

**INFORME NACIONAL
SOBRE LOS
PROGRESOS
REALIZADOS
EN LA LUCHA CONTRA
EL VIH y sida**

GUATEMALA MARZO 2012

PRESENTACION

El Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida para este 2012, tiene el propósito de informar sobre los progresos alcanzados en la lucha contra el VIH-sida para el bienio 2010-2011, caracterizar el ICPN desde la perspectiva, gubernamental, sociedad civil y cooperación internacional y presentar los indicadores de Guatemala para el *Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH y sida de 2011*.

Contiene siete capítulos y tres anexos a efecto de visualizar la respuesta nacional desde la perspectiva institucional, de la sociedad civil y de la cooperación internacional.

El resumen describe la respuesta nacional a la epidemia del VIH y sida dentro del marco institucional, los actores involucrados, las diferentes acciones emprendidas y los datos expresados en indicadores definidos por UNGASS 2012 incluyendo las estadísticas actuales de la situación del país respecto a la epidemia del VIH y sida, las notificaciones, las vías de exposición y las características sociodemográficas de las personas notificadas.

Los dos siguientes capítulos desarrollan un examen evaluativo a la respuesta nacional y los datos entregados, rescatando aquellas buenas prácticas e identificando los principales problemas y acciones correctoras implementadas en el desarrollo de la Respuesta Nacional durante el último bienio.

Un aspecto cardinal es cubierto al identificar las diferentes acciones que desarrollan los asociados involucrados en la Respuesta Nacional de lucha contra el VIH Y SIDA, así como los desafíos futuros y el apoyo requerido.

El último apartado del informe entrega detalles de los avances y desafíos del sistema de monitoreo y evaluación de la epidemia que se han implementado en el país.

Además, se adjuntan los anexos solicitados a partir de las directrices entregadas para UNGASS 2012 los datos de la Medición del Gasto en sida 2010.

Este informe ha sido elaborado y validado por el Programa Nacional de SIDA (PNS), la oficina local de ONUSIDA y de la Asociación Gente Nueva así como los actores principales en la respuesta desde diferentes sectores y componentes.

Su contenido y estructura está basado en el documento de ONUSIDA: *Directrices. Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH y sida de 2011*.

CONTENIDO

I. SITUACIÓN ACTUAL.....	5
A. PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME.....	5
B. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA.....	7
C. RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA.....	9
D. INDICADORES.....	12
II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA.....	13
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE sida.....	15
A. EL SISTEMA DE SALUD.....	15
1. <i>Gobierno central</i>	15
2. <i>Seguridad Social</i>	15
3. <i>Proveedores privados</i>	16
B. LAS ATENCIONES EN ITS, VIH Y SIDA.....	16
1. <i>Seguridad Social</i>	16
2. <i>Ministerio de Salud</i>	16
3. <i>Subvención del Fondo Global para VIH</i>	17
4. <i>Sector Privado</i>	17
C. PARTICIPACIÓN EXTRASECTORIAL.....	18
1. <i>Sector Educativo</i>	18
2. <i>Sector Laboral</i>	18
3. <i>Derechos Humanos</i>	18
4. <i>Sector Empresarial</i>	19
IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.....	24
A. RESPUESTA ORGANIZADA Y EXITOSA DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA SALVAGUARDAR LA SUBVENCIÓN DEL FONDO MUNDIAL.....	24
B. RESULTADOS DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA CARTA-ACUERDO PREVENIR CON EDUCACIÓN.....	24
C. HACIA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL CON CALIDAD.....	25
D. GRADUAL INCORPORACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH.....	26
E. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN EL NIVEL LOCAL: LOS APORTES DEL PROGRAMA OPERATIVO LOCAL POL.....	26
F. PROGRESOS IMPORTANTES EN DDHH, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.....	27
V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS.....	28
A. LOS PROGRESOS REALIZADOS.....	28
1. <i>Fortalecimiento de la autoridad nacional</i>	28
2. <i>Formulación, divulgación, instrumentación y actualización del PEN 11-15</i>	29
3. <i>Prevención</i>	29

4.	<i>Tratamiento, atención y apoyo.</i>	30
B.	OBSTÁCULOS ENCONTRADOS	31
1.	<i>Prevención.</i>	31
2.	<i>Derechos humanos.</i>	31
3.	<i>Tratamiento, atención y apoyo.</i>	32
C.	ACCIONES CORRECTORAS	33
1.	<i>Prevención.</i>	33
2.	<i>Derechos humanos.</i>	33
3.	<i>Tratamiento, atención y apoyo.</i>	34
VI.	APOYO POR PARTE DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO DEL PAÍS	35
A.	APOYO CLAVE RECIBIDO.	35
B.	ACCIONES DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.	38
VII.	ENTORNO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	39
A.	VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA ACTUAL DE M+E	39
B.	OBSTÁCULOS ENCONTRADOS	40
C.	ACCIONES CORRECTORAS PLANIFICADAS PARA SUPERAR LOS OBSTÁCULOS,	40
D.	DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES Y LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA LAS TAREAS DE M+E.	41
D.	PROPUESTA DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA	41
ANEXOS	Error! Bookmark not defined.

I. SITUACIÓN ACTUAL

A. PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME.

Antecedentes

El gobierno de Guatemala suscribió en junio del 2011 la Declaración Política sobre el VIH y sida: ***Intensificando nuestros esfuerzos para eliminar el VIH y sida***. Esta nueva Declaración, ratificada unánimemente por los Estados miembros de las Naciones Unidas, se comprometieron a:

- Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015;
- Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH para 2015;
- Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral.
- Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015.
- Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos destinadas a la respuesta al sida visto como una responsabilidad compartida.

Al mismo tiempo, la Declaración expone claramente la necesidad de aumentar el acceso a los servicios relacionados con el VIH por parte de las personas en mayor riesgo de infección, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables y los profesionales del sexo. Asimismo, la Declaración promete eliminar sin demora, las desigualdades de género, los abusos y la violencia de género, así como capacitar a las mujeres y las niñas.

A partir de dicha Declaración y las metas globales que define, se desarrollan las nuevas directrices para el Informe de Avance 2012, conocido en nuestro país como UNGASS. Este nuevo informe aquí presentado fue coordinado por el Programa Nacional de SIDA con el apoyo técnico de ONUSIDA y la organización local ALIANZA NACIONAL además participó la CONASIDA. Este grupo técnico básico tuvo el apoyo de un consultor nacional para apoyar el proceso.

Un listado de las fuentes consultadas en el proceso: Documentos, Estadísticas, estudios y bases de datos se incluyen en el anexo.

Limitaciones

Dos fueron los problemas más frecuentes encontrados en el transcurso del proceso de sistematización de resultados e indicadores del presente informe.

En primer lugar, la no disponibilidad de algunos indicadores, debido a que el trabajo en el país no responde en específico a los requerimientos planteados por ONUSIDA (datos actualizados al nivel nacional y desglosados para cada una de las poblaciones más expuestas por separado) o a la ausencia de estadísticas en ciertas áreas (por ejemplo, en trabajo con huérfanos y niños vulnerables).

Asimismo se debe señalar la imposibilidad de acceder a información sobre el sistema de salud privado lucrativo.

Entrevistas a Actores Relevantes de la Respuesta nacional

Con el objetivo de aplicar el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) para el presente informe se entrevistó en forma individual y grupal, a representantes de diversas instancias relevantes para la Respuesta Nacional al VIH y sida y las ITS, a efecto de indagar en algunos ámbitos de interés para el informe país, como son:

- Políticas, estrategias y líneas de acción desarrolladas por la institución.
- Avances realizados y buenas prácticas.
- Dificultades y problemas afrontados durante 2010-2011.
- Acciones correctoras frente a los problemas.
- Estudios e investigaciones desarrolladas.

En total se llevaron a cabo 40 entrevistas a instituciones y organizaciones.

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Las entrevistas detalladas previamente permitieron contar con distintos ICPN institucionales. Para ello se llevaron a cabo cinco sesiones de trabajo.

REUNIONES:

- 24 de enero, ciudad capital, en el Centro de Capacitación del MSPAS, con la participación de las Entidades Gubernamentales, conforme listado adjunto. (35 participantes)
- 25 de enero, ciudad capital, en la sede del Mecanismo Coordinador del País, MCP, con la participación de las Sociedad Civil, según listado adjunto. (9 participantes)
- 26 de enero, Río Hondo Zacapa, Hotel del Atlántico, con la participación del sector gubernamental y sociedad civil, conforme listado adjunto. (11 participantes)

- 31 de enero, San Sebastián Retalhuleu, Hotel Siboney, con la participación del sector gubernamental y sociedad civil, según listado adjunto. (14 participantes)
- Cada grupo abordó la parte correspondiente del ICPN, que fue digitada en formulario Google subido a internet y compilado automáticamente , de allí surgen tres documentos ICPN que fueron analizados para el presente informe, copia de ellos se incluye en el anexo a este documento
- La quinta sesión y última reunión se realizó el 13 de marzo con la participación de 29 miembros de organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil y la cooperación internacional. El propósito consistió en que representantes de cada grupo validaran el informe en sus diferentes componentes, al mismo tiempo se presentaron los resultados del ICPN. Se generó una discusión sobre los aspectos constatados y se acordó la forma y contenido de la versión final del informe del país.

Captación de la información para los indicadores

Se accedió a las diversas Fuentes de información institucional disponibles. No solo de sistemas estadísticos continuos institucionales sino también de estudios, investigaciones y encuestas desarrolladas recientemente. Todas las fuentes fueron seleccionadas por su rigor, seriedad y confianza. En anexo se incluye las fichas técnicas de cada indicador que detalla el proceso de construcción de cada indicador de este informe.

A. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA.

En Guatemala se han notificado 27,474 casos desde que la epidemia apareció en 1984 hasta diciembre de 2011. Para el año 2011 se notificaron 2,700 casos entre VIH y VIH avanzado. La tasa de masculinidad en los casos acumulados es de 1.64, aunque varía considerablemente a lo largo del ciclo de vida: por debajo de los 29 años de edad, de 1.01 a 1.68; entre 30 y 59 años oscila entre 2.07 y 2.27; a partir de los 60 años va de 3.42 a 6.29 hombres con VIH por mujer. La transmisión es sexual en el 93.84% de los casos; de madre a hijo en 5.08%; el resto representa el 0.99% (MSPAS,CNE, 2012).

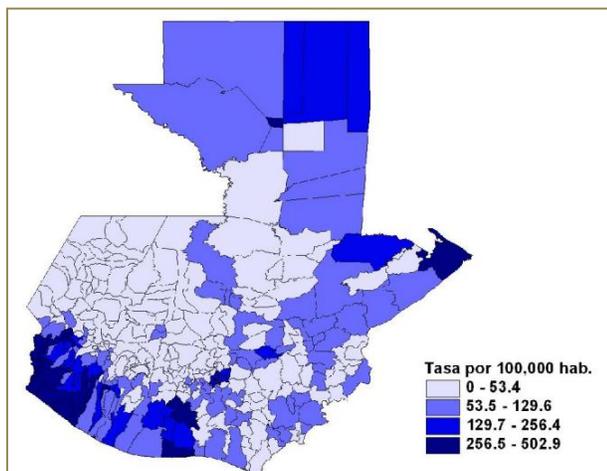


FIG. 1 TASA DE PREVALENCIA DE VIH Y VIH AVANZADO SEGÚN MUNICIPIO DE RESIDENCIA. GUATEMALA 2004 – 2011.

CNE (2009) ESTADÍSTICAS DE CASOS VIH Y SIDA POR MUNICIPIO 2004 - 2011

Dos tercios de los casos reportados ocurrieron en personas entre 20 y 39 años de edad. La epidemia tiene ya 27 años en el país, pero el 73% de los casos fueron notificados a partir del año 2004, dada la ampliación rápida de la notificación, resultado de la extensión geográfica de cobertura y la concentración de servicios en regiones y poblaciones de más alto riesgo, en el marco de la subvención otorgada por el Fondo Mundial para la segunda mitad de los dos mil (MSPAS, CNE, 2012)¹.

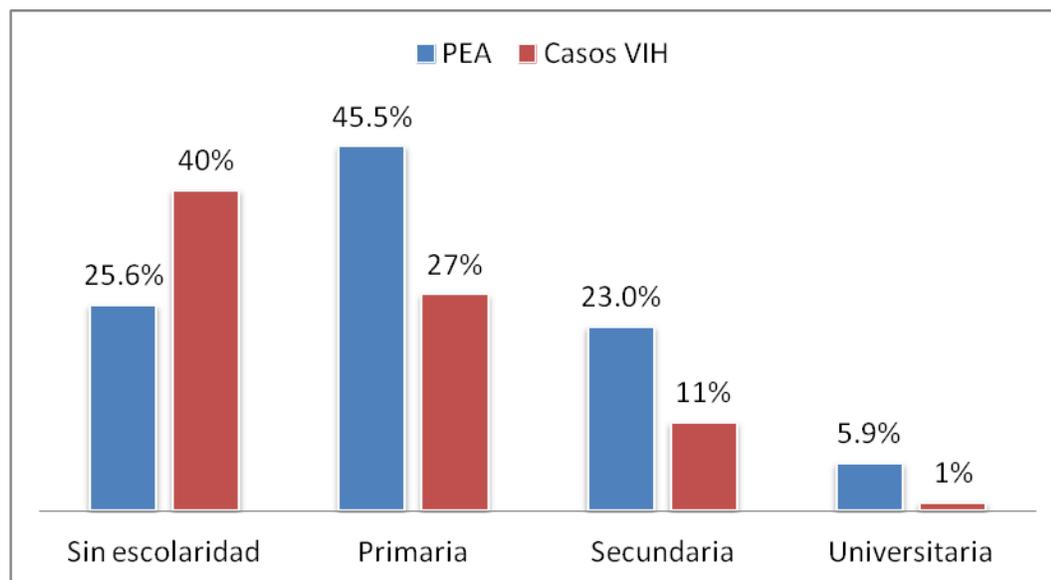
La epidemia está concentrada en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. Mientras que la prevalencia en adultos (de 15 a 49 años) en 2009 fue de 0.79%, entre

¹ Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín epidemiológico de VIH, marzo 2012.

hombres que tienen sexo con hombres llegó a 18.3%, en personas con tuberculosis, 12.9% entre privados de libertad, 3.4%, entre jóvenes en riesgo social 3.3%, entre trabajadoras del sexo, 1.09% y entre mujeres embarazadas 0.33% (MSPAS, CNE 2012). Las tasas de notificación han crecido en todos los departamentos, y más en los municipios donde están los centros urbanos más populosos, ubicados en puntos de ingreso al país y a lo largo de las principales rutas que los conectan entre sí. A impulsos de tal expansión, y en la medida que la notificación mejora en el interior del país, los grupos indígenas han llegado a representar el 22% de las personas con VIH o VIH avanzado notificadas entre 2004 y 2009 (CNE, 2010).

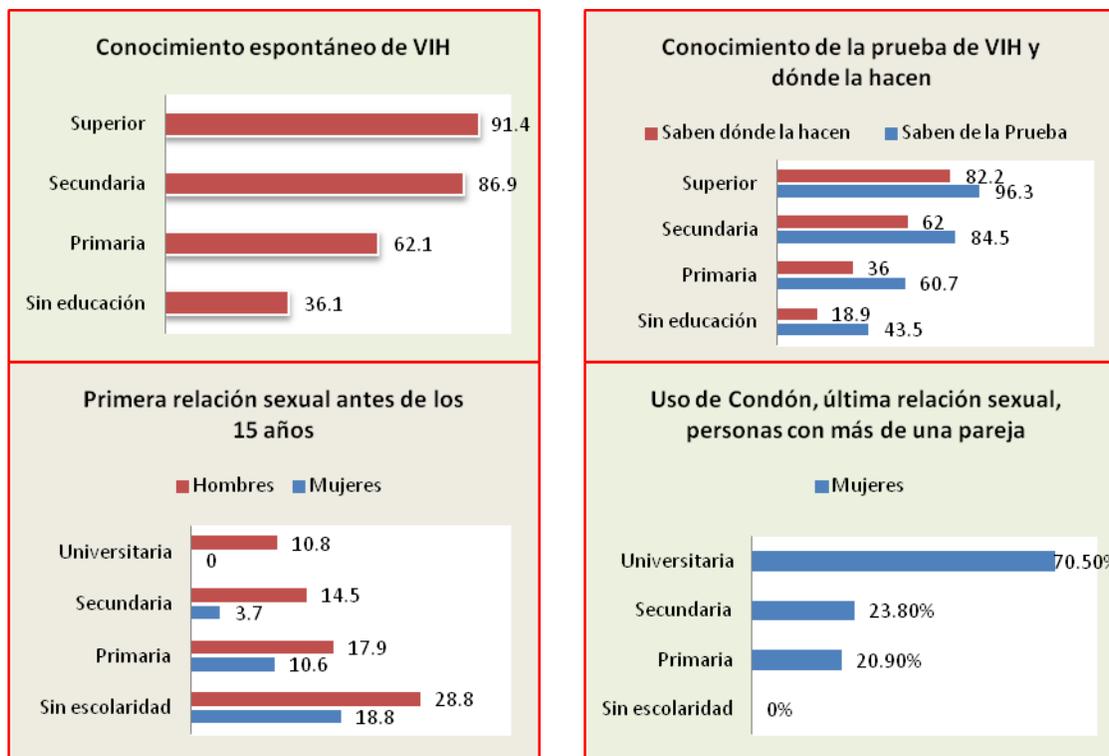
En países con epidemias maduras (en Guatemala tiene 27 años) el nivel educativo se relaciona inversamente con la transmisión del VIH, como han mostrado diversos estudios (Lakhampal y Ram, 2008; Hargreaves and Glynn, 2002). El 29% de la PEA tiene escolaridad secundaria o superior, pero ese grupo solamente aporta 12% de los casos de VIH).

Fig. 2 Población Económicamente Activa y Casos VIH según nivel de escolaridad alcanzado, en porcentajes



Esta relación entre nivel educativo y prevalencia de VIH no debería extrañar, cuando se examinan indicadores claves de capacidades a nivel de población adulta para comprender y protegerse del VIH. La V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI (INE, 2010) presenta algunos de estos marcadores de capacidades según la escolaridad alcanzada.

Fig. 3 Diferenciales de conocimientos, antecedentes y comportamientos según el nivel de escolaridad alcanzado, en población en edad reproductiva



Fuente: V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 / 2009. INE (2010)

Como puede apreciarse, el nivel de escolaridad no es solo relevante para adecuar los mensajes a las audiencias, sino por la enorme distancia en condiciones de vulnerabilidad para las personas con baja o ninguna escolaridad. Desde el punto de vista de la acción intersectorial, también señala que los esfuerzos por universalizar la educación primaria y básica son importantes por sí mismos para tener mejores condiciones de salud, incluyendo la prevención de VIH y los programas de salud sexual en la niñez, pero deben acompañarse de iniciativas para facilitar opciones de continuidad a la población joven y adulta joven que en su momento no disfruta de oportunidades educativas a través de programas de desarrollo social.

B. RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA.

Los referentes centrales de la Respuesta Nacional al VIH y sida en Guatemala se enmarcan legal y normativamente en las políticas de salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales; el principio de Acceso Universal; y los principios éticos del derecho a la vida, el respeto a los valores y creencias de las personas, el respeto por la dignidad de las personas, el derecho a la privacidad y la confidencialidad, la no discriminación, la solidaridad y el derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles científicamente comprobados como efectivos.

En tanto, los principios rectores de la Respuesta Nacional son: Derechos humanos, multisectorialidad, interculturalidad, equidad de género, diversidad sexual, no estigma y discriminación, no violencia y amplia participación.

Desde el Estado, los principales actores involucrados en la Respuesta Nacional al VIH y sida corresponden a la Comisión Nacional del sida CONASIDA actualmente dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública, el Programa Nacional de ITS, VIH y sida organismo técnico-normativo, también parte del Ministerio de Salud Pública ; cuya labor se coordina y apoya con el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), Direcciones de Áreas de Salud (territoriales)DAS, el sistema Hospitalario Público, Sistema de Información Gerencial Integrado (SIGSA) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) .

La coordinación intersectorial se expresa a través del Decreto 27-2000, acuerdos e iniciativas de trabajo bilaterales establecidas por CONASIDA con otros Ministerios: de Educación (MINEDUC), de Trabajo, Gobernación y Defensa así como la rectoría del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida en el sector salud.

A partir de la sociedad civil organizada es fundamental la labor de las OSC y OBC por medio de redes con trabajo en VIH y sida:, así como de las organizaciones que las integran.

Además, deben señalarse las Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, CDC, USAID que prestan asistencia técnica a directamente y a través de socios implementadores, los diversos actores de la Respuesta Nacional.

Los ejes centrales de las políticas preventivas de la Respuesta Nacional se basan en criterios de Riesgo y la Vulnerabilidad, conceptos que corresponden a niveles diferentes. El riesgo se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual; en cambio, la vulnerabilidad está dada fundamentalmente por la inequidad y la desigualdad social, en general, por los factores determinantes del proceso salud- enfermedad.

Las políticas descentralizadas de Prevención del VIH y las ITS se encuentran plasmadas actualmente en los Planes Operativos Locales POL ejecutados por las Direcciones de Áreas de Salud, que se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector salud y otros sectores que desarrollan temáticas interrelacionadas, como son la sexualidad, el desarrollo personal, el vinculados con la salud sexual y, específicamente, con el VIH, sida y las ITS.

La respuesta al acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) y atención integral, se inicia en concordancia con los avances científicos logrados hasta ese momento, iniciativas de organizaciones no gubernamentales, asociaciones internacionales, como Médicos Sin Fronteras y la subvención del Fondo Mundial que inició en el año 2004. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social desde el inicio de la epidemia y reporte de casos de personas afiliadas ha brindado los antirretrovirales a los mismos.

Han existido dos guías oficiales de tratamientos antirretroviral para adultos, niños y mujeres embarazadas, la última, es una actualización de la guía anterior basada en normativas actualizadas y avaladas por la OMS.

Las Guías y protocolos clínicos vigentes establecen tres líneas de tratamiento con la utilización de más de cuarenta de esquemas que incluyen tratamientos específicos para niños. De acuerdo a la OPS, Guatemala tiene un porcentaje superior al 90% de pacientes bajo la primera línea, la cual contempla antirretrovirales como emtricitabina y tenofovir a fin de reducir los efectos adversos de la primera línea anterior además de garantizar una mejor biodisponibilidad del medicamento favoreciendo la adherencia y reduciendo las

posibilidades de resistencia al mismo. Las mujeres embarazadas VIH positivas reciben de acuerdo al protocolo nacional tratamiento de triple terapia a partir de las 14 semanas de gestación y el tamizaje se hace durante el embarazo en el segundo nivel de atención y en algunos servicios del tercer nivel se tamiza durante el parto.

Por otra parte en la actualidad el Sistema de Salud de Guatemala cuenta con 17 Unidades de Atención Integral UAI para la atención de personas que viven con VIH (adultos y niños) trece de ellas en el sector público. En cada una de las Unidades existe un equipo multidisciplinario encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención continua de las PV y varía en número de personal a partir del número de personas atendidas en cada una de ellas. De estas 3 Unidades son de referencia nacional: Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt y Clínica Luis Ángel García asociada al Hospital General San Juan de Dios, además la Unidad de Infectología del Seguro Social, en donde son referidos todos los pacientes que VIH positivos para la atención correspondiente.

El seguimiento de terapia antirretroviral a través de mediciones de CD4 y cargas virales dos veces al año se hace de manera centralizada en donde las Unidades de Atención Regionales envían las muestras a los centros de referencia nacional los cuales tienen las máquinas para correr dichos laboratorios.

Las compra y adquisición de antirretrovirales, cargas virales, CD4, leche maternizada está centralizada y es comprada con presupuesto asignado específicamente al Programa Nacional de ITS, VIH y sida, además el PNS apoya en el abastecimiento de pruebas rápidas, confirmatorias de VIH, sífilis y hepatitis B, así como de algunos medicamentos para infecciones oportunistas.

Las estrategias nacionales de promoción y prevención están dirigidas principalmente a fortalecer la educación a poblaciones identificadas como más vulnerables o en mayor riesgo, reducción de estigma y discriminación en el marco legal y de derechos humanos, uso correcto y consistente del condón, atención de las ITS, y fortalecimiento de redes multisectoriales locales y nacionales.

A partir del año 2010, el Ministerio de Salud Pública fue aprobado como receptor principal de la Subvención del Fondo Mundial “Intensificación de las Acciones de Atención y Prevención de ITS, VIH y sida en poblaciones vulnerables” y comparte esta función con Hivos (Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo), de la Propuesta aprobada en el 2009 a través del Mecanismo Coordinador de País.

Dentro de las prácticas óptimas del bienio 2010-2011 se destacan las siguientes:

1. Respuesta organizada y exitosa de la sociedad civil, Ministerio de Salud y la Cooperación Internacional para salvaguardar la subvención del Fondo Mundial.
2. Resultados de la suscripción de la Carta-Acuerdo prevenir con educación.
3. Hacia el mejoramiento de la Atención integral con calidad.
4. Gradual incorporación del sector privado en la respuesta nacional al VIH.
5. Prevención del VIH-sida en el nivel local: Los aportes del POL.
6. Progresos importantes en DDHH, estigma y discriminación.

C. INDICADORES

INDICADOR	VALOR
OBJETIVO 1 : Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	
POBLACION GENERAL	
% de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	24.4% H 21.8% M 22.54%T
% de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	16.5% H 8.3% M 10.63%T
% de adultos de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	12.0% H 0.6% M 3.70%T
% de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	62.2% H 24.6% M 57.78%T
% de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	2.9% H 4.0% M 3.71%T
% de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH	0.17%
PROFESIONALES DEL SEXO	
% de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	
% de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	99.3%
% de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	92.5%
% de profesionales del sexo que vive con el VIH	3.8%
HSH	
% de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres atendidos en programas de prevención del VIH	
% de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	80.7%
% de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	97.8%
% de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	7.6%
OBJETIVO 3 : Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	
% de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil	15.86%
% de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	
Transmisión materno infantil del VIH (modelada)	30.98%
OBJETIVO 4: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	
% de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	
% de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	
OBJETIVO 5: Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 201	
% estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	

INDICADOR	VALOR
OBJETIVO 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial en los países de ingresos bajos y medios	
Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	USD 46.1 M Público USD 28.8 Internacional USD 12.9 Privado USD 4.4
OBJETIVO 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	
Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales	OK
Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	27.6%

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

La epidemia en Guatemala tiene 27 años, y durante este período ha ido modificando comportamiento, así como se han ido incrementando y mejorando la respuesta desde los diversos sectores que trabajan para combatir la misma. Las subvenciones del Fondo Mundial han contribuido de manera significativa a fortalecer las acciones de prevención en grupos de mayor riesgo y de la transmisión materno infantil, así como en la atención a personas viviendo con VIH.

A partir del 2010 el Ministerio de Salud funge como receptor principal de la propuesta de continuidad de las dos fases anteriores, así como Hivos. En el primer año ambos receptores han demostrado la capacidad de administrar dichos fondos a partir de calificaciones aceptables por el Fondo Mundial, lo que ha permitido continuar con dicho financiamiento.

Guatemala tiene avances significativos, por sí mismo, tales como tener un Plan Estratégico Nacional 2011 al 2015, consensado con todos los sectores, estrategias de prevención de manera local que fomenta el uso del condón, el tamizaje temprano al VIH y a las embarazadas, así como la formación de redes multisectoriales, y un avance significativo del Plan Salud Educación en donde el Congreso de la República ha ratificado el compromiso para que este se desarrolle desde los ministerios de Salud y Educación.

La participación de Guatemala a través del Programa Nacional de Sida en instancias como el Mecanismo Coordinador Regional, ha permitido el avance en estrategias regionales (Centroamérica y el Caribe) dirigidas a mejorar el sistema de monitoreo y evaluación, sistema de vigilancia de la epidemia a nivel regional, interacciones en el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales, entre otros.

Los retos para los próximos años serán: Implementar la Estrategia Nacional de Prevención de la Transmisión Materno infantil, desarrollar un único sistema de monitoreo y Evaluación, desarrollar una

agenda de investigación nacional, elevar el nivel de la CONASIDA a nivel de la vicepresidencia, fortalecer el sistema de logística de medicamentos e insumos, el modelo de atención integral por niveles de atención que incluye y fortalece la atención a personas en mayor riesgo y vulnerabilidad y por último y no menos importante reducir el estigma y discriminación en todos los espacios sociales hacia personas con VIH o grupos en mayor riesgo.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE sida

A. EL SISTEMA DE SALUD

El crecimiento anual poblacional es de 2.7%, el 42.3% es de personas menores de 15 años de edad y 41% en indígena. El índice de desarrollo humano es el más bajo de la región centroamericana, y el más alto en el nivel de analfabetismo. El 50.9% de la población vive en la pobreza y el 15.2 % en la extrema pobreza. La razón de médicos por 10 000 habitantes es de 9.7, el mayor número de médicos se concentra en áreas metropolitanas en donde hay una concentración de 30.8 médicos por cada 10 000 habitantes y mientras que en otras áreas la razón está por debajo de dos médicos por cada 10 000 habitantes. Esta distribución del recurso humano es el reflejo de un modelo asistencial centralizado y dirigido hacia la atención médica curativa. El sistema nacional de salud está conformado por los siguientes subsectores: el subsector público, integrado por la red de servicios del MSPAS, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), servicios de salud del Ministerio de la Defensa, del Ministerio de Gobernación y de la Universidad de San Carlos de Guatemala; por su parte el subsector privado los integran los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales y quienes prestan servicios de medicina comunitaria tradicional o alternativa. El Ministerio de salud de acuerdo a la Constitución de la República, es el responsable de la atención de salud de los guatemaltecos y e quien tiene la rectoría de los proceso de atención definidos en las políticas nacionales.²

1. Gobierno central.

Servicios financiados con impuestos, que provee el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) con excepción de dos hospitales: el Centro Médico Militar (Ministerio de Defensa) y Hospital de la Policía Nacional (Ministerio de Gobernación). A nivel comunitario, los servicios financiados públicamente se prestan por medio de una red de ONG que entrega servicios primarios. Cualquiera puede asistir a los servicios públicos, incluso quienes están afiliados a un esquema de seguros, y están prohibidos los cobros a los usuarios. El MSPAS se atribuye una cobertura de 47% de la población a través de sus centros, puestos de salud y hospitales, y un 23% más que cubren las ONG de extensión de cobertura.

2. Seguridad Social.

² MSPAS, CNE, PNS,CES/UVG, *Perfil Epidemiológico del VIH. Guatemala 2011*

Se financia a través de contribuciones de empleados y patronos de la iniciativa privada y pública, como proporción de los salarios pagados, y es obligatoria para todos los empleadores formales, incluyendo los trabajadores del sector público. Los afiliados y beneficiarios llegan a 2.4 millones, representando un 25% de la población económicamente activa (PEA) y 17% de la población total. Las contribuciones para la atención de salud hacen el 10% de los salarios, de los cuales pagan 7% los empleados y 3% los patronos. El IGSS es una entidad pública autónoma con su propia red de establecimientos, aunque también contrata servicios del sector privado.

3. Proveedores privados.

Se financian principalmente con pagos directos de bolsillo (65% del gasto total en salud), pero también con seguros privados. En rápido aumento, este sector está pobremente regulado y supervisado. Las personas de todos los niveles socioeconómicos utilizan servicios privados, incluso los afiliados al IGSS. Los planes de seguro médico representan solamente el 4.4% del gasto privado, y el resto es gasto de bolsillo.

B. LAS ATENCIONES EN ITS, VIH y sida

1. Seguridad Social.

Todos los afiliados y derechohabientes reciben servicios preventivos y diagnósticos, así como tratamiento antirretroviral en la Unidad de Enfermedades Infecciosas ubicada en la capital del país. Se han dado quejas de afiliados porque los niños de 6 años pierden acceso al tratamiento debido a la edad límite para recibir servicios, y aunque la política incluye a los niños hasta los 15 años de edad, este límite pone en riesgo la continuidad del tratamiento y la sobrevida de los pacientes, lo cual ha sido ratificado por los tribunales de justicia en fallos judiciales recientes³. La seguridad social considera el lugar de trabajo como la primera etapa de la prevención del VIH.

2. Ministerio de Salud.

La prestación de servicios para ITS se lleva a cabo en el segundo y tercer nivel de atención, aplicando la norma de manejo sindrómico apropiado a nivel nacional de las Guías de la OPS/OMS, además se cuenta con tres

³ Amparo definitivo de la Corte de Constitucionalidad, expediente 2460-2011, Amparo provisional de la Sala 3a. de Trabajo y Previsión Social, constituida en Tribunal de Amparo expediente No. 942-2010 oficial 1o. 27-12-2010

Centros de Vigilancia Centinela de las ITS (1 en Guatemala y dos en Quetzaltenango) dirigidos a poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad.

Para la atención integral de personas con VIH que incluye terapia antirretroviral, existen 13 servicios denominados: Unidades de Atención Integral los cuales se encuentran ubicados en hospitales nacionales de manera integrada en donde cuentan con personal multidisciplinario con capacitación para la atención en VIH y Sida. Dos centros de Atención de referencia para casos especiales o complicados ubicados a nivel de la capital. Los esquemas antirretrovirales y de infecciones oportunistas para adultos, niños y mujeres embarazadas se estandarizan en la Guía de Atención Antirretroviral del MSPAS en donde se definen los criterios de inicio para la terapia, así como el seguimiento clínico y de laboratorio de las personas atendidas.

Se ha hecho un esfuerzo importante en la promoción de tamizaje de pruebas de VIH para mejorar el diagnóstico temprano de los casos por lo que se han seleccionado progresivamente servicios de salud del segundo y tercer nivel a través de la promoción de pruebas y de capacitación al recurso humano de los servicios en orientación pre y post prueba, en la realización de la misma y el reporte de casos en el sistema oficial de información de salud.

3. Subvención del Fondo Mundial para VIH.

Desde 2004, Guatemala tiene subvención del Fondo Global para apoyar acciones de prevención, fortalecimiento de la sociedad civil, reducción de casos por vía vertical y acceso a la atención integral. Sin embargo, dos terceras partes de la subvención por USD 42.5 millones, que terminaron en 2009, fueron dirigidos a provisión de tratamiento. Gracias a un destacado desempeño en la implementación de la propuesta, Guatemala obtuvo una subvención de continuidad que a la fecha se encuentra en el segundo año de la misma por un monto para seis años de USD 88.9 millones, que concluyen un año después que el plazo del PEN pero hay convenios suscritos para los primeros seis años que vencen en septiembre del 2013. Actualmente es el MSPAS es receptor principal de la propuesta, a fin de reforzar la apropiación y sostenibilidad; acompañado de HIVOS-IBIS, una ONG internacional, para producir las acciones con sociedad civil, entidades de base comunitaria, grupos altamente vulnerables así como las dos ONG que brindan atención en los dos hospitales nacionales de referencia (Patronato Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios / ASI).

4. Sector Privado.

Las poblaciones con capacidad económica utilizan servicios privados para monitoreo, TARV y manejo de infecciones oportunistas a fin de mantener confidencial su estatus serológico. El gasto privado, según reporta MEGAS , se divide entre USD 1.3 millones en condones y otros servicios preventivos y USD 0.9 millones en tratamiento, especialmente para pruebas adicionales de laboratorio, pero no una cantidad significativa en TARV. Las aseguradoras privadas en el país no cubren gastos en atención a HIV y sida.

C. PARTICIPACIÓN EXTRASECTORIAL

1. Sector Educativo.

Este sector participa en la prevención por medio de la educación formal, tratando de mejorar el conocimiento de los estudiantes en sexualidad y sida, y se dirige a las escuelas normales, los institutos de telesecundaria, los supervisores de educación y directores de escuelas primarias. La capacitación de docentes es clave para aumentar la cobertura de jóvenes de nivel primario y secundario. Sin embargo, limitaciones presupuestarias recientes han disminuido de forma considerable las capacidades de implementar esta capacitación. En enero de 2011, por Acuerdo Ministerial 9-2011, se creó la Unidad de Género con Pertinencia Étnica (UNEGEPE), adscrita a la Dirección de Planificación Educativa (DIPLAN) del Ministerio de Educación (MINEDUC); según los Arts. 2-3 del acuerdo, esta unidad es responsable de la institucionalización de la educación integral en sexualidad y prevención de la violencia, y su departamento de Proyectos Estratégicos es responsable de la implementación de las acciones. En marzo de 2011, la Unidad principió a implementar la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad –EIS- en las escuelas públicas de Alta Verapaz, Izabal, Chimaltenango, Totonicapán, Escuintla y Chiquimula (Méndez, 2011).

2. Sector Laboral.

De acuerdo con el cuestionario del índice compuesto de políticas nacionales, el sector laboral no tiene actividades ni recursos identificados específicamente dentro del plan multisectorial (Urzúa, 2010), igual situación se constató en el 2012. En Guatemala, este es un sector importante porque en la esfera del trabajo se producen formas diversas de discriminación por género, ocupación, orientación sexual o estatus serológico (Valenzuela, 2005:87-88). En los sitios de trabajo, las PVS enfrentan irrespeto a la confidencialidad, hostigamiento ejercido por los propios compañeros de trabajo y de los patronos, recorte de los beneficios médicos y hasta despido, solo por el hecho de estar infectados (Aguilar, Fernández y Nuñez, 2001), extremo que expresamente prohíbe la “Ley General para el combate del virus de inmunodeficiencia humana y de la protección, promoción y defensa de los derechos humanos ante el VIH y sida”, decreto 27-2000 del Congreso de la República de Guatemala (Arts. 20, 22 y 43).

3. Derechos Humanos.

El componente de derechos humanos aparece con una ponderación baja dentro del índice compuesto de políticas nacionales; en parte, se debe a varias razones entre otras la falta de denuncias de las personas cuando sus derechos son violentados, además la falta de aplicación de las normas jurídicas.

Adicionalmente existen contradicciones del decreto 27-2000 con otros cuerpos jurídicos entre los que se cuentan el Código de Trabajo, Código de Salud, Código Penal y Ley Orgánica del IGSS (Urzúa, 2010) Reglamentos como el del Consejo Nacional de Adopciones. Con este propósito, desde octubre de 2008 se promueve la iniciativa 3947 para reformar el decreto 27-2000.

En el marco de la subvención otorgada por el Fondo Mundial en 2004 y renovada en 2011 para seis años más, se ha tenido un componente dirigido a crear un ambiente favorable con respeto a los derechos humanos y reducción de la discriminación y el estigma asociados al VIH. (MCP-G, 2010). En la primera subvención se buscaba una alianza institucional con la Procuraduría de Derechos Humanos, pero ésta rescindió el convenio con el Fondo Mundial, y vetó el acceso a información de denuncias para fines de monitoreo (Valladares et al, 2009).

Situación que ha venido modificándose a partir de los últimos dos años en la cual ha mejorado el involucramiento de la PDH al contar con un Programa específico para poblaciones vulnerables así como la inclusión del tema de las PV y poblaciones vulnerables en la Agenda Nacional de los DDHH. Además se cuentan con dos Informes Nacionales de las violaciones a los DDHH, VIH y PEMAR que incluye el período 2008 a noviembre del 2011 que fueron elaborados por la Red legal de DDHH, VIH y su Observatorio, la PDH y el apoyo de las agencias de Cooperación tales como ONUSIDA, OPS/OMS, Fondo Mundial/HIVOS entre otros, lo que ha permitido documentar 608 denuncias.⁴

4. Sector Empresarial.

Ha habido avances importantes en este período dada la incorporación del sector empresarial, en espacios importantes de toma de decisiones nacionales tales como el Mecanismo de Coordinación de País, a través del CACIF, en donde actualmente ocupan un puesto de la Junta Directiva de este mecanismo. Esto promueve la participación del sector empresarial de una manera más amplia en la respuesta nacional a la epidemia.

Durante el 2011 se han alcanzado logros importantes con asociaciones empresariales en la definición de la política laboral de VIH, en el sector de la agroindustria guatemalteca en con lo sectores bananeros y azucareros.(APIB/FUNDABANANO, ASAZGUA/FUNDAZUCAR). USAID/PASCA ha brindado un acompañamiento importante para concretizar la adopción de estas políticas sobre VIH-sida. Estas políticas están basadas en las recomendaciones de la OIT, las leyes nacionales y la política pública de ITS, VIH y sida Acuerdo 638-2005. Y que promueve el respeto de los DDHH de los y las trabajadoras, la no discriminación a las PV, así como la promoción de la prueba de VIH en forma voluntaria.

D. MEDICION DEL GASTO EN SIDA 2010

Guatemala integra la respuesta de país desde los años 1997 al 2003 con la metodología de cuentas nacionales en VIH, a partir de los años 2004 a la última medición 2009-2010 se ha utilizado la metodología **de la medición del gasto en Sida (MEGAS)** que incluye a los actores no solo de salud, incluye instancias nacionales e

⁴ Segundo informe nacional. sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo. Guatemala, enero 2012. PDH, Red legal y su observatorio de derechos humanos y VIH. Pág. 54

internacionales, públicas, y privados que respondieron al proceso de integración de los flujos financieros.

El cuadro No.1 permite visualizar la respuesta nacional que integra los tres sectores: público, internacional y privado, desde el año 2004 al año 2010 siendo este último dato de país, corresponde al período 2009 con \$ 45 millones y el año 2010 con \$ 46 millones de dólares, el gasto total relacionado al último año reportado 2008 comparativamente al año 2010 disminuyó en un 10%, analizado por cada sector; el público disminuyó en 11%; el internacional disminuyó en 14%; y el sector privado se incrementó en un 16%. Al hacer el análisis de la disminución del gasto en el último año se debe tomar en cuenta que el año 2008 fue la ejecución más alta por parte del proyecto del Fondo Mundial y en los dos últimos años del estudio, la ejecución de este disminuyó al finalizar la fase del proyecto, otro aspecto que disminuyó el gasto fue el traspaso de las distintas acciones principalmente la atención integral hacia el MSPAS cuyo costo como el recurso humano es menor, sumado a esto se cerraron otros proyectos internacionales.

Cuadro No. 1

Gasto en Sida por fuente de financiamiento- Guatemala 2004 al 2010 en dólares

SECTOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Público	\$13.9	\$12.7	\$15.6	\$29.0	\$32.5	\$26.3	\$28.8
Internacion	\$3.1	\$6.4	\$10.1	\$11.7	\$15.0	\$14.5	\$12.9
Privado	\$2.4	\$2.7	\$3.8	\$2.9	\$3.8	\$4.2	\$4.4
TOTAL	\$19.4	\$21,8	\$29,5	\$43,6	\$51,3	\$45	\$46,1

Fuente: MSPAS (2012) MEGAS 2004-2005, 2006,2007-2008,2009-2010
Tasa de cambio años 2009 \$8.16 año 2010 8.06

En el cuadro No. 2 la comparación entre el último año reportado (2008) en relación al año 2010 se puede apreciar que existe un cambio significativo en la categoría de gasto de **Atención y tratamiento** en cuanto al % de gasto por año, 62.21% del total del gasto del año 2008, en los últimos dos años (2009-2010) el comportamiento es de 48.54% y 52.98% respectivamente, el componente de **Prevención** de la misma forma ha tenido cambios, en cuanto que esta función se mantenía en un porcentaje muy bajo tomando en cuenta el tipo de epidemia que tiene el país, en el año 2008 se reportó 24.52% del total del gasto y el 40.33% y 36.20% en los años 2009 y 2010 respectivamente lo que indica que se ha direccionado acciones de prevención o se reportó de mejor forma; caso contrario en la función de **fortalecimiento de la administración y gestión de programas** se produjo un decremento, en el año 2008 el gasto en esta función es de 11.82%; el 8.89% y 7.71% corresponde a los años 2009 y 2010 en estas tres categorías se concentra el 98% y 97% del total del gasto.

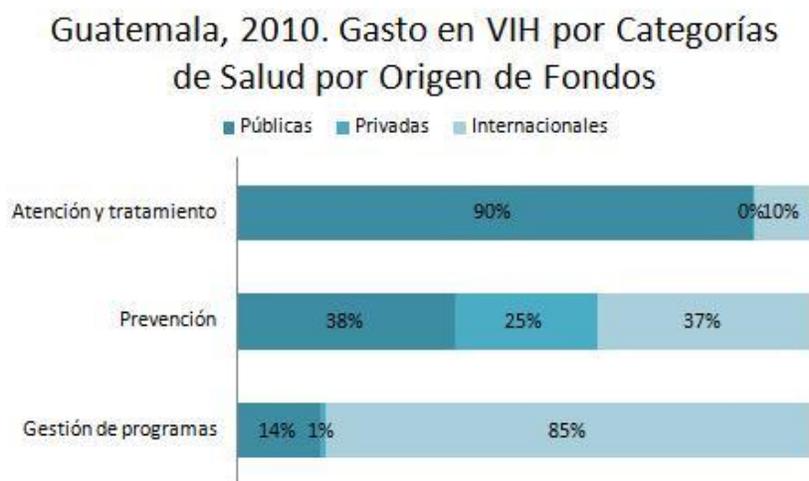
Cuadro No. 2

Gasto en Sida por función- Guatemala 2008 al 2010 en Dólares

FUNCIONES	2008	%	2009	%	2010	%
Atencion y Tratamiento	\$31.9	62.0	\$ 21.9	48.54	\$24	52.98
Prevencion	\$12.6	25.0	\$ 18.2	40.33	\$17	36.20
Fortalecimiento de la Administracion y Gestion de Programas	\$6.1	12.0	\$ 4.0	8.89	\$4	7.61
Servicios de Proteccion Social	\$0.3	1.0	\$ 0.6	1.23	\$1	2.54
Huerfanos y Niños Vulnerables	\$0.2	0.0	\$ 0.3	0.58	\$0	0.39
Investigacion Relacionada con Vih	\$0.1	0.0	\$ 0.2	0.34	\$0	0.07
Desarrollo Comunitario y Ambiente Mejorado para reducir vulnerabilidad	\$0.1	0.0	\$ 0.0	0.08	\$0	0.17
Contratacion e Incentivos para la Retencion de Recursos Humanos - Capital Humano	\$0.0	0.0	\$ -	0.00	\$0	0.04
Total Gasto por Año	\$51.3	\$100.00	\$ 45.0	100.00	\$46	100.00

En la **gráfica No. 1** en el ultimo año del estudio se aprecia que el gasto por categorías de salud y el origen de financiamiento, en la **función de atención y tratamiento** es de 90% de fondos público y el 10% internacional; en la **función de prevención** el 38% es de origen público, el 25% privado y el 37% internacional; en la **función de gestión** de programas el 14% es de origen público, el 1% privado y 85% internacional, estas funciones representa el 97% del gasto de país en el año 2010

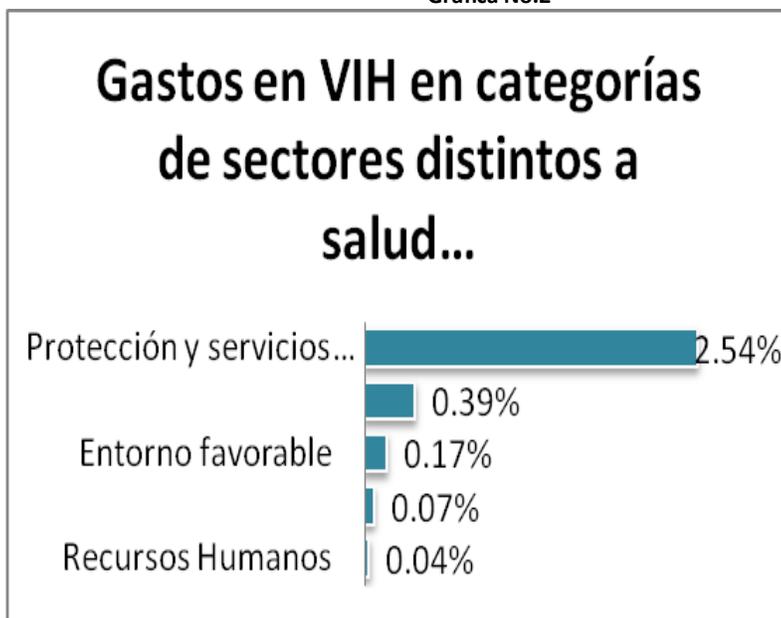
Gráfica No. 1



Fuente: MSPAS (2012) Medición del Gasto en Sida 2010. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.

La **gráfica No. 2** contiene las otras categorías de gasto que no son de salud mas forman parte de las 8 categorías de MEGAS y representa el 3% del gasto de país.

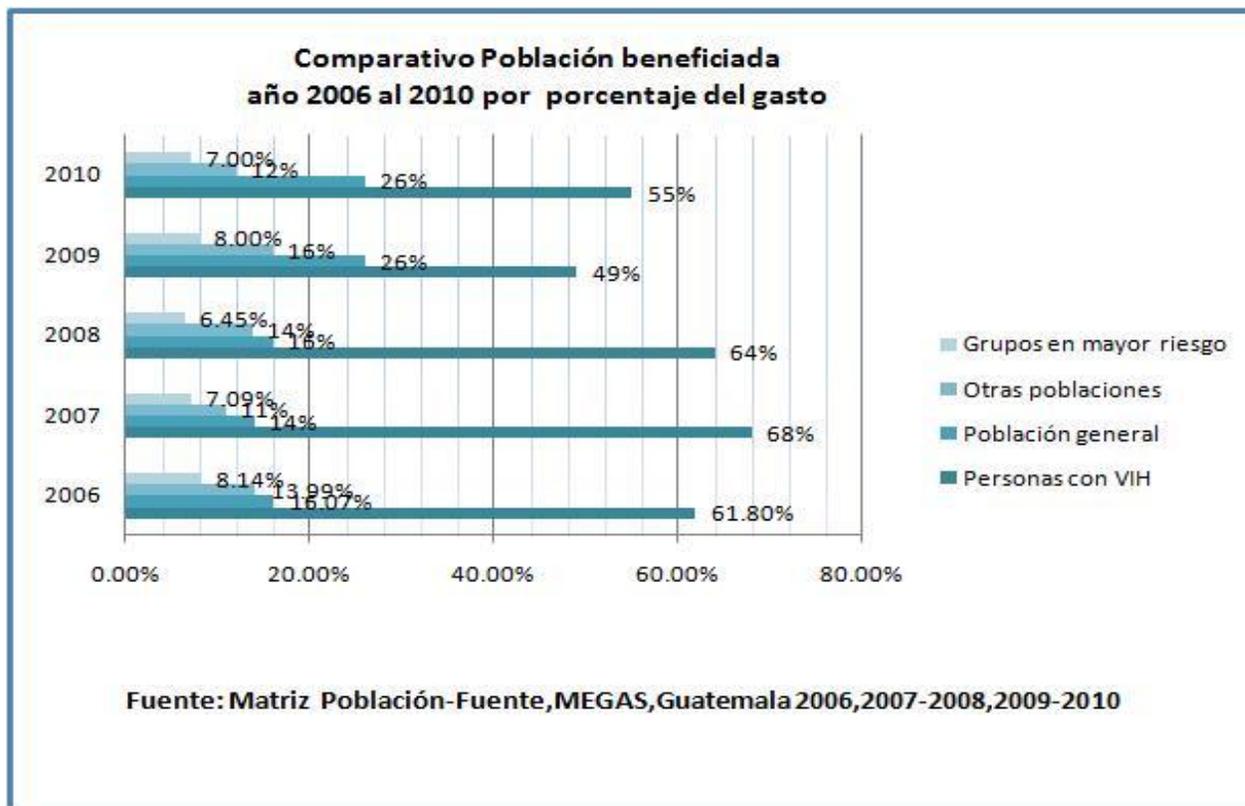
Gráfica No.2



Fuente MSPAS (2012) Medición del Gasto en Sida 2010. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS,VIH y Sida

En cuanto a la población beneficiada la que integra el mayor porcentaje de gasto es la población de personas viviendo con VIH, el porcentaje disminuyó en los años 2009 y 2010 en 55% y 49% respectivamente le sigue la población General con que siempre tiene un grado de sub registro y las poblaciones y grupos en mayor riesgo(PEMAR) el porcentaje registrado es de 8% y 7% en los años 2009 y 2010 respectivamente, se considera que este porcentaje puede ser mayor mas al hacer algún tipo de intervención, algunas organizaciones no evidencian el trabajo que desarrollan, tal es el caso de la población trans que no se contó con los datos de sus intervenciones.

Gráfica No. 3



Cuadro No. No.3

Población Beneficiada del año 2004 al año 2010 en porcentajes – Guatemala

POBLACION	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personas con VIH	67.16%	60.78%	61.80%	68%	64%	49%	55%
Población general	15.05%	21.98%	16.07%	14%	16%	26%	26%
Otras poblaciones	11.20%	11.04%	13.99%	11%	14%	18%	14%
Grupos en mayor riesgo	6.59%	6.20%	8.14%	7.09%	6.45%	8.00%	7.00%

Fuente: MSPAS (2012) MEGAS 2004-2005, 2006, 2007-2008, 2009-2010
Tasa de cambio años 2009 \$8.16 año 2010 8.06

IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

A. RESPUESTA ORGANIZADA Y EXITOSA DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA SALVAGUARDAR LA SUBVENCIÓN DEL FONDO MUNDIAL.

El Fondo Mundial, aprobó la renovación de la subvención para el período 2010 - 2016 por un máximo de USD 88.9 millones.

La subvención designa dos Receptores Principales : HIVOS para Organizaciones de la Sociedad Civil – OSC- y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- para el sector público de la salud. La designación del MSPAS, para este último se requería que la subvención fuera aprobada por el Congreso de la República, dado que en el convenio el Fondo Mundial solicita la exoneración de impuestos, inmunidades a funcionarios del Fondo Mundial así como la aprobación del arbitraje internacional.

Esta autorización se gestionó en un período político en el cual el Congreso de la República dejó de conocer la agenda legislativa por la interpelación del Ministro de Trabajo, lo cual contravenía con los tiempos estipulados por el Fondo Mundial para dicha aprobación.

Ante tal situación los representantes de: Sociedad civil organizada de todo el país, la PDH, la conferencia Episcopal de Guatemala, la cooperación internacional, las autoridades del Ministerio de Salud Pública, así como el cuerpo diplomático y las Agencias de Cooperación del Sistema de Naciones Unidas, USAID, CDC y el Fondo Mundial, sumaron sus esfuerzos conforme a sus espacios y niveles de incidencia política, para lograr la aprobación de las iniciativas de ley No. 4309 y 4329 que aprueban las subvenciones de VIH y Malaria. En todo el proceso la prensa, escrita, radial y televisiva brindaron amplia cobertura del proceso lo que contribuyó al logro del resultado obtenido.

B. RESULTADOS DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA CARTA-ACUERDO PREVENIR CON EDUCACIÓN.

El 9 de julio del 2009 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación de Guatemala firman la **Carta Acuerdo “Prevenir con Educación”**. Este instrumento se deriva de La Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, realizada en México en el año 2008. En esa reunión se reiteró la convicción de que “los sectores salud y educación son sinérgicos para la prevención de VIH e ITS actuando conjuntamente. La salud y la educación se

refuerzan mutuamente, permitiendo el desarrollo integral de las personas”. La Carta Acuerdo firmada para Guatemala contiene dos metas importantes a cumplir para el 2015: reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad Y reducir en un 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos, se conforma la Mesa Biministerial con amplia representatividad de ambos ministerios. A lo interno del Ministerio de Salud, se conformó la Mesa de Salud, con participación interprogramática para dar seguimiento a la implementación de la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad, fortaleciendo los servicios integrales y diferenciados para adolescentes en Áreas de Salud seleccionadas que son: Petén, Izabal, Alta Verapaz, Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, Chimaltenango, Escuintla y Chiquimula, En los años 2010 y 2011 se llevaron a cabo dos talleres regionales para dar a conocer la Estrategia a los equipos técnicos de las Áreas de Salud seleccionadas y se dieron lineamientos para la conformación de mesas biministeriales a nivel departamental Esta Carta Acuerdo fue evaluada en 2011 con resultados altamente satisfactorios.

C. HACIA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL CON CALIDAD.

Para el 2011 trece Unidades de Atención Integral UAI reciben asistencia técnica del Programa Nacional de Sida con apoyo del proyecto USAID-CAPACITY CENTROAMERICA, para expandir y fortalecer la respuesta integrada en VIH a través de tres estrategias clave:

- Optimizar el desempeño y la calidad: Establecer procesos sistemáticos que a partir de la medición de estándares, permiten identificar e implementar intervenciones dirigidas a la optimización del desempeño y la calidad de los servicios de salud.
- Atención integral y continua en VIH (AICV): Fortalecer el conjunto de servicios dirigidos a las personas viviendo con el virus y población en mas alto riesgo y sus familias, vinculando los esfuerzos que provienen de instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, que se coordinan y articulan a través de redes multisectoriales, permitiéndole a las y los usuarios recibir una atención oportuna, permanente y con estándares de accesibilidad universal, equidad y sostenibilidad. Efectuando además genotipaje a nivel local para fármaco vigilancia de tercera generación.
- Aprendizaje para Mejorar el Desempeño (AMD): Implementar un proceso de diseño pedagógico en el contexto de la optimización del desempeño, para formular intervenciones de aprendizaje que permiten a los prestadores, entregar servicios de salud con estándares de calidad.

D. GRADUAL INCORPORACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH.

En los años 2010 y 2011 el sector privado por medio de importantes asociaciones de productores agrícolas han sumado sus esfuerzos en la respuesta nacional al VIH. Entre estos destacan:

Asociación de productores independientes de banano. (APIB). Esta asociación en noviembre del 2010 lanzó la política laboral de VIH a implementarse en 12 empresas del sector bananero. Cubre 25,000 puestos de trabajo directos y 360,000 indirectos. La fase de implementación inició en 2011 en la Semana Nacional de Hazte la Prueba se tomaron 1500 muestras en fincas de este sector.

Asociación de azucareros de Guatemala. (ASAZGUA). El 21 de marzo del 2012 lanzó la política laboral de VIH a implementarse en 13 empresas del sector azucarero. Cubriendo 67,000 puestos de trabajo directos y 360,000 indirectos. La fase de implementación está comprometida para mayo del 2012.

Asociación Nacional del Café ANACAFE. Se encuentra aprobada y recomendada por Junta Directiva la iniciativa de desarrollar políticas de VIH en las empresas del sector. -Pendiente de iniciar su implementación con este amplio sector empresarial.

Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF). Que aglutina a las cámaras empresariales del país tiene en agenda de su Junta Directiva por iniciativa de su Presidente, la Política Laboral del VIH. CACIF acreditó a sus representantes en el MCP-G

E. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN EL NIVEL LOCAL: LOS APORTES DEL PLAN OPERATIVO LOCAL –POL-.

Un Plan Operativo Local, se establece como la acción operativa de la Estrategia Nacional de IEC/CC, constituye un plan de acción integrado y consensuado, diseñado en base a las características sociales y culturales de cada área de salud. Promueve el involucramiento comunitario, la formación de redes multisectoriales que progresivamente se sumen al compromiso de accionar a favor de la prevención del VIH, como parte de la respuesta nacional ante la epidemia, bajo la rectoría de las Áreas de Salud. Además, prepara el escenario local para el abordaje más puntual de acciones de información, educación y comunicación para cambio de comportamientos dirigidas a poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad, y promueve los servicios de Prevención de la Transmisión Materno Infantil, las Clínicas de atención a las ITS y las Unidades de Atención Integral. En el año 2010, no hubo financiamiento para implementación de POL, sin embargo, 25 DAS dieron seguimiento al proceso. En el año 2011, el Ministerio de Salud asigna fondos para la implementación de POL, 29 Áreas de Salud implementan POL con un enfoque en derechos humanos, sexualidad humana, equidad de género y pertinencia cultural.

F. PROGRESOS IMPORTANTES EN DDHH Y DISMINUCIÓN DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.

El Segundo Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las personas con VIH y Poblaciones en más alto riesgo fechado enero del 2012 en Guatemala revela como principales resultados:

Durante el año 2011, se reportaron un total de 304 casos, de los cuales se contabilizaron 245 denuncias a nivel nacional, las cuales fueron documentadas principalmente en la ciudad capital y otros ocho departamentos; 162 corresponde a la Sociedad Civil y 83 a la IPDH.

Los principales denunciados fueron hombres comprendidos entre las edades de 29-49 años. Los hechos denunciados, se refieren principalmente a violaciones del derecho a la salud y seguridad social (80%), tales como: la falta de medicamentos en los hospitales; los malos tratos recibidos por parte del personal médico y auxiliar de enfermería; así también, es frecuente la violación al derecho humano de la confidencialidad, pues persiste la práctica ilegal de revelar a personas distintas del paciente el resultado de la prueba de VIH y las violaciones al derecho de igualdad y no discriminación.

El acompañamiento de la Institución del Procurador de los Derechos Humanos, la Red Legal y sus socias es clave, pero sobre todo es necesario que el Estado asuma sus obligaciones y responsabilidades para respetar y aplicar las leyes vigentes, es una necesidad y una constante que la sociedad civil y las personas deben demandar sus derechos.

Existen denuncias que evidencian prácticas ilegales, como la realización de pruebas de VIH obligatorias, estas ocurren como un requisito obligatorio para poder adoptar a un menor de edad; en otros casos, como una obligación previa para recibir los beneficios de un programa social; o bien, como un medio de control dirigido a personal de tropa del Ejército Nacional.

Existe un permanente esfuerzo en la abogacía por más esfuerzos para la mejora de la detección, la prevención, el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis resistente a los fármacos y el acceso de la terapia antirretroviral en el marco de VIH, para la plena realización de los Derechos Humanos.

Se trabaja activamente por los Derechos de las personas con VIH en Guatemala, los que deben ser garantizados a fin de favorecer un ambiente de apoyo que permita reducir las desigualdades culturales, promover su empoderamiento frente a la epidemia, disminuir su vulnerabilidad y el estigma para facilitar una mayor participación en la demanda de cumplimiento de sus Derechos Humanos en un marco de genuina igualdad.

V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

A. LOS PROGRESOS REALIZADOS.

1. Fortalecimiento de la autoridad nacional.

Varias entidades de coordinación de la respuesta nacional han surgido desde hace mucho tiempo, empezando con la Asociación de Sectores en Lucha contra el SIDA (ASCLS), el Grupo Temático Ampliado de ONUSIDA, la CONASIDA, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP-G) y resurgimiento de CONASIDA. Junto con estas, el Programa Nacional de ITS, VIH y sida del MSPAS, tiene funciones de conducción de la respuesta nacional.

Es necesario enfatizar el principio de los Tres Unos y mostrar la racionalidad de reforzar la convergencia de las representaciones de los actores nacionales en una sola instancia que ejerza la representación, autoridad y gestión estratégica nacional del PEN. Esta es una decisión muy delicada pero que obliga a todas las instituciones y formas actuales de representación a negociar y adoptar una posición. Estas pueden significar la estandarización de las representaciones en grupo temático ampliado, MCP-G y CONASIDA, la designación del MCP como una subcomisión que trata los asuntos con el Fondo Mundial y la adopción por CONASIDA, de los procedimientos de elección democrática que usa el MCP-G, para elegir a sus autoridades.

Hay que destacar que los actores entrevistados por el ICPN declaran que el país ha dado seguimiento a los compromisos en la Declaración Política de 2011 sobre el VIH y sida. Al mismo tiempo, consideran que existe un seguimiento y control básico de las coberturas de las intervenciones implementadas por la respuesta nacional. Sin embargo no existe consenso entre los entrevistados, en cuanto a que si la estrategia y el presupuesto para el VIH y sida, ha sido revisado como corresponde. Los consultados del sector público de la salud concuerdan en un 100%, que a pesar de que el país tiene un plan para fortalecer los sistemas de salud, algunos aprecian que las condiciones de atención en términos de instalaciones, equipamiento, personal, medicamentos e insumos no han mejorado en el periodo 2010-2011.

Todos los entrevistados del ICPN provenientes del sector gubernamental reconocen la existencia de la CONASIDA, como el órgano multisectorial del sida, que opera con términos de referencia, con liderazgo y participación activa del gobierno y que tiene un coordinador, saben que participa la sociedad civil, PV y el sector privado, así como las funciones y apoyo que provee. Algunos sugieren que se apruebe la iniciativa 3947 por parte del Congreso de la República que se refiere a las modificaciones al Decreto 27-2000. Los entrevistados creen que el apoyo político al Programa Nacional de Sida en 2011 fue de aceptable a bueno.

2. Formulación, divulgación, instrumentación y actualización del PEN 11-15.

Se dispone de un Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH, y sida PEN 2011-2015. Los actores consultados para el ICPN, coincidieron que este nuevo PEN, tiene los siguientes atributos: Contiene la respuesta nacional al VIH- sida al incluir todas las poblaciones claves/otras poblaciones vulnerables, entornos y asuntos relacionados, es multisectorial pues contiene a todos los actores, incluye metas, resultados y costos, considera la planificación operativa, aseguró la integración y participación de la sociedad civil en su formulación, ejecución y fiscalización. Además recibió el respaldo de las organizaciones de la cooperación internacional.

PEN aplicado vía POA's. El PEN no debe verse solamente como un documento que contiene el total de las acciones que debieran realizarse aunque solo se cuente con la mitad de los recursos para hacerlo. Antes bien, sería prudente considerar el PEN como una estrategia flexible que se revisa y adapta para aprovechar todas las oportunidades que surjan en apoyo a un cumplimiento cada vez más pleno de los objetivos por medio de la programación operativa anual de los actores que participan en la respuesta nacional. Es decir, convertirlo en un PEN pertinente. Se ha mencionado la importancia de la descentralización del PEN, lo cual puede implicar que haya planes estratégicos departamentales y municipales multisectoriales, que sirvan como plataforma a los actuales planes operativos locales implementados por el MSPAS. Esto es necesario porque cada departamento tiene un complejo de riesgos y vulnerabilidades que exigen una adaptación de la estrategia, pero también porque es más fácil avanzar en el desarrollo de una respuesta adaptada a las condiciones de cada municipio si se acerca la información y las decisiones a los ciudadanos; acción necesaria para alcanzar la visión del PEN 2011-2015.

3. Prevención.

Según manifestaron el 100% de los actores entrevistados Guatemala cuenta con una política para fomentar la IEC sobre el VIH para la población en general, los mensajes más reconocidos por los entrevistados son: fidelidad, abstinencia sexual, retraso en el inicio de las relaciones sexuales, practicar relaciones sexuales seguras, uso correcto y constante del condón, combatir la violencia contra las mujeres, mayor participación de los hombres en programas de salud reproductiva, conocimiento del estado serológico respecto del VIH, prevención de la transmisión materno infantil. Los entrevistados afirman la existencia de una política o estrategia establecida para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes. Referente a que si el VIH forma parte del plan de estudios, los entrevistados concuerdan que está integrado en las escuelas primarias, secundarias y de formación de maestros. A su vez consideran que la misma estrategia de educación sobre salud sexual y reproductiva es adecuada a los jóvenes de ambos sexos, y a su edad. Sin embargo estas acciones no están implementadas al 100% y existe una ausencia de un seguimiento rutinario de los mismos.

4. Tratamiento, atención y apoyo.

En opinión de los entrevistados los servicios de tratamiento atención y apoyo relacionados con el VIH van de buenos a muy buenos. Por otra parte, queda en evidencia que el gobierno no dispone de una política o estrategia para prestar apoyo social a las personas con el VIH. El mayor logro ha sido la descentralización de la atención integral con la apertura y funcionamiento de las 13 Unidades de Atención Integral.

Se espera llegar, en el marco del acceso universal, a dar cobertura geográfica a todo el país, a través de la ampliación en los distritos de salud involucrados y de las unidades que realizan acciones de prevención de la transmisión madre hijo (plan de ampliación hasta llegar a 150 unidades). Se ha avanzado en la cobertura de atención integral, sin embargo su impacto no es medible en forma directa. Se mide en forma indirecta con el mayor acceso a tratamiento, la reducción de infecciones oportunistas y de fallecimientos por VIH y sida. También hay una mayor formación de grupos de autoapoyo, aunque todavía no se logra que esto se refleje en una mayor adherencia a los tratamientos. En cuanto a la descentralización geográfica de los servicios de salud, se ha logrado principalmente en aquellas áreas que reportan número mayor de casos, lo cual ha redundado en una mayor disponibilidad de servicios de atención y acceso a tratamiento antirretroviral.

B. OBSTÁCULOS ENCONTRADOS

Desde la perspectiva del gobierno central, la respuesta nacional al VIH no se integró al plan de desarrollo nacional, pues el gobierno anterior no formuló ningún plan de desarrollo, tampoco formuló una política de desarrollo social. De igual manera la respuesta nacional al VIH no se correspondió con la estrategia para reducción de la pobreza.

1. Prevención.

El presupuesto es insuficiente, y no se cuenta con personal para desarrollar los programas, por lo que éstos tienen una baja cobertura. Tampoco hay coordinación y delimitación de los grupos que cada organización debe atender. Como resultado del enfoque de la prevención en unos cuantos grupos, otros grupos humanos no han sido alcanzados adecuadamente con acciones de prevención, entre éstos, las amas de casa y la población indígena.

Otros obstáculos para la implementación ocurren por influencia de factores culturales, religiosos e ideológicos, y la falta de incorporación efectivo de los enfoques de género y diversidad sexual como ejes transversales en las acciones de prevención dentro y fuera de los contextos de la atención a la salud.

El hecho que no se realice un monitoreo y seguimiento de las acciones de prevención impide conocer cuáles tienen mejor avance y cuáles necesitan refuerzo, con lo cual los diferentes esfuerzos para prevención pierden avance o éste es poco valorado.

La prevención en el sector económico formal (lugares de trabajo) no ha sido implementada; tampoco la sistematización y el fortalecimiento de metodologías para el trabajo de pares, o los programas de prevención de la transmisión relacionada con el consumo de drogas. Se considera que apenas un 30% se ha implementado en cuanto a la implementación de un plan de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento.

2. Derechos humanos.

No hay intervenciones en la línea de apoyo a la niñez en orfandad o viviendo con VIH, exceptuando la atención que provee el Hospicio San José. En cuanto a la capacitación a personal de salud para atención libre de estigma y discriminación, tanto el PNS como organizaciones de sociedad civil, PSP-ONE, Calidad en Salud y el proyecto del FM han desarrollado diplomados, capacitaciones y sensibilización. Sin embargo los estudios evidencian que el personal de salud no ha superado su tendencia a estigmatizar y discriminar a los usuarios.

En las acciones de promoción y defensa para el respeto del marco legal, el 5 de septiembre de 2008 fue presentada una propuesta de reforma a la Ley de Combate al VIH Y SIDA, decreto 27-2000, la cual incluye sanciones por discriminación contra personas con VIH e inhabilitaciones a personal sanitario que niegue atención a personas que padecen la enfermedad. Por otra parte, el 18 de febrero de 2009 entró en vigencia Decreto del Congreso 9-2009. Se reporta que la aplicación de esta Ley ha tenido un impacto negativo en la población de trabajadoras sexuales

La falta de voluntad política de parte de la Procuraduría de Derechos Humanos –PDH- ha impedido avanzar en la documentación de las denuncias de violaciones a derechos humanos.

La ley de acceso a información no tiene positividad plena en estos casos. Además, las víctimas evitan poner denuncias para evitar la carga de estigma y discriminación. Cuando la denuncia se resuelve por vías negociables, se pierde el registro de la denuncia. Las organizaciones de sociedad civil aún necesitan desarrollar su capacidad técnica en materia de derechos humanos y procesos de denuncia, tanto como los operadores de justicia, para lograr avances reales en este tema.

La intolerancia hacia poblaciones MTS, HSH y Trans, ya tenga como origen la religión, el sexismo, la homofobia y transfobia, afecta las posibilidades de asumirse, participar y superar las vulnerabilidades que afectan a estas poblaciones.

Las más serias dificultades provienen del marco jurídico represivo y coercitivo, y no hay progresos en la modificación de los principales cuerpos jurídicos que señalan y persiguen a las trabajadoras sexuales, y que provocan un descenso en las usuarias de prevención y atención; entre ellas, cabe mencionar la Ley 09-2009 (Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas), el acuerdo gubernativo de funcionamiento multisectorial, el reglamento de ITS, la cartilla de derechos laborales del Ministerio de Trabajo.

3. Tratamiento, atención y apoyo.

El desarrollo de la atención integral se ha visto limitado por la centralización administrativa en general, la centralización de los métodos diagnósticos (pruebas, IO, CD4 y carga viral), la escasez de insumos y medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas y la falta de recurso humano sensibilizado y capacitado a nivel departamental, incluyendo disciplinas como psicología y nutrición que normalmente no son cubiertas. La situación se complica por la falta de estabilidad laboral del personal.

Otros obstáculos se refieren a la falta de integración de las clínicas de atención integral a los hospitales, la falta de procedimientos estándar en la atención integral, y la falta de uniformidad en los procedimientos de reporte de las unidades de atención. Tanto el sector privado como el IGSS tienen sus propios registros pero no contribuyen a alimentar una base de datos sobre el acceso a la atención integral.

C. ACCIONES CORRECTORAS

El PEN 11-15 debe servir para concertar una agenda política común entre sociedad civil, actualmente fragmentada, y fomentar la coordinación con sectores y actores que aún no están involucrados, con enfoque de género, derechos humanos y multiculturalidad. El nuevo PEN debe considerar los factores estructurales del contexto nacional que, al ser ignorados, no conducen a un enfoque integrador de la respuesta al VIH.

Lograr la alineación y armonización de los POA gubernamentales, de las Organizaciones de la Sociedad Civil y de la cooperación internacional con el PEN 11-15 será una acción que permitirá el alcance de las metas de país de manera conjunta y coordinada.

1. Prevención.

Actualizar y dar a conocer la Estrategia de IEC/CC, validarla con diferentes poblaciones, sistematizar las experiencias, usar la tecnología para ampliar la difusión y expandir a nuevos grupos y sectores (universidades, ONG, bomberos, Cruz Roja, civiles), además de contemplar la comunicación en idiomas mayas, garífuna y xinca, además del español.

Mejorar el monitoreo y la evaluación en la implementación de la educación sexual y prevención de ITS/VIH Y SIDA en establecimientos educativos, y ampliar los temas de identidad sexual, diversidad, trabajo sexual, entre otros. También puede contribuir la inclusión del tema en la formación de maestros y su capacitación.

Para extender la prueba voluntaria con orientación a nivel nacional, se necesita asignar más recursos a esta intervención, dar a conocer los servicios y promover espacios amigables para la atención a las poblaciones en mayor riesgo.

La prevención de la transmisión de materno infantil podría aumentar de escala si se divulga el protocolo nacional, se da una sensibilización a todo el personal y se asignan recursos al programa, incluyendo los necesarios para ofrecer fórmulas infantiles.

Para aumentar la prevención de reinfección, los programas deben adaptarse a los diversos segmentos de población, y orientarse al empoderamiento de las PV, lo cual implica también tratar los temas de estigma y discriminación por homofobia y transfobia, por vivir con VIH y sida, por trabajo sexual.

2. Derechos humanos.

Es necesario promover la reforma del Acuerdo Gubernativo 9-2009, en los aspectos que limitan el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a la atención de salud, y la modificación del reglamento de ITS del MSPAS. Más allá de eso, debe instrumentarse una estrategia permanente de incidencia en el Congreso. Ante las dificultades de institucionalizar la temática de derechos humanos y VIH dentro de las estructuras de la PDH, es importante promoverla en instancias de sociedad civil y

bufetes populares de abogados, para hagan auditoría social y den acompañamiento y seguimiento de los casos ante la PDH y ante el MP. Además, es necesario sensibilizar al personal que participa en los procesos judiciales: MP, PDH, PNC, jueces, y otros. Debe considerarse la inclusión del tema de DDHH y VIH en los programas de estudio de carreras universitarias como medicina, trabajo social, psicología y enfermería.

3. Tratamiento, atención y apoyo.

Acceso universal al tamizaje. Se observa que la definición actual de grupos prioritarios es muy estrecha y obstaculiza la extensión de la prueba voluntaria con orientación para usuarios fuera de esos grupos, impidiéndose de esta manera el diagnóstico temprano y provocando la búsqueda de atención en estadios avanzados de la enfermedad.

Atención de infecciones oportunistas. Se depende de fuentes externas para la obtención de los diagnósticos y tratamientos de las infecciones oportunistas, que son los causantes de las muertes por SIDA. Los pacientes cuentan con tratamiento antirretroviral, pero fallecen de Infecciones Oportunistas.

Atención a PV en los hospitales. Todavía existen algunas muestras de estigma y discriminación hacia los pacientes con VIH desde los proveedores de servicios hospitalarios, lo cual dificulta el tratamiento integral de los pacientes. Los hospitales delegan la responsabilidad de los pacientes exclusivamente a las clínicas de atención integral, las cuales muchas veces no están integradas al hospital en el que funcionan.

Descentralización de la atención integral. Hace falta incrementar el número de clínicas que proveen atención integral, en nuevas áreas geográficas, y con una mayor desconcentración de los recursos para diagnóstico y tratamiento de los pacientes, incluyendo el manejo de infecciones oportunistas y el tratamiento antirretroviral.

Para alcanzar un mejor nivel de cumplimiento en el área de atención integral, se recomiendan las acciones siguientes:

- Fortalecimiento de la cantidad, calidad, remuneración, motivación y estabilidad del recurso humano;
- Aumentar los recursos financieros y humanos para proveer acceso a prueba voluntaria con orientación para población general, lo cual además requiere simplificar los procedimientos y eliminar el estigma de la prueba;
- Invertir en el fortalecimiento de laboratorios departamentales, con el equipo, insumos y personal necesario para descentralizar las pruebas diagnósticas de infecciones oportunistas, así como la provisión de suministros para su adecuado tratamiento;
- Continuar con la apertura de clínicas departamentales, pero integrándolas desde el inicio a los hospitales

APOYO POR PARTE DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO DEL PAÍS

A . APOYO CLAVE RECIBIDO.

ONUSIDA

Los aportes al país principalmente se identifican en el apoyo a grupos de sociedad civil de personas con VIH y de mayor riesgo a través del fortalecimiento institucional de los mismos y su participación en espacios públicos y de toma de decisiones. En apoyo al MSPAS, el mejoramiento del sistema nacional de Monitoreo y Evaluación. El desarrollo de la investigación de Modos de Transmisión, las Proyecciones y Estimaciones de la epidemia de VIH en el país. Coordinación con la PDH para fortalecer el respeto a los derechos humanos de personas con VIH y grupos en mayor riesgo.

Apoyo al Monitoreo Estratégico al MCP-G a las subvenciones de tuberculosis y VIH.

El apoyo a la construcción del Plan Estratégico Nacional 11-15 bajo la metodología ASAP y la operativización del mismo con los actores clave.

Realización de Consulta de apropiación para la Respuesta Nacional de VIH y sida.

UNFPA

Apoyo con capacitación sobre enfoque de género en los planes y políticas de salud pública al personal del PNS.

OPS

Apoyo técnico en la elaboración de la Guía Nacional de antirretrovirales, la Estrategia Nacional para la reducción de la transmisión materno-infantil y eliminación de sífilis congénita.

Elaboración del Perfil Farmacéutico del ministerio de Salud 2011.

Gestión de compra de medicamentos antirretrovirales con el Fondo Estratégico.

Apoyo a la gestión del Comité Nacional de Coinfección VIH y Sida, la implementación de la Guía y participación en talleres regionales conjuntos entre el Programa de Sida y el de Tuberculosis.

Fortalecimiento al tema de derechos humanos de PEMAR.

USAID

Gestión para el abastecimiento de emergencia de antirretrovirales en el primer trimestre del 2011. A través de SCMS el apoyo técnico en la elaboración de términos de referencia para la construcción de la bodega central para medicamentos antirretrovirales, de tuberculosis y malaria; sistema nacional de logística así como de el diagnóstico de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en Unidades de Atención Integral.

Apoyo a la investigación de Modos de Transmisión

Apoyo de otros socios implementadores de USAID

PASCA

Apoyo financiero y técnico en la contratación de la consultora nacional para elaboración de Modos de Transmisión y el equipo local de PASCA.

Apoyo en la elaboración del Manual de políticas y Procedimientos de Monitoreo y Evaluación del MSPAS.

Apoyo a la elaboración del Plan Costeado de Monitoreo y Evaluación.

Apoyo a la Estrategia de Diversidad sexual con sociedad civil.

Apoyo a mejorar el proceso de MEGAS y sus informes.

Apoyo a la reingeniería del Mecanismo Coordinador de País (Estatutos y manuales de Procedimientos)

Apoyo a la evaluación de la política Publica 638-2005 con SEGEPLAN.

Apoyo al involucramiento de la empresa privada a la respuesta nacional de VIH.

Apoyo al sub-sistema de información de VIH del seguimiento clínico al MSPAS.

Apoyo a la oficialización del comité nacional de coinfección TB- VIH.

CAPACITY

Apoyo en el proyecto de Mejora del desempeño de las Unidades de Atención integral, a la campaña nacional de “Hazte la Prueba”, elaboración y publicación de guías, normas y otros y planes de socialización de los mismos.

Apoyo a la implementación del PEN 11-15

CDC

Acuerdo colaborativo entre CDC y el socio implementador ONUSIDA para el fortalecimiento en investigación, monitoreo y evaluación e información estratégica.

CDC/UVG/CES

Apoyo en la implementación de VICITS en 3 centros de atención.

Asistencia técnica en la apropiación de la Estrategia de Prevención de la transmisión materno infantil y la actualización del manual y reglamento de ITS con participación de los grupos en mayor riesgo.

Contratación de consultor para el desarrollo del sub-sistema de información de ITS, VIH y Sida para las acciones de la subvención del Fondo Mundial.

Desarrollo del perfil epidemiológico de VIH.

Planificación de la Encuesta Nacional para prevalencia de poblaciones en Mayor riesgo (ECVC) y la incorporación de las poblaciones necesarias para elabora la Línea Media de Fase de Continuidad de la subvención de VIH del Fondo Mundial.

CDC/URC

Apoyo en el sistema de información para tuberculosis que incluye coinfección con VIH y apoyo en la Guía de Coinfección TB/VIH.

Apoyo y seguimiento a las acciones del Comité nacional de Coinfección

B. ACCIONES DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LO OBJETIVOS.

Fortalecer las acciones de la CONASIDA promoviendo la elaboración de los manuales de funcionamiento y optimizar la respuesta actual de dicha instancia.

Apoyo técnico y financiero para fortalecer la organización interna de la CONASIDA

Apoyo a la implementación de los planes operativos de las organizaciones multisectoriales para cumplir los objetivos del PEN 2011-2015

Fortalecimiento al acceso Universal de la Atención Integral que incluye entre otros puntos:

Abastecimiento de ARV, insumos, pruebas diagnósticas y de monitoreo a través de compras al menor costo y calidad garantizada.

Apoyo al cumplimiento de las guías de atención de VIH dentro del sistema de salud

Apoyo al mejoramiento de la atención a PV en los servicios de salud del segundo y tercer nivel.

Mejora del desempeño en Unidades de Atención Integral

Implementación del Plan de prevención de transmisión materno infantil de VIH y eliminación de sífilis congénita.

Fortalecimiento al Sistema único de Monitoreo y Evaluación que incluya entre otros puntos:

Desarrollo del Plan nacional de Monitoreo y Evaluación

El desarrollo del sub-sistema único de información en el SIGSA .

Fortalecimiento al Comité nacional de M y E en salud para VIH

Apoyo al cumplimiento de la agenda de investigación definida por el ente rector a fin de garantizar información de país con validez para la toma de decisiones promoviendo el establecimiento de equipos técnicos de investigación evaluación e información estratégica.

Fortalecimiento al sistema de vigilancia en salud pública con énfasis en la epidemia de VIH y sida.

Apoyo a Políticas de reducción de estigma y discriminación a través del fortalecimiento de la Red Legal de DDHH, VIH y PEMAR y otras instancias relacionadas con el tema de DDHH como PDH, CALDH.

Implementación de nuevas estrategias innovadoras de prevención combinada con énfasis en PEMAR

Dar seguimiento a la implementación de la subvención de VIH del Fondo Mundial garantizando su ejecución programática y financiera a fin de tener la oportunidad de aplicar a la fase II de continuidad.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

A. VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA ACTUAL DE M&E

El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015 plantea como una prioridad el desarrollo de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación que permita reportar los indicadores que contiene.

Durante el año 2010 se elaboró un plan costeadado que alinea los indicadores del PEN 2011-2015, ODM, La subvención del fondo Mundial, acceso Universal y el Informe Global.

Este proceso ha avanzado en cuanto se tiene el plan costeadado y que fue trabajado desde el PNS con el apoyo de diferentes agencias de cooperación y además el Manual de Normas y Políticas de Monitoreo y Evaluación, las cuales son herramientas fundamentales para la integración del plan nacional.

Se han priorizado 35 indicadores que cuentan con su ficha técnica y los flujos de información.

Entre otros puntos importantes destaca el trabajo realizado por el PNS quien está llevando a cabo, en conjunto con el Sistema Integrado de Información Gerencial en Salud (SIGSA), la adecuación de la base SIGSA-Sida, que se espera de respuesta más de la mitad de los indicadores priorizados del Plan de monitoreo y evaluación.

Además, se está coordinando la descentralización de la base de datos MANGUA en los servicios de atención a PV y la actualización de la base de datos epidemiológicos de VIH, colocándola vía Web para mejor acceso y la actualización de la información, desde cualquier lugar de acceso. Se tiene además levantado el flujo de información desde las unidades ejecutoras de intervenciones en VIH no solamente del MSPAS, sino por parte de HIVOS, de las ONG que actúan como sub-receptoras en el proyecto vigente del FM en VIH en el país.

El Acuerdo Ministerial 18-2012 crea el Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación en Salud para ITS, VIH y sida, éste ha identificado los 12 componentes del Monitoreo y Evaluación del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación y procederá a formular el plan para la implementación y fortalecimiento del mismo.

En el monitoreo, otros avances reportados incluyen:

- Diagnóstico de instrumentos, flujos, análisis y uso de información
- Medición del gasto en SIDA (informe 2008)
- Capacitación en monitoreo y evaluación a personal de las unidades ejecutoras
- Se cuenta con una unidad de monitoreo y evaluación en PNS e HIVOS

En la vigilancia, los avances más relevantes son:

- Se cuenta con vigilancia sólo en la notificación de casos
- Se han realizado estudios para estimar el tamaño de las poblaciones prioritarias
- El personal de las DAS ha sido capacitado en vigilancia de segunda generación
- Se realiza vigilancia sindrómica de las ITS
- Se analizan modelos matemáticos, proyecciones y estudios especiales

Sin embargo, debe notarse que se desconoce el alcance de las acciones en términos de cobertura, y tampoco se reporta su nivel de utilización para la planificación y la toma de decisiones.

No se mide el impacto para monitoreo y evaluación, aunque hay esfuerzos para medirlo en la prevención de la transmisión vertical, y en la sobrevida al tratamiento antirretroviral.

Dos líneas de acción que no se han cumplido son: la evaluación periódica del funcionamiento del sistema de monitoreo y evaluación, y la divulgación amplia de la información que el sistema produce.

B. OBSTÁCULOS ENCONTRADOS

Las razones por las que no se ha podido obtener mayores avances en el tema de monitoreo y evaluación incluyen la escasez de recurso humano, sujeto además a una alta rotación, tanto en niveles operativos como decisorios.

También afecta la ausencia de una cultura de medición, tanto en el monitoreo y evaluación como en la investigación, y no existe una instancia de rectoría en investigación de la salud.

Sigue sin existir un sistema de monitoreo y evaluación que consolide la información en un ámbito multisectorial.

C. ACCIONES CORRECTORAS PLANIFICADAS PARA SUPERAR LOS OBSTÁCULOS,

Desarrollar un enfoque de planificación, gestión y evaluación orientadas a resultados, de alcance multisectorial, en el que se ponga en aplicación un sistema articulado de monitoreo y evaluación que guarde coherencia con el PEN.

Es necesario adecuar el nuevo sistema de monitoreo y evaluación al PEN 2011-2015. Será esencial para su funcionamiento adecuado, el que las prácticas e iniciativas fragmentadas de monitoreo converjan y alimenten el sistema nacional bajo un liderazgo sujeto a la autoridad nacional en VIH y sida.

El fortalecimiento de la red de monitoreo y evaluación a distintos niveles comprende actividades diversas, entre las que destacan, la incorporación de tecnologías de colaboración en línea (como *E-luminate*), dotación de personal, equipo y presupuesto, así como el establecimiento de espacios de divulgación dirigidos hacia planificadores, formuladores de política pública y tomadores de decisiones.

Es necesario desarrollar una agenda de investigación en VIH y sida, sobre la base de un diagnóstico de las necesidades de información existentes.

La vigilancia epidemiológica debe revisarse para que conecte con las respuestas de prevención y atención, aumente el conocimiento sobre la distribución geográfica de la enfermedad, y contribuya al diseño de planes y programas más eficaces. Esto incluye la armonización del plan de vigilancia y el de monitoreo y evaluación.

D. DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES Y LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA LAS TAREAS DE M&E

El equipo de referencia mundial en monitoreo y evaluación de VIH (MERG, en inglés) invitó a Guatemala a realizar la evaluación del sistema nacional de MyE en VIH y el pilotaje de la herramienta de evaluación, junto con otros tres países. El propósito del proceso fue desarrollar una evaluación integral y participativa del sistema nacional de MyE en VIH e identificar acciones prioritarias para fortalecer la planificación y las estrategias actuales de MyE y su implementación (MERG, 2008).

La herramienta considera 12 componentes, los cuales se orientan al fortalecimiento de cada uno de los momentos del monitoreo. Las recomendaciones del equipo incluyen lo siguiente:

- La oficialización de la Unidad de Monitoreo y Evaluación, con representación de todos los sectores y formando parte de la autoridad nacional sobre VIH;
- Capacitación de personal en monitoreo y evaluación;
- La diseminación del plan de monitoreo y evaluación;
- La estandarización de los procedimientos y medios de recolección y reporte de información, incluyendo la vigilancia y los sistemas de información;
- Sistemas de reporte de información mejorados, incluyendo la capacitación y supervisión del personal que maneja los formularios y digita la información;
- Unificar el repositorio de datos de las distintas bases nacionales para que sea posible evaluar y mejorar la calidad de los datos;
- Promover el uso de la información que emerge del monitoreo y evaluación.

D. PROPUESTA DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA

Con una perspectiva de democratización de la información, el sistema de monitoreo y evaluación debe contener instancias de reflexión y autocrítica, pero también espacios para compartir con las organizaciones de distintos niveles y sectores, los resultados obtenidos con la medición, de forma que sea la red estratégica de implementación, y no solamente el equipo conductor nacional, quienes definan la manera de asegurar el dinamismo y el logro de resultados del PEN 2011-2015.

Este énfasis del monitoreo como cambios en el desempeño con base en la información es, además de una fórmula de eficacia comprobada para mantener la orientación y el ritmo de implementación de los planes, un espacio demostrativo para transferir la cultura de medición, reflexión y retroalimentación a las organizaciones departamentales y locales que día a día convierten en realidades concretas los servicios y actividades definidas en el plan de acción y

estrategia de respuesta a ITS, VIH y sida.

Para fortalecer el sistema de monitoreo se considera necesario también implementar los siguientes elementos:

Autoridad en MyE. Será difícil hacer funcionar el monitoreo si no se cuenta con una entidad que coordine las distintas entidades que hacen monitoreo, evaluación e investigación en ITS, VIH y sida. Para ello es importante el fortalecimiento del Comité nacional de MyE en Salud para ITS, VIH y sida y su integración en la CONASIDA.

Apropiación del PEN 2011-2015. Las organizaciones de la respuesta nacional deben comprender el plan estratégico y aplicarlo en su espacio local bajo la forma de plan operativo. Solamente de esa forma se podrá identificar qué partes del plan cuentan con implementadores y recursos, qué poblaciones están cubiertas y que aspectos de la dinámica de la epidemia se estarán atendiendo; también se sabrá lo que está descubierto para analizar y tomar decisiones sobre cómo darle cobertura.

Reponsabilidad compartida. Si cada organización sabe qué parte del plan de acción va a ejecutar, también puede hacerse cargo de documentar sus esfuerzos en términos de intervenciones, poblaciones atendidas y gastos efectuados. De esa manera la información estaría disponible a nivel de cada entidad, para su integración por territorios subnacionales y luego el consolidado nacional.

Organización descentralizada. De la misma forma que existe una CONASIDA, es importante contar con CODESIDAS y COMUSIDAS, que permitan integrar los esfuerzos, apoyar la conducción local, negociar con otros actores, y lo que más nos interesa, promover las acciones de reporte de monitoreo para convocar a su análisis e interpretación de los resultados en su demarcación territorial, así como hacerse responsable de la presentación de resultados y el reporte a nivel nacional. Esto incluye la generación de espacios de comunicación y reflexión sobre avances y desafíos en la implementación del PEN, que deberían realizarse al menos cada año.

Tecnologías de información y comunicación. Existen varias soluciones de tecnología que facilitarían el acopio de información y su presentación intuitiva, vinculando bases de datos de distinto lenguaje de base para su análisis estadístico y presentación gráfica y mapeo. La formación de capacidades y desarrollo de herramientas será primordial para conseguir mayor agilidad y certeza en los datos de monitoreo.

Bibliografía

- Abdool Karim, Quarraisha, Salim S Abdool Karim, Janeth A Frolich, Anneke Grobler, Cheryl Baxter, Leila E Mansoor, Ayesha B Kharsany, Sengeziwe Sibeko, Koleka P Misana, Zaheen Omar, Tanujah Gengiah, Silvia Maarschalk, Natasha Arulappan, Muskelisiwe Mlotshwa, Lynn Morris, Douglas Taylor. *Effectiveness and safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the prevention of HIV infection in women*. Science 329 (5996): 1168 – 1174.
- Bitega, Jean Paul, ML Ngeruka, T Hategekimana, A Asiimwe y a Binagwaho (2011) *Safety and Efficacy Study of the PrePex System for Male Circumcision*. Presented at the 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Session 196. Boston, Massachusetts.
<http://retroconference.org/2011/Abstracts/40740.htm>
- Bloom, David, River Path Associates and Jaypee Sevilla (2002) *Health, Wealth, AIDS and poverty*. ADB / UNAIDS.
- Calderon, M. Ricardo y Mimi Binns (1997) *The HIV AIDS Multidimensional Model*. Synopsis – HIV/AIDS Prevention and Control Series. AIDSCAP / FHI.
- Cheikhrouhou, Hela, Rodrigo Jarque, Raúl Hernández-Coss, Radwa El-Swaify (2006) *The US-Guatemala Remittances Corridor: Understanding better the Drivers of Remittances Intermediation*. World Bank Working Paper No. 86.
- CNE (2010) *Estadísticas de Casos Acumulados VIH y sida Según Etnia, enero 2004 a octubre 2009*. Ministerio de Salud, febrero de 2010.
- CNE (2011) *Boletín No. 1 Estadísticas VIH y VIH Avanzado*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Realizado el 29 de enero de 2011. Disponible en línea:
<http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf>
- COPREDEH (2008) Informe del Estado de Guatemala sobre la Resolución 7/23 del Consejo de Derechos Humanos: “Los Derechos Humanos y el Cambio Climático”. Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos – COPREDEH.
- David Baker, Juan Leon, Emily G. Smith Greenaway, John Collins, Marcela Movit (2010). *The Underappreciated Education Effect on Population Health: A Theoretical Reassessment, Meta-analysis of Education and Mortality, and a Cognitive Hypothesis*. Population Development Review (In-print).
- Gushulak, BD, J Weekers y DW MacPherson (2010) *Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, and evidence-based framework*. At: Emerging Health Threats Journal 2010 2(10).
- Hargreaves, JR y JR Glynn (2002) *Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review*. Trop Med Int Health. Jun, 7(6): 489-98.
- ICAD (2008) *Gender, HIV/AIDS and Development: Annotated Bibliography*. Interagency Coalition on AIDS and Development / Public Health Agency of Canada. Ottawa, June 2008.
- INE (2010) *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala 2008/2009*. INE/ MSPAS/ UVG /USAID/ ASDI/ CDC/ UNICEF/ UNFPA/ OPS/ USAID Calidad en Salud.

- Lakhampal, Manisha y Rati Ram (2008) *Educational attainment and HIV/AIDS prevalence: A cross country study*. Economics of Education Review Vol 27, Issue 1, Feb 2008, páginas 14 -21.
- Loudis, Richard, Christina del Castillo, Anu Rajaraman y Marco Castillo (2006) *Central America and Mexico Gang Assessment: Annex 1 Guatemala Profile*. April, 2006.
- Mallas, Elizabeth y Mirka Negroni (2007) *Consejos Empresariales sobre VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, USAID | Iniciativa de Políticas de Salud (HPI), septiembre de 2007.
- Mayorga, Rubén y María Antonieta Rodríguez Leerayes (2001) *La exclusión social basada en la orientación sexual no heterosexual en Guatemala*. Cuadernos de Desarrollo Humano No. 2001 – 9. Guatemala, Sistema de Naciones Unidas, 2001.
- MCP (2010) *Propuesta de Guatemala para el Canal de Continuidad del Financiamiento en VIH – sida*. Mecanismo de Coordinación de País, 4 de enero de 2010.
- Méndez Villaseñor, Claudia (6/03/11) *Seis departamentos impulsan contenidos de educación sexual*. En Prensa Libre, edición de 16 de marzo de 2011. Edición en línea: http://www.prensalibre.com/noticias/Impulsan-contenidos-educacion-sexual_0_439156087.html
- MSPAS (2010) *Informe de País UNGASS 2010*. Reporte de enero de 2008 a diciembre de 2009. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA.
- Núñez, César Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar (2000) *Exclusión social y VIH – sida en Guatemala*. Cuadernos de Desarrollo Humano No. 2001-10, Sistema de Naciones Unidas, 2001.
- Procuraduría de los Derechos Humanos, Red Legal y su observatorio de derechos humanos y VIH. Segundo Informe Nacional sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo. Guatemala enero 2012.
- Rutenberg, Naomi, Carol E Kaufman, Kate Macintyre, Lianne Brown, Ali Karim (2002) *Pregnant or Positive: Adolescent Childbearing and HIV Risk in South Africa*. Population Council, Policy Research Division. Working Papers 2002, No. 162.
- Samayoa, Rocio y Oscar Morales (2008) *Red Regional de Derechos Humanos y VIH-sida: Capítulo Guatemala*. Presentación PPT, presentado a la Conferencia sobre Acceso a Antirretrovirales. http://www.aguabuena.org/conferencia_acceso_tarv_activis_ddhh_gua/red_lega_oscar_morales.pdf
- Sidibé, Michel (2010) *This is our zero hour*. Discurso del Director Ejecutivo de ONUSIDA en la Sesión de Apertura a la XVIII Conferencia Internacional de SIDA en Viena, Austria, el 18 de julio de 2010. http://data.unaids.org/pub/SpeechEXD/2010/20100718_sp_exd_aids2010_en.pdf
- Schwartländer, B, J Stover, N Walker, L Bollinger, JP Gutiérrez, W McGreevey, M Opuni, S Forsythe, L Kumaranayake, C Watts y S Bertozzi. *Resource needs for HIV / AIDS*. Science, 292(5526): 2434-2436.
- Tran, Rebecca (2011) *Guatemala's Crippled Peace Process: A Look Back on 1996 Peace Accords*. Council on Hemispheric Affairs. May 10, 2011. www.eurasiareview.com
- UNAIDS (2010) Progress in male circumcision scale up: country implementation and research update. WHO / UNAIDS.

UNESCO (2009) *Literature Review on HIV and AIDS, Education and Marginalization*. UNAIDS Interagency Task Team (IATT) on Education. 2010/ED/EFA/MRT/PI/31. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2010 Reaching the Marginalized.

Urzúa, Perla (2010) *Cuestionario del Índice compuesto de política nacional*. UNGASS 2010.

USAID|Diálogo (2009) *La salud y la educación en el presupuesto de gobierno 2009*. Proyecto USAID|Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. Mayo de 2009. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ559.pdf

Valenzuela Herrera, Augusto (2005) *Principios y derechos fundamentales del trabajo en Guatemala: Teoría y práctica*. Gaceta laboral, enero-abril 11(1):74-94. Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Valladares, Ricardo (2008) *Impacto Socioeconómico de la Planificación Familiar*. Informe de consultoría presentado a USAID|Calidad en Salud.

Valladares, Ricardo, Tito Rivera y Ericka Stolz (2009) *Informe Final de Evaluación del Plan Estratégico de VIH-sida de Guatemala 2006 – 2010*. Informe de Consultoría para el Programa para Fortalecer la Respuesta al SIDA en Centroamérica (PASCA), octubre de 2009.

WHO (2010). *World Health Statistics 2010*. Table 7: Health Expenditure, pp. 132-3.