



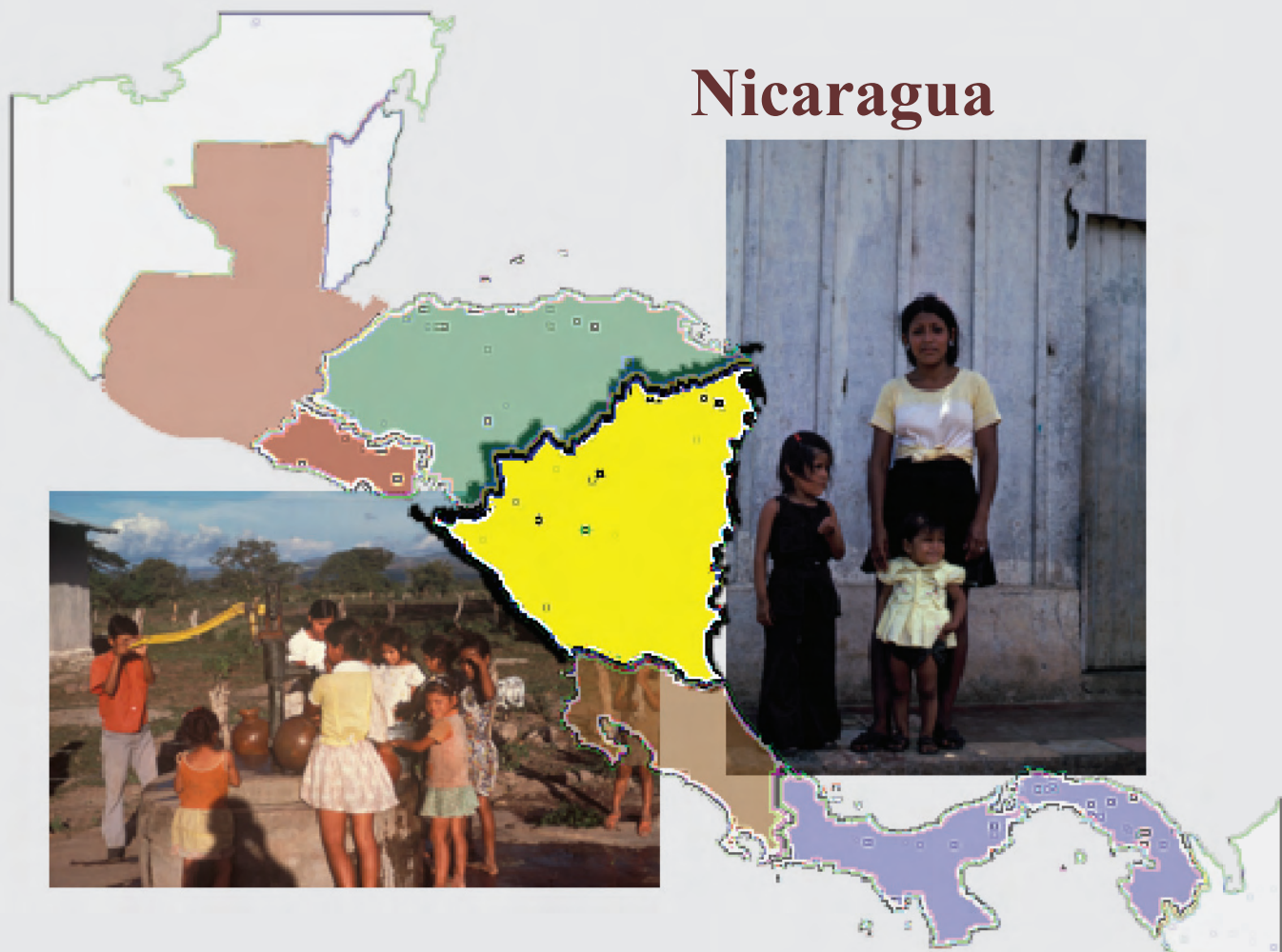
# América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

## Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica

*Nicaragua: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia*



Diciembre de 2006

**Reduciendo la Vulnerabilidad al  
VIH/SIDA en Centro América:**

***Nicaragua Situación del VIH/SIDA y  
Respuesta a la Epidemia***

Región de Latino América y el Caribe  
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

## Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover su discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en [www.worldbank.org/AIDS](http://www.worldbank.org/AIDS) (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer ([jdebeyer@worldbank](mailto:jdebeyer@worldbank)). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:  
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.  
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202  
Correo Electrónico:

Foto de la cubierta: Nicaragua Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia  
Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

## **Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *Nicaragua Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia***

Marcelo Bortman;<sup>1</sup> Luis B. Sáenz;<sup>2</sup> Isabel Pimenta;<sup>3</sup> Claudia Isern;<sup>4</sup> Antonia Elizabeth Rodríguez;<sup>5</sup> Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.<sup>6</sup>

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

**Palabras claves:** HIV/AIDS, Nicaragua, Banco Mundial, Centro América

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

<sup>1</sup> Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

<sup>2</sup> Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

<sup>3</sup> Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

<sup>4</sup> Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

<sup>5</sup> Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

<sup>6</sup> Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.



## Acrónimos y abreviaciones

<b>AED/F</b>	Academia para el Desarrollo Educativo en consorcio con The Futures Group
<b>AID</b>	Agencia para Desarrollo Internacional
<b>ART</b>	Terapia Antiretroviral
<b>ARV</b>	Medicamentos Antiretrovirales
<b>ASDI</b>	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
<b>ASONVIHSIDA</b>	Asociación Nicaragüense de Personas Viviendo con Sida
<b>BNPP</b>	Bank Netherlands Partnership Programme
<b>CAFTA-DR</b>	Tratado de Libre Comercio – República Dominicana
<b>CDC</b>	Centros de Control de la Enfermedad
<b>CENIDH</b>	Centro Nicaragüense de los Derechos Humanos
<b>CEPRESI</b>	Centros para Educación y Prevención del SIDA
<b>CONADEH</b>	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
<b>CONSIDA</b>	Comisión Nicaragüense de VIH/SIDA
<b>DNIM</b>	Dirección de Normación de Insumos Médicos
<b>DPAS</b>	Dirección de Prevención y Asistencia Social
<b>GTZ</b>	Agencia de Cooperación Alemana
<b>HEODRA</b>	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>HIVOS</b>	Instituto Humanista para la Cooperación al Desarrollo Holandés
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
<b>ICAS</b>	Instituto Centroamericano de la Salud
<b>IDU</b>	Usuarios que se inyectan drogas
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>INISER</b>	Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LCSHD</b>	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
<b>LCSHH</b>	Sector Salud
<b>MCP</b>	Mecanismo Coordinador del País
<b>MIGOB</b>	Ministerio de Gobernación
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MSM</b>	Mujeres que tienen Sexo con Mujeres
<b>NORAD</b>	Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>ONUSIDA</b>	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAHO</b>	Pan-American Health Organization
<b>PASCA</b>	Proyecto Acción SIDA para Centro América
<b>PASMO</b>	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional
<b>PVVS</b>	Persona Viviendo con VIH/SIDA
<b>RAAN</b>	Región Autónoma del Atlántico Norte
<b>RAAS</b>	Región Autónoma del Atlántico Sur

<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIDALAC</b>	Iniciativa Regional sobre VIH/SIDA para Latino América y el Caribe
<b>SILAIS</b>	Sistema Local de Atención Integral en Salud
<b>STD</b>	Sexually Transmitted Disease (Transmisión de Enfermedad Sexual)
<b>TAR</b>	Tratamiento Antirretroviral
<b>TCS</b>	Trabajadores Comerciales de Sexo
<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA)
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>WBIHD</b>	Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano

## Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	v
Reconocimientos.....	ix
Resumen Ejecutivo – Situación Regional .....	x
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	xi
Respuestas nacionales.....	xiii
Nicaragua: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia .....	1
Grupos vulnerables .....	5
Información de la población general acerca del VIH/SIDA.....	9
Respuesta Nacional al VIH/SIDA .....	10
Marco legal y regulador.....	10
Prevención y atención de grupos vulnerables.....	15
Tratamiento.....	20
Referencias.....	23
Anexo 1. Formulario para Evaluación de Discriminación.....	24
Anexo 2. Formulario para Selección de experiencias exitosas.....	25
Anexo 3. Hallazgos y pruebas provenientes de la encuesta de discriminación Nicaragua-2006.....	27
Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas en el VIH/SIDA en Nicaragua 2006.....	29

## Tablas

Tabla 1. Prevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales, Nicaragua 1994-2003.....	6
Tabla 2. Porcentaje de trabajadoras sexuales* con conocimientos correctos sobre prácticas sexuales seguras. Nicaragua. 2002 .....	7
Tabla 3. Financiamiento del Programa de Atención Integral por entidad US\$.....	19
Tabla 4. Esquemas de TAR en Nicaragua, 2005 .....	21

## Figuras

Figura 1. No. de casos de SIDA notificados según SILAIS Departamentales (x 100,000 habitantes). Nicaragua. 1987-2004. ....	3
Figura 2. Flujograma de notificación de VIH/SIDA. Nicaragua, 2005 .....	5
Figura 3. Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según zona. Nicaragua. 2001-2003 .....	6

## Gráficos

Gráfico 1. Casos de VIH y SIDA reportados por 100.000 habitantes, Nicaragua, 1987- 2005.....	1
Gráfico 2. Tasa de notificaciones acumuladas de casos VIH/SIDA según SILAIS. Nicaragua. 1987-2005.....	2
Gráfico 3. No. de casos notificados de VIH/SIDA según edad y sexo. Nicaragua. 1987- 1999.....	4
Gráfico 4. Tasas específicas de mortalidad por SIDA según sexo y edad,.....	4

## Cuadros

Cuadro 1. Artículos relacionados a la protección de los derechos de las PVVS, Nicaragua. .....	11
---	----

## Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.<sup>7</sup> Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

### *Nicaragua*

Lic. Karla Aburto, Oficial de Programa, UNFPA

Lic. Graciella Marsal, CEPS

Lic. Zoyla Segura, Técnico, ICAS

Lic. Hazel Fonseca, Directora, Xochiquetzal

Lic. Brenda Mayorga, Dirección de Prevención y Asistencia Social - MIGOB

Dra. Ana Francis Obando, Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud

Dr. Julio Pérez, Asistente del Viceministro Ministerio de Salud

Dra. Matilde Román, Ministerio de Salud

---

<sup>7</sup> Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

## Resumen Ejecutivo – Situación Regional <sup>8</sup>

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y

---

<sup>8</sup> El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

### **Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones**

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.<sup>9</sup> La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países

---

<sup>9</sup> CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en la tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

### **Respuestas nacionales**

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.<sup>10</sup>

**Sistemas de Vigilancia.** La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

**Marco legal y normativo.** Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

---

<sup>10</sup> The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

**La prevención.** Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

**Tratamiento y cuidado a la salud.** Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

***Capacidad de laboratorio.*** La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.

## Nicaragua: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia

Este documento presenta información sobre la situación del VIH/SIDA en Nicaragua. Se inicia el mismo con una discusión sobre la epidemiología del VIH/SIDA en el país y continúa con una mención sobre la percepción de la situación de la epidemia por parte de la población. Finalmente, la sección presenta información sobre la respuesta nacional contra el VIH/SIDA en el país.

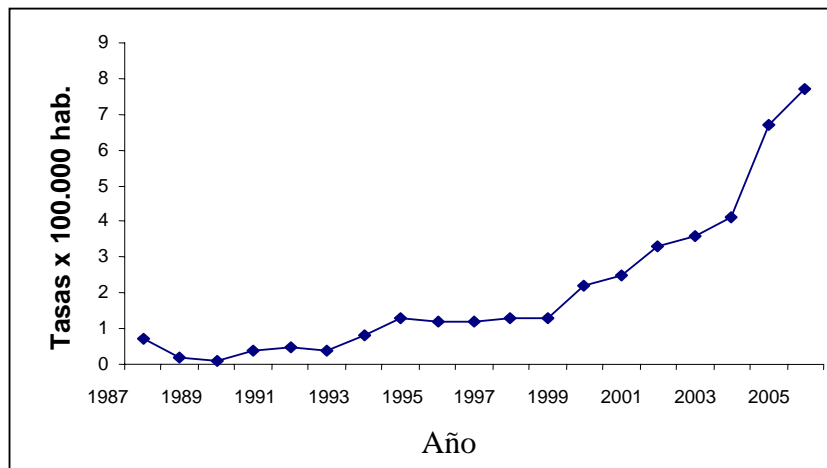
### Situación del VIH y el SIDA

El VIH/SIDA no fue detectado en Nicaragua en hasta 1987, después de que la epidemia ya afectaba ampliamente a las restantes naciones de América Central. Varios factores pudieron haber contribuido al retardo del comienzo de la epidemia. Los 10 años de guerra civil y el embargo económico conducido por los Estados Unidos mantuvieron a Nicaragua prácticamente aislada durante varios años. Además, un relativo control sobre el comercio de sexo, y las bajas tasas de infección entre usuarios de drogas endovenosas, y la prohibición de venta comercial de sangre hicieron más lenta la propagación del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA no ha sido una prioridad o preocupación de interés nacional. Esto debilita la respuesta nacional. Por ejemplo, existe una necesidad de mejorar los servicios de exámenes voluntarios y de asesoramiento, así como la reforma de las leyes para amparar los derechos humanos de las personas que sufren de VIH/SIDA. La vigilancia epidemiológica en Nicaragua ha evolucionado también lentamente:

Los gráficos 1 y 2 presentan las tasas de casos de VIH y SIDA acumulados desde el comienzo de la epidemia

**Gráfico 1. Casos de VIH y SIDA reportados por 100.000 habitantes, Nicaragua, 1987-2005**

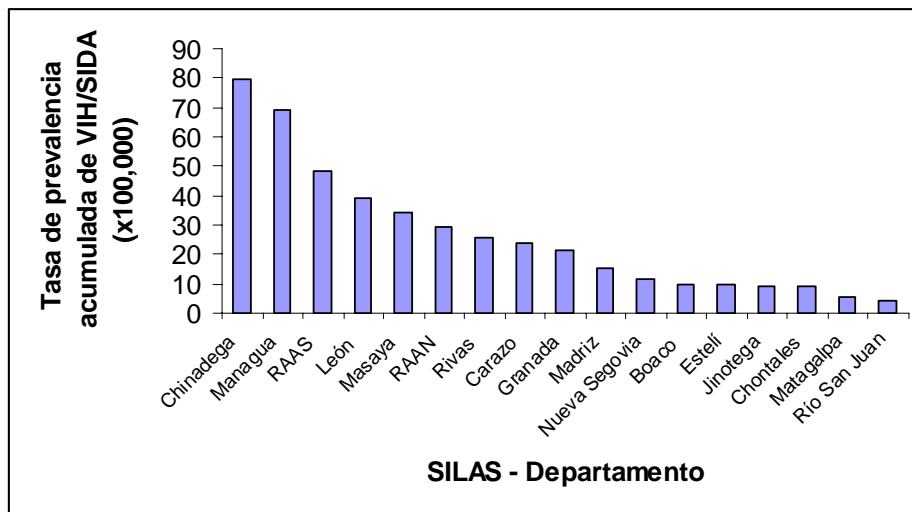


Fuente: Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA

Estimaciones para el año 2003 indicaban que prevalencia de VIH era aproximadamente 0,2%.<sup>11</sup> Entre 1987 y 2004, la acumulación de casos reportados de VIH y o SIDA correspondía a 1.402 personas, de las cuales el 97% correspondía a adultos y el 2% a menores de 15 años. En 2005 se notificaron 7.6 casos por cada 100,000 habitantes –una cifra más de 10 veces superior a lo observado en 1987 (0.66 casos por cada 100,000 habitantes). Durante el periodo 1987-2005, la razón hombre-mujer pasó de 12,5:1 en 1987 a 2,4:1 en el año 2005 –una disminución de aproximadamente 80%.<sup>12</sup>

Como muestra el gráfico 2, el departamento más afectado es Chinandega (cerca de 80 casos por 100.000 habitantes), sobrepasando la tasa de la capital (Departamento Managua) por aproximadamente 11%. Después de estos dos departamentos le siguen en importancia la RASS, León y Masaya, todos con tasas acumuladas superiores a 30 casos por 100.000 habitantes 1987-2005.

**Gráfico 2. Tasa de notificaciones acumuladas de casos VIH/SIDA según SILAIS. Nicaragua. 1987-2005**



Fuente: Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA

La Figura 1 muestra la distribución geográfica de los casos de VIH para el período 1987 a 2004. En él puede verse que la zona del Pacífico norte y central (Chinandega, y Managua) fueron las zonas más afectadas durante el período 1987-2004. Sin embargo la zona del Atlántico no debería descuidarse ya las tasas de prevalencia han crecido en RAAS y RAAN. El gráfico 3 muestra el número de casos notificados de VIH/SIDA por edad y sexo del período 1987-1999.

La mayor concentración de casos de notificados de VIH/SIDA se presenta entre las edades de 20 y 39 años, mientras la razón hombre-mujer en el grupo de edad entre 15 y

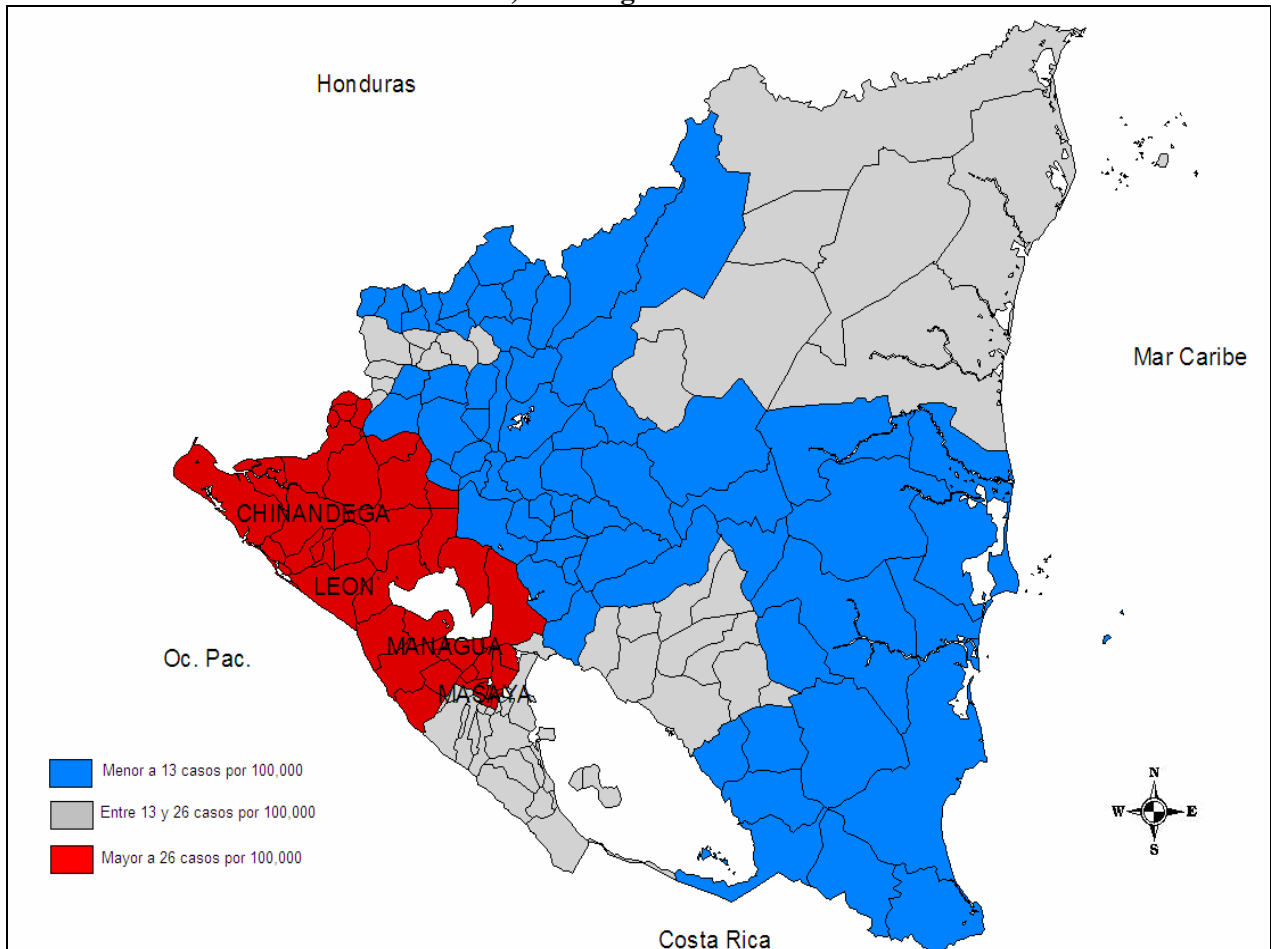
<sup>11</sup> www.prb.org

<sup>12</sup> Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA, 2005

19 años es casi 1:1, ésta es casi 4:1 en el grupo de edad entre 30 y 34 años en el cual el número de casos por cada 100.000 habitantes se aproxima a 60.

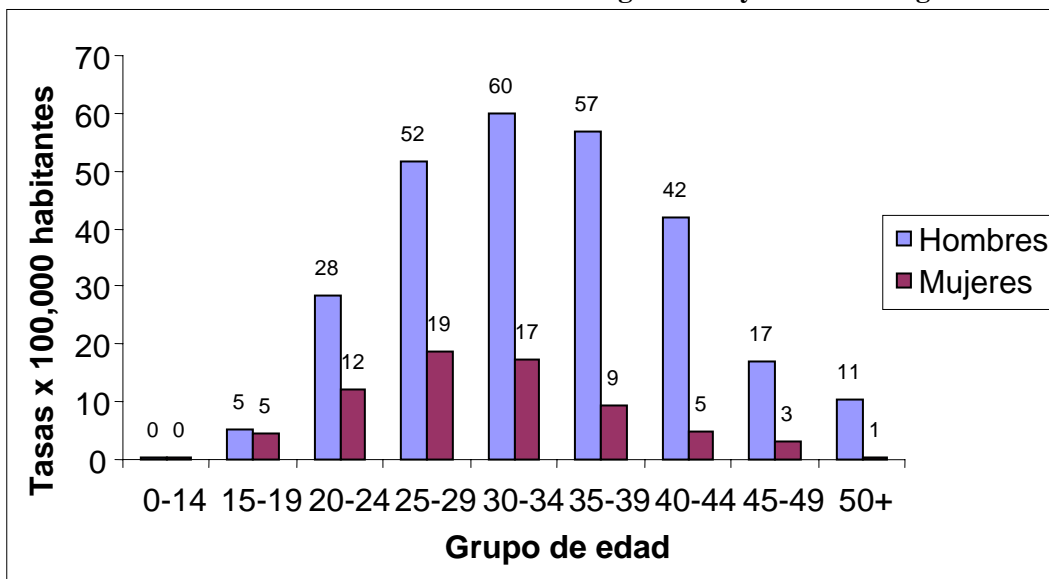
El gráfico 4 presenta información sobre tasas específicas de mortalidad por VIH/SIDA según edad y sexo. La más alta tasa de mortalidad en los hombres fue en el grupo de 35 a 39 años. En este grupo la razón hombre mujer en las tasas de mortalidad fue cercana a 7:1. En las mujeres la mayor tasa de mortalidad fue entre los 25 y 29 años donde la razón hombre mujeres entre estas tasas fue 4:1.

**Figura 1. No. de casos de SIDA notificados según SILAIS Departamentales (x 100,000 habitantes). Nicaragua. 1987-2004.**



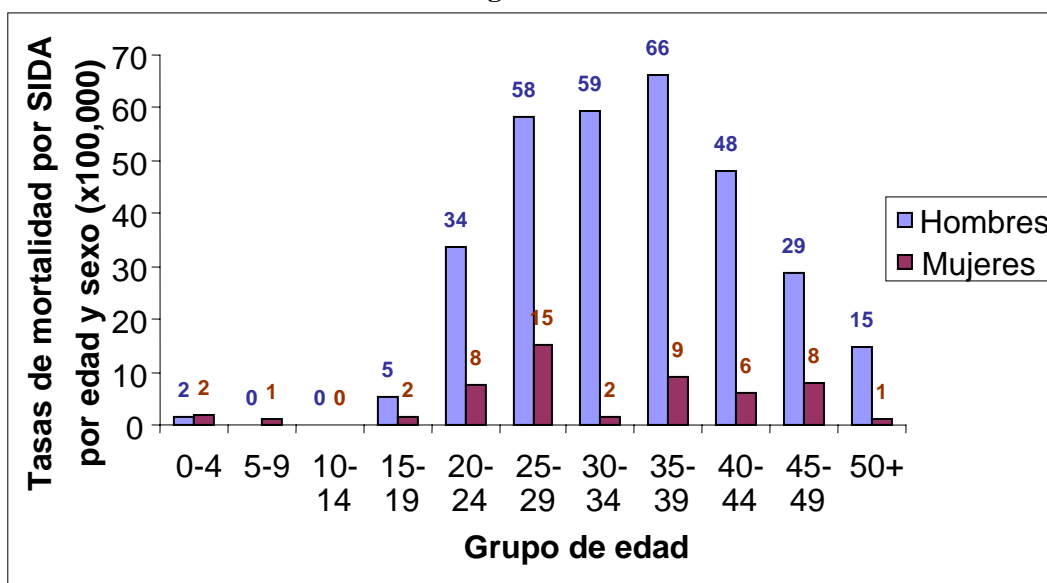
Fuente: Datos del Programa de ITS-VIH/SIDA y del Centro Centroamericano de Población.

**Gráfico 3. No. de casos notificados de VIH/SIDA según edad y sexo. Nicaragua. 1987-1999**



Fuente: Programa ITS-VIH/SIDA

**Gráfico 4. Tasas específicas de mortalidad por SIDA según sexo y edad, Nicaragua 1987-2004**



Fuente: Programa ITS-VIH/SIDA

La aparición del primer caso en 1987 abonó la creación de un registro de casos. Uno de los principales retos del sistema de vigilancia epidemiológica es emigrar paulatinamente hacia un sistema de vigilancia de segunda generación, el cual, no sólo se enfoque en la población en general, sino que haga énfasis en los distintos grupos vulnerables y que incorpore el análisis de datos epidemiológicos y datos relacionados a la percepción, el

conocimiento, las actitudes y las prácticas. En el siguiente diagrama se presenta la interrelación entre los principales componentes del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA en Nicaragua.

Figura 2. Flujoograma de notificación de VIH/SIDA. Nicaragua, 2005



Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Nicaragua.

### Grupos vulnerables

En esta sección, se presenta información sobre la situación de la epidemia en los distintos grupos vulnerables en Nicaragua.

**Trabajadoras/es Sexuales.** En el año 2003, la prevalencia de VIH en trabajadora(e)s comerciales del sexo (TCS) se estimó en 1,7%.<sup>13</sup> Varios factores, como la pobreza extrema, la desintegración familiar, el desempleo y la falta de oportunidades educativas han contribuido a que ha impulsado a muchos hombres y mujeres a convertirse en TCS. La tabla 1 muestra las tablas de prevalencia estimadas por ONUSIDA.

<sup>13</sup> ONUSIDA, 2004

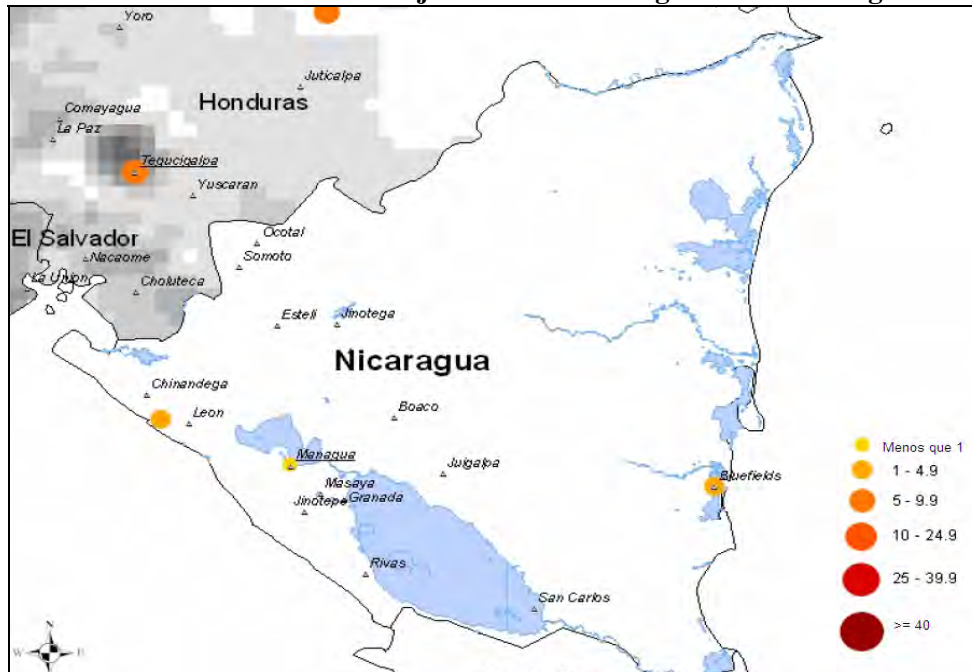
**Tabla 1. Prevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales, Nicaragua 1994-2003**

Año	Prevalencia(%)
1996	0.3
1997	1.4
1998	N/A
1999	2
2000	N/A
2001	N/A
2002	N/A
2003	1.7

Nota: Información para 1998, 2000-2002 no disponible. (N/A).  
Fuente: UNAIDS

Como puede observarse en la figura 3, este grupo es más afectado en las ciudades de Chinandega y Bluefields. En ambas ciudades, la prevalencia de VIH oscila entre 1 y 4,9%, un valor por encima de lo observado en la ciudad capital (menos de 1%).

**Figura 3. Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según zona. Nicaragua. 2001-2003**



Fuente: Adaptado de UNAIDS

El Instituto Centroamericano de Acción Social proporcionó, información relacionada con un Estudio Multicéntrico que midió, en el 2002, los conocimientos y las actitudes sobre el VIH/SIDA por parte de las trabajadoras sexuales en Nicaragua.<sup>14</sup> Algunos de los hallazgos de este estudio se presentan en la tabla 2. Los datos muestran que más del 80%

<sup>14</sup> ICAS 2002.

de las trabajadoras sexuales entrevistadas reconocieron la importancia del uso del condón. Sin embargo, es posible que sus respuestas hayan sido influenciadas por opiniones que ellas consideraban “políticamente correctas”. Teniendo en cuenta esta posibilidad, los datos muestran que el uso del condón fue la única práctica reconocida por la mayoría de las entrevistadas.

**Tabla 2. Porcentaje de trabajadoras sexuales\* con conocimientos correctos sobre prácticas sexuales seguras. Nicaragua. 2002**

Práctica preventiva	Mercado	Calles/Bares	Clubes Nocturnos
Uso del condón	87,0	94,0	92,0
Un solo compañero	14,0	15,0	18,0
No usar jeringas contaminadas	12,0	14,0	18,0
No conoce ninguna práctica segura	11,0	6,0	6,0

\*Por ubicación

\*\* No se obtuvieron datos totales (Ns)

Fuente: ICAS 2002.

**Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).** En Nicaragua, organizaciones como CEPRESI han llevado a cabo investigaciones relacionadas a hombres que tienen sexo con hombres. En un estudio de prevalencia conducido en 1997, la tasa de prevalencia de HIV en HSH era de aproximadamente 1,2% (n=250). Sin embargo, en el año 2002, la prevalencia estimada para este grupo era de aproximadamente 9,3%. Otros resultados del estudio incluyeron: 98% de los entrevistados habían escuchado sobre el VIH/SIDA, 86% reconocía que el uso de condón era una buena práctica para prevenir el VIH/SIDA y sólo el 41% de los entrevistados manifestaban el deseo de cambiar su comportamiento sexual para reducir el riesgo de adquirir el VIH/SIDA.<sup>15</sup>

**Privados de Libertad.** Un estudio conducido en la penitenciaría Modelo de Tipitapa en 2005, investigó la prevalencia de VIH. La muestra fue seleccionada entre voluntarios que después de una sesión de asesoramiento, decidieron hacerse la prueba del VIH (300 personas aproximadamente). Más de la mitad de los entrevistados manifestaron que no habían usado condón en su última relación sexual. La prevalencia del VIH entre lo participantes fue de aproximadamente 1%.<sup>16</sup>

**Mujeres.** Durante el período 1987-2004, se registraron 2,79 casos de VIH/SIDA en hombres por cada mujer. Sin embargo las realidades culturales y económicas de América Central y específicamente de Nicaragua hacen a las mujeres más vulnerables al VIH/SIDA. La necesidad de muchas mujeres de movilizarse fuera del país a regiones donde la epidemia del VIH/SIDA ha tenido un mayor impacto, crea condiciones que aumentan aún más la vulnerabilidad de este grupo.

<sup>15</sup> PASCA, 1997

<sup>16</sup> Policía Nacional, 2006

**Jóvenes vulnerables.** La falta de oportunidades educativas y la carencia de información oportuna aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes a la epidemia en Nicaragua. Del total de casos de VIH/SIDA acumulados entre 1987 y 2004 (N=1402), el 2% correspondía a menores de 15 años, mientras que del total de fallecidos a causa del SIDA, el 3% (n=644) pertenecía a este grupo de edad.<sup>17</sup>

**Huérfanos.** De acuerdo con estimaciones de UNICEF, en 2005 se estimaban aproximadamente 4.000 niños huérfanos a causa del SIDA en Nicaragua, lo cual corresponde al 3.5% del total de huérfanos que se notifican en el país. Esta cifra supera por mucho los 100 y 2000 huérfanos estimados para el 1995 y 2001 respectivamente.<sup>18</sup>

**Grupos indígenas y afrodescendientes.** De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2005-2009, en la Región Autónoma del Atlántico Sur, la prevalencia de VIH/SIDA era de aproximadamente 47,1 por cada 100.000 personas en 2004, mientras que en la Región Autónoma del Atlántico Norte era de 25,8 por cada 100.000 personas durante el mismo año. Nicaragua es un país multiétnico. Como tal, es común encontrar diferentes realidades culturales en diversas zonas del país, principalmente, en las regiones autónomas del Atlántico. Por ejemplo, las Regiones Autónomas del Atlántico Sur y Norte, son dos de las regiones con los porcentajes más altos de analfabetismo. Estas regiones son también muy particulares en relación a una considerable influencia de la religión en las prácticas sexuales, especialmente entre las poblaciones Misquitas. Otra particularidad de estas regiones es que dada su naturaleza portuaria, muchos de los habitantes trabajan en cruceros, una situación que aumenta las probabilidades de infecciones de VIH.

**Grupos migratorios.** En 2005 el Instituto Mexicano de Salud Pública patrocinó un estudio sobre el impacto del VIH/SIDA en poblaciones móviles en América Central.<sup>19</sup> En el caso de Nicaragua, realizado en el departamento de Rivas- incluyeron:

- En el año 2001, la mayoría del número total de casos de VIH que se dieron a conocer correspondieron a personas que habían adquirido el virus en otro país.
- El 94% de los 284 entrevistados conocían la existencia de las ITS, y 71% conocían los síntomas.
- El 99% de los entrevistados tenían conocimiento del VIH/SIDA.
- De acuerdo a información de la Dirección General de Migración y Extranjería, entre 1996 y 1999, aproximadamente 685.438 personas cruzaron la frontera sur de Nicaragua. Este valor, es una subestimación del número de personas que cruzan esta frontera, sin embargo, es un indicador del dinamismo que en ella existe, lo cual constituye un vehículo probable del VIH.

---

<sup>17</sup> Programa ITS/VIH/SIDA, 2004

<sup>18</sup> UNICEF, UNAIDS, USAID. *Niños al borde del abismo* 2002

<sup>19</sup> Cuadra y Marsal. Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos: capítulo Nicaragua: estación de paso sur: Rivas- Peñas Blancas

**Discapacitados.** De acuerdo a OPS existen 593.000 personas con discapacidad en Nicaragua, muchos como resultado de la guerra civil.<sup>20</sup> No se cuenta con información sobre la situación del VIH/SIDA en discapacitados en Nicaragua. En el taller sobre experiencias exitosas mantenido en Nicaragua en Mayo 2006 se señaló la necesidad de considerar a este grupo como un grupo vulnerable. La necesidad de investigar sobre la cobertura de los servicios de prevención de VIH/SIDA en este grupo de población, es evidente.

### **Información de la población general acerca del VIH/SIDA**

En 2003 PASCA y el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica de la AED/Futures y bajo el patrocinio de USAID/G-CAP, realizó una encuesta de opinión, para medir la percepción sobre el SIDA entre la población adulta de la región centroamericana<sup>21</sup>. Los hallazgos más relevantes en Nicaragua fueron:

- 66% afirmó haber escuchado mucho sobre el VIH/SIDA vs. un 2,3% que manifestó no haber escuchado nada.
- 40% estaba de acuerdo en que las PVVS no deberían tener acceso a lugares públicos.
- 60% estaba de acuerdo que las TCS se lo buscaban por su mal comportamiento.
- El 99% estaba de acuerdo en que se ofreciera información sobre el VIH/SIDA en los colegios.
- 74% estaban de acuerdo con que el dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba de VIH como requisito para empleo.

---

<sup>20</sup> OPS. Disabilities: What we all should know, 2006

<sup>21</sup> PASCA, USAID, Interdisciplinary Development Consultants (CID-Gallup) 2003.

## Respuesta Nacional al VIH/SIDA

Algunos de los principales puntos de referencia se mencionan a continuación:

- En 1988 se crea el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
- En 1990, elaboración de planes a corto y mediano plazo
- En 1991, se lleva a cabo el Taller subregional de Vigilancia Epidemiológica - Adaptación de definición de caso OPS
- En 1996, se elabora la Ley 238
- En 1998 inicia la elaboración del Plan Estratégico Nacional (PEN)
- En 1999, se da la reglamentación de la Ley 238
- En año 2000, se presenta el Plan Estratégico Nacional (Aprobación de la Ley de Transfusión, Reactivación de CONISIDA)
- En el año 2001 se realiza el Taller regional de Vigilancia Epidemiológica de segunda generación. (Modificación de la ficha Epidemiológica)

El Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS forma parte de la Directiva General de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud, cuyos servicios de prevención, control y educación sobre el VIH/SIDA son coordinados por sistemas locales de salud junto con hospitales regionales, centros de atención médica primaria y puestos de salud. El Programa Nacional, junto con otras organizaciones, ha participado en la elaboración del plan nacional estratégico para la prevención del VIH y de infecciones de transmisión sexual. Este plan, se definen ocho estrategias transversales priorizadas, para hacerle frente al VIH/SIDA y promover conductas saludables.

Otro integrante importante de la respuesta Nacional es la Comisión Nicaragüense de VIH/SIDA (CONISIDA), creada según Ley 238 Ley de Promoción Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA) Un tercer elemento corresponde al Mecanismo Coordinador País (MCP), creado en el año 2000, cuyos miembros incluían a 6 Instituciones de Gobierno, 2 Organismos Multilaterales, 3 ONGS, 5 Organizaciones Educativas, 1 entidad del Sector Privado, 1 Grupo religioso y 1 organización de PVVS

### **MARCO LEGAL Y REGULADOR**

La respuesta nacional efectiva al VIH/SIDA debe basarse en un plan de acción que incluya instrumentos legales, guías o normas nacionales, y procedimientos apropiados para hacer frente a las diferentes aristas de la epidemia.

En octubre de 1996, se publicó la Ley sobre Promoción, Protección y Defensa de los Derechos de las Personas que Viven con VIH/SIDA. Como se mencionó, esta ley crea la Comisión Nicaragüense de VIH/SIDA (CONISIDA), cuyo propósito es dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la propia ley. La Ley establece también los derechos y tareas de las PVVS. Respecto de los derechos se establece un número de artículos que protegen a las PVVS como se describe en el cuadro 1.

### **Cuadro 1. Artículos relacionados a la protección de los derechos de las PVVS, Nicaragua.**

- Artículo 5: Este artículo establece que nadie puede ser sometido a una prueba de VIH sin su debido consentimiento
- Artículo 7: Los resultados de las pruebas de VIH deben manejarse de manera confidencial.
- Artículo 20: Las autoridades deben garantizar los derechos de las PVVS, así como de aquellos que viven con el virus en prisiones e instituciones psiquiátricas.
- Artículo 22: Este artículo establece que las PVVS tienen el derecho a trabajar y llevar a cabo tareas de acuerdo con sus posibilidades. El hecho de ser VIH positivo no constituye un motivo para obstruir la contratación de una persona o para el despido de la misma.
- Artículo 24: Las PVVS y sus hijos tienen derecho a la educación.

En su lucha contra el VIH/SIDA, el gobierno de Nicaragua promulgó el Reglamento de la Ley 238 en el año 2001. Además, el marco legal de respuesta contra el VIH/SIDA se apoya actualmente en otras legislaciones e iniciativas:

- Ley 423 –Ley General de Salud, la cual establece la definición del Sistema Nacional de Salud. Un aspecto interesante de esta ley es que insta a proteger a la población contra epidemias de cualquier tipo.
- Ley 185 - Código del Trabajo. Este código establece que los empleadores deben tomar las medidas necesarias para garantizar la salud de los trabajadores en todo momento.
- La Ley de Seguridad Transfusional establece que los procesos de donación, procesamiento, conservación y transfusión deben realizarse de acuerdo a los estándares de calidad establecidos tanto para donantes como para receptores.
- Ley 28 sobre la Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica: Esta ley establece como las distintas unidades administrativas deben manejar los programas de salud en dichas regiones.
- El Plan Nacional de Desarrollo reconoce al VIH/SIDA como un problema de salud pública y llama a las autoridades del país a una respuesta rápida.
- La Política Nacional de Salud establece los lineamientos para la creación de un sistema de Programa Nacional que maneje los asuntos relacionados a la salud sexual y reproductiva.
- La Política Nacional de Educación reconoce la relación entre el VIH/SIDA y la ausencia de una apropiada educación sexual.
- El Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA (2005-2009) está dirigido a la coordinación de esfuerzos relacionados a la respuesta nacional contra VIH/SIDA, a la vez que salvaguarda los derechos de las PVVS.

En la siguiente sección, se presenta un análisis sobre la discriminación arbitraria contra PVVS basado en los resultados de aplicar el Protocolo de ONUSIDA sobre

discriminación.<sup>22</sup> La información fue proporcionada por personal de la Fundación Xochiquetzal, organización sin fines de lucro orientada a la prevención del VIH y promoción de los derechos de las PVVS.

*Cuidados de Salud.* De los siete aspectos estudiados con respecto a este tema, se notificó que cuatro de ellos ocurrían o habían ocurrido en la práctica. Estos correspondieron a: (1) el tratamiento diferente por razón del estado serológico correspondiente al VIH/SIDA, (2) la realización de pruebas de VIH realizadas sin consentimiento de la persona, (3) el no informar a una persona sobre los resultados de las pruebas de VIH/SIDA y (4) la falta de confidencialidad. Respecto de las primeras dos formas de discriminación, los datos sugieren que algunos casos ocurrieron en hospitales nacionales en Managua. Con respecto a la falta de confidencialidad, este es un aspecto que está previsto en la Ley de VIH/SIDA de Nicaragua. De acuerdo a la información facilitada por Xochiquetzal, se han detectado casos de falta de confidencialidad sobre pruebas de VIH en el Ministerio de Salud. Uno de los elementos de prueba suministrados corresponden a un caso que se dio a conocer en el año 2000, en el que la hija de una señora VIH positiva fue colocada en una cuna con un letrero que decía: “Aislada por ser nacida de madre VIH positiva”.<sup>23</sup> No se proporcionaron datos relacionados con la denegación de tratamiento en razón del estado serológico, ni de notificación obligatoria del estado serológico a parejas sexuales o familiares,

*Empleo.* De los siete aspectos analizados en esta área temática, se identificó que cinco de ellos ocurrían en la práctica. Estos aspectos correspondían a (1) la realización de pruebas obligatorias antes de la contratación, (2) la realización de pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, (3) falta de confidencialidad, (4) despido y (5) denegación de empleo sobre la base del estado serológico. En el caso de los dos primeros aspectos, la información proporcionada por Xochiquetzal se refiere casos detectados en ingenios de caña de Chinandega –el departamento más afectado por el VIH/SIDA en Nicaragua. Respecto de falta de confidencialidad, se han detectado casos en un colegio de Tipitapa, así como en un Hospital de León y establecimientos comerciales en Chinandega. La información suministrada por Xochiquetzal no menciona casos de despidos. No se obtuvo información relacionada con preguntas sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA, incluidas en formularios de entrevistas de trabajo, ni tampoco con relación a restricciones para ascensos y prestaciones laborales debido al VIH.

*Justicia/Procesos Jurídicos.* Se analizaron cuatro formas de discriminación y solo una de ellas se mencionó que ocurría en la práctica: diferencias en sentencias y/o penas por razón del VIH/SIDA. Según la información proporcionada por Xochiquetzal, este aspecto está considerado en las leyes, así como en reglamentos y procedimientos internos. Por ejemplo, el art. 195, del Código Penal establece que la pena del delito de violación será de quince a veinte años de prisión. La lista de circunstancias agravantes para este delito, incluye (inciso 6) - Cuando el autor sea portador de una enfermedad grave, transmisible por contacto sexual.”

---

<sup>22</sup> ONUSIDA 2000

<sup>23</sup> LA PRENSA. 2 de diciembre del 2000.

Si bien no se estipuló si el comercio sexual o la homosexualidad son procesados en la práctica como delitos, las leyes actuales los considera actos criminales. Por ejemplo, de acuerdo con el artículo 204 del Código Penal de Nicaragua, “Comete delito de sodomía el que induzca, promueva, haga propaganda o practique en forma escandalosa el concubito entre personas del mismo sexo” y se establece una pena de uno a tres años de prisión.”<sup>24</sup> No se cuenta con información relacionada a los aspectos correspondientes a creación de delitos criminales específicos en el caso de la transmisión deliberada de VIH/SIDA.

*Administración.* De los cinco aspectos explorados en esta área, no se cuenta con información que evidencie la ocurrencia de discriminación en la práctica en general, pero si se ha sugerido que se exigen pruebas sexológicas como condiciones de entrada al país. Específicamente la evidencia correspondía a los requisitos para solicitud de becas para estudiar en Estados Unidos. No se obtuvo información relacionada a la expulsión por razón del estado respecto al VIH/SIDA.

*Bienestar Social, vivienda, educación y familia y salud reproductiva.* No hay información o evidencia relacionada a esta área

*Otras instituciones públicas.* La información suministrada sugiere que en la práctica se niega el acceso a instalaciones y servicios públicos como el transporte público.

*Seguros y otros servicios financieros.* De los tres aspectos explorados en esta área, se indicó solo un tipo de discriminación al denegar o restringir la contratación de seguros en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.<sup>25</sup>

En el anexo 3 se resumen los hallazgos y evidencias respecto de la discriminación.

*Respuesta a la discriminación arbitraria.* Violando lo establecido en el marco legal nicaragüense, algunos casos sugieren que existe discriminación debida al VIH/SIDA. En julio del año 2000, un grupo de activistas pertenecientes a un grupo de PVVS confrontaron a las autoridades del Ministerio de Salud por su incapacidad de hacer cumplir la ley de VIH/SIDA. El grupo de activistas ASONVIH/SIDA exigía la necesidad de recibir tratamiento oportuno a la vez que declaraba que cuatro de sus miembros habían muerto debido a la incapacidad del gobierno de proveerles el tratamiento de una manera adecuada. Esta situación dejó en evidencia la carencia de algunas definiciones importantes dentro de la ley. Por ejemplo, un análisis comparativo centroamericano realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Honduras (CONADEH) encontró que la ley nicaragüense, al igual que las legislaciones de Honduras, hacen referencias generales relacionadas al tratamiento que se debe proveer y no se define detalles específicos del tratamiento a ser provisto.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Artículo 204 del Código Penal de Nicaragua

<sup>25</sup> Seguros del Pacífico e INISER

<sup>26</sup> CONADEH/UNDP. Cumplimiento de la Ley Especial Sobre VIH/SIDA en Honduras y comparación con legislación sobre VIH/SIDA de Centro América y Panamá. Tegucigalpa, 2003.

El Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2005-2009 sugiere que una importante proporción de PVVS y de funcionarios públicos (de los sectores de educación y salud) no conocen sobre la existencia de la Ley ni tampoco los derechos humanos que esta protege. Este desconocimiento crea un ambiente que promueve la discriminación. En las secciones preliminares del PEN, se plantea que el Comité de Ética (entidad que se supone debe manejar los casos de PVVS cuyos derechos han sido violados), propuesto en la ley de VIH/SIDA, no se encuentra en funcionamiento. Esta situación fue confirmada por los participantes al taller mantenido en Managua en Mayo 2006 para discutir experiencias exitosas en VIH/SIDA en Centro América.<sup>27</sup>

Una investigación realizada en 2004 por la agencia de cooperación alemana (GTZ) plantea que a pesar de que la existencia de la Ley 238 representaba un paso adelante respecto de la protección legal de las PVVS, ésta no había sido implementada apropiadamente. Los autores del trabajo basaban su argumento en el hecho que de acuerdo a la ley 238, las personas que sufren del VIH/SIDA tienen derecho a recibir un tratamiento adecuado y completo. Sin embargo, Nicaragua es uno de los pocos países en América Latina donde la TAR está disponible solo para muy pocas personas, discriminando a la mayoría de PVVS. En consecuencia, no es extraño que la falta de tratamientos no adecuados y la marginalización, sean las formas más frecuentes de quejas por parte de las PVVS.<sup>28</sup>

En el anexo 5 del protocolo de ONUSIDA sobre discriminación arbitraria, se plantean algunas interrogantes relacionadas con la protección de los derechos de las PVVS con el fin de prevenir algunos de los casos que han sido descritos anteriormente. El estudio muestra que:

- Con respecto a la existencia de acuerdos o foros comunicativos que fomenten la lucha contra la discriminación, el Plan Estratégico Nacional 2005-2009, sirve de acuerdo y marco que coordina esfuerzos relacionados a la respuesta nacional ante el VIH/SIDA. Sirve también como punto de partida para la protección de los derechos de las PVVS. Entre sus muchos aspectos, este plan incluye la protección de los derechos humanos, esfuerzos de prevención y la creación de conciencia sobre la epidemia. Respecto a campañas educativas e informativas destinadas a combatir la discriminación en los últimos dos años, en septiembre de 2005, la Red Regional de Derechos Humanos y VIH/SIDA realizó una reunión en Montelimar, Nicaragua. La conferencia incluyó un componente educativo relacionado con el seguimiento en cuanto a violaciones de derechos humanos, sesiones educativas respecto a procedimientos de protección de derechos humanos y talleres con representantes de las PVVS.
- En cuanto a la existencia un comité u organización sin fines de lucro, encargada de la promoción del principio de no discriminación, debe mencionarse a dos instituciones: la Procuraduría de Derechos Humanos y el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH). Desde su fundación en 1990 CENIDH ha dirigido sus acciones

---

<sup>27</sup> Actores claves en VIH/SIDA del Gobierno, ONGs y Agencias de Cooperación Internacional.

<sup>28</sup> Piechulek H, Mendoza Aldana J. German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Managua, Nicaragua. "Stigma and Discrimination towards VIH/SIDA in Nicaragua" Int Conf AIDS 2004 Jul 11-16; 15

hacia la promoción y defensa de los derechos humanos. Sus actividades incluyen campañas educativas en todo el país, la operación de una red de promotores de derechos humanos y la investigación de casos de violación de derechos.

- En cuanto a la existencia de una organización cuyo principal objetivo sea el apoyo y defensa de las PVVS, una asociación llamada Asociación Nicaragüense de Personas que Viven con VIH/SIDA (ASONVIH/SIDA) fue creada para defender los derechos de las PVVS. Además esta organización ayuda a obtener tratamientos apropiados, la diseminación experiencias y la creación de conciencia sobre el VIH/SIDA en la población. En el caso de ASONVIH/SIDA esta también puede proveer asesoría legal, con el apoyo de CENIDH y la Fundación Xochiquetzal, y está tiene la capacidad de llevar casos a los tribunales pertinentes.

### **PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES**

En esta sección se presenta información relacionada con las experiencias exitosas en VIH/SIDA realizadas el Ministerio de Gobernación y por la Fundación Xochiquetzal. Es importante mencionar que existen paralelos entre el Programa de Atención Integral de Xochiquetzal y el Programa de Prevención y Control del SIDA, implementado en República Dominicana en 1995. Ambas iniciativas realizan esfuerzos importantes en diseminación de mensajes de promoción de la salud y prevención del VIH/SIDA.

#### ***Nicaragua: Compromiso y acción ante el SIDA, TB y Malaria – Componente VIH/SIDA***

El programa se enmarca directamente en el Plan Estratégico Nacional que promueve los esfuerzos de Información, Educación y Comunicación para fomentar la prevención del VIH/SIDA y la promoción de prácticas sexuales seguras. El presente programa concuerda también con el PEN en lo que corresponde a la atención que deben de recibir los grupos vulnerables (en este caso poblaciones móviles y personas privadas de libertad).

En el año 2003, el Mecanismo Coordinador de País presenta al Fondo Mundial, el Proyecto “Nicaragua, compromiso y acción ante el SIDA, Tuberculosis y Malaria”, cuyo monto total es de US\$ 18.8 millones de los que US\$ 10 millones eran para el componente de SIDA. Conforme a los criterios que rigen la selección y adjudicación de la donación, el Fondo Mundial asigna a la Federación Red de Nica-Salud como Receptor Principal para el manejo y administración de la donación. El Receptor Principal podrá, bajo este acuerdo, proporcionar financiamiento a otras entidades, para que realicen actividades contempladas en el programa. El Ministerio de Gobierno firma del Sub-convenio con la Red de Nica-Salud en 2004, como sub-receptor asignándole un monto total para el primer año de US\$ 230.600.

El Ministerio de Gobernación es la institución encargada de la supervisión de entidades de diversa naturaleza incluyendo la Dirección General de Migración y Extranjería, la Dirección General de Bomberos, la Policía Nacional y el Sistema Penitenciario Nacional. Sus objetivos primordiales son velar por la seguridad de las personas y establecer las

bases para el derecho de las personas. El Ministerio ejecuta el proyecto a través de Dirección de Prevención y Asistencia Social (DPAS), adscrita a la nueva Dirección General de Convivencia y Seguridad Ciudadana, responsable de la prevención, cuidado y promoción de valores basados en códigos de conducta saludable, tutela de los Derechos Humanos, Seguridad Ciudadana y de implementar las acciones relativas al cumplimiento de la Ley 238 y la no-discriminación de PVVS.

Los Objetivos Generales a cumplir por el componente de HIV/SIDA son los siguientes:

- Prevenir casos nuevos de VIH/SIDA e ITS por medio de la estrategia de IEC
- Prevenir y controlar casos nuevos de infección de transmisión sexual
- Asegurar una atención integral para los y las nicaragüenses viviendo con VIH/SIDA
- Asegurar el adecuado registro de casos VIH/SIDA y monitoreo de conductas de riesgo.
- Fortalecer la coordinación multisectorial a nivel local y central
- Promover el marco de derechos humanos como herramienta de prevención del VIH asegurando la no-discriminación contra las PVVS.

El Programa se enfoca en aspectos nacionales de la epidemia como la necesidad de diseminar la Ley 238 sobre SIDA de la que todavía hay una considerable falta de conocimiento. Una de las estrategias del programa está dirigida a promover el conocimiento de la Ley en prisioneros y autoridades del Ministerio. El Programa también busca crear conciencia, especialmente en los lugares de trabajo y la red de centros de salud, sobre la necesidad de cuidados adecuados para la PVVS.

*Resultado.* A continuación se describe las actividades ejecutadas para alcanzar las estrategias y objetivos planteados, así como mismo los logros obtenidos.

Estrategia- 1.-Diseñar e implementar un plan de IEC para la prevención de ITS y VIH.

- 42 altos funcionarios: Ministro, Viceministro, Secretaría General, Directores Generales y Directores específicos, invitados especiales CONSIDA y otros.
- 34 participantes líderes para ser apoyo como promotores a futuros promotores base.
- Capacitación a 75 promotores base dentro de todas las estructuras de la institución.
- Adquisición y distribución de 12.000 preservativos por parte de la Dirección de Prevención y Asistencia Social, los cuales se distribuyeron en las capacitaciones a privados de libertad, así como la Investigación de Línea de Base de Poblaciones Móviles.
- Desarrollo de una página web y panfletos emitidos en fechas nacionales e internacionales de relevancia. Edición de Revista InfoSida, presencia activa y permanente en el programa de la institución policial ‘Visión Policial TV’ y revista Visión Policial. Montaje de la obra de Teatro ‘Virus Inmerso en la Humanidad’.

Estrategia 2.- Capacitar al personal del Sector Salud del Ministerio de Gobernación sobre el Manejo Sindrómico de las ITS:

- 4.708 personas privadas de libertad recibieron capacitación sobre el VIH/SIDA, en 47 talleres en 7 sistemas penitenciarios
- Se impartió el Taller sobre el Manejo Sindrómico de las ITS, a todos los sectores del Hospital Carlos Roberto Huembes, a las 16 Clínicas adscritas a la Policía Nacional, a las siete clínicas del Sistema Penitenciario Nacional, (excluida la RAAS, ya que no cuenta con médico adscrito), personal de la Clínica de Migración y Extranjería, personal de la Clínica de la Dirección de Bomberos y de las Actividades Centrales.
- Se impartieron Talleres en Bioseguridad, seleccionando a la población involucrada como son del Hospital Carlos R. Huembes, Clínica de la Policía Nacional, de la Dirección de Bomberos, Sistemas Penitenciarios, Migración y Extranjería y Actividades Centrales.
- 500 Recursos Humanos capacitados en Bioseguridad, 150 normas de Bioseguridad reproducidas y se entrenaron 3.929 privados de libertad sobre VIH/SIDA.
- Se distribuyeron condones con los médicos de las clínicas en los sistemas penitenciarios uniformados acuartelados en las distintas zonas del país.

Estrategia 3 - Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las ITS/VIH/SIDA.

- Implementación de una Red de vigilancia epidemiológica, integrada por un servidor que ha sido instalado en 3 puntos del Hospital Carlos Roberto Huembes.
- Capacitación de personal en Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación y Sitios Centinela, igualmente todo el personal estadístico y de salud de las clínicas de la Policía Nacional y de los Sistemas Penitenciarios.
- Se instituye por mandato ministerial el Servicio Social Voluntario “Juntos contra el SIDA”. Los logros del Servicio Social Voluntario incluyen:
  - Creación de un Programa Integral de Prevención en VIH/SIDA en el local de trabajo
  - Apoyo a la respuesta nacional en VIH/SIDA, a través de la institucionalización de una nueva norma en la política de empleo.
  - 100% de la población trabajadora del MIGOB (11.000 personas) capacitados en materia de percepción de riesgo.
  - 60% de uniformados y 80% de las personas privadas de libertad alfabetizados en percepción de riesgo, mecanismos de prevención y de transmisión del VIH/SIDA.
- El Indicador números de muestras tomadas y procesadas, 2 sitios centinelas funcionando.
- A través del Hospital de referencia del Programa, Carlos Roberto Huembes, un sistema de segunda generación se mejoró en clínicas y se crearon 2 sitios centinela, en el Sistema Penitenciario Tipitapa y Hospital Carlos Roberto Huembes.

- En estos dos sitios centinela se tomaron en total 2.600 muestras. Las primeras 600 muestras mostraron una prevalencia de VIH de 0,5%. La meta era procesar 2.700 muestras excluyendo el 10% de pruebas para controles que no se pudo cumplir por debido atraso de los reactivos.

Estrategia 4.- Incidir en la definición de políticas nacionales en la prevención y promoción de derechos humanos, igualdad y no discriminación de las PVVS.

- 151 funcionarios recibieron capacitación detallada sobre la Ley 238. Otras 1.800 personas recibieron información sobre la Ley 238, sensibilizados durante el transcurso de las capacitaciones a promotores.
- Aproximadamente 350 Policías de los altos mandos recibieron información sobre la Ley 238 y 40 Altos Mandos del Departamento de Managua y sus 8 municipios fueron entrenados.

Estrategia 5– Promoción y Defensa Pública de la Ley 238

A través de la DPAS y los aliados de la sociedad civil (PASMO, CEPS, NIMEHUATIZIN, XOCHIQUETZAL, XILONE, ASONVIHSIDA) se promocionó y divulgó los conocimientos sobre la Ley 238, creando promotores y brigadistas para la divulgación de la misma.

*Perspectivas para el futuro y prioridades*

- Capacitación a privados de libertad.
- Capacitación de manejo Sindrómico de las ITS.
- Capacitación en Bioseguridad.
- Reproducción y distribución de materiales de IEC.
- Adquisición y distribución de medicamentos para atención de las PVVS.
- Adquisición y distribución de insumos y normas de bioseguridad.
- Adquisición y distribución de insumos no médicos para la atención integral de PVVS en el Hospital Carlos Huembes.
- Capacitación en promoción de defensa pública con énfasis en la Ley 238.
- Fortalecimiento Gerencial para gestión y supervisión del Proyecto.
- Evaluación de los resultados de la gestión y resultados del proyecto.

### ***Programa de Atención Integral de las PVVS de la Fundación Xochiquetzal***

Xochiquetzal es una organización no gubernamental fundada en el año 1990, que trabaja en áreas urbanas y rurales. La organización fue fundada por un movimiento Gay-Lésbico y realiza actividades de IEC orientadas al VIH y otras ITS. El Programa beneficia no solamente a grupos altamente vulnerables (HSH, TS, Privados de Libertad), sino también a grupos tales como: niños y niñas que corren riesgo de explotación y los funcionarios de diferentes instituciones públicas a nivel local que ayudan a crear conciencia acerca del VIH/SIDA.

En general, el programa ha tenido una influencia considerable en la implementación de los planes estratégicos nacionales de VIH/SIDA, lo cual garantiza la concordancia de las

gestiones de la fundación y del programa con el nuevo plan estratégico que corresponde al período 2005-2009. La Fundación Xochiquetzal ha contribuido a que se incluyan en el Plan Estratégico Nacional a las niñas y niños que corren riesgo de explotación sexual como un grupo vulnerable, así como la promoción de la participación comunitaria en la lucha contra la epidemia.

El Programa de Atención Integral de las PVVS se inició en el año 1992, con el principal objetivo de garantizar que las PVVS recibieran atención a la salud, prevención, tratamiento y protección legal. Este programa se inició en Chinandega, departamento con las tasas más altas de prevalencia de VIH en el país y se expandió a los departamentos de Matagalpa, Estelí, Nueva Segovia, Jinotega y Madriz. Las actividades son ejecutadas por personal de Xochiquetzal, integrado por 2 médicos, 2 laboratoristas, 2 psicólogos y dos abogados, apoyados por la administradora y la directora técnica de la fundación, así como también contrapartes locales. El programa prevé la creación de una clínica de atención integral para ITS y VIH/SIDA. De igual manera, se planea proponer reformas puntuales a la actual ley 238 sobre VIH/SIDA. Asimismo, el programa pretende que otras unidades del nivel local emulen el modelo de atención integral propuesto. El programa cuenta con tres componentes claramente definidos:

1. Educación: Este componente incluye un servicio de consulta telefónica llamado “*Línea con vos*”, programas radiales y la publicación de una revista trimestral llamada “*Fuera del Closet*”
2. Comunicación y
3. Atención integral (salud, apoyo psicológico y asesoría legal)

Las principales fuentes de financiamiento han variado a lo largo de los años (tabla 3).

**Tabla 3. Financiamiento del Programa de Atención Integral por entidad US\$**

Organización y período	Recursos Humanos	Equipos	Material y reactivos	Medicamentos	Condomes	Total
NORAD 1992-2005	159.982	4.677	26.582	18.661		209.902
SIDA 1993-1996	4.021	4.181	-	-	-	8.202
HIVOS 1994-2005	60.840	1.590	-	-	-	62.430
Embajada de Holanda CR 1992-2002	43.723	-	-	-	-	43.723
Embajada de Holanda NY 2005-2008	16.738	23.500	13.300	5.310		58.848
EU – GVC 2002-2004			16.800	21.050	76.975	114.825
EU – GVC 2002-2005	23.360	42.100	41.969	9.970	11.833	129.232
<b>TOTAL</b>	<b>308.664</b>	<b>76.048</b>	<b>98.651</b>	<b>54.991</b>	<b>88.808</b>	<b>627.162</b>

Fuente: Xochiquetzal Foundation, 2006

Una de las más importantes ha sido la agencia noruega de cooperación NORAD. Otras fuentes de financiamiento han incluido a ASDI, la Comunidad Económica Europea, la Embajada de Holanda e IVOS. El componente de Prevención de VIH/SIDA para Grupos

de Voluntarios Civiles ha contado con una inversión de la Unión Europea para cuatro años de ejecución del proyecto.<sup>29</sup>

*Resultados.* Existen varias pruebas del éxito del Programa:

- Xochiquetzal atiende al 29% del total de personas que reciben TAR en Nicaragua.
- El Programa ha realizado mediciones de prevalencia de las poblaciones cubiertas por dicho programa, comprobando que las estimaciones del Ministerio de Salud son conservadoras. De acuerdo con un estudio de seroprevalencia realizado en 2005, por ejemplo, de 1.090 personas atendidas por el programa, el 2,1% resultó VIH positivo. Este valor fue de 2.3% en el año 2004. Mientras que las estimaciones del Ministerio de Salud indican menos del 0,5%.
- El componente de educación benefició a 280.360 personas (330 Homosexuales y 175 lesbianas, 6573 privados de libertad, 26.116 estudiantes de escuelas secundarias, y 206.985 pobladores de barrios y comunidades).
- Un total de 17449 prestaciones por el componente de atención integral, durante el período 2000-2004, incluyendo 5.956 consultas médicas, 3.120 consultas psicológicas y 12.800 exámenes de laboratorio.

*Comunicación de mensajes de prevención de VIH/SIDA dirigidos a etnias.* El artículo 4 de la legislación nicaragüense indica que los medios de comunicación deben diseminar información científica y confiable en relación con la prevención del VIH/SIDA. De esta manera, de acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA, la estrategia nacional de IEC se enfoca en conocimientos básicos sobre VIH/SIDA y modos de transmisión. Actualmente se cuenta con numerosos materiales educativos, tales como revistas, panfletos y carteles, algunos de los cuales han sido preparados en inglés y en idioma misquito, de manera que los mensajes puedan alcanzar a las poblaciones de las regiones autónomas del Atlántico.

*Condomes.* De acuerdo con información de SIDALAC, en el año 2003, el gasto destinado a la adquisición de condones correspondió a US\$ 1.8 millones. De este monto, aproximadamente el 62% correspondió a fuentes de financiamiento privadas y el resto a fuentes externas.

## **TRATAMIENTO**

De acuerdo con OPS, en el año 2004 la cobertura de TAR correspondió al 10% del total de personas que la requerían (N=311) y existen protocolos para la prevención de la transmisión vertical desde el año 2000.<sup>30</sup> El Programa Nacional de VIH/SIDA, informa que en el año 2003, en los Hospitales: Roberto Calderón, Bertha Calderón y el Hospital Infantil La Mascota, se inició la TAR con 13 pacientes. Para el año 2005, se contaba con

---

<sup>29</sup> Delegación de la Comisión Europea en Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala y Panamá. Lista de Proyectos en Ejecución en Nicaragua. Consulta de Marzo 2006 realizada en [http://www.delnic.cec.eu.int/es/eu\\_and\\_country/cooperation\\_list/cooperation\\_list\\_nic.htm](http://www.delnic.cec.eu.int/es/eu_and_country/cooperation_list/cooperation_list_nic.htm)

<sup>30</sup> OPS/OMS, Hojas informativas sobre prevención y tratamiento 2004

un total de 200 pacientes en TAR y se habían sumado los hospitales Nuevo Amanecer, Ernesto Sequeira, España y HEODRA. De acuerdo con la misma fuente, los esquemas de TAR en Nicaragua corresponden a lo especificado en el siguiente cuadro (tabla 4).

**Tabla 4. Esquemas de TAR en Nicaragua, 2005**

No	Nombre Esquema	No	Nombre Esquema
1	Combivir + Efavirenz	10	Combivir + Abacavir
2	3TC+D4T+ Nevirapina	11	D4T +DDI + Efavirenz
3	3TC+D4T+ Efavirenz	12	DDI + Efavirenz+Abacavir
4	Combivir + Ritonavir\Indinavir	13	DDI + 3TC+Nelfinavir
5	3TC+D4T+ Ritonavir\Indinavir	14	DDI + 3TC+Ritonavir\Indinavir
6	AZT +3TC+Ritonavir	15	D4T +3TC + Abacavir
7	Combivir + Nevirapina	16	AZT +DDI+ Efavirenz
8	Combivir + Nelfinavir	17	DDI+3TC+Nevirapia
9	D4T +DDI +Ritonavir\Indinavir		

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

La principal fuente de financiamiento para el tratamiento es el Fondo Mundial. En el período 2005-2006, el Fondo mundial contribuyó con US\$ 335.336. De este monto, aproximadamente US\$ 34.200 dólares fueron destinados para la compra de reactivos.

En Nicaragua, la Dirección de Regulación de Medicinas y Alimentos es la encargada de la regulación de medicamentos y suministros médicos para VIH/SIDA y enfermedades oportunistas. Dentro de sus principales funciones se encuentran las siguientes:

1. Garantizar la supervisión e inspección de los fabricantes, distribuidoras, mayoristas y minoristas de insumos médicos.
2. Vigilar la calidad y adecuación de los materiales y actividades de promoción y propaganda de los medicamentos y cosméticos.
3. Asegurar la calidad de los medicamentos a través de los análisis cualitativos y cuantitativos.
4. Establecer requisitos, normas y procedimientos para el registro sanitario de productos farmacéuticos, sustancias químicas, establecimientos y profesionales de la salud.
5. Evaluar las importaciones y exportaciones de productos farmacéuticos y sustancias químicas.
6. Autorizar y extender los Registros de Establecimientos donde se venden medicamentos a los que cumplan con los requisitos de Ley.
7. Supervisar y garantizar el adecuado registro y refrendación de los medicamentos, mediante una eficaz evaluación y control de los productos.
8. Realizar y actualizar los registros de medicamentos y establecimientos autorizados.

La adquisición de de medicamentos para VIH/SIDA es realizada por la Dirección de Normación de insumos médicos (DNIM). Los requisitos para registrar medicamentos para VIH/SIDA están detallados en la Ley 292, y su Reglamento.<sup>31</sup> Estos requisitos se solicitan a todo medicamento que se comercializan en el país. Algunos ejemplos de los requisitos incluyen: (1) que el establecimiento farmacéutico se encuentre legalmente inscrito en la Dirección de Acreditación y Regulación de Medicinas y Alimentos, (2) la solicitud de registro debe presentarse escrita a máquina en papel sellado con valor de C\$ 3.00 (Tres córdobas), firmada por el Representante Legal y el Regente Farmacéutico del establecimiento, y (3) la solicitud debe ser elaborada, avalada y presentada por el Regente Farmacéutico.

Dado que Nicaragua carece de un industria farmacéutica para la producción de ARV, los medicamentos para el manejo del VIH/SIDA ingresan al país a través de las importaciones que hacen las distribuidoras/importadoras de medicamentos, siempre y cuando el producto cuente con Registro Sanitario. El expendio o venta lo hacen las distribuidoras/importadoras de medicamentos a las farmacias privadas autorizadas o al MINSA a través de las licitaciones. Las adquisiciones se coordinan a través de las siguientes entidades:

1. OPS: se solicita la compra a OPS a través de la Unidad de Adquisiciones del MINSA.
2. Fondo Mundial: a través del plan de compra que se elabora en coordinación con el Programa de VIH/SIDA

La compra de medicamentos y reactivos se realiza en base a la programación anual, se realiza una distribución trimestral. En la planificación, se tienen en cuenta todas las PVVS que llenan los criterios clínicos, virológicos e inmunológicos. No hay distinciones entre la planificación para la población en general y grupos vulnerables. La adquisición de los reactivos de laboratorio se realiza sobre la base de una programación que coordina con las distintas unidades de salud.

Finalmente, algunos problemas relacionados con la situación de los medicamentos ARV son:

1. No se cuenta con información específica sobre el almacenaje de los medicamentos adquiridos y sobre los mecanismos de distribución a las áreas locales.
2. Se requiere más información para evaluar las posibles consecuencias que tendrá el CAFTA-DR en las compras de medicamentos.

---

<sup>31</sup> Ley de Medicamentos y Farmacias Capítulo II, artículos 8-19 de la Ley y en el Capítulo IV, artículos 10-26 del Reglamento.

## Referencias

Artículo 195 del Código de la Estrategia Nacional de Nicaragua

Artículo 204 del Código Criminal Nicaragua

CONADEH/UNDP. Cumplimiento de la Ley Especial de VIH/SIDA y comparación de la legislación de VIH/SIDA en Centro América, Panama y Tegucigalpa, 2003

Cruz Roja Nicaragüense, “Multicenter Study on HIV/STDs Prevalence in Central America and behavior of MSM in Nicaragua”, *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Nicaragua*. Managua, Nicaragua. Julio 2003.

Cuadra y Marsal. Mobile Populations and HIV/AIDS in Central America, Mexico and the United States: Chapter on Nicaragua: Paso Sur. Rivas-Peñas Blancas Station, *Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos: Capítulo Nicaragua: Estación de Paso Sur. Rivas-Peñas Blancas*. 2001.

Ministerio de Salud, Nicaragua – “National Program for Prevention and Controls of STD/HIV/AIDS” Programa Nacional de Prevención y Control de las STD/HIV/AIDS; Center for AIDS Education and Prevention/ Centro para la Educación y Prevención del SIDA (CEPRESI); “Workers for Education, Health and Social Integration” *Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social (TESIS)*; Fundación Xochiquetzal;

PAHO, Discapacidades: Qué es lo que todos debemos saber? 2006

PAHO/WHO. Fact Sheets Regarding Care and Treatment for HIV/AIDS Infections, 2004

PASCA/USAID, Consultores de Desarrollo Interdisciplinario (CID-Gallup), 2003

PASCA/USAID, Perception of AIDS in Central America - *Percepción sobre el SIDA en Centroamérica*, Censo de Opinión Pública en Centro América, 2003.

Piechulek H, Mendoza Aldana J. German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Managua, Nicaragua. *Stigma and Discrimination towards HIV/AIDS in Nicaragua*. Int Conf AIDS 2004 Jul 11-16; 15.

UNICEF, UNAIDS, USAID. Niños al borde del abismo. 2002

UNAIDS. Fact Sheets: Care and Treatment for HIV/AIDS Infection, Nicaragua. 2004.

UNAIDS. Epidemiological Factsheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. 2004.

UNAIDS. Protocol for Identifying Discrimination against People who Live with HIV/AIDS, Best Practices Collection, 2000.

## **ANEXO 1. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN**

### **Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS**

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

### **Personas Entrevistadas Sobre Discriminación**

- Fernando Cano, PASCA, Guatemala
- Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras
- Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador
- Karla Aburto, Consejera de VIH/SIDA, Nicaragua
- Eda Quirós, Directora de Salud de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Maite Cisneros, Ombudsman, Panamá

**ANEXO 2. FORMULARIO PARA SELECCIÓN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS**

<b>Nombre de la institución:</b>	
<b>Participación por:</b>	
<input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
<b>País:</b>	<b>Tipo de abordaje:</b>
<b>Región:</b>	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
<b>A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA</b>	
<b>1. Tipo de organización:</b>	<b>2. Año de constitución:</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	<b>3. Descripción de la organización:</b> Reseña histórica Objetivos Personal
<b>B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA</b>	
<b>Nombre del proyecto:</b>	
<b>1. Tipo de abordaje:</b>	<b>2. Año de inicio:</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<b>3. Año final:</b> <input type="text"/>
	<b>4. Descripción del proyecto:</b> Reseña histórica Objetivos Personal

<b>5. Población beneficiada:</b>	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
<b>6. Fuentes de financiamientos:</b>	
<b>7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto</li> <li>• Cobertura</li> <li>• Acceso</li> <li>• Características particulares, innovación, permanencia, metodología.</li> </ul> <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
<b>8. Perspectivas del proyecto para el futuro:</b>	
<b>9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA</b>	
<b>10. Fuente (s) de financiamiento.</b>	
<b>11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?</b>	
<b>Contacto:</b> Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:	

### ANEXO 3. HALLAZGOS Y PRUEBAS PROVENIENTES DE LA ENCUESTA DE DISCRIMINACIÓN NICARAGUA-2006

Área	Hallazgo	Evidencia
<b>Asistencia Sanitaria</b>		
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Ocurre en la práctica	De acuerdo con la organización informante, el tratamiento diferente se da en los Hospitales de Referencia Nacional ubicados en la capital.
Tratamiento diferente en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA	Ocurre en la práctica	De acuerdo con la organización informante, el tratamiento diferente se da en los Hospitales de Referencia Nacional ubicados en la capital. (i.e. Caso publicado en el Diario La Prensa en 02/12/2000 – Madre e hija recién nacida segregadas dentro del Hospital Bertha Calderón).
Falta de confidencialidad: informar a otros sobre los nombres de personas que se han comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma conciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales	Ocurre en la práctica	Caso de madre e hija infectada cuya condición fue divulgada sin consentimiento en barrio donde habitaba la persona. Hospital Bertha Calderón.
Negativa de informar a una persona de los resultados de las pruebas de VIH	Ocurre en la práctica	Caso Cruz Roja
<b>Empleo</b>		
Pruebas obligatorias antes de la contratación.	Está estipulado en la ley de VIH/IDA, en el Art. 5, que nadie podrá ser sometido a pruebas para detectar la presencia de anticuerpos al VIH sin su conocimiento y consentimiento expreso. Sin embargo esto ocurre en la práctica	Casos detectados en los ingenios del departamento de Chinandega.
Pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo.	Está estipulado en la ley de VIH/IDA, en el Art. 5, que nadie podrá ser sometido a pruebas para detectar la presencia de anticuerpos al VIH sin su conocimiento y consentimiento expreso. Sin embargo esto ocurre en la práctica	Casos detectados en ingenios de Chinandega y en bancos.
Falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Está estipulado por ley que debe existir confidencialidad. Sin embargo esto ocurre en la práctica	Artículo 7: Los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH deben comunicarse de manera confidencial, personal o mediante consejería de conformidad con las disposiciones dictadas a tal efecto / Caso de establecimientos de comercio en Chinandega. /
Despido o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón de estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Estipulado por ley que el despido no es permitido en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Sin embargo esto ocurre en la práctica	Artículo 22.- Las personas que viven con VIH tienen derecho al trabajo y pueden desempeñar labores de acuerdo a su capacidad. No podrá considerarse la infección por VIH como impedimento para

Area	Hallazgo	Evidencia
		contratar ni como causal para la terminación de la relación laboral./ Caso Colegio en Tipitapa, Caso de enfermera publicado en La Prensa el 12 de junio del 2005).
<b>Justicia/procesos jurídicos</b>		
Tipificación como delito de comportamientos (como prostitución o los hombres que tienen sexo con hombres)	Estipulado por ley...Sin embargo, esto ocurre en la práctica.	Art. 204 del Código Penal: Comete delito de sodomía el que induzca, promueva, propagandice o practique en forma escandalosa el concubito entre personas del mismo sexo a la pena de uno a tres años de prisión. Este artículo se presta a interpretaciones potencialmente discriminatorias.
Diferencias en las sentencias y/o penas por razón del VIH/SIDA.	Estipulado por ley	Art. 195, inciso 6 del Código Penal: Comete delito de violación el que usando la fuerza, la intimidación o cualquier otro medio que prive de voluntad, razón o de sentido a una persona, tenga acceso carnal con ella, o que con propósito sexual le introduzca cualquier órgano, instrumento u objeto. Se presume la falta de consentimiento cuando la víctima sea menor de catorce años o cuando sea mujer casada o en unión de hecho estable, a quien el violador hace creer que es su marido. Pueden ser autores y víctimas de este delito, personas de ambos sexos. La pena del delito de violación será de quince a veinte años de prisión. No serán circunstancias atenuantes el estado de embriaguez o drogadicción. Son circunstancias agravantes específicas para este delito, sin perjuicio de las contenidas en el Art. 30 Pn, las siguientes:  Inciso 6.- Cuando el autor sea portador de una enfermedad grave, transmisible por contacto sexual.
<b>Seguros y otros servicios financieros</b>		
Denegación o restricciones en la contratación de seguros (i.e., seguros de vida) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Estipulado por reglamento o procedimientos internos.	Está estipulado en las contrataciones de seguros de vida. Ejemplos: casos de Seguros del Pacífico y del Instituto Nicaragüense de Seguros (INISER).
<b>Otras instalaciones y servicios públicos</b>		
Denegación o restricciones en el acceso a otras instalaciones de servicios públicos (i.e. servicios funerarios, transporte o instalaciones deportivas) por razón del estado sexológico respecto al VIH/SIDA).	Ocurre en la práctica	Casos de denegación de transporte para un PVVS. Registros diarios de la Cruz Roja.

Fuente: Fundación Xochiquetzal

**ANEXO 4. RESUMEN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN EL VIH/SIDA EN NICARAGUA  
2006**

<b>Institución</b>	<b>Proyecto</b>	<b>Inicio</b>	<b>Orientación</b>	<b>Población beneficiada</b>	<b>Zona</b>
Fundación Xochiquetzal	Programa de Atención Integral de las PVVIHS de la Fundación Xochiquetzal:	1992	Prevención, promoción y tratamiento, atención integral (medica, psicológica, legal).	Tanto población en general como PVVS.	Urbana y Rural
Ministerio de Gobernación	Proyecto Fondo Mundial – Nicaragua: Compromiso y acción ante el SIDA, TB y Malaria – Componente VIH/SIDA	2004	Prevención, promoción y tratamiento	Funcionarios de las instituciones adscritas al Ministerio de Gobernación, así como privados de libertad.	Urbano y Rural

*\*Contacto: El contacto principal de la Fundación es Hazel Fonseca ([fxdir@enitel.net.ni](mailto:fxdir@enitel.net.ni)). El número de teléfono de Xochiquetzal es 249-0585. La línea de apoyo para PVVS es [fxlínea@enitel.net.ni](mailto:fxlínea@enitel.net.ni)*



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano  
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial  
1818 H St. NW,  
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

[mbortman@worldbank.org](mailto:mbortman@worldbank.org)