sexual y las personas que lo sufren tienen temor a denunciarlo o simplemente no saben que pueden hacerlo.

³⁴ IBID, Pág. 19

Estos patrones que agreden la dignidad y el derecho de las personas, se ve incrementado por la falta de educación a la población y por la falta de decisión política de aplicar las leyes del país, entre las que se encuentran el artículo 37 del Decreto 27 – 2000 Ley General para el Combate del VIH, donde queda explícito que se prohíbe la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA.

Por la estigmatización y discriminación las personas que viven con el virus optan por no asistir a un centro asistencial; esto debido a que esta enfermedad en sus inicios se consideró como producto del homosexualismo y la prostitución; las mujeres por no atravesar una situación que las ponga en evidencia públicamente prefieren no asistir a recibir atención médica o recibir otro tipo de ayuda como el apoyo psicológico, legal, laboral e incluso espiritual. El estigma y discriminación trasciende a las personas que están vinculadas con una persona infectada, como es el caso de las esposos/as, hijos/as y cuidadores. Este estigma y discriminación aumentan innecesariamente el sufrimiento personal asociado a la enfermedad.

El miedo al estigma y discriminación también desalienta a las personas a revelar su infección por el VIH, en muchos casos incluso a familiares y parejas sexuales.

El estigma se origina por varios factores como el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, la falta de abordaje claro y directo de los medios de comunicación, la asociación de SIDA igual enfermedad y muerte, los prejuicios y temores relacionados con la sexualidad y el consumo de drogas.

3.3. Factores culturales:

Los valores y tradiciones culturales tienen una fuerte influencia en los aspectos visibles del comportamiento humano y son determinantes importantes de la vulnerabilidad de las mujeres y hombres en relación con el VIH. Como se ha presentado en este trabajo, el riesgo de contraer el VIH está determinado por factores económicos, sociales y culturales que predisponen las percepciones,

actitudes y comportamientos relacionados con el género y la sexualidad. Cada sociedad según su contexto socio cultural tiene normas arraigadas, como el escaso empoderamiento de las mujeres sobre sus decisiones personales y de su familia, el machismo, la preferencia de la medicina tradicional, en el caso de la maternidad la atención con la comadrona.

“Las normas socio-culturales crean las nociones de masculinidad y feminidad que a su vez generan relaciones de poder desequilibradas entre los hombres y las mujeres. En algunas culturas la maternidad es un aspecto fundamental de la feminidad, por lo que el uso de anticonceptivos, así como de otros métodos que sirven para evitar el embarazo, implica un problema y un reto casi imposible de remontar para las mujeres y hombres que quieren balancear sus deseos de tener hijos con la prevención del VIH.” Datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 refiere que en Guatemala en el área rural la tasa global de fecundidad era de 5.2 hijos por mujer, mientras que para el área urbana era de 3.4, comportamientos diferentes que están marcados por patrones culturales y sociales.³⁵

El Programa de Investigación UNESCO/ONUSIDA, en su publicación Un Enfoque Cultura de la Prevención y la Atención del VIH/SIDA, página 20 acota que “La identidad sexual es construida según las características y clasificaciones propias de su cultura. El comportamiento sexual de hombres y mujeres se entiende a través de considerar al género y la sexualidad como una interrelación compleja de fuerzas sociales, culturales y económicas que determinan la distribución de poder. En las relaciones heterosexuales esta desigualdad de poder, favorece francamente a los varones, se traduce en un mayor control por parte de ellos sobre las prácticas sexuales y por tanto una mayor dificultad para la prevención del VIH por parte de las mujeres.”

³⁵ El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH, Pág, 9 recuperado de http://www.icaso.org/publications/gender_ESP_3.

Lo escrito anteriormente ratifica que las mujeres presentan desventajas y vulnerabilidad, no solo por su condición de género sino también por patrones culturales relacionados a la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH.

- Falta de apoyo de la pareja y/o familiares:

Un factor importante que destacó dentro del grupo de mujeres investigadas, es la falta de apoyo económico de sus parejas y/o familiares, pero también mencionaron la falta de apoyo emocional. Cuando sus parejas y/o familiares las culpan, discriminan o estigmatizan ellas no son capaces de afrontar su estado de salud, generalmente presentan cuadros de depresión o depresión profunda, que obstaculiza no sólo su tratamiento, sino todos su desenvolvimiento en todos los ámbitos de su vida, se abandonan a sí mismas y no le encuentran sentido a su vida; no tienen objetivos definidos que les permitan seguir con su vida cotidiana. En la ideología tradicional las relaciones de género dificultan una mejor posición para las mujeres al hablar abiertamente sobre la sexualidad, aún cuando las mujeres han sido infectadas por su pareja, presentan temor de hablar del tema, incluso cuando se enteran los hombre culpan a la mujer dudando de su fidelidad.

Esto confirma que la ideología de género está presente incluso en los enfoques de prevención y atención mejor intencionados, al considerar a la mujer como agente transmisor del virus.

En relación a las parejas del grupo de mujeres estudiadas sólo una tercera parte de los hombres han aceptado realizarse la prueba y de ellos uno es positivo; las otras dos terceras partes se han negado a practicar la prueba; es muy probable que los hombres se nieguen a realizar la prueba, debido al estigma y la discriminación, y por temor de poner al descubierto que son portadores del virus. Generalmente los hombres temen averiguar si están o no infectadas, evitan pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y se resisten a cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro en cuanto a protegerse (uso del condón) durante las relaciones sexuales.

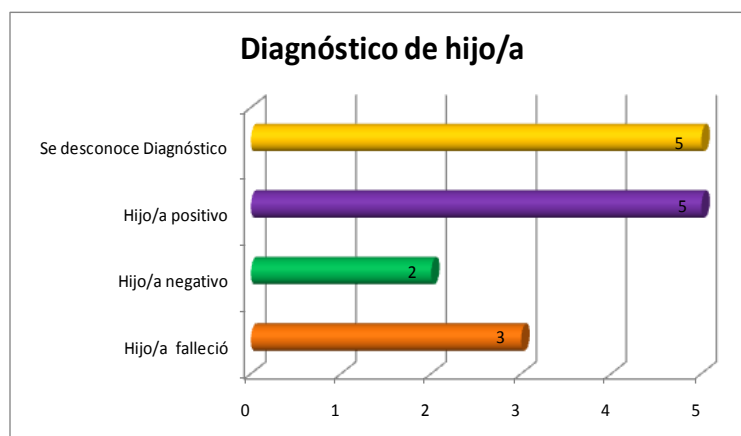
- Deterioro de la salud:

Las mujeres que dejan de asistir a la Clínica u Hospital para continuar con su tratamiento antirretroviral, sufren deterioro en su salud, pueden pasar de ser VIH positivas a ser personas viviendo con SIDA con graves consecuencias para ella y su bebé.

Pueden padecer de enfermedades oportunistas tales como: infecciones respiratorias agudas, cuadros diarreicos, sarcoma de kaposi, infecciones de transmisión sexual, y tuberculosis entre otras. Su mal estado de salud afecta todas las áreas de su vida cotidiana e implica para ellas más gastos para mejorar esa situación, golpeando así su economía. De no tratarse oportunamente corren el riesgo de perder la vida.

Gráfica No. 8

Diagnóstico del hijo/a del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

De los quince niños/as del mismo número de madres entrevistadas, sólo tres tienen un resultado negativo; cinco de los quince adquirieron el VIH, cinco niños/as mas desconocen su situación diagnóstica, las madres no han querido hacer la prueba por el temor a que sean positivos, tres niños han fallecido y aunque las madres desconocen la causa de la defunción, se asocia a caso SIDA. Esta grafica

representa muy bien lo que está ocurriendo con los niños/as cuyas madres no mantuvieron su adherencia al tratamiento y por lo tanto atendieron su parto en casa y dieron lactancia materna. A ocho niños/as (cinco positivos y tres fallecidos), se les vedó el derecho a la vida y/o a una vida saludable y con oportunidades de desarrollo. Por ser VIH positivos estos niños tienen un futuro incierto en cuando a educación, recreación y adaptación social y sufrir estigma y discriminación.

3.4. Factores institucionales

Los factores institucionales identificados como limitantes del grupo de mujeres entrevistadas, están relacionados a la atención médica, de orientación que prestan los profesionales de la salud, también se ha mencionado el acceso y la capacidad instalada de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

- Atención clínica:

La relación médico-paciente forma parte de la modalidad de relaciones interpersonales, condicionada por la necesidad del enfermo de ser atendido y la oferta obligada del médico ante el mismo, abarca una gama de matices que van desde el enfrentamiento del paciente a su enfermedad y tratamiento indicado, pasando previamente por la entrevista y el examen físico realizado por el médico.

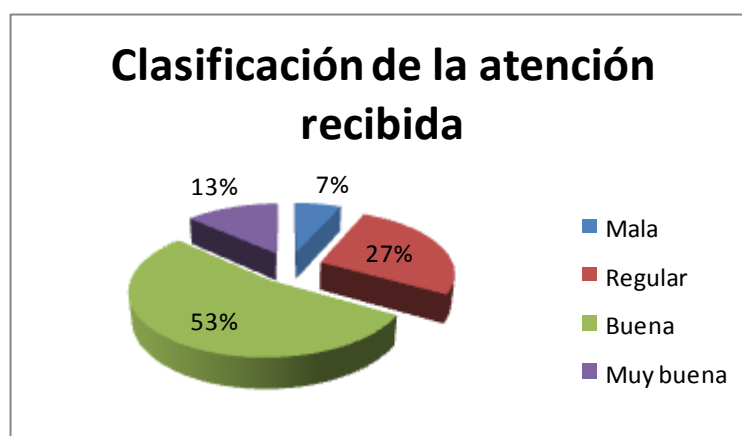
El paciente siempre guarda respeto para el médico, pues le considera como aquel profesional que resolverá sus dolencias y enfermedades. El médico debe corresponder ese respeto, guardando su ética, confidencialidad y la privacidad del caso, cualquiera que sea.

“La Ética, como ciencia que estudia la moral, valora la conducta humana a la luz de valores y principios morales, considerados estos últimos como forma de

conciencia social.” ³⁶La ética profesional aplica para cualquier disciplina profesional que tiene relación con el paciente.

Gráfica No. 9

Clasificación de la atención recibida en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, del grupo de mujeres entrevistadas no adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

En la entrevistas con las madres no adherentes se cuestionó sobre como valoraban la atención que recibían por parte del personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

Las personas que respondieron que era mala o regular manifestaron que no les agradaba que no siempre es el mismo médico la que las atiende, esto lo ven como desventaja porque sienten que todos los trabajadores de la clínica conocen detalles acerca de su vida, este temor se acrecienta por el hecho que diferente médico tienes que examinarlas físicamente, mostrar su cuerpo a diferentes personas es perder su pudor, ellas prefieren que sea el mismo médico que les lleve su control; así mismo indican que la atención no siempre es buena, no las

³⁶ Principios de la Ética Médica. Editora Política. pág10, 1983

tratan con calidez y respeto, inclusive algunas de ellas manifestaron su descontento porque han llegado a sufrir mal trato cuando llegan retrasadas a sus citas o no cumplen con su tratamiento.

Lo anterior está asociado a la discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Esa discriminación plasma el estigma «declarado» en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas que viven con el VIH o, de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación física, psicológica y legal.

Otra razón porque calificaron de mala o regular la atención de la Clínica es porque tienen que esperar mucho para ser atendidas y el espacio de la Clínica es pequeño comparado al volumen de personas que demandan el servicio. Una madre mencionó falta de medicamentos y recurso humano.

Dentro del grupo de madres que calificaron la atención de buena y muy buena, declararon que en la Clínica les ayudaron a sentirse bien frente al diagnóstico del VIH, se preocuparon por ellas y les brindaron medicamentos

- Orientación en VIH/SIDA

El Manual de Orientación en VIH/SIDA del Programa Nacional de SIDA, Guatemala 2005, en su página 12, menciona que “La Orientación en VIH/SIDA, es una herramienta de comunicación que ayuda a que técnicos y profesionales de la salud, puedan eficazmente establecer una relación de ayuda, en la que el orientador(a) permite al orientado(a) por medio del dialogo expresar sus: dudas, sentimientos, dificultades, expectativas, emociones y necesidades, de una forma libre, sin temor de ser rechazado(a) o juzgado(a)”, de tal manera que la orientación constituye una acercamiento para educar y apoyar emocionalmente a las personas que viven con el VIH.

En base a la definición anterior, las mujeres entrevistadas consideran una limitante la orientación, cuando ésta no se da de forma continua y oportuna; en este caso las mujeres refieren que solo una sesión de orientación no es suficiente para comprender su situación y para resolver dudas, oportuna porque hasta que su estado de gestación estaba avanzado se enteraron de su diagnóstico, situación relacionada a acceso, lo que se considera como una oportunidad perdida para recibir la información oportuna sobre la prevención de la transmisión vertical y para recibir apoyo emocional.

Como puede identificarse la orientación juega un papel importante porque asegura que se tomen en cuenta circunstancias individuales, los intereses personales y los sentimientos de las personas que han recibido la orientación. La orientación en VIH/SIDA tiene como objetivos:

- “Prevenir la transmisión de la infección y evitar la reinfección.
- Suministrar apoyo y acompañamiento emocional a la persona infectada con el VIH y/o enferma con SIDA, su pareja y grupo familiar.
- Mejorar su expectativa y calidad de vida.
- Proveer información sobre los servicios de atención disponibles, posibilidad de acceso y utilización de los mismos.”³⁷

Las mujeres gestantes, para realizarse la prueba deben recibir orientación en VIH/SIDA, esta orientación consta de dos momentos: la orientación antes de la prueba y la orientación después de la prueba.

La orientación antes de la prueba se hace con el objetivo de que la mujer gestante se realice la prueba de manera informada, lo cual significa el conocimiento del VIH/SIDA, las posibles implicaciones del resultado tanto negativo o positivo en la vida de la persona y la posibilidad de tomar la decisión con plena libertad y

³⁷ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PNS (2004)

responsabilidad. “En Guatemala la ley exige un consentimiento informado explícito antes que la prueba tenga lugar. Además las pruebas deben ser voluntarias, es decir, que una persona no puede ser obligada a realizarse la prueba de VIH. La pruebas para la infección por VIH deben ser organizadas de modo que minimice la posibilidad de divulgación de la información o de discriminación.”³⁸

La orientación post-prueba es la que se brinda a la mujer gestante cuando se ha realizado la prueba del VIH, ya sea para entregar el resultado o de seguimiento a la entrega de la misma. “La orientación post prueba ofrece oportunidades significativas para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y al mismo tiempo brinda apoyo emocional a las personas infectadas con el VIH.

Es importante que toda persona que se ha tomado la prueba reciba el resultado de la misma, dentro de una sesión de orientación, incluyendo un resultado negativo, en lo posible por el mismo orientador quien realizó la orientación pre prueba.”³⁹

La orientación además incluye el apoyo a las mujeres para compartir el resultado de seropositivo a sus parejas, en el acuerdo número 317-2002 en el artículo 24, indica del la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH - y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA en Guatemala menciona que “La persona a quien le resulte positiva la prueba serológica, debe proporcionar información a su médico tratante sobre la persona o personas con quienes mantiene relaciones sexuales en forma habitual o casual, lo cual se mantendrá en absoluta confidencialidad”, así mismo en este mismo artículo en los incisos c y d expresa “el afectado deberá informar a su pareja su condición de seropositividad de VIH, dentro de los diez días calendario siguientes a la fecha de notificación del resultado de la prueba efectuada, extremo que deberá acreditarse ante el médico o personal de salud que conoce el caso.

³⁸ IBID,

³⁹ IBID, Pág. 18

Transcurrido el plazo de diez días sin que se hubiere acreditado la comunicación, el médico tratante o personal de salud que conoce el caso, citará a la pareja para informarle sobre el resultado de la prueba debiendo proporcionarle la asesoría necesaria.”⁴⁰

Por lo antes indicado, la orientación juega un papel primordial para que las personas comprendan su situación diagnóstica, consecuencias y riesgos así como lo importante de mantener la adherencia al tratamiento, del abordaje que realice el personal de salud y el seguimiento que se les de a ellas y a sus parejas, dependerá el nivel de asistencia a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

- Acceso a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt:

Como ya se mencionó anteriormente las madres objeto de estudio provienen de los departamentos de El Quiché, San Marcos los más lejanos, Chimaltenango y Sacatepéquez los más cercanos y de municipios del departamento de Guatemala como: San Juan Sacatepéquez, Villa Canales y Mixco, las distancias que tienen que recorrer principalmente las madres que viven en los departamentos son largas, lo cual limita el acceso al hospital; debido a que deben madrugar para asistir a su consulta o bien viajar un día antes para presentarse al servicio de salud, no contar con recursos económicos para pagar transporte, alimentación y hospedaje. Las mujeres que tienen hijos deben garantizar su cuidado y alimentación durante su ausencia o bien se ven obligadas a traerlos con ellas lo que implica más desembolso económico en pasaje y alimentación.

También cuando ya tienen programada la cesárea no vienen porque no cuentan con los recursos económicos para trasladarse; o culturalmente no es aceptable

⁴⁰ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social *Acuerdo número 317-2002 Ley General para el combate del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA*, 2da ed. (2002)

tener por vía cesárea a sus hijos pudiendo resolver un parto normal; también sucede que sus parejas o suegras por no conocer que ellas son VIH positivas no le encuentran sentido a que las intervengan quirúrgicamente. Culturalmente las parejas se oponen a que los médicos las atiendan, ellos prefieren que sea las comadronas de sus comunidades las que atiendan el parto, los hombres deciden cuando y con quien salen las mujeres de sus casa, cuando y porque van a los servicios de salud, estos son comportamientos de una cultura patriarcal, en donde el hombre gobierna la vida de las mujeres y toma por ella las decisiones, se apropia de su fuerza productiva y reproductiva, este comportamiento como puede ejercerse por la vida pacífica también los hay por medio de la violencia.

Este modo de relacionamiento restringe a las mujeres el acceso a los servicios de salud para atender sus necesidades. Además las normas sociales y religiosas frecuentemente requieren que las mujeres pongan las necesidades de su familia, específicamente la del esposo e hijos, antes que la de ellas mismas y si las mujeres son víctimas de violencia por parte de su pareja, la posibilidad de cuidarse y/o buscar ayuda es aún más restringida.

En otra explicación sobre la sub-utilización de los servicios de salud puede decirse, que es por la falta de pertinencia cultural de los servicios, lo cual no se limita sólo a la utilización de plantas medicinales como tratamiento alternativo sino a la superación de las barreras del idioma, a través de personal bilingüe o traductores. Es necesario profundizar en la comprensión de las diferentes formas de entender del mundo y sus diferentes culturas, estas diferencias se manifiestan en concepciones distintas de salud-enfermedad, resultando incluso en enfermedades y soluciones específicas para distintos grupos étnicos culturales.

- Capacidad instalada para brindar atención:

Una de las quince madres entrevistadas mencionó la capacidad instalada de la Clínica para brindar atención como una limitante para asistir regularmente a su atención médica, específicamente refirió que las instalaciones físicas es pequeña

en relación al número de pacientes que asisten a la clínica; lo cual implica también que proporcionalmente no exista el número de personal de salud para atenderlas.

La Clínica de Enfermedades Infecciosas fue recientemente construida, precisamente por el crecimiento de la demanda y gracias a los aportes de la cooperación internacional. A pesar de tener sala de espera más amplia y cómoda, en relación al espacio que tiene la consulta externa del Hospital, esta clínica parece insuficiente por el crecimiento de la demanda, por ello una de las madres entrevistadas mencionó este aspecto.

4. COMPARACIÓN DE FACTORES ENTRE MUJERES QUE HAN CUMPLIDO O NO CON LAS PRÁCTICAS PARA EVITAR TRANSMISIÓN VERTICAL.

Con la finalidad de establecer cuáles son los factores que han favorecido a las madres gestantes VIH positivas a asistir al Hospital Roosevelt a sus consultas, se analizó los expedientes de estas mujeres que sí han cumplido con las buenas prácticas (mujeres adherentes) para prevenir la transmisión vertical. Se extrajo de la revisión documental aspectos similares a los investigados en las mujeres no adherentes y así obtener el perfil de las mismas, los datos se presentan a continuación.

Se estableció líneas de comparación tanto del perfil como de las barreras o fortalezas encontradas entre los grupos de mujeres (adherentes y no adherentes), y para fines de una mayor comprensión se estructuró una tabla comparativa, que se presenta en lo sucesivo. Es importante aclarar que aquellos factores en los cuales ambos grupos son similares, no significa que éstos no hayan constituido obstáculos para algunas mujeres no adherentes, debido a que cada una tiene necesidades diferentes.

Tabla No. 1
Comparación de diferencias y similitudes de los factores que limitan o favorecen la asistencia a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt

FACTORES	DIFERENCIAS	SIMILITUDES
1.- Características generales de las mujeres embarazadas adherentes y no adherentes	No existen diferencias significativas.	Nivel de escolaridad Estado civil Procedencia
2.-Factores económicos	El apoyo económico de su pareja y/o de su familia.	- Tipo de trabajo - Condiciones de pobreza
3.- Factores sociales	- Apoyo emocional por parte de las parejas y/o familiares. - El temor a la discriminación y a la estigmatización.	- Madre soltera - Nivel educativo
4.-Factores institucionales	- La atención por parte del personal de salud del Hospital Roosevelt. - Orientación de manera acertada y oportuna. - La accesibilidad al Hospital.	La capacidad instalada del Hospital Roosevelt

Fuente: Elaboración propia, 2010.

5. CARACTERIZACIÓN DE LAS MADRES GESTANTES ADHERENTES

Al analizar las características generales de los dos grupos de mujeres indicados como: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, número de hijos e ingresos se estableció que no existen diferencias significativas, por el contrario hay características similares, que hace que los grupos sean homogéneos (definidos así en la selección de la muestra, para fines de comparación), de tal manera que permita concluir si las condiciones socio económicas influyen o no en la adherencia al tratamiento y en la prevención de la transmisión vertical.

5.1. Factores económicos

Los factores económicos no son significativos; el tipo de trabajo con el que cuentan ambos grupos se ubican dentro del sector informal y las condiciones de pobreza son similares.

Una de las diferencias encontradas en el aspecto económico, es que las mujeres adherentes tienen el apoyo económico de su pareja y/o de su familia, debido a que ellos si conocen la condición de salud del esposa/pareja y si aceptan esa condición de salud; para las no adherentes es importante que sus parejas conozcan el resultado y que dicho resultado lo reciban con orientación profesional para que lo acepten sin mayores dificultades, lo cual fuera posible si asistieran a los servicios de salud y pidieran ayuda profesional para compartir el diagnóstico a sus parejas, de tal manera que se cumpla con el Artículo 25 y del Acuerdo Número 317-2002 de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH - y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA -. Cuando una mujer que es detectada con el VIH tiene temor de compartirlo con su pareja por el temor al señalamiento de “mala mujer” a ser estigmatizada y discriminada o incluso hasta violentada.

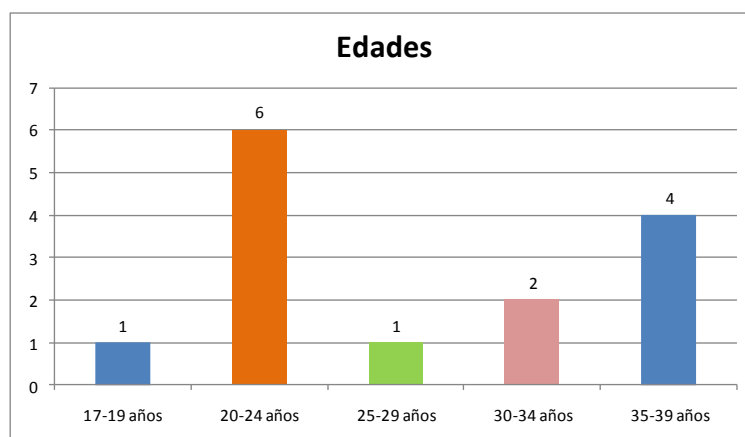
5.2. Factores sociales

Dentro de los factores sociales, el hecho de ser madre soltera y el bajo nivel educativo de las madres gestantes no marca ninguna diferencia entre ambos grupos, para asegurar que son estos los factores que más limitan a las personas sujetas del presente estudio a ser constantes en su tratamiento.

La diferencia más grande y significativa encontrada dentro de los factores sociales es el apoyo incondicional (apoyo emocional y económico) que las parejas y/o familiares brindan a las madres gestantes VIH positivas; esa aceptación y apoyo es lo que les ha permitido continuar con el tratamiento.

A continuación se presentan graficas de las características principales de las madres adherentes, en las que se percibe características similares con el grupo de madres no adherentes.

Gráfica No. 10
Edades del grupo de mujeres adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

Las edades de las mujeres adherentes entrevistadas está concentradas en el rango de 20 a 24, al igual que el grupo de mujeres no adherentes están mayormente concentradas dentro de 20 a 34 años de edad. Con la consecuencia de mas embarazos, mayor riesgo para los hijos e hijas.

Gráfica No. 11
Edades del grupo de mujeres adherentes

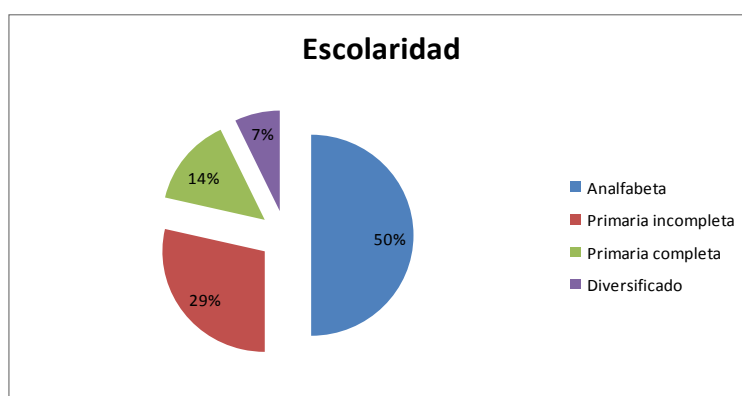


Fuente: Elaboración propia, 2010

Este grupo de mujeres objeto de estudio tiene similitudes con el grupo de mujeres no adherentes incluidas, por ejemplo la mayoría de mujeres para ambos grupos

son unidas y la minoría son solteras. Como se ha mencionado esta situación de madre soltera acrecienta el riesgo de enfermedad, pobreza y exclusión de las mujeres y sus hijos al sistema laboral y social. Las personas solteras presentan más relaciones sexuales de riesgo para adquirir otras infecciones y ellas transmitir el VIH a sus parejas sexuales.

Gráfica No. 12
Escolaridad del grupo de mujeres adherentes

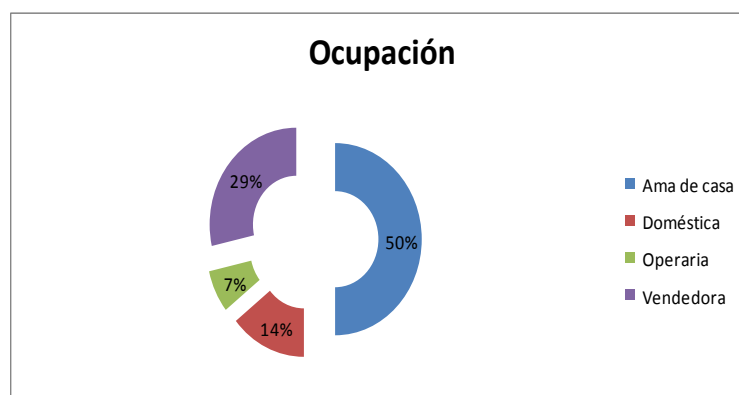


Fuente: Elaboración propia, 2010

De este grupo de quince madres objeto de estudio el 50% es analfabeto, la otra cuarta parte estudió la primaria completa. Al igual que el grupo de No adherentes solo el 7% estudio el nivel medio.

Aunque para fines de este estudio la adherencia se relaciona a apoyo económico y emocional de la pareja y familia, se entiende que el nivel de escolaridad afecta en empleo menos remunerado, menos empoderamiento de la dignificación de sus derechos como personas, y por ende menos acceso a servicios para su bienestar, menos comprensión de su estado de salud.

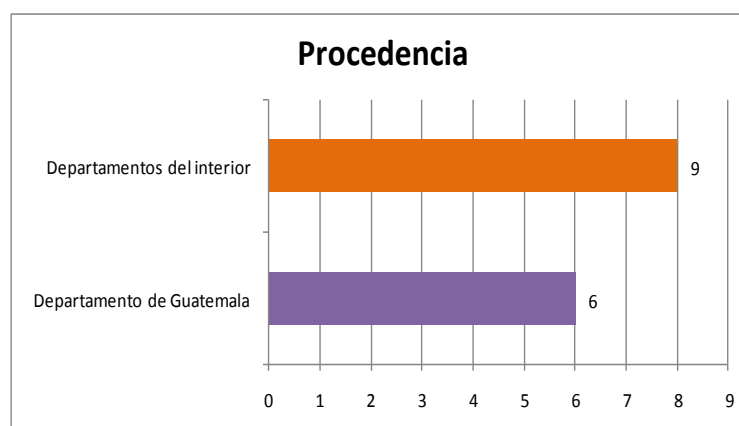
Gráfica No. 13
Ocupación del grupo de mujeres adherentes



Fuente: Elaboración propia, 2010

Otras características similares del grupo de madres no adherentes y adherentes es que la mitad de la población objeto de estudio tiene como ocupación ser ama de casa y en segundo lugar están concentrados ambos grupos en el trabajo informal. Con la consecuencia que se limita menos el acceso a servicios de salud por ejemplo al Seguro Social.

Gráfica No. 14
Procedencia del grupo de mujeres adherentes



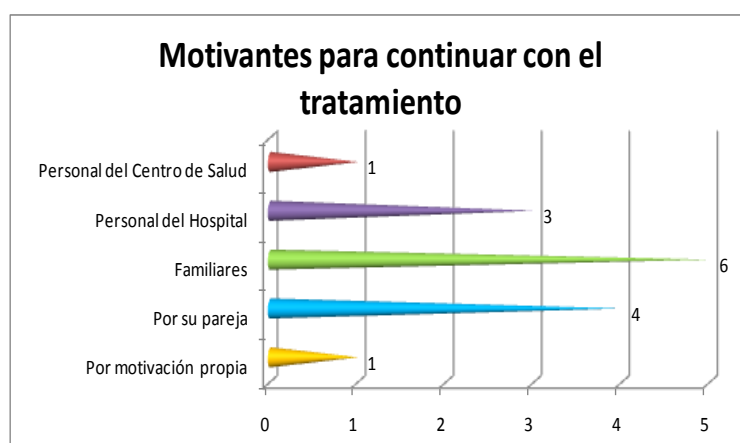
Fuente: Elaboración propia, 2010

Nueve de las quince mujeres de este grupo provienen en su mayoría de departamentos del país, al igual que el grupo de no adherentes proceden de los departamentos de Escuintla, El Quiché, San Marcos, con la diferencia que este

grupo reporta procedencia de Quetzaltenango, Sololá y las Verapaces. Igualmente se percibe movilización de su lugar de origen para la búsqueda de los servicios de salud, lo que implica dejar a su familia, hijos, desembolsos para pago de transporte, hospedaje y alimentación, provocando estos gastos la inasistencia a sus consultas y por ende pérdida de la adherencia al tratamiento. La dispersión y ubicación geográfica empobrece más a las mujeres VIH positivas por las constantes visitas que deben hacer a la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Gráfica No. 15

Razones que motiva al grupo de mujeres a mantener su adherencia



Fuente: Elaboración propia, 2010

La gráfica anterior representa los motivos por los cuales las madres han logrado mantener su adherencia. Diez de quince mujeres han seguido el tratamiento y han aplicado medidas de prevención de la transmisión vertical, esto ha sido por el apoyo que han recibido de su pareja y familiares, el cual ha sido de orden económico y emocional.

El punto de coincidencia de ambos grupos estudiados radica en que la falta de apoyo de sus parejas y familia, o contar con el mismo favorecen y/o limitan el continuar con la adherencia y por ende aplicar las buenas prácticas que previenen la transmisión vertical.

En cuanto al temor a la estigmatización y discriminación, el grupo de mujeres adherentes al tratamiento médico y seguimiento es un factor que no mencionó. De acuerdo a la experiencia de la sustentante, en un medio como el nuestro con patrones sociales culturales predominantemente machistas, las mujeres no escapan del estigma y discriminación las personas, de tal manera que se considera que es algo para ellas que han tenido que afrontar, pero al momento de la entrevista no lo consideraron relevante.

5.3. Factores institucionales

Uno de los factores institucionales mencionados por el grupo de mujeres no adherentes es la capacidad instalada de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt relacionada a espacio físico, falta de medicamentos y recurso humano suficiente para atender la demanda. Sin embargo las mujeres adherentes no lo mencionaron.

De acuerdo a la experiencia de la sustentante, se considera que las dificultades relacionadas a capacidad instalada pudieron superarse, por la motivación que tienen las madres de luchar por su salud y las de sus hijos y por contar con el apoyo familiar.

El factor de la accesibilidad al Hospital es un factor que el grupo de madres adherentes ha podido resolver de la siguiente manera: apoyo económico de la familia y de quedarse al cuidado de los hijos e hijas; han contando con familiares o amigos que viven en la ciudad capital y les han apoyado para recibirlas cuando viajan a la ciudad capital; o han recibido apoyo de los servicios de salud de su comunidad para trasladarse a la ciudad capital.

Dentro de los factores institucionales que marcan la diferencia, es que las mujeres adherentes han recibido una buena atención por parte del personal de salud de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt; la orientación de manera acertada y oportuna les ha permitido continuar con el tratamiento.

6. OPINIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS FACTORES QUE FAVORECEN LAS PRÁCTICAS PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL.

A las mujeres no adherentes se les cuestionó acerca de los factores que favorecerían su adherencia al tratamiento prescrito en las normas de atención en salud para garantizar una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos e hijas; los factores más sobresalientes son:

- Que sus familiares y sobre todo sus parejas conozcan su estado de salud (personas con VIH positivo), y que las apoyen tanto económica como emocionalmente.
- Recibir suficiente información y orientación oportuna en lenguaje comprensible.
- Contar con apoyo emocional en todo momento, desde el embarazo hasta el momento del parto.
- Recibir una buena atención médica y orientación, no sólo en el aspecto tecnológico, sino con respeto a su identidad, privacidad y confidencialidad.
- Contar con estrategias para mejorar la accesibilidad al Hospital.
- Recibir apoyo económico de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt o bien que les garantizaran la provisión de medicamentos en forma ininterrumpida, así como la leche maternizada para sus hijos e hijas; el 50% de las madres entrevistadas no le han brindado lactancia artificial a los y las recién nacidas debido a factores económicos y culturales.
- Recibir tratamiento para las enfermedades oportunistas que presenten.
- Para las mujeres que cuentan con un empleo remunerado, que sus patronos les permitieran asistir sin problemas a sus consultas médicas.
- Contar con personas o instituciones que cuiden a sus hijos e hijas mientras ellas asisten a sus consultas o para cuando tengan que resolver el parto a nivel institucional.

7. COMENTARIO DE LA INVESTIGADORA

El tema de VIH relacionado a factores sociales, económicos e institucionales que determinan la transmisión vertical, ha permitido profundizar y conocer su complejidad y los diferentes tópicos políticos, sociales, económicos y culturales que intervienen para su abordaje.

Este abanico de factores permiten a la disciplina de Trabajo Social un amplio margen de intervención, en donde las partes que lo componen ofrecen la oportunidad de investigar, profundizar y proponer alternativas que contribuyan a la solución.

Entrelazando los puntos discutidos en este trabajo, la sustentante considera que el impacto de la epidemia en las sociedades, especialmente de los países en desarrollo que son los más afectados, requieren de un abordaje y compromiso multisectorial, por su multi causalidad, misma que ha sido abordada a lo largo de la investigación y sustentación teórica.

En Guatemala existe un ambiente político permeado (Constitución Política de la República, Código de Salud, Ley 27 – 2000) para abordar el tema, pero falta por hacer, estos vacíos se enmarcan en la falta de cumplimiento de la citada Ley, evidenciada en el bajo presupuesto de salud y específicamente el destinado para VIH/SIDA, falta de cumplimiento y monitoreo de las acciones contenidas en la Ley relacionado a acceso a educación, información y atención.

En cuanto a la implementación del Plan Estratégico de VIH, hace falta definir planes operativos por niveles de atención y por áreas de intervención, tomando en cuenta las necesidades reales de la población, requiere definir un sistema de monitoreo que de cuenta de los avances, que permita tomar las decisiones pertinentes y oportunas.

Así mismo requiere de intervenciones puntuales costo efectivas como las que se presenta en la parte II del presente trabajo.

El interés de abordar el tema de prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo, surge de sensibilización y convencimiento de que la niñez tiene derecho de nacer sanos y desarrollarse plenamente. Se espera que esta investigación coloque una vez más en la agenda política y técnica de los entes involucrados la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud de todas las personas especialmente los niños. El país y los países en el mundo requieren generaciones saludables, educadas y productivas.

El eje importante de desarrollo humano, como es la salud permite al profesional de Trabajo Social amplio campo en la investigación, formulación y evaluación de Proyectos, donde pueda aportar para minimizar el impacto social y económico de las personas, las familias y la comunidad que viven alrededor de la epidemia del VIH.

8. CONCLUSIONES

1. El perfil de las mujeres gestantes VIH positivas incluidas en el estudio, las define como grupos de vulnerabilidad, no solo por su condición de género, sino porque son jóvenes, oscilan entre las edades de 22 a 39 años de edad; su escolaridad es relativamente baja, la cual va desde analfabetas hasta haber cursado algún grado de educación secundaria; sus ocupaciones se encuentran mayoritariamente en el sector informal, perciben ingresos familiares que oscilan entre Q.400.00 a Q.1500.00 mensuales.
2. Las mujeres gestantes VIH positivas incluidas en el estudio se desempeñan en el sector informal, lo que implica que no gocen de prestaciones laborales, incluyendo el acceso al Seguro Social, por lo que hacen uso de los servicios públicos de salud. En el caso particular del estudio, las mujeres asisten o asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.
3. Los factores sociales y económicos que limitan a las mujeres gestantes VIH positivas a asistir al Hospital Roosevelt para cumplir con las prácticas que les permita prevenir la transmisión vertical son: las condiciones de pobreza general o extrema, el nivel educativo, el tipo de trabajo que desempeñan, ser madres solteras, la calidad y oportunidad de la consejería, el temor a la discriminación/estigmatización, la falta de apoyo económico/emocional de sus parejas y/o familiares, la accesibilidad al hospital, la capacidad instalada del Hospital.
4. Al comparar los factores que limitan a las mujeres gestantes VIH positivas no adherentes, con los factores que han favorecido a las mujeres gestantes VIH positivas adherentes, se estableció que el mayor valor para ambos grupos es el apoyo emocional y económico por parte de sus parejas y/o familiares; seguidamente consideran que ha influido la atención que reciben

por parte del personal del hospital, la orientación oportuna y clara, respecto de sus situación y cómo prevenir el virus a sus hijos/as

5. Las mujeres gestantes VIH positivas, por los factores ya mencionados, requieren de acompañamiento social cercano, para lograr que apliquen las medidas de prevención de la transmisión vertical.
6. El personal de salud requiere de capacitación constante en el tema de derechos de salud, derechos humanos, estigma y discriminación, así como para el abordaje de la prevención de la transmisión vertical del VIH.

9. RECOMENDACIONES

1. Facilitar un proceso de orientación/consejería que alcance a las familias de las mujeres gestantes que viven con el VIH, para que acepten su diagnóstico y ofrezcan apoyo económico y emocional.
2. Facilitar procesos de información, educación y comunicación a la población en general, para evitar ideas erróneas frente al VIH y se respeten los derechos de las personas y se eliminen los comportamientos de estigma y discriminación.
3. Planificar y desarrollar actividades de sensibilización mediante un programa de educación permanente con el personal que atiende la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, para proporcionarles herramientas cognitivas y afectivas que permitan brindar una mejor atención a las pacientes.
4. Que la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, coordine con los servicios de salud a nivel departamental o municipal para darle seguimiento desde su propia comunidad a las mujeres gestantes VIH positivas, para garantizar las buenas prácticas que permitan prevenir la transmisión vertical y reducir la brecha de la accesibilidad.
5. Tomando en cuenta los altos porcentajes de mujeres gestantes que aún son atendidas en el hogar y la comunidad para su atención prenatal y atención del parto, se sugiere formar vínculo comunitario (consejeras comunitarias, comadronas), para el seguimiento de las mujeres gestantes VIH positivas y la orientación oportuna de mujeres en edad fértil.
6. Garantizar que la orientación que se brinde a las mujeres gestantes, especialmente a las VIH positivas, sea constante y que incluya el apoyo

emocional, el cual es altamente valorado por el grupo de mujeres incluidas en el estudio.

7. Definir un proceso de capacitación a personal del nivel comunitario (comadronas) y del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, para que toda mujer gestante sea captada, se le realice la prueba del VIH y si el caso lo amerita se refiera y se le de seguimiento médico, psicológico y social.

10.POSIBLES PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Los resultados de la investigación, sugieren una serie de intervenciones desde el ámbito comunitario, social e institucional que disminuyan la brecha que enfrentan las mujeres VIH positivas para asistir a los servicios integrales de salud para el cuidado de su salud y prevención de la transmisión del virus a sus hijos e hijas.

A continuación se presentan dos intervenciones que se consideran prioritarias, factibles y de impacto para abordar la problemática.

1. Entrenamiento / capacitación de líderes comunitarias (comadronas).

Este proyecto pretende incorporar y capacitar a líderes y/o comadronas tradicionales en la temática del VIH específicamente en transmisión madre hijo, para que las mujeres y sus familias sean orientadas y apoyadas desde la perspectiva cultural y por personal de confianza, dado que las comadronas generalmente tienen una posición de respeto e influencia dentro de sus comunidades.

Por aspectos culturales y tradicionales, aún en el perímetro urbano y no solo en el rural, las mujeres utilizan los servicios de la comadrona para su atención prenatal y del parto, por lo que las comadronas deben ser incluidas en los esfuerzos de educación y movilización de la comunidad, Ellas pueden transmitir información a los individuos y las familias de una manera culturalmente apropiada.

Siendo este recurso humano accesible, oportuno y de confianza para la población, se considera que juega un papel importante en el tema de prevención especialmente porque su población objetivo generalmente es la mujer en edad fértil o mujer embarazada y mucho pueden aportar para prevenir la transmisión vertical.

2. Proyecto de monitoreo y seguimiento a mujeres VIH positivas:

Propone el diseño, implementación e institucionalización de un Proyecto institucional de seguimiento de mujeres gestantes VIH positivas, con el fin de que las mujeres que pierden su adherencia sean buscadas y orientadas para continuar con la atención integral. Requiere de voluntad política, decisiones gerenciales y crear la infraestructura necesaria.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO V

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL PROYECTO: “SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

1. JUSTIFICACIÓN

La epidemia del VIH/SIDA tiene cada vez más, rostro de mujer. Ciertos patrones culturales de género propician que las mujeres se enfrenten frecuentemente con inequidades, pobreza, marginación y violencia, condiciones que les hace más vulnerables a la epidemia. Los niños infectados por el VIH o con SIDA son "el rostro oculto" de una epidemia que afecta a millones de infantes en todo el mundo.

Los resultados de la investigación titulada “Análisis de los Factores Sociales, Económicos e Institucionales que condicionan la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH” Casos de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, permitió identificar múltiples brechas que deben resolverse, entre ellos, la necesidad de hacer un seguimiento integral a las mujeres gestantes, especialmente de las portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida – VIH.

En la investigación, las mujeres estudiadas refirieron la necesidad de apoyo económico y emocional de sus parejas y familia, especialmente porque su condición de salud requiere realizar gastos de bolsillo para mantenerse saludables y por otro lado porque les hace vulnerables a la estigma y discriminación. Es por ello que se ha identificado que la captación y seguimiento de las mujeres gestantes se hace vital, para que oportunamente pueda detectarse si son portadoras del virus y por ende, recibir asistencia médica y psicológica y evitar que lo transmitan a sus hijos.

El Estado debe considerar relevante y prioritario el derecho de los niños y niñas de vivir sanos y de que dispongan de las condiciones económicas y sociales para su

desarrollo. Aunque existe Legislación base para ser efectivos estos derechos humanos, lo que se percibe en la realidad que hay pocos recursos destinados para educación y salud como puntos de partida para contar con generaciones sanas.

El presente estudio, permite proponer el desarrollo de estrategias costo efectivas (sociales y comunitarias) para prevenir que lo niños/as adquieran el virus ya sea intra útero, al momento del parto o durante la lactancia materna, considerando que hay buenas prácticas, científicamente probadas.

Alrededor del tema y con la investigación, se pudo detectar que existen intervenciones que pudieran desarrollarse para cerrar las brechas en la reducción del indicador de la transmisión del VIH de la madre a sus hijos/as, que van desde orden institucional, comunitario, individual y social, sin embargo, para fines del presente proyecto se definió una intervención viable y efectiva, siendo esta el desarrollo de un proceso de seguimiento de las mujeres gestantes VIH positivas (VIH+). Al detectar a las madres en la comunidad por la comadrona o en los servicios de salud con estado de gravidez y portadora del virus, debe hacerse labor de consejería continua, facilitar el acceso y referirlas al nivel correspondiente para su abordaje especializado. Estas intervenciones institucionales también requieren de la atención psicológica y emocional para las mujeres y sus familias de tal manera evitar que pierdan su adherencia a los servicios de salud y reciban el tratamiento adecuado para ellas y sus hijos/as.

Para lograr óptimos resultados en la implementación del proyecto, se hace indispensable coordinar con los entes responsables como la Dirección de Área de Salud, el Hospital Roosevelt o San Juan de Dios, el Programa Nacional de ITS/VIH y SIDA, definiendo los roles en las diferentes etapas del proyecto. Estos procesos se refieren a capacitación del personal involucrado (prestadores de servicios de salud y comadronas), captación oportuna de madres gestantes, orientación, apoyo emocional para ellas y sus familias, acompañamiento y referencia.

La Maternidad El Amparo ubicado en la Colonia de El Amparo zona 7, para el año 2009 atendió a 1,326 mujeres gestantes, a quienes se les corrió la prueba del VIH, dando cuatro casos con resultado positivo. Estas cuatro madres se refirieron a un servicio de salud de mayor complejidad (hospitales) para recibir su tratamiento y seguimiento, sin embargo no se logra determinar si las mujeres cumplieron con esta referencia y lograron finalmente cumplir con las prácticas de prevención de la transmisión madre – hijo del virus (Tratamiento antirretroviral –ARV- durante el embarazo, parto por cesárea, ARV profiláctico para al niño durante las primeras horas del nacimiento y lactancia artificial), por la falta de un sistema de registro y de un proceso funcional de referencia y respuesta.

Por lo tanto, la implementación del presente proyecto se justifica, por cuanto la salud materna infantil es un pilar del desarrollo humano y dentro de las Metas del Milenio la reducción de la pandemia del VIH ocupa un lugar importante. Tiene sustentación legal en contexto nacional.

El Proyecto se considera costo beneficio, por la implicación que tiene para el sistema de salud la atención y recuperación de personas que viven con el VIH, por otro lado para implementarlo no se necesita ampliar el equipo humano de los entes institucionales involucrados, se puede operar con la estructura el organizacional e infraestructura con la que cuenta la Dirección de Área de Salud, la Maternidad El Amparo, el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA.

El punto de interés del Proyecto es el vínculo comunitario para que a través de líderes y comadronas identificadas y su organización, cumplan el flujo de atención determinado y propuesto en el presente proyecto, que va desde la captación de mujeres gestantes, visitas domiciliarias para conocer y entender el entorno económico y social de las mujeres, orientación oportuna y en su idioma, seguimiento social y médico hasta llegar a la referencia oportuna, estos elementos contribuirán, no solo a mejorar la prestación de los servicios, sino a dar atención personalizada a las mujeres, desde su perspectiva y necesidades sociales, económicas y con enfoque cultural. El sistema de salud deberá coordinar, desde

el primer nivel de atención relacionado al personal comunitario (comadronas) y puestos de salud, el segundo nivel de atención con Centros de Salud y la Maternidad y el tercer nivel de atención en donde están categorizados los hospitales de referencia nacional, siendo estos los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Para realizar la identificación del proyecto se tomó en cuenta el resultado de la investigación: ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES QUE CONDICIONAN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL, realizada en el año 2010. Con los resultados obtenidos se definieron las conclusiones y recomendaciones y en base a ellas se propone el presente Proyecto.

La Maternidad El Amparo, es un centro de salud pública que incorpora el tamizaje de mujeres gestantes para el diagnóstico de VIH, así mismo, esta maternidad refiere a las madres VIH positivas al tercer nivel de atención (Hospital Roosevelt o General San Juan de Dios) para su tratamiento, tomando estos criterios se consideró su inclusión geográfica para el presente Proyecto.

En vista de la múltiple problemática alrededor de la prevención de la transmisión vertical y para elegir objetivamente el presente proyecto, se procede a elaborar el árbol de problemas, árbol de objetivos, análisis de involucrados, análisis de alternativas, con el abordaje de los anteriores aspectos se procede a definir la matriz del marco lógico, a su vez en base a los objetivos se definen los resultados esperados, las actividades necesarias para alcanzar estos resultados; así mismo se construye para cada actividad un indicador con su respectivo medio de verificación.

La metodología utilizada para la formulación del Presente Proyecto se origina en la propuesta de “Formulación de Proyectos de Inversión para América Latina” del

Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 1973, en presentando la estructura en base a estudio de mercado, estudio técnico, estudio administrativo y estudio legal.

Estos pasos previos sustentaron el desarrollo de los diferentes estudios complementarios que permitan identificar el cómo, con quien, con qué y cuándo se implementará el Proyecto, visualizando la viabilidad, factibilidad y escenarios necesarios para socializarlo, implementarlo, monitorearlo y evaluarlo.

3. SITUACIÓN SIN PROYECTO

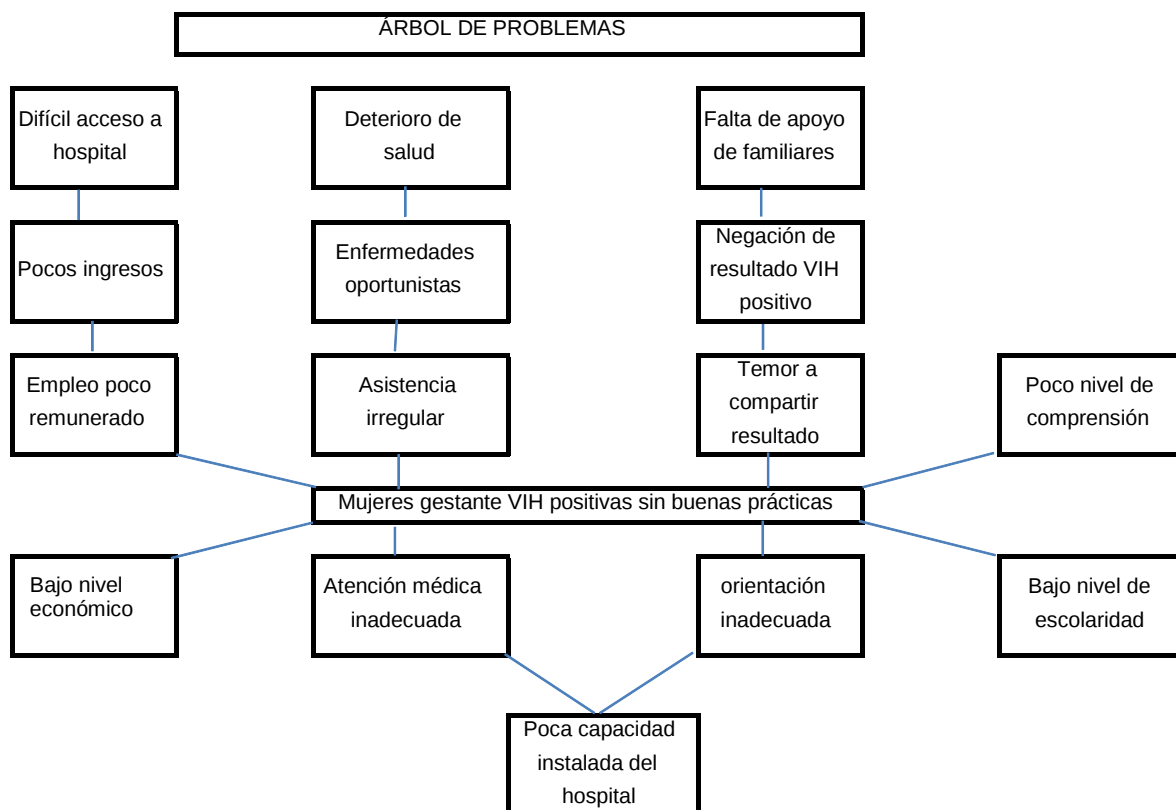
La situación sin proyecto identificada en la investigación se muestra en forma resumida en el árbol de problemas; en él se puede analizar las causas y consecuencias del por qué las mujeres gestantes VIH positivas no aplican las prácticas para evitar la transmisión vertical y dentro de las causas principales se encuentra, las condiciones de pobreza en la que viven las mujeres gestantes VIH positivas, falta de apoyo emocional y económico de sus parejas, atención médica y orientación en VIH/sida inadecuada, la capacidad instalada/acceso de la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt y bajo nivel de escolaridad.

Estas causas traen como consecuencia que las mujeres gestantes VIH positivas mantengan una inasistencia irregular a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, lo cual implica que puedan presentar enfermedades oportunistas, su salud se deteriore y aunado a ello, el riesgo de que sus hijos/as adquieran el virus.

También se ha identificado que las mujeres dejan de asistir a los servicios por el temor a conocer el resultado de la prueba del VIH, si tienen un diagnóstico positivo enfrentan la negación de la enfermedad, la falta de apoyo de los familiares, implica también la poca comprensión de su resultado y las implicaciones que el virus tiene en su estado su salud y vida en general.

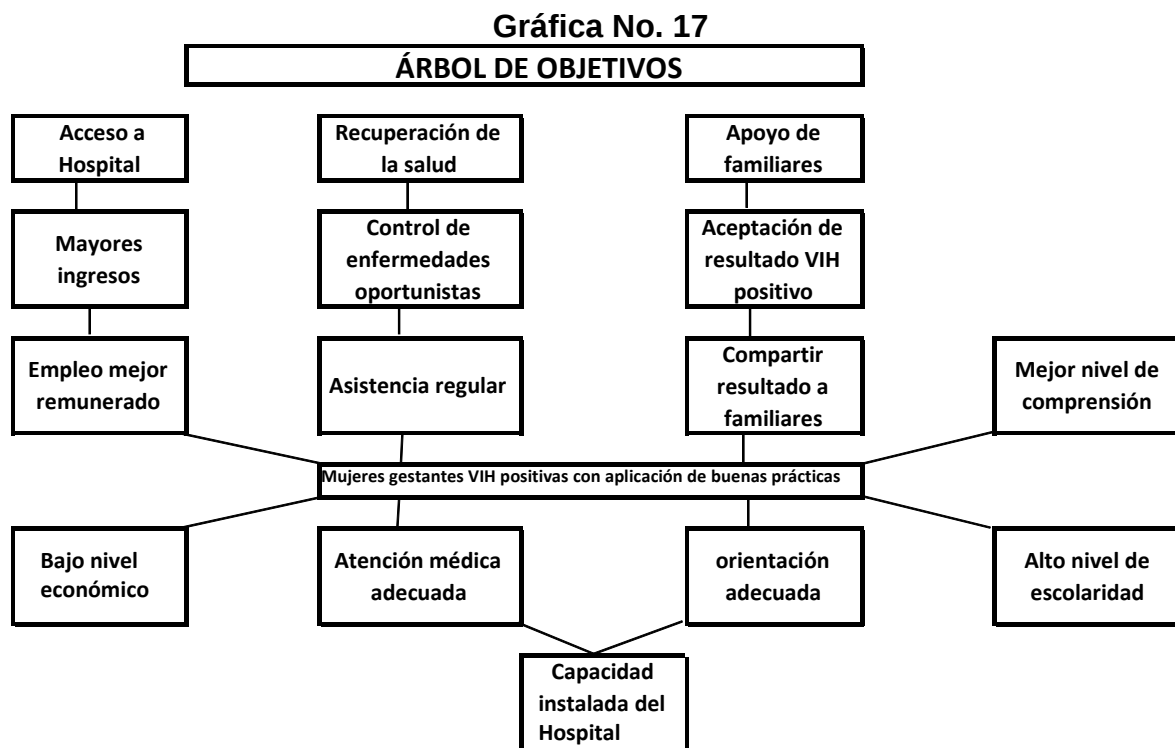
Otras consecuencias pueden ser: empleos pocos remunerados, pocos ingresos económicos lo cual contribuye a que el acceso a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt se torne difícil.

Gráfica No. 16

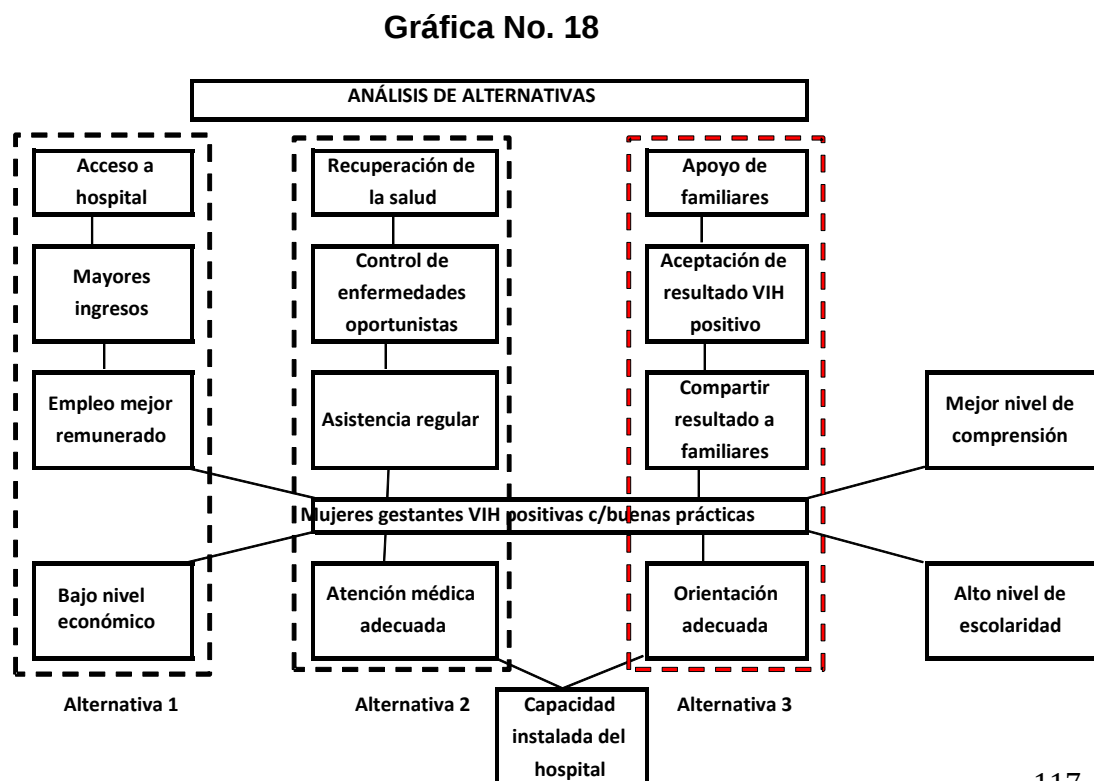


4. SITUACIÓN CON PROYECTO

Una vez realizado el análisis de causas y efectos, es posible plantear alternativas de solución al problema principal. Siguiendo con la metodología del marco lógico, se construyó el árbol de soluciones el cual sirvió de base para analizar la viabilidad de las soluciones a implementar tomando en cuenta los recursos disponibles, la viabilidad política, el beneficio para los usuarios, los beneficios para la unidad ejecutora y las posibles fuentes de financiamiento.



El árbol de objetivos también permitió hacer una agrupación de posibles intervenciones, tal como se muestra en la figura de análisis de alternativas.



De acuerdo con esta figura, se consideró la alternativa dos (atención médica adecuada) y la tres (orientación adecuada) para el diseño del proyecto. La alternativa uno requiere de intervenciones de carácter multisectorial que escapan del alcance de las intervenciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como del alcance de esta propuesta de intervención.

Para elegir las alternativas se realizó una ponderación de las opciones utilizando los siguientes criterios:

Tabla No. 2
ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

CUADRO PARA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO	ALT. 1		ALT. 2		ALT. 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿La alternativa se alinea a las políticas del Ministerio de Salud Pública?						
¿La alternativa puede tener la aprobación del Área de Salud Guatemala Central?						
¿Tendrá prioridad dentro de las estrategias del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA?						
¿El Proyecto puede ser sostenible a pesar de los cambios en las autoridades del Área de Salud Guatemala Central?						
¿Cuenta el equipo técnico del Distrito de Salud y la Maternidad con la experiencia en la administración de recursos humanos y físicos?						
¿Cuenta con algunos recursos humanos, físicos y financieros propios para la ejecución de la alternativa?						
¿Es factible de que el equipo técnico de la Maternidad coordine con otras organizaciones la ejecución?						
¿Se incluyeron los insumos necesarios para la ejecución del proyecto?						
¿Las beneficiarias aceptan el proyecto?						
¿Hay capacidad instalada en la Maternidad para la implementación el proyecto?						
¿El proyecto tiene amparo legal para llevarlo a cabo?						
¿El proyecto cuenta con un plan de sostenibilidad?						
	5	7	12	0	9	3

Sin embargo si se realiza un adecuado seguimiento de madres gestantes VIH positivas que implica captación, orientación, acompañamiento y apoyo emocional entre otros y se aplica una adecuada atención que permita cumplir las acciones clave, se logrará contribuir en la reducción de la transmisión vertical del VIH, situación que permitirá a los hijos e hijas de la población meta a tener un mejor nivel de vida.

Adicionalmente, esto puede contribuir indirectamente a que las madres mantengan una mejor salud, y por ende obtengan oportunidades de empleo y de esta manera mantener o mejorar su ingreso económico.

Asimismo, se realizó el análisis de involucrados con la finalidad de anticipar sus posibles intervenciones durante la implementación del proyecto.

De acuerdo con este análisis, los beneficiarios directos del proyecto serán: las Comadronas y el personal de la Maternidad de El Amparo, las mujeres gestantes VIH positivas, mujeres gestantes VIH negativas y sus respectivas familias.

Se prevé que en el proyecto quedarán excluidos otros grupos de población vulnerables a la infección por VIH.

Los ejecutores del proyecto serán los integrantes del equipo técnico de la Maternidad El Amparo.

La decisión de la implementación recae en la Dirección de Área de Salud Guatemala Central y las posibles fuentes de financiamiento pueden ser, la Dirección de Área de Salud, el Programa Nacional de ITS-VIH y la Maternidad.

En la siguiente tabla se muestra el resumen de este paso:

Tabla No. 3

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS Y SU PARTICIPACIÓN					
	BENEFICIARIOS INDIRECTOS BENEFICIARIOS DIRECTOS	OPOSITORES, AFECTADOS O EXCLUIDOS	EJECUTORES	DECISORES	FINACIADOR
ORGANIZADOS	Grupo de comadronas	Servicios de salud privados.	Equipo técnico del la Maternidad El Amparo	Área de Salud Guatemala Central	Área de Salud Guatemala Central y Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA
	Personal de la Maternidad El Amparo, zona 7	Otros grupos de población vulnerables a la infección del VIH	Equipo técnico del Distrito El Amparo.	Equipo técnico del la Maternidad El Amparo	Proyectos del Fondo Mundial/ Ministerio de Salud
			Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA	Equipo técnico del Distrito El Amparo	
INDIVIDUAL	Mujeres gestantes VIH positivas	Comadronas		Personal directivo, técnico de Hospitales	
	Mujeres gestantes VIH negativas			Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA	
	Familiares de las mujeres gestantes			Programa Nacional de Salud Reproductiva.	

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El presente proyecto pretende contribuir a la reducción de la transmisión vertical del VIH, interviniendo en madres gestantes en el área de influencia del Distrito de El Amparo de la zona 7 de la ciudad de Guatemala, específicamente aquellas madres que hacen uso de los servicios de la Maternidad El Amparo.

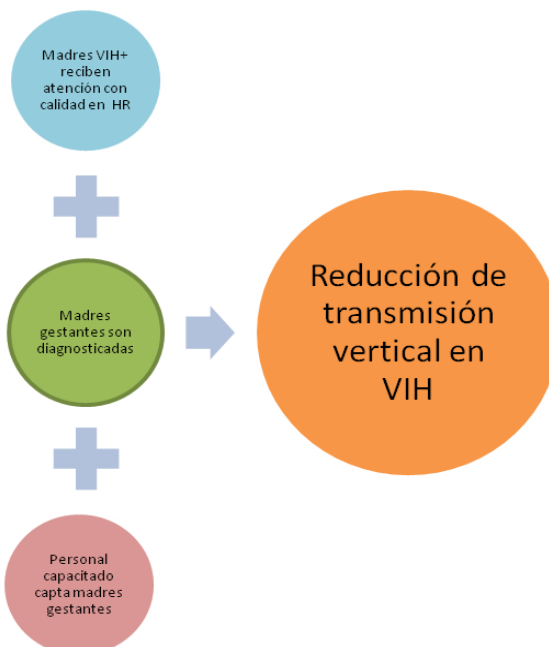
Se ha trazado como propósito del proyecto: ***Brindar seguimiento a las mujeres gestantes VIH positivas, para que reciban atención integral oportuna.***

Para el efecto se buscará alcanzar los siguientes resultados:

1. Personal de la Maternidad de El Amparo y comadronas, capacitados/as para brindar seguimiento a madres VIH positivas.
2. Mujeres gestantes reciben prueba del VIH con consejería pre y post y consentimiento
3. Las mujeres gestantes VIH positivas, reciben orientación, acompañamiento y son referidas a los hospitales de referencia nacional y se aplica un plan de seguimiento para la prevención de la transmisión vertical.

La siguiente gráfica resume la lógica de intervención y se detalla en el marco lógico.

Gráfica No. 19
**“Seguimiento a mujeres embarazadas VIH +
Para reducir la transmisión vertical”**



Fuente: Elaboración propia

Cuadro No. 1
MATRIZ DE MARCO LÓGICO
PROYECTO: “SEGUIMIENTO A MUJERES VIH + PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
OBJETIVO GENERAL (IMPACTO)	Contribuir a la reducción de la transmisión madre - hijo del VIH, en el Distrito de Salud El Amparo zona 7.	El 100% de mujeres VIH positivas, cumplen con las buenas prácticas para prevenir la transmisión madre – hijo.	Historia clínica de cada paciente. Datos epidemiológicos del Ministerio de Salud.	Personal de la maternidad de El Amparo y Comadronas participando en la prevención de la transmisión vertical.
OBJETIVO ESPECÍFICO (PROPÓSITO / EFECTO)	Brindar seguimiento a las mujeres gestantes VIH positivas para que reciban atención integral oportuna.	100% de mujeres gestantes tamizadas con pruebas de VIH. 100% de mujeres gestantes VIH positivas, referidas a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.	Libros de control de laboratorio, SIGSA, sala situacional, controles específicos de seguimiento a pacientes VIH positivas.	La Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt con capacidad resolutoria para atender a mujeres embarazadas VIH positivas referidas por Maternidad de El Amparo

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
RESULTADOS	1) Personal de la Maternidad El Amparo y comadronas, capacitados para brindar seguimiento a madres VIH positivas	El 100 % de prestadores de servicios de salud de la Maternidad El Amparo capacitados, durante el año 2011. El 100% de comadronas del Distrito El Amparo capacitadas durante el año 2011. El 100% de comadronas del Distrito de Salud El Amparo, actualizadas en los temas afines, durante el año 2012.	Agendas de capacitación, pre test, post test de los temas de capacitación, nómina de participantes.	Las comadronas del Distrito de Salud de El Amparo y el proveedores de salud de la Maternidad, comprometidos en participar en las capacitaciones
	2) Mujeres gestantes reciben prueba del VIH con consejería pre y post y consentimiento.	El 100% de los médicos y comadronas del Distrito de Salud El Amparo refieren a mujeres gestantes a orientación. El 100% de mujeres embarazadas reciben orientación pre prueba y post prueba. El 100% de mujeres que deciden realizarse la prueba, firman consentimiento informado	Expedientes de pacientes embarazadas, Informes mensuales del SIGSA SIDA, libros de controles de laboratorio, consentimientos informados firmados por las mujeres embarazadas	Las mujeres embarazadas con disponibilidad para recibir orientación y practicarse la prueba de VIH.

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
	3) Las mujeres gestantes VIH positivas son referidas al Hospital Roosevelt o San Juan de Dios y con seguimiento para la prevención de la transmisión materno – infantil.	El 100% de mujeres gestantes VIH positivas referidas al Hospital Roosevelt o San Juan de Dios por personal de la Maternidad El Amparo. El 100% de mujeres referidas al Hospital Roosevelt o San Juan de Dios, reciben seguimiento por personal de la Maternidad y comadronas de El Amparo durante el embarazo y post parto.	Fichas de referencia recibidas por los hospitales nacionales. Fichas de controles específicos elaborados por personal de la Maternidad. Reuniones mensuales con personal de la maternidad y comadronas.	Las mujeres embarazadas VIH positiva con una adecuada orientación para aceptar referencia a los hospitales del 3er. Nivel y recibir seguimiento por parte de las comadronas.
ACTIVIDADES DEL R1 Personal de la Maternidad de El Amparo y comadronas, capacitados en el tema de VIH y prevención de la transmisión materno - infantil.	1.1 Reunión de socialización del proyecto y establecer cronograma de actividades.	Personal del distrito de salud, comadronas, personal del PNVIH, equipo audiovisual refrigerio	Q 950.00	
	1.2 Diseñar el proceso de capacitación, basado en competencias.	Consultor por honorarios	Q 10,000.00	Contratación de facilitador con experiencia en procesos de capacitación en VIH.

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
	1.3 Taller de capacitación para el personal de salud de la Maternidad El Amparo	Facilitador/a del proceso Personal del distrito de salud Equipo audiovisual y materiales de capacitación, alimentación.	Q13, 040. 00	Disponibilidad del personal del distrito de salud. Se cuenta con Plan de seguimiento a Mujeres embarazadas VIH +
	1.4 Talleres de capacitación para comadronas del Distrito de Salud El Amparo.	Facilitador/a del proceso Comadronas del distrito de salud Equipo audiovisual y materiales de capacitación y alimentación	Q 5,240.00	
	1.5 Talleres de actualización para comadronas del Distrito de Salud El Amparo.	Facilitador/a del proceso Comadronas del distrito de salud Equipo audiovisual y materiales de capacitación	Q 5,240.00	
		COSTO TOTAL R 1	Q34,470.00	
ACTIVIDADES DEL R2 Mujeres gestantes	2.1 Búsqueda activa de mujeres gestantes en	Comadronas del distrito de salud	Q, 2,000.00	Disposición del personal y de las comadronas

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
reciben prueba del VIH con consejería pre y post y consentimiento.	las comunidades por parte de comadronas.	Anuncios gratuitos en radios comunitarias Material promocional		para realizar las actividades. Se cuenta con los medios para implementar la captación de las mujeres embarazadas
	2.2 Orientación y referencia de las mujeres gestantes.	Comadronas del distrito de salud Personal de la Maternidad Charlas educativas	Q 2,000.00	
	2.3 Realización de la prueba del VIH, con orientación pre y post prueba y consentimiento informado.	Pruebas de tamizaje Personal del distrito Comadronas Fichas de consentimiento informado	Q, 9,000.00	
	2.4 Orientación, apoyo emocional y social a las gestantes con resultado positivo	Personal del distrito Comadronas	Q1,400.00	
		COSTO TOTAL DEL R2	Q14,400.00	
ACTIVIDADES DEL R3 Las mujeres gestantes VIH positivas son referidas a los hospitales de referencia nacional y cuentan con seguimiento para la prevención de la transmisión materno – infantil.	3.1 Referencia de las mujeres gestantes VIH positivas al Hospital Roosevelt.	Personal de la Maternidad Comadronas Registros de información Guías de orientación materiales médicos en general	Q 2,000.00	Se establece un adecuado sistema de referencia y respuesta entre el distrito de salud y el Hospital Roosevelt

RESUMEN NARRATIVO	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS FACTORES EXTERNOS
	3.2 Seguimiento de las mujeres gestantes VIH positivas por las comadronas del Distrito de Salud El Amparo durante el embarazo, parto, y post parto.		Q 700.00	
	3.3 Reuniones de asesoramiento para comadronas y consejeras del Distrito de Salud, así como para monitoreo del Proyecto.		Q1,500.	
	3.4 Acciones de promoción de las actividades para el seguimiento de las madres gestantes VIH+	Reuniones con líderes comunitarios Volantes Cuñas radiales Charlas informativas en el servicio de salud	Q 6,060.00	
		COSTO TOTAL DEL R3	Q 10,260.00	
	Visitas de monitoreo y control de calidad	3 visitas al año a comadronas y servicios de salud	Q 2,100.00	
COSTO TOTAL DEL PROYECTO PARA UN AÑO			Q 61,230.00	

CAPÍTULO VI ESTUDIO DE MERCADO

El objetivo de esta sección es describir: los servicios a ofertar, el análisis de la demanda, el análisis de la oferta, la demanda potencial insatisfecha, el costo del servicio y la promoción del servicio.

Si bien el abordaje de las mujeres gestantes y muy especialmente las VIH positivas, requieren de atención médica especializada, para prevenir la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida – VIH – de la madre a su hijo, la norma nacional establece la intervención de un equipo multidisciplinario, para que se logre atención integral, dentro del cual el componente social y psicológico es de suma importancia y de interés en el presente proyecto.

1. EL SERVICIO

De acuerdo con las normas de atención vigentes para el sistema nacional de salud, en el capítulo de atención a la mujer se especifica el procedimiento que todos los servicios deben ofertar para la prevención de la transmisión vertical en las posibles situaciones de una madre gestante, por lo que se justifica definir el servicio a prestar como mínimo bajo los parámetros establecidos en dicha norma.

1.1. Control prenatal en menor de treinta y cuatro semanas y estado serológico desconocido.

- Ofertar la prueba rápida de VIH con consejería pre y post prueba.
- Si es negativa repetir la prueba cada tres meses hasta que termine su embarazo, acompañado del proceso de consejería.
- Si es positiva referir al tercer nivel (Unidad de atención integral) para su tratamiento y seguimiento. En esta fase de la atención la intervención deben ser médica, social y psicológica, por lo que se requiere de la

intervención de un equipo multidisciplinario (Medicina, trabajo social, psicología, enfermería, nutricionista, principalmente)

- Si la mujer no puede o no quiere ir al tercer nivel para su atención, solicite el tratamiento al Programa Nacional de prevención y control de ITS, VIH y SIDA (PNS), con la hoja de solicitud firmada por el Director del Área de Salud a donde pertenece e inicie tratamiento con Zidovudina (AZT): 300 miligramos por vía oral cada doce horas a partir de las catorce semanas hasta las treinta y ocho semanas y referirla para cesárea electiva a una Unidad de Atención Integral.
- Se debe realizar hematología, química sanguínea y pruebas hepáticas cada mes durante el tratamiento con AZT. Si los niveles de hemoglobina son menores a 8mg/ml referirla al tercer nivel.

1.2. Gestante que ya toma antirretrovirales

- Referirla a la Unidad de Atención Integral para su seguimiento, este seguimiento se refiere a la atención médica, social, psicológica, en donde el acompañamiento cercano de un prestador de servicios de salud, sea voluntario y/o institucional es parte de la integralidad.

1.3. Gestante con trabajo de parto activo y/o con ruptura de membranas de mayor de cuatro horas

- Resolver el parto por vía vaginal, sin realizar episiotomía, ni maniobras o procedimientos invasivos.
- Iniciar AZT (zidovudina) desde su llegada al servicio de salud: 2mg/kg de peso por vía intravenosa en infusión (Diluir en 100 ml de solución D/A al 5%) para una hora. Luego, seguir con infusión continua a 1 mg/kg de peso por hora (diluir en solución D/A al 5% de 100 ml) hasta cortar el cordón

umbilical. Si no se dispone de AZT para uso intravenoso, desde su llegada al servicio de salud, administrar 600 mg de AZT por vía oral y seguir con 300 mg de AZT por vía oral cada tres horas, hasta cortar el cordón umbilical.

1.4. Parto fuera de los servicios de salud

- Si el parto ha sucedido fuera de los servicios de salud y se conoce la positividad de la madre, referir a la paciente al Hospital para iniciar tratamiento profiláctico con AZT para el hijo/a hasta las cuarenta y ocho horas después del nacimiento.
- También se refiere al servicio para el seguimiento del caso, en donde la consejería, el abordaje social y psicológico se hacen necesario, para apoyar a la mujer y su familia.

Al referirse a seguimiento en el presente proyecto, se debe entender como las visitas periódicas que hacen las mujeres gestantes VIH positivas al médico, a otros profesionales del equipo de atención integral, pero especialmente al seguimiento social, que se hará mediante las visitas domiciliarias que permitan brindar el apoyo emocional a las familias.

Implementar un plan de consejería y educacional, en el cual los profesionales de las disciplinas de trabajo social, psicología y enfermería dentro del personal institucional y las comadronas dentro del comunitario, constituyen los responsables directos.

2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

2.1 Análisis actual de la demanda:

Para este análisis, se tomarán como demanda hacia el proyecto: Madres gestantes VIH positivas y Comadronas Tradicionales Capacitadas – CTC - .

2.2 Madres gestantes VIH positivas

De acuerdo con los datos oficiales del Distrito de Salud El Amparo, del año 2009 se reportaron cuatro madres embarazadas VIH positivas+ de 1,326 pruebas realizadas. Esto representa el 0.3% de incidencia.

2.3 Comadronas Tradicionales Capacitadas:

Actualmente hay seis Comadronas Tradicionales Capacitadas que participan activamente en la captación, referencia y seguimiento a madres embarazadas en el Distrito de Salud El Amparo.

2.4 Situación futura de la demanda:

Para este análisis se tomarán dos segmentos: Madres gestantes en riesgo a ser VIH positivas y Comadronas Tradicionales Capacitadas.

2.5 Proyección de madres gestantes en riesgo a ser VIH positivas

De acuerdo con los datos oficiales del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS, de enero 1984 a Diciembre 2010 se estimaron 65,701 personas con VIH y 7,557 nuevos casos, lo que indica un promedio de 21 personas infectadas diariamente.

Existe una marcada tendencia a la feminización de la epidemia en el país, en el año 1996 la relación hombre mujer era entre 5-7 hombres por mujer positivas al virus. Para el año 2010 la relación hombre mujer es de 2:1 y el departamento de Guatemala ciudad ocupa el quinto lugar del ámbito nacional en cuanto a la prevalencia de personas viviendo con VIH con una tasa de 305.23 por 100,000 habitantes.

De los casos registrados 38% son femeninos y 68% masculinos. El 62% de los casos se concentran en el rango de edad de 20 a 39 años, la edad reproductiva en

el país. Según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la principal vía de transmisión de VIH es sexual (94%) y se ha registrado un 5% por transmisión vertical madre-hijo.

Es importante considerar que existe un alto sub registro en los datos oficiales. Un estudio independiente (Matute Nov. 2009) ha demostrado que el porcentaje de transmisión vertical puede incrementarse hasta un 30% en casos de madres que no se adhieren al tratamiento antirretroviral.

El Distrito de Salud El Amparo cubre una población de 27,668 habitantes (dato año 2010 de la Jefatura del Distrito) de las siguientes Colonias: Sakerty I y II, Amparo I y II y Granizo, I, II y II, y 42 asentamientos. Así mismo se brinda atención a personas de otras colonias aledañas de la zona 7, como Bethania, Quinta Samayoa, Centroamérica, Kaminal Juyú, entre otras del sector, sectores adyacentes y personas de los departamentos, que no necesariamente son pobladores, sino están de paso.

En salud pública, se estima que de la población total, el 17.5% corresponde a mujeres en edad fértil -MEF- Del total de MEF se estima que un 10% serán embarazos esperados.

Tomando estos parámetros como referencia, para el año 2010 la proyección de mujeres en edad fértil específicamente que viven en el Distrito de El Amparo, es de 4,842 de las cuales 484 mujeres son embarazos esperados. Hay que considerar que esta Maternidad atiende a población de otras comunidades y área residenciales, por lo tanto la maternidad, espera anualmente atender aproximadamente 1,300 nuevos embarazos.

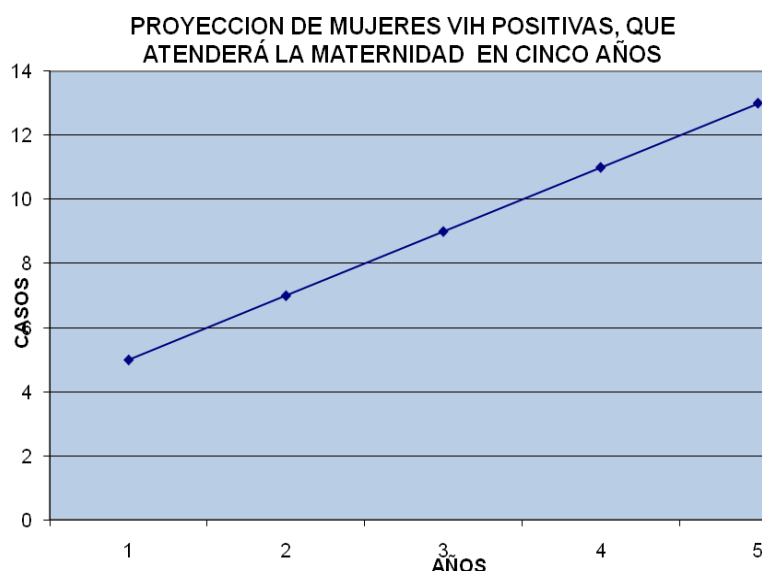
Para el cálculo de embarazadas en riesgo de ser VIH positivas, tomaremos de base la tasa de incidencia encontrada en el estudio de evaluación final del

proyecto del Fondo Mundial en Guatemala el cual lo ha determinado en 0.35% de mujeres embarazadas.

Tomando como base el número de mujeres gestantes que atiende la maternidad en un año, se espera que cinco mujeres puedan ser VIH +, por lo tanto se propone que el personal comunitario e institucional capte y brinde seguimiento a cinco mujeres gestantes VIH positivas. No debe perderse de vista la tasa de incidencia puede incrementarse, y aquí entran en juego dos variables, una el crecimiento poblacional y el incremento de casos de VIH, según las estadísticas mundiales y nacionales.

En la gráfica a continuación se presenta los casos proyectados que debería atender la maternidad en cinco años.

Gráfica No. 19



Fuente: Elaboración propia

2.6 Comadronas Tradicionales Capacitadas:

Actualmente en el distrito hay seis comadronas activas registradas que captan, controlan y en el mejor de los casos refieren mujeres gestantes, pero éstas en la

actualidad no tienen ningún vínculo con la maternidad, únicamente con la jefatura del distrito. Hay que recordar que en Guatemala la atención de parto domiciliario atendido por comadronas, según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2009, para el área urbana es del 23% y para el área rural del 63%, lo que constituye un riesgo para las mujeres y sus hijos si se desconoce su estado serológico y lo cual también permite establecer que por ser la comadrona a quien más consultan las mujeres para su atención del embarazo y parto, ella entonces constituyen un enlace clave para la orientación y referencia de las madres a los servicios de salud. De acuerdo con las normas de atención del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- se ha establecido que para una población de diez mil habitantes debe existir diez Comadronas Tradicionales Capacitadas, es decir un promedio de una Comadrona por cada mil habitantes.

Tomando de base este dato oficial, si solo se toma en cuenta la población que vive en el distrito de El Amparo, podríamos decir por un lado que las seis comadronas no logran cubrir la cobertura que les corresponde, además hace falta vincular a estas comadronas a la Maternidad para que realicen un trabajo coordinado en el seguimiento de las madres embarazadas VIH+.

3. ANALISIS DE LA OFERTA

3.1. Situación actual de la oferta:

En la zona 7 como servicio público de salud (atención gratuita), para la atención de embarazadas y tamizaje para el VIH solo se cuenta con la Maternidad El Amparo, el distrito cuenta con el Centro de Salud, pero este no atiende a mujeres embarazadas, en el momento que una mujer es detectada en estado de gestación se refiere inmediatamente a la Maternidad, en el distrito El Amparo existe otros servicios de salud como la Clínica Parroquial de las Madres de Calcuta, pero no prestan este servicio prenatal y atención del parto y Aprofam que llega ocasionalmente a prestar servicios de planificación familiar.

Para el presente proyecto se tomará entonces como oferta: El servicio de maternidad del Distrito de Salud El Amparo, los servicios que se prestan a las madres gestantes y al personal de salud asignado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3.2. Maternidad del Distrito de Salud El Amparo

En visita a este establecimiento de salud y por información facilitada por la Directora del mismo, se pudo constatar que el servicio cuenta con la siguiente infraestructura:

- Dos clínicas para atención prenatal
- Una clínica para atención post natal
- Un laboratorio para hacer pruebas de tamizaje
- Un área para farmacia
- Un área para lavandería
- Un área de labor y partos parcialmente equipada
- Un área para post parto
- Un área para recién nacidos
- Equipo audiovisual consistente en: televisor, videograbadora y DVD

A continuación el plano de la maternidad El Amparo

FIGURA. No. 2
PLANO DE MATERNIDAD EL EMPARO



Fuente: Maternidad El Amparo

3.3. Servicios brindados a las madres gestantes

Dentro de los servicios que se ofrecen a las madres gestantes están:

- Atención prenatal
- Pruebas de laboratorio
- Tamizaje del VIH
- Dotación de medicamentos
- Atención de parto simple
- Atención post natal
- Referencia de partos complicados y mujeres VIH positivas

3.4. Recurso humano de la maternidad El Amparo

La Maternidad El Amparo, cuenta actualmente con equipo humano conformado por veintinueve personas, en el siguiente cuadro se muestra la distribución del personal por cargo y los honorarios aproximados devengados por mes. Esta información nos permite un acercamiento de cómo está integrada la fuerza laboral de la maternidad.

Es importante mencionar que los montos de rubro personal no incluyen sus prestaciones y pasivo laboral. Para fines de definir costos del presente Proyecto, en el estudio técnico y financiero se incluyen las tablas correspondientes al personal que se propone involucrar directamente en el proyecto, así como el cálculo de costos por pago de salarios.

El cuadro no identifica personal de trabajo para nivel preventivo y promoción, porque según comentó la directora de la maternidad, no cuentan con este personal.

Cuadro No. 2**PERSONAL CON QUE CUENTA LA MATERNIDAD EL AMPARO**

TIPO DE PROFESIONAL	CARGO	CANTIDAD	Honorarios por persona por mes*⁴¹
Médico y Cirujano	Directora	1	16,000.00
Médico y Cirujano	Médico para atención prenatal	2	16,000.00
Médico y Cirujano	Médico para atención de partos	1	8,000.00
Enfermera	Coordinación del personal de enfermería	1	3,500.00
Auxiliar de enfermería	Atención pre y post consulta y turnos en maternidad	16	40,000.00
Auxiliar de enfermería	Consejera en VIH	1	3,500.00
Técnico en laboratorio	Técnico en laboratorio	1	2,500.00
Profesional de nivel medio	Estadígrafo	1	2,000.00
Profesional de nivel medio	Secretaria	1	3,500.00
Profesional de nivel medio	Auxiliar de farmacia	1	3,500.00
Nivel básico	Portero	1	2,500.00
Nivel básico	Piloto	1	2,500.00
	TOTAL	29	Q103,500.00

Fuente: Elaboración Propia

⁴¹ Honorarios aproximados, facilitados por personal de la Maternidad y MSPAS

3.5. Situación futura de la oferta

Se espera que para desarrollar el presente proyecto, en el Distrito de El Amparo, como primera instancia, se logre articular las acciones entre el personal de El Distrito, de la Maternidad de El Amparo, las comadronas tradicionales y el personal de otras organizaciones que brindan servicios de salud en el sector, además con personal de los servicios del 3er nivel de atención (hospitales de referencia nacional como El Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt).

Dentro de otras organizaciones comunitarias detectadas en la Colonia El Amparo están: Clínica de las Madres de Calcuta y la Asociación Pro Bienestar de la Familia –APROFAM- que en coordinación con el servicio, realizan jornadas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar, deseable es que con la implementación del proyecto, el distrito se encargue de abarcar al personal de estas organizaciones para que sea capacitado en los procedimientos para la reducción de la transmisión vertical del VIH y de esta manera contribuir en la reducción de la misma.

4. DEMANDA POTENCIAL INSATISFECHA

De acuerdo con los datos oficiales de la Maternidad de El Amparo, desde el año 2009 se detectaron cuatro madres gestantes VIH+ de 1,326 atendidas.

En el presente proyecto se está tomando de base la tasa de incidencia del 0.35% mencionada anteriormente. Utilizando este parámetro se puede estimar que de las 1,326 madres atendidas cinco pudieron ser madres VIH+. Por tanto podríamos proyectar que una madre pudo no tener acceso a ser diagnosticada, esto sin considerar a las mujeres que están gestantes y que no acuden a los servicios de salud para ser atendidas, (no reciben atención durante el embarazo y son atendidas en casa para su parto), de las cuales podría pensarse en un sub registro de VIH positivas.

Esta proyección indica que es de suma importancia implementar acciones para la captación y tamizaje de las madres gestantes del área de influencia de la maternidad de El Amparo pues en estos casos el impacto del proyecto se refiere a vidas salvadas, tanto de las madres como de sus hijos.

Cuadro No. 3
DEMANDA POTENCIAL INSATISFECHA

No. De madres atendidas en 1 año	1,326
% de transmisión vertical (0.35%)	5
No. De madres gestantes diagnosticadas como VIH+	4
Demanda potencial insatisfecha	1
No. Comadronas Tradicionales Capacitadas	6
No. Comadronas Tradicionales Capacitadas necesarias	28
Demanda potencial insatisfecha	22

Fuente: Elaboración propia

5. PRECIO

Si bien es cierto que los servicios ofertados por el MSPAS son gratuitos, para tener un parámetro de cálculo y comparación, se hizo necesario consultar los costos por servicios de una ONG que atiende con muy bajos costos a la población, de ello se obtiene que si una mujer gestante tuviera que pagar el costo de los servicios, se estima que haría un desembolso de: Q 4,318.55, pero si la mujer fuera VIH+ acrecentaría el costo a Q 4,890.04, eso sin incluir medicamentos y otros exámenes de diagnóstico necesarios por el estado de la paciente (embarazo y seropositividad).

El detalle de los costos que pudiera incurrir una paciente si tuviera que pagar los servicios de salud por embarazo y parto, se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 4
Costos de Atención Médica y Consejería

TIPO DE SERVICIO	COSTO EN QUETZALES
Consulta (Se estima como mínimo 1 consulta mensual a partir del tercer trimestre)	Q 40.00 por consulta ^{42*} Q 40.00X6= Q 240.00
Consejería	El costo está incluido en la consulta
Prueba de tamizaje para VIH	Q 78.00*
Costo del parto por cesárea	Q 4,000.00
Tratamiento a partir del 3er trimestre del embarazo 300mg y AZT cada 12 horas al momento del parto	El MSPAS utiliza tabletas de AZT 100mg. 1080 tabletas X Q0.53= 572.40 ^{43**}
TOTAL	Q 4,890.04

Fuente: Elaboración Propia

Adicional a los costos directos existen costos indirectos que no se incluyen tales como:

1. Tiempo que utiliza la usuaria para asistir mensualmente a la atención prenatal
2. Gastos de alimentación si se desplaza mucho tiempo, incluso para sus hijos y acompañantes.
3. Costos de transporte para asistir hacia el establecimiento de salud.

6. PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROYECTO

En países como Guatemala en donde el acceso a los servicios de salud es limitado, el uso de estrategias de mercadeo social constituye una herramienta para que la población pueda recibir información, educación y comunicación al respecto

⁴² Costos estimados de de la Asociación Pro Bienestar de la Familia –APROFAM-

⁴³ Costos proyectados tomando de referencia el catalogo de insumos y el Protocolo Nacional de Tratamiento para Embarazadas Positivas a VIH del MSPAS.

de los servicios disponibles en los establecimientos de salud y sus beneficios, para luego demandarlos.

En la maternidad El Amparo solamente se brindan charlas educativas que incluyen la temática relacionada con VIH cuando las personas acuden al servicio y no cuentan con una estrategia de comunicación por otros medios.

Por tanto el presente proyecto incluye actividades para realizar la promoción de la cartera de servicios del distrito y de la maternidad y de esta manera fomentar el uso de los mismos:

Cuadro No. 5
Estrategia de Promoción Proyecto:
“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR
LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

ACTIVIDAD	CANTIDAD	COSTO
Reuniones informativas con líderes y autoridades comunitarias	1 trimestral	3 Eventos con 30 personas X Q10.00 por persona= Q 900.00
Cuñas radiales	5 menciones diarias de 45 segundos por 3 días a la semana	3 menciones al día X 3 días a la semana X Q10.00 por mención X 24 semanas en el año = Q 2,160.00 ⁴⁴
Distribución de volantes	Impresión de 1,000 volantes de tamaño media carta en blanco y negro, 2 tirajes al año.	1,000 unidades X Q 3.00 = Q 3,000.00
	COSTO TOTAL	Q 6,060.00

Fuente: Elaboración propia

7. RESUMEN DEL ESTUDIO DE MERCADO

De acuerdo al análisis de la oferta y la demanda, se pudo establecer que existe población de mujeres gestantes que pudieran quedar descubiertas de la referencia

⁴⁴ Costo calculado con base en experiencia propia de proyectos de VIH

oportuna a los servicios de salud. Aunque las estadísticas del servicio solo revelan cuatro casos de mujeres VIH positivas en el 2009, la razón de implementar el proyecto radica en el incalculable costo social que tiene el que un niño/a adquiera el VIH.

En entrevista con la directora de la Maternidad, comentó: no contar con el personal necesario para dar seguimiento social/comunitario (visita domiciliaria) a las mujeres gestantes VIH positivas, el hospital a donde son referidas no dan cuenta del seguimiento de las mujeres y si finalmente logran atender el parto institucionalmente, por lo que se hace necesario capacitar a las comadronas para que cumplan el papel de monitoras de la población meta.

En el sector no existen otras organizaciones que presten estos servicios de salud, por lo que se considera como un déficit social y de derechos de la población. Existen otras instituciones en la ciudad como ONG, clínicas y hospitales privados, pero presentan las siguientes desventajas para las mujeres que viven en el sector de la zona 7: acceso geográfico, costo.

El siguiente aspecto a considerar como demanda insatisfecha, es la poca cantidad de comadronas registradas con que cuenta el distrito de salud, las que actualmente no realizan acciones vinculadas con la maternidad, por lo que es necesario capacitarlas, integrarlas al equipo multidisciplinario y captar a otras de tal cuenta que permitan cubrir la demanda.

En conclusión existe una demanda potencial e insatisfecha de mujeres embarazadas y de comadronas por integrar y capacitar para el seguimiento de las madres. Existe capacidad instalada favorable para dar marcha al Proyecto, como parte de la oferta de los servicios, siendo el propósito fortalecerla.

CAPÍTULO VII ESTUDIO TÉCNICO

1. CAPACIDAD DEL PROYECTO

De acuerdo con estudio de mercado, en un año se estima que la Maternidad de Salud El Amparo debe brindar servicios a más de 1,300 mujeres gestantes y a 5 mujeres VIH positivas.

A esta población se le debe proveer consejería en VIH, prueba de tamizaje y dependiendo del resultado, realizar la referencia a donde corresponde para que reciban el seguimiento médico – social pertinente, el médico relacionado a atención prenatal, exámenes diagnósticos y tratamiento con antirretrovirales, el seguimiento social mediante consejería y orientación, apoyo emocional a la paciente y su familia, visita domiciliaria y acompañamiento a los servicios de ser requerido, para lo cual es necesario el involucramiento del personal institucional y comadronas.

Para poder cumplir con el presente proyecto la Maternidad cuenta con el personal institucional necesario, (comadronas y consejeras). El personal a involucrar y sus roles se detallan en la tabla siguiente:

Cuadro No. 6

Tipo y número de personal de la Maternidad El Amparo, necesario para implementar el Proyecto “SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

TIPO DE PERSONAL	CANTIDAD	ROL A CUMPLIR
Directora	1	Proveer los lineamientos políticos, técnicos y administrativos.
Comadronas	6	Consejeras y acompañantes durante el embarazo y post parto.
Enfermera	1	Coordinar el trabajo de enfermeras, institucional y comunitario
Consejera	1	Proveer orientación pre, post prueba y de seguimiento
Auxiliar de enfermería	1	Apoyo atención en pre y post consulta por turnos.
Médicos Generales	1	Atención prenatal y referencia
Técnico de laboratorio	1	Realización de las pruebas de tamizaje.
Estadígrafo	1	Monitoreo de indicadores de producción.
TOTAL	13	

Fuente: Elaboración propia.

El número de personal médico y de enfermería se considera suficiente tanto para las acciones que desarrolla la maternidad, como para las acciones que pretende impulsar el Proyecto, esto se respalda con la evidencia, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima como necesario para alcanzar un nivel de “cobertura mínima” que se cuente con 25 profesionales, entre médicos y enfermeras, por cada 10,000 habitantes.

Por otro lado la Revista Científica del El Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria, en su artículo titulado “Equilibrio Numérico y de Distribución de Enfermeros Profesionales en España” menciona que: “Países con menos de 20 profesionales de enfermería por 10,000 habitantes (Ej. Bolivia, Belice, Guatemala, Honduras) fueron considerados como críticos para asegurar una atención de enfermería con equidad y calidad, mientras que países con más de 40

profesionales por 10.000 habitantes fueron considerados con un nivel alto (USA, Cuba, Canadá) y, por consiguiente, con una capacidad de prestar mejor y más ecuánime atención de enfermería” De tal cuenta que la Maternidad de El Amparo para atender una promedio de 1,300 mujeres gestantes al año si posee el número de personal recomendado por políticas internacionales.

En el nivel comunitario, según los datos actuales del Distrito objeto de intervención, hay un déficit de comadronas, sin embargo si estas seis comadronas registradas las comparamos con el número de mujeres VIH positivas que se esperan en un año, podría decirse que cubren la demanda, esto no limita a que el Proyecto contemple la capacitación de otras comadronas existentes en el sector.

2. LOCALIZACIÓN

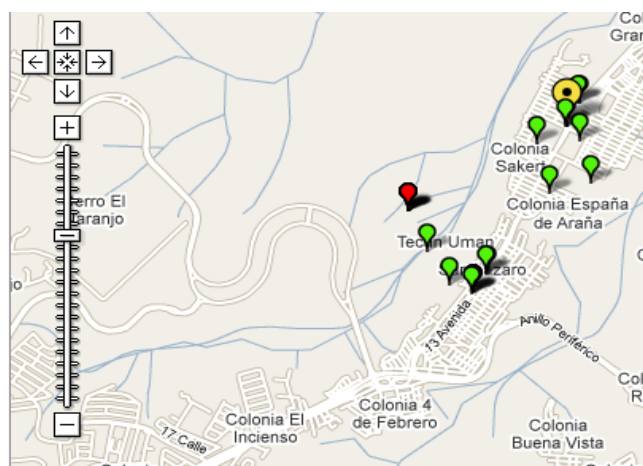
El proyecto se realizará en el área de cobertura del Distrito de Salud El Amparo.

2.1. Macro localización

La ciudad de Guatemala está administrativamente constituida por 25 zonas. La zona 7 situada al nororiente del municipio, cuenta con importantes vías de acceso, como el Periférico, Calzada Atanasio Tzul, Calzada Roosevelt, Calzada San Juan, y El Naranjo, limita al norte con la zona 1, al sur con la zona 19 y al este con la zona 11.

Es importante mencionar que la Colonia El Amparo y sus colonias circunvecinas están catalogadas como zona “roja”, por el nivel delincuencial que se registra. El mapa a continuación cuenta con la localización en amarillo de El Amparo y también en puntos verdes colonias circunvecinas, las que entran dentro de la cobertura

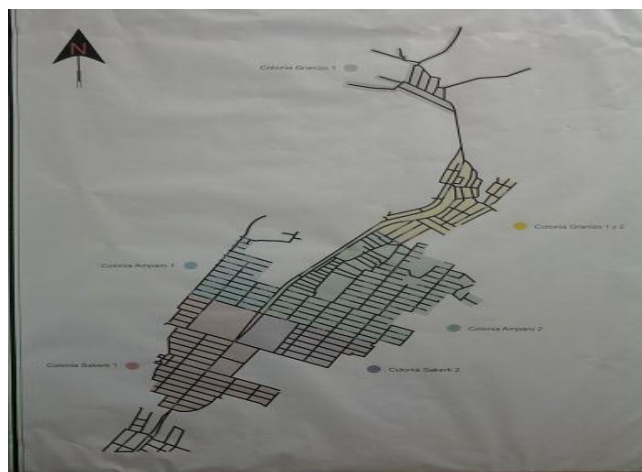
Figura No. 3
Macro localización del Amparo



2.2. Micro localización

El siguiente mapa, es una muestra panorámica del Distrito El Amparo y de colonias aledañas. Como puede observarse El Amparo está dividido por El Amparo I y El Amparo II, ambas colonias colindan al norte con la colonia El Granizo I, Granizo II y Granizo III, al sur con Colonia Sakerty I. Su entrada principal es por el periférico ya sea entrando por el norte o por el sur, cuenta con vía de acceso pavimentada y en buenas condiciones, por la que transitan vehículos particulares y transporte urbano.

Figura No. 4



Fuente: Mapa proporcionado por el Distrito de Salud El Amparo

La Maternidad de El Amparo da cobertura a las siguientes comunidades.

Tabla No. 4
Comunidades que integran el Distrito El Amparo, zona 7 de la Ciudad de Guatemala

LOCALIDAD	COMUNIDADES QUE INCLUYE
ZONA 7	Mario Martínez de Lejarza
	Incienso
	Niño dormido
	Kjell
	Margaritas
	Madre dormida
	Banvi I
	Banvi II
	San Lázaro
	Tecún Umán
	Otten Prado
	4 de Febrero
	APANA
	Mario Julio Salazar
	El Esfuerzo
	Periférico
	14 de Julio
	Nuevo Amanecer
	Los Cerritos
	Las Torres
BETHANIA	Oscar Berger
	Madre Teresa Caballeros
SAKERTY I	28 de Julio
	Wendy Berger
	Rafael Berger
SAKERTY II	Unión

LOCALIDAD	COMUNIDADES QUE INCLUYE
	Alfa Nueva Generación
AMPARO I	Galilea
	4 de Agosto
	30 de Noviembre
	La Joyita Galilea
	Anexo Galilea
EL AMPARO II	Brisas del Campo
	10 de Mayo
	7 de Mayo
	Josué 1:8
	Regalo de Dios
	Empresa Eléctrica
	Jesús Resucitado
	Emanuel
	La Nueva Jerusalén
GRANIZO I	Granizo I
GRANIZO II	7 de Mayo
	Josué 1:9
	Esperanza
	Renacer
	Hermano Pedro de Betancourt
	6 de Agosto
	El Mirador
	La Joyita
	12 de Diciembre
GRANIZO III	Universo
	21 de Noviembre
	26 de Julio

Fuente: Maternidad El Amparo

3. TECNOLOGÍA

El Distrito de salud cuenta con infraestructura mínima para la prestación de sus servicios, no cuenta con un salón para desarrollar programas de educación, el área de espera es un pasillo, en el cual se dificulta también desarrollar charlas educativas, sin embargo allí se desarrollan estas actividades. Los ambientes que a continuación se mencionan constituyen la infraestructura actual de la Maternidad, misma que se utilizará para dar cumplimiento al proyecto:

- Dos clínicas para atención prenatal
- Una clínica de atención post natal
- Una estación de trabajo para procesar muestras para tamizaje de VIH
- Un área de labor y partos parcialmente equipada
- Un área para post parto
- Un área para recién nacidos
- Equipo audiovisual consistente en: televisor, videograbadora, pizarra, DVD, material educativo, este último casi nunca disponible.

Cuadro No. 10
Costo de uso de equipo a utilizar en el proyecto

**“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR
LA TRANSMISIÓN VERTICAL”**

Equipo	Insumo para uso	Tiempo a utilizar	Costo
Televisor	Energía eléctrica	1 vez al mes * 6 horas * 12 meses	Q 400.00
DVD	Energía eléctrica	1 vez al mes * 6 horas * 12 meses	Q 400.00
Televisor	Energía eléctrica	1 vez al mes * 6 horas * 12 meses	Q 400.00
Teléfono	Llamadas, mensajes	Cuota mensual Q300.00 * 12 meses	Q 3,600.00
Total			Q 4,800.00

4. REQUERIMIENTO DE RECURSO HUMANO

- Director de la maternidad
- Integrantes del equipo técnico de la maternidad: médico, personal de enfermería, consejera.
- Técnico de laboratorio clínico
- Estadígrafo
- Comadronas

Indirectamente y eventualmente se requerirá de la participación de:

- Personal técnico del Distrito de Salud
- Personal técnico de la Dirección de Área de Salud
- Técnicos profesionales de los Programas normativos de VIH, SIDA y Salud Reproductiva

5. COSTOS DE OPERACIÓN

El proyecto de **“Seguimiento a mujeres gestantes VIH positivas, para reducir la transmisión vertical”**, tiene gastos de operación, los que se presentan en el cuadro a continuación, estos gastos de operación ascienden a Q 25.910,40 y se han calculado para cubrir costos de promoción del Proyecto entre lo que se ha considerado volantes, cuñas radiales, carteles informativos, reuniones de socialización del Proyecto, por otro lado se incluyen costos de movilización comunitaria de comadronas, líderes comunitarias y personal de enfermería para la captación de mujeres gestantes, la respectiva referencia y la realización de la prueba del VIH.

En el caso de las mujeres gestantes VIH positivas, incluye costos de seguimiento domiciliar, acompañamiento a los servicios de mayor complejidad y por último los costos de operación incluyen las reuniones de monitoreo del proyecto

Cuadro No. 11

Proyecto de Seguimiento a las Mujeres Gestantes VIH positivas, para reducir la Transmisión Vertical					
Costos de Operación					
(Cifras en quetzales Q.00)					
Concepto	Unidad medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo Parcial	Costo Total
COSTOS DE OPERACIÓN					25.910,40
Promoción	Mes	3	2.020,00	6.060,00	
Reuniones de coordinación	Mes	6	158,40	950,40	
Captación, referencia, tamizaje de gestantes	Mes	12	1.200,00	14.400,00	
Visitas técnicas de monitoreo	Mes	3	500,00	1.500,00	
Seguimiento a población meta (mujeres VIH+)	Mes	5	600,00	3.000,00	
TOTAL					25.910,40

Fuente: Elaboración propia

6. PROCESO DE SEGUIMIENTO A MADRES EMBARAZADAS VIH+

Para que el proyecto cumpla con su propósito será necesario que se implemente un proceso sistemático de seguimiento de las madres gestantes del distrito de salud. Para el efecto, tal como se describe en el flujo de proceso, las comadronas tradicionales capacitadas (CTC) representan el primer contacto con las usuarias potenciales.

En seguida, todas las madres captadas deberán recibir la consejería para realizarse la prueba de VIH, la consejería cumple la función de informar sobre el virus y sus consecuencias, reducir los temores, eliminar los mitos y las creencias que puedan limitar el acceso a este tipo de servicio. Una vez las usuarias han dado su consentimiento para realizarse la prueba y apegados a los protocolos

respectivos, pasará a laboratorio para realizarla, el propósito de hacer el tamizaje es detectar a las mujeres positivas oportunamente para iniciar el tratamiento necesario, así como orientar a las mujeres a practicar estilos de vida saludables, tanto para ellas como para sus futuros hijos y poner en práctica las medidas de prevención para la transmisión materno infantil.

Con base en el resultado, se realizará la consejería post prueba. Si el resultado es negativo la usuaria ingresará al servicio para recibir la atención prenatal de rutina y así conseguir una maternidad segura.

Si el resultado es positivo, entonces el personal activará el protocolo normado por el MSPAS y asegurará de igual manera, un efectivo cumplimiento del mismo y para fines del presente proyecto se implementará el plan de seguimiento que realiza el personal de salud una vez ha sido capacitado.

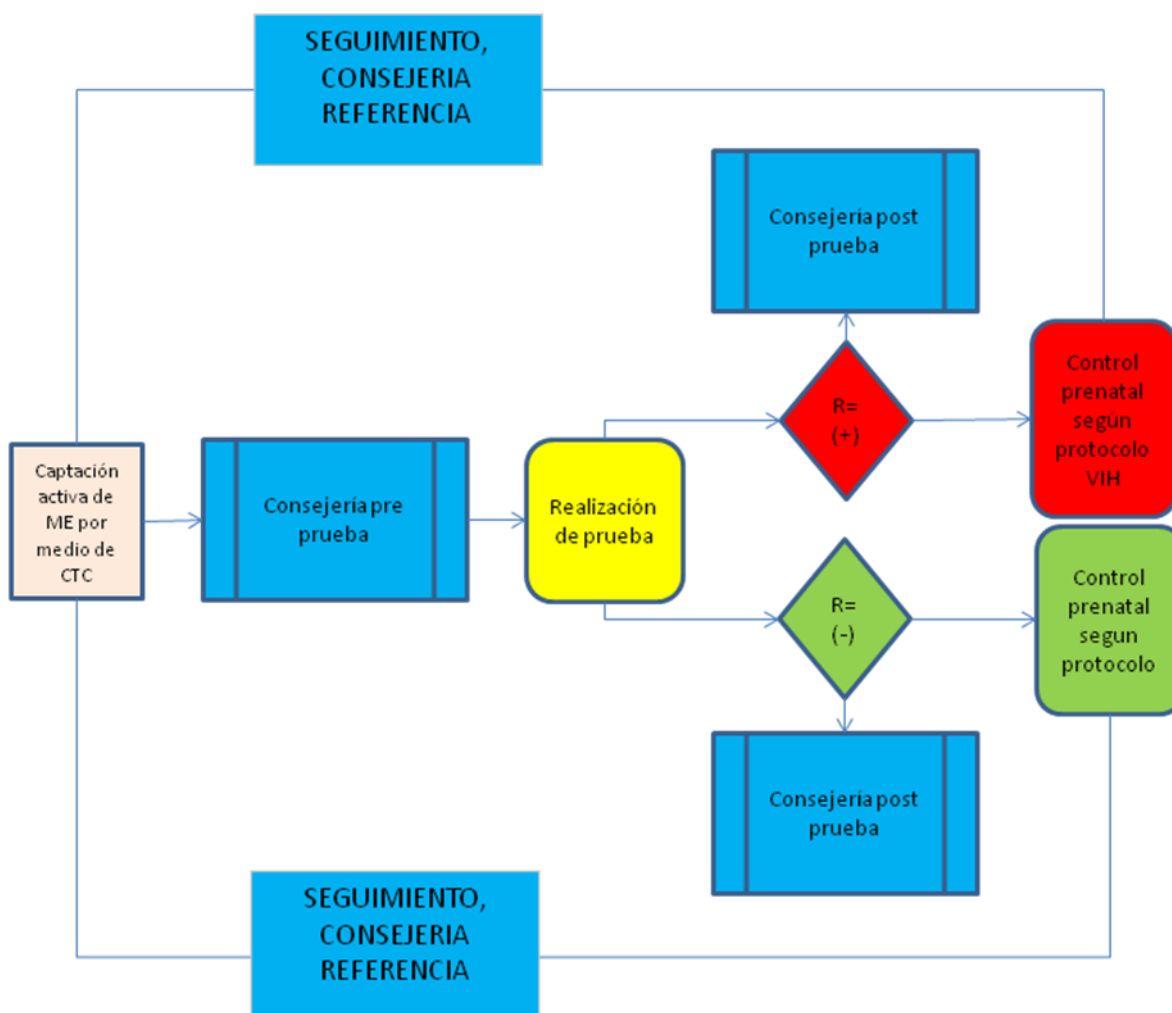
Para completar el proceso en ambos casos, el seguimiento, la consejería y la referencia oportuna por parte de las CTC se convierte en una acción clave.

En el flujo grama que aparece a continuación se representa este proceso. El color gris significa una acción inicial, el color celeste significa acciones de acompañamiento durante todo el proceso, el color amarillo implicará una decisión.

El color verde significa que no hay ninguna complicación y el color rojo significa que la usuaria está ante un riesgo inminente, es evidente que para el cumplimiento de este proceso, el proyecto con sus actividades contribuirá en la implementación del mismo, a través de la capacitación del personal institucional y comunitario implicado.

Gráfica No. 20

PROCESO DE SEGUIMIENTO A MADRES GESTANTES VIH POSITIVAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL



Fuente: base protocolo de orientación del MSPAS, 2008

7. RESUMEN DEL ESTUDIO TÉCNICO

La información presentada en este capítulo, da cuenta que si bien el acceso y la infraestructura presentan ciertas barreras para las usuarias, si se puede implementar el Proyecto, no se requiere de mayor inversión en equipo, los costos de operación parecen ser conservadores y sobre todo es evidente el costo – beneficio.

Muchas de las acciones de seguimiento a mujeres VIH positivas ocurren fuera del servicio y por otro lado, las que requieren de espacios amplios para capacitación pudieran hacerse en instalaciones de la Dirección de Área de Salud Central de donde pertenece la Maternidad, o en todo caso en alguna otra instalación del Ministerio de Salud, lo que permite bajar los costos de operación.

En cuanto al equipo, recurso humano y material disponible en el servicio se considera suficiente.

CAPÍTULO VIII ESTUDIO LEGAL

El proyecto se sustenta ampliamente en aspectos legales, especialmente en la Constitución de la República de Guatemala; El Decreto 90-97 referente al Código de Salud; el Decreto 27-2000 referente a 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”.

Estas bases legales se complementan con otros documentos como las políticas de salud 2008-2012; las normas de atención y acuerdos internacionales como las Metas del Milenio ratificadas por el Estado de Guatemala ante la Organización de Naciones Unidas en el año 2000.

1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE GUATEMALA

La constitución de Guatemala en la sección séptima, relativa a la salud, seguridad y asistencia social, expresa en el artículo 93 Derecho a la salud. “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.”

Adicionalmente, del artículo 94 al 98 indica la obligación del Estado sobre salud y asistencia social y el desarrollo a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. En estos artículos también incluye que la salud es un bien público y que las comunidades deben participar en los programas de salud.

2. DECRETO NÚMERO 90-97 CÓDIGO DE SALUD

El Código de Salud del año 1997 designa al Ministerio de Salud como el ente responsable de la regulación de los programas relacionados con la salud de la población. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es responsable de dictar la normativa y velar su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, contando para ello con un marco legal que permite sanciones de acuerdo a la magnitud del hecho.

En este código del artículo 1 al 7 establece los principios fundamentales; donde explica que los habitantes tienen el derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. Así mismo la obligación del Estado, la responsabilidad de los ciudadanos, la participación de la comunidad y la información sobre salud y servicios que tienen derechos las personas.

En los artículos 37 y 38 define las acciones de promoción y prevención las cuales deberán estar dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades, tanto a nivel del ambiente, como de la protección, diagnóstico y tratamientos precoces de la población susceptible. Otro artículo importante es el número 39, que se relaciona con los estilos de vida saludable a través de los programas de educación e información para la promoción de la salud.

Finalmente el artículo 55 se enfoca al acceso al diagnóstico y a la atención de la salud, en condiciones en que se respete la integridad personal y la confidencialidad del caso. El artículo 56 se relaciona a la obligatoriedad del enfermo de acatar las disposiciones que el Ministerio de Salud emita para evitar la difusión y favorecer el control o la eliminación de las enfermedades transmisibles.

3. DECRETO 27-2000

LEY GENERAL PARA EL COMBATE DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH- Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA- Y DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH/SIDA

Este decreto tiene como objeto: la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual – ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-, así como, garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

El artículo 48 de este decreto se refiere al **Derecho a los servicios de atención** a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social quien proveerá servicios de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, que les aseguren consejería, apoyo y tratamiento médico actualizado, de manera individual o en grupo.

Esta atención podrá ser domiciliaria o ambulatoria y estará diseñada para atender sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Así mismo, a través del Programa de Accesibilidad a Medicamentos –PROAM-; el Ministerio de Finanzas Públicas y de Economía implementarán un programa que permita a nivel nacional e internacional el acceso a medicamentos anti-retrovirales de calidad, a precios accesibles a las personas que viven con el VIH/SIDA.

Así mismo el artículo 46 es explícito en relación al **Derecho a la salud sexual y reproductiva** para que las personas que viven con VIH/SIDA tengan derecho a recibir información, consejería y servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar.

4. POLÍTICAS DE SALUD 2008-2012

Son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce dentro de los Lineamientos del Plan Nacional de Salud 2004-2008, la misión de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud de la población, orientada a la salud preventiva y uso de los recursos con equidad, calidad, eficiencia y transparencia a corto, mediano y largo plazo; ejerciendo el liderazgo dentro del sector y la sociedad civil organizada, asegurando la participación dentro de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.

Dentro de la estructura del MSPAS, el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- es el responsable de definir los lineamientos operativos y estratégicos para la atención del VIH. Actualmente están vigentes las normas de atención y el Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA 2006-2010.

5. LAS METAS DEL MILENIO

La Cumbre del Milenio es la denominación que recibe el Encuentro de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en diciembre del año 2000 en Nueva York.

En este histórico evento, los gobernantes de todo el mundo se comprometieron a participar activamente en el cumplimiento de las nuevas metas de desarrollo definidas para las próximas décadas, resumidas en la Declaración del MILENIO.

En Guatemala, la Vicepresidencia de la República es el ente coordinador del Gabinete Social, instancia de gobierno donde confluyen los Ministerios y

Secretarías encargadas de las acciones dirigidas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-. En el año 2004 se iniciaron procesos en las áreas de información, focalización, coordinación, seguimiento y evaluación de las acciones relacionadas con los Objetivos del Milenio y avances en la política social del país.

Los ODM se componen de 8 objetivos y 18 metas. El objetivo 6 se refiere a: Combatir el HIV/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Para el efecto se plantean una meta con sus respectivos indicadores, en donde claramente se requiere la reducción de la transmisión vertical del VIH.

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad (ONUSIDA)
- Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos y población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
- Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años (ONUSIDA)

6. RESUMEN DEL ESTUDIO LEGAL

El estudio legal muestra que existe un fundamento legal amplio que garantiza el derecho de toda persona a la salud y el acceso a servicios de prevención y control del VIH en el país. Estos son la Constitución Política de la República, el Código de Salud y específicamente la Ley 27 – 2000 relaciona al Combate de la Epidemia de VIH y SIDA. Por otro lado, el estado de Guatemala es signatario del compromiso global para la reducción de la epidemia. Con el Proyecto se pretende hacer visible y real el cumplimiento de estos derechos de las personas y la aplicación de lo legislado.

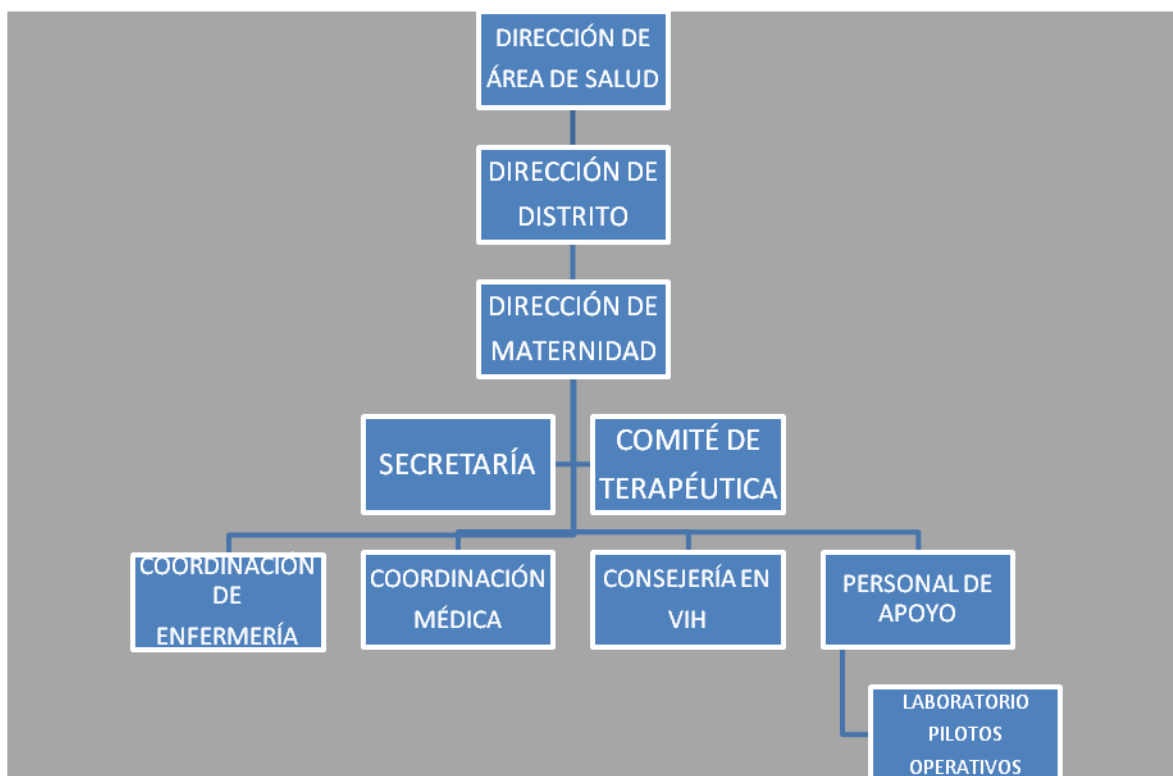
CAPÍTULO IX ESTUDIO ADMINISTRATIVO

En el estudio administrativo se incluye el organigrama de la maternidad El Amparo, la tabla de descripción de puestos y una tabla del personal directamente involucrado en la capacitación y seguimiento de la población meta.

1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA MATERNIDAD

Para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto el personal involucrado será: la directora del distrito y el personal de la maternidad. El siguiente esquema muestra la organización de la maternidad de El Amparo:

Grafica No. 21
ORGANIGRAMA MATERNIDAD EL AMPARO



Fuente: Elaboración propia

En el organigrama se presenta el comité de terapéutica, que está integrado por la Directora, personal médico y de enfermería, dentro del personal de apoyo se encuentra los pilotos, guardianes y operativos (limpieza, pilotos).

Es importante mencionar que de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el número de personas que atiende en la Maternidad El Amparo es el adecuado para atender la demanda ya establecida en el estudio de mercado.

2. DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIÓN DE PUESTOS

Considerando el recurso humano con que cuenta la Maternidad y para fines de hacer costo efectivo el Proyecto, se ha definido los puestos que directamente operaran en el mismo. Para cada funcionario que participará se han definido sus funciones y se presentan a continuación:

Tabla No. 5

NOMBRE DEL PUESTO	Director
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	• Nombre del puesto: Directora de la Maternidad • Número de puesto existente: 1 • Ubicación física y administrativa: • Renglón presupuestario: 011 • Ámbito de operación: técnico – administrativo
RELACIÓN DE AUTORIDAD	• Jefe inmediato: Director del Distrito de Salud • Subordinados: Coordinación médica, Coordinación de enfermería, secretaría, Personal de apoyo.
PROPÓSITO DEL PUESTO	Dar lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo del proyecto
FUNCIONES	1. Planificar las acciones operativas del proyecto con base en el marco lógico 2. Organizar al personal y los recursos para el alcance de los resultados. 3. Dirigir las actividades del proyecto con base en el plan operativo. 4. Supervisar el cumplimiento de las actividades en campo. 5. Evaluar el alcance de los resultados a través de los indicadores respectivos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 6

NOMBRE DEL PUESTO	Estadígrafo
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	- Nombre del puesto: Estadígrafo - Número de puesto existente: 1 - Ubicación física y administrativa: - Renglón presupuestario: 011 - Ámbito de operación: administrativo
RELACIÓN DE AUTORIDAD	- Jefe inmediato: Director de Maternidad Distrito de Salud El Amparo - Subordinados: Ninguno
PROPÓSITO DEL PUESTO	Brindar asistencia secretarial y estadística en el Distrito de Salud
FUNCIONES	- Organizar la documentación administrativa y técnica del Distrito de salud - Mantener organizado el archivo de la documentación de pacientes - Administrar bases de datos estadísticos del Distrito de Salud - Proveer salidas de información para el análisis epidemiológico.

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 7

NOMBRE DEL PUESTO	Coordinación médica
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	- Nombre del puesto: Coordinación médica - Número de puesto existente: 1 - Ubicación física y administrativa: - Renglón presupuestario: 011 - Ámbito de operación: técnico – administrativo
RELACIÓN DE AUTORIDAD	- Jefe inmediato: Dirección de la maternidad - Subordinados: Médicos especialistas
PROPÓSITO DEL PUESTO	Dar lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo del proyecto
FUNCIONES	- Organizar al personal médico especializado y los recursos para el alcance de los resultados. - Asegurar la prestación de servicios acorde al flujo grama y protocolos respectivos - Participar en las capacitaciones del proyecto - Monitorear las actividades del proyecto con base en el plan operativo. - Participar en la evaluación de los resultados a través de los indicadores respectivos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla No.8

NOMBRE DEL PUESTO	Coordinación de enfermería
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	• Nombre del puesto: Coordinación de enfermería • Número de puesto existente: 1 • Ubicación física y administrativa: • Renglón presupuestario: 011 • Ámbito de operación: técnico – administrativo
RELACIÓN DE AUTORIDAD	• Jefe inmediato: Dirección de la maternidad • Subordinados: Auxiliares de enfermería
PROPÓSITO DEL PUESTO	Dar lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo del proyecto
FUNCIONES	1. Organizar al personal de enfermería y los recursos para el alcance de los resultados. 2. Monitorear las actividades del proyecto con base en el plan operativo. 3. Organizar al equipo de Comadronas del Distrito 4. Supervisar el cumplimiento de las actividades en campo. 5. Participar en la evaluación de los resultados a través de los indicadores respectivos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 9

NOMBRE DEL PUESTO	Auxiliar de enfermería
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	- Nombre del puesto: Auxiliar de enfermería - Número de puesto existente: 1 - Ubicación física y administrativa: - Renglón presupuestario: 011 - Ámbito de operación: técnico – operativo
RELACIÓN DE AUTORIDAD	- Jefe inmediato: Coordinadora de Enfermería - Ninguno
PROPÓSITO DEL PUESTO	Asistir al personal médico en la atención y seguimiento de pacientes. Coordinar con la consejera y comadronas las actividades para el desarrollo del proyecto
FUNCIONES	- Organizar la consulta diaria y facilitar los insumos para la misma. - Orientar y aconsejar a las usuarias sobre su seguimiento. - Acompañar las actividades en campo. - Participar en la evaluación de los resultados a través de los indicadores respectivos. - Participar en las capacitaciones programadas.

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 10

NOMBRE DEL PUESTO	Consejera en VIH
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	- Nombre del puesto: Consejera en VIH/Auxiliar de Enfermería. - Número de puesto existente: 1 - Ubicación física y administrativa: Maternidad El amparo - Renglón presupuestario: 011 - Ámbito de operación: técnico
RELACIÓN DE AUTORIDAD	- Jefe inmediato: Coordinación de enfermería - Subordinados: Ninguno
PROPÓSITO DEL PUESTO	Brindar consejería pre y post prueba a usuarios del servicio de maternidad del Amparo
FUNCIONES	- Brindar consejería pre prueba de VIH - Referir a los usuarios al servicio de laboratorio para realizar la prueba - Brindar servicio de post consejería a usuarios - Referir a los usuarios a las unidades respectivas con base en el resultado de la prueba de VIH. - Participar activamente en las capacitaciones del proyecto

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 11

NOMBRE DEL PUESTO	Técnico de laboratorio
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	• Nombre del puesto: Técnico de laboratorio • Número de puesto existente: 1 • Ubicación física y administrativa: Maternidad El amparo • Renglón presupuestario: 011 • Ámbito de operación: técnico
RELACIÓN DE AUTORIDAD	• Jefe inmediato: Coordinación de enfermería • Subordinados: Ninguno
PROPÓSITO DEL PUESTO	Procesar las muestras de laboratorio de mujeres embarazadas.
FUNCIONES	1. Extracción de sangre a mujeres embarazadas 2. Estudio químico de las muestras 3. Registro de información 4. Reporte de resultados

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 12

NOMBRE DEL PUESTO	Comadrona Tradicional Capacitada
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	• Nombre del puesto: Comadrona Tradicional Capacitada • Número de puesto existente: 6 • Ámbito donde opera: Comunidad
RELACIÓN DE AUTORIDAD	• Jefe inmediato: Enfermera del Distrito • Subordinados Ninguno
PROPÓSITO DEL PUESTO	Dar lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo del proyecto
FUNCIONES	1. Identificar madres embarazadas en el área de cobertura del Distrito de Salud 2. Captar y referir oportunamente a las madres embarazadas para su atención 3. Brindar consejería a madres embarazadas sobre la transmisión vertical del VIH y otras complicaciones maternas 4. Acompañar a las madres embarazadas en la comunidad 5. Detectar y referir oportunamente madres que presenten complicaciones durante su embarazo

Fuente: Elaboración propia

Una vez identificado las funciones de los actores claves que implementarán el Proyecto, se han calculado los costos de pago del recurso humano, en base a las horas/mes que dedicarán a las actividades de identificación de mujeres embarazadas, orientación, tamizaje, consulta médica, y el respectivo seguimiento

a aquellas mujeres que resulten positivas a la prueba del VIH. Los cálculos incluyen las prestaciones de Ley correspondientes.

Cuadro No. 12

Costos de salario en base al tiempo a invertir por el recurso humano que implementará el Proyecto **“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL”**.

PUESTO	SALARIO	COSTO/HORA	HORAS/MES	COSTO TOTAL
Médico	8,000.00	61.21	19.2	1175.232
Directora	12,000.00	91.17	19.2	1750.464
Enfermera	3,500.00	27.51	19.2	528.192
Consejera	3,500.00	27.51	19.2	528.192
Auxiliar de enfermería	2,500.00	20.02	19.2	384.384
Técnico en Laboratorio	2,500.00	20.02	19.2	384.384
Estadígrafo	2,000.00	16.28	19.2	312.576
TOTALES	Q34,000.00	Q263.72		Q5,063.42

Fuente: Estimaciones propias en base a salarios aproximados facilitados por la Maternidad y Ministerio de Salud

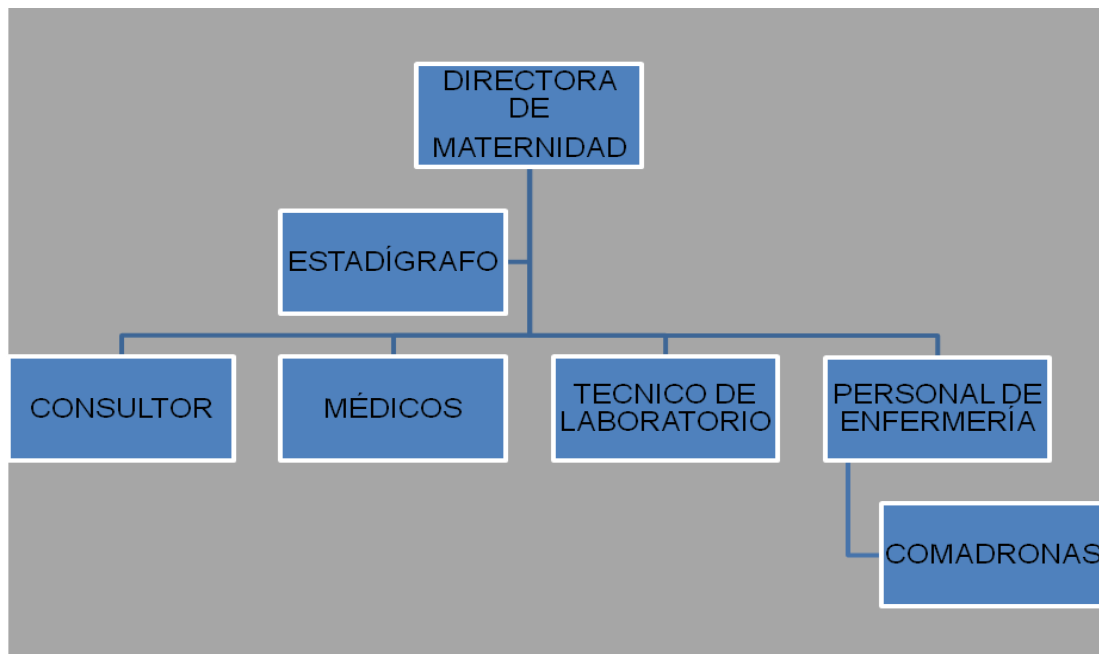
3. DIAGRAMAS DE CONTEXTO

Para tener mayor claridad en las líneas de comunicación y coordinación del personal que participará en el Proyecto, se presentan los dos esquemas siguientes:

4. COORDINACIÓN INTRA INSTITUCIONAL DEL PROYECTO

Dentro de la estructura interna, la Directora de la maternidad es quien liderará el proceso, con estrecha coordinación con el personal de enfermería y líderes comunitarias (comadronas), estas últimas serán las responsables de contactar a las potenciales usuarias del servicio y a su vez referirlas, para que institucionalmente reciban al abordaje normado. A continuación el organigrama de estructura organizativa del proyecto.

Gráfica No. 22
Organigrama Proyecto
“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR
LA TRANSMISIÓN VERTICAL”



Fuente: elaboración propia

5. COORDINACIÓN EXTRA INSTITUCIONAL DEL PROYECTO

Además de las comadronas que constituyen personal externo de la maternidad, existen entes ministeriales claves con los que la maternidad deberá coordinar para la implementación del proyecto, uno de ellos es la Dirección de Área de Salud Guatemala Central, entidad que dentro de la estructura administrativa del Sistema de Atención Integral en Salud, es a quien le reporta la maternidad, por lo tanto los lineamientos administrativos y técnicos emanan de esta Dirección.

Por otro lado está el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA, que es un órgano técnico normativo, por lo tanto se encarga de diseñar los protocolos de atención

integral para las personas que viven con el virus. Este es el ente que cuenta con equipo humano capacitado, quienes dentro del presente Proyecto se han visualizado como los capacitadores del personal del distrito, la maternidad y las comadronas.

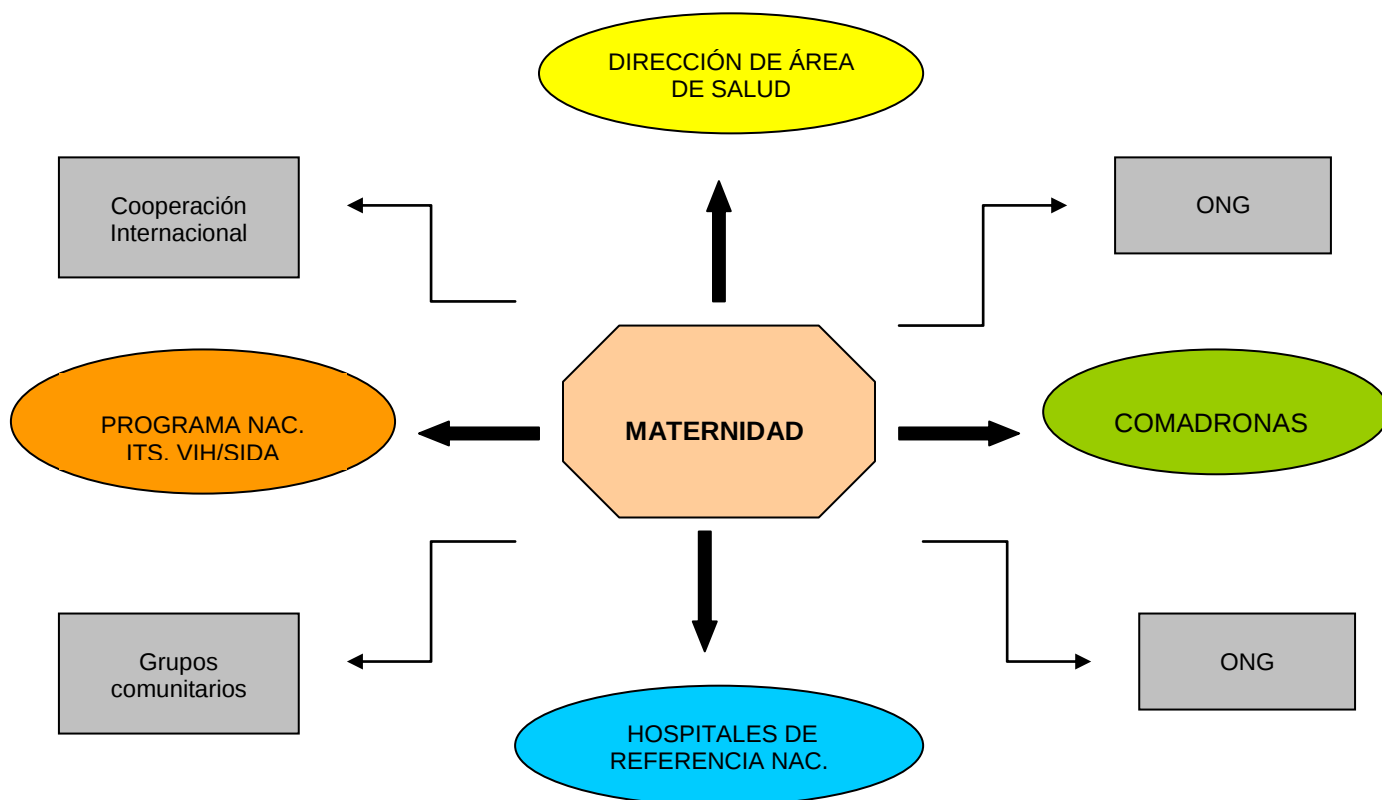
Se hace necesario establecer mecanismos de coordinación para la referencia y respuesta de la población meta con los Hospitales del tercer nivel de atención, en este caso los hospitales que cuentan con Clínica de Atención Integral son los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.

Pero también existen otras entidades en el medio con las que para dar seguimiento y abordaje integral a las madres se requiera coordinar, por ejemplo, en materia de trabajo, podría contactarse al Ministerio de Trabajo, por aspectos legales con el Organismo Judicial, para denuncias de violencia sexual o basada en género con la CONAPREVI, por citar ejemplos.

Los cooperantes nacionales e internacionales serán un recurso que deberá contactarse para socializar el proyecto, como para obtener fondos adicionales, no hay que perder de vista que el gobierno no siempre tiene los recursos para cubrir este tipo de intervenciones y porque se esperaría que esta estrategia de seguimiento de mujeres gestantes VIH positivas pueda replicarse en otros servicios, que para echarlo a andar, se podría requerir de fondos de donantes.

La gráfica a continuación muestra las instancias gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias con las que se deberá establecer algún tipo de coordinación.

Gráfica No. 23
Coordinación Extra institucional del Proyecto
“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR
LA TRANSMISIÓN VERTICAL”



Fuente: Elaboración propia,

6. RESUMEN DEL ESTUDIO ADMINISTRATIVO

La Maternidad cuenta con aproximadamente veintinueve trabajadores, entre profesionales, técnicos y personal operativo componen el equipo humano de la Maternidad El Amparo, para fines de implementar el presente Proyecto se ha considerado parte de su personal, en vista de que las acciones para el seguimiento de mujeres gestantes VIH positivas son puntuales y en correspondencia con el número de casos que se esperan atender, serán siete las personas directamente vinculadas con el Proyecto, sin descartar que haya involucrados indirectos que será el resto del personal.

Para contar con un monto estimado del renglón de recurso humano, se ha prorrateado el salario de cada técnico o profesional en el tiempo efectivo a invertir el cual será de un 10% de las horas laborales al mes. El pago de recurso humano que incluye su pasivo laboral es el renglón más alto que tiene el Proyecto.

Hay otras instancias ministeriales con las que el personal de la maternidad deberá coordinar acciones, por lo que en este capítulo se visualizan estas líneas de coordinación.

CAPÍTULO X

ESTUDIO FINANCIERO

En este capítulo se presenta un resumen de los costos de inversión del proyecto. Si bien es cierto, en servicios de salud no se toma en cuenta la rentabilidad, se considera inversión el hecho de prevenir la enfermedad, especialmente porque en el caso de la epidemia del VIH, el gasto es muy alto, el Estudio de Megasc Guatemala 2006, reporta “De las fuentes de financiamiento que invierten sus fondos en el entorno guatemalteco para combatir la epidemia del VIH y SIDA, se determinó que el gasto total reportado para el año 2006 alcanzó un monto total de \$29,500,389.00, dicho monto corresponde al 1.43% del gasto total en salud y el 10.04% del gasto total del MSPAS para ese año.”, esto orienta a que la intervención en que se debe trabajar es en la prevención.

En el texto Exclusión Social y VIH en Guatemala de Cesar Núñez, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar, Pagina 29, se hace la siguiente referencia al Sistema de Información del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, 2000, que reporta “El tratamiento de las enfermedades oportunistas como resultado del SIDA resulta altamente costoso.

Estudios en el Hospital Roosevelt muestran que su costo es aproximadamente de Q.12, 850 por 14 días de hospitalización”, lo que para un año asciende a Q335, 000. Si se compara este dato con el costo del seguimiento a una mujer que se ha calculado en el presente proyecto, se tiene que para un año se invertirá Q16, 834.84, por lo tanto es mucho menos costoso implementar este proyecto.

Retomando lo comentado anteriormente, en Guatemala los casos de SIDA van en aumento, es de esperarse que esto tenga un impacto significativo de los costos directos en la economía familiar y social, partiendo que la mayor carga de cubrir los gastos de salud radican en el bolsillo de las personas.

En la página virtual BBC.com se hace mención del costo para el tratamiento (antirretrovirales) de niños con VIH y refiere “Si el tratamiento se hace con productos de marca, hablamos de un tratamiento que se acerca a los US\$5.000 por paciente por año. Si hablamos de medicamentos genéricos, hablamos de US\$600 a US\$800 por paciente por año”, revisando estos costos, se concluye de la importancia y necesidad de ejecutar proyectos como el presente.

1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Para el presente proyecto, se consideran como fuente potencial el Ministerio de Salud Pública, mediante el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA, la Dirección de Área de Salud Guatemala Central y la propia Maternidad El Amparo.

El siguiente cuadro muestra la distribución del financiamiento por cada dependencia. El monto total del Proyecto es de Q126,790.70.

Cuadro No. 13

Fuentes de Financiamiento y Montos

“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

DEPENDENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD	MONTO A FINANCIAR	PORCENTAJE
Dirección de Área de Salud Guatemala Central	21,560.01	17
Maternidad El Amparo	84,760.29	67
Programa Nacional ITS, VIH y SIDA	20,470.40	16
TOTAL	Q126,790.70	100

Fuente; Elaboración propia

En Guatemala durante el 2011, estará iniciando acciones una nueva fase del Fondo Global, ente que a través de donaciones internacionales apoya al Ministerio de Salud para la lucha contra el VIH, tuberculosis y malaria en

Guatemala, por lo que puede considerarse como una potencial fuente de financiamiento y aliado del Proyecto en el futuro.

2. ESTIMACIÓN DE COSTOS

Como ya se mencionó, el monto total de inversión en el proyecto asciende a **Q126,790.70** para ser ejecutado en un año.

El presupuesto se desglosa para cada uno de los resultados esperados del proyecto:

Cuadro No. 14

Costos totales por resultado del Proyecto

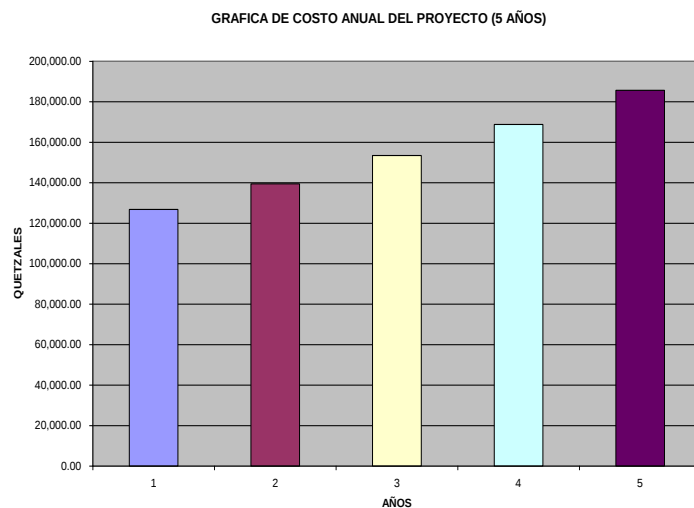
“SEGUIMIENTO A MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS, PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL”

RESULTADO	COSTO EN QUETZALES
1) Personal de la Maternidad de El Amparo y comadronas, capacitados en el tema de VIH y prevención de la transmisión materno - infantil.	Q 33,520.01
2) Mujeres gestantes reciben prueba del VIH con consejería pre y post y consentimiento.	Q 48,130.55
3) Las mujeres gestantes VIH positivas son referidas al Hospital Roosevelt y con seguimiento para la prevención de la transmisión materno – infantil.	Q 45,140.15
TOTAL	Q 126,790.70

Se puede interpretar que los costos directos del proyecto son los del resultado 1 y 3, pues incluye las actividades que no se realizan de forma rutinaria en el servicio y que requerirán de financiamiento adicional. Los costos del resultado 2 incluyen recursos que de forma rutinaria se tienen en el presupuesto de la maternidad de El Amparo.

Los costos para el proyecto se plantean para un año de operaciones, sin embargo se esperaba que el proyecto trascienda más allá de este tiempo, ya sea porque se logre su institucionalización y sostenibilidad o por el interés de donantes en apoyar técnica y financieramente, de tal cuenta que se estimó el valor anual de su implementación durante 5 años.

Gráfica No. 24



Fuente: Elaboración propia

3. COSTO EFICIENCIA

Poseer salud tiene un costo incalculable, el beneficio a obtener en el proyecto como resultado de la inversión se puede estimar.

La tasa de incidencia de madres gestantes VIH positivas es del 0.35%, por tanto se podría estimar que cuatro madres podrían estar en riesgo de transmitir VIH a sus hijos por medio de la transmisión vertical.

En el estudio de mercado se presentó que el costo de la atención una mujer gestante VIH positiva, está alrededor de Q 4,890.04, sin contar las complicaciones que pudiera ocurrir, este monto pareciera no significativo en relación al monto de inversión del proyecto, sin embargo, en estos casos se debe considerar que la

prevención de la transmisión vertical del VIH significa vidas salvadas, personas que tendrán la oportunidad de tener una vida sana y productiva, a este análisis financiero se le debe incluir el análisis ético de que una vida salvada no tiene un costo proyectado en dinero.

Adicional a esto, la inversión del proyecto generará capacidad instalada en el personal institucional y comunitario del distrito de salud que servirá en futuras intervenciones.

4. RESUMEN DEL ESTUDIO FINANCIERO

Se considera que el proyecto es costo beneficioso, por cada mujer atendida para prevenir la transmisión del virus es de Q16,834. 84 mientras que el costo por hospitalización de una persona con SIDA durante un año asciende a Q335,000. Por otro lado si se toma en cuenta que proveer medicamentos antirretrovirales a un niño infectado por el virus cuesta aproximadamente Q6,400.00 anuales y tomando en cuenta que dichos medicamentos deberá tomarlos durante toda su vida, el cálculo sobrepasa lo que se invertirá en el Proyecto

El Proyecto será financiado por tres instancias gubernamentales del Ministerio de Salud Pública, el Área de Salud Guatemala Central y el Programa Nacional de ITS,VIH/SIDA, y la Maternidad El Amparo con un 17%, 67% y 16% respectivamente. El costo total a invertir es de Q. 126,790.70, de los cuales los costos fijos constituyen el 80% y los variables 20%.

Finalmente se realiza el análisis costo eficiencia para comparar 2 alternativas; la situación con proyecto y la situación sin proyecto; el cual al analizar los beneficios económicos y de los impacto en la salud, se concluye que el proyecto es beneficioso realizarlo, porque la atención por cada persona infectada supera el costo por beneficiario del proyecto.

CAPITULO XI

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación y monitoreo, constituye en la práctica un proceso de análisis crítico de todas las actividades y resultados de un proyecto. La evaluación describe los pasos, desde el levantamiento de la información, valoración, análisis y toma de decisiones del proyecto.

La evaluación comienza con la fase preparatoria de un proyecto; continúa durante la implementación del mismo y finaliza cuando éste termina. El monitoreo se realiza durante la implementación de las actividades.

Para la elaboración del plan de monitoreo y evaluación se han tomado en cuenta las recomendaciones del Fondo Global para Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Malaria.

1. DEFINICIONES Y MEDICIÓN DE INDICADORES

De conformidad con la herramienta de Monitoreo y Evaluación los indicadores se pueden medir a diferentes niveles, que se describen en el marco lógico del proyecto.

Tabla No. 15

Marco de Monitoreo y Evaluación	
Impacto	<i>Reducción de la transmisión vertical.</i>
Efecto	<i>Coberturas de tamizaje y atención según protocolos.</i>
Resultado	<i>Número de personas que reciben servicios Número de personas formadas/capacitadas.</i>
Proceso Actividades	<i>No. De eventos de capacitación.</i>
Entrada	<i>Recursos: materiales, humanos y financieros.</i>

Fuente: Elaboración propia

Para la medición, tanto a nivel de impacto/efecto, como a nivel operativo (resultado, proceso y entrada), se realizará lo siguiente:

- Definir todos los indicadores estándar que serán notificados o medidos a nivel nacional
- Incluir la situación de partida o línea de base.
- Definir los métodos de medición, la cronología y la frecuencia de recogida de datos.

Estos elementos constituyen el plan de monitoreo y evaluación.

2. INDICADORES DE MEDICIÓN

La siguiente tabla contiene los indicadores a tomar en cuenta para nivel de acuerdo con el marco lógico

Tabla No. 16

INDICADOR DE IMPACTO	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN
% de gestantes VIH positivas que cumplen con las buenas prácticas para prevenir la transmisión vertical.	Se refiere a la cantidad de mujeres gestantes con prueba positiva para VIH que tienen la posibilidad de: • Tratamiento anti retro viral según protocolo • Resolución del parto por cesárea • Evitar la lactancia materna	No. De madres gestantes VIH positivas que cumplen con las buenas prácticas/No. Total de madres gestantes VIH positivas X 100
INDICADORES DE EFECTO		
% de mujeres gestantes tamizadas con pruebas de VIH.	Se refiere a las madres gestantes que tienen acceso a que se les realice una prueba para detectar VIH	No. De gestantes a las que se les realiza prueba de tamizaje /No. Total de gestantes X 100
% de mujeres gestantes VIH positivas, referidas a la Clínica de e Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.	Se refiere a las gestantes detectadas como VIH positivas que son referidas al hospital Roosevelt para su tratamiento	No. De gestantes positivas para VIH referidas al HR/ No. Total de gestantes VIH positivas detectadas
INDICADORES DE RESULTADO 1		
% de prestadores de servicios de salud de La Maternidad El Amparo, capacitados	Se refiere al personal institucional que asiste a todos los eventos de capacitación programados.	No. de personas capacitadas por área técnica/No.de personas por área técnica X100
% de comadronas del Distrito El Amparo capacitadas, durante el año 2011.	Se refiere a las CTC que asisten a todos los eventos de capacitación programados.	No. De CTC que asisten a las capacitaciones/No. De CTC activas X100
INDICADORES PARA RESULTADO 2		
% de mujeres gestantes referidas para consejería por el personal médico	Se refiere a las mujeres gestantes que fueron enviadas por el personal médico a la clínica de consejería.	No. De mujeres gestantes registradas en la clínica de consejería/No. De gestantes registradas en la clínica de control prenatal X 100

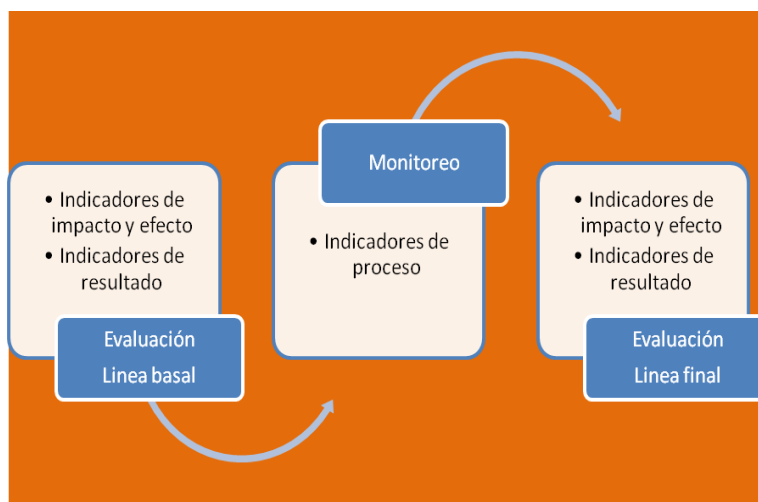
INDICADOR DE IMPACTO	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN
% de mujeres que deciden realizarse la prueba	Se refiere a las gestantes que firman consentimiento informado para realizarse la prueba de VIH	No. De gestantes que firmaron consentimiento informado/No. De gestantes captadas X 100
% de mujeres embarazadas reciben orientación pre prueba y post prueba.	Se refiere a las mujeres gestantes que fueron enviadas por el personal médico a la clínica de consejería posterior a notificarles el resultado de la prueba	No. De mujeres gestantes registradas en la clínica de consejería/No. De gestantes que se realizaron prueba prenatal X 100
INDICADORES PARA RESULTADO 3		
% de mujeres gestantes VIH positivas referidas al Hospital Roosevelt para atención especializada	Se refiere a las gestantes VIH positivas que han sido admitidas en el HR para atención según protocolos	No. de gestantes VIH positivas admitidas en el HR/No. Total de gestantes VIH positivas referidas X 100
El 100% de mujeres referidas al Hospital Roosevelt reciben seguimiento por las comadronas del Distrito de Salud de El Amparo durante el embarazo y post parto.	Se refiere a las gestantes VIH positivas que reciben atención de seguimiento por personal de la maternidad El Amparo y las Comadronas Tradicionales Capacitadas	No. de embarazadas VIH positivas en seguimiento por el personal /No. Total de gestantes VIH positivas captadas X 100
INDICADORES DE PROCESO		
Plan operativo del proyecto definido	Se refiere a un documento escrito en donde se detallan las metas, actividades, tiempos y recursos para llevar a cabo el proyecto	Documento escrito para cada año
Plan de capacitación al personal realizado	Se refiere a un documento escrito en donde se detallan los objetivos, contenidos, metodologías, cronograma y recursos necesarios para llevar a cabo los eventos de capacitación programados en el proyecto para cada audiencia definida	Plan de capacitación
No. De eventos de capacitación realizados	Se refiere a los eventos programados en el plan de capacitación para cada audiencia	No. de eventos de capacitación realizados/No de eventos de capacitación programados X 100

INDICADOR DE IMPACTO	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN
% de gestantes con expediente clínico	Se refiere a las gestantes que están registradas en un expediente clínico en el servicio	No. de gestantes con expediente clínico/ No. Total de gestantes VIH positivas captadas X 100
% de gestantes con expediente de referencia y contra referencia	Se refiere a las gestantes que cuentan con un expediente de referencia y respuesta en el servicio	No. de gestantes con expediente de referencia y respuesta/ No. Total de gestantes VIH positivas captadas X 100
% de visitas realizadas por comadronas a las madres gestantes	Se refiere a las visitas realizadas a las gestantes a su domicilio por parte del personal	No. de embarazadas con registro de visita al domicilio/ No. Total de gestantes VIH positivas registradas X 100
% de ejecución del presupuesto asignado al proyecto	Se refiere a la cantidad de recurso financiero asignado al proyecto ejecutado durante el período programado	Monto total en Quetzales ejecutado en el año/Monto total en Quetzales asignado para un año X 100

3. PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El plan que se describe a continuación se compone de acciones de evaluación y monitoreo. El siguiente flujo grama evidencia la secuencia en al que se hará el proceso.

Gráfica No. 25



Fuente: Elaboración propia

4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para recolectar la información se utilizarán instrumentos de recolección de información del sistema oficial de registro y de ser necesario se elaborarán instrumentos auxiliares.

Para el análisis se construirá una base de datos en MS Excel y el análisis se realizará de acuerdo a las etapas antes definidas con el equipo del Distrito de salud.

5. MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS DATOS

Para garantizar la objetividad de la información, la recolección de la información en las diferentes etapas del monitoreo y evaluación, la ponente de la presente tesis hará la supervisión de la recolección de la información, se construirá una base de datos independiente a la del distrito de salud para cotejar la información.

CONCLUSIONES

1. El enfoque de prevención debe predominar en los Programas de Salud, bajo la premisa que es “mejor prevenir que curar” y el costo beneficio de estas intervenciones se propone implementar el Proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, en la Maternidad El Amparo zona 7, y poder implementarlo en otros servicios o áreas geográficas del país.
2. En el análisis costo eficiencia del proyecto se presentan los beneficios de ejecutar el proyecto. Para el contexto nacional es beneficiosa la Situación con Proyecto por el impacto social y económico que implica para el gobierno, especialmente para el sistema de salud que podría atender más personas con la epidemia del VIH/SIDA y brindar atención integral a los individuos que viven con VIH y sus familias.
3. El Proyecto no requiere de inversión inicial, esto lo hace más factible de realizar, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Área de Salud Guatemala Central, el Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA y la Maternidad El Amparo, cuenta con la capacidad instalada para ejecutar el Proyecto, solo ser requiere coordinación para lograr los resultados esperados en monitoreo y cumplimiento de indicadores contenidos en el marco lógico.
4. En Guatemala existe un ambiente político favorable, la legislación base y acuerdos internacionales como Las Metas del Milenio, Convención de los Derechos de la Infancia y Convención de los Derechos de la Salud de las Mujeres, que dan sustentación legal al diseño y ejecución del Proyecto.
5. Con la ejecución del Proyecto se espera ofrecer a la niñez y futuras generaciones la oportunidad de nacer y crecer sanos física y psicológicamente, así brindarles la oportunidad de un desarrollo humano basado en los derechos constitucionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID] (Guatemala) (2006) Determinantes del estado de salud en Guatemala.
- Alas, K. Comunicación personal, (2011)
- Amigos contra el Sida AC. México. (s.f.) Recuperado de <http://www.aids-sida.org/mujerySIDA.html>
- Banco Interamericano de Desarrollo [BCIE] (Washington) (2003) Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/sida.
- Bolaños, M.R. Asamblea general extraordinaria de naciones unidas sobre VIH/sida (2001)
- Centers for Disease Control [CDC] (Estados Unidos) (2006) Mujeres embarazadas que viven con VIH/sida
- CEPAL, IPEA, PNUD. Chile, (2003) Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe.
- CIMACNOTICIAS periodismo con perspectiva de género, 15 de marzo 2010 Recuperado de <http://www.cimacnoticias.com/site/10010507-Estable-la-atencio.40694.0.html>
- Cook, R. J. Women's International Human Rights: A biography. NY, Univ. Intl. Law. Pol 24: 701 – 731, (1992)
- España, Ministerio de Salud. (2001) Hospital Son Dureta. Protocolo para la profilaxis de la transmisión vertical del VIH en obstetricia
- Fontela, Mariana y Tajer, Débora. (2008) Derecho a la salud de las mujeres y su garantía constitucional en Argentina. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100019&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1686
- Guatemala. Constitución de la República 1985
- Guatemala. Instituto Nacional de Estadística [INE] (2002). Encuesta Nacional de Salud, Mujeres.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002) Acuerdo número 317-2002 Ley General para el combate del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/sida, 2da ed.

- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004) Manual de orientación en VIH/sida.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004) Programa Nacional del Sida [PNS]
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2005-2006) Política Pública
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2006) Medición del gasto en Sida
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PNS (2006) Guía de tratamiento anti retroviral y de infecciones oportunistas.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2006-2010) Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y Sida.
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Hospital Roosevelt (2008) Memoria de labores
- Guatemala. Legislación de Guatemala (s.f.) Guía mundial de leyes. Recuperado de <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwegua.htm>
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) Normas de atención para las mujeres en edad fértil
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) Centro nacional de epidemiología
- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y Sida. (2011-2015)
- .
Guía de Monitoreo y Evaluación. (2007). Brasil. Recuperado de http://www.monitoreoyevaluacion.info/biblioteca/MVI_100.pdf
- Herrera, C. y Campero, L. (s.f.) El VIH/Sida y la Mujeres
- Lou, M. Comunicación personal (2011)
- Matute J. (2010) Proyecto para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Centro de investigaciones en salud y nutrición.
- MW, Bornero RJ. Restrepo MJ. Manual de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. (2005:125-9), Medellín CIB

- Organización Mundial para la Salud / CDC Estados Unidos. (2006) Paquete de capacitación genérica. Prevención de la transmisión materno infantil del VIH
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (Washington) (2001) Declaración de compromiso lucha contra el Sida.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Washington) (2004) Herramientas FRESC para una salud escolar efectiva. Cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH
- Organización de Naciones Unidas para el Sida [ONUSIDA] (Panamá) (1995) Viviendo juntos VIH/sida hoy en Panamá y el mundo, Boletín Bimensual
- ONU (El Cairo, Egipto) (1994) Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Recuperado de <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
- ONUSIDA (Guatemala) (2001) Núñez, César Antonio, Fernández, Víctor Hugo y Aguilar Sergio. Exclusión social y VIH/sida en Guatemala.
- ONUSIDA (Guatemala) (2001-2010) Cuadernos de desarrollo humano
- ONUSIDA para la Educación (Guatemala) (2002) El VIH/sida y la educación un enfoque estratégico.
- ONUSIDA (Guatemala) (2005) Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH, estudios de caso de intervenciones exitosas. Recuperado de http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf
- ONUSIDA (Guatemala) (s. f.) Proyecto de investigación de UNESCO/ONUSIDA, Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida.
- ONUSIDA (Guatemala) (s.f.) Uniendo al mundo contra el Sida. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1248-overviewbrochure_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (Bolivia) Infecciones de transmisión sexual (s.f.)
- OPS (Guatemala) (2007) Pappa, R. O. Metodología de la investigación, una aproximación al estudio de lo real. 1era. ed.
- OPS (Guatemala) (2008) Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala.

- Planned Parenthood. (s.f.) Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/ets/vih-sida-4264.htm>
- Prevención de la transmisión vertical del HIV en la mujer embarazada VIH positiva. (s.f.) Recuperado de www.portalesmedicos.com
- Programa Nacional de Naciones Unidas [PNUD] (Guatemala) (s.f.) Objetivos de desarrollo del milenio. Recuperado de: <http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml>
- Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH, [PASCA] (Guatemala) (2011) Revisión técnica de políticas de VIH en Centroamérica, sesión 2.
- Sida en Guatemala (s.f) Recuperado de <http://sida.salud.com/guatemala-sida>
- Sida y embarazo (s.f) Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2003/12/sida-embarazo/index.html>
- UNESCO, (París) (2002) Estigma y discriminación por el VIH/Sida. Un enfoque antropológico, actas de la mesa redonda.
- United Nations for AIDS [UNAIDS] Estados Unidos (2008) Mercadeo Social, una herramienta efectiva en la respuesta global al VIH. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc167-socmarketing_en.pdf
- USAID (Estados Unidos) Family Health International Project (2005) Manual de integración de Género en programas de salud reproductiva y VIH.
- Vélez G L. (s.f.) VIH: tratamiento de la mujer embarazada y prevención de la transmisión vertical. En: Vélez AH, Rojas
- Visión Mundial, Proyecto Fondo Mundial, (Guatemala) (2008) III Reporte epidemiológico
- Visión Mundial, Proyecto Fondo Mundial, (Guatemala) (2009) Herramientas para monitoreo y evaluación. Recuperado de http://www.theglobalfund.org/es/me/guidelines_tools
- Visión Mundial. Proyecto Fondo Mundial, Guatemala (2009) Proyecto VIH
- Visión Mundial. Proyecto Fondo Mundial, (Guatemala) (2010) Proyecto intensificación de las acciones de prevención y atención integral de VIH/Sida grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala, Informe de línea final de evaluación.

ANEXOS

ENTREVISTA ESTRUCTURADA A MUJERES EMBARAZADAS VIH POSITIVAS
QUE HAN ASISTIDO A SU ATENCIÓN PRENATAL A LA CLÍNICA DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT (NO
ADHERENTES)

Código de la clínica: _____ Grupo: _____
Edad: _____ Número de hijos: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Ingresos económicos _____
Lugar de procedencia: _____

1. ¿Cómo considera usted la atención que le ha brindado el personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt?

Mala _____ Regular _____ Buena _____ Muy Buena _____

¿Por qué? _____

2. ¿Considera importante que una mujer embarazada VIH positiva, mantenga tratamiento para evitar que el bebé nazca infectado?

SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

3. Mencione las razones de tipo económico que le hicieron dejar de recibir su tratamiento en la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt? _____

4. En la comunidad en la que usted vive hay algunos factores que le impiden continuar con su tratamiento en la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt

SI _____ NO _____

En caso afirmativo, mencione

¿Cuáles? _____

5. Su familia (esposo, padres, hermanos, etc.) ¿Conocen su diagnóstico?

SI _____ No _____

6. ¿En su familia hay algunas personas que le han limitado continuar con su tratamiento en el Hospital Roosevelt? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, mencione

¿Quiénes? _____

7. ¿Existen otras personas como vecinos, amigos que han impedido que usted reciba su tratamiento y atención integral? Si____ No____

¿Porqué?_____

8. ¿Qué le ayudaría a continuar su tratamiento en la Clínica de Infecciosas en el Hospital Roosevelt para evitar que su bebé nazca infectado con VIH?_____

GUÍA PARA REGISTRO DE INFORMACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS VIH
POSITIVAS QUE ASISTEN A ATENCIÓN PRENATAL A LA CLÍNICA DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Grupo de Mujeres Adherentes

Código de la clínica: _____ Grupo: _____
Edad: _____ Número de hijos: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Ingresos económicos: _____
Lugar de procedencia: _____

Identificar factores que han favorecido la continuidad del tratamiento en el
momento del embarazo y parto _____

Se identifica inconformidad de la paciente sobre la atención que le han
proporcionado la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt

Si ____ No ____

¿Cuáles? _____

¿Qué o quién ha motivado/apoyado a la paciente a continuar su tratamiento y
tener su parto en el Hospital?

¿Qué limitaciones o barreras ha superado la paciente para continuar con su
tratamiento?

Económicas, ¿Cuáles y como las ha superado? _____

Sociales, ¿Cuáles y cómo las ha superado? _____

Institucionales, ¿Cuáles y cómo las ha superado? _____

Observaciones: