

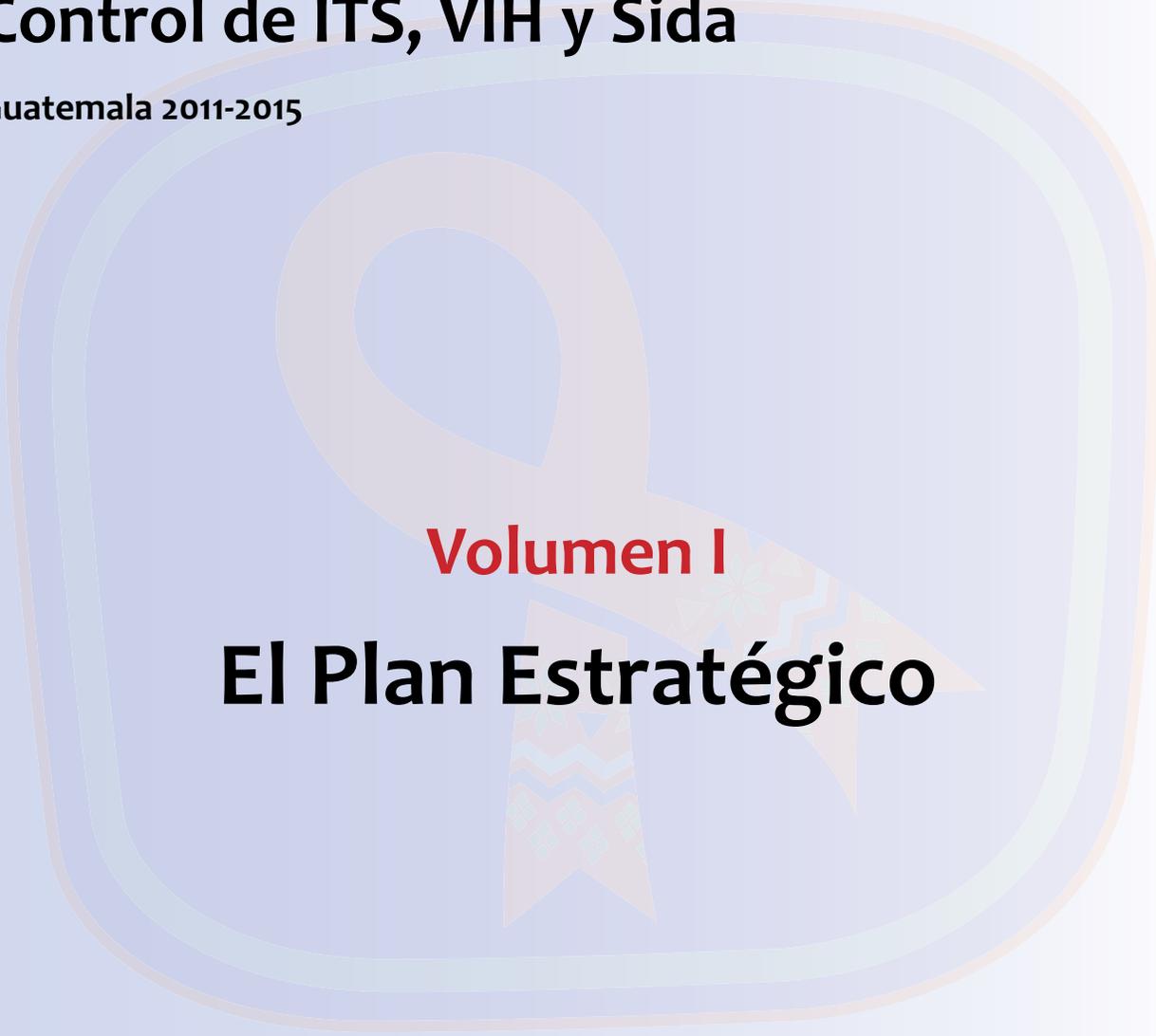
Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida

G u a t e m a l a 2 0 1 1 - 2 0 1 5



Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida

Guatemala 2011-2015



Volumen I
El Plan Estratégico

GUATEMALA, JUNIO 2011



El Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA) está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciado el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID | PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud. Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este documento no es responsabilidad ni refleja necesariamente la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Portada: Licda. Sandra Cecilia Caravantes Diseño / Comunicación Social-MSPAS
Licda. Iris Isabel López CONASIDA-MSPAS
Indira Franco Chen CONASIDA-MSPAS
Segeplan

Diagramación: Departamento de arte Serviprensa, S.A. / Elizabeth González

Revisión textos: Departamento de arte Serviprensa, S.A. / Jaime Bran

Este libro fue impreso en el mes de agosto de 2011.

La edición consta de 1,000 ejemplares en papel couché brillante 80 gramos.

Impresión
Serviprensa, S.A.
3ª. avenida 14-62, zona 1
PBX: (502) 22458888
gerenciaventas@serviprensa.com
Guatemala, Centroamérica

PRESENTACION

Después de más de dos décadas de la finalización del conflicto armado interno y del inicio de la era democrática en Guatemala, hay indicios claros de que el tejido social se reconstruye, lo cual nos permite hablar hoy en día de que el consenso supera el disenso.

Este documento que contiene el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida de Guatemala, es el fruto de un amplio proceso de consulta y un esfuerzo de país para mejorar su capacidad de respuesta ante la epidemia del VIH, con base a evidencia y resultados concretos enmarcado en las directrices mundiales.

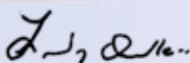
Definirlo, implicó más de un año de trabajo continuo realizado bajo la dirección de la Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en la Prevención de ITS/VIH/SIDA -CONASIDA- y la participación de múltiples actores especializados en la temática y que son parte del gobierno, sociedad civil, y la colaboración de las agencias de cooperación internacional, todos comprometidos con la respuesta nacional.

Confiamos que este documento sea un instrumento de trabajo, orientador de las acciones de Salud en el tema por los siguientes cinco años, pero también para que otros sectores lo adopten para asegurar una respuesta coordinada y efectiva.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector ha coordinado la elaboración de este plan que define, orienta y dirige las acciones de todas las instancias nacionales a fin de capitalizar las metas y acciones previstas, tomando en consideración que las ITS- VIH, son un problema social y no solo de salud, por lo que se pretende una respuesta articulada de los otros sectores involucrados a fin de lograr una respuesta nacional, dinámica y participativa.

Si bien se plantean metas ambiciosas, esta vez las consideramos realistas y capaces de ser alcanzadas pues se tomaron en cuenta el conocimiento del perfil de la epidemia en Guatemala y de la capacidad de respuesta instalada, en función de los resultados de los distintos reportes nacionales de avance y de su priorización, mediante el análisis de costo-efectividad de las estrategias, basada en evidencias y gestión de resultados.

Finalmente, exhortamos a todos los sectores de la sociedad guatemalteca para que uniendo esfuerzos promovamos con calidad, calidez, dignidad y humanismo, el cumplimiento de este plan a fin de mejorar las condiciones de vida de todos los habitantes de este bello, diverso y maravilloso país.


Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Comisión Nacional Multisectorial de Entidades que Velan y Trabajan en la Prevención de
ITS/VIH/SIDA -CONASIDA-
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.

Índice

1. Introducción	7
2. Aspectos transversales	9
2.1 Principios rectores	9
2.2 Conceptos básicos relacionados al género y pertinencia cultural en el marco de los Derechos Humanos	10
2.3 Enfoque de género, pertinencia cultural y Derechos Humanos en el PEN 2011-2015	10
3. Metas e impacto esperado	13
4. Análisis de la situación: CONTEXTOS	15
Contexto demográfico	15
Contexto político	17
Contexto socio-económico	18
Contexto cultural	20
Contexto de género	21
Contexto organizacional	22
Compromisos nacionales, regionales e internacionales PEN 2011-2015	25
Epidemiología del VIH	26
Respuesta nacional al VIH y sida	30
5. Planificación estratégica: ÁREAS PRIORITARIAS	35
Áreas prioritarias, objetivos, resultados e intervenciones	35
Área prioritaria 1: Promoción y prevención primaria de ITS y VIH	36
Área prioritaria 2: Atención integral y prevención secundaria	42
Área prioritaria 3: Entorno	45
Área prioritaria 4: Fortalecimiento institucional	48
Área prioritaria 5: Monitoreo y evaluación	52
6. Intervenciones estratégicas por poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) y de mayor vulnerabilidad	55
Hombres que tienen sexo con hombres	55
Población Trans	56
Mujeres trabajadoras sexuales	58
Personas privadas de libertad	59
Jóvenes en riesgo social	60
Personal uniformado	61
Población indígena	62
Mujeres embarazadas	63

Recién nacidos y lactantes	64
Poblaciones móviles	64
Población general	65
Personas con VIH	65
Personas con co-infección VIH y TB	67
7. Financiamiento y auditoría	69
Proceso metodológico	69
Resultado	72
Brechas	78
Auditoría	79
8. Sistema de Monitoreo y evaluación	81
9. Implementación y gestión	85
10. Bibliografía	91
11. Anexos	93
1. Acrónimos y siglas	93
2. Disposiciones legales asociadas a ITS, VIH y sida	95
3. Breve descripción del Modelo de Recursos Necesarios	97
4. Matriz de Costeo del PEN 2011-2015	99
5. Ciclo de resultados aplicados al VIH y sida	100
6. Proceso de verificación de integridad para la formulación del cada resultado	101
7. Lista de participantes en el proceso de desarrollo del PEN 2011-2015	102

1. Introducción

En Guatemala la epidemia de infección por VIH y sida muestra una tendencia estable. Esta situación se debe a los esfuerzos realizados en la última década, por lo que actualmente no es una de las principales causas de enfermedad y muerte. Sin embargo, se precisa de una dedicada y vigorosa atención, para evitar su indeseable expansión. Se estimó para el 2010, 66 mil personas con VIH, se proyecta que para el 2013 la incidencia se reducirá al 0.09% y la prevalencia se incrementará al 0.86% (MSPAS 2010). Que esto suceda, será resultado de implementar con la cobertura apropiada, las intervenciones efectivas comprendidas en las áreas prioritarias de la respuesta nacional al VIH y sida.

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida, Guatemala 2011-2015 (PEN), contiene los principios, políticas y estrategias contra la infección del VIH en Guatemala. Fue formulado con el enfoque de resultados basado en la evidencia disponible (metodología ASAP del Banco Mundial). Es entonces, el único y principal instrumento para la coordinación de acciones de todos los actores nacionales y externos. Por lo tanto, este PEN asegura el compromiso y el monitoreo hacia los resultados, toda vez que fija el marco de la acción y responsabilidad en la respuesta a la epidemia.

Es este el cuarto PEN para Guatemala, aprende de los anteriores y se mejora, agrupa y ordena las intervenciones de probada efectividad en cinco áreas prioritarias: *Promoción y Prevención Primaria; Atención Integral y Prevención Secundaria; Entorno; Fortalecimiento Institucional y Monitoreo y Evaluación*. Enfatiza el destino de las intervenciones en las poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) y de mayor vulnerabilidad. De esa manera, para cada área estratégica y PEMAR despliega las intervenciones que han demostrado su efectividad, define la escala de operación y cobertura de acuerdo a la situación de la evidencia disponible y la capacidad institucional y financiera. A su vez, la implementación se apoya en el sistema de monitoreo para vigilar el desempeño y asegurar los resultados. Al mismo tiempo, en su formulación, el PEN es coherente con los siguientes principios rectores: Derechos humanos, multi-sectorialidad, equidad de género, pertinencia cultural, diversidad sexual, no estigma y discriminación y no violencia. En suma, el impacto esperado del PEN incidirá efectivamente en las PEMAR y la población en general, así como en el entorno en que se implementa. Este Plan Estratégico fue elaborado con la más amplia participación de actores de instituciones gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y cooperación internacional en un marco de coordinación a cargo de la CONASIDA. La agenda de implementación incluye la atención de los siguientes temas:

- La construcción del órgano de gobernanza responsable de la gestión estratégica del PEN
- La consolidación del sistema de monitoreo y evaluación
- La movilización de recursos para cerrar la brecha financiera
- Instrumentalizar la planificación y programación operativa anual, sectorial, institucional y local.

El PEN es una compilación de las aspiraciones y compromisos, de las acciones y los recursos, destinados a responder como sociedad a las ITS, VIH y Sida. Se espera que las organizaciones y personas que comparten tal compromiso, puedan encontrar fácilmente en este plan dónde está su área de contribución y compartan con CONASIDA sus planes institucionales y operativos de trabajo. De esa forma, se podrá también identificar y atender las áreas menos cubiertas de la respuesta y hacer corresponder las capacidades con las necesidades de los territorios, los grupos humanos y las áreas prioritarias de acción.



2. Aspectos transversales

Este capítulo presenta información sobre siete principios rectores y aspectos que deben ser considerados en todas las áreas prioritarias e intervenciones propuestas en este plan estratégico. En su oportunidad se deben definir indicadores para medir el progreso sobre dichos aspectos.

2.1 Principios rectores

Para el logro de la respuesta integral, efectiva y sostenible, orientada a la prevención de nuevas infecciones de transmisión sexual y a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, el PEN 2011-2015 considera los siguientes principios rectores:

- **Derechos Humanos:** La promoción, respeto y defensa de los Derechos Humanos en todas sus dimensiones.
- **Multisectorialidad:** La promoción de una participación que aglutine a todos los actores clave en la respuesta y su vinculación a los esfuerzos nacionales frente a las ITS, VIH y Sida, para contribuir a alcanzar el desarrollo integral del país.
- **Equidad de género:** La incorporación del enfoque de género como elemento fundamental para reducir las brechas que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de la población ante las ITS y el VIH (ver sección CONTEXTO DE GÉNERO).
- **Pertinencia cultural:** El reconocimiento de Guatemala como un país multiétnico, pluricultural y multilingüe requiere establecer acciones con pertinencia cultural que permitan el abordaje diferenciado a los pueblos Xinka, Maya, Garífuna y Ladino/Mestizo (ver sección CONTEXTO CULTURAL).
- **Diversidad Sexual:** El reconocimiento y respeto a la diversidad sexual e identidad de género como elemento para lograr la pertinencia y abordaje diferenciado en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad.
- **No estigma y discriminación:** Contribuir a la reducción de todas las formas de estigma y discriminación (étnicas, raciales, culturales, económicas, por orientación sexual, por género y por enfermedad, entre otros) que garanticen y promuevan prácticas no discriminatorias en todos los aspectos del contexto organizacional del país (e.g. provisión de servicios, centros de trabajo, el marco legal, etc.).
- **No Violencia:** El PEN 2011-2015 considera la construcción de una sociedad libre de todas formas de violencia (social, económica o patrimonial, sexual, de género, intrafamiliar, psicológica, física, entre otras).

2.2 Conceptos básicos relacionados al género y pertinencia cultural en el marco de los Derechos Humanos

La Constitución Política de la República de Guatemala reconoce que “todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos...” (Art 4), de esta forma, el PEN 2011-2015 dentro del marco de los Derechos Humanos establece líneas de acción orientadas a la promoción, protección y defensa de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a las ITS, VIH y Sida (mujeres, niñas/os, población indígena, jóvenes en riesgo social, etc.) enfatizando el abordaje con pertinencia cultural y enfoque de género, promoviendo el empoderamiento, fortalecimiento y ejercicio de los Derechos Humanos de los grupos afectados.

Los Derechos Humanos son garantías y facultades, que se reflejan en normas, principios y valores propios de la dignidad de todos los seres humanos sin importar su nacionalidad, etnia, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, ideología política, lugar de residencia, identidad cultural, condición social o cualquier otra diferencia que les distinga. Los Derechos Humanos permiten orientar el comportamiento de las personas en la sociedad e implementan obligaciones a cargo del Estado; es éste el responsable de protegerlos, promoverlos, respetarlos y garantizarlos.

2.3 Enfoque de género, pertinencia cultural y Derechos Humanos en el PEN 2011-2015

El PEN 2011-2015 en sus cinco áreas prioritarias, identifica la transversalización de género y pertinencia cultural dentro del marco de los Derechos Humanos. A continuación se presentan intervenciones clave que cumplen con hacer operativos estos enfoques dentro de la respuesta nacional a la epidemia de ITS, VIH y Sida:

1. Prevención

- Desarrollo de habilidades y empoderamiento de las mujeres para reconocer y defender sus derechos sexuales y reproductivos
- Incidencia en la modificación de enfoque de género y masculinidades que incrementan la vulnerabilidad para la adquisición de ITS, VIH y Sida
- Diferenciación de las intervenciones en IEC dirigidas a las identidades y equidad de género y las asimetrías sociales en el acceso a los servicios de prevención

2. Atención

- Atención diferenciada a víctimas de violencia sexual por razones de género o identidad de género
- Favorecimiento del acceso a servicios de salud integrales
- Desarrollo de programas y servicios de atención a las ITS y VIH diferenciados, según necesidades específicas de hombres, mujeres y sub-poblaciones GLBTI
- Desarrollo de habilidades y empoderamiento de las mujeres para reducir el riesgo de la transmisión sexual y materno-infantil de VIH

- Incidencia en la modificación de patrones de masculinidad que incrementan la vulnerabilidad para la adquisición de otras ITS
- Diferenciación en las intervenciones de IEC-CC sobre las identidades y equidad de género y las asimetrías sociales en el acceso a los servicios de prevención

3. *Entorno*

- Atención a factores que incrementan el riesgo de vulnerabilidad a las ITS o el VIH por razón de género: migración, educación, precariedad de empleo, violencia doméstica
- Promoción de iniciativas de la sociedad civil organizada, gubernamentales y estatales orientadas a promover el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos por razones de género y VIH
- Favorecimiento para que las agendas de salud, partan de un análisis de los determinantes sociales de la salud, con énfasis en factores de género

4. *Fortalecimiento Institucional*

- Brindar una respuesta multisectorial liderada por CONASIDA, así como fortalecimiento institucional del PNS, SIAS-DAS, IGSS, MINTRAB, MINEDUC, entre otros, con el objetivo de garantizar acuerdos de cooperación que tengan como resultado el beneficio a las poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad, así como las personas con VIH y sida

5. *Monitoreo y Evaluación*

- Desagregación de estadísticas de ITS, VIH y sida por sexo e identidad de género, grupo étnico, comunidad lingüística (Mayas, Xinkas, Garífunas y Ladinos/Mestizos) , y grupo etéreo.

3. Metas e impacto esperado

Las metas planteadas para el PEN 2011-2015 son resultado de la metodología empleada en el marco de un amplio proceso de consulta y un esfuerzo de país para mejorar su capacidad de respuesta ante la epidemia, con base a resultados concretos¹ (Banco Mundial-GAMET, 2007). Se enmarcan en el consenso y las directrices mundiales establecidas a partir del 2006, sobre Acceso Universal a Servicios de Atención, Prevención, Cuidados y Apoyo. Su definición implica, por una parte, la revisión de las metas, directrices y compromisos establecidos a nivel mundial y, por otro, su adecuación al contexto nacional. Se enfatiza la definición de metas ambiciosas y a la vez realistas, tomando en cuenta el conocimiento del perfil de la epidemia en Guatemala y de la capacidad de respuesta instalada, en función de los resultados de los reportes nacionales de avance al 2009 (UNGASS 2010, Acceso Universal 2009, ODM 2010, etc.) y su priorización, mediante el análisis de costo-efectividad de las estrategias.

A continuación se presentan las metas, visión y misión que se espera alcanzar con el PEN al año 2015.²

- Disminuir el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH (UNGASS No. 22) de 0.34% en 2009 a 0.17% en 2015
- Reducir en el 2015 a la mitad de lo reportado en 2009, el porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH (UNGASS No. 23)
- Aumentar el porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la TARV de 83% en 2009 a 90% en 2015 (UNGASS No. 24)
- Descender el porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres con VIH de 30% en 2009 a 15% en 2015 (UNGASS No. 25)

PEN 2011-2015	
VISIÓN	MISIÓN
En 2015, en cada municipio del país existen servicios de vigilancia, educación, prevención, atención integral y defensa de derechos, que trabajan coordinadamente para evitar nuevas infecciones y garantizar a las personas con VIH el acceso a servicios que mejoren su calidad y expectativa de vida.	La respuesta social organizada frente a las ITS, el VIH y el Sida trabajará activamente en la generación de condiciones para ampliar la cobertura, estandarizar la calidad, hacer sostenible el financiamiento y superar las desigualdades de acceso de distintos grupos sociales a servicios de educación, salud, protección social y legal en materia de ITS, VIH y Sida.

¹ Como se indicó la aplicación de la metodología ASAP permitió establecer metas de resultados en función de evidencias, capacidades, condiciones y recursos.

² Ver árbol de objetivos, resultados e indicadores en Volumen 2: Marco de Resultados.

4. Análisis de la situación: CONTEXTOS

Contexto demográfico

Según el XI Censo de Población y VI de Habitación en el año 2002 la población total de Guatemala era de 11, 237,196 habitantes. La dinámica poblacional entre el periodo 1980 y 2050 se incluye en el Gráfico 1. Las proyecciones del INE sobre la población de Guatemala para el año 2011 es de 14.4 millones de personas, 22% de la cual reside en el departamento del mismo nombre. Para el año 2015, cuando finaliza la vigencia del PEN, se estima que la población será de 16,176,133 habitantes. La estructura por sexo y edad de la población se resume en la siguiente figura (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2002).

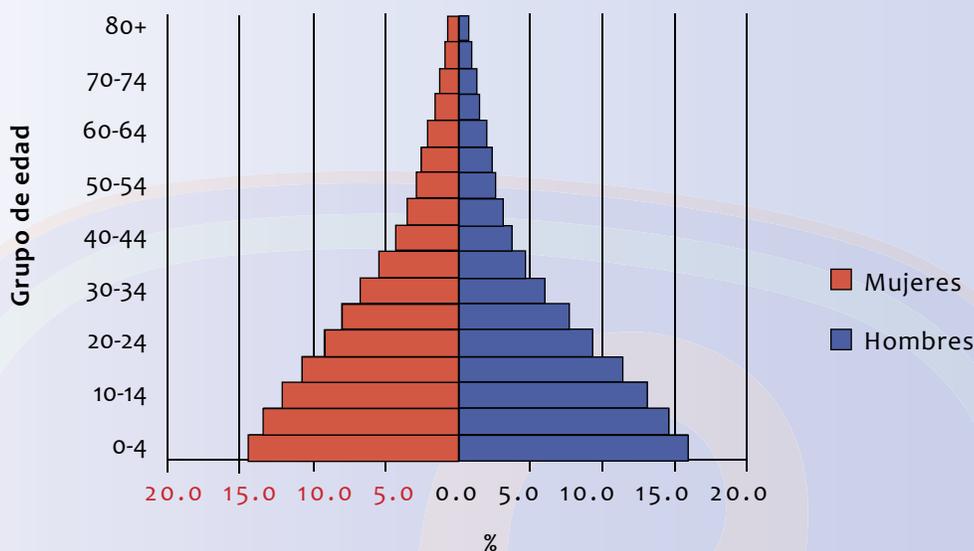
Guatemala cuenta aún con una población joven (el 52.6% es menor de 20 años) como se observa en la base de la pirámide del Gráfico 2, queda mucho por recorrer en su transición demográfica y epidemiológica. Esto significa, en primer lugar, que persisten niveles de fecundidad altos - la tasa global de fecundidad³ estimada para 2008/2009 fue de 3.6 hijos por mujer, es decir, 1.5 hijos por mujer en promedio por encima del nivel de fecundidad de reemplazo⁴ (MSPAS-INE-UVG-USAID-CDC-UNICEF-UNFPA-OPS, 2010). Esto resalta la importancia de asegurar la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.



3 La tasa global de fecundidad (TGF) es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

4 La fecundidad a nivel de reemplazo es el nivel de fecundidad (2.1 hijos por mujer) al cual las mujeres dentro de la misma cohorte tienen precisamente suficientes hijas (en promedio) para “reemplazarse” dentro de la población.

GRÁFICO 2
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD.
GUATEMALA, 2010



Fuente: INE. Proyecciones de Población con base en el censo 2002.

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período 2000-2005 (38.6 por 1,000 nacidos vivos) representa una reducción de más del 50 por ciento con respecto a lo observado en las dos décadas previas; la estimación de dicho indicador (30.1 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos) para el quinquenio 2005-2010 continúa siendo alta si se compara con el valor estimado para América Latina, cuyo promedio es de 21.6 para este mismo quinquenio (CEPAL, 2009). La implicación de este análisis es que el seguimiento de niñas(os) nacidos de madres VIH positivas y la provisión de servicios a los niñas(os) y las madres constituyen elementos críticos para mejorar los niveles de sobrevivencia.

En el año 2000, la esperanza de vida al nacer era de 69 años y para el 2010 se estima una esperanza de vida de 71 años en ambos sexos, casi 10 años por debajo de la esperanza de vida al nacer observada en Costa Rica, país centroamericano con el mayor avance en la transición demográfica y epidemiológica.

En Guatemala existen actualmente 95 hombres por cada 100 mujeres. Un 45.6% de la población masculina y un 48.1% de la población femenina se encuentra entre las edades de 15-49 años, respectivamente. La razón de dependencia demográfica es de 0.85 personas menores de 15 años o mayores de 65 años por cada persona entre las edades de 15 y 64 años. Esto implica la existencia de un importante porcentaje de personas que se integra cada año a la población en edad de trabajar (54.1% de la población actual), lo cual, de ser aprovechado por el país, constituirá un bono demográfico (INE, 2010). Sobre la base del contexto anterior, resulta crítico garantizar que la población económicamente activa tenga acceso a servicios de prevención.

Guatemala se ha convertido en un territorio de paso de migrantes desde el sur del continente hacia los Estados Unidos. También el aumento de los flujos de transporte y comercio en las zonas fronterizas del país, en cierta medida, se ha expresado en mayores flujos de personas. Tales movimientos de personas tienen implicaciones para la respuesta al VIH con respecto a actividades de prevención para poblaciones

móviles (e.g. conductores de camiones y otras poblaciones presentes en estaciones de paso y fronteras), que han sido abordadas por proyectos regionales de prevención en VIH a poblaciones no atendidas directamente por los programas nacionales de los países.

Los movimientos migratorios en el país son tanto internos como externos. Estacionalmente hay movilización interna hacia áreas geográficas de donde se cultiva azúcar, café, palma, banano (aunque esta población es más fija), y otras. La movilización se puede dar en forma individual y familiar y genera movimientos comerciales aledaños de todo tipo, incluyendo la oferta de sexo. La movilización externa se da más por razones familiares y económicas y es en su mayor parte, hacia el norte y en forma ilegal. Estimaciones recientes señalan que en el año 2009 la población nacida en Guatemala que reside en el extranjero asciende a 1,590,832 personas, es decir, 11.3 % de la población del país (OIM).

La falta de información confiable no permite dimensionar el fenómeno de movilidad en el país, pero sí se mide en forma indirecta el impacto que ha provocado en la dinámica económica, social, política y cultural del país (Dardón, 2008).

Contexto político

El API (Índice para la medición del esfuerzo asociado a la prevención del Sida) para Guatemala en 2005 fue de 54 puntos de un posible 100, por debajo del promedio de 57 para la región. A nivel regional, tiene los puntajes más bajos en los temas de estructura organizacional, recursos del programa y derechos humanos. En el promedio, los puntajes alcanzados son comparables a los otros países en los temas de apoyo político, políticas y planificación, ambiente legal y normativo, programas de prevención, programas de atención y mitigación.

Otra forma de medición del estado de la respuesta nacional es el Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional, donde se analiza en detalle la situación actual del país en relación al VIH; lo que se ha hecho hasta ahora; los actores que han intervenido; los planes que se han desarrollado y las acciones que se han ejecutado.

El derecho de la población a la salud y el deber del Estado de proveerla están consagrados en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985.

Por su parte, el Código de Salud reitera la obligación del Estado de velar por la salud de la población, con principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad y da al MSPAS el papel de coordinar a las entidades del sector⁵ a fin de procurar a los guatemaltecos y guatemaltecas el más completo bienestar físico, mental y social.

En el marco de la política de desarrollo social formulado por la administración del gobierno vigente, se establece como uno de los objetivos específicos el aseguramiento de las condiciones e inversiones necesarias que garanticen los derechos a la salud. En ese sentido, se plantea como estrategia el fomento de la salud como pilar de la productividad y el desarrollo social, así como, el fomento de las condiciones favorables para la salud de la población. Por tanto, se considera necesario la revisión y actualización del modelo de atención en salud, con perspectiva de género y equidad, enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La Ley de Desarrollo Social⁶, vigente a partir del 2001, establece

⁵ Ibid.

⁶ Organismo Legislativo, Decreto 42-2001.

acciones relacionadas a la temática de ITS, VIH y Sida; por otra parte, en la Política de Desarrollo Social y Población en materia de Salud establece como objetivos específicos: Fortalecer la atención integral de ITS, VIH y Sida e informar y educar a la población para la prevención de ITS, VIH y Sida.

La Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida– y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida (Decreto 27-2000), crea un marco jurídico para garantizar el respeto, promoción, prevención y defensa de los derechos de las personas afectadas por estas enfermedades. En ese contexto, se constituye la CONASIDA como entidad integradora de la participación multisectorial en la respuesta nacional al VIH (Acuerdo Ministerial No. SP-M-1204-2008 MSPAS). La CONASIDA tiene como sus funciones, la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud relacionados con las ITS, VIH y Sida.

En el marco del Plan Nacional para la Salud de Todas y Todos los Guatemaltecos (MSPAS, 2009), se contempla el abordaje integral de las ITS y el VIH como una prioridad; por lo tanto, algunas acciones se han enfocado al fortalecimiento del sistema de información nacional, al sistema de logística, MyE y supervisión así como a la prestación de servicios. Dentro de este último componente se enmarca la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas afectadas.

Además, es necesario señalar que a partir del 2011, el MSPAS actúa como Receptor Principal en el marco de la ejecución del proyecto de Mecanismo de Continuación del Financiamiento para VIH del Fondo Mundial, lo que favorecerá la organización institucional y de procesos para responder de mejor manera a la epidemia del VIH.

Contexto socio-económico

En Guatemala, el PIB per cápita es de \$2,623 (BANGUAT 2009). Después de 10 años constantes de crecimiento del PIB, en un promedio de 3.5%, la producción nacional cayó a 0.6% en 2009, con sus correspondientes efectos negativos en los ingresos tributarios. Las perspectivas de la recuperación económica mundial, dan pauta para proyectar que el crecimiento en 2010 estará entre el 2.0% y 2.8%, y para 2011 entre 2.5% y 3.1%, lo cual podría propiciar que la carga tributaria sea de 10.4% del PIB en 2010 y de 11.1% en 2011 (BANGUAT, 2011).

Según la ENCOVI 2006, se calcula que 47.90% de la población son hombres; 61.64% es de origen no indígena y 53.83% se encuentra entre 15 y 64 años de edad⁷. De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano, Guatemala es el país centroamericano clasificado más bajo de todos, donde más de la mitad de la población vive en situación de pobreza y el 14.7% en pobreza extrema⁸.

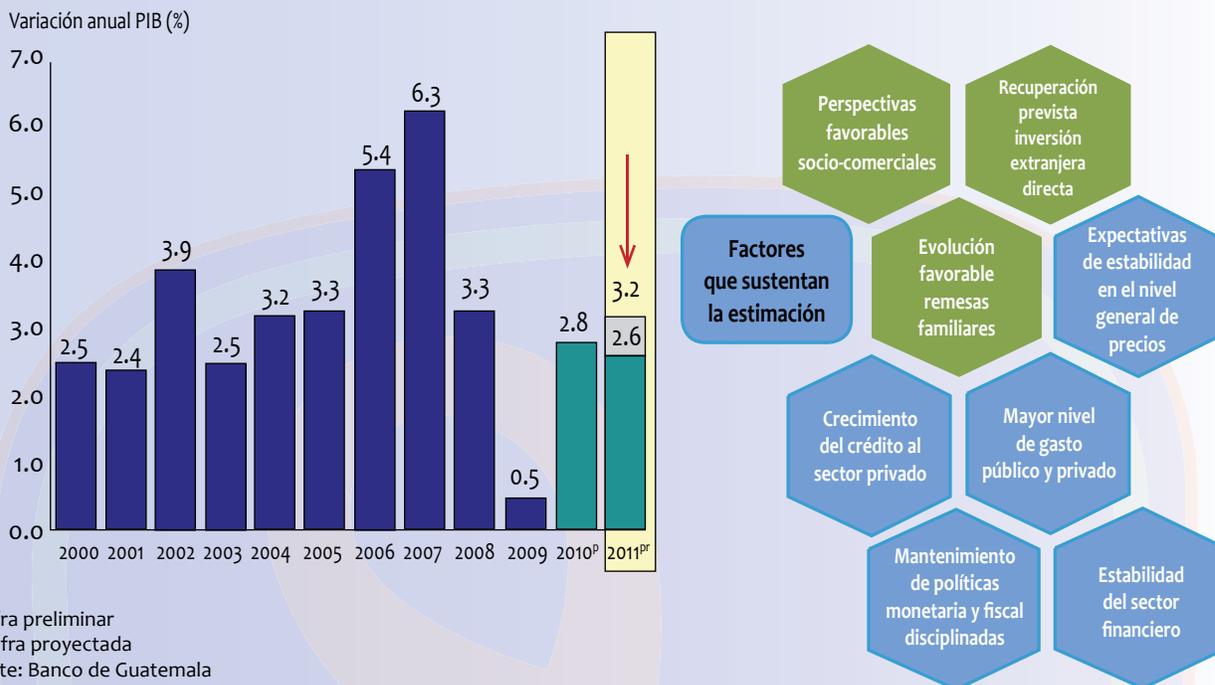
Un crecimiento económico reducido, representa ingresos fiscales menores, lo que significa menor inversión en salud e implicaciones negativas en el gasto público en programas relacionados directamente al control del VIH y sida. En el año 2008, por ejemplo, el gasto en VIH y sida fue financiado en un 56% con fondos de origen público.

7 Encuesta sobre condiciones de vida (ENCOVI) 2006. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala.

8 Guatemala: ¿una economía al servicio del desarrollo humano? Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007-2008. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.



GRÁFICO 3 LAS PROYECCIONES OFICIALES DE CRECIMIENTO ECONÓMICO TANTO FACTORES EXTERNOS COMO INTERNOS SUSTENTAN EL CRECIMIENTO PREVISTO PARA 2011



Gasto Público en Salud. En el marco de un gasto público modesto, como porcentajes del PIB, el gasto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha sido menor al 1% de 2005 a 2008, y sólo en 2009 superó por muy poco ese porcentaje con un 1.06%. Asimismo, el gasto de este Ministerio, como porcentaje del presupuesto nacional ejecutado, se ha mantenido entre 6% y 7.05%, con la salvedad de que fue en 2009 cuando logró este último nivel anotado. En síntesis, el modesto nivel de gasto público que condiciona para que el gasto en salud sea insuficiente para atender la creciente demanda de servicios de salud de la población guatemalteca, impone dos tipos de necesidades presupuestarias: por un lado se necesita mejorar los niveles de asignación y por otro introducir mejores criterios de optimización, con el fin de lograr una mejor productividad del gasto en sus diferentes programas (BANGUAT y MINFIN, 2010). De esta situación se deriva la necesidad del fortalecimiento de los sistemas de salud en términos de una mayor asignación de recursos para poder cumplir con las actividades prioritarias trazadas que además contribuyan de manera efectiva al logro de resultados.

Desarrollo Humano. El país ocupa el lugar 116 –de 169– en la clasificación del Índice de Desarrollo Humano, con un valor de 0.560⁹, ubicado en la clasificación de ingreso medio. En esta clasificación, Guatemala se ubica 26 lugares por debajo de El Salvador (0.659), 16 lugares por debajo de Honduras (0.604) y 60 lugares por debajo de México (0.750) (PNUD, 2010).

Pobreza. El porcentaje de personas en pobreza extrema estimado para el año 2006 es de 15.2% (INE, 2006). Para cumplir con la Meta del Milenio relacionada a pobreza se ha propuesto una reducción del 40% en el porcentaje de personas en pobreza extrema con el fin de alcanzar un nivel de 9.05% (PNUD,

9 <http://hdrstats.undp.org/en/> consultada el 29-10-2010.

2010¹⁰). Por otro lado, el porcentaje de personas no pobres para ese mismo año corresponde a 49%. De acuerdo al mapa de pobreza, los tres departamentos más afectados por la pobreza extrema son: Alta Verapaz (41.2%), Quiché (33.2%) y Huehuetenango (30.3%).

Alfabetización. La tasa de alfabetización en el país es actualmente de 74.8% para personas de 15 años o más. El departamento con la menor tasa de alfabetización es Quiché con un 50.8% (de los cuales el 66.2% son hombres y 38.1% son mujeres). En la población joven comprendida entre 15 y 24 años se registra una tasa mayor de alfabetización, la cual alcanza el 87.8% como promedio nacional, siendo Quiché (73.3%), Huehuetenango (77.9%) y Alta Verapaz (78%) los departamentos con menor tasa de alfabetismo juvenil (ENCOVI, 2006). Estos factores deben ser considerados en la planificación de campañas de IEC para asegurar que los mensajes sean efectivos ante las distintas poblaciones y áreas geográficas.

Fuerza de trabajo y desempleo. Actualmente, la población económicamente activa (PEA) del país está integrada por 5.4 millones de personas, lo cual representa 42% de la población total del país (INE, 2006). Sobre la misma línea es importante mencionar que la tasa neta de participación¹¹ calculada es de 58.8% con un incremento de 10.1% con relación a lo calculado en el año 2000. Por otro lado, la tasa de desempleo abierto es actualmente de 1.8%, lo cual corresponde a una disminución de 3.8% con respecto al 2000 (INE, 2006).

Contexto cultural

Guatemala se caracteriza por ser un país plurilingüe, multiétnico y multicultural; integrado por cuatro pueblos (Maya, Xinka, Garífuna y Ladino/Mestizo), en el que convergen 25 comunidades lingüísticas (22 idiomas mayas, Xinka, garífuna y castellano/español). Según el INE, para el año 2006 el 38.3% de la población es indígena y de ésta el 51.7 son mujeres y el 48.3 son hombres.

Para efectos del PEN 2011-2015, se entiende la cultura como el conjunto de patrones y conductas estructurales explícitos o implícitos, socialmente aprendidos, y de modos de significación e interpretación de la realidad que los miembros de un determinado grupo comparten y utilizan en sus relaciones con los demás, y que en forma cambiante son transmitidos a través del tiempo, expresados en forma, función y significado. Por su parte, la identidad cultural es la conciencia de la persona de pertenecer a un grupo.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, sanciona “toda distinción, exclusión, restricción, o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

Por su parte, el Estado de Guatemala “reconoce el derecho de las personas y de las comunidades a su identidad cultural de acuerdo a sus valores, su idioma y sus costumbres”, mediante la aplicación de un marco jurídico que garantiza la erradicación del racismo y de la discriminación. Sin embargo, persiste un elevado índice de racismo y discriminación que obstaculiza un correcto reconocimiento y respeto a las creencias, valores, normas, leyes, idiomas, tradiciones y costumbres.

¹⁰ <http://www.undp.org/odm/homex.htm> consultada el 12 de noviembre de 2010.

¹¹ La tasa neta de participación de la fuerza de trabajo, permite determinar la parte económicamente activa de la población en edad de trabajar, como tal es un indicador que proporciona una indicación de la amplitud relativa de mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios.

De esta manera, la construcción histórico-social en torno a los pueblos indígenas, se traduce en una relación desigual de poder, incrementando la vulnerabilidad para alcanzar un desarrollo humano sostenible a nivel nacional.

Por todo lo anterior, el PEN 2011-2015, enfatiza el acceso, la descentralización y la ampliación de la cobertura de los servicios de prevención y atención integral de ITS, VIH y sida de manera diferenciada hacia las diversas poblaciones, basados en el respeto a la cosmovisión de los cuatro pueblos (Mayas, Xinkas, Garífunas y Ladinos/Mestizos), que permita implementar una estrategia de país con enfoque de pertinencia cultural derivado del derecho a la diferencia.

Contexto de género

A partir de 1975, las conferencias mundiales de la mujer convocadas por Naciones Unidas situaron la igualdad de género en la temática mundial y establecieron como objetivos la elaboración de estrategias y planes de acción para el adelanto de las mujeres (PNUD, 2010).

De esta forma, se puede conceptualizar el género considerando que enmarca funciones sociales que se adscriben a las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres. Así, mientras que el término sexo designa un determinado equipamiento biológico que con carácter universal diferencia a las mujeres y a los hombres, el término género hace referencia a distinciones sociales y relaciones aprendidas entre los dos sexos, que cambian con el tiempo y que son variables en la medida en que dependen de los marcos culturales (OIT, 2008).

Por tanto, los roles de género y las relaciones que se dan entre ellos son variables y dinámicos hasta el punto de que su percepción se encuentra condicionada por características como: "... La edad, la clase, la etnia, la cultura, la religión u otras ideologías, así como por el medio geográfico, económico y político... (SA, 1996)... a menudo se producen cambios de los roles de género como respuesta al cambio de las circunstancias económicas, naturales o políticas, incluidos los esfuerzos por el desarrollo, los ajustes estructurales u otras fuerzas de base nacional o internacionales..." (OIT, 2008).

Así mismo, la equidad de género es el proceso de ser justo con las mujeres y los hombres, para lo cual es necesario que se tomen medidas que reduzcan las desventajas y diferencias sociales que impiden a hombres y mujeres actuar en igualdad de condiciones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural (SA, 1996).

Sin embargo, en la actualidad, se identifica a su vez la necesidad de ampliar el abordaje conceptual de género donde se tome en cuenta además de la caracterización socialmente construida, la identidad de género; entendiéndose por identidad de género un concepto más amplio que no siempre está acorde con las características biológicas, físicas o anatómicas con las que una persona nace, sino que tiene que ver con su cultura y su realidad de vida, e integra todos los aspectos de su identidad como ser humano (Corp. Kimirina, 2009).

A pesar de que Guatemala reconoce la igualdad de dignidad y derechos en su Constitución Política de la República y ha ratificado tratados internacionales y generado legislación, aún prevalecen desigualdades legislativas y sociales en torno al género y las identidades de género.

Estas desigualdades generan y/o incrementan las vulnerabilidades ante las ITS, VIH y sida, de grupos específicos históricamente excluidos: Mujeres, Mujeres trabajadoras sexuales, diversidad sexual (Personas Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersexuales –GLBTI–).

Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que la de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres, puedan identificarse de ellos igualmente y no se perpetué la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros (Tobar, 2008).

De esta forma, el PEN 2011-2015 enfatiza las acciones prioritarias encaminadas hacia la transversalización de género, haciendo énfasis en la búsqueda de la igualdad con pertinencia cultural, diversidad sexual y de género, personas con VIH y Sida; en el acceso a la prevención, atención y comunicación sobre la temática de ITS, VIH y sida.

Contexto organizacional

El marco legal para VIH y sida en el país está definido conceptualmente en el Decreto 27-2000 : “Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana –VIH– y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –Sida– y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida”; en la Política Pública 638-2005: “Política pública respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS– y de la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sida y en el Acuerdo gubernativo 317-2002: “Reglamento de la ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana –VIH– y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –sida– y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/Sida”.

Como marco general de legislación en materia de VIH y Sida en el país, desde la Constitución Política de la República de Guatemala (1986)¹², en el Artículo 93, se reconoce que “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”, asignándole en el Artículo 94 la función al Estado de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. En el Artículo 95 establece que “La salud de los habitantes de la Nación es un bien público”, con lo cual se crea la obligatoriedad de las personas e instituciones de velar por su conservación y restablecimiento.

En diciembre 2007, se publica el “Marco legal relacionado con la respuesta al VIH/sida en Guatemala” (Noriega L. , 2007), el cual brinda una recopilación de acuerdos, decretos, leyes y políticas que constituyen en sí el marco legal en relación a la respuesta nacional al VIH y Sida en Guatemala, incluyendo aquellas modificaciones y actualizaciones recientes. Adicionalmente, en el documento “Diagnóstico de situación y respuesta al VIH y Sida en Guatemala” se cuenta con un anexo completo dedicado a las leyes relacionadas con la salud y la respuesta nacional al VIH (Noriega l., 2008).

Es de hacer notar que, aunque en el país existe un marco legal y normativo que regula en general la salud y en particular la respuesta nacional al VIH, entre las brechas por cubrir está la necesidad de facilitar la realización de la prueba voluntaria con consejería a JRS, en la red de servicios de salud pública. La ley 27-2000 limita la realización de pruebas en menores de edad porque requiere previo consentimiento de

¹² Constitución Política de la República de Guatemala. 1985.

los padres¹³. También es necesaria la modificación del decreto 9-2009, Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas¹⁴, aprobado en febrero del 2009, específicamente en el Capítulo VI, donde tipifica los delitos de explotación sexual y penaliza la promoción, facilitación o favorecimiento de prostitución. Como consecuencia de la aplicación de esta ley, los lugares de comercio sexual serán aún más difíciles de abordar, y se espera una disminución en la cobertura de servicios para hombres y mujeres trabajadores sexuales. Actualmente, hay un proyecto de modificación del Decreto 27-2000 en el Congreso de la República de Guatemala, donde la coordinación de la respuesta nacional y la participación de las distintas instancias sufrirían cambios sustanciales.

Adicionalmente, se ha realizado una evaluación de la Política Pública de ITS, VIH y sida¹⁵, y entre sus conclusiones señala la percepción de actores clave de una limitada participación multisectorial y la responsabilidad casi exclusivamente asignada al sector salud; falta de claridad en roles de rectoría y coordinación de implementación de acciones; debilidad en asignación de representatividad a organizaciones de sociedad civil involucradas en la respuesta nacional y poco conocimiento de la política y su relación con el PEN vigente (PASCA/USAID, 2008). En tanto ese proceso se discute y se toman decisiones, la implementación de las acciones incluidas como parte de la misma es prioritario.

En el Anexo I se incluyen las principales disposiciones legales vinculadas a las ITS, VIH/sida.

Sistema Nacional de Salud. Para dar respuesta a los problemas de salud del país, el sistema de salud está constituido por 3 subsectores a saber: el sector *público constituido por*: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–, así como de los servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El sector privado está conformado por los hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios clínicos. Estos servicios reciben a cambio de la atención a las personas un pago u honorario.

Por otro lado, el sector privado sin fines de lucro *se conforma con las Organizaciones no Gubernamentales*, así como del sistema de medicina tradicional (OPS-GUT, 2007).

La red de servicios del MSPAS cuenta con 1,454 establecimientos, los cuales se categorizan por su nivel de complejidad; de esta manera, se cuenta con 1,085 establecimientos en el primer nivel de atención, 326 del segundo nivel, además de 43 hospitales dedicados al tercer nivel de atención. Por otra parte, el IGSS dispone de 139 establecimientos de atención ubicados en los 22 departamentos del país.

En cada uno de los niveles de atención, se contribuye de acuerdo a las normas de atención en salud integral del primero y segundo nivel con acciones de promoción de la salud y prevención de las ITS y VIH. En ese sentido, los servicios de salud del segundo nivel que realizan pruebas de tamizaje son apoyadas por el Laboratorio Nacional de Salud para la confirmación de las pruebas para VIH y sífilis.

A su vez, existen a nivel nacional 15 Unidades de Atención Integral especializadas en la atención para el VIH. Es necesario acotar que contribuyen a la atención de los pacientes con VIH, algunos establecimientos privados y Organizaciones No Gubernamentales.

13 Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana –VIH– y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –Sida– y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y Sida. Decreto 27-2000. Guatemala.

14 Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Decreto 09-2009. Guatemala.

15 Política pública 638-2005 Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS– y de la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida–.

Funciones del Sistema de Salud

- **Rectoría:** El MSPAS es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. Las responsabilidades del Ministerio de Salud en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.
- **Provisión de los servicios:** Este sistema tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados de acuerdo a la capacidad de pago de la población.
- **Financiamiento:** El gasto en salud proviene principalmente, del bolsillo de hogares (para el consumo de bienes, pago de servicios y compra de medicamentos), Gobierno Central, empresas y Cooperación Internacional.

El gasto en salud como porcentaje del PIB es de 2.6% (UPE/MSPAS, 2009). En este rubro, el sector público representa el 2.3% y el sector privado el 0.3%. Dentro del sector público, el MSPAS representó el 1.1%; el IGSS el 1.1%; y, otros ministerios y secretarías y fondos sociales representaron el 0.1%. (UPE/MSPAS, 2009)

Sector educativo. El Ministerio de Educación está integrado por Despacho Superior, Vice Despacho Técnico, Vice Despacho de Diseño y Verificación de la Calidad, Vice Despacho Bilingüe Intercultural y Vice Despacho Administrativo. Su estructura cuenta con direcciones específicas para la demanda educativa a nivel nacional, cuenta con 25 Direcciones Departamentales de Educación. Todas las direcciones juegan un papel importante en el Sistema Educativo para la formación de ciudadanos y ciudadanas por medio de la implementación del Currículo Nacional Base y de los programas específicos; como el Comité de Educadores en la Prevención del Sida –COEPSIDA– y de la nueva estrategia creada por el MINEDUC para abordaje de la Educación Integral de la Sexualidad con enfoque de género y pertinencia étnica por medio de la Unidad de Género con Pertinencia Étnica.

Funciones del Sector Educativo

Revisión curricular e implementación: La educación integral en sexualidad en el Currículo Nacional Base en todos los niveles y modalidades incluye la prevención de ITS y VIH a partir del segundo ciclo del nivel primario; lo anterior, basado en la evidencia científica disponible avalada por el Ministerio de Salud Pública, organismos internacionales y expertos reconocidos. En el futuro próximo, se tomará en cuenta a la comunidad educativa para incorporar el enfoque de género y pertinencia cultural en el Marco de Derechos Humanos.

- **Capacitación:** Para la capacitación del recurso humano en materia de ITS, VIH y sida, el MINEDUC inicia desde la formación magisterial hasta la actualización de los docentes en las escuelas públicas del país.
- **Financiamiento:** El gasto en educación proviene del Estado, así como, del sector empresarial y agencias de cooperación internacional.

...

Sector laboral. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social representado por el Ministro, y sus tres Vice Ministros, Inspección General de Trabajo, Dirección General de Trabajo, Dirección General de Empleo, Dirección de Recreación, Dirección General de Previsión Social, Procuraduría de Defensa del Trabajador, Dirección de sistema de Información, Centros Recreativos y Vacacionales, ONAM.

Dirección General de Previsión Social, del Departamento de Higiene y Seguridad, que tiene a su cargo los programas de Adulto Mayor, Protección a la Adolescencia Trabajadora, Higiene y Seguridad, Mujer Trabajadora, Atención al Trabajador con Discapacidad, Pueblos Indígenas. El departamento de Higiene y Seguridad, ha sido designado en participar en el presente PEN, específicamente en el área prioritaria de promoción y prevención primaria, reducción de estigma y discriminación hacia las personas con VIH.

Atención a la juventud. El Consejo Nacional de la Juventud –CONJUVE– de la Presidencia de la República de Guatemala, como parte de la nueva línea de trabajo de la Dirección General, ha priorizado su involucramiento en la respuesta nacional al VIH y el Sida, tomando en cuenta los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Gobierno de la República de Guatemala, en los cuales la juventud es actor clave y estratégico.

Desde las Unidades de Capacitación y Formación, Comunicación Social, Investigación, Multiculturalidad y Equidad de Género y Organización y Dinamización Social; el CONJUVE trabaja la prevención de ITS con énfasis en VIH y sida a través de charlas informativas a líderes y lideresas del área metropolitana y cabeceras departamentales (integrantes de los Consejos Departamentales Juveniles de Auditoría Social), medios de comunicación social con mensajes específicos y mediados para jóvenes en la radio, la Política Nacional de Juventud 2010-2015 violencia en el noviazgo, información de prevención primaria en la temática de ITS, VIH y sida. El reconocimiento de experiencias y metodologías exitosas para su adaptación a las líneas estratégicas de trabajo en alianzas con organizaciones juveniles con la Red de Voluntarios por los Derechos Humanos y la Prevención del VIH –REJOVIH–.

Compromisos nacionales, regionales e internacionales PEN 2011-2015

Guatemala es signatario de una serie de acuerdos y compromisos internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres - CEDAW (1979) y la Convención sobre los Derechos de la Niñez (1989).

Esta cooperación externa se ve regida a nivel nacional, por la Declaración de París, que establece las bases sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) y el Programa de Acción de Accra (2008) brinda las directrices en el ámbito de cooperación y desarrollo, sobre Apropiación, Armonización, Alineación y Resultados, y Responsabilidad Mutua. Consecuentemente, existe el compromiso de promover que instancias financiadoras tales como el Fondo Mundial logren trascender del apoyo para proyectos específicos, al financiamiento de Planes Estratégicos.

Por su parte, el país se compromete a desarrollar planes integrales, orientados a resultados alcanzables y medibles, elaborados con amplia participación y multisectorialidad, que faciliten y promuevan la transparencia en el uso de recursos. En materia de VIH, el PEN 2011-2015 cumple con abordar los compromisos adquiridos en la firma de convenios, tratados y otros tales como los siguientes:

- La Cumbre de Desarrollo del Milenio (2000)
- La Declaración de Compromiso de lucha contra el VIH-UNGASS
- Principio de los “Tres Unos” y la armonización de la cooperación internacional (2003)
- La Declaración de San Salvador CONCASIDA, (2005)
- Las Resoluciones del Consejo de Ministros de Salud de Centro América-COMISCA con relación al VIH
- El Acuerdo Ministerial Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe “Prevenir con educación”, México (2008)
- Plan Estratégico Regional
- Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Congénita

Epidemiología del VIH

En Guatemala, el primer caso sida fue detectado en 1984. Hasta 2005, se habían registrado 8,685 casos de sida, lo cual representa una prevalencia, basada en casos notificados, de 79.4 por 100,000 habitantes (MSPAS, 2006). A junio del 2009, el número acumulado de casos de sida había llegado a 13,782 y los casos VIH, que empezaron a ser detectados desde 2003, hacían un total acumulado de 6,074 (CNE-MSPAS, 2009)¹⁶. En cinco años, el número acumulado de casos VIH detectados llegó a ser casi la mitad de los casos sida reportados en 25 años. Sin embargo, queda enorme espacio para progresar en la detección, dado que ONUSIDA estima que hay más de 62,000 personas con VIH en Guatemala, y cada año fallecen más de 2,600 adultos y niños a consecuencia del sida (ONUSIDA, 2010).¹⁷

En 2005, el 77.3% de los casos sida fueron notificados en seis departamentos del país (Suchitepéquez, Guatemala, Izabal, Escuintla, Retalhuleu y Quetzaltenango), de los cuales, el 38.18% correspondió al departamento de Guatemala (MSPAS, 2006). A junio del 2009, el 78.28% de los casos acumulados (10,788 casos) se encuentran en siete departamentos, pues San Marcos ha emergido como el tercer departamento con mayor número de casos (1,211, equivalente a 8.79% del total). Aún así, Guatemala conserva el primer lugar (32.83% del total) (CNE-MSPAS, 2009). Estos departamentos representan la confluencia geográfica de tres corrientes migratorias desde las costas de Izabal y Escuintla y la frontera de San Marcos, hacia la ciudad capital en el departamento de Guatemala. Ello destaca la importancia de las poblaciones móviles (transmigrantes, migrantes estacionales internos y trabajadores móviles) y las estaciones de paso ubicadas en estos departamentos, en la distribución del VIH en el país.

Hasta diciembre de 2008, el 85.4% del total de casos sida se notifican en la población entre 15 y 54 años de edad (CNE-MSPAS, 2008) y a junio del 2009, el 30.86% de los casos sida son reportados en mujeres (CNE-MSPAS, 2009). Algunos estudios sugieren que la variación en la razón de masculinidad de la epidemia (3.5 en la década de los años 80; 2 en 2003 y 2.29 a diciembre de 2008) indica una clara tendencia hacia la feminización de la epidemia (Banco Mundial, 2006), aunque el aumento de la detección en mujeres refleja un énfasis mucho mayor en los esfuerzos nacionales de tamizaje en mujeres embarazadas, que en hombres. Adicionalmente, debe considerarse que no todas las unidades ejecutoras reportan sus datos (72% de las áreas de salud en el reporte epidemiológico a junio 2009) y se calcula que el subregistro podría llegar hasta al 50% a nivel nacional. En Guatemala, la epidemia de VIH y sida aún se encuentra

¹⁶ Informe de notificación casos VIH y Sida a junio 2009. Centro Nacional de Epidemiología /Programa Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

¹⁷ ONUSIDA (2010) Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010.

concentrada en grupos vulnerables, siendo la prevalencia en la población general de 0.8%¹⁸. La transmisión sexual totaliza el 94.5% de los casos, en tanto que el 4.89% se debe a la transmisión madre-hijo (CNE-MSPAS, 2009).

De acuerdo al estudio multicéntrico a nivel centroamericano realizado en 2003 sobre prevalencia de ITS y VIH y comportamientos en poblaciones específicas en Guatemala, la seroprevalencia en HSH era de 11.5% y de 4.5% en Mujeres trabajadoras sexuales (MTS) (Noriega I., 2008). Según el informe final del estudio de línea basal del proyecto del Fondo Mundial (FM) realizado en 2005 por el Receptor Principal del Proyecto, Visión Mundial Guatemala (VMG, 2005), la seroprevalencia encontrada en los diferentes grupos vulnerables se incluye a continuación.

SEROPREVALENCIA EN GRUPOS VULNERABLES

Descripción del indicador	Línea de Base			Resultados Recientes		
	Valor	Año	Fuente	Valor	Año	Fuente
Seroprevalencia de VIH en HSH	18.30%	2005	LB del proyecto	11.36% (7.55%)	Diciembre 2000	Datos reportados a la UME del RP
Seroprevalencia de VIH en MTS	1.09%	2005	LB del proyecto	1.73%	Junio 2008	Datos reportados a la UME del RP
Seroprevalencia de VIH en JRS	3.30%	2005	LB del proyecto	6.98%	Junio 2008	Datos reportados a la UME del RP
Seroprevalencia de VIH en PPL	3.24%	2005	LB del proyecto	1.44%	Junio 2008	Datos reportados a la UME del RP
Seroprevalencia de VIH en BAAR+	12.90%	2005	LB del proyecto	31.73%	Junio 2008	Datos reportados a la UME del RP
% de personas con VIH que refieren que sus derechos humanos han sido respetados	60.88%	2008	LB del proyecto	72.8%	Julio 2008	Documento de consultoría de indicador de impacto Derechos Humanos
% de niños nacidos de mujeres VIH+ que fueron infectados	30%	2005	Estimaciones MCP-G Propuesta Original	8.33%	Mayo 2008	Datos reportados a la UME del RP
% de adultos y niños VIH+ que están vivos 24 meses después de haber iniciado con terapia antirretroviral	68%	2005	LB del proyecto	76.62%	Junio 2008	Datos reportados a la UME del RP

Según resultados del estudio más reciente realizado en 2009 por Visión Mundial RP del Fondo Mundial: los hombres que tienen sexo con hombres presentaron una prevalencia de VIH de 7,6%; la prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales, fue de 3,8% y la prevalencia de VIH en embarazadas fue de 0,4%.

De acuerdo a las Estimaciones y Proyecciones de VIH para Guatemala elaboradas por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), se calcula que para el año 2010 podrían existir 65,701 personas con VIH en Guatemala; de estas, 2,298 serían menores de 14 años y 62,778 serían adultos (32% del total de casos (20,862) serían mujeres). De esta manera, la prevalencia estimada es de 0.81% y la

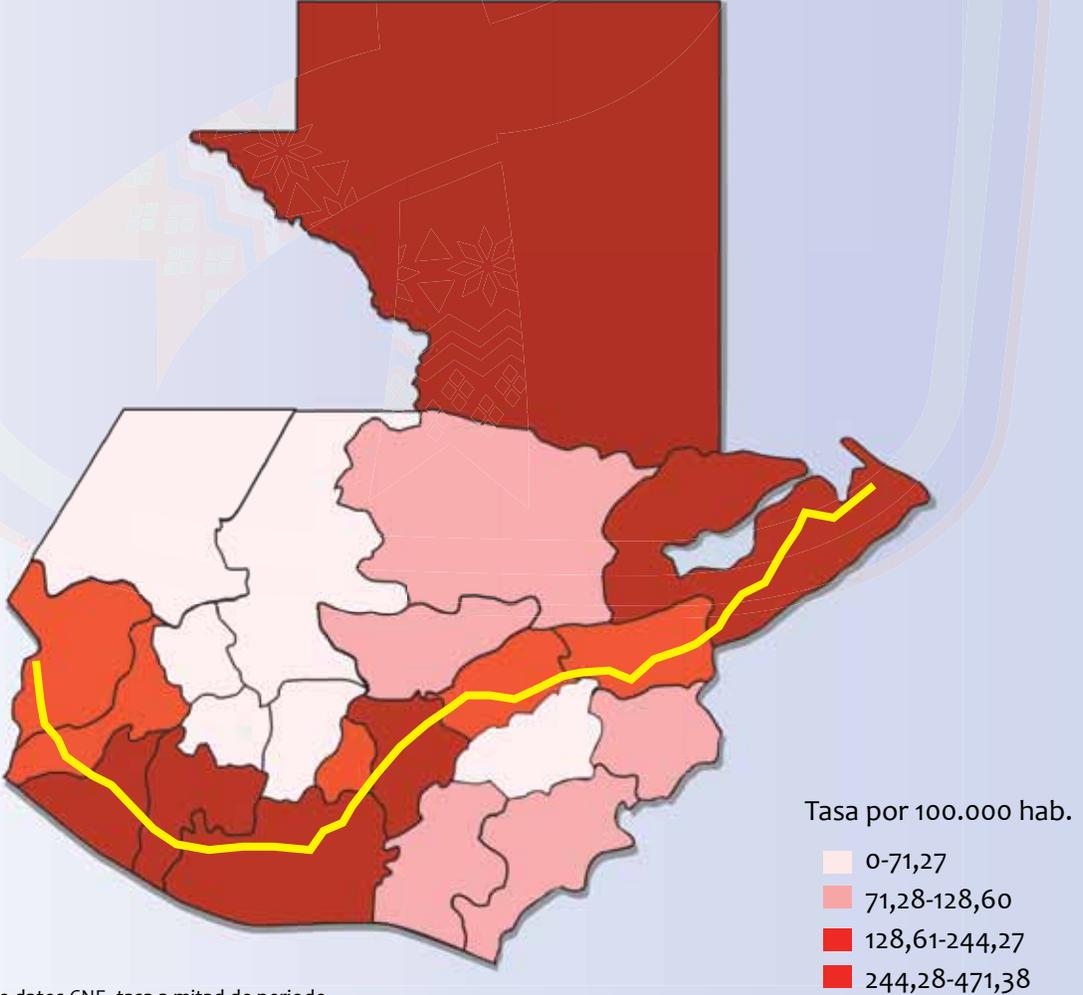
¹⁸ Según ONUSIDA, de acuerdo a la clasificación de la epidemia, se considera una epidemia concentrada cuando la prevalencia del VIH se considera por encima del 5% al menos en un subgrupo poblacional, pero por debajo del 1% en las mujeres embarazadas, en áreas urbanas.

incidencia de 0.1, lo cual se traduce en 7,557 nuevas infecciones al año (21 personas infectadas diariamente). Además, se proyecta que requerirán tratamiento 16,234 personas adultas, 2,209 niños y 2,006 embarazadas. Por otra parte, se estiman 2,672 muertes por Sida (VIH avanzado) y 18,505 niños/as huérfanos/as (CNE-MSPAS, 2010).

La epidemia en Guatemala aún no está en una fase de meseta y se calcula que para el año 2013, la incidencia se reduciría al 0.09% y la prevalencia incrementaría al 0.86%; lo anterior sucedería, en la medida que se aumentara el acceso a la terapia antirretroviral y por ende la sobrevivencia de los pacientes (CNE-MSPAS, 2010).

Por su parte, el reporte de Notificación de Casos del CNE desde 1984 acumulados hasta septiembre del 2010, informa sobre 22,647 personas con VIH, de las cuales 7,761 son casos de VIH y 14,802 casos de VIH avanzado. Por otra parte, se calcula que del total de casos notificados, el 38% representa al sexo femenino (8,553) y el 62% al sexo masculino (14,068), lo que significa que por cada mujer hay aproximadamente dos hombres con VIH (CNE-MSPAS, 2010).

GRÁFICO 4
VIH Y VIH AVANZADO: TASA DE NOTIFICACIONES
POR LUGAR DE RESIDENCIA. GUATEMALA,
ENERO 1984-SEPTIEMBRE 2010



Fuente: Base de datos CNE, tasa a mitad de periodo

Se han notificado 1,457 fallecimientos y 18,047 personas vivas, calculándose una sobrevivida a los 12 meses de 83%; a los 24 meses, 84% y 78% para 36 meses de recibir TARV.¹⁹

La información disponible sobre notificación de casos reporta que el 53% de personas (11,779) se han autoidentificado como ladinos/mestizos, el 15% (3,350) mayas, 0.5% (100) garífunas, 0.1% (32) xinkas. Del total, en el 31.4% (6,999) de los casos notificados no cuentan con información sobre su identidad de etnia o pueblo.

A su vez, el grupo de edad más afectado en la notificación de casos, es el comprendido entre los 20 a 39 años de edad; sin embargo, la prevalencia más alta se observa en el grupo de edad de 25 a los 29 años (19.84%).

De acuerdo al grado de escolaridad, la notificación reporta que el 67% de los casos suceden en personas analfabetas. Por otro lado, las personas identificadas como solteras han sido afectadas en el 29% de los casos, seguido de grupo con estado de unión libre en 21% y, finalmente los casados, con 16% de los casos.

La principal vía de transmisión de VIH es la sexual en 94% de los casos, seguida de la transmisión materno infantil en 5% y en 1% se desconoce la causa. Geográficamente, el 79% de los casos notificados se concentran en ocho departamentos, a saber: Retalhuleu, Izabal, Escuintla, Suchitepéquez, Petén, Guatemala, San Marcos y Quetzaltenango.

En relación con las ITS, los datos de comparación toman como fuente de información los estudios realizados en el proyecto “Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala” realizados en el 2005 y 2010 (Línea basal y línea final)²⁰.

Como se evidencia en el reporte del Estudio de Línea Final se demuestra una reducción de la prevalencia del VIH en los grupos de HSH, PPL y JRS; mientras que, en los grupos de MTS, ME y BAAR+ se aprecia un incremento de la prevalencia. Además, se observa una alta prevalencia de VIH en la población de JRS, superando la prevalencia de otros grupos en alto riesgo que han sido priorizados a nivel de país. Es importante acotar que el abordaje integral para la prevención de ITS y VIH con la población de JRS, se obstaculiza por barreras legales y de acceso a servicios de atención integrales y diferenciados para adolescentes y jóvenes.

La vigilancia epidemiológica de las ITS incluye la vigilancia centinela. Aquí, se incorporan para el análisis, variables de comportamiento, socio-demográficas y datos de prevalencia de ITS. En Guatemala, la vigilancia centinela de ITS se ha centrado en poblaciones de mujeres y hombres trabajadores sexuales y en los centros de salud de la zona 3 y Puerto Barrios. Según reportes de la vigilancia centinela de ITS (2009), los y las trabajadores sexuales atendidos en zona 3 de la ciudad de Guatemala y Puerto Barrios reportaron que el uso del condón en el último mes, en la categoría de “siempre”:

- Con clientes, es 100,0% en hombres y el 99,5% en mujeres
- Con pareja estable, es 38,1% en hombres y 9,5% en mujeres
- Con la pareja casual, es 68,4% en hombres y 20,9% de mujeres

¹⁹ CNE-MSPAS Boletín No. 1 Estadísticas VIH y VIH Avanzado.

²⁰ Se reconoce que los datos obtenidos en ambos estudios no son de representación nacional dado el ámbito de acción del proyecto.

Según resultados del proyecto de fortalecimiento de la vigilancia de TB/VIH, implementado en 2007-2008, en los hospitales Roosevelt, San Vicente, Malacatán, Rodolfo Robles y Puerto Barrios, se ofreció la prueba de VIH a 103 de 281 pacientes TB (36,6%), en la fase de línea basal, mientras que se ofreció a 377 pacientes de 382 durante la fase de intervención (98,6%). La prevalencia de VIH en pacientes TB fue de 19,7% (IC 95%: 15,9%-24,2%).

Considerando el análisis de Medición del Gasto en Sida (MEGAS) desarrollado en 2008 con respecto al origen del gasto en VIH, el 57,0% proviene del sector público; es decir, del presupuesto asignado por el Congreso de la República de Guatemala; los organismos internacionales contribuyeron con un 36,0% y el sector privado aportó el 7,0%.

Según el modelo de estimación de casos VIH 2008 (EPP y Spectrum), el número total de casos VIH (VIH y VIH avanzado) estimados es 61,510, con una prevalencia nacional de 0,8%, lo que indica una epidemia de VIH concentrada, lo cual es consistente con los hallazgos de prevalencia en grupos en mayor contexto de vulnerabilidad (HSH, TS) y en embarazadas. Con relación al total de personas que viven con VIH en 2009, el dato estimado (61,510) implica una brecha importante de personas aún no detectadas (65,6%).

En Guatemala no se determina incidencia de nuevas infecciones de VIH, por lo que este dato se estima a partir de los modelos matemáticos arriba mencionados, los cuales indican que el número de nuevas infecciones para 2009 es 6,567, lo que corresponde a 18 casos nuevos generados por día. Los datos de vigilancia rutinaria, centinela y de estudios especiales aún son limitados en su calidad, por lo que CNE desarrolla procesos para fortalecer la calidad de los mismos.

Respuesta nacional al VIH y sida

Los actores de la respuesta nacional para el VIH y sida en el país no han variado sustantivamente del 2005 a la fecha; siguen representadas las agencias de gobierno, sociedad civil, agencias cooperantes y proyectos especiales para el abordaje de la epidemia.

El Consejo Nacional Empresarial de Prevención del VIH y Sida (CONEVIH) es una organización no gubernamental que agrupa empresas que desean invertir en su recurso humano, para prevenir y dar respuesta efectiva a la epidemia del VIH y Sida desde el lugar de trabajo.²¹

El Consejo de Sectores de Salud Pública y Privada en VIH (COSSEP-VIH), creado en octubre de 2007, es una iniciativa del proyecto USAID/PSP-One (Programa de Alianzas con el sector privado de la salud con financiamiento de USAID) que busca aumentar y fortalecer la participación del sector privado de la salud en la respuesta nacional al VIH y Sida; establecer alianzas entre el sector público y privado con el fin de unificar criterios y acciones en el tema del VIH y sida; establecer mecanismos para la incidencia política, con el fin de que el sector privado adopte un rol protagónico en la respuesta nacional al VIH y diseminar y capacitar a proveedores de servicios de salud del sector privado, entre otros. Está conformado por distintas instancias, incluyendo al PNS, al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, al Colegio de Químicos y Farmacéuticos de Guatemala, asociaciones médicas (de médicos generales, de medicina interna, de mujeres médicas, de ginecología y obstetricia, además de asociaciones médicas regionales y departamentales), la Asociación de Químicos Biólogos de Guatemala, la

²¹ <http://www.conevih.org/>

Comisión de Asesoría y Control de Establecimientos Químico Biológicos y Fundación Marco Antonio.²² Hasta el momento, han logrado participar en diferentes procesos de la CONASIDA y del MCP-G; han contribuido técnicamente en la propuesta de reformas al Decreto 27-2000 y colocar el tema del VIH en las agendas de los Colegios Profesionales de Guatemala, entre otros²³. A través de COSSEPP-VIH y de CONEVIH, la iniciativa privada está buscando espacios de intervención, a diferencia de lo que ocurría cuando se desarrolló el PEN.

Sector Salud. La respuesta nacional ante la epidemia de VIH y sida, se fundamenta en el Plan Estratégico Nacional (PEN) que constituye el marco consensuado y orientador de las acciones de prevención, atención integral y seguimiento a personas con VIH, dentro del marco legal que incluyen el Decreto 27-2000, el acuerdo 317-2002 y la Política Pública 638-2005.

Para mejorar las acciones ante la epidemia se ha descentralizado la respuesta incrementando el número de servicios de salud que brindan atención especializada para personas con VIH denominadas Unidades de Atención Integral (UAI). A nivel nacional, se suman 15 UAI, de las cuales 11 están ubicadas en ocho departamentos de Guatemala. Así mismo, 11 de ellas se ubican en 13 hospitales nacionales y en 11 se han establecido procesos de mejora del desempeño para garantizar la calidad de la atención.

El financiamiento en la atención ha ido en incremento; sin embargo, hasta el momento solo la UAI de Huehuetenango lo hace con el 100% de fondos nacionales.

Como se ha mencionado anteriormente, el MSPAS se ha constituido como Receptor Principal del proyecto auspiciado con recursos monetarios del Fondo Mundial; el eje a trabajar será la atención integral. Por lo tanto, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida ha incorporado la actualización a la Guía Nacional de Tratamiento, así como, el Protocolo de Nutrición a personas con VIH, la universalización con Orientación pre y post prueba y la institucionalización de la campaña Nacional “Hazte la Prueba de VIH” Acuerdo Ministerial No. 827-2010.

A pesar de que continúa la visión de que la respuesta a la problemática del VIH, es una responsabilidad del MSPAS, cabe destacar que en los últimos tiempos, en el país se cuenta con mayor participación multisectorial en respuesta a la epidemia, sin embargo, esta ha sido vista únicamente como una acción que corresponde al sector salud, evidenciando brechas para el desarrollo de intervenciones priorizadas en el PEN anterior, dentro de estas las acciones que apoyan a huérfanos y visitas domiciliarias para el seguimiento de personas con VIH y familiares de los mismos.

Sector educación. El Ministerio de Educación establece en sus políticas las dimensiones fundamentales de la Reforma Educativa, dentro de la cuales se considera que la educación se inicia en las aulas. Se cuenta con un Currículo Nacional Base que propone fundamentalmente la Transformación Curricular por medio del mejoramiento de la calidad de la educación. En 1995 se institucionalizó el Comité de Educadores en Prevención del Sida –COEPSIDA–, programa por medio del cual se han desarrollado diversas estrategias para la prevención de las ITS, el VIH y el Sida. En 2010 el MINEDUC incorpora una nueva estrategia de Educación Integral de la Sexualidad, el enfoque de género y la pertinencia cultural como componentes importantes y prioritarios de las políticas educativas, para su implementación en los diferentes niveles y modalidades del sistema educativo, se crea la Unidad para la Equidad de Género con pertinencia Étnica.

²² COSSEP VIH: Comisión de Sectores de Salud Pública-Privada en VIH. <http://www.sliderportal.com/node/9>

²³ <http://www.psp-one.org.gt/node/9>

Asimismo, para cumplir con el Acuerdo “Prevenir con Educación”, los Ministerios de Salud y Educación firman una Carta de Compromiso que dinamiza la sinergia entre ambos ministerios para cumplir con las metas del milenio.

Sistema legal. Guatemala cuenta con un marco jurídico vigente conocido como Decreto 27-2000 Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA– y de la Promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/Sida. Dicha norma permite implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

Asimismo la infección por el Virus es declarada como un problema social de urgencia nacional ampliando de esa manera la participación del sector gubernamental en la temática.

Los resultados a medir incluyen la existencia de leyes sobre VIH y Sida, sus reglamentos, reformas a las mismas y resolución de situaciones de violación de derechos.

Sector laboral. El Consejo Nacional Empresarial de Prevención del VIH –CONEVIH–, nace con el objetivo central de involucrar al sector empresarial en la respuesta al VIH. Desde 2007 se han abordado 158 empresas, MIPYMES. Todas han sido encuestadas a través de la herramienta “Ranking Empresarial”, y solo una empresa (0.6%) contaba, antes de la capacitación, con una política laboral en VIH, 129 empresas (81.6%) muestran interés en crear una política, todas las empresas en algún momento han tenido prácticas discriminatorias por falta de conocimientos y solamente una empresa (0.6%) no quiere implementar ningún tipo de programa de información sobre la prevención del VIH.

Es importante indicar que 157 empresas (99.3%) reconocen, después de la capacitación, que el VIH y Sida es un factor de alto costo, no sólo para las personas que viven con la infección, sino también para la empresa, en el momento que su productividad y utilidad se ve afectada por la falta de recurso humano, por lo que consideran que el haber permitido, promovido y facilitado acciones específicas para la disminución del estigma y la discriminación en el lugar de trabajo, el acceso a la información, educación y capacitación en prevención y tratamiento del VIH a todas las personas colaboradoras de la empresa, incluyendo altas y medias gerencias ha fortalecido la confidencialidad, reducido el miedo de las personas trabajadoras, mitigado el impacto de la epidemia del VIH en el país y apoyado a lograr una fuerza laboral más saludable y productiva para Guatemala, después de la capacitación por parte de CONEVIH. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social juega un rol importante en este proceso.

Participación de la sociedad civil. A lo largo de 25 años desde la aparición de los primeros casos de VIH, los sectores de la sociedad civil en Guatemala han realizado un árduo trabajo, que va desde acciones de incidencia política para que las PV, personas afectadas y grupos en mayor riesgo tengan una situación favorable en relación a acceso a TARV, la no violación de los Derechos Humanos, acceso a un trabajo digno y educación, entre otros; y también acciones de trabajo de campo dirigidas a la prevención. Este trabajo impulsado por la sociedad civil, ha sido realizado a través de ONG e impulsado por redes, alianzas y coaliciones conformadas con el sector público liderado por el PNS, agencias de cooperación y otros actores importantes.

El PEN 2011-2015, es una nueva oportunidad para que la sociedad civil junto a todos los actores que trabajan en la respuesta al VIH y Sida en el país, estrechen vínculos y trabajen de manera sinérgica y estratégica para garantizar el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento, con pertinencia cultural y enfoque de género y fortaleciendo el libre ejercicio de los Derechos Humanos de las personas con VIH, personas afectadas y grupos en mayor riesgo.

Gasto financiero. Durante el período de vigencia del PEN anterior, el presupuesto del PNS para la respuesta ante el VIH se incrementó en 2.6 veces, pasando de 20 millones de quetzales en 2006 a 51 millones en el 2010 (2006 – Q20 millones; 2007 – Q39.3; 2008 – Q40 millones y 2009/2010 – Q51 millones). En su mayoría, dichos fondos se asignaron a la compra de medicamentos ARV y contratación de recursos humanos para el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/sida.



5. Planificación estratégica: ÁREAS PRIORITARIAS

Dentro del proceso de elaboración del PEN 2011-2015, es necesario establecer planes globales para la acción, deliberadamente formulados para garantizar el cumplimiento de los objetivos del sector ante las ITS, VIH y sida.

Estas estrategias deben ser promovidas desde los niveles directivos, pero involucran a todos los miembros de las entidades que conforman la –CONASIDA– y por otro lado, permiten establecer un patrón de decisiones coherente, unificador e integrador, identificar cuáles son las ventajas sostenibles a largo plazo en las áreas clave de los productos y servicios que son brindados, establecer objetivos estratégicos y seleccionar las líneas de acción, programas, proyectos o actividades que cada una de las instituciones desarrollará.

El presente Plan Estratégico, contiene la estimación de la producción institucional (bienes o servicios) a lograr en un período de cinco años (2011 -2015) y en él se desarrollan las cinco áreas prioritarias (*Promoción y Prevención Primaria; Atención Integral y Prevención Secundaria; Entorno; Fortalecimiento Institucional y Monitoreo y Evaluación*). Lo complementan los componentes del plan estratégico en función de la evidencia que le respalda, el marco de resultados esperados y el monitoreo, seguimiento y evaluación del mismo, estos se incluyen como los anexos 10.1, 10.2 y 10.3 de este documento.

Áreas prioritarias, objetivos, resultados e intervenciones

El PEN 2011-2015 se fundamenta en áreas prioritarias incluidas en el Marco de Resultados. Dichas áreas prioritarias son el producto de una amplia consulta nacional con los principales actores de diversos sectores que interactúan en la respuesta a la epidemia. Dentro de las áreas prioritarias inicialmente definidas se incluyen (1) promoción y prevención primaria, (2) atención integral y prevención secundaria, (3) entorno, (4) fortalecimiento institucional y (5) *Monitoreo y Evaluación*. Dado que el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales son un elemento sumamente importante de la estrategia, este se ha incluido en el área prioritaria 5: *Monitoreo y Evaluación*. El detalle de los componentes, resultados y actividades correspondientes a dicho sistema se ha incorporado con especificidad en el volumen 2 del PEN.

De manera general el Marco de Resultados del PEN 2011-2015 cuenta con 5 objetivos estratégicos, 22 objetivos específicos, 36 resultados y al menos 45 efectos directos. En estos elementos participaron actores clave que pertenecen a entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional.

Cada área prioritaria del Marco de Resultados satisface importantes necesidades nacionales que conducirán la respuesta con efectividad y eficiencia. Adicionalmente, responde a compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS y acuerdos regionales y sub-regionales en el tema de VIH y Sida y de los cuales el país es signatario.

A continuación se presenta una síntesis de las distintas áreas prioritarias, sus objetivos estratégicos, específicos, resultados y efectos directos asociados a los mismos.

Área prioritaria 1: Promoción y prevención primaria de ITS y VIH

El área de promoción y prevención primaria se orienta a promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general. En este sentido, esta área prioritaria busca, entre otros elementos, mejorar el uso correcto y consistente del condón y lubricantes a base de agua, el conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH en los diferentes grupos poblacionales, asegurar la disponibilidad de sangre segura para transfusiones, disminuir la transmisión materno infantil del VIH y lograr que las escuelas cuenten en sus programas con información que le de a los jóvenes las herramientas necesarias para prevenir el VIH. El área prioritaria de promoción y prevención primaria se orienta a producir los siguientes efectos directos:

1. Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH
2. Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua y mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones
3. Población mejor informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH
4. Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar
5. Disminuir la probabilidad de transmisión de VIH por post exposición laboral, violencia sexual y transfusiones de sangre
6. Captación de la mujer embarazada y su pareja para brindarle atención integral
7. Mejorar la salud materno infantil
8. Respuesta oportuna ante emergencias mediante la implementación de planes de contingencia

Para lograr los efectos directos mencionados anteriormente, en esta área prioritaria se propusieron diversas intervenciones que pueden categorizarse en áreas como trabajo de pares, coordinación y fortalecimiento, capacitación, políticas y normas operacionales, IEC y monitoreo.

Dichas intervenciones se listan a continuación:

Trabajo de Pares

1. Trabajo de pares en actividades preventivas/ abordaje cara a cara y otros medios alternativos y fortalecer los servicios de orientación
2. Realizar educación de pares que genere referencia y contra referencia a establecimientos que brindan tratamiento o manejo sindrómico



Coordinación y fortalecimiento

1. Asegurar el acceso al condón y lubricantes a base de agua en centros de encuentro (hoteles, bares, discotecas), centros penitenciarios, instituciones en las que labora personal uniformado y en los tres niveles de atención del sector salud
2. Coordinar con las agencias de cooperación los espacios de cobertura de sus mensajes e intervenciones para evitar la duplicidad
3. Sensibilizar a autoridades educativas, gremios de padres de escuelas sobre el currículo de educación sexual y habilidades para la vida
4. Coordinar con asociaciones empresariales la implementación de acciones de prevención en los ámbitos laborales del sector económico formal
5. Profilaxis a los infantes nacidos de madres positivas
6. Fortalecer y ampliar los espacios amigables y estandarizar sus servicios interactivos
7. Motivar la Movilización comunitaria²⁴ para la donación voluntaria de sangre
8. Fortalecer la referencia y contra referencia entre los distintos niveles de salud
9. Promocionar la cartera de servicios de PPE en casos de violencia sexual (ejemplo, apoyo psicológico, profilaxis, seguimiento y manejo de infecciones de transmisión sexual)
10. Coordinar con el INACIF para el seguimiento de los casos de violencia sexual
11. Fortalecer la consejería en planificación familiar que incluya la utilización del condón como método barrera para prevenir ITS y VIH
12. Fortalecer servicios de consejería a la madre en adherencia de ARV de niñas (os) expuestos al VIH
13. Seguimiento activo del niño (a) expuesto en unidades de atención integral en coordinación con el segundo nivel de atención

IEC

1. Alinear la estrategia de IEC particularmente concentrándose en los segmentos en los que la evidencia sugiere poco uso de condón (incluyendo materiales de prevención para personas con discapacidad)
2. Realizar campañas de promoción de uso de condón en medios de comunicación masiva y centros de trabajo
3. Diseño e implementación de un Plan Nacional de IEC para VIH que responda a los determinantes conductuales y culturales de esta población meta, con enfoque de cambio de comportamientos para la prevención de la transmisión del VIH
4. Asegurar que el Plan Nacional de IEC esté armonizado con el currículo educativo dirigido a jóvenes

Políticas y normas operacionales

1. Fortalecer e implementar la Estrategia Nacional de Condones
2. Implementar la estrategia de Participación de pares en actividades de prevención dentro de los colectivos de poblaciones en riesgo y en aquellos lugares donde éstos socializan
3. Implementar los acuerdos contenidos en la Declaración de la Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe “Prevenir con Educación” (adoptada en México en 2008)

²⁴ Una comunidad se moviliza cuando un grupo de personas es consciente de una preocupación compartida o una necesidad conjunta y decide actuar.

4. Aplicar las normas de precauciones estándares de bioseguridad (por ejemplo, eliminación segura de desechos de laboratorio)
5. Mejorar el registro de casos de profilaxis post-exposición
6. Actualizar e implementar el Protocolo Nacional de Accidentes Laborales
7. Revisar y adecuar la estrategia de captación temprana de las embarazadas
8. Elaborar guías para el tamizaje del VIH en mujeres embarazadas, con pertinencia cultural e incorporarlas a la normativa nacional de atención a la mujer embarazada y al Protocolo para la Vigilancia epidemiológica de ITS y VIH en la embarazada.
9. Actualizar e implementar la guía nacional para tratamiento antirretroviral y monitoreo clínico y de laboratorio para mujeres embarazadas y con VIH
10. Actualizar e implementar las normas de atención de ITS
11. Fortalecer los planes de contingencia con definición de responsables y acciones a seguir en caso de emergencia
12. Asegurar que el plan de contingencia esté actualizado y refleje las mejores prácticas y lineamientos
13. Socializar los planes de contingencia

Líneas de base y evidencia

1. Elaborar un Diagnóstico de situación de las estrategias de espacios amigables, centros interactivos y clínicas de Atención integral y diferenciada para los y las adolescentes
2. Elaborar un mapeo y promover que las distintas asociaciones empresariales implementen políticas y programas sobre VIH y sida en el lugar de trabajo y que monitoreen a su personal

Monitoreo

1. Establecer mecanismos de monitoreo constante a nivel nacional de los bancos de sangre públicos y privados
2. Asegurar el cumplimiento de los reportes mensuales de bancos de sangre privados y públicos
3. Monitorear el cumplimiento de la normativa nacional para el control prenatal

Capacitación

1. Capacitar al recurso humano de la red de servicios de salud pública sobre el uso adecuado y oportuno de la profilaxis post exposición al VIH
2. Implementar la educación permanente con el personal de la red de servicios de salud pública en la atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual
3. Sensibilizar y capacitar a comadronas para la referencia de embarazadas a servicios de salud que brindan control prenatal

Estas intervenciones fueron organizadas en 16 resultados orientados al uso correcto y consistente de condón, el uso de lubricantes a base de agua, conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH, acceso al asesoramiento y pruebas voluntarias, suministro de sangre segura, profilaxis post exposición (PPE), la transmisión materno infantil del VIH y planes de contingencia para intervenciones críticas de prevención. A continuación se presenta en detalle esta área prioritaria:



1 Promoción y prevención primaria

1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión de ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador: Para cada población			
	Hombres que tienen sexo con hombres: Porcentaje de varones que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina	Línea de base 77.8%	2013 84.0%	2015 90.0%
	Población Trans: Porcentaje que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	87.0%	90.0%	95.0%
	Mujeres trabajadoras sexuales: Porcentaje de profesionales del sexo mujeres que declara haber usado un condón con su último cliente	95.6%	97.0%	100.0%
	Personas privadas de libertad: Porcentaje que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	12.5%	25.0%	50.0%
	Población general: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	Mujeres 24.2% Hombres 62.3%	Mujeres 35.0% Hombres 70.0%	Mujeres 45.0% Hombres 85.0%
	Personal uniformado, poblaciones móviles: No hay línea de base	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs, Sistema Penitenciario, IGSS, APROFAM, Ministerio de Defensa, Ministerio de Gobernación.			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador: Para cada población	Línea de base	2013	2015
	Hombres que tienen sexo con hombres: Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	83.1%	87.0%	90.0%
	Población Trans: Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	85.0%	90.0%	95.0%
	Mujeres trabajadoras sexuales: Porcentaje que reporta haber usado lubricantes a base de agua junto con el condón durante la última relación sexual con clientes	70.2%	80.0%	90.0%
	Personas privadas de libertad y personal uniformado: No hay línea de base	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs, Sistema Penitenciario, IGSS, APROFAM, Ministerio de Defensa, Ministerio de Gobernación.			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador: Para cada población	Línea de base	2013	2015
	Hombres que tienen sexo con hombres: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	32.94%	40.0%	50.0%
	Mujeres trabajadoras sexuales: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	3.27%	10.0%	15.0%
	Jóvenes de 15 a 24 años: Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	22.54%	30.0%	35.0%
	Población Trans, privados de libertad, jóvenes en riesgo social, personal uniformado y poblaciones móviles: No hay línea de base	ND		

1 Promoción y prevención primaria

	Actores clave: MSPAS(PNS), MINEDUC, ONG, Ministerio de Gobernación, CONJUVE, COCODES, COMUDES, CODEDES, ONGs, Sector Privado, Sector laboral, Municipalidades, Iglesias, Organizaciones basadas en la Fe, Ministerio de Defensa.			
1.1.2.2	Resultado: Aumentar el porcentaje de instituciones del sector formal educativo que imparte educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	2.4%	15.0%	50.0%
	Indicador: Porcentaje de docentes capacitados por nivel (educación primaria, básica, diversificada).	Educación Primaria 6.9%	Educación Primaria 10.0%	Educación Primaria 15.0%
		Educación Básica 29.3%	Educación Básica 35.0%	Educación Básica 40.0%
		Educación Diversificada 4.0%	Educación Diversificada 10.0%	Educación Diversificada 15.0%
	Actores clave: MSPAS (PNS), Ministerio de Educación, Observatorio de Salud Reproductiva			
1.1.2.3	Resultado: Aumentar el conocimiento sobre ITS,VIH y sida en el sector laboral			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de asociaciones empresariales que monitorea a sus miembros que tienen establecidas políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	ND		
	Actores clave: Ministerio de Trabajo, MSPAS(PNS), CACIF, Cámaras de Comercio, Consejos de empresa privada			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador: Para cada población			
		Línea de base	2013	2015
	Hombres que tienen sexo con hombres: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	<25 años 63.38%	<25 años 80.0%	<25 años 95.0%
		>=25 años 65.84%	>=25 años 80.0%	>=25 años 95.0%
	Mujeres trabajadoras sexuales: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	92.5%	100%	100%
	Población general: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Hombres 2.9%	Hombres 10.0%	Hombres 20.0%
		Mujeres 4.01%	Mujeres 10.0%	Mujeres 20%
	Población indígena 15-49: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	1.57%	5.0%	10.0%
	Población Trans, privados de libertad, y personal uniformado	Instrumento No.3 “Consolidado Mensual por Grupo Específico Cubiertos con TVC (tamizaje voluntario con consejería) reportan las ONGs que trabajaban esta población.		
	Actores clave: MSPAS (PNS), Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, MSPAS, PNS, IGSS, ONG, Sector privado			
1.1.4	Objetivo específico: Velar por el suministro de sangre segura			
1.1.4.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de unidades de sangre segura para transfusión			

1 Promoción y prevención primaria				
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	75.0%	85.0%	95.0%
	Actores clave: MSPAS, Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, PNS, SIGSA, Vice ministerio de Hospitales, DRPAP (Dirección de Regulación de Programas de Atención a las Personas), IGSS, Agencias de Cooperación, Bancos de Sangre privados			
1.1.5	Objetivo específico: Evitar la transmisión del VIH por profilaxis post exposición laboral o violencia sexual			
1.1.5.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de servicios de salud que brindan atención en profilaxis post exposición (PPE)			
		Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de instalaciones de salud que brindan atención en PPE para VIH	ND		
	Porcentaje de personas con indicación de PPE y que la recibieron	ND		
	Porcentaje de personas sobrevivientes a violencia sexual con indicación PPE y que la recibieron	ND		
	Actores clave: MSPAS, ONG, CONAPREVI, PNS, PNSR, PNSM, Vice ministerio de Salud, Servicios de salud, Centros de Salud, Hospitales, SIGSA, Ministerio Público, INACIF			
1.1.6	Objetivo específico: Prevenir la transmisión materno infantil del VIH			
1.1.6.1	Resultado: Aumentar la cobertura de embarazadas que asisten a control prenatal			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de embarazadas que concurren a CPN según normativa nacional	40.0%	50.0%	60.0%
	Actores clave: MSPAS, SIAS, Extensión de cobertura (ONG), APROFAM, Hospitales Privados, Asociación de Ginecología			
1.1.6.2	Resultado: Aumentar el porcentaje de embarazadas en control prenatal que se realizan la prueba de ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de embarazadas que acuden a CPN y se hacen la prueba de ITS	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), IGSS.			
1.1.6.3	Resultado: Aumentar la cobertura de embarazadas en Control Prenatal que se hacen la prueba de VIH			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND		
	Actores clave: MSPAS, IGSS, PNSR, PNS, Subsector Privado			
1.1.7	Objetivo específico: Garantizar medidas preventivas de profilaxis de transmisión perinatal de VIH			
1.1.7.1	Resultado: Aumentar la cobertura de mujeres con VIH embarazadas que reciben TARV durante el periodo de gestación (desde la semana catorce) para prevenir la transmisión materno infantil del VIH			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de embarazadas y con VIH que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	23.0%	30.0%	40.0%
	Actores clave: MSPAS, UAI, PNS, PNSR, IGSS			
1.1.7.2	Resultado: Aumentar la cobertura de niñas (os) nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de recién nacidos de madres con VIH que reciben profilaxis ARV según normativa nacional	ND		
	Actores clave: MSPAS, UAIS, PNS, PNSR, IGSS			
1.1.7.3	Resultado: Aumentar la cobertura de infantes nacidos de Madre VIH+ que reciben sucedáneo de leche materna			

1 Promoción y prevención primaria				
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional	ND		
	Actores clave: MSPAS, UAIS, PNS, PNSR, IGSS			
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador: Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría			
		Línea de base	2013	2015
	Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, población Trans, jóvenes en riesgo social, personas privadas de libertad, embarazadas, personal uniformado, población general:	Evidencia recolectada por Visión Mundial con el instrumento No. 2 “Informe Mensual de Paciente por Grupo Específico con Diagnóstico Positivo y Tratado por Infecciones de Transmisión Sexual”.		
	Actores clave: MSPAS (Unidad de Gestión de la Calidad), PNS, DAS y SIAS, Ministerio de Gobernación, ONGs, Agencias de Cooperación, Ministerio de Defensa.			
1.1.9	Objetivo específico: Garantizar una respuesta oportuna en caso de emergencias			
1.1.9.1	Resultado: Actualizar planes de contingencia para intervenciones críticas de prevención			
	Indicador: Plan de contingencia actualizado, difundido y alineado con el eje de VIH del Plan de Emergencias del MSPAS			
	Actores clave: MSPAS (PNS)			

Área prioritaria 2: Atención integral y prevención secundaria

Esta área prioritaria tiene como objetivo brindar atención integral en ITS, VIH y sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario. Se enfoca tanto en la terapia antirretroviral como en el tratamiento de infecciones oportunistas y de la co-infección TB/VIH. Un elemento recurrente en los resultados planteados dentro de esta área prioritaria es garantizar que la atención brindada a las personas sea integral y que se enfoque no sólo en medicamentos sino en el conjunto de servicios adicionales y complementarios que ayudarán a mejorar la sobrevivencia y la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

El área prioritaria de atención integral y prevención secundaria se orienta a producir los siguientes efectos directos:

1. Mejorar la calidad de vida y aumentar la sobrevivencia de las personas con VIH
2. Manejo correcto y temprano de las infecciones oportunistas, que siguen siendo la causa más importante de mortalidad
3. Disminuir la probabilidad de TB en pacientes con VIH
4. Fortalecer el sistema de salud para asegurar atención integral con calidad y bajo los estándares nacionales e internacionales
5. Mejora de desempeño de los centros de atención
6. Evitar la re-infección de VIH
7. Respuesta oportuna ante emergencias mediante la implementación de planes de contingencia
8. Para lograr los efectos directos mencionados anteriormente se propusieron las siguientes intervenciones:

Políticas y normas operacionales

1. Desarrollar e implementar los protocolos de detección temprana de las complicaciones crónicas del tratamiento del VIH
2. Implementar y monitorear la Guía Nacional de Co-infección TB/VIH y VIH/TB
3. Implementar las actividades colaborativas VIH/TB
4. Impulsar la Política de las tres i (profilaxis, búsqueda de casos captación y estudio de contactos)
5. Actualizar las normas de atención integral para que incluya el componente de salud sexual y reproductiva (distribución de condón, lubricantes, etc.)
6. Fortalecer los planes de contingencia definiendo responsables y acciones a seguir en caso de emergencia
7. Asegurar que el plan de contingencia esté actualizado y refleje las mejores prácticas internacionales y lineamientos
8. Socializar los planes de contingencia a los proveedores de servicios de salud

Coordinación y fortalecimiento

1. Asegurar la referencia y contra-referencia entre los servicios del segundo nivel y tercer nivel y las Unidades de Atención Integral
2. Establecer un programa de atención a niñas (os) huérfanos, niñas (os) que viven con VIH, e inserción de adolescentes que nacieron con VIH o lo adquirieron durante la infancia
3. Crear el Consejo Nacional de Coinfección
4. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención para Coinfección TB/VIH
5. Fortalecer los laboratorios clínicos de los Hospitales Rodolfo Robles y San Vicente
6. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención
7. Establecer mecanismos de coordinación con el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional y los servicios Hospitalarios para fortalecer la atención nutricional a las personas con VIH

Capacitación y recursos humanos

1. Contratación de recursos humanos requeridos para la atención integral de personas con VIH
2. Capacitar proveedores de salud en atención de VIH/TB y TB/VIH
3. Capacitar al Recurso Humano de la Red de Servicios de Salud para el desarrollo de actividades de prevención secundaria de VIH, información básica de Educación Sexual, adherencia, nutrición y apoyo psicosocial, como parte de los servicios dirigidos a personas con VIH

Atención

1. Ampliar el portafolio de esquemas de tratamientos Antirretrovirales, incluyendo los genéricos y los de última generación
2. Desarrollar y aplicar el modelo de atención integral
3. Seguimiento activo de los pacientes que están en TAR
4. Implementarlas mejores prácticas en adherencia
5. Evaluar e implementar los Centros de Atención de Co infección VIH/TB y Tb/VIH de acuerdo al nivel establecido

Líneas de base y evidencia

1. Promover las investigaciones dentro de las Unidades de Atención Integral
2. Actualizar la línea de base de establecimientos de salud (público, privado, seguridad social) que cumplen las normas y protocolos y que brindan atención integral

Trabajo de pares

1. Implementar trabajo de pares en centros que brindan atención integral

Monitoreo

1. Evaluar capacidad instalada en hospitales incluyendo necesidades especiales para personas con discapacidad
2. Implementar el sistema de vigilancia de tercera generación (vigilancia de la fármaco-resistencia)

Estas intervenciones se organizaron en seis resultados relacionados a la cobertura de personas con VIH que reciben terapia antirretroviral, atención y tratamiento para infecciones oportunistas (IO) (excluyendo TARV), TARV y tratamiento para TB para pacientes con co-infección, atención integral, servicios de prevención dirigidos a las personas con VIH (prevención secundaria) y planes de contingencia para intervenciones críticas de atención integral. A continuación se presenta en detalle esta área prioritaria:

2 Atención integral y prevención secundaria				
2.1	Objetivo estratégico: Brindar atención integral de ITS VIH y Sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario			
2.1.1	Objetivo específico: Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos			
2.1.1.1	Resultado: Aumentar la cobertura de PV que reciben terapia antirretroviral			
	Indicador: Para cada población		2013	2015
	Personas viviendo con VIH (Adultos): Porcentaje de adultos con infección por el VIH avanzada que recibe TARV	Hombres	Hombres	Hombres
		62.0%	70.0%	80.0%
		Mujeres	Mujeres	Mujeres
		94.0%	95.0%	98.0%
	Personas viviendo con VIH(Niñas (os): Porcentaje de niñas (os) con infección por el VIH avanzada que recibe TARV	43.8%	50.0%	60.0%
	PV (Adultos y niñas (os)): Porcentaje de adultos y niñas (os) con VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la TARV	Hombres	Hombres	Hombres
		82.37%	90.0%	95.0%
		Mujeres	Mujeres	Mujeres
		83.02%	90.0%	95.0%
	Actores clave: MSPAS (PNS), UAI, CNE, Vice ministerio de Hospitales. IGSS			
2.1.1.2	Resultado: Aumentar la cobertura de PV que reciben atención y tratamiento para Infecciones Oportunistas (IO) (excluyendo TARV)			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de adultos con infección por VIH avanzada que reciben atención y profilaxis para IO (excluyendo TARV)	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), UAI, CNE, IGSS			
2.1.1.3	Resultado: Aumentar la cobertura de PV con TB que reciben TARV y tratamiento para TB			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de casos estimados de co-infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	10.5%	50.0%	100.0%
	Actores clave: Coordinador del Programa Nacional de TB., Coordinador de Atención Integral del Programa Nacional de VIH, Vice ministerio de Hospitales, Fundación Damián, IGSS, URC, Sanidad Militar, Gobernación, SIAS, DAS, LNS, OPS, PASCA, CDC-GAP.			

2 Atención integral y prevención secundaria				
2.1.1.4	Resultado: Aumentar el porcentaje de unidades que brindan Atención Integral			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de hospitales prioritizados que cuentan con unidades de atención integral	36.0%	60.0%	100.0%
	Actores clave: MSPAS (PNS)			
2.1.2	Objetivo específico: Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento			
2.1.2.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas, que ofrezcan servicios de prevención dirigido a las PV (prevención secundaria)			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas que ofrecen servicios de prevención dirigido a PV	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), IGSS, CONASIDA			
2.1.3	Objetivo específico: Asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencias			
2.1.3.1	Resultado: Actualizar planes de contingencia para intervenciones críticas de atención integral			
	Indicador: Plan de contingencia actualizado, difundido y alineado con el eje de VIH del Plan de Emergencias del MSPAS			
	Actores clave: MSPAS (PNS)			

Área prioritaria 3: Entorno

El objetivo de esta área prioritaria es lograr condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención, el ejercicio pleno y el respeto de los Derechos Humanos de las personas afectadas por el VIH, sida e ITS y de las poblaciones en mayor riesgo. En esta área prioritaria se consideran con un considerable énfasis los aspectos transversales discutidos en las secciones iniciales de ese documento.

Básicamente, se pretende garantizar, en primera instancia, que el marco normativo, tanto jurídico, como sanitario y administrativo sea implementado de manera que se garantice la atención y cuidado de las personas sin distinciones de cualquier índole y con altos estándares. En segunda instancia se pretende empoderar a todas las personas para que puedan conocer y ejercer sus derechos. Finalmente se busca el fortalecimiento de instancias como el Observatorio de Derechos Humanos para dar acompañamiento y asesoría a las personas que viven con VIH cuyos derechos han sido violados.

Para el área prioritaria de entorno se definieron los siguientes efectos directos:

1. En los Servicios de salud públicos y privados se conocen e implementan normas nacionales de salud, normas y protocolos de atención integral
2. Las PV reciben atención integral de calidad de acuerdo a estándares internacionales
3. Las personas co-infectadas con VIH+TB, las embarazadas y las personas con ITS reciben atención integral de calidad de acuerdo a estándares internacionales
4. Desarrollo de políticas de gestión de insumos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo medicamentos
5. Existencia de un marco jurídico normativo que proteja los derechos de las personas en relación al VIH e ITS
6. Personas de las poblaciones afectadas con mayor capacidad para identificar y denunciar violaciones de sus derechos
7. Para lograr tales efectos directos se propusieron las siguientes intervenciones:

Políticas y normas operacionales

1. Asegurar que en los establecimientos de todos los niveles del sistema de salud disponga de las versiones actualizadas de las normas para su implementación
2. Implementar un plan de capacitación sobre normas de salud
3. Monitorear sistemáticamente el cumplimiento de las normas en los servicios de salud
4. Elaborar e implementar el protocolo de Adherencia Integral
5. Desarrollar e implementar un Protocolo de Atención Integral Nacional
6. Elaborar, validar e implementar la Guía nacional de co-infección TB/VIH y VIH/TB de acuerdo a mejores prácticas internacionales
7. Actualizar y socializar normativa nacional de atención a la mujer embarazada; Normativa nacional para el control prenatal, Protocolo para la vigilancia de la mujer embarazada; Guía nacional para tratamiento antirretroviral y monitoreo clínico y de laboratorio para mujeres embarazadas y con VIH y Norma nacional de profilaxis en recién nacidos hijos/as de madres con VIH
8. Capacitar al personal sobre el Reglamento de las ITS promulgado por el Congreso Nacional y las normas de atención de ITS
9. Asegurar la provisión de equipo e insumos necesarios para que el personal de salud aplique las normas de bioseguridad
10. Socializar y aplicar normativa nacional, procedimiento y adquisición de medicamentos e insumos
11. Elaborar y actualizar guías nacionales de bioseguridad y manejo de residuos de riesgo biológico
12. Socializar guías nacionales de bioseguridad y manejo de residuos de riesgo biológico documentos normativos
13. Diseñar e implementar un plan de empoderamiento en materia de derechos humanos
14. Velar por el cumplimiento del Acuerdo Presidencial No. 2 de la Declaración de San Salvador de 2005
15. Elaborar e implementar un plan que empodere a las PEMAR en el ejercicio de sus derechos
16. Diseñar e implementar una estrategia para el abordaje de la temática de VIH e ITS para poblaciones indígenas
17. Actualizar protocolo de denuncias de violaciones a los Derechos Humanos

Coordinación y fortalecimiento

1. Coordinar entre la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) y Observatorio de Derechos Humanos acciones orientadas a la resolución de denuncias
2. Fortalecer el sistema de logística para el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos
3. Establecer alianzas estratégicas entre las distintas instancias que conforman el CONASIDA con los movimientos sociales para garantizar el ejercicio pleno y el respeto de los derechos humanos
4. Fortalecer el programa de VIH de la Procuraduría de Derechos Humanos
5. Fortalecer y articular las organizaciones, grupos de base e instituciones para la defensa de los Derechos Humanos y procesar denuncia
6. Elaborar diseño organizacional y de estructura del Observatorio de Derechos Humanos
7. Desarrollar y fortalecer un sistema de información de las denuncias.

Incidencia política

1. Realizar acciones de incidencia política para reformar leyes discriminatorias (Decreto 27-2000 y revisión de la Ley Pina, Reglamento de ITS, Decreto 9-2009 Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y trata de personas)
2. Darle seguimiento a la iniciativa de reforma del 27-2000, que derogue cualquier otra ley contraria.

Capacitación

1. Elaborar e implementar un plan permanente de capacitación en Derechos Humanos, dirigido a los representantes de las organizaciones que conforman el Observatorio de Derechos Humanos
2. Incorporar en los espacios de convergencia indígena y rural la temática del VIH, ITS y Derechos Humanos

Estas intervenciones fueron organizadas en 5 resultados orientados a: el cumplimiento de las normas nacionales de salud, asegurar que las normas y protocolos estén desarrollados, actualizados, socializados y reflejan las mejores prácticas internacionales, incidir en la revisión, formulación y aplicación de normativas jurídicas y administrativas que respondan al respeto, defensa y promoción de los Derechos Humanos en relación al VIH e ITS, empoderar a la población con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos y asegurar que el Observatorio de Derechos Humanos brinde seguimiento y apoyo en la defensa de los derechos humanos de las PV. A continuación se muestra en detalle esta área prioritaria:

3 Entorno				
3.1	Objetivo estratégico: Lograr condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención, el ejercicio pleno y el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH, Sida e ITS y de las poblaciones en mayor riesgo			
3.1.1	Objetivo específico: Contar con un marco normativo y legal que garantice la atención integral de acuerdo a mejores prácticas internacionales, así como la defensa y el respeto de los derechos humanos de las personas			
3.1.1.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de los servicios de salud que cumplan con las normas nacionales de salud			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de servicios de salud que cumplen la normativa nacional de salud	ND		
	Actores clave: PNS SIGSA, Vice ministerio de Hospitales, SIAS, CNE, Comité de Infecciones Hospitalarias, IGSS			
3.1.1.2	Resultado: Asegurar que las normas y protocolos estén desarrollados, actualizados, socializados y reflejen las mejores prácticas internacionales			
	Indicador: Para cada una de las normas/protocolos/guías que existen o serán desarrolladas	Línea de base	2013	2015
	Normas y protocolo de atención integral desarrollado, actualizado y socializado	NA		
	Guía Nacional de Co-infección Tb/VIH y VIH/Tb desarrollada, actualizada y socializada	NA		
	Porcentaje de normas de atención de embarazadas ²⁵ que están actualizadas, socializadas y reflejan las mejores prácticas internacionales	ND		
	Porcentaje de normas de atención de ITS ²⁶ actualizadas, socializadas e implementadas de acuerdo a estándares internacionales	NA		
	Normativa nacional sobre procedimiento y adquisición de medicamentos e insumos está actualizada, socializada e implementada	NA		

25 Normativa nacional de atención a la mujer embarazada; Normativa nacional para el CPN; Protocolo para la Vigilancia de la Mujer Embarazada; Guía nacional para tratamiento antirretroviral y monitoreo clínico y de laboratorio para mujeres embarazadas y con VIH y Norma nacional de profilaxis en recién nacidos hijos de madres VIH+.

26 El Reglamento de las ITS promulgado por el Congreso Nacional y las normas de atención de ITS.

3 Entorno				
	Porcentaje de normas nacionales de bioseguridad y protección universal actualizadas, socializadas e implementadas	ND		
	Actores clave: MSPAS(PNS), IGSS, Programa Nacional de Tuberculosis,			
3.1.1.3	Resultado: Incidir en la revisión, formulación y aplicación de normativas jurídicas y administrativas que respondan al respeto defensa y promoción de los Derechos Humanos en relación al VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Número de leyes revisadas, adecuadas, aprobadas y vigentes que protejan los derechos de las personas en relación al VIH e ITS	ND		
	Actores clave: ONG, PDH, Procuraduría General de la Nación, PNS, Comisión de Salud, Comisión de la Mujer y otras comisiones específicas del Congreso de la República de Guatemala			
3.1.2	Objetivo específico: Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y Sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos			
3.1.2.1	Resultado: Empoderar a la población viviendo con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de personas que conocen el proceso de la denuncia	ND		
	Actores clave: PDH y sus auxiliaturas, Red Legal y su Observatorio, Defensoría de la Mujer Indígena. Oficina de DDHH de PNC, Ministerio Público, ONG, Grupos de Base, Unidad de Pueblos Indígenas. MSPAS/PNS, COPRE-DEH, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, Defensoría de la Mujer Indígena. ONG que trabajan en comunidades indígenas			
3.1.2.2	Resultado: Asegurar que el Observatorio de Derechos Humanos da el acompañamiento y apoyo adecuado en la defensa y promoción de los derechos de las personas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Número de personas que reciben acompañamiento y asesoría legal en materia de derechos humanos	ND		
	Indicador: Porcentaje de denuncias resueltas sobre total de denuncias realizadas	ND		
	Actores clave: Red Legal, PDH			

Área prioritaria 4: Fortalecimiento institucional

Esta área prioritaria busca fortalecer la respuesta nacional articulada de las ITS, el VIH y el Sida. Parte de la necesidad de fortalecer no sólo a la CONASIDA como ente asesor en la respuesta nacional de ITS, VIH y Sida, sino también al PNS y a la sociedad civil. De esta manera se pretende que las instituciones e instancias que tienen una participación importante en la respuesta nacional cuenten con el sustento normativo, las capacidades organizacionales, técnicas y humanas necesarias y suficientes para desempeñar su labor.

El área prioritaria de fortalecimiento institucional se orienta a producir los siguientes efectos directos:

1. Una autoridad nacional multisectorial para la respuesta a las ITS, VIH y sida con mayor organización y participación
2. Cumplimiento de uno de los Principios de los Tres UNOS (Una autoridad nacional)²⁷

27 Los Tres UNOS son: Un Plan Estratégico Nacional, Una autoridad nacional y Un solo Sistema de Monitoreo y Evaluación.

3. Mejorar la respuesta nacional a las ITS, al VIH y al sida y de la calidad y ampliación de la cobertura del servicio de salud en el tema de ITS, VIH y sida a nivel comunitario
4. Asegurar la calidad de los procedimientos dentro del Banco de Sangre para evitar nuevas infecciones por medio de transfusiones de sangre
5. El Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo contribuyen de manera efectiva a la respuesta nacional a ITS y VIH
6. Participación activa de la sociedad civil con conocimiento para formular planes y propuestas
7. Fortalecer los sistemas comunitarios

Para lograr estos efectos directos se propusieron las siguientes intervenciones:

Capacitación

1. Elaborar e implementar un plan permanente de capacitación de recursos humanos

Políticas y normas operacionales

1. Analizar la situación actual de la ley y sus reglamentos
2. Actualizar la Política Pública 638-2005

Incidencia política

1. Realizar acciones de Incidencia política para la aprobación de la reforma de la ley 3947 al Decreto 27-2000
2. Realizar acciones de incidencia para incorporar al presupuesto nacional el monto asignado por ley

Coordinación y fortalecimiento

1. Costear el fortalecimiento de CONASIDA según líneas de presupuesto y de forma anual
2. Mejorar la infraestructura de la CONASIDA de acuerdo a necesidades identificadas e instalar capacidades técnicas necesarias para cumplir su mandato
3. Fortalecer la línea 1540 de atención telefónica al VIH y sida
4. Ampliar las relaciones intra programáticas con los diferentes programas del MSPAS
5. Ampliar la oferta de servicios en ITS y VIH en los establecimientos de salud, con enfoque de género y pertinencia cultural
6. Fortalecer la vigilancia periódica del cumplimiento de la normativa técnica y marco jurídico multisectorial a las ITS, VIH y sida en los niveles departamentales y municipales y en organizaciones de base comunitaria
7. Proveer insumos, equipamiento y brindar recursos humanos necesarios
8. Fortalecer alianzas estratégicas entre Ministerio de Trabajo, Seguro Social, Procuraduría de Derechos Humanos, organizaciones de Derechos Humanos, empresa privada para garantizar la inclusión de la temática de ITS, VIH y sida en las políticas laborales (internas y nacionales)
9. Establecer estrategias de IEC enfocadas al ámbito laboral e incidencia en el Congreso de la República de Guatemala para reformar el Código de Trabajo en virtud de violación de Derechos Humanos y contradicción con Decreto 27-2000

10. Estimular la participación activa de grupos más vulnerables y su integración en redes
11. Fortalecer las capacidades de los grupos más vulnerables y/o redes, para la elaboración de planes operativos y propuestas para la respuesta ante el VIH
12. Gestionar recursos financieros y técnicos para apoyar a grupos vulnerables

Posicionamiento

1. Posicionar como referente de información oficial al sitio web de CONASIDA

Línea de base y evidencia

1. Realizar un diagnóstico situacional de infraestructura, recursos humanos y capacidades técnicas necesarias en el PNS

Políticas y normas operacionales

1. Revisar, actualizar e implementar estrategia de IEC del PNS
2. Elaborar un Análisis de salud comunitario para el diseño e implementación de Planes Operativos Locales (POL) para VIH
3. Implementar el Plan “Educando en Salud”
4. Revisar e implementar por parte del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Repertorio de recomendaciones de la OIT
5. Elaborar directrices específicas que vinculen estrategias articuladas en la temática de ITS, VIH y sida, con las políticas laborales (internas y nacionales)
6. Socializar las directrices nacionales en materia de ITS, VIH y sida

Capacitación

1. Elaborar e implementar un plan continuo de capacitación integral
2. Capacitar recursos humanos en la promoción de las directrices nacionales respecto a VIH y sida
3. Establecer programas de sensibilización y capacitación en el lugar de trabajo a fin de informar, educar y comunicar al personal de MINTRAB sobre la prevención de ITS, VIH y sida

Monitoreo

1. Coordinar monitoreo en la temática dando cumplimiento al sistema unificado de monitoreo
2. Estandarizar los mecanismos de reporte de MyE en la temática de ITS, VIH y sida a nivel nacional

Estas intervenciones fueron organizadas en seis resultados orientados a: posicionar a la Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en prevención de ITS, VIH y sida (CONASIDA) como ente asesor en la respuesta nacional de ITS, VIH y Sida, fortalecer al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida en su capacidad de dirigir, organizar y desarrollar los servicios públicos de salud, en relación al VIH, ITS, las poblaciones más expuestas y personas con VIH, fortalecer la capacidad de respuesta del Ministerio de Trabajo –MINTRAB– y las organizaciones de la sociedad civil.

A continuación se desarrolla en detalle esta área prioritaria:



4 Fortalecimiento institucional				
4.1	Objetivo estratégico: Fortalecer la respuesta nacional articulada de las ITS, el VIH y el sida			
4.1.1	Objetivo específico: Fortalecimiento de la capacidad técnica y operativa de la Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la Epidemia de VIH y Sida			
4.1.1.1	Resultado: Posicionar a la Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en prevención de ITS, VIH y Sida (CONASIDA) como ente asesor en la respuesta nacional de ITS, VIH y sida con enfoque de derechos humanos de manera intersectorial e interinstitucional			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Marco legal aprobado en relación a la estructura necesaria para el funcionamiento de CONASIDA	Ley pendiente de aprobación		
	Indicador: Política Pública 638-2005 actualizada	ND		
	Indicador: Número de instituciones que participan en CONASIDA	ND		
	Indicador: Porcentaje de metas logradas del plan de trabajo sobre el total planificadas	ND		
	Actores clave: MSPAS, Congreso de la República y las Comisiones específicas, CONASIDA, SEGEPLAN, UPE, COPREDEH, INAP, SEPREM, Secretaría de Comunicación Social de Presidencia de la República, Comunicación Social/MSPAS, ONG, Agencias de Cooperación			
4.1.2	Objetivo específico: Fortalecer la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada			
4.1.2.1	Resultado: Posicionar al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida a nivel nacional en la en la respuesta técnico-normativa			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de metas logradas del plan de trabajo sobre el total planificadas	ND		
	Actores clave: MSPAS, CONASIDA, PNS, UPE, Comunicación Social/MSPAS, Unidad de M Y E/PNS, IGSS, Congreso de la República de Guatemala			
4.1.2.2	Resultado: Fortalecer el SIAS en su capacidad de dirigir, organizar y desarrollar los servicios públicos de salud, en relación al VIH, ITS, las poblaciones más expuestas y PV			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Número de redes multisectoriales que dan respuesta al tema de ITS, VIH y sida, conformadas por SIAS	ND		
	Actores clave: SIAS, Direcciones de Áreas de Salud/MSPAS, CONASIDA-Redes Multisectoriales Locales			
4.1.2.3	Resultado: Aumentar el porcentaje de laboratorios y bancos de sangre con controles de calidad interno y externo			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de bancos de sangre que cuentan con controles de calidad internos y externos	ND		
	Actores clave: MSPAS, Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, PNS, SIGSA, Vice ministerio de Hospitales, DRPAP (Dirección de Regulación de Programas de Atención a las Personas), IGSS, Agencias de Cooperación, Bancos de Sangre privados			
4.1.3	Objetivo específico: Fortalecer las capacidades técnicas y operativas de instituciones del sector público para su participación activa con el fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta a las ITS, VIH y Sida.			
4.1.3.1	Resultado: Asegurar la participación del Ministerio de Trabajo –MINTRAB– en el cumplimiento de la ley en la temática de ITS, VIH y sida			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de denuncias de violación de derechos en el ámbito laboral que son consideradas	ND		

4 Fortalecimiento institucional			
	Actores clave: MINTRAB, Asociaciones Empresariales, IGSS, COPREDEH, PDH, PNS/MSPAS		
4.1.4	Objetivo específico: Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil organizada para mejorar su participación en la respuesta nacional a las ITS, VIH y sida		
	Resultado: Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil organizada y fomentar el fortalecimiento de sistemas comunitarios para mejorar su participación en la respuesta nacional a las ITS e VIH y sida		
	Indicador	Línea de base	2013
	Número de organizaciones de poblaciones más vulnerables vinculadas a las redes nacionales Indicador: Porcentaje de propuestas aprobadas de las organizaciones de grupos vulnerables o de redes	ND	

Área prioritaria 5: Monitoreo y evaluación

El Sistema de Monitoreo y Evaluación, cuyo detalle se presenta en el volumen 4, se orienta a la producción de los siguientes efectos directos:

1. Cumplimiento de uno de los Tres Unos
2. Establecer un canal rutinario de información que facilite el intercambio de información oportuna con calidad
3. Recursos humanos disponibles y capacitados para el MyE
4. M y E de la epidemia y la respuesta fortalecida mediante un instrumento único que define indicadores y organiza la recolección sistemática de información de ITS, VIH y sida; así como los medios para medir el avance y evaluar la respuesta nacional a la epidemia
5. Implementación del plan de MyE
6. Mayor y mejor conocimiento de la situación y tendencias de la epidemia
7. Un sistema de vigilancia epidemiológica fortalecido, regulado y actualizado
8. Para lograr estos efectos directos, se propusieron las siguientes intervenciones:

Componentes del Sistema Único de Monitoreo y Evaluación

1. Revisión periódica de implementación de componentes del sistema de MyE
2. Asegurar que instancia nacional de MyE revisa y prioriza la implementación de lo siguiente:
 - a. Estructuras organizacionales con funciones de MyE
 - b. Disponibilidad de recursos humanos en MyE de VIH
 - c. Implementación de alianzas para planear, coordinar y gestionar el sistema de MyE
 - d. Desarrollo, implementación de un plan de MyE
 - e. Desarrollo e implementación de un plan operacional costado de MyE de VIH
 - f. Realizar abogacía y comunicaciones para promover una cultura de MyE
 - g. Monitoreo programático rutinario de VIH
 - h. Implementación de encuestas y estudios de vigilancia epidemiológica
 - i. Desarrollar, actualizar y ajustar las bases de datos sobre VIH a nivel nacional y sub-nacional
 - j. Diseño e implementación de una agenda de investigación
 - k. Auditoría de datos
 - l. Uso y disseminación de datos

Estas intervenciones fueron organizadas en un resultado orientado a implementación de los componentes del sistema único de MyE

El detalle de esta información se ofrece a continuación:

5 Sistema de Monitoreo y Evaluación				
5.1	Objetivo estratégico: Desarrollar e implementar a partir del año 2011 un sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones			
5.1.1	Objetivo específico: Implementar componentes del sistema único de MyE de acuerdo a mejores prácticas internacionales y a necesidades de la respuesta nacional			
5.1.1.1	Resultado: Asegurar la implementación de los 12 Resultados del sistema único de MyE			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Número de resultados del sistema único de MyE implementados (Ver Volumen IV de la estrategia)	Sin línea de base		
	Actores clave: Instancia Nacional de MyE/Comité Técnico/CONASIDA /MPAS(PNS)/ /SEGEPLAN			

DE LOS COMPROMISOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Nuestro país ha adquirido numerosos compromisos regionales e internacionales en materia de VIH y Sida. En este sentido, resulta importante contar con información de los diversos acuerdos, convenios y compromisos adquiridos sobre los que el país reporta y sobre los que se ha logrado cumplimiento. Estos compromisos incluyen los acuerdos presidenciales de la Declaración de San Salvador, la Declaración Biministerial Prevenir con Educación, UNGASS, Acceso Universal y los ODM.

Al dar seguimiento a los acuerdos mencionados, el país mejora su rendición de cuentas, sus procesos de reporte y cumplimiento de metas y su transparencia en cuanto a los compromisos adquiridos.

El área prioritaria de compromisos nacionales e internacionales se orienta a producir el siguiente efecto directo: Crear un grupo bajo el liderazgo de SEGEPLAN y el Ministerio de Relaciones Exteriores que dé seguimiento a compromisos internacionales.

Para lograr este efecto directo, se propusieron las siguientes intervenciones:

Coordinación y fortalecimiento

1. Fortalecer o crear (si no existe) un grupo que dé seguimiento a compromisos internacionales

Análisis y seguimiento de compromisos internacionales y su cumplimiento

1. Análisis de Informes UNGASS
2. Realizar seguimiento nacional de avance de los 11 acuerdos presidenciales mediante análisis de Informes y Evaluaciones de SICA o COMISCA contabilizando los acuerdos monitoreados y sobre los que se ha reportado información
3. Recopilar evidencia de reportes de datos y cumplimiento sobre acuerdos presidenciales

4. Realizar seguimiento nacional de avance y cumplimiento de los acuerdos de la declaración Ministerial de la Ciudad de México mediante análisis e informes del Ministerio de Salud y de Educación contabilizando los acuerdos que han sido monitoreados
5. Recopilar evidencia de reportes de PNUD contabilizando si la meta relacionada a VIH ha sido monitoreada, reportada y cumplida
6. Revisión de Informe de Acceso Universal contabilizando las metas que han sido monitoreadas y sobre las que se ha reportado o cumplido

Diseminación de información

1. Diseminar información sobre los acuerdos presidenciales entre actores de la respuesta nacional

Estas intervenciones fueron organizadas en dos resultados orientados a monitorear y reportar sobre los compromisos internacionales y verificar el cumplimiento de los mismos.

5 Monitoreo y Evaluación				
5.2.	Objetivo estratégico: Cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en materia de VIH y sida			
5.2.1	Objetivo específico: Asegurar el monitoreo y reporte de compromisos en materia de VIH y sida			
5.2.1.1	Resultado: Monitorear y reportar los acuerdos y compromisos internacionales en materia de VIH y sida			
	Indicador: Para cada compromiso internacional	Línea de base	2013	2015
	UNGASS: Número indicadores (25) que son monitoreados y reportados	25	22	25
	Acuerdos Presidenciales en VIH y Sida – Declaración de San Salvador 2005: 11 acuerdos que son monitoreados y reportados	ND		
	Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con Educación”: Número de metas cuya información es monitoreada y reportada	ND		
	Meta de Desarrollo del Milenio relacionadas a VIH y Sida: Número de indicadores (10) para el cumplimiento del Objetivo 6: “Combatir El VIH y Sida, la Malaria y Otras Enfermedades” que son monitoreados y reportados	ND		
	Metas de Acceso Universal: Número de los 59 indicadores para el cumplimiento de las metas que son monitoreados y reportados	Lo reportado en Informe de Acceso Universal		
	Actores clave: MSPAS (PNS), CONASIDA, ONUSIDA, PNUD, MINEDUC, MINREX, SEGEPLAN			
5.2.2	Objetivo específico: Asegurar el cumplimiento de compromisos en materia de VIH y sida			
5.2.2.1	Resultado: Cumplir con los acuerdos internacionales en materia de VIH y sida			
	Indicador: Para cada compromiso internacional	Línea de base	2013	2015
	Acuerdos Presidenciales en VIH y Sida-Declaración de San Salvador 2005: Número de los 11 acuerdos que son cumplidos	Sin línea de base		
	Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con Educación”: Número de las metas que son cumplidas	Sin línea de base		
	Meta de Desarrollo del Milenio relacionadas a VIH y sida: Número de las metas que son cumplidas	Sin línea de base		
	Metas de Acceso Universal: Número de las metas que son cumplidas	Sin línea de base		
	Actores clave: MSPAS (PNS), CONASIDA, ONUSIDA, PNUD, MINEDUC, OSAR, SEGEPLAN			

6. Intervenciones estratégicas por poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) y de mayor vulnerabilidad

Como se indicó una de las características esenciales de este Plan Estratégico y el Marco de Resultados es que esté centrado en las personas. En tal sentido, a continuación se presenta, para cada grupo poblacional, un resumen de objetivos, resultados y efectos directos. De esta manera se ofrece perspectiva adicional de los diversos elementos considerados, así como de las carencias de información encontradas.

Hombres que tienen sexo con hombres

Dentro del marco de resultados, los hombres que tienen sexo con hombres son considerados en el área prioritaria 1: promoción y prevención primaria. Para esta población se formularon 4 objetivos específicos y 5 resultados. Para esta población no se cuenta con evidencia en lo que respecta al porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas, lo cual indica la necesidad de fortalecimiento de la información en esta área.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de varones que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina	77.8%	84.0%	90.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	83.1%	87.0%	90.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones, Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	32.94%	40.0%	50.0%
Actores clave: MSPAS(PNS), ONG				
Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.				
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	<25 años: 63.38% >=25 años: 65.84%	<25 años: 80.0% >=25 años: 80.0%	<25 años: 95.0% >=25 años: 95.0%
Actores clave: MSPAS(PNS), IGSS, ONG, Sector privado				
Efectos directos: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población HSH con mayor información y conocimiento sobre VIH				
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	Sin línea de base		
Actores clave: MSPAS Unidad de Gestión de la Calidad, PNS, DAS y SIAS				
Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención				

Población Trans

Al igual que en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, para esta población se formularon 4 objetivos específicos y 5 resultados. No se cuenta con evidencia para tres de los cinco resultados formulados para esta población, específicamente en lo que respecta a conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS, realización de la prueba de VIH y el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	87.0%	90.0%	95.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	85.0%	90.0%	95.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR, PNS, Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones, Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	ND		
	Actores clave: MSPAS(PNS), ONG			
	Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	ND		
	Actores clave: MSPAS(PNS), IGSS, ONG, Sector privado			
	Efectos directos: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población Trans con mayor información y conocimiento sobre VIH			
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	ND		
	Actores clave: MSPAS Unidad de Gestión de la Calidad, PNS, DAS y SIAS			
	Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención			

Mujeres trabajadoras sexuales

Las mujeres trabajadoras sexuales fueron consideradas en el área prioritaria 1: promoción y prevención primaria. Para esta población se formularon 4 objetivos específicos y 5 resultados. Para esta población no se cuenta con evidencia en lo que respecta al porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas, lo cual indica la necesidad de fortalecimiento de la información en esta área.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de profesionales del sexo mujeres que declara haber usado un condón con su último cliente	95.6%	97.0%	100.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	70.2%	80.0%	90.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones, Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	3.27%	10.0%	15.0%
	Actores clave: MSPAS(PNS), ONG			
	Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	92.5%	100%	100%
	Actores clave: MSPAS(PNS), IGSS, ONG, Sector privado			
	Efectos directos: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población MTS con mayor información y conocimiento sobre VIH			
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	ND		
	Actores clave: MSPAS Unidad de Gestión de la Calidad, PNS, DAS y SIAS			
	Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención			

Personas privadas de libertad

Para esta población se formularon 4 objetivos específicos y 5 resultados. Sin embargo, es importante mencionar que no se cuenta con líneas de base para los indicadores propuestos para esta población, lo cual sugiere la necesidad de completar la evidencia para este grupo.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	12.5%	25.0%	50.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Sistema Penitenciario			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Sector privado, ONGs			
	Efecto directo: Mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones, Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Sistema Penitenciario			
	Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	ND		
Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Sistema Penitenciario				
Efectos directos: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población privada de libertad con mayor información y conocimiento sobre VIH				
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	ND		
Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Sistema Penitenciario				
Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención				

Jóvenes en riesgo social

Esta población está considerada en el área prioritaria 1: Promoción y Prevención primaria. Para esta población se formularon 2 objetivos específicos y 2 resultados. Sin embargo, es importante mencionar que no se cuenta con líneas de base para los indicadores propuestos para esta población, lo cual sugiere la necesidad de completar la evidencia para este grupo.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	ND		
Actores clave: MSPAS, Ministerio de Educación Pública, CONJUVE, COCODES, COMUDES CODEDES, ONGs. Sector Privado, Sector laboral, Municipalidades, Iglesias, Organizaciones basadas en la Fe				
Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.				
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	ND		
Actores clave: MSPAS (Unidad de Gestión de la Calidad, PNS, DAS y SIAS), ONGs, Agencias de Cooperación				
Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención				



Personal uniformado

Para esta población se formularon 4 objetivos específicos y 5 resultados. Sin embargo, es importante mencionar que no se cuenta con líneas de base para los indicadores propuestos para esta población, lo cual sugiere la necesidad de completar la evidencia para este grupo.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.1.2	Resultado: Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que declara haber usado lubricante a base de agua junto con el condón en el último coito anal	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa			
	Efecto directo: Mejorar la efectividad del condón como mecanismo de prevención y así evitar nuevas infecciones, Reducción del uso de lubricante que no es a base de agua			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa			
	Efecto directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa			
	Efectos directos: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Personal uniformado con mayor información y conocimiento sobre VIH			
1.1.8	Objetivo específico: Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica			
1.1.8.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje con síntomas de ITS que han recibido un diagnóstico, han sido tratados y han recibido asesoría	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa			
	Efecto directo: Reducción de nuevas infecciones de ITS y VIH, Personas con mayor conocimiento sobre prevención			

Población indígena

Esta población está considerada dentro de dos áreas prioritarias, a saber, Promoción y prevención primaria y Entorno. Para esta población se formularon 2 objetivos específicos y 2 resultados. Es importante mencionar sin embargo que para esta población no se cuenta con evidencia sobre el porcentaje de personas que conocen el proceso de la denuncia de violación de derechos humanos.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	1.57%	5.0%	10.0%
	Actores clave: MSPAS, PNS, IGSS, ONG, COPREDEH			
	Efecto directo: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población con mayor información conocimiento e información sobre VIH			
3 Área prioritaria: Entorno				
3.1	Objetivo Estratégico: Lograr condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención, el ejercicio pleno y el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH, Sida e ITS y de las poblaciones en mayor riesgo			
3.1.2	Objetivo específico: Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos			
3.1.2.1	Resultado: Empoderar a la población viviendo con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de personas que conocen el proceso de la denuncia	ND		
	Actores clave: MSPAS, PNS, IGSS, ONG, PDH y sus auxiliaturas, COPREDEH, Red Legal y su Observatorio. Defensoría de la Mujer Indígena, Oficina de Derechos Humanos de PNC, Ministerio Público, ONG, Grupos de Base, Unidad de Pueblos Indígenas, MSPAS/PNS, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, Defensoría de la Mujer Indígena, ONG que trabajan en comunidades indígenas			
	Efecto directo: Personas de las poblaciones afectadas con mayor capacidad para identificar y denunciar violaciones de sus derechos			

Mujeres embarazadas

Para esta población, la cual está considerada en el área prioritaria de promoción y prevención primaria, se formularon dos objetivos específicos y 4 resultados. No se cuenta con evidencia para los indicadores siguientes: Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a CPN y se hacen la prueba de ITS y el porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.6	Objetivo específico: Prevenir la transmisión materno infantil del VIH			
1.1.6.1	Resultado: Aumentar la cobertura de mujeres embarazadas que asisten a control prenatal			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de mujeres embarazadas que concurren a CPN según normativa nacional	40.0%	50.0%	60.0%
	Actores clave: MSPAS, SIAS, Extensión de cobertura (ONG), APROFAM, Hospitales Privados, Asociación de Ginecología			
	Efecto directo: Captación de la Mujer embarazada para brindarle atención integral, Mejora la salud materno infantil.			
1.1.6.2	Resultado: Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal que se realizan la prueba de ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a CPN y se hacen la prueba de ITS	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), IGSS			
	Efecto directo: Disminuir el número de mujeres embarazadas con Sífilis y otras ITS, Disminuir la Sífilis congénita, Disminuir el número de reinfecciones, Mejor conocimiento sobre ITS/VIH y Sida.			
1.1.6.3	Resultado: Aumentar la cobertura de mujeres embarazadas en Control Prenatal que se hacen la prueba de VIH			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje en control prenatal que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND		
	Actores clave: MSPAS, IGSS, PNSR, PNS, Subsector Privado			
	Efectos directos: Captación de la mujer embarazada para brindar asesoría sobre la prueba de VIH y captación de la mujer embarazada VIH+ para darle tratamiento oportuno, Captación de la pareja de la mujer embarazada			
1.1.7	Objetivo específico: Garantizar medidas preventivas de profilaxis de transmisión perinatal de VIH			
1.1.7.1	Resultado: Aumentar la cobertura de mujeres con VIH embarazadas que reciben TARV durante el periodo de gestación (desde la semana catorce) para prevenir la transmisión materno infantil del VIH			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de embarazadas y con VIH que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	23.0%	30.0%	40.0%
	Actores clave: MSPAS, UAIS, PNS, PNSR, IGSS			
	Efecto directo: Reducir la transmisión materno infantil del VIH			

Recién nacidos y lactantes

Para esta población, considerada dentro del área de promoción y prevención primaria, se formuló un objetivo específico y dos resultados. No se cuenta con evidencia para los dos indicadores planteados para esta población, lo cual indica la necesidad de fortalecimiento de la información para este grupo.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.7	Objetivo específico: Garantizar medidas preventivas de profilaxis de transmisión perinatal de VIH			
1.1.7.2	Resultado: Aumentar la cobertura de niñas (os) nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de recién nacidos de madres con VIH que reciben profilaxis ARV según normativa nacional	ND		
	Actores clave: MSPAS, UAIS, PNS, PNSR, IGSS			
	Efecto directo: Reducir las nuevas infecciones de VIH en recién nacidos y lactantes			
1.1.7.3	Resultado: Aumentar la cobertura de infantes nacidos de Madre VIH+ que reciben sucedáneo de leche materna			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional	ND		
	Actores clave: MSPAS, UAIS, PNS, PNSR, IGSS			
	Efecto Directo: Reducir las nuevas infecciones de VIH en recién nacidos y lactantes			

Poblaciones móviles

Para esta población, considerada dentro del área de promoción y prevención primaria, se formularon dos objetivos específicos y dos resultados. Para ninguno de estos resultados se cuenta con evidencia.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), Ministerio de Gobernación, Dirección General de Migración			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.2	Objetivo específico: Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH			
1.1.2.1	Resultado: Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), Ministerio de Gobernación, ONG			
	Efecto Directo: Población mejor Informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH			

Población general

Para la población general, considerada dentro del área de promoción y prevención primaria, se formularon dos objetivos específicos y dos resultados.

1 Área prioritaria: Promoción y prevención primaria				
1.1	Objetivo estratégico: Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general			
1.1.1	Objetivo específico: Prevenir la transmisión sexual de las ITS y el VIH			
1.1.1.1	Resultado: Aumentar el uso correcto y consistente del condón			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual	Hombres	Hombres	Hombres
		62.3%	70.0%	85.0%
		Mujeres	Mujeres	Mujeres
		24.2%	35.0%	45.0%
	Actores clave: MSPAS, PNSR , PNS , Sector privado, IGSS, APROFAM			
	Efecto directo: Evitar nuevas infecciones de ITS y VIH y reinfecciones VIH			
1.1.3	Objetivo específico: Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias			
1.1.3.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Hombres	Hombres	Hombres
		2.9%	10.0%	20.0%
		Mujeres	Mujeres	Mujeres
		4.01%	10.0%	20.0%
	Actores clave: MSPAS (PNS), IGSS,ONG, sector privado			
	Efecto Directo: Detección temprana de nuevos casos de VIH para dar Atención Integral (incluido TB) a las PV y a su núcleo familiar, Población general con mayor información conocimiento e información sobre VIH			

Personas con VIH

Esta población se consideró dentro dos áreas prioritarias, a saber, (i) atención integral y prevención secundaria y (ii) entorno. Dentro del área de atención integral y prevención secundaria para esta población se formularon dos objetivos específicos y tres resultados. Dentro del área de entorno, para esta población se formuló únicamente un objetivo específico y un resultado. Sin embargo, no se cuenta con evidencia sobre el porcentaje de adultos con infección por VIH avanzada que reciben atención y profilaxis para IO (excluyendo TARV), porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas que ofrecen servicios de prevención dirigido a PV y el porcentaje de personas que conocen el proceso de la denuncia de violación de derechos humanos.

2 Área prioritaria: Atención Integral y prevención secundaria

2.1	Objetivo Estratégico: Brindar atención integral de ITS VIH y sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario			
2.1.1	Objetivo específico: Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos			
2.1.1.1	Resultado: Aumentar la cobertura de PV que reciben terapia antirretroviral			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de adultos con infección por el VIH avanzada que recibe TARV	Hombres	Hombres	Hombres
		62.0%	70.0%	80.0%
		Mujeres	Mujeres	Mujeres
		94.0%	95.0%	98.0%
	Porcentaje de niñas (os) (< 15 años) con infección por el VIH avanzada que recibe TARV	43.8%	50.0%	60.0%
	Actores clave: MSPAS(PNS), UAI, CNE, Vice ministerio de Hospitales, IGSS			
	Efecto directo: Mejorar la calidad de vida y aumentar la sobrevida de las PV			
2.1.1.2	Resultado: Aumentar la cobertura de PV que reciben atención y tratamiento para Infecciones Oportunistas(IO) (excluyendo TARV)			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de adultos con infección por VIH avanzada que reciben atención y profilaxis para IO (excluyendo TARV)	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), UAI, CNE, IGSS			
	Efecto directo: Mejorar la calidad de vida y aumentar la sobrevida, Manejo correcto y temprano de las infecciones oportunistas, que siguen siendo la causa más importante de mortalidad			
2.1.2	Objetivo específico: Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento			
2.1.2.1	Resultado: Aumentar el porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas, que ofrezcan servicios de prevención dirigido a las PV (prevención secundaria)			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas que ofrecen servicios de prevención dirigido a PV	ND		
	Actores clave: MSPAS (PNS), IGSS			
	Efecto directo: Mejorar la calidad de vida de PV y sus familiares, Evitar re-infección			

3 Área Prioritaria: Entorno

3.1	Objetivo estratégico: Lograr condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención de las personas y el respeto de sus derechos humanos			
3.1.2	Objetivo específico: Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos			
3.1.2.1	Resultado: Empoderar a la población viviendo con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de personas que conocen el proceso de la denuncia de violación de derechos humanos	ND		
	Actores clave: PDH y sus auxiliaturas, Red Legal y su Observatorio, Defensoría de la Mujer Indígena, Oficina de Derechos Humanos de PNC, Ministerio Público, ONG, Grupos de Base, Unidad de Pueblos Indígenas, MSPAS/PNS, COPREDEH, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa Defensoría de la Mujer Indígena, ONG que trabajan en comunidades indígenas			
	Efecto directo: Personas de las poblaciones afectadas con mayor capacidad para identificar y denunciar violaciones de sus derechos, Derechos humanos de los grupos de personas vulnerables son respetados			

Personas con co-infección VIH y TB

Para esta población se definió un objetivo específico y un resultado dentro del área prioritaria de atención integral y prevención secundaria.

2 Área prioritaria: Atención Integral y prevención secundaria				
2.1	Objetivo Estratégico: Brindar atención integral de ITS VIH y sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario			
2.1.1	Objetivo específico: Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos			
2.1.1.3	Resultado: Aumentar la cobertura de PV con TB que reciben TARV y tratamiento para TB			
	Indicador	Línea de base	2013	2015
	Porcentaje de casos estimados de co-infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	10.5%	50.0%	100.0%
	Actores clave: Coordinador del Programa Nacional de TB, Coordinador de Atención Integral del Programa Nacional de Sida, Vice ministerio de Hospitales, Fundación Damián, IGSS, Sanidad Militar, Gobernación, SIAS, DAS, LNS, OPS, USAID/PASCA, CDC-GAP, URC			
	Efecto directo: Mejorar la calidad de sobrevivida, Disminuir la probabilidad de TB en pacientes con VIH.			

7. Financiamiento y auditoría

Proceso metodológico

La estimación de los recursos necesarios para la respuesta estratégica actualizada al VIH y el sida de Guatemala fue desarrollada por el Modelo de necesidades de recursos (RNM, por sus siglas en inglés). Este modelo calcula el total de recursos financieros que se necesitan en el ámbito nacional para brindar prevención y atención de VIH y sida. Fue utilizado en 2001 para estimar cuánto costaría alcanzar las metas fijadas por UNGASS (Schwartlander 2001) respecto al VIH y sida a nivel global. Para una breve descripción del modelo, referirse al anexo 3 de este volumen.

Tamaño de las poblaciones. El Modelo de necesidad de recursos utiliza datos demográficos relativos a tamaño y composición de la población, así como datos epidemiológicos sobre la cantidad de personas con VIH y personas que avanzan hacia las últimas etapas de la infección cada año. Todas estas estimaciones se obtienen de Spectrum (Futures Group), un programa que produce cifras aproximadas y proyecciones, como indicadores clave de demografía y VIH y Sida. Para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor prioridad, se hicieron los cálculos siguientes:

- **A la población adulta**, se multiplicó la prevalencia de VIH (0.8%) para obtener el tamaño de personas con VIH (67 mil adultos) y 3 mil niñas (os)
- **A la población adulta masculina**, se aplicó el 4% para estimar la población (160 mil) de HSH y el 1% de los HSH para estimar los trabajadores sexuales masculinos y Trans (1.6 mil). A la población adulta femenina, se aplicó el 0.6% para estimar la población de trabajadoras sexuales femeninas (22 mil).
- **Para privados de libertad**, se usó la cifra oficial de 8,000. Para el personal uniformado también se utilizó la cifra oficial de 20 mil. La población de jóvenes en riesgo se tomó de la totalidad de jóvenes no escolarizados (1.5 millones).
- **Para la movilización comunitaria** sólo se tuvieron en cuenta las intervenciones realizadas en los días relacionados con la respuesta ante el VIH y sida.
- **Para la prestación de servicios** (tratamiento de ITS, prueba voluntaria, prevención de transmisión materno infantil), y cuidados de salud (transfusión de sangre segura, profilaxis post-exposición, etc.) el cálculo fue basado en la evidencia encontrada en el país, o sobre el principio de acceso universal o sobre valores aproximados encontrados en otros países.
- **Para los servicios cuidados y tratamiento**, las estimaciones son calculadas por el modelo, a partir de los datos demográficos y epidemiológicos de Guatemala.

Reflexión sobre el costeo unitario. La existencia en Guatemala de estimaciones de costeo unitario es limitada. A nivel global, existe enorme variación en costos unitarios encontrados en diferentes países debido a que cada país ofrece distintos elementos para las diversas intervenciones. Por ejemplo, algunos países agregan a la intervención la distribución de condones, la educación de pares, el tratamiento de las

infecciones de transmisión sexual, y la prueba de VIH a ciertas poblaciones clave como los trabajadores sexuales, lo cual aumenta considerablemente los costos unitarios.

El costeo mínimo de la intervención de distribución de condones no puede ser más bajo que el costeo de un condón multiplicado por la cantidad distribuida a una persona. Por ejemplo, de un lado, si un condón cuesta \$0.14, la distribución de 200 condones a trabajadoras sexuales cuesta US\$ 28 al año. Los condones comercializados en el sector privado tienen un costo US\$ 0.36. Esta diferencia de precio puede ser la base de una modificación de la estrategia, promoviendo la mayor cobertura con condones a precios de US\$ 0.14.

A nivel global, usualmente, el paquete mínimo de intervenciones dirigido a HSH y trabajadores sexuales, incluye distribución de condones y educación de pares. Para jóvenes escolarizados, se focaliza en la educación de los maestros para que ellos transfirieran el conocimiento en la clase. Para jóvenes no escolarizados, se focaliza en la educación de pares. Para las intervenciones en el lugar de trabajo, el paquete puede incluir la distribución de condones, el tratamiento de ITS, y la educación de pares en un ámbito favorable y contra al estigma y discriminación. Así, el costeo unitario está directamente relacionado a los paquetes de intervenciones dirigidos a las comunidades. Para las intervenciones de prevención en la estimación de costeo para Guatemala, los paquetes varían en un rango entre US\$ 2 y US\$184.

El costeo unitario para la prestación de servicios, cuidados de salud, y servicios de cuidado y tratamiento, fue obtenido a partir de las estimaciones de MEGAS 2008 por falta de otras cifras nacionales.

TABLA 7-1
Estudios de estimación (rango) de indicadores de comportamiento de HSH
en países de América Latina (1990-2004)

Características seleccionadas de comportamiento de HSH	Rango	
	Bajo	Alto
Sexo con hombre, alguna vez, de por vida	2.5%	48.5%
Sexo anal con otro hombre, de por vida	5.8%	9.2%
Sexo con hombre, último año	1.0%	7.6%
Prevalencia sexo hombre con hombre, de por vida	2.0%	25.0%
Prevalencia sexo hombre con hombre, último año	1.0%	8.0%
Alto Riesgo sexo hombre con hombre (proporción de HSH), último año	34.0%	80%
Alto riesgo sexo hombre con hombre (proporción estimada de todos hombres)	0.8%	4.8%

Fuente: Cáceres

TABLA 7-2
Porcentaje estimado de trabajadoras del sexo
en países de América Latina (2001)

País	%
República Dominicana	1.8%
Belice	7.4%
Haití	2.0%
Bolivia	0.2%
Colombia	0.7%
Perú	0.3%
Venezuela	1.5%

Fuente: Vanderpitte, et al.²⁸

28 Vanderpitte, J.; Lyerla, R.; Dallabetta, G.; Crabbé, F.; Alary, M., and Buvé, A. *Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world*. *BMJ Journals - Sexually Transmitted Infections: Improved Methods and Tools for HIV/AIDS Estimates and Projections*. 2006 Jun; 82 (Suppl III) :iii18-iii25.

Línea de base y metas. La estimación de la línea de base se tomó del Volumen 3 *Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia*; y del volumen 2 *Marco de Resultados*. Para las metas, se usó el principio de acceso universal o límites basado en una lógica de proveer servicios a la población.

TABLA 7-3
Costeo unitario, tamaño poblacional, línea de base y metas del PEN 2011-2015

Áreas Programáticas	Base de Cálculo: Guatemala			
	Costo Unitario	Universo	Línea de Base	Metas 2015
Poblaciones con mayor prioridad				
Persona con VIH	\$80.0	66,727	16%	20%
Hombres que tienen sexo con hombres	\$52.8	159,719	89%	90%
Trans y trabajadores sexuales	\$57.8	1,602	89%	90%
Mujeres trabajadoras sexuales	\$64.4	22,166	93%	95%
Personas privadas de libertad	\$35.0	8,416	83%	90%
Jóvenes en riesgo social	\$35.0	1,518,239	0%	1%
Maestros: sistema escolar (Capacitación)	\$50.0	168,427	13%	20%
Personal uniformados	\$35.0	21,041	72%	90%
Pacientes con TB	\$35.0	3,594	35%	90%
Población general				
Programas en el lugar de trabajo	\$10.2	3,208,621	2%	5%
Movilización de la comunidad	\$2.0	8,366,860	5%	5%
Prestación de servicios				
Abastecimiento de Condomes	\$0.2	46,753,620	55%	78%
Administración de ITS	\$19.8	139,612	57%	60%
TVC Asesoría Voluntaria	\$23.2	7,340,158	1%	1%
TVC para Mujeres en CPN	\$23.2	423,492	43%	80%
Prevención de transmisión de materno infantil	\$422.2	929	92%	90%
Medios masivos de comunicación				
Cuidados de Salud				
Transfusiones de sangre segura	\$14.1	128,721	83%	100%
Profilaxis post-exposición	\$1,520.0	196	58%	75%
Inyecciones seguras		-	0%	0%
Precauciones universales (camas hospitalarias)	\$1.0	15,324	47%	100%
Servicios de cuidado y tratamiento				
TARV	\$1,271.9	10,716	42%	80%
Cuidado (no-ARV) y profilaxis	\$416.4	2,854	43%	80%
Atención y cuidados hospitalarios	\$2,312.3	69,846	14%	14%
Cuidado paliativo	\$500.0	1,683	42%	80%
Apoyo nutricional (personas necesidades)	\$346.0	177	9%	9%
Tuberculosis	\$300.0	2,755	100%	100%
Políticas, Admón., Investigación y MyE				
Investigación				3%
Monitoreo y evaluación				6%
Producción de evidencia				1%
Políticas, administración, etc.				17%

Resultado

Los resultados obtenidos son analizados desde dos puntos de vista, por un lado, las necesidades de recursos para implementar este plan estratégico y, por el otro, las brechas encontradas con el actual padrón de gasto en respuesta al VIH y sida.²⁹

Se estima que se necesitarán aproximadamente US \$516 millones de dólares; o un promedio de US\$ 103 millones de dólares por año, para cubrir los requerimientos de la Respuesta Estratégica actualizada al VIH y sida de Guatemala hacia el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2011-2015 (Tabla 7-4). El detalle para cada año del periodo 2011-2015 se incluye en el anexo 4, en él se presenta la matriz completa de costeo.

TABLA 7-4
Estimación total de recursos por áreas programáticas

Descripción	Total	%
Áreas Programáticas	2011-2015	
PEMAR	\$64,506,422	12.5%
Población General	\$10,944,026	2.1%
Prestación de servicios	\$91,026,369	17.6%
Cuidados de Salud	\$9,844,970	1.9%
Total Prevención	\$176,321,786	34.2%
Servicios de cuidado y tratamiento	\$230,148,949	44.6%
Políticas, Administración, Investigación y MyE	\$109,747,099	21.3%
Total³⁰US\$	\$516,217,834	100.0%

TABLA 7-5
Estimación de los recursos anuales promedio necesarios para el PEN 2011-2015

Políticas, Admón., Investigación y MyE	Promedio anual	% Gasto Total	% Gestión
Investigación	\$12,194,122	2.4%	11.1%
Monitoreo y evaluación	\$24,388,244	4.7%	22.2%
Producción de evidencia	\$4,064,707	0.8%	3.7%
Políticas, administración, etc.	\$69,100,025	13.4%	63.0%
Sub Total	\$109,747,099	21.3%	100.0%

El presupuesto promedio para el periodo 2011-2015 será de US\$ 110 millones anuales, lo que representa un aumento de 200% respecto del año 2008 (US\$ 51 millones). Los aumentos se observan en las actividades donde las autoridades nacionales han colocado el énfasis: en HSH el gasto promedio será de US\$ 7.9 millones y para los cuales el gasto en 2008 era casi nulo. Situación similar en trabajadoras sexuales, para quienes el gasto promedio será de US\$ 1.5 millones.

²⁹ Para determinar el padrón de consumo se utilizó el MEGAS del año 2008, último año calculado en el momento de realizar el Plan.

³⁰ Ver matriz para 2011-2015 en el anexo iv.



La distribución de recursos para el periodo 2011-2015 es la siguiente: el 34.2% para la prevención (US\$ 176 millones): 13% a poblaciones más expuestas, 2% a la población general, 18% a prestación de servicios y 2% a cuidados de salud; el 45% para cuidados y tratamiento (US\$ 230 millones); y el 21% (US\$ 110 millones) para administración, investigación, monitoreo y la evaluación y producción de evidencia.

Según la medición de Gastos de Sida, el gasto per cápita (Tabla 7-6) en 2008 era de US\$ 3.8. Según las estimaciones de necesidades, el gasto per cápita podría pasar de US\$ 5.7 en 2011 a US\$ 7.1 en 2015.

TABLA 7-6
Tamaño de población y gasto per cápita según las estimaciones de necesidades

Variable	MEGAS	Necesidades 2011-2015				
	2008	2011	2012	2013	2014	2015
Tamaño de la población*	14.18	15.32	15.72	16.13	16.53	16.94
Costeo per cápita	\$3.8	\$5.66	\$6.01	\$6.37	\$6.74	\$7.13

En el componente de prevención, del total (US\$ 176 millones de dólares) el 37% está orientado a las poblaciones más expuestas (PV, HSH, TS, Trans, personas privadas de libertad, jóvenes y adolescentes, personal uniformado, y población con TB). En lo concerniente a prestación de servicios (abastecimiento de condones, tratamiento de ITS, prueba voluntaria, prevención de transmisión de materno infantil, información, educación y comunicación) dirigidos principalmente a la población general, se coloca el 58%; y para cuidados de salud (sangre segura, profilaxis Post Exposición, etc.) el 6%.

TABLA 7-7
Estimación Recursos Componente de Prevención
2011-2015

Áreas Programáticas	Total	%
PEMAR	\$64,506,422	36.6%
Población General	\$10,944,026	6.2%
Prestación de servicios	\$91,026,369	51.6%
Cuidados de Salud	\$9,844,970	5.6%
Total Prevención	\$176,321,786	100.0%

Del total asignado a las poblaciones más expuestas (US\$ 65 millones de dólares) el 62% está orientado a HSH y el 12% a trabajadoras del sexo (Tabla siguiente). En las poblaciones con mayor prioridad, a saber, PV, HSH, y Trabajadores Sexuales, se asignó el 10% del gasto total.

TABLA 7-8
Recursos asignados a poblaciones más expuestas

Poblaciones con mayor prioridad	Total 2011-2015	% Gasto total	% Poblaciones más expuestas
Persona con VIH	\$5,351,980	1.0%	8.3%
Hombres que tienen sexo con hombres	\$39,662,244	7.7%	61.5%
Trans y trabajadores sexuales	\$439,231	0.1%	0.7%
Mujeres Trabajadoras Sexual	\$7,072,210	1.4%	11.0%
Personas Privadas de libertad	\$1,345,062	0.3%	2.1%
Jóvenes en Riesgo Social	\$2,006,413	0.4%	3.1%
Maestros: sistema escolar (Capacitación)	\$5,061,233	1.0%	7.8%
Personal Uniformados	\$3,148,572	0.6%	4.9%
Pacientes con TB	\$419,477	0.1%	0.7%
Sub Total	\$64,506,422	12.5%	100.0%

En distribución de condones se hace un esfuerzo importante asignando el 6% de los recursos, con el objetivo de modificar la estructura de financiamiento, promoviendo una política con mayor equidad. En el país el 89% de los condones es comprado directamente por los usuarios (mercadeo social y marcas comerciales) en puntos de venta del sector privado, destinando un 6.9% del gasto total.

En el componente de servicios de cuidado y tratamiento, del total (US\$ 230 millones de dólares) la mayor proporción (55%) está orientada la atención y cuidados hospitalarios, el 39% a Terapia ARV; y el 6% a cuidado paliativo, profilaxis, apoyo nutricional, etc. El tratamiento con ARV tiene una tendencia creciente con un gasto promedio anual de US\$ 18 millones.

TABLA 7-9
Recursos asignados a servicios de cuidado y tratamiento

Servicios de cuidado y tratamiento	Total 2011-2015	% Gasto Total	% cuidado y tratamiento
Terapia ARV	\$88,821,301	17.2%	38.6%
Cuidado (no-ARV) y profilaxis	\$5,738,917	1.1%	2.5%
Atención y cuidados hospitalarios	\$126,516,596	24.5%	55.0%
Cuidado paliativo	\$5,154,564	1.0%	2.2%
Persona que necesitan apoyo nutricional	\$495,472	0.1%	0.2%
Tuberculosis	\$3,422,100	0.7%	1.5%
Sub Total	\$230,148,949	44.6%	100.0%

En el componente de políticas, administración, investigación, monitoreo y evaluación y producción de evidencia; del total (US\$ 110 millones), el 11% está orientado a investigación, el 22% al monitoreo y evaluación; a la producción de evidencia 4% y la mayor proporción (63%) a gestión del programa, mejoramiento del ambiente, fortalecimiento institucional; transferencia de conocimiento, abogacía, etc.

Los gastos en el **componente de políticas, administración, investigación, monitoreo y evaluación y producción de evidencia;** tendrán un gasto promedio anual de US\$ 22 millones, debido al fortalecimiento del sistema de monitoreo, a la generación de evidencia necesaria para comprobar el impacto de las políticas diseñadas y al fortalecimiento de las instituciones rectoras del sub sistema VIH.



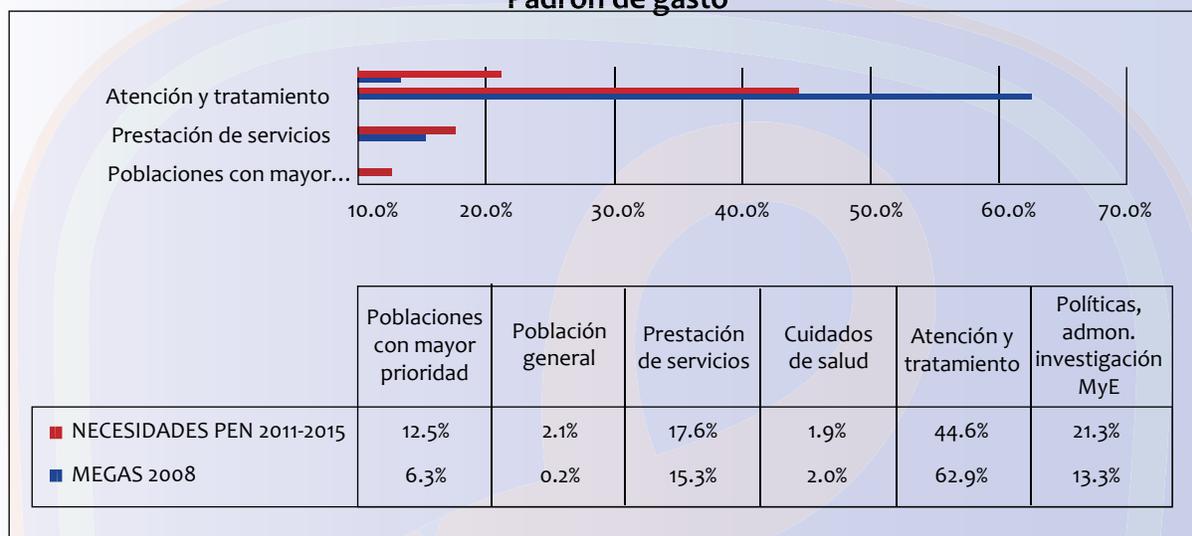
TABLA 7-10
Estimación total de necesidades según asignación de recursos 2011-2015

Áreas Programáticas	TOTAL 2011-2015	%
Poblaciones con mayor prioridad		
Persona con VIH	\$5,351,980	1.0%
Hombres que tienen sexo con hombres	\$39,662,244	7.7%
Trans y trabajadores sexuales	\$439,231	0.1%
Mujeres Trabajadoras Sexuales	\$7,072,210	1.4%
Personas privadas de libertad	\$1,345,062	0.3%
Jóvenes en riesgo social	\$2,006,413	0.4%
Maestros: sistema escolar (Capacitación)	\$5,061,233	1.0%
Personal uniformados	\$3,148,572	0.6%
Pacientes con TB	\$419,477	0.1%
Sub Total	\$64,506,422	12.5%
Población general		
Programas en el lugar de trabajo	\$6,470,622	1.3%
Movilización de la comunidad	\$4,473,404	0.9%
Sub Total	\$10,944,026	2.1%
Prestación de servicios		
Abastecimiento de condones	\$29,367,805	5.7%
Administración de ITS	\$8,074,917	1.6%
TVC Tamizaje voluntario con consejería	\$8,510,329	1.6%
TVC Tamizaje voluntario con consejería para mujeres en control prenatal	\$32,055,605	6.2%
Prevención de transmisión de materno infantil	\$3,017,713	0.6%
Medios masivos de comunicación	\$10,000,000	1.9%
Sub Total	\$91,026,369	17.6%
Cuidados de salud		
Transfusiones de sangre seguras	\$8,794,709	1.7%
Profilaxis post-exposición	\$990,578	0.2%
Inyección segura	-	0.0%
Precauciones universales (camas hospitalarias)	\$59,682	0.0%
Sub Total	\$9,844,970	1.9%
Total Prevención	\$176,321,786	34.2%
Servicios de cuidado y tratamiento		
Terapia ARV	\$88,821,301	17.2%
Cuidado (no-ARV) y profilaxis	\$5,738,917	1.1%
Atención y cuidados hospitalarios	\$126,516,596	24.5%
Cuidado paliativo	\$5,154,564	1.0%
Apoyo nutricional (personas necesidades)	\$495,472	0.1%
Tuberculosis	\$3,422,100	0.7%
Sub Total	\$230,148,949	44.6%
Políticas, admón., investigación y MyE		
Investigación	\$12,194,122	2.4%
Monitoreo y evaluación	\$24,388,244	4.7%
Producción de evidencia	\$4,064,707	0.8%
Políticas, administración, etc.	\$69,100,025	13.4%
Sub Total	\$109,747,099	21.3%
Total US\$	\$516,217,834	100.0%

Análisis

La forma de cómo se realiza el gasto en respuesta al VIH según la información de MEGAS 2008 determina una asignación de prioridades en función de los recursos existentes. El Plan estratégico 2011-2015, asigna los recursos de acuerdo a las prioridades definidas por las autoridades en el Marco de Resultados como se observa en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 5
Padrón de gasto



En 2008 el gasto fue de US\$ 51.3 millones, donde atención y tratamiento representaron el 62.8% del gasto total, Prevención y Política-Administración representaron el 23.8% y 13.3%, respectivamente. Las necesidades de recursos financieros para los 5 años del PEN 2011-2015 son de US\$ 516 millones, lo que representa un gasto promedio de US\$ 103 millones anuales. Estos recursos se distribuyen así: 44.6% en Atención y tratamiento, 34.2% en Prevención y 23.3% Política y fortalecimiento de la Administración. Se necesitan más recursos por año focalizados en las áreas de prevención y gestión del sistema con el objetivo de controlar y disminuir la transmisión de la epidemia. El impacto es de una menor transmisión de la epidemia, que lleva a tener un número menor de personas con TARV, induciendo a invertir menos en intervenciones que son de alto costo.

La asignación de recursos proyectada asegura los recursos necesarios para cubrir las necesidades del quinquenio en la atención y tratamiento de los pacientes con VIH y sida y prioriza con más recursos la prevención y la gestión de las políticas en respuesta al VIH. La asignación de recursos prevista en Prevención tiene racionalidad al asignar un mayor porcentaje de los gastos totales a la población vulnerable de mayor riesgo, 7.7% a HSH y 6.2% en la captación de las embarazadas.

La otra priorización se realiza en la Gestión del subsistema de VIH y sida, Monitoreo y Evaluación (4.7%), tres veces más de lo asignado en 2008. Se prioriza Investigación y Producción de evidencia con el 2.4% y 0.8%, respectivamente. A Política y Administración se asigna el 13.4% del gasto total. En este rubro se incluyó el fortalecimiento del liderazgo.

TABLA 7-11
Comparación de la estructura de gastos
según megas 2008 y necesidades 2011-2015

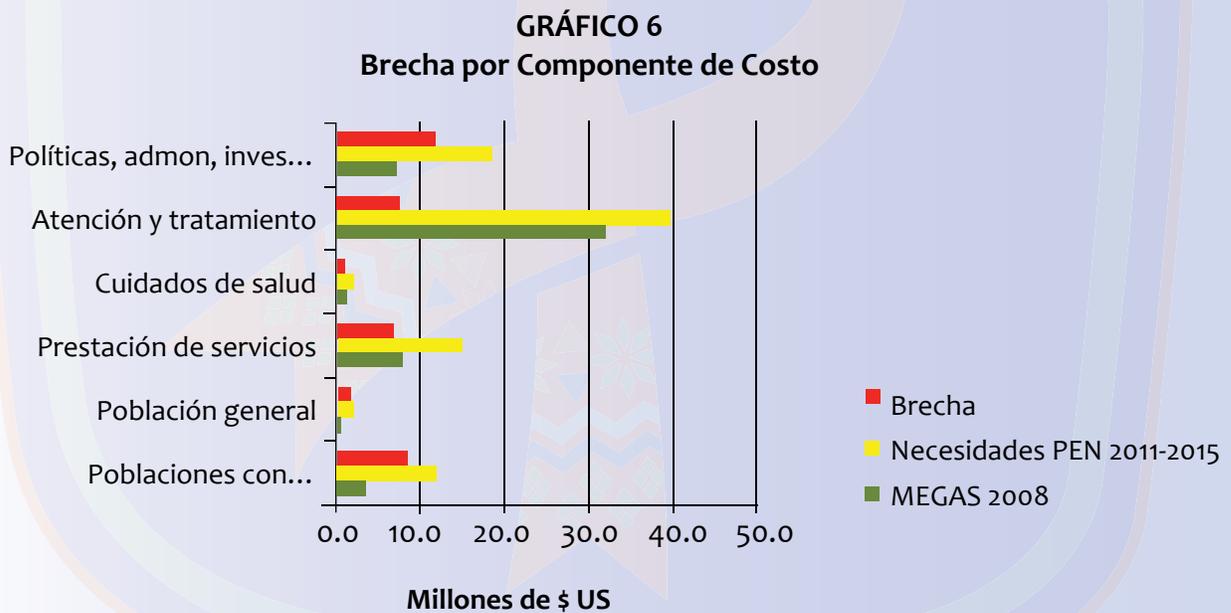
ÁREAS PROGRAMÁTICAS	MEGAS 2008	NECESIDADES PEN 2011-2015
Poblaciones con mayor prioridad		
Personas con VIH	1.4%	1.0%
Hombres que tienen sexo con hombres	1.5%	7.7%
Trans y trabajadores sexuales	0.0%	0.1%
Mujeres trabajadoras sexuales	1.9%	1.4%
Personas privadas de libertad	0.4%	0.3%
Jóvenes en riesgo social	0.1%	0.4%
Maestros: sistema escolar (Capacitación)	0.8%	1.0%
Personal uniformados	0.2%	0.6%
Pacientes con TB	0.0%	0.1%
Sub Total	6.3%	12.5%
Población General		
Programas en el lugar de trabajo	0.2%	1.3%
Movilización de la comunidad	0.1%	0.9%
Sub Total	0.2%	2.1%
Prestación de servicios		
Abastecimiento de Condones	6.9%	5.7%
Administración de ITS	0.2%	1.6%
Tamizaje voluntario con consejería TVC	0.7%	1.6%
Tamizaje voluntario con consejería para mujeres en control prenatal TVC	3.8%	6.2%
Prevención de transmisión materno infantil	0.3%	0.6%
Medios masivos de comunicación	3.3%	1.9%
Sub Total	15.3%	17.6%
Cuidados de Salud		
Transfusiones de sangre seguras	1.7%	1.7%
Profilaxis post-exposición	0.3%	0.2%
Precauciones Universales (camas hospitalarias)	0.0%	0.0%
Sub Total	2.0%	1.9%
Total Prevención	23.8%	34.2%
Servicios de cuidado y tratamiento		
Terapia ARV	22.8%	17.2%
Cuidado (no-ARV) y profilaxis	1.5%	1.1%
Atención y cuidados hospitalarios	38.0%	24.5%
Cuidado paliativo	0.6%	1.0%
Personas que necesitan apoyo nutricional	0.1%	0.1%
Tuberculosis	0.0%	0.7%
Sub Total	62.9%	44.6%
Políticas, Admón., Investigación y M y E		
Investigación	0.6%	2.4%
Monitoreo y evaluación	1.6%	4.7%
Producción de evidencia	0.0%	0.8%
Políticas, administración, etc.	11.1%	13.4%
Sub Total	13.3%	21.3%
Total	100.0%	100.0%

Brechas

El gasto estimado promedio anual para el próximo quinquenio es US\$ 103 millones, con una disponibilidad de recursos determinada para 2008 de US\$ 51.3 lo que permite identificar la existencia de una brecha promedio anual de US\$ 52 millones.

El siguiente gráfico permite identificar, por área programática, los recursos disponibles en la actualidad (color verde), las necesidades promedio de recursos estimadas (color amarillo) y brecha a financiar en color rojo.

Para poblaciones con mayor prioridad se necesitan US\$ 11.5 millones por año, en 2008 se destinaron US\$ 3.2 millones. Por lo tanto la brecha es de US\$ 8.3 millones. En prevención en población general la necesidad es de US\$ 1.6 millones y sólo se hicieron disponibles cien mil dólares en 2008, lo que está determinando la existencia de una brecha de US\$ 1.5 millones. En la prestación de servicios preventivos la necesidad promedio es de US\$ 14.3 millones, el gasto de 2008 fue de US\$ 7.8 millones y por ende la brecha es de US\$ 6.5 millones. En cuidados de salud también existe una brecha de US\$ 0.7 millones, dado que la necesidad es de US\$ 1.7 millones y el gasto fue de un millón.



En atención y tratamiento la necesidad para dar cobertura de la demanda futura en tratamiento con ARV corresponde a US\$ 39.2 millones, el gasto ha sido de US\$ 31.9 millones y la brecha es de US\$ 7.2 millones.

Para la gestión del subsistema se necesitan US\$ 18.4 millones en promedio y sólo se cuenta con US\$ 6.8 millones, por lo que la brecha es de US\$ 11.7 millones.

La administración financiera de los recursos con que cuenta el MSPAS para financiar las estrategias del Programa Nacional de VIH/SIDA, tanto de fuentes nacionales como de fuentes internacionales, se rigen por la Ley Orgánica del Presupuesto y su reglamento, la cual garantiza la transparencia en la formulación de recursos a los diferentes programas.

Adicionalmente su operatividad se realiza a la vista del público en los sistemas de Sicoin Web, con el apoyo del SIGES; ambos sistemas generan información en tiempo real y dichos sistemas pueden generar reportes de avances de ejecución para la toma de decisiones.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuenta con capacidad administrativa y técnica para la ejecución de proyectos. Las compras locales, financiadas con ingresos corrientes del Estado, se realizan en concurso público, según la Ley de Contrataciones del Estado, y pueden ser verificados por cualquier persona a través del portal de Guatecompras.

Auditoría

La literal i, artículo 2, del Acuerdo Gubernativo No. 318-2003, que contiene el Reglamento Interno de la Contraloría General de Cuentas, determina: “Auditoría Interna: es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una institución pública, colaborando con el ente a cumplir sus objetivos y aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobernabilidad institucional”.

La Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al momento de practicar auditorías, aplica las normas contenidas en los Acuerdos Nos. 9-2003 y 57-2006, de la Contraloría General de Cuentas, que son de observancia obligatoria, además de Leyes, Reglamentos, Acuerdos, Circulares y otras disposiciones relacionadas al sector gubernamental, que evidencian la transparencia de las Auditorías.

El trabajo se desarrolla conforme al Plan Anual de Auditoría, que es previamente autorizado por el Despacho Ministerial, y el cual debe ser enviado a la Contraloría General de Cuentas a más tardar el 15 de enero de cada año. Este Plan, es el documento elaborado por el auditor interno, basado en un marco de referencia para el ejercicio de la auditoría que resume la estrategia global de trabajo de la Unidad de Auditoría Interna, por un periodo determinado, alineado a los objetivos de la entidad, en respuesta a los riesgos institucionales. De encontrarse irregularidades en los procesos auditados, estos se trasladan a las autoridades respectivas para formular las sanciones correspondientes.

8. Sistema de Monitoreo y evaluación

En el análisis de evidencia se han encontrado brechas en la información disponible con respecto a hombres trabajadores sexuales, población trans, usuarios de drogas, ITS en poblaciones más expuestas, situación de niños y niñas afectados por el VIH, personas con VIH, migrantes y población indígena. Contar con mayor información sobre comportamientos, actitudes, prácticas y serología de estas poblaciones permitiría elaborar una estrategia más eficaz, por lo que estas brechas identificadas deberían ser tenidas en cuenta en las actividades de vigilancia epidemiológica y en la elaboración de la agenda de investigación del país.

El sistema de Monitoreo y Evaluación (MyE) recopilará los datos pertinentes de todas las instancias involucradas en la epidemia del VIH. Dicho sistema será conducido por una instancia nacional de carácter multisectorial, que dará seguimiento al proceso de MyE, armonizando los subsistemas existentes en función de sus subprocesos de emisión, flujo, recepción, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones basadas en evidencia. Para llevar a cabo este consenso, se desarrollará un diagnóstico de los subsistemas existentes, con el fin de elaborar un plan de armonización con visión estratégica.

GRAFICO 7
Actores del Sistema de Monitoreo y Evaluación Nacional



Para la implementación del sistema, se desarrollará un plan de educación continua dirigido al recurso humano que ejecuta acciones de MyE. Previamente, se elaborará un mapeo de actores que permita identificar el nivel de conocimiento de los mismos. Los procesos educativos se fundamentarán en competencias.

El Plan de Monitoreo y Evaluación contemplará los indicadores de interés nacional e internacional. Por tanto, se realizará un análisis de los resultados de PEN 2006-2010 que proporcionará insumos para fortalecer el proceso de implementación del nuevo PEN 2011-2015.

La unidad de monitoreo realizará procesos de seguimiento cuatrimestral, en coordinación con las instituciones involucradas en la respuesta nacional ante las ITS, VIH y sida. Por tanto, se realizarán tres procesos evaluativos:

1. Noviembre-Diciembre del 2011
2. Noviembre-Diciembre del 2013
3. Noviembre-Diciembre del 2015

Para fortalecer el proceso de vigilancia de ITS, VIH y sida con enfoque de segunda y tercera generación, se realizarán las siguientes acciones:

1. Actualizar y socializar la norma de vigilancia epidemiológica
2. Evaluar el sistema de vigilancia de VIH
3. Actualizar el plan de vigilancia epidemiológica de ITS y VIH
4. Desarrollar el estudio de sub-notificación de casos mediante la metodología de muestreo de la calidad del lote

GRÁFICO 8
Proceso de MyE del PEN 2011-2015

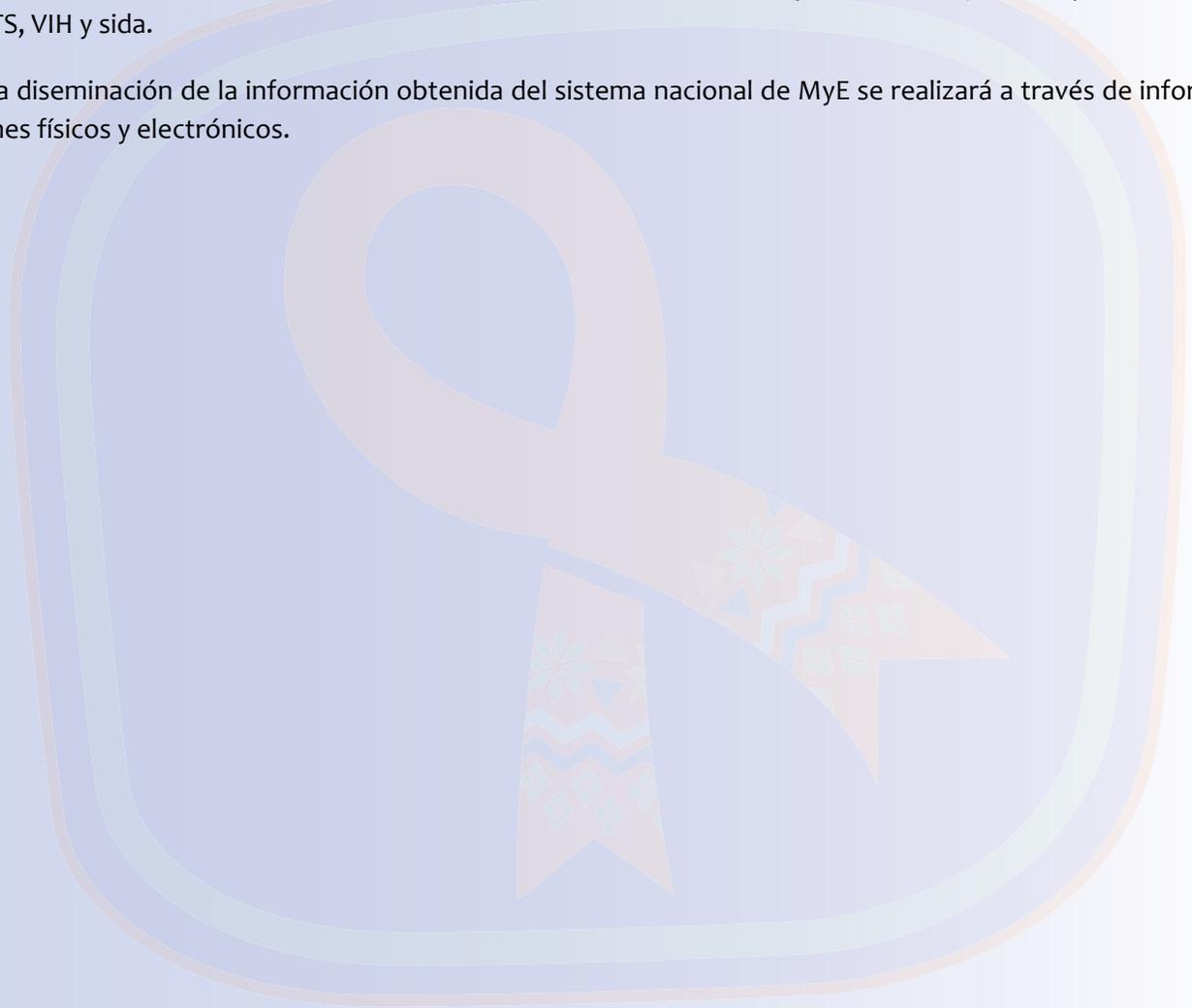


Asimismo, en este contexto, se desarrollarán actividades relativas a las modalidades de vigilancia de ITS, VIH y sida, así como, el desarrollo de investigaciones específicas:

- Fortalecer la vigilancia rutinaria del VIH
- Expandir la vigilancia centinela de TB/VIH a rutinaria
- Incrementar el número de sitios centinelas para la vigilancia de ITS
- Desarrollar al menos un estudio de vigilancia de comportamiento de riesgo para VIH (ECVC plus)

En este sentido, la agenda nacional de investigación compilará los temas de investigación que responden a las brechas identificadas en cuanto al conocimiento necesario para el abordaje de la epidemia de ITS, VIH y sida.

La diseminación de la información obtenida del sistema nacional de MyE se realizará a través de informes físicos y electrónicos.



9. Implementación y gestión

Hasta el momento, lo contenido en este documento corresponde a la FASE DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. En el entendido de que la elaboración del Plan Estratégico Nacional, es tan sólo un logro, de un proceso integrador en el que han participado todas las instituciones que conforman a la CONASIDA, con la finalidad de dar una respuesta integrada a la problemática de ITS, VIH y Sida y bajo la consigna de que se trata de un problema social, político, económico y ético que afecta a la población, el cual, la sociedad guatemalteca debe enfrentarlo en su conjunto, con la participación de todos los actores sociales.

En la formulación de este Plan, se proponen metas nacionales, con un enfoque estratégico, con definición de objetivos a mediano y largo plazo (período 2011 - 2015) y se plantean opciones para alcanzarlos. La formulación de este Plan se ha desarrollado con un enfoque sectorial y participativo, cuyo desarrollo hoy, ha partido desde la perspectiva nacional, pero que progresivamente, deben realizarse los esfuerzos para desarrollarse a partir de procesos locales, involucrando a todos los actores desde ese nivel.

Siguiendo la lógica del Sistema de Planificación, las instituciones involucradas, deben realizar los esfuerzos necesarios para garantizar, que las actividades planteadas en el PEN 2011-2015, estén reflejadas en los Planes Estratégicos de cada institución.

La siguiente etapa corresponde a la FASE DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA, la cual debe dar inicio con la revisión de los productos alcanzados en la FASE DE PLANIFICACIÓN y debe desarrollarse siguiendo los lineamientos definidos de acuerdo a la naturaleza de cada institución.

El desarrollo de esta fase, va a permitir:

- a) Definir las metas y productos de corto y mediano plazo;
- b) Definir los Programas y Proyectos necesarios;
- c) Identificar los insumos necesarios para la formulación del POA Sectorial;
- d) Generar las condiciones para la posterior integración del POA sectorial;
- e) Generar el marco referencial para la formulación de un Programa Presupuestario Multianual Sectorial;
- f) Identificar los productos que no se encuentran reflejados dentro de las acciones del POA y;
- g) Formular el Plan Operativo Anual –POA– y Anteproyecto de Presupuesto, para los próximos años.

El agotar estas dos etapas, nos va a permitir que cada una de las instituciones que conforman a la CONASIDA, cumplan con los procedimientos necesarios que aseguren que los compromisos y responsabilidades asumidas dentro del PEN 2011-2015, tengan un respaldo financiero y la posibilidad de contar con los recursos necesarios para su desarrollo.

Planificación operativa

Los planes operativos son generalmente desarrollados mediante un proceso participativo y detallan cómo se alcanzarán los objetivos del plan estratégico. Dichos planes deberían incluir lo siguiente:

- Los roles y responsabilidades de los actores que implementarán cada intervención
- Las metas anuales y medibles para evaluar el progreso de la implementación
- Una descripción de cómo se asignarán los recursos para alcanzar los efectos directos definidos
- La organización de la provisión de servicios por nivel de atención y los roles y responsabilidades de los proveedores de servicio, incluyendo planes para referencia y supervisión
- Capacidad y gestión de recursos humanos y necesidades de capacitación, indicación de habilidades, supervisión e incentivos
- Una identificación de cómo se llenarán las brechas identificadas
- Política de adquisiciones y abastecimiento que cumpla con lineamientos internacionales y evidencia de sistemas de adquisiciones y abastecimiento con capacidad para alcanzar a las poblaciones meta
- Coordinación multisectorial interna y externa que especifique la gestión, supervisión, y mecanismos de reporte para implementación
- Ejemplo: Implementación de planes operativos locales de promoción y prevención (trabajo con COCODES, COMUDES)

Estrategia Nacional de IEC/CC

La Estrategia Nacional de IEC/CC para la prevención de ITS, VIH y sida, se basa en el abordaje multiétnico, lo que ha permitido corresponder a las características culturales de cada uno de los grupos étnicos del país. Siendo la cultura un factor importante a tomar en cuenta en la transmisión e impacto del VIH, la prevención requiere un enfoque cultural.

Se orienta a las Áreas de Salud epidemiológicamente prioritarias, a las poblaciones clave y a la identificación de comportamientos de riesgo, que deberían modificarse, a través de acciones sistemáticas de información, educación y comunicación.

La Estrategia se basa en la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Busca reducir las inequidades de género y el estigma y la discriminación de que son objeto las personas afectadas por la epidemia, teniendo una plataforma importante en el respeto de los derechos humanos y en la disminución del estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH.

La Estrategia de IEC/CC se sustenta sobre la base de un enfoque con sensibilidad cultural, la cual reviste importancia crítica para la vigencia de los derechos humanos en general y los derechos sexuales y reproductivos en particular.

El desarrollo humano con plena vigencia de los derechos humanos depende de un serio y respetuoso involucramiento en las culturas de cada una de las regiones del país. Siendo Guatemala un país multicultural y plurilingüe, la estrategia tiene un enfoque multicultural.

Progresivamente, cada año se ha visualizado un incremento de Planes Operativos Locales dirigidos a fortalecer la parte de Derechos Humanos e incorporando acciones dirigidas a poblaciones de la diversidad sexual, las que tradicionalmente han sido objeto de estigma y discriminación.

Y por último, considera la sostenibilidad y capacidad de autogestión de los procesos; elementos que garantizarán que la implementación de los planes operativos locales que desarrollen estratégica y sistemáticamente acciones de información, educación y comunicación para la prevención de ITS, VIH y sida sean económicamente viables y optimicen los recursos existentes en las comunidades, tomando en cuenta las necesidades de cada región y el empoderamiento y participación de todos los sectores sociales.

Objetivos

1. Fortalecer el proceso de descentralización de las acciones de prevención de las ITS, VIH y sida, para motivar una respuesta local coordinada y sistemática que permita contribuir al control de la epidemia en el territorio nacional.
2. Impulsar la organización de redes multisectoriales en las Áreas de Salud seleccionadas y a nivel de distritos priorizados, que permitan el involucramiento comunitario a favor de la prevención de ITS, VIH y sida, a través de la promoción de cambios de comportamiento en poblaciones clave.
3. Fortalecer la gobernabilidad local, lo que incluye el involucramiento de líderes y autoridades locales en las actividades de prevención y reducción de la epidemia.
4. Diseñar e implementar Planes Operativos Locales de información, educación y comunicación para la prevención de ITS, VIH y sida, orientados al cambio de comportamientos y dirigidos a poblaciones clave, que correspondan a las características sociales y culturales de cada región.

Planes Operativos Locales

Un Plan Operativo Local, se establece como la propuesta 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 región. 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 orientadas a acompañar procesos de descentralización planificadas por las diferentes Unidades del PNS. Se incluyen principalmente las siguientes intervenciones: Prevención de Transmisión materno infantil, atención y seguimiento a las ITS y el fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral, con enfoque aplicativo en áreas de Salud y distritos seleccionados para los años 2012-2015.

Campañas Locales de Prevención de ITS, VIH y sida

Las campañas locales de prevención de ITS, VIH y sida vienen a fortalecer todas las intervenciones estratégicas de IEC y constituyen una herramienta valiosa para hacer llegar mensajes a diferentes poblaciones identificadas para cambiar comportamientos que disminuyan el riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual; complementan los **Planes Operativos Locales, POL**.

El diseño y lanzamiento de una campaña de prevención, requiere de la coordinación de diferentes instancias, para definir cuáles serán las acciones, medios y lenguajes que se utilizarán para transmitir mensajes que promuevan cambios de comportamiento entre poblaciones clave, para la prevención de ITS, VIH y sida, a un costo determinado.

Fortalecimiento de redes multisectoriales locales

La Estrategia de IEC/CC busca fortalecer la gobernabilidad a nivel local, lo que incluye el involucramiento de líderes y autoridades locales en las actividades de prevención y reducción de la epidemia, bajo la rectoría de las diferentes Áreas de Salud.

Esto permitirá suscitar una respuesta local coordinada, con la participación y el empoderamiento de todos los actores sociales presentes a nivel departamental.

Por otra parte, cada Plan Operativo debe contemplar criterios de sostenibilidad; ser económicamente viable, optimizando los recursos existentes en las comunidades, tomando en cuenta las necesidades de cada región y contando con la participación y el compromiso de todos. Quince Áreas de Salud del país, cuentan con Redes Multisectoriales para dar respuesta coordinada a la epidemia.

Acompañamiento, Monitoreo y Evaluación

El proceso de seguimiento y monitoreo a la implementación de los Planes Operativos Locales, ha sido determinante. Orienta la toma de decisiones, permite establecer cuáles han sido los proyectos más exitosos, posibilita evaluar el alcance de los objetivos y la factibilidad de inversión de recursos. Acompaña todo el proceso, generando información actualizada y permitiendo extender los esfuerzos o introducir cambios necesarios. Constituye una labor facilitadora al proceso de elaboración y lanzamiento de campañas. A lo largo del proceso se realizaron 142 visitas de monitoreo y acompañamiento técnico a las Áreas de Salud intervenidas.

Optimización del Gasto y Liquidación Financiera

Diseñar una campaña que optimice la prestación de servicios de IEC para el cambio de comportamientos en la prevención de VIH, necesita la distribución del presupuesto de manera que pueda cubrir varias actividades de los diferentes niveles de comunicación; interpersonal y grupal, alternativos, masivos y propios de la abogacía, distribuidos en la red de servicios de un Área de Salud, que incluya los tres niveles de prevención.

Y por otro lado exige el control del gasto y la liquidación financiera oportuna y precisa; según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud. Todo el proceso técnico va paralelamente ligado al proceso financiero que también se ha asumido desde las diferentes Áreas de Salud.



Cada acción técnicamente planificada se ha coordinado con Gerencia Financiera de las DAS, todo el proceso administrativo de cotización, selección, compra, facturación, ingreso a bodega, liquidación, etc., ha respondido a los lineamientos dados por la Unidad Financiera del Ministerio de Salud.

Sistema de gestión financiera

La administración financiera de los recursos con que cuenta el MSPAS para financiar las estrategias del Programa Nacional de VIH y Sida, tanto de fuentes nacionales como de fuentes internacionales, se rigen por la Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento, la cual garantiza la transparencia en la formulación de recursos a los diferentes programas.

Adicionalmente su operatividad se realiza a la vista del público en los sistemas de Sicoin Web, con el apoyo del SIGES; ambos sistemas generan información en tiempo real y dichos sistemas pueden generar reportes de avances de ejecución para la toma de decisiones.

Las compras locales, financiadas con ingresos corrientes del Estado, se realizan en concurso público, según la Ley de Contrataciones del Estado, y pueden ser verificados por cualquier persona a través del portal de Guatecompras.

10. Bibliografía

- UPE/MSPAS. (2009). *Cuentas nacionales 2006.2008. Estudio preliminar.*
- VMG. (2005). *“Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en VIH y Sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala.*
- Banco Mundial. (2006).
- Banco Mundial- GAMET. (2007). *Planificación y gestión orientada a resultados en VIH/SIDA.* Washington.
- BANGUAT. (2011). *Desempeño macroeconómico reciente. mayo 2011.*
- BANGUAT. (2009). *MEMORIA DE LABORES 2009.* Guatemala.
- CEPAL. (2009). *Desarrollo social en América Latina.* Chile.
- CNE-MSPAS. (2009).
- CNE-MSPAS. (2008).
- CNE-MSPAS. (2010). *Estimaciones y proyecciones.*
- CNE-MSPAS. (enero 2010) *Boletín No. 1 Estadísticas VIH y VIH Avanzado*
- Corp. Kimirina. (2009). *st.*
- Dardón, P. y. (2008). *La emigración de guatemaltecos a Estados Unidos: Características, comportamientos, impactos e implicaciones políticas.* Guatemala.
- INE. (2006). *Encuesta de condiciones de vida. ENCOVI.* Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística INE. (2002). *XI Censo de Población y VI de Habitación.* Guatemala.
- Noriega, I. (2008). *La situación y respuesta al VIH en Guatemala. Análisis y conclusiones.*
- Noriega, L. (2007). *Marco legal relacionado con la respuesta al VIH-SIDA en Guatemala.* Guatemala: USAID.
- MSPAS. (2006). *PEN ITS-VIH-SIDA 2006-2010.*

MSPAS. (2009). *Plan Nacional de Salud*. Guatemala.

MSPAS-INE-UVG-USAID-CDC-UNICEF-UNFPA-OPS. (2010). *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Mujeres*. Guatemala.

OIM. (n.d.). <http://www.oimconosur.org/variros/index.php?url=publicaciones>.

OIT. (2008). *Género, formación y trabajo*. From www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm

ONUSIDA. (2010). *Informe de la Epidemia Global de Sida, noviembre 2010*.

OPS-GUT. (2007). *Perfil del sistema de salud de Guatemala (3a ed.)*. Washington.

PASCA/USAID. (2008). *PP 638-2005. Avances y Retos en su Implementación*. Guatemala.

PNUD. (2010). *El desarrollo de la mujer*.

SA. (1996). *Gender/Based in analysis: A guide for Policy-Making, Status of Woman*. Canada.

Tobar. (2008). st.

11. Anexos

1. Acrónimos y siglas

AGN	Asociación Gente Nueva
AGOG	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala
ALIANZA NACIONAL	Alianza Nacional de Grupos de Personas con VIH de Guatemala
APROFAM	Asociación Pro-Bienestar de la Familia
ARV	Antirretrovirales
ASAP	Planificación Estratégica basada en evidencia y orientada a resultados
ASI	Asociación de Salud Integral
BAAR +	Bacilo ácido alcohol resistente positivo (Paciente con TB)
CACIF	Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Gobierno de Estados Unidos de América
CNE	Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS
COEPSIDA	Comité de Educadores en Prevención del Sida, Ministerio de Educación
CONAPREVI	Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres
CONASIDA	Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en la prevención de ITS/VIH/Sida
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
COPREDEH	Comisión Presidencial de Derechos Humanos
CPN	Control Pre Natal
DAS	Dirección de Áreas de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
DDHH	Derechos Humanos
DEMI	Defensoría de la Mujer Indígena
DMS	Distrito Municipal de Salud
DRPAP	Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis
GAP	Programa Global de Sida
GLBTI	Población Gay, Lésbica, Bisexual, Trans e Intersexual
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
HTS	Hombres trabajadores sexuales
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IO	Infecciones oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JRS	Jóvenes en Riesgo Social
LNS	Laboratorio Nacional de Sida
ME	Mujeres embarazadas
MEGAS	Medición del Gasto en SIDA
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINTRAB	Ministerio del Trabajo y Previsión Social

MSF	Médicos Sin Fronteras
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
MyE	Monitoreo y Evaluación
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMES	Organización de Mujeres en Superación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTRANS	Organización Trans Reinas de la Noche de Guatemala
PASCA	Proyecto de acción sida de Centroamérica
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
PEMAR	Poblaciones en mayor riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan operativo anual
POL	Plan operativo local
PPE	Profilaxis post exposición
PPL	Personas Privadas de Libertad
PROEDUSA	Programa de Promoción y Educación en Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PV	Persona con VIH
REDNADS	Red Nacional de la Diversidad Sexual
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH Avanzado)
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
SNU	Sistema de Naciones Unidas
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajo sexual
UAI	Unidades de Atención Integral
UDI	Usuarios de Drogas Intravenosas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH y Sida-Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPE	Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud y Asistencia Social
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VM	Visión Mundial

2. Disposiciones legales asociadas a ITS, VIH y sida

- Decreto 1441. Código de Trabajo: Regula los asuntos relacionados con higiene y seguridad en el trabajo, las apelaciones de trabajo y la previsión social
- Decreto Ley 106. Código Civil: Define la protección legal de la persona desde su concepción, siempre y cuando nazca en condiciones de viabilidad
- Decreto 295. Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–: Regula la organización y funciones del IGSS.
- Decreto 17-73. Código Penal: Regula los asuntos relacionados con los delitos contra la salud y discriminación.
- Decreto 87-97. Decreto Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. Declara de interés público todas las actividades relacionadas con la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y manejo de sangre humana y sus componentes y derivados. Crea y organiza la “Comisión Nacional de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre”, como un panel de asesores que desarrollara los estándares y procedimientos técnicos para la administración sanitaria de la sangre. Describe la composición y funciones de la Comisión. Deroga el Decreto 27-95 del Congreso de la República.
- Decreto 90-97. Código de Salud, regula el derecho que todos los habitantes de la República tienen a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación. Garantiza la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Decreto 64-98. Reformas a la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre: Modifica los artículos 3, 4, 16 y 20 del Decreto 87-97, conocido como Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. Los cambios se refieren a la integración de la Comisión Nacional de Servicios de Bancos de Sangre, funciones, definición de fraccionamiento de sangre y análisis para el diagnóstico de sida y otras enfermedades
- Decreto 27-2000. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida– y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida
- Decreto 42-2001. Ley de Desarrollo Social. Crea el marco jurídico para implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación gubernativas y del Estado encaminada al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno
- Decreto 12-2002. Código Municipal: Desarrolla los principios constitucionales referentes a la organización, gobierno, administración y funcionamiento de las municipalidades, siendo una de sus principales competencias, velar por el cumplimiento y observancia de las normas de control sanitario para garantizar la salud de los habitantes del municipio
- Decreto 11-2002. Decreto Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Regula la participación de la población maya, xinka y garífuna y la no indígena, en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de planificación democrática del desarrollo local.

- Decreto 317-2002. Reglamento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida–, declara la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA– como un problema social de urgencia nacional. Regula el rol y funciones de los diferentes actores relacionados con la respuesta nacional al VIH.
- Decreto 27-2003. Ley de Protección de la Infancia, Niñez y Adolescencia.
- Decreto 32-2005. Ley del Sistema de Seguridad Alimentaria: Establece la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la República de Guatemala, dentro del marco de las estrategias de reducción de pobreza que se definan y de las políticas globales, sectoriales y regionales, en coherencia con la realidad nacional. En el tema específico de VIH, se hace necesario enmarcar como parte de la seguridad alimentaria y nutricional la adquisición de sucedáneos de la leche para lactantes hijos de madres con VIH.
- Decreto 52-2005. Ley Marco de los Acuerdos de Paz. Es una ley marco que rige los procesos de elaboración, ejecución, monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones del Estado para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz.
- Decreto 74-2005. Decreto Aprobación del Consejo Nacional de Desastres, Aprobación del Convenio de CEPREDENAC. Actualmente se cuentan con planes de emergencia y contingencia en caso de desastres en los que se plantea un abordaje específico para la temática de salud sexual y reproductiva e ITS, VIH y sida.
- Decreto 87-2005. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva: tiene como objeto asegurar el acceso de toda la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.
- Decreto 07-2007. Decreto Ley de regulación del Ejercicio de la Enfermería: Regula el ejercicio de la enfermería en la República de Guatemala
- Decreto 22-2008. Ley del Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer.
- Decreto 09-2009. Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas.
- El Acuerdo Gubernativo 115-99. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, regula la organización y funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias.
- Acuerdo Gubernativo 75-2003. Reglamento de la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre: Emite el Reglamento de la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre en lo que se refiere a los estándares de calidad que deberán mantenerse tanto en las instalaciones como en el personal encargado de manipular la sangre, al mismo tiempo normará todo lo relativo a la administración, clasificación, acreditación y control de los servicios de medicina transfusional y bancos de sangre. Deroga al mismo tiempo el Acuerdo Gubernativo 145-2000 del 6 de abril del 2000. (37 artículos; pp.2-4)
- Acuerdo Gubernativo 91-2007. Política Nacional de Discapacidad formulada por el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad.

- Acuerdo Gubernativo 376-2007. Reglamento para la Regulación, Autorización, Acreditación y Control de Establecimientos de Atención para la Salud: Regula los mecanismos y los procedimientos para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud.
- Acuerdo Gubernativo 279-2009. Reglamento de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y Reproductiva: Vincula la currícula nacional base de los niveles primario y medio, con la temática de ITS, VIH y sida.
- Política Pública 638-2005. Respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS– y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida–: Define la política de Estado con respecto a la respuesta nacional al VIH y a la prevención de ITS.
- Acuerdo 43-98 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Crea la Comisión Nacional de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre y cuya organización se basa en el artículo 3 del Decreto 87-97.
- Acuerdo Ministerial No. 0HSP-M-1163-2000 del MSPAS. Creación de la CONASIDA: Entidad integradora de la participación multisectorial en la respuesta nacional al VIH.

3. Breve descripción del Modelo de Recursos Necesarios

El manual³¹ de Necesidad de recursos para VIH sida describe el modelo de la manera siguiente:

El modelo de recursos necesarios (RNM) cuenta con tres sub-modelos. El sub-modelo de prevención calcula el costo de ciertas intervenciones preventivas específicas dirigida a poblaciones prioritarias, a prestación de servicios y cuidados de salud. El sub-modelo de atención y tratamiento calcula el costo aproximado de los programas de atención y tratamiento como terapia antirretroviral, incluidos análisis de laboratorio para monitorizar la terapia y el tratamiento de las infecciones oportunistas durante dicha terapia, etc. El sub-modelo de mitigación calcula el costo de las intervenciones de apoyo a los huérfanos y niñas (os) vulnerables (HNV):

La metodología de cada sub-modelo comprende tres elementos principales, a saber: grupos de población objetivo, costos unitarios, y metas de cobertura o acceso. La suma de estos tres elementos representa el gasto final de un programa específico.

El método básico consiste en calcular primeramente la cantidad de personas que reciben cada servicio; para ello se multiplican las personas que necesitan el servicio por el índice de cobertura (el porcentaje de los que necesitan el servicio y lo reciben). Para calcular los recursos necesarios, se multiplica la cantidad de personas que gozan del servicio por el costo unitario de la prestación de dicho servicio.

En primer lugar, se necesita conocer el **tamaño de la población**. En este caso, es la cantidad aproximada que existe en el país. Debe ingresarse la cifra más cercana al total actual y la proporción en que ésta cambiará más adelante. El próximo dato es la **cobertura**, es decir, el porcentaje de la población a la que se llega con la intervención de acción y educación. También se puede ingresar la meta de cobertura futura, para que el modelo calcule los recursos necesarios para alcanzarla. El último dato de entrada es el **costo unitario**, o sea cuánto cuesta brindar los servicios de acción y educación a una población durante un año. Se supone que el costo unitario se mantendrá constante durante todo el período de la proyección.

31 Bollinger, L.; Stover, J; Boule, A; Cleary, S. (2006). "Necesidad de recursos para VIH/SIDA - Modelo de cálculo de los recursos necesarios para la prevención, atención y atenuación". Futures Institute, Glastonbury, CT, USA

Con esta información, el modelo calcula los recursos necesarios para el año inicial:

Recursos necesarios = cantidad de población x cobertura x costo unitario

La misma ecuación se aplica a cualquier año futuro

En algunas intervenciones, el **tamaño de la población** puede calcularse a partir de las estadísticas sociales y económicas y los datos demográficos. En otros casos, deben suministrarse cifras concretas, como por ejemplo, la cantidad de trabajadores sexuales o la cantidad de casos de infecciones de transmisión sexual. Hay muchos métodos para calcular el tamaño de las poblaciones más expuestas, como los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de drogas inyectables. Entre ellos se encuentran censos y enumeraciones, captura y recaptura, métodos multiplicadores, métodos de nominación y encuestas de población. ONUSIDA es una buena fuente de información para el cálculo de tamaños de población.³²

La información sobre **cobertura** debe extraerse de las estadísticas nacionales de servicio. Otra fuente internacional es el informe de la encuesta de cobertura de VIH sida en 80 países.³³ Los datos disponibles no siempre están expresados como porcentaje sino como cantidad de personas que reciben el servicio (por ejemplo, cantidad de clientes de TVC). En tal caso, dado que el modelo también muestra la cantidad de personas que reciben el servicio toda vez que se ingresa una aproximación de la cobertura, conviene ajustar la cobertura aproximada hasta lograr la cantidad exacta de personas atendidas.

Los objetivos de cobertura futura pueden ser un número cualquiera que quiera alcanzarse mediante el programa. En general, se fijan en términos de una cobertura global que facilite el acceso equitativo a los servicios de prevención y tenga un efecto significativo en la epidemia. En algunas intervenciones, el objetivo más obvio sería el 100%, como el caso de sangre segura o educación escolar sobre Sida. En otros ámbitos, no es realista esperar un alcance del 100% de la población necesitada y probablemente deba fijarse un objetivo más factible, digamos, del 80%. Por ejemplo, el objetivo de UNGASS para la PTMH es abordar el 80% de las mujeres que reciban atención durante el embarazo. Para otros, el objetivo sería lograr un efecto sobre la transmisión. Se ha comprobado que para conseguir efectos significativos en las intervenciones de transmisión para los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, los usuarios de drogas inyectables y otras poblaciones de alto riesgo, se necesita una cobertura del 60% al 80%.

Las estimaciones de **costos unitarios** son los costos del programa, es decir, los gastos que necesita el programa para poner en marcha la intervención. No se trata de los costos económicos, que abarcarían más costos, como por ejemplo el valor de los insumos donados y el trabajo voluntario. La información sobre costos unitarios puede solicitarse a las organizaciones que ponen en práctica las intervenciones. ONUSIDA entrega un manual y un modelo para calcular costos unitarios, y varios países han facilitado estimados de costos unitarios en muchos de los talleres sobre necesidad de recursos que organiza ONUSIDA.³⁴ Tenga en cuenta que la enorme variación en los costos unitarios se debe a que los diferentes países ofrecen distintos elementos para las diversas intervenciones. Por ejemplo, algunos países agregan a la intervención el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, con el objetivo puesto en los trabajadores sexuales, lo cual aumenta los costos unitarios.

32 Cálculo del tamaño de la población con riesgo de contraer el VIH: problemas y métodos UNAIDS/FHI. Disponible en www.UNAIDS.org.

33 Ahora existen dos encuestas: Cobertura de determinados servicios de prevención, atención y asistencia de VIH/SIDA en países de ingreso medio y bajo en 2003, Proyecto POLICY, junio 2004; y Cobertura de determinados servicios de prevención, atención y asistencia de VIH/SIDA en países de ingreso medio y bajo en 2005, Proyecto POLICY, julio 2006, junto con las tablas complementarias de país. Disponibles en www.ConstellaFutures.com.

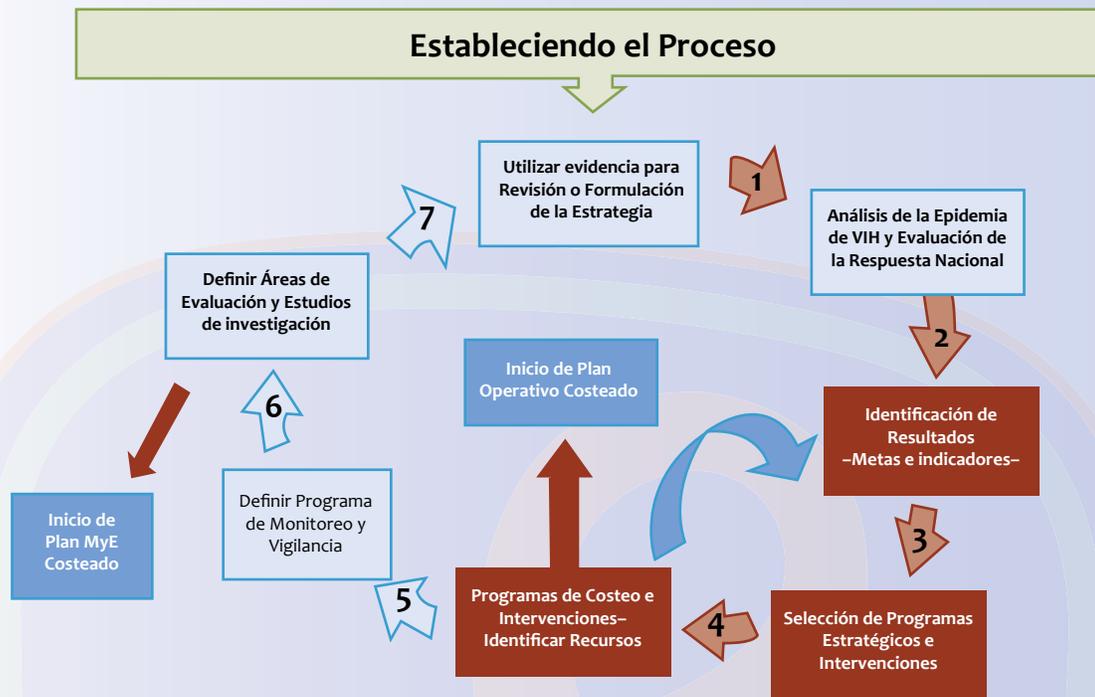
34 Pautas de cálculo de costos de las estrategias de intervención de VIH/SIDA, Series de estudio de ABD-UNAIDS: Herramienta 1. Febrero 2004.

4. Matriz de Costeo del PEN 2011-2015

Áreas Programáticas	Estimaciones para el periodo 2011-2015				
	2011	2012	2013	2014	2015
Poblaciones con mayor prioridad					
Personas con VIH	\$857,242	\$933,423	\$1,036,305	\$1,169,128	\$1,355,882
Hombres que tienen sexo con hombres	\$7,504,016	\$7,712,434	\$7,926,572	\$8,146,586	\$8,372,636
Trans y trabajadores sexuales	\$82,387	\$85,032	\$87,760	\$90,575	\$93,477
Mujeres trabajadoras sexuales	\$1,323,710	\$1,367,658	\$1,413,002	\$1,459,786	\$1,508,054
Personas privadas de libertad	\$245,475	\$256,816	\$268,577	\$280,774	\$293,420
Jóvenes en riesgo social	\$223,181	\$307,944	\$396,914	\$490,251	\$588,122
Maestros: sistema escolar (Capacitación)	\$715,634	\$861,304	\$1,006,326	\$1,147,336	\$1,330,633
Personal uniformados	\$530,225	\$577,835	\$627,542	\$679,420	\$733,550
Pacientes con TB	\$44,443	\$63,216	\$82,924	\$103,603	\$125,290
Sub Total	\$11,526,312	\$12,165,662	\$12,845,922	\$13,567,460	\$14,401,066
Población General					
Programas en el lugar de trabajo	\$760,956	\$1,011,398	\$1,277,720	\$1,560,472	\$1,860,076
Movilización de la comunidad	\$836,686	\$864,884	\$893,912	\$923,717	\$954,204
Sub Total	\$1,597,642	\$1,876,281	\$2,171,632	\$2,484,189	\$2,814,280
Prestación de servicios					
Abastecimiento de Condones	\$4,698,507	\$5,254,361	\$5,841,580	\$6,460,589	\$7,112,768
Administración de ITS	\$1,568,024	\$1,591,492	\$1,614,971	\$1,638,463	\$1,661,967
TVC Asesoría Voluntaria	\$1,472,680	\$1,582,183	\$1,696,941	\$1,816,644	\$1,941,881
TVC para Mujeres en CPN	\$4,248,329	\$5,280,822	\$6,362,484	\$7,492,459	\$8,671,511
Prevención de transmisión de madre a hijo	\$361,015	\$466,816	\$588,505	\$735,809	\$865,569
Medios masivos de comunicación	\$2,000,000	\$2,000,000	\$2,000,000	\$2,000,000	\$2,000,000
Sub Total	\$14,348,556	\$16,175,674	\$18,104,480	\$20,143,963	\$22,253,696

Áreas Programáticas	Estimaciones para el periodo 2011-2015				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cuidados de Salud					
Transfusiones de sangre segura	\$1,515,689	\$1,632,847	\$1,754,619	\$1,880,609	\$2,010,944
Profilaxis post-exposición	\$173,351	\$185,733	\$198,116	\$210,498	\$222,880
Inyecciones Seguras	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-
Precauciones universales (camas hospitalarias)	\$7,151	\$9,433	\$11,826	\$14,329	\$16,943
Sub Total	\$1,696,191	\$1,828,014	\$1,964,561	\$2,105,436	\$2,250,767
Total Prevención	\$29,168,702	\$32,045,631	\$35,086,596	\$38,301,048	\$41,719,809
Servicios de cuidado y tratamiento					
Terapia ARV	\$13,628,975	\$15,473,885	\$17,373,087	\$19,677,831	\$22,667,522
Cuidado (no-ARV) y Profilaxis	\$1,188,391	\$1,261,939	\$1,248,319	\$1,133,993	\$906,274
Atención y Cuidados Hospitalarios	\$22,611,014	\$23,965,857	\$25,318,863	\$26,661,080	\$27,959,782
Cuidado Paliativo	\$841,623	\$981,964	\$1,097,652	\$1,188,019	\$1,045,306
Apoyo Nutricional (personas necesidades)	\$61,242	\$78,888	\$97,572	\$117,986	\$139,784
Tuberculosis	\$826,500	\$648,900	\$648,900	\$648,900	\$648,900
Sub Total	\$39,157,745	\$42,411,433	\$45,784,394	\$49,427,808	\$53,367,569
Políticas, Admón., Investigación y MyE					
Investigación	\$2,049,793	\$2,233,712	\$2,426,130	\$2,631,866	\$2,852,621
Monitoreo y Evaluación	\$4,099,587	\$4,467,424	\$4,852,259	\$5,263,731	\$5,705,243
Producción de Evidencia	\$683,264	\$744,571	\$808,710	\$877,289	\$950,874
Políticas, Administración, etc.	\$11,615,496	\$12,657,701	\$13,748,068	\$14,913,906	\$16,164,854
Sub Total	\$18,448,141	\$20,103,407	\$21,835,167	\$23,686,791	\$25,673,592
Total US\$	\$86,774,588	\$94,560,472	\$102,706,157	\$111,415,648	\$120,760,969

5. Ciclo de resultados aplicados al VIH y SIDA

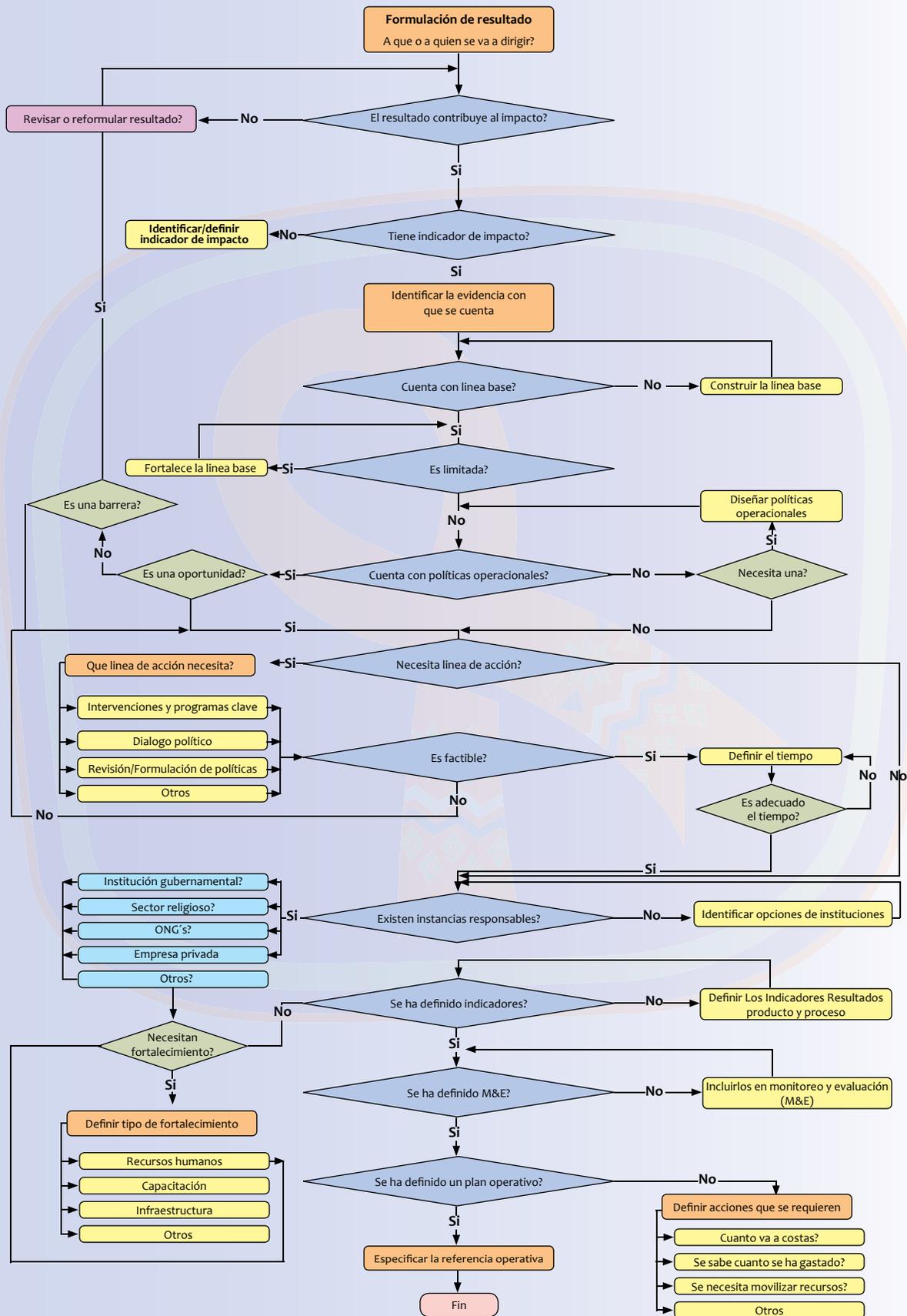


El Ciclo de Resultados es un enfoque de pensamiento y planificación de una estrategia que es guiado por las evidencias y orientado a los resultados. El Ciclo de Resultados es un marco de organización que guía y sostiene el proceso de planificación y la producción del documento de la estrategia. Las fases reflejan un enfoque lógico para mejorar la planificación estratégica y el desempeño.

La fase 1 del Ciclo de Resultados hace énfasis en el análisis de la epidemia del VIH en el país (datos epidemiológicos y sobre conductas) y los efectos de la respuesta nacional (programáticos, impactos, utilización de recursos o datos de evaluación de otro tipo). Esta información luego se usa para identificar los objetivos y los resultados clave que la estrategia nacional para el VIH y sida busca obtener –incluyendo indicadores, las líneas de base y las metas de desempeño (fase 2). Aquí es importante considerar las metas de acceso universal entre otros. Luego se seleccionan los programas y las intervenciones que ayudarán a lograr estos resultados – incluyendo definiciones de poblaciones en riesgo. Las fases 2, 3 y 4 son iterativas. Cuando se costean las intervenciones, y se identifican los recursos disponibles y necesarios, a veces es necesario re-priorizar los programas y las intervenciones clave.

Una vez definidos los programas clave, la estrategia necesita definir qué datos se recopilarán sistemáticamente para seguir el progreso de la respuesta nacional hacia las metas de desempeño de la estrategia –incluyendo monitoreo de servicios y de recursos (fase 5). El monitoreo de los resultados reales contra estas metas debe fortalecerse con datos de evaluación para saber lo que funciona y lo que no funciona y por qué (fase 6). Por consiguiente, la estrategia incluiría una evaluación y plan de investigación describiendo las encuestas epidemiológicas y de comportamiento, las investigaciones operativas, las evaluaciones de impacto, y los análisis de programas que se conducirán durante el período de la estrategia para documentar los cambios epidemiológicos y los efectos de la respuesta nacional.

6. Proceso de verificación de integridad para la formulación de cada resultado



7. Lista de participantes en el proceso de desarrollo del PEN 2011-2015

Apellido	Nombre	Institución
Acajabón	Juan Luis	Alianza Nacional
Acevedo	Ester	COEPSIDA-MINEDUC
Amado	Fernando	OPS/OMS
Ambrosio	Joel	RED LEGAL
Aran	Daniel	ASAP
Bardales	Mariela	Sistema Penitenciario
Barahona	Sandra	Visión Mundial
Barrios	Paula	Sector de Mujeres
Barrientos	Oscar	IDEI
Batres	Anabella	SIGSA
Bertrán	Rosse Mary	PNS-MSPAS
Betancourt	Miriam	PNSR-MSPAS
Bracho	Galilea	OTRANS
Brigitte	Marilyn	OTRANS
Cifuentes	Rossana	Colegio de Médicos
Cifuentes	Daniel	CONJUVE
Cabrera	Brenda	Sector de Mujeres
Cabrera Solano	Hania	PNS-MSPAS
Calderón	Cristina	CONEVIH
Cano	Fernando	USAID-PASCA
Cáceres	Olivia	PPVIS-USAC
Castillo	Jhoanna	IPDH
Castillo	Lucrecia	USAID
Castellanos	Luis	SEGEPLAN
Castañeda	Carmen Xiomara	SIAS
Castro	Vilma	Sector de Mujeres
Ceballos	Pablo	PASMO
Cerezo	Anabella	ONU Mujeres
Chávez García	Adrian Estuardo	UPE-MSPAS
Chen	Fabiola Noemí	PNS-MSPAS
Chew	Francisco	MSPAS
Dávila	Aldo	Asociación Gente Positiva
De León de Toca	Claudia	DEMI
De León	Malvina	Unidad de Investigaciones MSPAS
De León	Eugenia	USAID/CAPACITY
De León	Telma	MINTRAB

Apellido	Nombre	Institución
Díaz	Estuardo	PNS-MSPAS
Escalante	Oscar	Alianza Nacional
Escobar	Teresa	Oficina DDHH PNC
Fernández	Víctor Hugo	Sida y Societat
Figueroa	Laura	SIGSA
Flores	Roberto	UVG
Franco	Indira	CONASIDA-MSPAS
Galindo	César	UVG
Galliard	Erick	ASAP
García	Ilcia	PNS-MSPAS
García	Judith	CNE-MSPAS
Gamboa	Ingrid	ISERI IBAGARI
Girón	Verónica	PNS-MSPAS
Gómez	Ismael	PNC
Gómez	Luis	Colectivo Amigos contra el Sida
González	Edgar	UPE-MSPAS
González	Mónica	PNS-MSPAS
Hernández	Beatriz	ONUSIDA
Hernández	Bianka	CONJUVE
Hernández	Herbert	PNS-MSPAS
Herrera	Coralía	UPE-MSPAS
Herrera	Jeanie	SEPREM-SEGEPLAN
Jahnsen	Javier	ASAP
Jurado	Mynor	PNS-MSPAS
Laca	Hernán	ASAP
Leal	Lucrecia	MENAMIG
Lemus	Valerie	PS-MSPAS
López	Iris Isabel	CONASIDA-MSPAS
López	Humberto	CRUZ ROJA
Magne	Pedro	ASAP
Martínez	Sergio	Sistema Penitenciario
Marín	Pillar	ONUSIDA
Mateu	Sheny	CONUVE
Marroquín	Francisca	COPREDEH
Marroquín	Miguel Ángel	USAID-CAPACITY
Mejía	Carlos	COLMED
Mejía	Víctor	OPS/OMS Subregional
Miranda	Telma	MINEDUC

Apellido	Nombre	Institución
Morales	Oscar	IPDH
Moreira	Pablo	USAID/PASCA
Mosquera	Antonio	MINTRAB
Muñoz	Flor Idalia	CRS Org. Basadas en la Fe
Muñoz	Héctor	MINTRAB
Pagués	Rubén Antonio	ONUSIDA
Orrego	Albertico	MSPAS
Ortega	Saira	MENAMIG
Ortiz	Estuardo	PNS-MSPAS
Ortiz	José	IGSS
Oxcal	Romelia Soledad	DEMI
Palacios	Juan Fernando	PNS-MSPAS
Pérez	Balter	PNS-MSPAS
Quezada	Ramiro	UNICEF
Ramírez	Audelio	ACSLCS
Ramírez	Johana	OTRANS
Ramírez	Sandra	FERNANDO ITURBIDE
Ramos	Karelia	UNFPA
Ríos	Silvia	PNS-MSPAS
Rivera	Patricia	ONUSIDA
Robles	Evelyn	OTRANS
Rodas	Ana María	UVG
Rodas	Ludy	PNSR-MSPAS
Romero	Carlos	REDNADS
Rojas	Ma. Alejandra	PNS-MSPAS
Rosales	Pedro	MSPAS
Samayoa	Claudia	PNS-MSPAS
Sánchez	Telma	Colectivo Amigos Contra el Sida
Santis	Patricia	Hospicio San José
Sicán	Romeo	MSPAS
Solval	Ángel	Pueblos Indígenas
Suárez Lissi	Alejandra	ASAP
Tó	Miguel	PNS-MSPAS
Sacabajá	Angelina	Pueblos indígenas MOLOJ
Stolz de Sobalvarro	Erika	URC
Tobar	Verónica	COPREDEH
Tobar	Yanira	OMES
Urbizo	Nancy	PNS-MSPAS

Apellido	Nombre	Institución
Valdez	Carlos	ASI/REDNADS
Valladares	Hugo Rolando	Asociación Gente Nueva
Villaseñor	Yadira	USAID-CAPACITY
Vásquez	Aracely	UPE-MSPAS
Velásquez	Damaris	PNS-MSPAS
Ventura	Victoria	OTRANS
Yac	José	Organizaciones que trabajan Niñez
Yax	Carlos	PNSR-MSPAS
Xitumul	Lourdes	Unidad de Pueblos Indígenas MSPAS
Way	Candy	OTRANS
Zapata	Olga	Hospicio San José
Zapeta	Luis	OTRANS
Zelaya	José Enrique	ONUSIDA



**Plan Estratégico Nacional para la
Prevención, Atención y Control de ITS,
VIH y Sida**

Guatemala 2011 - 2015



PASCA
Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGENCIA
MUNDIAL
DE
SALUD
ORGANIZACIÓN
DE LAS
NACIONES
UNIDAS



Ministerio de Salud Pública

ASAP
Asesoría Técnica y Apoyo Logístico