



www.avalua.cat



Avalua
anàlisi i desenvolupament

Programa UALE de prevención del SIDA en Escuintla, Guatemala

¿Qué es AVALUA?

AVALUA es un servicio de asesoría y consultoría externa independiente de cooperación internacional que impulsa procesos de reflexión de los actores de la cooperación centralizada, tanto institucionales como no gubernamentales, y también de las poblaciones de los países del Sur, con el fin de mejorar su calidad.

AVALUA surge de la necesidad de impulsar procesos de evaluación y sistematización de la cooperación descentralizada y de trabajar por su transparencia y calidad. Un equipo de profesionales con larga experiencia en el mundo de la cooperación queremos poner nuestros conocimientos, teóricos y prácticos, para ofrecer un servicio de asesoría y consultoría externa independiente.

Desde AVALUA podemos evaluar programas de cooperación, hacer análisis de impacto, sistematizaciones, auditorías sociales... y otros instrumentos imprescindibles si se quiere disponer de elementos de análisis y reflexión con el fin de promover un debate crítico en el sector, que impulse la mejora de la calidad de la cooperación descentralizada a través de la planificación estratégica local. Mejorar la capacidad de comunicación de las iniciativas solidarias, dando a conocer los contenidos, realizaciones e impactos alcanzados, así como la opinión de las poblaciones beneficiarias, es uno de nuestros objetivos.

¿Qué pretende la colección BUENAS PRÁCTICAS?

Buenas Prácticas es una colección de AVALUA, anàlisi i desenvolupament que cuenta con el apoyo de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament. En ella se publican la síntesis de las principales actuaciones llevadas a cabo en los distintos proyectos que AVALUA ha analizado y evaluado de manera positiva. Se quieren exponer los elementos clave por los cuales consideramos que son una buena práctica y el motivo por el que su aportación se considera relevante o innovadora por su interés social, económico, político, organizativo, cultural,...

El conjunto de la colección quiere ser, también, un instrumento de reflexión y análisis crítica que ayude a progresar para contribuir a mejorar la calidad de la cooperación catalana en su conjunto.

Primera edición: Marzo de 2009

© De los textos: AVALUA, anàlisi i desenvolupament

© De las fotos: AVALUA, anàlisi i desenvolupament / Fundació Sida i Societat

Fotos portada y 2, 10, 11, 17 de Juan Carlos Tomasi

Impresión: Maes. Barcelona

Depósito legal:

Impreso en Cataluña - Printed in Catalonia

La reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático, está permitida pero tendrá que contar con la autorización de los propietarios del copyright, y deberá citar siempre la fuente.

Introducción

En un mundo tan globalizado como el actual, trabajar por la salud pública ya no se puede hacer sólo desde una visión local o nacional. Es por eso que la defensa de los bienes públicos globales y muy concretamente la tarea de prevención de las enfermedades es una responsabilidad global en la que todo el mundo es responsable. El programa que se presenta nace en el marco de la cooperación bilateral entre el Ministerio de Salud de Guatemala y la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament y está siendo implementado por la Fundació Sida i Societat, a través de la cual participan también centros especializados catalanes que trabajan en el combate epidemiológico de la enfermedad.

Por eso consideramos que esta iniciativa se trata de un modelo avanzado de cooperación que, siendo respetuoso con las instituciones locales del sur, promueve el refuerzo de sus capacidades y que a la vez impulsa el establecimiento de acuerdos de colaboración estables entre las instituciones públicas catalanas y los organismos públicos de los países del Sur. En este sentido, hay que valorar positivamente la continuidad del apoyo en aspectos metodológicos con el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya, CEEISCAT (ICO/Departament de Salut, Generalitat de Catalunya) y muy especialmente la cooperación bilateral entre la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament y el Ministerio de Salud de Guatemala.

Hay que decir que la metodología implementada en el UALE, por la calidad de atención en las clínicas, y por la tarea de educación y prevención que realiza, el programa contribuye activamente a promover mecanismos de sensibilización y prevención que se dirigen a la reducción de las ITS y del VIH/SIDA, tarea que en Guatemala se plantea como reto prioritario en el marco de los Objetivos del Milenio.

En concreto, hay que destacar el buen prestigio de que disponen las 3 clínicas de la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT en el Departamento de Escuintla y el alto grado de adherencia de los usuarios y usuarias del servicio, que a la vez, registra progresivamente, una mayor aceptación por parte de la población en general. También se trabaja para mejorar sus condiciones de vida, sobretudo de las mujeres trabajadoras del sexo (MTS), mejorar su autoestima y promover su organización para defender colectivamente sus derechos.

Para acabar, creemos que el presente proyecto es una positiva experiencia que hay que dar a conocer, tanto en relación a la metodología utilizada como por su encaje institucional.

NÚRIA CAMPS I VIDAL

Directora de AVALUA



Pág. 3	Introducción
Pág. 5	Prólogo
Pág. 6	El fortalecimiento de los sistemas de salud públicos
Pág. 7	Situación mundial de la problemática
Pág. 12	Presentación del caso
Pág. 13	Partenariado
Pág. 14	Situación de salida en el país de intervención
Pág. 16	El proyecto
Pág. 19	Identificación de la buena práctica
Pág. 21	Valoración según criterios
Pág. 24	Puntos fuertes
Pág. 25	Enlaces de interés
Pág. 26	Contacto entidad ejecutora

Buenas Prácticas 3:

Evaluación del "Programa UALE de prevención del SIDA"

Evaluación realizada por:

AVALUA. Anàlisi i Desenvolupament

Núria Camps i Vidal, directora

Dr. Carlos Rodas Ruiz, evaluador médico local

Andrea Feix Ruf, técnica de proyectos

Sarai Martínez Ruiz, evaluadora júnior

Fechas de la evaluación:

De febrero a marzo de 2008

Misión en Guatemala: 20 al 25 de febrero

Trabajo en gabinete: 1 de febrero al 30 de marzo

Período evaluado:

Entre septiembre de 2006 y diciembre de 2007

Elaboración del texto de la buena práctica:

Marta Ramoneda i Anglés

Núria Camps i Vidal, directora de AVALUA

Corrección del texto:

Paquita Conejero Pérez



En primer lugar y en nombre de todo el personal de la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT quiero agradecer a AVALUA el haber escogido el proyecto de nuestra Fundación en Guatemala para ser publicado en su colección de buenas prácticas. Estoy seguro de que los profesionales tanto de la sede central, como en el terreno, lo recibirán como un reconocimiento a sus esfuerzos y un estímulo a sus ilusiones. Y he querido empezar hablando del personal de forma absolutamente consciente. El mundo de la Cooperación Internacional es complejo, se ha profesionalizado y en demasiadas ocasiones también ha entrado en el tira y afloja de los intereses políticos o económicos, así como en las propias agendas de los donantes. Por eso, como en tantos otros sectores, aparte del conocimiento y sus recursos, lo que termina siendo verdaderamente efectivo es la motivación de unas cuantas personas que creen en un proyecto. En Guatemala hemos tenido la inmensa fortuna de haberlas encontrado. En los cinco años que llevamos en el país el proyecto ha pasado de 4 profesionales a 26, hasta ahora todos guatemaltecos. Sin su compromiso personal y su ilusión el proyecto no habría conseguido el grado de aceptación que tiene actualmente.

La FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT es una de las muchas fundaciones y organismos que trabajan en el ámbito del SIDA, la enfermedad que en los últimos siglos, a mi entender, ha tenido mayor impacto, no sólo en los indicadores de salud -en este caso negativo- sino también en cambiar muchas percepciones y posicionamientos sociales, morales y políticos. Inverosímilmente en Occidente el SIDA hasta se ha convertido en un tema políticamente correcto que se ha integrado en los discursos de los políticos y de personajes famosos sin ningún tipo de contenido. Pero el SIDA también ha conseguido arrancar compromisos de las Naciones Unidas, como el Fondo Global, sin precedentes para dar apoyo a los países con pocos recursos. Pero los recursos no lo son todo. La prevención del VIH y del SIDA no tiene ningún sentido si no se hace de forma conjunta con la mejora del conjunto del sistema sanitario y teniendo en cuenta los diversos factores tanto biomédicos, como sociopolíticos que avivan esta pandemia.

Es precisamente la voluntad de tener en cuenta el contexto, lo que pretendemos que sea un factor diferencial de nuestras actuaciones en salud. Nuestra intervención en Guatemala empezó con tres clínicas de diagnóstico y tratamiento de las ITS/VIH en el sí de los respectivos centros de salud, dirigidas a una de las poblaciones más vulnerables de la región, las trabajadoras sexuales. Sin embargo, pronto abrimos las clínicas al conjunto de la población y desde ellas se iniciaron intervenciones comunitarias dirigidas a las poblaciones clave o vulnerables del Departamento de Escuintla. En una segunda fase, implementamos un programa de violencia sexual y una serie de actuaciones, en colaboración con el Programa Nacional de SIDA, con el fin de facilitar la descentralización de los tratamientos antiretrovirales en el país.

En los países llamados en vías de desarrollo, el SIDA no tendría el impacto que tiene sin la pobreza, la violencia, el machismo y las dificultades de acceso a los servicios sociales, sanitarios y educativos que hay. Son cosas difíciles de cambiar, pero si no queremos caer en la medicalización de la epidemia que hemos hecho en nuestra tierra, hay que tenerlas en cuenta. Y por eso la incidencia política es también uno de nuestros principios de actuación.

Finalmente, pienso que las intervenciones en salud pública, además, también tienen que estar basadas en la evidencia científica y ser desarrolladas con rigor metodológico. Hagamos pues un esfuerzo para que nuestras actividades tengan este componente de rigor que, entre otras cosas, tiene que permitir evaluar su posible efectividad.

Como siempre en salud pública, los resultados no son fáciles ni rápidos. Hace falta determinación, consistencia y recursos. Y en el escenario de la cooperación hace falta sobretodo que los diversos actores actúen juntos. El gran reto de los técnicos en salud pública es conseguir hacer converger sus objetivos con los políticos. Y en este sentido no puedo dejar de agradecer a la ACCD y a la AECID su confianza, ya que durante 4 años han estado dando apoyo a nuestros proyectos, algunos de los cuales son arriesgados y su fruto no se verá hasta dentro de un tiempo.

El hecho de compartir parte de nuestros proyectos con el lector en esta colección, es también una manera de reafirmar nuestro compromiso con los principios de rigor, trabajo en red y transparencia que han inspirado nuestra actuación en América Central.

Gracias a todos.

JORDI CASABONA

Presidente de la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT

... un proyecto en común

El plan director de cooperación al desarrollo 2007-2010 prevé que el Gobierno de Cataluña canalice su ayuda por medio de cuatro modalidades de actuación. Entre ellas, una de las apuestas que se ha hecho en los últimos años es la cooperación bilateral en concertación con otros agentes de la cooperación al desarrollo, referida a aquellas actuaciones que la Administración de la Generalitat realiza (en alguna de sus fases) de manera concertada con otros actores. Desde la Cooperación Catalana se pretende seguir potenciando esta modalidad con el fin de fortalecer los sistemas públicos de los países del Sur con los cuales trabaja.

La Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD) considera la salud un sector prioritario de actuación, por ser éste un derecho fundamental e indiscutible de todas las personas. A la vez apuesta por potenciar el uso de los sistemas de salud públicos con el fin de que este derecho a la salud sea accesible para la mayoría de las personas. Es por eso que hay que buscar fórmulas de cooperación que permitan potenciar el funcionamiento de los sistemas de salud de los países socios del Sur para que no se creen estructuras paralelas que puedan sustituir la función de los sistemas públicos. Así pues, parte del trabajo de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament se enfoca en esta dirección. Pero, además, también incide en la lucha contra las principales enfermedades infecciosas graves, especialmente el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las enfermedades olvidadas, que afectan a las poblaciones más desfavorecidas.

En el caso concreto de Guatemala, como país prioritario de actuación de la Cooperación Catalana, esta voluntad de fortalecer el sistema público de salud es consolidada mediante un convenio de colaboración firmado en octubre de 2006 entre la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament -ACCD- y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala.

Un convenio que se concreta con diversas actuaciones conjuntas y coordinadas, entre las cuales podemos destacar una específica en el ámbito del VIH/SIDA: la que lleva a cabo la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT con el proyecto "UALE- Prevención, control y tratamiento de las ITS/VIH en Escuintla", que como bien dice su nombre UALE (tengas salud en latín), tiene como objetivo contribuir junto con el Ministerio de Salud de Guatemala, a la disminución de la prevalencia y la incidencia del VIH/SIDA y de infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población del departamento de Escuintla.

En definitiva se pretende alcanzar, mediante una actuación conjunta, una mejora en la calidad del sistema público de salud de Guatemala, consiguiendo así un acceso a unos servicios de salud dignos y de calidad por parte de la población beneficiaria.

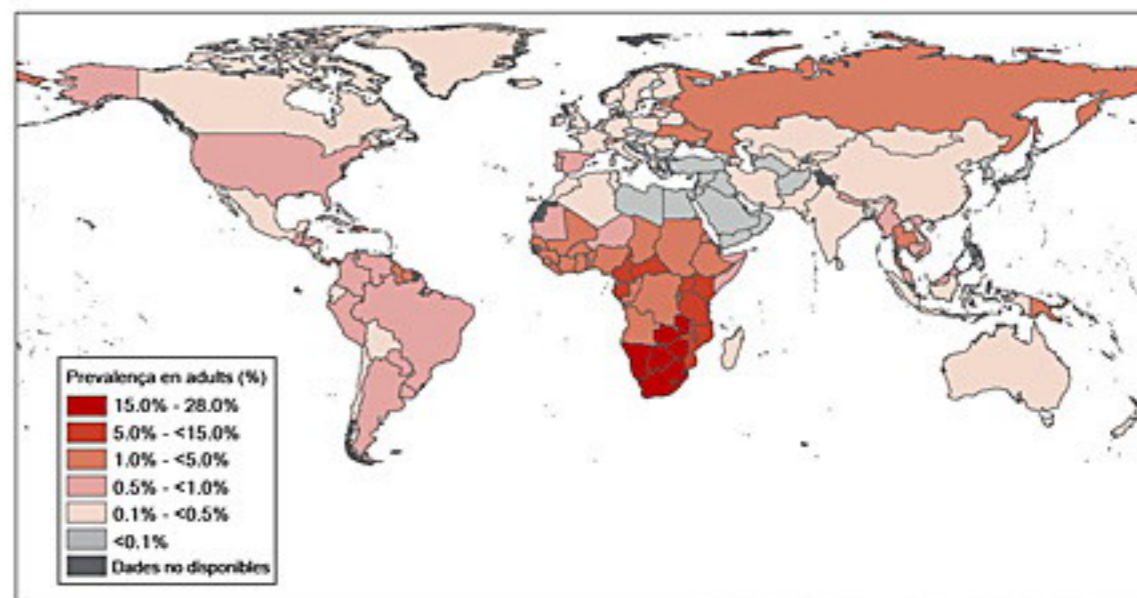
DAVID MINOVES I LLUCIÀ
Director general de Cooperación al
Desarrollo y Acción Humanitaria,
GENERALITAT DE CATALUNYA

El VIH/SIDA en el mundo

En su Informe sobre la epidemia global del SIDA del año 2008, ONUSIDA -la Agencia de Naciones Unidas para el SIDA- estima que había 33 millones de personas viviendo con el VIH en el año 2007, y que a pesar del número de contagios anuales para el año 2007, que fue de 2,7 millones de personas, por debajo de los 3 millones que se infectaron en 2001, en algunos países se continúan registrando unos niveles de infección inaceptablemente altos.

Unos 2 millones de personas murieron a causa del SIDA en el año 2007. Mientras que el porcentaje de personas infectadas se ha estabilizado desde el año 2000, en cifras globales hay más personas que viven con el virus porque se continúan produciendo nuevas infecciones, porque el tratamiento antiretroviral alarga la vida de los afectados y porque el número de nuevas infecciones continúa siendo mayor que las muertes por SIDA.

El África subsahariana es la región más afectada por el VIH, ya que del total de la población mundial infectada un 67% vive en esta zona, que registra también un 75% de las muertes por SIDA. No obstante, se están produciendo aumentos en el número de infecciones en países como Indonesia, la Federación Rusa, América Central y otras zonas con un nivel de vida elevado.



Fuente: 2008 Report on the Global AIDS Epidemic, UNAIDS

El informe estima que unos 370.000 niños menores de 15 años se infectaron en el año 2007, situando en 2 millones de personas de este grupo de edad que en el 2007 vivían con el virus, en comparación con los 1,6 millones que vivían con el VIH en el año 2001. De estos menores de 15 años, el 90% viven en el África subsahariana, según datos del 2007. La mayoría de niños afectados lo han sido durante el embarazo, al nacer o durante la lactancia materna, mientras que una minoría de casos se producen por inyecciones contaminadas, por la transfusión de sangre infectada o por abusos sexuales, entre otros. Entre los adolescentes la infección a través de relaciones sexuales es bastante significativo.

En cuanto al género, el porcentaje de mujeres infectadas por el VIH continúa estable en un 50%, aunque en algunos países el número de mujeres infectadas va en aumento. Fuera del África subsahariana, los grupos más afectados por el VIH son los usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadores/as sexuales.

El monitoreo del VIH se ha expandido y mejorado considerablemente en los últimos años, hecho que ha dado lugar a estimaciones más exactas sobre el alcance e impacto de la epidemia. Por otro lado, hay más países que han llevado a cabo investigaciones a escala nacional entre sus poblaciones, incluyendo el test del VIH.

El impacto del VIH/SIDA en las zonas más afectadas es devastador. Según el mencionado informe de ONUSIDA, el virus ha hecho reducir la esperanza de vida en más de 20 años, a la vez que ha comportado una desaceleración del crecimiento económico y ha incrementado la pobreza. En África subsahariana la pirámide poblacional natural de algunos países se ha visto alterada por el virus, causando un vacío que podría tener serias consecuencias para la transmisión de valores. Doce millones de niños (menores de 18 años) se han convertido en huérfanos en África subsahariana. En Asia, mientras, la infección por VIH es la principal responsable de la pérdida de productividad en comparación con otras enfermedades, y amenaza con abocar a millones de personas a la pobreza. Y es que en áreas rurales con una alta prevalencia del virus, la epidemia -al afectar a la mano de obra del sector agrario- exacerba la inseguridad alimentaria y degrada el sector agrícola.

Objetivos del Milenio

En el año 2000, en sus Objetivos del Milenio, las Naciones Unidas se fijaron como objetivo número seis "combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades". El hito 6.A especifica que hay que "haber detenido y empezado a reducir la propagación del VIH/SIDA en el año 2015", mientras que el hito 6.B reclama la necesidad de que en el año 2010 se haya conseguido "el acceso universal al tratamiento de VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten". Para cada uno de los hitos, los Objetivos del Milenio establecen unos indicadores que permiten medir el progreso en su alcance; en relación a la prevención, algunos de los indicadores para el hito 6.A son:

1. Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años
2. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
3. Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

En relación al tratamiento o hito 6.B, el indicador establecido es "la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antiretrovirales".

Según el segundo informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio elaborado por el gobierno de Guatemala en marzo de 2006, en este país no todos los indicadores propuestos para el monitoreo del avance en el hito 6.A se pueden evaluar, ya sea porque no hay información al respecto, porque no han sido estudiados o porque no se registran en los sistemas de información vigentes en el país. Para poder llevar a cabo el monitoreo del hito es necesario, pues, en cualquier investigación poblacional o de grupos de alto riesgo, recoger información en la línea de los indicadores propuestos por Naciones Unidas.

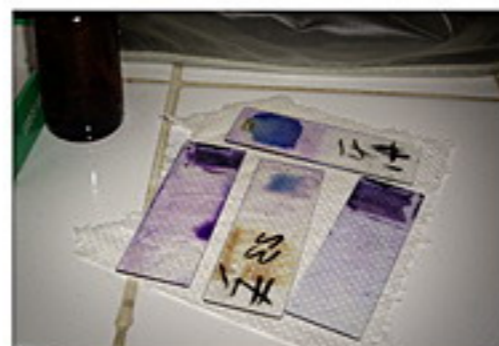
En junio de 2001 jefes de estado y de gobierno se reunieron por primera vez en una sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas dedicada exclusivamente al VIH/SIDA. Aparte de reconocer la epidemia como una crisis global, la reunión recordaba que con suficiente voluntad política y recursos, tanto los estados como la sociedad civil pueden cambiar el destino fatal de la enfermedad. En la reunión se adoptó la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, un documento que junto con los Objetivos del Milenio constituye un marco para la acción, el compromiso y los recursos para combatir el SIDA.

Precio de los ARVs y medicamentos genéricos

Aunque actualmente no hay vacuna o curación contra el VIH/SIDA, el tratamiento con antiretrovirales (ARVs) puede retrasar el curso de la enfermedad, reduciendo tanto la mortalidad como la morbilidad de la infección. Sin embargo, los ARVs son muy caros y en muchos países -algunos de ellos con una gran prevalencia del virus- el acceso rutinario a la medicación es inexistente. La dificultad del tratamiento hace aún más urgente la prevención de la enfermedad.

Brasil, país donde vive una tercera parte de las personas infectadas por el VIH de toda América Latina, es a menudo considerada un ejemplo de respuesta efectiva tanto en relación a la prevención como al tratamiento de la enfermedad, en una estrategia que ha permitido estabilizar la epidemia en el país y reducir a la mitad el número de muertes por SIDA. Brasil fue el primer país que estableció el acceso universal a tratamientos ARVs a toda la población infectada, de manera gratuita, demostrando así una voluntad política inexistente aún en muchos países donde esta falta ha impedido un control mayor de la epidemia.

Poco después de 1982, cuando se detectaron los primeros casos de SIDA en Brasil, los gobiernos federales y estatales, así como la sociedad civil, se movilizaron para contener la enfermedad. La estrategia adoptada por el programa nacional contra el SIDA se basaba en una triple aproximación: prevención precoz y continuada, protección y promoción de los derechos humanos, y acceso universal al tratamiento y asistencia.



Para garantizar el acceso universal, Brasil optó por permitir la producción genérica de ARVs, que hasta entonces estaba a manos de las grandes empresas farmacéuticas que vendían los medicamentos a un precio mucho más elevado, haciendo imposible el acceso para toda la población. En el año 2005 el gobierno de Brasil anunció que violaría la patente de una medicina contra el SIDA, llamada Kaletra, si el fabricante -la farmacéutica norteamericana Abbott- no reducía su precio. El Gobierno consideró que este medicamento era de interés público, hecho clave ya que según la legislación internacional se permite que un país utilice patentes sin autorización del propietario si concurren circunstancias urgentes y de interés público. Así, el gobierno amenazó a la compañía con producir el medicamento a través de farmacéuticas locales si no se llegaba a un acuerdo para reducir su precio, acuerdo que llegó finalmente a mediados de 2007. Brasil ya había advertido anteriormente de que violaría las patentes de otros ARVs, y lo hizo también con posterioridad, pero se obtuvieron acuerdos con los laboratorios fabricantes para reducir su precio.

En el año 2003 un grupo de cinco empresas farmacéuticas acordaron con los ministros de cinco países de América Central, incluyendo Guatemala, la reducción del precio de los ARVs una media de un 55%, dejándolos entre los 1.000 y 1.500 dólares anuales por paciente. Paralelamente, el mismo año, 49 personas guatemaltecas que vivían con el VIH/SIDA acusaron al estado de Guatemala ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de no proporcionarles atención médica ni los medicamentos necesarios para sobrevivir, presuntamente violando así el derecho a la vida y a la salud. Aunque el país se dotó de una ley que prevé la atención integral de las personas afectadas por el virus, distintas ONGs locales denunciaron -durante su comparecencia ante el CIDH en 2006- que no existe una política





gubernamental que garantice el derecho de las personas seropositivas, y apuntan a la falta de voluntad política como responsable de esta situación. Estas ONGs reclaman al Estado que provea a los enfermos tanto de las pruebas que necesitan como de los medicamentos ARVs que les permitan vivir dignamente.

Por otro lado, decenas de guatemaltecos VIH positivos se manifestaron el año 2005 en contra de una ley que tenía que facilitar la adopción del Tratado de Libre Comercio de América Central y República Dominicana (TLCAC-RD) por los impactos negativos que éste tendría sobre la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

Según los defensores de los derechos de las Personas que Viven con el Virus del Sida (PVVS), el Tratado ofrecería mayor protección a los medicamentos patentados comercializados por empresas multinacionales, incluyendo los ARVs, mediante la imposición reforzada de derechos de propiedad intelectual sobre los medicamentos. El registro obligatorio de medicamentos, que permite a los gobiernos autorizarse a sí mismos o a una tercera parte a producir versiones genéricas de un producto patentado si se paga una compensación razonable al propietario de la patente, también se vería muy limitado con el TLCAC-RD según los defensores del acceso a los ARVs.

Políticas de prevención

Algunos países de todo el mundo han conseguido reducir la prevalencia del virus del SIDA realizando grandes esfuerzos de prevención. Cuando no se adoptan estrategias preventivas efectivas, el grado de transmisión del virus aumenta. Un programa adecuado de prevención debería centrarse en las relaciones entre los aspectos biomédicos de la infección del virus, las conductas de riesgo y los factores sociales y contextuales como las normas sexuales, la desigualdad de género y el estigma asociado al virus, entre otros. Evidentemente, cuanto más esfuerzos se dediquen a llegar a aquellos grupos con mayor riesgo de infección, más relevante y eficiente resultará el acceso a los servicios.



Aunque algunos países de América Central han implementado políticas como la distribución gratuita de preservativos para prevenir la transmisión del virus, según un informe del Banco Mundial del año 2003, estas políticas tienen que ser mejoradas y ampliadas. Algunas de las medidas rentables de prevención que proponía la institución incluían la distribución gratuita de preservativos a grupos de alto riesgo; información, educación y comunicación para grupos de alto riesgo; y acceso a pruebas rápidas de VIH.

La participación de organizaciones de la sociedad civil es fundamental para luchar contra la epidemia, especialmente entre grupos de alto riesgo a los que es más fácil acceder por parte de ONGs y sociedad civil que por parte de las instituciones públicas tradicionales. Además, concentrando la atención en los grupos de riesgo se podría prevenir que la epidemia se propagara a la población en general.

En el caso de Brasil, por ejemplo, en los años noventa se llevaron a cabo muchas campañas comunitarias por parte de distintas ONGs con el fin de sensibilizar a grupos de alto riesgo, distribuyéndose preservativos gratuitamente y educando a profesores y alumnos sobre la prevención del SIDA. Desde las empresas, por otro lado, también se han ofrecido cursos de capacitación y educación sobre el SIDA. En general, suele considerarse que las medidas tomadas por Brasil han conseguido resultados muy positivos. Algunas estimaciones iniciales preveían que podía haber 1,2 millones de casos de VIH/SIDA en Brasil hacia el año 2000 si no se tomaban medidas preventivas. Actualmente hay unos 600.000, mientras que la mortalidad y los grados de hospitalización ligados a la enfermedad han disminuido gracias a la distribución de ARVs.

Los esfuerzos desde el mundo empresarial son relevantes no sólo en relación a la prevención de nuevas infecciones, sino también para llevar a cabo prácticas no discriminatorias hacia los empleados seropositivos. La Organización Internacional del Trabajo ha realizado recientemente un programa piloto aplicado a 650 empresas de 24 países, promoviendo la no discriminación y mejoras en el acceso a los servicios de salud de los empleados, así como información fiable sobre el tema del VIH/SIDA. Como la mayoría de los 33 millones de personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo se encuentran precisamente en la franja de edad más productiva, el lugar de trabajo es un ámbito muy relevante para abordar la problemática de la discriminación y la prevención.



Presentación del caso

Título del proyecto	Proyecto UALE - Prevención, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH) en Escuintla
Localización	Departamento de Escuintla (Guatemala)
Entidad ejecutora	Fundació Sida i Societat
Contraparte	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS)
Financiación	Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament: 410.535 € Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala: 41.325 €
Duración/Período	2005-2007
Objetivo general	Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA e ITS en la población del Departamento de Escuintla en colaboración con el Ministerio de Salud de Guatemala
Actividades principales	Fortalecer técnicamente los Centros de Salud como centros de referencia en el Departamento de Escuintla para facilitar el diagnóstico precoz del VIH/SIDA y el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Desarrollar la prevención de VIH/ITS en grupos vulnerables Acompañamiento y seguimiento de pacientes VIH positivos Contribuir con el Ministerio de Salud a la vigilancia epidemiológica y conductual en poblaciones centinelas.



Fuente: www.sidasocietat.org

Partenariado

Entidad ejecutora **Fundació Sida i Societat (FSIS)**

La actividad de la Fundación Sida y Sociedad se inicia a través de la Fundació Barcelona SIDA 2002, creada en el 1988 con motivo de la organización de la XIV Internacional AIDS Conference en Barcelona el 2002. A partir de ese momento se inician dos proyectos de cooperación internacional, uno en Guatemala y otro en Senegal. Actualmente, la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT focaliza su trabajo en el ámbito de la salud pública, y especialmente en la salud sexual y reproductiva, dando continuidad a los proyectos de Guatemala y ampliando sus líneas de intervención.

Contraparte **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS)**

A pesar de que los esfuerzos de atención, vigilancia y prevención respecto del VIH/SIDA en Guatemala se inician el año 1985 coincidiendo con la identificación de los primeros casos de infección, no es hasta el 1999 que se formula la primera respuesta integral y estratégica por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mediante el *Plan Estratégico Nacional (PEN)* sobre ITS/VIH/SIDA.

El PEN constaba de seis ejes estratégicos de acción, entre los que destacan campañas de información, educación y comunicación según los diferentes contextos de vulnerabilidad; fortalecimiento del sistema nacional de bancos de sangre, laboratorios y bioseguridad; y vigilancia epidemiológica y atención sostenible a personas contagiadas por el VIH/SIDA, sus familiares y su entorno, estimulando la adhesión al tratamiento. Fue a partir de ese año que el MSPAS empezó a promover medicamentos antiretrovirales.

El *Seguro Social* del MSPAS ofrece tratamiento a sus afiliados, atendiendo aproximadamente a 1.800 personas con terapia antiretroviral, en un servicio concentrado en la capital y que al estar tan centralizado no llega a cubrir las necesidades de todas las personas afiliadas afectadas por la enfermedad.

Entidades Financiadoras

Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD)
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS)
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

La cooperación bilateral

El proyecto UALE se desarrolla dentro de un convenio firmado el 17 de octubre de 2006 entre la ACCD y el MSPAS, por una duración de tres años.

La cooperación bilateral es una de las cuatro modalidades que se contempla en el despliegue de la cooperación catalana. Esta línea se orienta al fortalecimiento institucional de las instituciones públicas de los países del Sur para que sean capaces de asumir en mejores condiciones el cumplimiento de sus competencias, especialmente en relación a los principales retos que todas las sociedades tenemos planteados como son: la salud y la educación, y muy especialmente en aquellos apartados que son también prioritarios en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

Situación de salida en el país de intervención

Marco legal

La legislación relacionada con el tema del SIDA en Guatemala es bastante reciente. Antes del año 2000 se establecieron algunas normas que constituyen el punto de partida, como la definición del SIDA como enfermedad de notificación obligatoria (1986), como un problema social de urgencia nacional (1995), o la obligación de hacer las pruebas para detectar el sífilis y el VIH en las transfusiones de sangre (1998). Hasta el año 2000, la lucha contra el SIDA no se convierte en una política pública decidida y de amplio alcance, a través de la adopción de dos leyes fundamentales:

Ley General del SIDA. Proporciona el marco jurídico que permite implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS y el VIH/SIDA, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos a las personas afectadas por estas enfermedades. De esta ley se deriva el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNS), que es su ente rector dentro del Ministerio de Salud.

Ley de Desarrollo Social. Trata de manera específica el VIH/SIDA y establece que la lucha contra el VIH forma parte de la política reproductiva, delegando a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de Guatemala (SEGEPLAN) la labor de elaborar la "política nacional de población y desarrollo", que incluye las líneas de acción en materia de VIH/SIDA.

Al Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y SIDA (2006-2010), presentado en junio de 2006, se resalta la necesidad de revisar la legislación vigente para armonizar las normas que regulan las ITS, VIH y SIDA de manera específica.

Según un informe de 2007 del Centro Internacional de Investigaciones en Derechos Humanos, la demanda de la población que vive con el VIH no está cubierta y hay muy pocos avances en la descentralización de los servicios. Para paliar tanto la falta de desarrollo de recursos para atender a la población, como la centralización de los servicios, organizaciones de la sociedad civil están trabajando en una propuesta de ley para, entre otras cosas, establecer el marco jurídico de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales para la protección social y el desarrollo integral de la salud de todos los guatemaltecos.

Datos de alcance de la epidemia

La situación de las ITS y especialmente del VIH/SIDA en Guatemala, un país de 13 millones de habitantes, presenta un crecimiento continuo. Aunque hay distintos datos al respecto, según un informe de ONUSIDA de 2007 hay unas 59.000 personas que viven con el VIH/SIDA en el país - lo cual supone una prevalencia del 0.75 entre la población en general - mientras que los casos de muerte por SIDA en este mismo año se sitúan entorno a las 3.900 personas. La población adulta que necesita tratamiento con ARVs sería ligeramente inferior a los 18.000 habitantes, pero sólo la mitad de ellos tiene acceso gratuito, lejos de lo que establecen los Objetivos del Milenio.

El informe alerta de la generalización y la feminización de la epidemia debido entre otros factores a la pobreza, la ignorancia, la desigualdad, la violencia contra las mujeres y el estigma, elementos que dificultan revertir la epidemia del VIH. La prevalencia de la población en general se multiplica entre cinco y diez veces en relación a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las MTS, mientras que se estima que hay medio millón de personas en situación de alto riesgo de contraer la infección. Algunas cifras recientes muestran que en algunos lugares del país la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas supera el 1%, criterio utilizado por ONUSIDA para clasificar la epidemia de generalizada.

Estimación de ONUSIDA sobre VIH/SIDA en Guatemala

Personas viviendo con el VIH	59.000
Prevalencia en adultos de 15 a 49 años	0.75%
Adultos entre 15 y 49 años que necesitan tratamiento ARVs	17.878
Muertes por SIDA	3.900

Fuente: UNAIDS (ONUSIDA), *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, 2008*

Aunque la epidemia afecta en mayor proporción a los hombres, los últimos datos indican que cada vez afecta más a las mujeres, así como que la epidemia tiende a crecer entre la población general. La principal vía de contagio es la sexual (94,38%), muy por encima de la segunda vía que es la transmisión madre-hijo durante el embarazo (4,86%). Los estudios demuestran que los grupos con mayor prevalencia son el de los hombres que tienen sexo con hombres y el de las mujeres trabajadoras del sexo. Un informe de ONUSIDA de 2008 apunta a la gran homofobia existente en Guatemala y otros países vecinos como una causa de lo que llama una "epidemia oculta" de VIH entre la población homosexual.

Por otro lado, el grupo de edad más afectado por la epidemia es el de los 20 hasta los 39 años, edades que corresponden a la población joven, que con una sexualidad más activa es la que más se expone al contagio si no cuenta con condiciones educativas y oportunidades de desarrollo adecuadas.

El segundo informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio elaborado por el gobierno de Guatemala en 2006 constata una evolución positiva en relación a la prevención de la enfermedad en los últimos años: mayor utilización del preservativo en general y entre los grupos de alto riesgo en particular; mayor conocimiento del VIH/SIDA; comportamientos que revelan una mayor consciencia sobre la gravedad de la enfermedad; etc. En relación al tratamiento, hasta el año 2000 no se empezaron a proporcionar ARVs a enfermos de SIDA, aumentando significativamente en los últimos cinco años, hecho que ha contribuido a una disminución del alto número de muertes a causa del SIDA.

Tratamiento con ARVs en Guatemala

	2004	2005	2006	2007
Número estimado de personas que necesitan tratamiento con ARVs según ONUSIDA/OMS	16.000	18.000	19.000	21.000
Número estimado de personas que reciben tratamiento con ARVs	4.000	5.600	6.000	7.800
Porcentaje estimado de cobertura de tratamiento con ARVs	24	32	31	37

Fuente: OMS, http://www.who.int/globalatlas/predefined/reports/EFS2008full/EFS2008_GT.pdf

Aparte del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNS), muy relevante para combatir la enfermedad, hay que destacar también el papel de distintas ONGs y entidades que proporcionan mayoritariamente servicios como hospitalización, tratamiento con ARVs y tratamiento de ITS, pero también atención ambulatoria, distribución de preservativos, prevención perinatal y bancos de sangre. En algunos casos atienden, aunque no de manera exclusiva, a grupos específicos de la población, como las MTS, los homosexuales, o los usuarios de drogas inyectables. Estas ONGs también contribuyen a la descentralización de los servicios de tratamiento del VIH/SIDA, atendiendo a poblaciones en zonas lejanas a la capital, que es donde se concentran la mayoría de servicios estatales.

El proyecto

Orígenes

El proyecto UALE se inició en el año 2004 a partir de un convenio entre la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT (FSIS) y el Ministerio de Salud de Guatemala (MSPAS). El proyecto se dirigió, en primer lugar, a uno de los colectivos más afectados por la epidemia del SIDA, las mujeres trabajadoras del sexo (MTS).

Durante los dos primeros años se rehabilitaron y equiparon dos centros de salud del Ministerio, dos clínicas de ITS y se reforzaron los dos laboratorios de los centros de salud en los municipios de Escuintla y Santa Lucía. A lo largo de 2006 se abrió una nueva clínica en El Puerto San José y todos los servicios que ofrece la FSIS se extendieron a la población general y a otras poblaciones afectadas por la epidemia, como el colectivo homosexual (HSH) o los clientes de las trabajadoras de sexo comercial.

Durante el 2007, se incorporó, como subproyecto, el componente de atención médica y psicológica a las víctimas de violencia sexual y se reforzaron con nuevas estrategias todas las actividades dirigidas a las nuevas poblaciones (marineros, HSH, clientes...).



Objetivos

El objetivo del proyecto UALE es fortalecer la respuesta del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA en grupos como las MTS y sus clientes, los HSH, las víctimas de violencia sexual, así como entre la población en general, dando apoyo a los Centros de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla y Puerto San José. Para llevarlo a cabo se ha formado un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, educadores y psicólogos, que desarrollan las distintas actividades del proyecto.

Población a quien se dirige

Se podría decir que el proyecto tiene beneficiarios a tres niveles distintos:

1. Nacional: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
2. Regional: Laboratorios, centros de salud y hospitales (Escuintla, Guatemala capital)
3. Comunitario: Población de Escuintla en general, grupos vulnerables (MTS, clientes, HSH), personas que viven con el virus VIH/ SIDA (PVVS).

Los dos primeros niveles hacen referencia a beneficiarios intermedios, ya que son los receptores de la ayuda técnica para facilitar el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento; mientras que el tercer nivel hace referencia a los individuos que reciben el tratamiento o bien son objeto de las campañas de prevención de la enfermedad.

Dentro del tercer nivel podemos distinguir entre grupos diana y población en general. En un principio el proyecto se dirigió a uno de los colectivos más afectados por la epidemia del SIDA, las MTS, pero como se ha visto a partir del 2006 se extendió a la población en general y a otros colectivos en riesgo.

Características de los colectivos diana

MTSC (mujeres trabajadoras del sexo comercial). Cabe decir que muy pocas veces las personas que se ven abocadas a ejercer la prostitución, lo hacen en su pueblo o en su comunidad. A menudo, inicialmente hay un proceso de emigración donde han depositado muchas esperanzas personales y familiares, y a veces también recursos, mediante lo cual creen que podrán conseguir un trabajo que les permita seguir adelante en mejores condiciones, y hasta colaborar con la familia que han dejado atrás.

Las dificultades para conseguir trabajo, sobretodo si no tienen una profesión anterior o no disponen de estudios ni que sean primarios, -muchas de ellas son analfabetas, son un factor limitador que finalmente las aboca a la prostitución como una de las pocas alternativas. Simultáneamente, la lejanía de la familia, las dificultades de acceso a la vivienda y el rechazo social, comportan un proceso de pérdida de la autoestima que incrementa su vulnerabilidad y que suele desembocar en alcoholismo, maltratos,....

El programa de la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT no se centra sólo en la atención ginecológica sino que comprende un seguimiento de estrategias de acompañamiento, especialmente por parte de los educadores, que les permitan mejorar sus condiciones de trabajo, su autoestima y ganarse el respeto social de los grupos que les son cercanos, como: propietarios de locales de sexo comercial, policías, colectivos de clientes potenciales (marineros, transportistas, trabajadores temporales de los ingenios de azúcar,...) y la sociedad en general.



En los últimos años se ha empezado a trabajar también para favorecer su organización, con el fin de mejorar la defensa mutua dentro del grupo y su capacidad de interlocución colectiva para la defensa de sus derechos. En este sentido se hacen encuentros de chicas de distintos locales, salidas conjuntas con sus hijos, reuniones para constituir una asociación de mujeres trabajadoras del sexo con el fin de intercambiar información, tomar consciencia y defender conjuntamente sus derechos.

El hecho de que los educadores sean personas que por algún motivo han sufrido también discriminación, ha dado lugar a una muy buena comunicación con las chicas que facilita este acompañamiento.

HSH (Hombres que hacen sexo con hombres). Comparativamente con el colectivo de MTSC, este colectivo, en líneas generales tiene un mayor nivel de formación y sobretodo su condición de grupo ha sido fruto de una decisión consciente. Pero por la alta homofobia que desafortunadamente aún hoy es muy presente en todas las sociedades, y también en Guatemala, los HSH, tienen dificultades para auto reconocer su pertinencia al colectivo de riesgo y esto dificulta el acceso y sobretodo retrasa el tomar medidas efectivas de prevención de la enfermedad. Esta misma nomenclatura de HSH quiere ser inclusiva para todas las prácticas homosexuales, bisexuales, transsexuales,... masculinas.

Actividades

Las actividades comprendidas en el proyecto se pueden agrupar en tres áreas:

Educación (intervenciones conductuales)

- Elaboración de material sobre prevención, transmisión de VIH/SIDA y uso del preservativo
- Distribución de preservativos
- Organización de sesiones educativas y abordajes directos de grupos de riesgo sobre prevención, transmisión del VIH/SIDA y uso del preservativo

Asistencia (intervenciones médicas)

- Rehabilitación y equipamiento de 3 Centros de Salud y laboratorios de Escuintla para servicios VIH/SIDA/ITS
- Establecimiento del servicio médico de diagnóstico y tratamiento de ITS en 3 Centros de Salud de Escuintla
- Establecimiento del servicio de consejería y cribaje del VIH en Escuintla
- Asegurar el seguimiento médico de los pacientes VIH positivos
- Asegurar el control de calidad de las pruebas del laboratorio
- Establecimiento de procedimientos SOPs (Standard Operation Procedures) para los laboratorios
- Formación del personal en temas médicos, de derechos humanos, de prevención y laboratorios
- Recogida, tratamiento y análisis periódica de datos clínicos, de laboratorios, de comportamiento, de cribaje y violencia sexual

Social (intervenciones contextuales)

- Sensibilización de actores que influyen en el contexto de la vulnerabilidad de las MTS y violencia sexual (propietarios de locales de sexo comercial, policía, personal de salud)
- Organización de talleres para las MTS (DDHH, autoestima, autoorganización)
- Apoyo a las asociaciones de MTS y grupos HSH
- Cooperación y trabajo en red con otras organizaciones especializadas en el sector
- Incidencia política y participación en comisiones de toma de decisión a escala nacional
- Sensibilización de la opinión pública sobre el VIH /SIDA / ITS y las condiciones de vida de las MTS

Identificación de la buena práctica

Entendemos por buenas prácticas las actuaciones del programa que, aún y no ser objetivos finalistas, se pueden destacar como herramientas o instrumentos útiles para otros programas del ámbito de la solidaridad y la cooperación al desarrollo, porque han contribuido al éxito del programa o porque aportan ideas para innovar o mejorar la acción solidaria.

Acuerdo intergubernamental de cooperación en salud

El proyecto UALE se basa en el acuerdo entre el MSPAS de Guatemala, la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en el cual se ha establecido a la FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT como entidad ejecutora. El proyecto UALE, diseñado para fortalecer la respuesta del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA en el grupo de las MTS (aunque posteriormente se ha extendido a la población en general), es por lo tanto intrínsecamente coherente con las políticas establecidas a nivel nacional. El convenio garantiza que los programas se insieran en el sistema de salud pública, hecho clave tanto para la población beneficiaria como para -a través de las bases de datos creadas y el apoyo a los laboratorios- establecer las bases para un posterior control epidemiológico centinela del VIH/SIDA y las ITS por parte del Ministerio de Salud guatemalteco. En última instancia facilita la asunción por parte del MSPAS de parte de este servicio de forma gradual.



Mediante el proyecto se ha dado apoyo a los Centros de Salud de Santa Lucía, Escuintla y Puerto San José y se han formado equipos multidisciplinares de médicos, enfermeras, educadores y psicólogos, a los que también se han dirigido talleres de sensibilización, a la vez que actualmente la FSIS planifica conjuntamente con las direcciones de los centros las actuaciones alrededor de las ITS. También se ha formado el personal del sistema de salud pública y se le han transferido una serie de procedimientos que han ido aplicando en su práctica en los centros.

Por su lado, los centros de salud de los tres municipios han puesto a disposición de las clínicas los espacios para la implementación del servicio, mientras que el personal de los laboratorios de estos centros realiza las pruebas del proyecto. El personal recibe una gratificación económica suplementaria por parte de la FSIS.

Equipo técnico local y formación continuada

Se ha promovido la cohesión interna y la estabilidad del equipo de trabajadores locales, a la vez que la incorporación de un coordinador médico también local ha contribuido a mejorar algunos aspectos como la sistemática de actuación en relación a los protocolos clínicos, el control de medicamentos, un incremento de los grupos meta donde se incide, o una mejor coordinación del equipo del programa con reuniones periódicas conjuntas, entre otros. Por otro lado, la adquisición de un ordenador por clínica ha permitido la informatización de datos in situ por parte de las enfermeras y el educador, hecho que ha contribuido también a una mejora desde el punto de vista organizativo.

La formación continuada del personal ha aumentado en el último año, y se han llevado a cabo capacitaciones en relación, por ejemplo, a las ITS, la gestión de indicadores o el trabajo en equipo. Más allá de esta formación, se ha promovido la asistencia del personal a distintos actos del sector, como la Conferencia Internacional de Lucha contra el SIDA celebrada en Nicaragua el 2007 y de la multitudinaria Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en México el 2008.

Incidencia en la prevención

Los educadores han incrementado considerablemente las actividades con distintos colectivos diana, mientras que la realización de unidades móviles ha contribuido a ampliar el ámbito de incidencia del programa, extendiéndose a otros municipios del departamento. De esta manera se ha incrementado también la distribución de preservativos, de información y de pruebas rápidas de VIH/SIDA, contribuyendo así a una mayor incidencia en la prevención.

También contribuyen a la tarea preventiva los televisores y aparatos de DVD disponibles en cada una de las clínicas con el fin de sensibilizar a la población, o la publicación de nuevos trípticos orientados especialmente a promover la difusión de los derechos humanos de las MTS así como los derechos en relación a la diversidad sexual. El trabajo de sensibilización realizado con los gerentes y propietarios de los locales de sexo comercial también ha facilitado el acceso y realización de las actividades de prevención a las MTS.



Confianza en el servicio y alto grado de adherencia



La elección del departamento de Escuintla como base para el programa ha sido un acierto. Por tratarse de una zona de tráfico de mercancías terrestres y marítimas, donde hay dos cárceles y por lo tanto un alto número de reclusos, y donde existe una gran población de temporeros masculinos flotantes que alimenta el negocio de la prostitución, es uno de los departamentos donde la población diana de MTS es más elevada y tiene una gran movilidad, hecho que implica una mayor incidencia y propagación del VIH y enfermedades de transmisión sexual. La población diana (MTS, HSH, y en menor proporción población reclusa) es, pues, bastante elevada y por lo

tanto el programa es muy relevante sobretodo entre un grupo de usuarias -las MTS- que muestran un alto grado de adherencia al servicio. El hecho de que las MTS estén obligadas por ley a hacerse consultas regulares cada ocho días, el buen nivel de comunicación y la calidad del servicio tanto médico como de trato personal, ha hecho que las usuarias hayan mantenido un buen nivel de asistencia a las clínicas, ampliándose el grado de confianza en el servicio tanto por parte de las mismas usuarias como de los propietarios de los locales comerciales.

Además de la población diana es muy importante el incremento en la afluencia de la población general referida por los centros de salud a lo largo del 2007, ya que esto permite no sólo ampliar la detección de nuevos casos para su tratamiento, sino que también proporciona una información muy relevante para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica a escala nacional.

Valoración según criterios

La valoración global del proyecto es muy positiva por distintas razones, entre las que destaca el encaje del trabajo de la FSIS con el sistema de salud de Guatemala, la profesionalidad y el compromiso de los profesionales con los beneficiarios y el alto grado de satisfacción y adherencia de los usuarios/as al servicio.

Pertinencia ¿Responde el proyecto a una necesidad real?

En cuanto al problema identificado. Además de la falta de acceso de las personas seropositivas al tratamiento con ARVs, así como la falta de acciones de prevención tanto por los grupos diana como por la población en general, una de las grandes debilidades en la lucha contra el VIH/SIDA en Guatemala es la falta de un buen registro de datos que permita hacer un seguimiento real de la situación de la epidemia, hecho que el programa UALE ayuda a mejorar.

En cuanto a la población beneficiaria. Conseguir un servicio gratuito y de calidad de atención médica especializada para la población en general facilita encontrar soluciones a sus problemas, a las cuales de otra manera no tendrían acceso. Pero para los grupos diana el servicio es especialmente importante, ya que muchas de las MTS tienen un nivel cultural y adquisitivo muy bajo, por lo cual no disponen de atención médica privada ni de información adaptada a sus necesidades como MTS. Para los HSH el acceso al servicio supone recibir atención en un entorno que respeta su orientación sexual y no los discrimina. Para acercarse a estos dos colectivos de mayor riesgo se ha hecho sensibilización entre colectivos que les son próximos, como propietarios de locales de sexo comercial, policías, clientes potenciales, etc., estrategia que se ha demostrado efectiva.



Eficacia ¿Cuáles son los beneficios conseguidos por la población beneficiaria?

Conductas de menor riesgo y amplio uso del preservativo por parte de las MTS. Entre 2006 y 2007 ha aumentado un 5% aproximadamente el uso del preservativo, en parte por una creciente sensibilización y demanda de las MTS (que con la formación recibida tienen mayor capacidad de negociación del uso del preservativo con sus clientes) y de los propietarios de los locales de sexo comercial.

Aumento del número de ITS y VIH diagnosticados y tratados en un estadio precoz. El sistema de control semanal por sello de las MTS, obligatorio según la legislación vigente en el país, así como el sistema de atención médica, la información y el tratamiento han favorecido la detección precoz de las ITS y la alta adherencia al servicio, ya que sólo en 2007 se atendieron un total de 7.242 visitas.

Reducir la prevalencia del VIH/SIDA y ITS registrados. El índice de positividad del proyecto en 2007 era de 90 casos diagnosticados seropositivos sobre las 1.334 pruebas efectuadas en las clínicas de Escuintla, Sta. Lucía y Puerto San José, lo cual supone que un 6,7% de las pruebas resultaron positivas. Los datos desde el inicio de las tres clínicas son de 125 casos positivos sobre un total de 2.441 tests realizados, de manera que tendríamos un 5% de pruebas positivas, cosa que podría indicar que se está mejorando el acceso a los colectivos de más riesgo. Se prevé que cuando el proyecto incremente el cribaje por cada enfermedad y la cobertura a la población, se diagnosticará un incremento de casos que reflejará la situación real de alcance de la epidemia - aún no bien identificada - sin que eso sea un indicador negativo de la eficacia del proyecto. Se han detectado tendencias decrecientes en la prevalencia de todas las ITS considerando los grupos diana del departamento de Escuintla, las cifras del cual están en constante crecimiento, aunque la extrapolación de esta tendencia positiva a la población del departamento no puede ser inmediata.

Las MTS se organizan en redes para defender sus derechos. Se han iniciado procesos para impulsar la creación de asociaciones de MTS y mejorar la relación entre chicas de distintos clubs, el conocimiento de sus derechos y su autoestima.

Eficiencia ¿Qué resultado y a qué coste?

El programa ha alcanzado los objetivos que se propone sin que el coste aplicado sea excesivo y siempre inserido dentro del sistema público de salud.

Gestión del proyecto. En cuanto al presupuesto, éste se ha aplicado correctamente. En relación a los recursos humanos, la incorporación de la nueva figura del coordinador médico ha permitido mejorar la gestión interna del equipo. Esto, asociado a nuevas medidas de planificación y control de las actividades, ha repercutido en un incremento notable de las actividades y en una mejor sistematización del trabajo. La ampliación del proyecto a la población en general y los cribajes correspondientes comportan inevitablemente un incremento de la carga de trabajo que habrá que dimensionar, tanto en cuanto al equipo técnico de las clínicas como de los laboratorios de los centros de salud.

Análisis coste/beneficio. De cara a la sostenibilidad futura y extensión del modelo, habría que hacer un estudio de los costes por enfermedad diagnosticada y tratada por paciente.

Contribuciones de la contraparte. Los centros de salud de los tres municipios han puesto a disposición de las clínicas los espacios para la implementación del servicio. Al mismo tiempo, el personal de los laboratorios del centro de salud realiza las pruebas del proyecto, aunque se les gratifica desde la FSIS.



Asistencia técnica. La aportación de la FSIS es de muy alta calidad, apropiada al contexto y se ha llevado a cabo a partir del propio personal de la FSIS y de consultores externos locales. La mayoría de los materiales elaborados - historias clínicas y encuestas de comportamiento de riesgo diferenciadas por grupo diana, bases de datos, protocolos de prevención, informes, materiales de divulgación, etc. - han estado disponibles y se han utilizado adecuadamente. En cuanto a los procedimientos de control interno de los laboratorios, se ha hecho una formación y transferencia de procedimientos al personal del sistema de salud público que los aplican cotidianamente. Además, la FSIS ha contado con el apoyo técnico y científico del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT) y el Laboratori de Microbiologia del Hospital de Can Ruti.

Calidad del monitoraje. Se elaboran informes trimestrales del coordinador local a la sede central, y los contactos telefónicos y vía electrónica son frecuentes y regulares. Cada clínica pasa informes regulares al coordinador médico, el cual remite mensualmente a la sede central de Barcelona un informe de las actividades de las tres clínicas y hace las previsiones oportunas de compras de insumos y de estocs. El coordinador del proyecto viaja frecuentemente al terreno para planificar conjuntamente con el equipo, mientras que la FSIS presenta un informe anual a la ACCD. Cada proyecto dispone de marcos lógicos con indicadores y cronogramas.

Impacto ¿El proyecto ha conseguido cambios?

¿Se ha conseguido el objetivo general? El impacto positivo es observable a todos niveles y se puede medir sobretodo en los datos de incremento de la atención a las clínicas: diagnósticos, tratamiento precoz de las ITS, incremento del uso del preservativo y aumento de la información y la sensibilización. Por grupos poblacionales, se puede desglosar el impacto en relación a:

MTS. Impacto positivo muy alto. La buena calidad del servicio, su gratuidad y la atención personalizada de los educadores que hacen su acompañamiento psicosocial y les dan preservativos y lubricantes gratuitamente incide en mejoras en su salud sexual y emocional. El grado de adherencia al-

canzado es muy regular, ya que la mayoría asisten a las clínicas una vez por semana. Como se detectan antes las posibles ITS se observa una disminución del tiempo de afectación de la enfermedad y se acortan los riesgos de nuevos contagios.

HSH. Impacto aún bajo. Su acercamiento a las clínicas es aún bajo (11 en total en 2007), ya que los prejuicios hacia este colectivo tan discriminado socialmente aún pesan mucho. La organización de HSH en asociaciones es muy baja, hecho que dificulta este acercamiento (hay que hacer abordajes casi individuales en sus lugares de reunión), aunque hay que destacar los esfuerzos de un grupo llamado Colectivo Blanco y Negro en este sentido.



Propietarios de los locales comerciales. Impacto positivo muy alto. Actualmente hay 20 propietarios de locales comerciales que participan de las reuniones en la FSIS, lo que demuestra un interés creciente y un cambio de mentalidad progresivo del colectivo. Eso hace que promuevan que las MTS acudan a las clínicas -o que no lo dificulten- y que velen por su salud con el uso del preservativo.

Sistema de salud. Impacto positivo muy alto. La realización de talleres de formación y capacitación dirigidos al personal médico de los Centros de Salud de Escuintla, no sólo de los 3 municipios donde se lleva a cabo el proyecto, ha comportado que desde otros municipios del departamento se deriven pacientes a las clínicas. El hecho de que la implementación del programa se insertara en el sistema de salud es la mejor garantía de que esta atención no se desvincula de la salud pública y supone un refuerzo de los mecanismos epidemiológicos. Por su eficacia demostrada, el modelo de atención puede ser replicable a otros departamentos del país haciendo previamente un análisis de costes. El proyecto promueve la prevención y el control epidemiológico de las ITS desde el sistema público de salud, tarea imprescindible para frenar la epidemia creciente del VIH/SIDA. La base de datos de la que se dispone, así como el apoyo a los laboratorios, permite ir mejorando progresivamente el sistema de información de datos epidemiológicos a disposición del Ministerio de Salud, que según estimaciones oficiales presentan un alto subregistro.

Población en general. Impacto positivo en crecimiento. Por primera vez, en 2007 se observa un incremento significativo de acercamiento a la población general, gracias principalmente al hecho de que algunos mecanismos de comunicación como trípticos o charlas han sido dirigidas al conjunto de toda la población y no sólo a MTS o HSH. También se han incrementado las salidas diurnas y nocturnas de las unidades móviles para acercarse a la población. Así, fuera de las clínicas se han distribuido materiales informativos entre sectores como los jóvenes, camioneros, taxistas, marineros, trabajadores de fincas, etc. Hay que mencionar el éxito de mezclar en una misma clínica distintos colectivos (MTS, HSH y población general), sin que se haya producido ningún tipo de rechazo.

Sostenibilidad ¿Los impactos positivos del proyecto tienen continuidad más allá de la ayuda externa?

Teniendo en cuenta que la aportación de recursos para su ejecución es casi toda externa, sería conveniente que la FSIS empezara a reflexionar sobre la necesidad de planificar el traspaso de recursos y funciones al MSPAS. Es responsabilidad de esta institución dar este servicio a la población, aunque actualmente no lo priorice ni tenga previsto hacerlo a corto plazo. No obstante, se podría proponer un convenio de colaboración entre la FSIS y el MSPAS y establecer un traspaso progresivo de funciones y recursos con el objetivo futuro de que fuera el Estado de Guatemala quien diera el servicio a la población que lo necesita, a los municipios donde en estos momentos lo está dando la ONG FSIS, y que se pudieran empezar las mismas tareas a otros municipios con la financiación actual.

Puntos fuertes

De la valoración que se ha hecho hasta ahora del proyecto se pueden extraer unos puntos fuertes a modo de resumen:

1. Acuerdo bilateral de cooperación entre la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament y el Ministerio de Salud de Guatemala, estableciendo la FSIS como entidad ejecutora y comprendiendo la implementación del programa UALE.
2. Alto grado de adherencia de las MTS usuarias del servicio, con consultas regulares cada ocho días, un buen grado de comunicación y confianza en un servicio que es bien percibido tanto por las MTS como por los propietarios de los locales comerciales.
3. Incidencia de la FSIS en mecanismos de concertación departamentales, nacionales e internacionales que a su vez ha contribuido a promover. FSIS ha conseguido involucrar al Fondo Global en la financiación y puesta en marcha de la Unidad de Atención Integral para pacientes VIH positivos en el Hospital Regional de Escuintla.
4. Incidencia pública de las instancias de coordinación departamental (CODESIDA) tanto a nivel social (celebrando actividades coordinadas de sensibilización coincidiendo con días conmemorativos, como por ejemplo el día mundial de lucha contra el SIDA el 1 de diciembre); como político (iniciativas para promover compromisos por parte de las administraciones públicas, elección de los representantes del departamento de Escuintla que participan en espacios de concertación nacional); como sectorial (apertura a nuevos actores que trabajen para la prevención del SIDA, como la reciente incorporación de un representante de la Pastoral Social de la Iglesia Católica).
5. Mejora en la coordinación de la FSIS con los centros de salud departamentales y planificación conjunta entre las direcciones de los centros y la FSIS.
6. Incremento en la afluencia de la población general referida por los centros de salud durante 2007.
7. Acierto en la elección del departamento de Escuintla como base para el programa, ya que por sus características poblacionales es uno de los que tiene una población diana de MTS más elevada y de mayor movilidad, hecho que implica una mayor incidencia del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual.
8. Apoyo técnico y científico de la FSIS a los diferentes niveles y organismos del MSPAS.
9. Fruto del rigor científico en el trabajo de la FSIS y de su investigación operativa, ha publicado en tres publicaciones científicas de prestigio.



Enlaces de interés

Organizaciones

FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT	www.sidaisocietat.org
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala	www.mspas.gob.gt
Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)	www.ceescat.org
Programa per la Prevenció i la Assistència de la Sida, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya	www.gencat.net/salut
V Congreso Centroamericano de ITS, VIH y SIDA, Nicaragua 2007 (CONCASIDA 2007)	www.concasida2007.org
XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ciudad de México, 3 al 8 de agosto de 2008	www.aids2008.org/es
Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria	www.theglobalfund.org/es
Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Epidemiología y Salud Pública	www.ciberesp.es
Avalua. Anàlisi i desenvolupament	www.avalua.cat
Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament	www.cooperaciocatalana.cat
Objetivos del Milenio	www.anue.org/mm/File/objectius1000.pdf
Banco Mundial y SIDA	www.worldbank.org/aids
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	www.aecid.es
European Commission Humanitarian Aid (ECHO)	http://ec.europa.eu/echo/

Informes

ONUSIDA Guatemala, "Conociendo más de la epidemia de SIDA en Guatemala: Estimaciones y Proyecciones para 2007"	http://www.boletinnacionesunidas.org.gt/boletin05/pdf/3ONUSIDA.pdf
Datos SIDA en Guatemala (UNAIDS)	http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/guatemala.asp
UNAIDS 2008 Report on the global AIDS epidemic	http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/

FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT

c/ Paris, 179-181
 08036 BARCELONA
 Teléfono: (+34) 933 967 821
info@sidaisocietat.org
www.sidaisocietat.org

FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT
EN GUATEMALA

2ª calle 1-70 Zona 4
 Escuintla, Guatemala
 Teléfono / Fax: (+502) 7889 6745

