

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN,
ATENCIÓN Y CONTROL
DE ITS, VIH Y SIDA**
Guatemala 2006 - 2010



Plan Estratégico Nacional sobre **ITS, VIH y SIDA 2006-2010**

**Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-,
Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
-SIDA- del Ministerio de Salud Pública,
Gobierno de la República de Guatemala**

**Este documento puede ser reproducido y citado por otras organizaciones, siempre y
cuando se haga la referencia bibliográfica correspondiente.**

**PNS
5 avenida 11-40 zona 11
Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centro América**

**PNS Primera edición en español
Guatemala, marzo 2006**

PRESENTACIÓN

La respuesta nacional a la epidemia del VIH y SIDA, ha requerido desde sus inicios de la participación de agencias de gobierno, ONG, comunidad y organismos internacionales. Quienes han hecho su mejor esfuerzo por atender las diversas necesidades que plantea el abordaje integral de esta epidemia. Vinculándose en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento. Para ello, ha sido necesaria una planificación nacional que permita integrar de manera ordenada y coherente los esfuerzos de los diferentes sectores implicados en la respuesta al VIH y SIDA. Lo que se ha hecho desde 1996. Año en que se elaboró el Primer Plan Estratégico a nivel de país.

El Presente Plan Estratégico Nacional (2006-2010) es también el resultado del consenso que por más de un año se ha tenido con los diferentes sectores implicados en la respuesta. Desarrollándose diferentes actividades de consulta técnica en todo el país para la formulación de una planificación que responda objetivamente a las necesidades nacionales, Buscando unificar criterios y priorizar acciones para reducir el impacto de la epidemia y hacer énfasis en las zonas y poblaciones más vulnerables al VIH y SIDA.

Deseo poner a la disposición de los diferentes organismos nacionales e internacionales, grupos de PVVS y otras instancias que trabajan en la prevención y atención de las ITS, VIH y SIDA este Plan Estratégico Nacional, para que el mismo facilite la integración y coordinación de esfuerzos y permita dar una respuesta eficaz a este problema que afecta grandemente la salud pública y el futuro de nuestra nación.

Ing. MARCO TULLIO SOSA

Ministro de Salud Pública

AGRADECIMIENTOS:

La elaboración del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA 2006-2010 ha sido posible por la invaluable colaboración de las diferentes personas, sectores nacionales y organismos internacionales que donaron su tiempo y esfuerzo brindando valiosos aportes, comentarios, observaciones que mejoraron la calidad de este documento.

Nuestros sinceros agradecimientos a cada una de estas personas e instituciones.

INDICE

Contenido	Pág. No.
I. SITUACIÓN ACTUAL	06
1. Perfil geográfico de Guatemala.....	06
2. Demografía.....	06
3. Perfil epidemiológico nacional de ITS, VIH y SIDA.....	07
4. Marco legal, político y regulatorio nacional e internacional.....	11
5. Evolución de la respuesta nacional en el marco institucional.....	13
6. Actividades de prevención.....	14
7. Situación y manejo integrado de casos VIH y SIDA.....	16
8. Situación de derechos humanos, estigma y discriminación.....	17
9. Contexto socioeconómico y acceso a servicios de salud.....	18
10. Situación de financiamiento, presupuesto nacional, Fondo Mundial y otros.....	18
II. TENDENCIA DE LA EPIDEMIA EN GUATEMALA	22
1. Factores ambientales y conductuales que afectan el curso de la epidemia.....	22
2. Proyecciones.....	23
III. RESPUESTA NACIONAL	24
1. Evaluación del plan estratégico nacional 1999 - 2003.....	24
2. Proceso de consulta de talleres nacionales y regionales.....	25
IV. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2006 – 2010	28
1. Visión.....	28
2. Misión.....	28
3. Objetivos estratégicos.....	28
4. El planteamiento estratégico.....	29
5. Poblaciones objetivo.....	29
6. Ejes temáticos del plan estratégico nacional.....	32
6.1 Eje prevención.....	32
6.2 Eje atención integral.....	37
6.3 Eje entorno.....	39
6.4 Eje monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica.....	41
6.5 Eje fortalecimiento institucional.....	43
V. ANEXOS	47
a. ESTRATEGIA IEC (Resumen Ejecutivo).....	47
b. ACRÓNIMOS.....	54
c. PARTICIPANTES.....	56
d. Equipo de planificación del PEN.....	61

1. SITUACIÓN ACTUAL

1. Perfil geográfico de Guatemala

Guatemala está localizada en el extremo norte del istmo centroamericano. Colinda al norte y oeste con México; al sur con el Océano Pacífico, al este con El Salvador, Honduras, el Mar Caribe y Belice. Sus coordenadas geográficas son 15° 30' N. 90° 15'.

Este país ocupa un área total de 108889 kms² y en él predomina el clima cálido durante todo el año. Las regiones bajas costeras, las áridas del oriente y las de selva húmeda subtropical del norte son las de mayor temperatura. En el resto del país el clima es más fresco y variable debido a la presencia de dos cordilleras montañosas. En la época lluviosa la temperatura se reduce.

2. Demografía

De los 11.2¹ millones de habitantes de Guatemala, 40% es descendiente de naciones amerindio/indígenas, de etnias predominantemente Mayas. Los mestizos (linaje mezclado europeo/indígena) y los criollos (blancos de descendencia española, alemana y de otros países europeos), son conocidos como ladinos y comprenden casi 60% de la población. Hay un escaso porcentaje de afro caribeños que viven en la costa atlántica.

La mayoría de la población guatemalteca es rural, aunque el proceso de urbanización es acelerado. En la actualidad, debido a los flujos migratorios del campo a la ciudad, más de 40% de la población se concentra en las principales ciudades del país. Otro tipo de migración interna importante es la que ocurre cada año del altiplano guatemalteco hacia la costa sur; especialmente durante la época del corte de caña de azúcar y café.

Predomina la religión católica, a la que muchos indígenas han agregado diversas formas de adoración. El protestantismo y las religiones tradicionales mayas las practica el 33% de la población.

El idioma oficial es el español, pero no es utilizado por la totalidad de la población indígena. En Guatemala se hablan 23 idiomas autóctonos, la mayoría de ellos de origen Maya, a excepción de las lenguas Xinca y Garífuna.

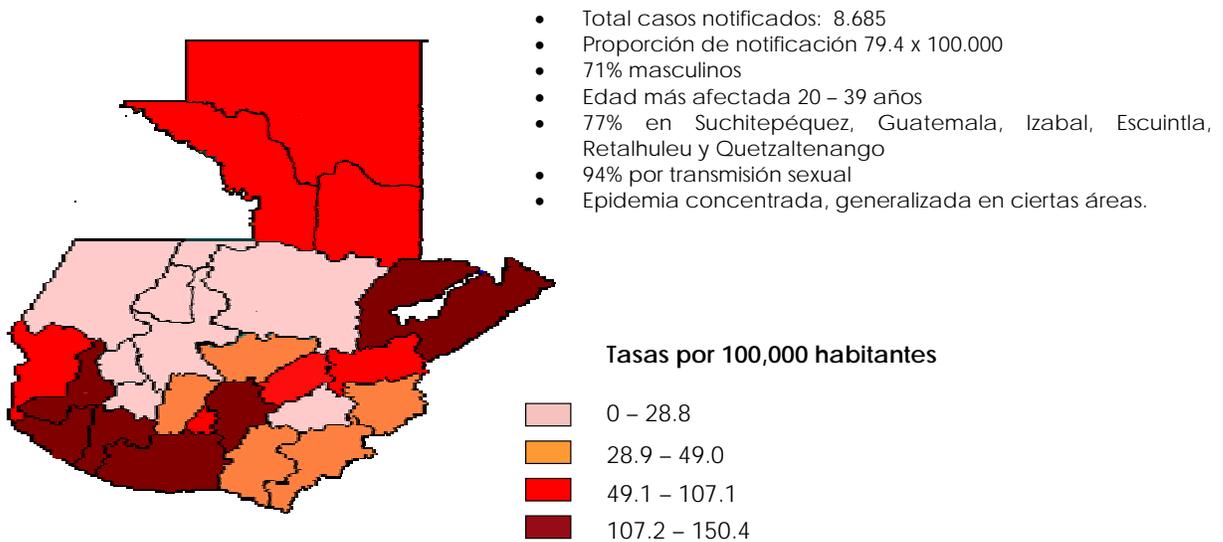
¹ INE, XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación, 2002

3. Perfil epidemiológico nacional de ITS, VIH y SIDA

3.1 Reseña de la situación del VIH y SIDA en Guatemala

De enero 1984 para agosto 2005 se han reportado 8.685 casos de SIDA (tasa según casos notificados de 79.4 por 100,000 habitantes)². A partir de junio 2003 se modificó el sistema de vigilancia de VIH y SIDA. Lo que ha permitido mejorar los servicios de información.

Caracterización de Casos SIDA Guatemala, 1984 – Agosto 2005



(*) Según datos PNS, 2005

Los departamentos que presentan las tasas más altas son los siguientes:

Suchitepéquez	(150.1)
Guatemala	(149.5)
Izabal	(136.8)
Escuintla	(128.2)
Retalhuleu	(127.1)
Quetzaltenango	(109.7)

² Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA

En estos seis departamentos (que se caracterizan por su alto nivel productivo y comercial), se concentra 77.3% de los casos SIDA notificados, de los cuales 38.18% corresponden al departamento de Guatemala. En el período 2000-2005 se ha reportado 65.40% de los casos SIDA.

La razón de masculinidad ha variado de 8:1 en 1988, a 2:4 en 2005; este marcado descenso inició en 1997. Este dato revela que la epidemia tiende a crecer en la población general, pues al aumentar el número de mujeres que viven con VIH, se produce un efecto multiplicador. El 83.2% de todos los casos ocurre en el grupo de 20 a 39 años de edad. El grupo de edad de 20 a 34 años aporta 52.11% de todos los casos. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (94.43%). No hay informe de casos de transmisión por el uso de drogas inyectadas (UDI). Se sabe que el subregistro puede superar el 50%.

3.2 Seroprevalencia de infección VIH

Las cifras de seroprevalencia, según investigaciones realizadas entre 1988 y 2003, permiten hacer un análisis de las tendencias en grupos de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas, trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Estos datos indican que en el país la epidemia de VIH y SIDA está pasando de un nivel bajo (seroprevalencia menor de 5% en grupos de mayor vulnerabilidad) a un nivel concentrado (seroprevalencia del VIH superior a 5% en grupos con mayor vulnerabilidad) y menor de 1% en mujeres embarazadas).

Resultados del Estudio Multicéntrico de Prevalencia de ITS, VIH y comportamientos en hombres que tienen sexo con hombres³ dan cuenta que la prevalencia de VIH en 165 HSH estudiados es de 11.5%. Esto los coloca como el grupo más afectado y coyunturalmente más vulnerable, mucho más que el resto de la población.

En el caso de las mujeres trabajadoras comerciales del sexo, la tendencia según estudios realizados en 1991 en la ciudad Guatemala, Antigua Guatemala, Puerto Barrios y Escuintla ha mostrado un incremento acelerado en los niveles de infección VIH, pasando de 0.45% en 1992 a 2.7% y 4.7% para la ciudad de Guatemala durante 1998 y 2000 respectivamente; en Puerto Barrios, Izabal pasó de 0% en 1991 a 10% en 2000. En consecuencia, este grupo es el segundo más afectado por la epidemia.

³ Estudio Multicéntrico de Prevalencia de ITS, VIH y comportamientos en HSH en puertos y la capital del país, PASCA, Guatemala 2002.

³ Situación de la epidemia del VIH y SIDA en Guatemala, PASCA/The Futures Group Internacional, Guatemala 2000.

El Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA en 1998 realizó un estudio con mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal; el cual evidenció que los niveles de infección por VIH variaron de 0% en el Centro de Salud de Puerto Barrios, hasta 1.7% en el Centro de Salud de Los Amates, Izabal y el Centro de Salud de Escuintla.

Durante 2002 y 2003, estudios efectuados en municipios seleccionados (de Retalhuleu y San Marcos) y con este mismo grupo de población, dan a conocer que 1% de ellas están afectadas en al menos dos de esos municipios.

3.3 La coinfección SIDA – tuberculosis

En 1996, de un total de 3.422 pacientes con tuberculosis en tratamiento, 33.6% (1.149) aceptó la prueba de VIH. De estos 5.5% (63 casos) resultaron seropositivos. Entre 1997 y 2000, los índices de positividad han aumentado de 3.9% a 9% y estudios efectuados en Quetzaltenango dan cuenta de que en 1995, 1996 y 1997 la seroprevalencia de VIH en pacientes tuberculosos era de 5%, y llegó a 9.3% en 1998.

En el Hospital Roosevelt 50% de las personas que padecen tuberculosis presenta infección por VIH y 21% de las infectadas por VIH desarrollan tuberculosis. Para el año 2003, la prevalencia de VIH+ en una muestra de pacientes TB alcanzó 14.4%. Esto muestra que la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en los pacientes con SIDA.

De los casos de SIDA notificados, más de 20% se asocian con tuberculosis, esto la convierte en la enfermedad oportunista más frecuente asociada al SIDA y a esto se suma la cada vez mayor presencia del bacilo multidroga, resistente a tratamientos de primera y segunda línea.

3.4 Contexto de vulnerabilidad y conductas de riesgo

La pobreza, el subdesarrollo, la falta de oportunidades y la imposibilidad de decidir sobre el propio destino son factores que propulsan la epidemia. La vulnerabilidad al VIH es un parámetro de la incapacidad de un individuo o comunidad guatemalteca para controlar su riesgo de infección. Es importante considerar el tejido social guatemalteco, en el que la diversidad social, étnica y lingüística podrían ser factores que anulen los esfuerzos para disminuir el impacto de la epidemia.

Los diferentes patrones de infección se explican por factores personales y sociales, así como por el acceso a información y servicios pertinentes. Aunque la divulgación de datos acerca del VIH y SIDA ha superado con creces todas las expectativas, es necesario reconocer la interrelación de la dinámica básica de la epidemia:

- Reducir el riesgo de infección frena la epidemia
- Reducir la vulnerabilidad disminuye el riesgo de infección y el impacto de la epidemia
- Reducir el impacto de la epidemia disminuye la vulnerabilidad ante el VIH y SIDA

Diagrama de la dinámica de la epidemia



Una respuesta ampliada a la epidemia es aquella que reduce simultáneamente el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto. Estas estrategias de refuerzo permiten que los programas den a conocer tanto lo que coloca a los individuos en situación de riesgo como el por qué de dicho riesgo.

El impacto, la vulnerabilidad y el riesgo interactúan para configurar la dinámica de la epidemia. En los lugares en los que la pandemia de VIH y SIDA se está incrementando, se establece una espiral negativa: el impacto de la epidemia causa una vulnerabilidad creciente, que incrementa el riesgo de infección por el VIH, el cual, a su vez, acrecienta el impacto. Una respuesta ampliada invierte esta dinámica: si disminuye el impacto de la epidemia, es posible reducir la vulnerabilidad y, en consecuencia, el riesgo de infección.

La infección por el VIH se asocia con riesgos específicos como:

- Comportamientos que propician el riesgo de infección por el VIH, principalmente el coito no protegido y, en ciertas partes del mundo, el uso de equipos de inyección contaminados.
- Recibir una transfusión sanguínea en lugares donde no se han aplicado precauciones de seguridad hematológica.
- Tener relaciones sexuales forzadas.

En muchos contextos, las mujeres —y en particular las jóvenes— son especialmente vulnerables a la infección por el VIH. Es posible que sean menos capaces que los varones para evitar las relaciones sexuales por coacción o no consensuadas.

Ciertas prácticas y estereotipos culturales pueden dictar que no debe parecer que las mujeres influyen en el comportamiento sexual de sus parejas masculinas. Otras normas culturales promueven el comportamiento responsable y los valores éticos. Las comunidades rurales pueden ser vulnerables debido a que tienen menor alfabetismo y acceso a la información y servicios. Son escasas las experiencias nacionales con grupos mayas.

La epidemia de SIDA tiene efectos negativos en el bienestar físico, mental y social de las personas; y en la vida social, económica, cultural y política de las comunidades. Cuanto mayor es el impacto de la epidemia sobre las personas, familias y comunidades, son menos capaces de responder con eficacia. Las estrategias de mitigación del impacto contribuyen al fortalecimiento de las personas más afectadas por la pandemia.

La prolongación de la vida productiva de las personas que viven con el VIH potencia su capacidad para contribuir al bienestar de sus familias y ayuda a reducir la discriminación y empobrecimiento, que pueden aumentar la vulnerabilidad al VIH de los familiares supervivientes. De forma similar, la capacidad de respuesta se ve reforzada por el incremento de las inversiones en educación, asistencia, apoyo social e iniciativas generales de desarrollo dentro de las comunidades afectadas.

4. Marco legal, político y regulatorio nacional e internacional

4.1 Legislación nacional

La Constitución Política de la República de Guatemala, vigente desde 1986, establece el derecho al goce de la salud sin discriminación alguna. Fija la obligación de la atención de la salud de sus habitantes a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

El artículo 42 del Código de Salud decreto legislativo 90-97, establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, de formular, evaluar y supervisar las acciones dirigidas al control de las ETS y VIH y SIDA. Así como el desarrollo de programas específicos de educación, detección, prevención y control de ellas, con la participación de diversos sectores.

Por su parte, el decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social, establece en el capítulo V, sección II de la Política de desarrollo social y población en materia de salud, artículo 26, numerales 2 y 4, la obligación de prestar a la población los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA, con énfasis en la población adolescente.

Sin embargo, no hay una clara identificación de la vulnerabilidad de ciertos grupos con relación a las ITS. Salvo en la Ley de Desarrollo Social, en la que se establecen algunos grupos vulnerables a las ITS, VIH y SIDA; pero no los más vulnerables.

En la actualidad, es necesario revisar la legislación vigente para armonizar las normas que regulan las ITS, VIH y SIDA en forma específica. Tal es el caso del Decreto No. 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y su reglamento, el Código de Trabajo y el Código Penal, entre otros. Pese a todas estas limitaciones, la legislación guatemalteca proporciona un marco normativo suficiente para desarrollar una política pública respecto a las ITS, VIH y SIDA.

4.2 Marco político

Los lineamientos básicos y políticas en salud del 2004 al 2008, del Gobierno de Guatemala establecen las diecisiete prioridades de salud. Ubican en el octavo lugar a las ITS, VIH y SIDA. Lo que implica que se debe constituir en una acción permanente y responsable la necesidad de planificar y diseñar intervenciones que respondan adecuadamente a las demandas de salud de la población. Asimismo, se identifican los ciclos de vida del neonato, lactante, niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor para normar su atención.

Durante el año 2005 el Presidente de la República, en consejo de ministros aprobó la "Política Pública de ITS, VIH y SIDA" (Acuerdo Gubernativo No. 638-2005). Dicha política entró en vigencia a partir de su publicación en el diario oficial, el 1 de diciembre de 2005. Este documento explica un conjunto de acciones orientadas a la atención integral de estas afecciones, mediante la coordinación de los distintos actores sociales que intervienen y/o son afectados; bajo la responsabilidad del Gobierno de la República. Se realiza con un enfoque multidisciplinario, intersectorial y con pertinencia cultural.

4.3 Compromisos internacionales

El Estado de Guatemala ha asumido compromisos internacionales frente al combate al VIH y SIDA. En primer lugar, el adquirido en las Naciones Unidas (Compromiso UNGASS) desde junio de 2001; cuyo propósito es revisar y tratar el problema del VIH y SIDA en todos sus aspectos. Además, intensificar la acción internacional para luchar contra la epidemia y movilizar los recursos

necesarios. En la Declaración de la Cumbre del Milenio se han formulado ocho objetivos de desarrollo que se pretende alcanzar en el 2015. El número seis está relacionado con el VIH y SIDA, dice así: "Combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades." En lo que se refiere a metas del milenio, el número siete establece que se debe: "Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y SIDA."

5. Evolución de la respuesta nacional en el marco institucional

Los esfuerzos de atención, vigilancia y prevención sistemáticas respecto a VIH y SIDA, se iniciaron en 1985 con la identificación de los primeros casos de infección. En 1986, AGES crea el proyecto Caslem para iniciar actividades educativas de prevención dirigidas a HSH. En 1990 se crea el Programa Nacional de VIH y SIDA, con el fin de establecer en el país las directrices técnico-normativas sobre el tema; empiezan a surgir iniciativas desde la sociedad civil, en un esfuerzo coordinado entre las organizaciones no gubernamentales.

En 1995 se formaliza la coordinación multisectorial; se conforma la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, integrado por ONGs, sector religioso, gobierno, cooperación y fuerzas armadas. En 1996 se elabora el primer PEN y en 1999, a instancias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en colaboración estrecha con la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, se elaboró el Plan Estratégico Nacional ITS, VIH y SIDA, para el período 1999-2003.

En el área de atención, en 1988 se inaugura la primera clínica de SIDA en Centroamérica y se integra la primera ONG para prevenir el VIH, dirigida por la Asociación de Salud Integral (previamente -AGPCS-, Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA), ubicada en el Hospital San Juan de Dios. Al año siguiente abre la clínica de infectología en el Hospital Roosevelt. A partir de 1997 ambas clínicas y las del IGSS empieza a brindar tratamiento con antiretrovirales -ARVs-.

El MSPAS empieza a proveer de medicamentos ARVs a partir de 1999. Del año 2000 al 2004 hay un incremento significativo en los PVVS que acceden tratamiento por medio de la oferta de MSF (Suiza, Francia y España).

El primer grupo de apoyo dirigido por y trabajando con PVVS se formó en 1998. Desde esa fecha han surgido otras organizaciones de PVVS que han permitido incrementar los programas de apoyo dirigidos a esta población.

Diversos organismos internacionales han apoyado el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a la epidemia, principalmente en aspectos clave como la planeación estratégica, el diálogo político, la sensibilización pública, la vigilancia epidemiológica y el incremento de la

participación de la sociedad civil. A la fecha, la participación de la iniciativa privada se ha caracterizado por responder de manera aislada a solicitudes de apoyo. La respuesta nacional, por muchos años se ha concentrado en la ciudad de Guatemala y la manera en que se ha tratado ha tenido bajo impacto en poblaciones vulnerables.

6. Actividades de prevención

6.1 Situación actual

La piedra angular de la prevención del VIH se encuentra en la ampliación del acceso al tratamiento y en mantener o cambiar los comportamientos, los cuales han de estar orientados a evitar y disminuir los riesgos.

En Guatemala, desde que se conoció la epidemia, estos aspectos se han mantenido separados y la prevención del VIH inicialmente se orientó a brindar información a la población general sobre modos de transmisión. Hubo menor énfasis en informar acerca de las distintas formas de prevención; se promueve primordialmente la fidelidad mutua de la pareja y el retraso en el inicio de las relaciones sexuales. Con lo anterior se logró un escaso conocimiento en hombres y mujeres (12 a 38% sobre formas de transmisión y 44 a 94 % sobre formas de prevención descritas), según ENSMI 2002.

A finales de la década de los 80 e inicios de los 90, se incrementan los trabajos de prevención orientados a poblaciones con prácticas de riesgo que hacen a algunos grupos más vulnerables, principalmente mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tiene sexo con otros hombres. Las acciones realizadas fueron financiadas principalmente con fondos de cooperación externa.

Desde 1997-98, PASMO ha desarrollado estrategias de educación, cambio de comportamiento y el mercadeo social del condón. A finales de los 90 se inicia la normalización del manejo sindrómico de las ITS y las primeras experiencias piloto. En los años 2002-2003 se consolida este proceso, ejecutado desde el segundo nivel de atención. Sin embargo, la cobertura actual es menor de 50%; en 2006 se pretende ampliar al 100% de los distritos de salud prioritarios.

En 2005 se diseñó un plan de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento, basado en la participación comunitaria y con enfoque multisectorial, de género y multiétnico. Se encuentra en fase de diseño y se espera iniciar su implementación a principios de 2006. (ver anexo No.1)

En 1998 el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, inició la administración de AZT a las mujeres VIH positivo durante el embarazo, con el fin de prevenir la transmisión madre-hijo del VIH (PTMIV). En 2003 se inicia en el hospital Roosevelt un programa estructurado para la PTMIV. Esta experiencia exitosa se está expandiendo al ámbito nacional con el apoyo de UNICEF y el Fondo Mundial de ATM. Se espera que a finales del 2006 sean 61 distritos los que oferten servicios de prevención de la transmisión Madre Hijo del VIH.

La falta de percepción de riesgo, entre otros, impide la aplicación integral de las estrategias de prevención. Dentro de las prioridades del PNS se tienen contemplado los servicios de Orientación y prueba voluntaria. A la fecha se ha logrado la capacitación del personal en un 100% de los distritos en donde se oferta la prueba. Sin embargo, no se cuenta con la infraestructura adecuada, el recurso humano ni los insumos necesarios (particularmente para pruebas rápidas) que permitan su completa implementación.

La ENSMI 2002 demuestra que aun existen altos niveles de discriminación entre la población adulta general (solo dos tercios de los hombres y mujeres entrevistadas aceptarían cuidar a un familiar VIH+ y menos de la mitad trabajarían con una PVVS y/o permitirían que una PVVS continuara en su trabajo).

6.2 Conocimientos, actitudes y prácticas

En el año 2002 se realizó la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), que tuvo cobertura nacional; en ella se evidenció que 95% de los entrevistados tenían conocimiento sobre el SIDA. Sin embargo, a las preguntas *“¿piensa que una persona puede tener el virus del SIDA y no presentar síntomas”* y en la pregunta *“¿Según usted existe cura para el SIDA?”*, entre 18 y 25% de los hombres no pudo dar respuesta correcta. El mismo estudio revela que 24.7% de hombres y 31.2% de mujeres han oído hablar del SIDA, pero no saben que puede ser una enfermedad asintomática.

En relación con los cambios de comportamiento sexual, 75.4% respondió que si el SIDA no existiera tendrían más de una pareja y 24.6%, que no usaría condones. Al preguntarles a hombres de 15 a 59 años de edad, acerca de las formas para evitar el SIDA respondieron en orden descendente: usar condones (42.2%), tener una sola pareja/fidelidad (40%) y no tener relaciones con personas desconocidas (33.2%).

En la Encuesta de Opinión sobre el VIH y SIDA realizada por Cid Gallup en 2003, 98% de los encuestados respondió que el SIDA es un grave problema en Guatemala; 97.4% consideró que se debe dar más información sobre el tema en las escuelas; 98.6% piensa que el gobierno debe realizar más campañas

educativas y 94.3 mencionó que los condones deben estar disponibles para la población, incluso adolescentes. Asimismo, 95% opinó que se deben realizar programas de prevención, dirigidos a HSH y TS.

En esta misma encuesta se observó el elevado estigma que manifiestan en relación con el tema; 73.2% de los encuestados opinó que un empleador tiene derecho a pedir la prueba del VIH a sus empleados, 55% expresó que las personas con SIDA no debieran tener acceso a lugares públicos, 59.5 manifestó que los niños afectados deben recibir educación alejados de los niños que no lo están; y 55% opinó que el SIDA es un castigo de Dios.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con apoyo de CDC/MERTU realizó estudios en mujeres embarazadas entre 2002 y 2003, en los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Guatemala, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Santa Rosa, Suchitepéquez y Zacapa.

Los resultados mostraron que de 6170 mujeres embarazadas entrevistadas en relación con el conocimiento de dos métodos de prevención del VIH, 84.3% reconoció la fidelidad como una medida de protección contra la infección. Mientras que 72.1% afirmó que el uso del condón previene la transmisión del virus a través de relaciones sexuales. De ellas, 65.3% (4,576) coincidió en identificar las dos prácticas como válidas.

7. Situación y manejo integrado de casos de VIH y SIDA

En este país la atención y tratamiento para las personas viviendo con VIH, aun está concentrada. Los servicios más importantes de atención se encuentran en los dos grandes hospitales de la ciudad de Guatemala (San Juan de Dios y Roosevelt). Fuera de la capital, en el hospital de Puerto Barrios y el Proyecto VIDA en Coatepeque, Quetzaltenango. En dichos lugares, principalmente se ofrece atención médica para infecciones oportunistas y terapia antiretroviral. La cual proviene de diversas fuentes, entre las que destaca Médicos Sin Fronteras, el Fondo Mundial y el Gobierno de la República.

El seguro social guatemalteco también ofrece tratamiento a sus afiliados. Atiende aproximadamente 1.800 personas con terapia antiretroviral. Sin embargo, este servicio se concentra en la clínica de infectología en la zona 7 de la ciudad de Guatemala y actualmente ha estado enfrentado serios problemas de desabastecimiento. Esto afecta gravemente la salud de los pacientes, quienes en reiteradas ocasiones han padecido la falta de medicamentos y han tenido que suspender temporalmente sus terapias antiretrovirales. Más allá de la atención médica, actualmente se han mejorado significativamente los servicios de laboratorio y orientación apoyo emocional o psicológico, referencia y otros. Aunque esto no puede

considerarse como un factor de éxito, dadas las limitaciones para cubrir la demanda de la población y la centralización de estos servicios.

Es importante destacar el rol que las personas viviendo con VIH y algunas organizaciones de la sociedad civil, han asumido en los últimos tiempos, con participación en las actividades de información, formación de grupos de apoyo emocional y otros. A pesar de ello no se ha logrado cubrir la totalidad de la demanda nacional. En principio por el factor geográfico y luego por la centralización de los servicios, lo que impide que las personas en condiciones de extrema pobreza se puedan movilizar hacia los centros urbanos donde se provee ayuda médica especializada. Cabe destacar que la falta de recursos para asegurar la atención mínima de calidad a la totalidad de las PVVS en el país, redundará en desmedro de su calidad de vida y en el aumento significativo de la mortalidad por SIDA.

8. Situación de derechos humanos, estigma y discriminación

Vivir con VIH es un problema social y no sólo de salud como lo percibe la sociedad en general. Conlleva sufrir la discriminación en todos los ámbitos de la vida cotidiana; desde la pérdida del empleo para muchos, hasta la imposibilidad de optar a uno para otros. Y es que muchas empresas contravienen las leyes y exigen la prueba del VIH a las personas que solicitan empleo. En el ámbito social, escolar, familiar y de salud, también se manifiestan violaciones constantes a los derechos de quienes están afectados por esta epidemia.

Las leyes del país han conferido los derechos a quienes viven con el VIH, sin embargo, las violaciones a sus derechos elementales es una práctica común que enfrentan estas personas. No existe un mecanismo de carácter social que coadyuve a hacer valer estos derechos y exigir que se respeten. Algunas organizaciones y grupos de PVVS realizan con cierto éxito, actividades de promoción de los derechos humanos y reducción del estigma. Acompañados de actividades de defensa pública, que se traducen en algún momento, en actividades de carácter legal para hacer valer el derecho de las PVVS.

Es posible afirmar que existe una discriminación generalizada que nace desde el estigma que arrastra a hombres, mujeres, niños y niñas en su entorno social, familiar y laboral. Y es que las campañas de sensibilización social que se han llevado a cabo, han tenido poca cobertura en el territorio nacional y han sido de escaso impacto en la sociedad en general.

9. Contexto socioeconómico y acceso a servicios de salud

De acuerdo con la clasificación del Banco Mundial, Guatemala es un país de ingreso medio bajo y la pirámide socioeconómica⁴ se encuentra dividida de la siguiente manera:

- Nivel superior (AB): 2%
- Nivel medio (C+, C, C-): 25%
- Nivel popular (D, D-): 33%
- Nivel marginal (E y F): 40%

Esta situación se explica si se observa que 57% de la población vive en condiciones de pobreza y 26.8% en extrema pobreza. El sistema de servicios de salud de Guatemala⁵ posee un grado de segmentación elevado en cuanto a las poblaciones que cubre.

La población de mayores ingresos asiste a los establecimientos privados de atención y los trabajadores del sector formal están cubiertos por la seguridad social (+/-11% de la población). Más de la mitad de los habitantes del país depende de la red de servicios públicos de salud, la cual se sostiene con recursos correspondientes al Ministerio de Salud Pública provenientes del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado.

10. Situación de financiamiento, presupuesto nacional, fondo mundial, otros

La coyuntura política y económica que el país enfrenta influye en la situación de salud y en el desempeño de los servicios. Entre ellas, el deterioro de la balanza comercial a raíz de la reducción de volúmenes y precios de las principales exportaciones, la depreciación del quetzal y el deterioro del poder adquisitivo de la moneda.

Esta fragilidad del sistema de servicios públicos desde la perspectiva financiera, se refleja en las dificultades para extender la cobertura de servicios básicos a la población indígena, pobre y campesina de las áreas rurales; así como a las poblaciones marginadas y excluidas en razón del ejercicio de su sexualidad, que son las más vulnerables al VIH en Guatemala. La emergencia de la epidemia del SIDA, con rápido crecimiento e importantes costos, llega a competir por los escasos recursos del sistema de servicios.

⁴ Estudio de Ingresos y Hábitos de Consumo Bi-Anual por Inteligencia Empresarial de Grupo LVI, Enero 2004

⁵ Iniciativa de Guatemala ante el Fondo Mundial de SIDA, Mecanismo de Coordinación de País, 2003

10.1 Análisis de inversión en VIH y SIDA 2002 / 2003

En cuanto al gasto relacionado con VIH y SIDA, es posible observar su comportamiento con base en el sistema de cuentas nacionales de salud, el cual consiste en un análisis sistematizado bajo una estructura matricial de los flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de servicios del VIH y SIDA. En ella observamos una ejecución presupuestaria para el año 2002 de Q98 437 706.00. Con un significativo aumento en el gasto para el 2003. El cual asciende a Q126 014 830.00.

El evidente aumento en el gasto puede derivarse de la demanda producida por el incremento de personas que requieren atención directa.

En ambos casos la mayor inversión proviene del Seguro Social, dirigido principalmente a la atención de sus afiliados que viven con el VIH. Tanto en el gasto del Gobierno Central como del IGSS, la inversión se concentra en la compra de medicamentos antiretrovirales, reactivos y otros insumos para la atención. Seguido de otras acciones en cuanto a gastos de hospitalización, prevención u otros.

Es necesario destacar el aporte de otros cooperantes:

Organismos multilaterales

Entidad	Año 2002 (Q)	Año 2003 (Q)
Agencias multilaterales	2 216 611.00	2 530 290.44
Organismos bilaterales	6 404 646.20	5 479 252.14
Otros organismos internacionales sin fines de lucro	10 186 581.00	15 465 445.00

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud. 2002/2003

Otras fuentes de financiamiento están vinculadas a instancias del Estado, ONGs nacionales e internacionales y otros organismos internacionales.

Presupuesto del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, asignado por el Ministerio de Salud Pública

Año	Presupuesto asignado (Q)	Ampliación (Q)
2002	5 000 000.00	0
2003	7 000 000.00	0
2004	7 000 000.00	0
2005	10 392 200.00	1 419 984.00

Como se puede observar en la tabla anterior, el aumento en la inversión por el MSP ha sido superior al 100% en los últimos años, lo que refleja la importancia que ha adquirido el tema ante las políticas estatales.

10.2 Cooperación internacional

La cooperación internacional ha apoyado el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a la epidemia. Las áreas clave han sido la planeación estratégica, el diálogo político, la sensibilización, la vigilancia epidemiológica y la promoción de la participación de la sociedad civil. En respuesta a la epidemia, más de 20 organismos internacionales que realizan acciones en todo el país, proporcionaron alrededor de \$7 000 000 para el 2005. El Fondo Mundial aportó cuatro millones, MSF, dos millones y otros donantes, un millón.

10.3 Fondo Mundial

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria fue creado en el año 2002 como una alianza público-privada para suministrar con celeridad grandes cantidades de recursos adicionales. La iniciativa *"Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH y SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala"*, fue aprobada por el Fondo Mundial, el 15 de octubre de 2003.

Esta iniciativa tiene como objetivo dirigir acciones efectivas de prevención, impulsar la participación organizada de la sociedad civil en la defensa y promoción de los derechos humanos y civiles y la ciudadanía, disminuir la transmisión madre-hijo, la mortalidad por SIDA, la morbilidad por infecciones oportunistas y la prevención integral de ITS, VIH y SIDA en las poblaciones más vulnerables. El Fondo Mundial aprobó un total de \$40 921 917 para un período de cinco años.

10.4 Inversiones regionales

En el marco de las resoluciones adoptadas en la XX reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, COMISCA, el 23 de abril del 2004, se acuerda preparar un avance en las observaciones realizadas a la propuesta del "Proyecto Regional para América Central para Prevención y Control del VIH y SIDA", con un fondo estimado de ocho millones de dólares donado por el BM para un período de ejecución de cinco años.

Con el apoyo financiero solicitado al BM y SCSA se ejecutó el proyecto de insumos para la implementación de pruebas diagnósticas. Durante 2005 se inició la ejecución de ambos proyectos regionales.

Otros programas regionales que prestan asistencia técnica y financiera para los programas de SIDA son los de USAID, que enfocan su asistencia en programas de prevención en poblaciones más vulnerables que manifiestan conductas de riesgo, mejoramiento del ambiente político, uso de información para toma de decisiones y capacitación del recurso humano para el manejo de pacientes. En colaboración con CDC, apoyan el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación, la vigilancia de la coinfección TB/VIH, capacitación del recurso humano en laboratorio y monitoreo y evaluación.

UNICEF, ha apoyado la prevención de la transmisión vertical con estudios, tratamiento y seguimiento de casos.

10.5 Otras fuentes de financiamiento de las ONGs

La gestión de las ONGs hace una contrapartida muy dependiente de donaciones externas. Sin embargo, existen algunos esfuerzos de las organizaciones por desarrollar la capacidad de autogestión. Hasta ahora muy pocas han logrado algunos avances, aunque estos se limitan a la venta de condones y/o servicios de laboratorio. Las condiciones de pobreza de las poblaciones podría ser un factor influyente en la poca capacidad de las ONGs para vender sus servicios a dichas poblaciones.

2. TENDENCIAS DE LA EPIDEMIA EN GUATEMALA

1. Factores ambientales y conductuales que afectan el curso de la epidemia

En Guatemala la dinámica de la epidemia está directamente vinculada a diversos factores que inciden en que esta se concentre en algunas regiones del país y hacia grupos específicos de la población. Definitivamente, la vulnerabilidad de algunos grupos sociales marcados por el estigma y la discriminación a causa de su orientación sexual, sexo y situación económica, ha causado que la epidemia los afecte con mayor intensidad. Tal es el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, adolescentes en riesgo, amas de casa y por qué no decirlo, trabajadores migrantes de las diferentes zonas del país.

La situación de discriminación hacia aquellos grupos más vulnerables es un punto importante para comprender el curso de la epidemia. La falta de poder de decisión de las mujeres en cuanto a métodos de protección, les afecta grandemente. Lo mismo sucede con los HSH, quienes ante el temor de ser marginados por su orientación sexual, se invisibilizan en su vida cotidiana, lo que impide identificarlos y tener acceso a ellos.

Las personas que se dedican al comercio sexual se tornan más vulnerables por depender económicamente de esta actividad. Su poder de negociación con el cliente se ve disminuido a causa de la pobreza en que viven y la necesidad de obtener dinero que les permita subsistir y ayudar a sus familias. La falta de atención específica hacia estos grupos ha impedido que cuenten con programas preventivos que les permitan adquirir comportamientos seguros para evitar la infección del VIH.

A su vez, se debe mencionar el carácter multiétnico y multilingüe de Guatemala. País en el que conviven más de 24 grupos culturales⁶, con idiomas diferentes y una concepción del mundo y la sexualidad, distinta al modelo occidental. La falta de programas dirigidos a grupos cuyo idioma materno no es el castellano, es un obstáculo muy grande que impide acercarse a estas poblaciones. Pero también lo es la percepción y doble moral de estos grupos que ven en el VIH y SIDA, una epidemia exclusiva de la población ladino occidental.

La geografía humana de Guatemala es un factor que debe considerarse para entender mejor el curso de la epidemia. Es fácil observar que se concentra en los departamentos y ciudades de mayor actividad productiva. Específicamente los de la costa sur en la ruta que conduce a la ciudad de Guatemala.

Como consecuencia de las tareas de corte de caña y café, esta región recibe grandes contingentes humanos que llegan con la esperanza de aumentar sus ingresos para subsistencia, trabajando ciertas épocas del año. Además, recibe el flujo de migrantes provenientes de otros países centro y sudamericanos que pasan por la ruta de la costa sur con rumbo a México y Estados Unidos. La ruta a la costa atlántica también se caracteriza por ser transitada por poblaciones móviles.

No se debe olvidar la migración de jóvenes que participan en el servicio militar y la concentración de comercios sexuales en las zonas cercanas a los cuarteles del ejército, lo que podría ser un factor de riesgo para el personal castrense. Estas personas, una vez terminado el tiempo de servicio, regresan a sus comunidades de origen. En muchos casos, vuelven siendo portadores del VIH.

2. Proyecciones

Se ha determinado que para el año 2005 la prevalencia de VIH en personas comprendidas entre los 15 y 49 años de edad fue de 0.9%. Esta tasa fue determinada en base a la información disponible sobre las prevalencias

⁶ Diversidad étnico – cultural: La ciudadanía en un Estado plural. Informe Desarrollo Humano Año 2005

en grupos poblacionales considerados epidemiológicamente como de “bajo riesgo” y de “alto riesgo” y la asistencia del método Hoja de Cálculo.

Considerando dicha estimación, a finales del año 2,005 el número de personas viviendo con VIH oscilaba alrededor de 55,000, de las cuales 7,300 infecciones habrían ocurrido en ese mismo año. La estimación de muertes por SIDA durante 2,005 se ubicó alrededor de 3,500 personas.

Aplicando la metodología Spectrum, se preparó una proyección que permitiera estimar el número de personas con VIH esperadas al final de los siguientes cinco años. Se estimó que para el año 2010, de mantenerse los mismos niveles de prevención y atención disponibles hoy y siempre con respecto a la población de 15-49 años, se esperarían 81,560 personas viviendo con el VIH.

La intensificación de las acciones de prevención puede reducir importantemente el número esperado de nuevas infecciones. Las poblaciones con prevalencias más elevadas hoy en día, representan una fracción menor de la población total del país, no obstante, están jugando un papel muy importante en la diseminación de la infección por VIH debido a que juegan un rol de “puente epidemiológico”. La priorización de las acciones de prevención dirigidas a estos grupos puede influir en la estimación de nuevas infecciones en la población general.

3. RESPUESTA NACIONAL

1. Evaluación del plan estratégico nacional 1999 – 2003

En 1999 se elaboró un plan estratégico para ser desarrollado en un periodo de cinco años. Este plan fue socializado y distribuido a diferentes sectores de la sociedad. Sin embargo, dicho plan fue sujeto de un proceso de evaluación en el año 2002. Lo que fue acordado por sectores organizados de la sociedad civil, MSP y la Cooperación Internacional. Con esto se pretendió medir los alcances del plan y de la respuesta nacional ante el VIH y SIDA.

Dicha evaluación se llevó a cabo en cinco niveles: el institucional, constituido por los representantes de ONGs y Ministerio de Salud (Despacho Ministerial, Dirección de Regulación y Control y Dirección del Programa Nacional de Prevención y control de las ITS, VIH y SIDA); el nivel institucional ejecutivo, por representantes de ONGs y del Ministerio de Salud; en el nivel local (Direcciones de Área y Distritos de Salud); el nivel comunitario representado por la población expuesta a las intervenciones del PEN; y el nivel de establecimientos de salud, como los hospitales y centros de salud.

Para realizar la evaluación se tomaron como muestra cuatro departamentos del país: Izabal, Quetzaltenango, Suchitepéquez y

Guatemala. Se utilizaron diversas técnicas documentales y de entrevista, que permitieron recopilar información.

Entre las conclusiones de esta evaluación, destacan las siguientes:

- a. La falta de institucionalización del Plan Estratégico a lo interno de las organizaciones de la sociedad civil e instituciones de gobierno, limitó la operativización de los principales cursos de acción y el alcance de las metas e indicadores propuestos.
- b. No se logró una alta correspondencia entre la declaración política sobre el VIH y SIDA y la asignación de recursos financieros para abordar integralmente dicha problemática. Lo que redundó negativamente en la capacidad rectora del MSP y del PNS en el tema.
- c. Hubo avances significativos de coordinación entre las ONGs, el Ministerio de Salud y otras instituciones sectoriales, expresada en la concreción de proyectos vinculados al VIH y SIDA (protocolos de atención, Fondo Mundial, reglamentación de la Ley, evaluación y reformulación del PEN, entre otros).
- d. En el campo de regulación se logró que el Ministerio de Salud Pública iniciara el proceso de elaboración de normas de atención para el VIH y SIDA, para el conjunto del paquete de servicios básicos. De bioseguridad para los bancos de sangre y protocolos de atención para la atención hospitalaria de las PVVS.
- e. Se evidenció escasa formación en el personal de salud, en relación con los diferentes temas vinculados a acciones de prevención y atención de las ITS, VIH y SIDA. En la población en general hay índices superiores a 75% que manifiestan haber escuchado de las ITS, VIH y SIDA.

2. Proceso de consulta de talleres nacionales y regionales

La elaboración de este plan estratégico conllevó una importante inversión en tiempo y recursos por parte de todos los actores de la respuesta nacional. Durante los tres meses que duró su elaboración, se celebraron cuatro talleres regionales, un taller nacional y docenas de entrevistas uno a uno y con grupos de personas que de una u otra forma participaron aportando a la respuesta nacional. Los talleres regionales fueron calendarizados para realizarse en cuatro áreas del país a fin de facilitar el acceso a los mismos a todos los actores del país.

El Programa Nacional del SIDA giró invitaciones a través de la Agenda Única del Ministerio de Salud a todos sus miembros; a las ONGs y otras

instituciones se les enviaron la invitación por vía telefónica y correo electrónico.

- Puerto Barrios, Izabal: se invitó a participantes de Jutiapa, Jalapa, Izabal, Zacapa, Chiquimula y El Progreso.
- Cobán, Alta Verapaz: se invitó a participantes de Alta Verapaz, Baja Verapaz y Petén.
- Ciudad de Guatemala: se convocó a participantes de Guatemala, Escuintla, Santa Rosa, Sacatepéquez y Chimaltenango.
- Quetzaltenango: se invitó a participantes de Quetzaltenango, Huehuetenango, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Suchitepéquez, Retalhuleu y Quiché.

Sobre la base del análisis de trabajo con los asistentes a estos talleres, se logró obtener abundantes insumos para comprender de mejor manera la respuesta nacional que se tiene hasta el momento.



Durante los talleres, se aplicó una metodología mixta en la que se realizó una sesión motivacional mediante moderación conductiva según guía de conversación preestablecida. Además, un cuestionario para retroalimentación cuantitativa mediante instrumento de aplicación "cara a cara" a todos los participantes. Adicionalmente se ofreció un *kit* de cuadros para llenar, en ellos se destacaban las actividades que realiza la organización que cada participante representaba en el grupo. Para efectos de análisis, la información recopilada se dividió en las siguientes categorías:

- Prevención
- Atención integral
- Entorno

En cuanto a la perspectiva de la consulta, la prioridad para resolver los retos que presenta la epidemia, se estableció que el enfoque más importante debe darse en temas de educación y prevención. En ningún momento los participantes en estos talleres desestimaron el esfuerzo en los otros ámbitos de trabajo, sin embargo, entienden que dada la calidad de “concentrada” que aún tiene la epidemia, este debe ser el enfoque prioritario en los próximos años.

De la misma forma, en opinión de los actores de la respuesta nacional que participaron en los procesos de consulta, estiman que el tratamiento centralizado que se da en el país es el primer obstáculo por vencer (37%); el diagnóstico que se realiza tardíamente equivale a 23%; el seguimiento deficiente al caso del paciente (16%) y el escaso apoyo brindado a las PVVS y a su familia (14%) también es un problema urgente de resolver.

Es importante resaltar que luego de analizar debilidades y fortalezas de los anteriores planes estratégicos, en estos talleres hubo consenso general acerca de lo siguiente:

- a. En términos generales el Plan Estratégico Nacional debe tener capacidad para ejecutarse como parte de la respuesta nacional.
- b. El Plan Estratégico debe servir para guiar el esfuerzo de todo el MSP y otros sectores involucrados en el tema, de manera que facilite la integración y coordinación de actividades.
- c. Debe ser visto como un instrumento que dirija la intervención de la respuesta en la formulación de planes, aún cuando este pueda servir como elemento de consulta.
- d. El PNS es el ente rector que no se debe entender como una estructura capaz de proveer los recursos del plan. El PEN no se ha de ver como un documento escrito y provisto por terceras personas, sino como un ejercicio realizado en un esfuerzo común de la respuesta nacional. Por esa razón el presente PEN se elaboró con el consenso de todos los sectores que trabajan en la prevención y/o atención de las ITS, VIH y SIDA.

En tal sentido, y como parte de la respuesta nacional, las organizaciones participantes, solicitan que en el nuevo PEN, destaquen los siguientes aspectos:

- a. Fortalecer el PNS como ente rector de la respuesta nacional.
- b. Lograr que el PEN sea un documento útil, a través de un proceso continuo de monitoreo y evaluación.

- c. Procurar la accesibilidad a los servicios a través de procesos de descentralización de la atención.
- d. Considerar que la respuesta nacional atiende al contexto social, cultural y económico. Además, que fomente la participación de todos los actores posibles en la respuesta nacional. Incluso aquellos que podrían considerarse de conservadores o demasiado liberales.
- e. Desarrollar simultáneamente la prevención de la transmisión y la atención integral en todo el país, considerando los contextos locales e incluyendo todos los puntos de vista del problema.

4. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2006 -2010

1. Visión

La reducción de la transmisión de las infecciones de transmisión sexual y la mitigación del impacto de la epidemia, será producto del ejercicio de las “mejores prácticas” para la prevención de la transmisión y atención integral de las ITS, VIH y SIDA. Serán de dominio general en la población y se empezará a hablar del tema con amplitud y libertad.

Como consecuencia de este ejercicio, del reconocimiento general de la igualdad de todas las personas ante la ley y de la nueva amplitud que adquiere la sociedad para enseñar, comentar y enfrentar el tema, se habrá reducido la estigmatización y la discriminación para quienes viven con VIH.

Además, los actores del tema de VIH y SIDA habrán aprendido a trabajar en conjunto, a cooperar y unir esfuerzos; lo que redundará en resultados provistos de sinergia.

2. Misión

Los actores del tema, proactivamente integrarán la respuesta nacional sobre las ITS, VIH y SIDA, fortalecerán la autoridad nacional y mejorarán su capacidad de priorizar, coordinar y normar las acciones de la respuesta. Implementarán y ejercerán un proceso sistematizado de monitoreo y evaluación del ejercicio de la respuesta.

El PNS, en su calidad de rector nacional, coordinará las acciones en dirección al cumplimiento del PEN; mientras, fomentará la descentralización y la flexibilidad de la ejecución según las necesidades locales bajo la normativa nacional de prevención y atención integral.

3. Objetivos estratégicos

3.1 De la responsabilidad del Estado

Fortalecer el compromiso del Estado para que vele eficientemente por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, atención integral y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

3.2 De la responsabilidad individual

Reconocer que la responsabilidad personal es la respuesta clave para lograr la mitigación efectiva y de fondo, de corto y largo plazo de las ITS, VIH y SIDA. Fomentar la idea que en la medida en que todos los actores aporten su esfuerzo individual, se logrará vivir en una Guatemala próspera.

3.3 De la igualdad de todas las personas ante la ley

Garantizar el acceso de todos los habitantes de Guatemala a los medios de información, educación, prevención y rehabilitación; sin dejar espacio alguno para prácticas discriminatorias o que atenten contra los derechos humanos, en este caso de las personas afectadas y expuestas al riesgo del VIH y SIDA.

4. El planteamiento estratégico

El canal de acción de la respuesta nacional es el planteamiento estratégico. Este reúne las necesidades que se deben satisfacer, las cuales están identificadas en los problemas. Además, las engloba de acuerdo con factores comunes que ofrecen respuestas integrales a las necesidades de los actores. Es así como se establecen cinco problemas prioritarios.

La respuesta individual a cada problema es el Objetivo Estratégico, el cual se compone de una o varias estrategias cuya implementación es necesaria para posibilitar su logro. Estas estrategias a su vez, se componen de líneas de acción y su avance se mide a través de indicadores. Cada una de estas líneas de acción tendrá actores responsables de su ejecución.

5. Poblaciones objetivo

De acuerdo con la información disponible del monitoreo de la epidemia en Guatemala, de los casos actuales de SIDA y los problemas descritos por los grupos vulnerables, se puede concluir que existen subgrupos de población más vulnerables de adquirir y transmitir la infección por VIH.

Por lo tanto, ameritan un conocimiento más profundo del alcance de la infección y de los comportamientos que pueden influir sobre la epidemia; además, el diseño de intervenciones específicas diferenciadas de acuerdo con las propias características y necesidades de cada grupo y subgrupo.

Con base en la información epidemiológica existente, se propone que en todo el país se atienda con prioridad y se intensifiquen las actividades de índole epidemiológica así como las intervenciones de prevención y control del VIH, especialmente en las siguientes poblaciones:

5.1 Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)

La información disponible muestra que esta población es relevante y una de las más afectadas por la epidemia. Sus características, redes y magnitud de infección se deben conocer para facilitar la toma de decisiones y lograr que la planificación genere la asignación de recursos suficientes; los cuales se utilicen de forma adecuada.

Los resultados del Estudio Multicéntrico y el grupo focal con esta población, claramente orientan a que esta población debe ser diferenciada en cuanto a las intervenciones pertinentes para cada uno de los subgrupos que la componen. Es decir, homosexuales, travestís y transgéneros, pero muy especialmente para los denominados bisexuales.

5.2 Trabajadores sexuales, masculinos y femeninos

Al igual que la población anterior, la información epidemiológica muestra la importancia de este grupo en el comportamiento de la infección y de las redes de infección. Por lo tanto es esencial incluirla entre los grupos que precisan estudio e intervención.

5.3 Clientes de los trabajadores y las trabajadoras sexuales

No se conoce específicamente la condición epidemiológica de esta población. Sin embargo, las altas tasas de prevalencia encontradas en las trabajadoras sexuales y en los HSH, además de la continua feminización de la epidemia, especialmente en mujeres heterosexuales, señalan la necesidad de incorporar a esta población en las acciones de prevención por constituir posibles puentes de transmisión de VIH.

5.4 Mujeres en atención prenatal

El estudio y monitoreo de las mujeres que acuden a los centros de atención prenatal, es el medio más accesible para lograr una corte transversal de mujeres sanas sexualmente activas, que podrían ser representativas de la situación de la población general. A su vez, la

intervención en este grupo de población ayudaría significativamente en la disminución de los casos de SIDA pediátrico, al cubrirlos con programas de Prevención de la Transmisión madre madre-hijo/a.

5.5 Otras poblaciones

Luego de establecer acciones en las anteriores poblaciones prioritarias, se deben asignar recursos acordes con la manifestación de la epidemia en cada lugar donde se encuentren personas de los siguientes grupos:

- Pacientes con infecciones de transmisión sexual, particularmente hombres y mujeres que ejercen el comercio sexual y hombres que tienen sexo con otros hombres. Sin dejar fuera a otras personas de población general que buscan atención a causa de este problema.

- Poblaciones móviles:
 - a. Camioneros, sobre todo aquellos que se mueven en la denominada "ruta del SIDA" que como ya se mencionó, corresponde a los departamentos que atraviesan las dos principales carreteras del país. La ruta al atlántico que va de Guatemala a Puerto Barrios y la del pacífico, que va de Guatemala a Escuintla y Tecún Umán; población fronteriza con México.
 - b. Agricultores migrantes que se trasladan en temporadas de cosechas, ya sea dentro del país o fuera de él.
 - c. Migrantes hacia Estados Unidos (nacionales o extranjeros) en su paso por el país.
 - d. Agentes viajeros, que se movilizan constantemente al interior del país y pernoctan en diferentes lugares.
 - e. Personas privadas de libertad, hombres que son susceptibles de tener relaciones sexuales consensuadas con otros hombres o ser abusados sexualmente en el lugar de detención.
 - f. Personal uniformado que permanece reclutado, como los elementos del ejército, la policía y otros grupos uniformados
 - g. Niños y niñas de la calle y en la calle, que son susceptibles de ser abusados sexualmente, consumir drogas, practicar la prostitución, entre otros.
 - h. Adolescentes y jóvenes que manifiestan prácticas de riesgo tienen alguna situación de vulnerabilidad. Los activos sexualmente, quienes trabajan en maquilas, viven solos, en situación de pobreza y de escaso nivel educativo.
 - i. Grupos étnicos, como la población indígena (sobre todo los que acostumbran migrar en las épocas de cosecha, los que pernoctan en

las ciudades por motivo de comercio y quienes han salido del país durante una temporada) y los garífunas de la costa atlántica guatemalteca.

En cuanto a las poblaciones para atención, se proponen las siguientes:

- Personas que viven con VIH o SIDA
- Personas que padecen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Pacientes de tuberculosis
- Mujeres embarazadas infectadas con VIH

Esta caracterización será revisada periódicamente con base en el monitoreo de la epidemia.

Debido a su importancia en la pirámide poblacional, las y los jóvenes serán considerados como una prioridad dentro de las acciones de prevención y atención.

6. Ejes temáticos del plan estratégico nacional

6.1 Eje prevención

La prevención es el eje prioritario de la respuesta nacional. Sin menospreciar la enorme importancia de prestar atención integral de calidad y mejorar el entorno de las PVVS. Se debe partir del hecho que en Guatemala la epidemia aún es concentrada. Por ello, se debe procurar mantenerla en esa categoría; las acciones que viabilicen ese propósito son las más sensatas y de costo eficiente. Eso se logrará solo si el enfoque en prevención es contundente y con objetivos trazados a corto, mediano y largo plazo.

La respuesta nacional de este Plan Estratégico enfoca sus acciones tanto a las propias de la prevención con el proceso informativo y de cambio de conducta, como a la inserción de las "mejores prácticas" en la cultura del guatemalteco común. Esto último, primordialmente con un enfoque de resultados generacionales mediante procesos educativos en el sistema formal y la paulatina apertura de la sociedad para tratar un tema de la realidad, con la claridad y dominio propio de quienes comprenden su trascendencia y la importancia de prevenir su transmisión.

Sin embargo, no es solamente por medio de la educación formal en las escuelas que se lograrán los objetivos. Es a través de un enfoque integral que incluya a la población en edad reproductiva; a quienes forman parte de la fuerza laboral del país; y a la mujer, quien juega un papel fundamental como piedra angular del hogar en Guatemala.

El enfoque preventivo y el mensaje que cada organización decida trasladarle a su audiencia debe ser priorizado, independientemente del juicio moral que cada persona tenga respecto a su contenido. En la medida en que todas las organizaciones de la sociedad civil, laicas o religiosas, laborales o patronales, privadas o gubernamentales, se apoderen de un mensaje cuya aplicación ofrezca la reducción del riesgo de transmisión y la subsiguiente mitigación de la epidemia, encontrará un lugar en el enfoque integral de la respuesta nacional.

Las mejores prácticas, sin embargo, no solo se adquieren a través de procesos comúnmente relacionados con la prevención primaria, o la enfocada a la infección en primera instancia. Se encuentran también, en los sitios en que personal médico y personas que viven con VIH, las llevan a cabo con precisión y eficacia. Una vez las mejores prácticas se implementen con seriedad, las personas que viven con VIH podrán disfrutar de una vida digna y reducir la posibilidad de transmitir o ser receptores de nuevas ITS. El resultado será la atenuación de la epidemia.

Las poblaciones de alto riesgo son de especial interés para la respuesta nacional. Estas comunidades tendrán que organizarse con el propósito de fortalecer el trabajo de comunicación y apoyo de pares. En la medida en que esta metodología se desarrolle, se implementarán las mejores prácticas propias de su grupo, y la mitigación de la epidemia estará más cerca.

En resumen, el enfoque preventivo será eficaz y contundente si se apoya en un planteamiento educativo con objetivos de inserción cultural de largo plazo que se combine con la aplicación a corto y mediano plazo de las mejores prácticas de prevención. De manera que la población en general y la de alto riesgo se involucren sustancialmente en el desarrollo, capacitación y aplicación de éstas dentro de sus comunidades.

6.1.1 Objetivo estratégico: Fortalecer, en el sector formal de la educación, las acciones de prevención de ITS, VIH y SIDA.

Indicadores:

- Porcentaje de escuelas cuyos docentes han recibido educación sobre ITS, VIH y SIDA y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico.

Línea de acción	Actores
Implementación de la currícula que incluye salud sexual y reproductiva, ITS, VIH y SIDA, estigma y discriminación en los niveles de educación primaria y la incorporación del tema en la currícula del nivel secundario.	PNS, MINEDUC
Implementación de programas y planes de estudio en ITS, VIH y SIDA en las universidades	PNS UNIVERSIDADES

6.1.2 Objetivo estratégico: Promover prácticas de prevención de la transmisión de las ITS, VIH y SIDA en la población, priorizando a grupos más vulnerables de acuerdo con el monitoreo del comportamiento de la epidemia.

Indicadores:

Porcentaje de las empresas que tienen políticas y programas sobre VIH y SIDA en el lugar de trabajo.

Porcentaje de los pacientes con ITS en establecimientos de salud que han recibido tratamiento y asesoramiento.

Porcentaje de las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH y las ideas erróneas acerca de la transmisión del virus.

Porcentaje de los y las jóvenes de 15 a 24 años de edad que afirman utilizar un preservativo en las relaciones sexuales con una pareja sexual no habitual.

Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un tratamiento preventivo completo con antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.

Porcentaje de infantes nacidos de madres infectadas por el VIH, que reciben tratamiento y que a los 18 meses de edad son seronegativos

A. PREVENCIÓN PRIMARIA:

Línea de acción	Actores
Promover todas las prácticas de prevención de ITS, VIH y SIDA científicamente comprobadas (abstinencia, fidelidad, uso de condón).	PNS, ONGs, MSP, IGSS, Organismos Internacionales
Coordinar e implementar acciones de prevención en los ámbitos laborales del sector económico formal.	PNS, ONGs, MSP, IGSS, Organismos Internacionales, CACIF, Ministerio de Trabajo, sindicatos, IGSS, municipalidades
Sistematizar y fortalecer metodologías para el trabajo de pares con enfoque de prevención.	PNS, ONGs, MSP, IGSS, Organismos Internacionales
Desarrollar programas de prevención relacionados con el uso de drogas (inyectables y no inyectables), para prevenir la transmisión de las ITS, VIH y SIDA.	PNS, ONGs, MSP, IGSS, Organismos Internacionales, ONGs que trabajan con usuarios de drogas
Garantizar y estandarizar el acceso a sangre segura y de buena calidad.	PNS, MSP, IGSS, ONGs, hospitales privados y bancos de sangre.
Desarrollar e implementar un plan de información, educación y comunicación con enfoque de cambio de comportamientos para la prevención de la transmisión de ITS, VIH y SIDA.	PNS, ONGs, MSP, IGSS, Organismos Internacionales
Ampliar la cobertura del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo/a al 100% de los servicios de salud.	PNS, SIAS y ONGs
Garantizar el acceso a atención integral a los hijos e hijas de madres que viven con el VIH o SIDA	PNS, MSPAS, IGSS, y red de ONGs que trabajan PVVS pediátricos
Garantizar la aplicación de las normas universales de bioseguridad en los servicios de salud pública y privados.	PNS, MSP, IGSS, ONGs, sector privado
Garantizar el acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias para VIH con orientación pre y post prueba	PNS, MSP, IGSS, ONGs, Sector Privado
Implementar el manejo sindrómico de las ITS y fortalecer el tamizaje basado en las normas.	PNS, MSP, IGSS, ONGs, sector privado
Garantizar y sistematizar el acceso a la atención integral post exposición laboral y contacto sexual del VIH con base en protocolos y normas nacionales.	Centros del segundo y tercer nivel de atención y centros privados.

B. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Línea de acción	Actores
Implementación de programas de prevención de reinfección en personas con ITS o que viven con VIH o SIDA.	PNS
Promover la capacitación en corresponsabilidad para las personas viviendo con VIH en la prevención del VIH y SIDA.	PNS, ONGs.
Implementar el protocolo de atención para la prevención de la transmisión madre a hijo/a vertical del VIH.	PNS y SIAS
Garantizar las alternativas de alimentación para el infante, hijos o hijas de madres que viven con el VIH o SIDA.	PNS, agencias internacionales, ONGs.

Eje atención integral

En Guatemala, los servicios de salud (diagnóstico y tratamiento) no se encuentran accesibles para la mayoría de la población; este hecho tiene particular impacto en las personas más

pobres del país. Lo cual redundará en el subregistro y subdetección de las personas que podrían tener el diagnóstico y tratamiento antes de que presenten daño serio a la salud. Esto además, disminuiría la mortalidad asociada a SIDA, que en muchos casos ocurre debido al diagnóstico tardío y limitado. Hoy por hoy, el acceso a estos servicios está circunscrito principalmente a la ciudad capital y a un centro en Coatepeque y uno en Puerto Barrios, financiados por Médicos sin Fronteras. Es indispensable y urgente llevar la atención más cerca de sus comunidades.

Por ello, la atención médica y la capacidad de acceder a medicamentos antiretrovirales contra infecciones oportunistas, métodos de diagnóstico y de prevención de calidad según lo necesiten, no es suficiente ante la magnitud de la epidemia de la infección del VIH y las infecciones oportunistas asociadas a ellas. Particularmente en lo referente a tuberculosis y hongos sistémicos, cuyas formas complejas de presentación requieren métodos diagnósticos disponibles solamente en la ciudad capital.

Se debe fortalecer la red de laboratorios nacionales y ofrecer con rapidez y alta calidad, la información que los médicos tratantes y otras personas integrantes del equipo de salud multidisciplinario, requieren para proporcionar el mejor tratamiento posible a las personas que viven con el VIH. De esta manera se optimizarán los sistemas de referencia y contrarreferencia, lo cual realmente contribuirá a la descentralización y desconcentración de los servicios. Como consecuencia positiva, se extenderá la cobertura de servicios.

También es importante el fortalecimiento de los servicios de apoyo emocional y psicológico a personas viviendo con VIH y sus familias o allegados. Esto implica aumentar la cantidad de personal especializado que pueda atender la creciente demanda de este tipo de servicios. Aunado a ello, el fortalecimiento de los grupos de apoyo, permitirá una mejora sustancial en el ánimo de las personas, así como en la percepción que tienen sobre su estado serológico; lo cual les ayudará a tomar actitudes positivas para vivir con el VIH.

Estos servicios deberán formar parte de la ruta crítica de atención de las PVVS en los diferentes centros de atención y tratamiento del VIH y SIDA.

6.2.1 Objetivo estratégico: Descentralizar geográfica y administrativamente los servicios de atención integral, destinados a la mejora del entorno de las personas que viven con VIH o SIDA.

Indicadores:

Porcentaje de personas que llenan criterios para recibir terapia antiretroviral y que la reciben.

Porcentaje de personal de salud que atiende pacientes con SIDA; que ha sido capacitado y que aplica los protocolos de atención.

Número de grupos de auto apoyo que funcionan en el país.

Línea de acción	Actores
Propiciar y fortalecer la organización de grupos integrados y dirigidos por PVVS, amigos y familiares, en centros de atención para ayudar a la implementación de las mejores prácticas en adherencia y brindar apoyo integral.	ONGs, PNS y ACSLCS
Estandarizar los protocolos de atención integral, orientación y manejo de ITS, VIH y SIDA.	PNS, MSP, IGSS, sector privado y ONGs
Fortalecer la capacidad técnica y administrativa de los niveles locales, para brindar servicios de atención integral.	PNS, MSP, Fondo Mundial, ONGs, Diplomado de Atención Integral.
Asegurar el acceso universal y disponibilidad de medicamentos para atención integral.	PNS, MSP, Fondo Mundial, IGSS, Médicos Sin Fronteras.

Establecimiento de un programa continuo de capacitación para prestadores de servicios de salud que atienden personas con ITS, VIH o SIDA. Dicho programa ha de garantizar la inclusión de los temas de estigma, discriminación y respeto a la diversidad.	PNS, MSP, Fondo Mundial, ONGs, IGSS
Propiciar la investigación científica para fines de atención integral con respeto de las normas de bioética, garantizando la dotación vitalicia.	PNS, sector académico y científico, Comités de Ética de establecimientos públicos y privados
Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en los diversos niveles de atención.	PNS, MSP, Fondo Mundial, ONGs, IGSS
Fortalecer y ampliar la red nacional de laboratorios especializados en VIH e infecciones oportunistas.	PNS, MSP, Fondo Mundial, ONGs, IGSS, laboratorios privados
Capacitar al personal que ofrece orientación para el seguimiento de las personas que viven con el VIH, según manuales de manejo de emociones del PNS.	PNS, MSP, IGSS, ONGs, Laboratorios privados.

6.2. Eje entorno

Las acciones de prevención, atención y comunicación en SIDA se desarrollan en un entorno negativo. El estigma y discriminación hacia el SIDA y las personas que lo padecen –PVVS- o que pertenecen a las principales poblaciones vulnerables (TCS, HSH), reduce el impacto y limita el alcance de las intervenciones que se realizan. En el caso de las PVVS, sufren discriminación en varios entornos: la familia les rechaza, la sociedad les discrimina y estigmatiza; les recriminan su estilo de vida o la razón por la que adquirieron el VIH. El sistema de salud es insuficiente para cubrir los costos que representa el tratamiento. Debido a que los empleadores ven en estas personas un riesgo dentro del trabajo, los despiden de los empleos. Además, tienen un acceso limitado a la información relacionada con las ITS, VIH y SIDA.

Existe poca voluntad política para hacer accesible los servicios hacia esta población, la cual se manifiesta por la ausencia de medicamentos, proveedores no capacitados, ambientes inadecuados para la atención, poca sensibilización de los proveedores hacia la problemática y escaso interés por mejorar la calidad de atención. El entorno social de las y los TCS es negativo. La pobreza en que viven es uno de los factores que les impulsa a ejercer este trabajo; en ese ambiente suele haber inseguridad, violencia, consumo de drogas y abuso físico y mental. Su acceso a información útil es limitado; los servicios de salud que se les ofrece, se orientan a proteger a la clientela y no a ellas y ellos como personas. En tal sentido, se les obliga a tener controles sanitarios regulares para obtener autorización del ejercicio

de su trabajo. En muchos casos no se toman en cuenta sus necesidades específicas.

Los HSH constituyen otra población cuyo entorno es desfavorable. Ellos son discriminados por su orientación sexual, tanto en el ambiente familiar como en el social y en el laboral. Esto les impide obtener información adecuada sobre sexualidad ITS, VIH y SIDA, que les ayude a protegerse. Para evitar el rechazo optan por ocultarse y esto los deja fuera de la intervención de los programas de prevención dirigidos a esta población.

En muchas ocasiones personas de esta población han tenido que recurrir a acciones legales para demandar su acceso a información, servicios, trabajo, entre otros. Por lo tanto, el enfoque primordial para resolver este problema no se encuentra solamente en la coacción legal sino en generar un entorno de convivencia social enmarcada en la tolerancia. Este ejercicio es de doble vía: la persona que vive con VIH necesita comportarse responsablemente, al respetar por ejemplo, las mejores prácticas de prevención secundaria, y así aprovechar mejor el tratamiento al cual tiene acceso. Por consiguiente, el proceso de su atención será más rentable para la sociedad.

En la medida en que la PVVS goce de buena salud, será mejor aceptada por la población en general. Se le relacionará tan solo con una persona que simplemente tiene un padecimiento crónico y disminuirán las posiciones antagónicas actuales. También es necesario fortalecer la atención para niños y niñas que viven con el VIH o SIDA o que han sufrido la pérdida del padre y/o la madre a causa del VIH. Estas personas tienen derecho a optar por una vida lo más cercano posible a la normalidad, sin importar su estado de salud. Eso incluye acceso a la educación, cuidados, servicios de salud y a un proyecto de vida, entre otros.

En resumen, cuando la sociedad en general conozca y entienda mejor la realidad de la epidemia e incremente su tolerancia hacia las poblaciones más vulnerables; cuando cada persona asuma mayor responsabilidad por su conducta, y lo anterior se combine con el fortalecimiento del sistema legal que garantice la protección y respecto de los derechos por parte de toda institución o persona pública o privada, disminuirá la estigmatización y discriminación de la que hoy son objeto las PVVS. Además, las acciones que se realicen tendrán mayor impacto y eficacia.

6.3.1 Objetivo estratégico: Generar el entorno favorable para la respuesta del VIH y SIDA.

Indicadores:

- Número de denuncias documentadas por la Red Nacional de DDHH, solucionadas.

Línea de acción	Actores
Fortalecer los mecanismos e instancias disponibles para garantizar los Derechos Humanos de las poblaciones que manifiestan prácticas de riesgos que los ubica como una población más vulnerable al VIH	PNS, Procuraduría de los Derechos Humanos e instancias directamente involucradas en Derechos Humanos y VIH y SIDA
Promover la capacitación en corresponsabilidad para las los grupos más vulnerables (PVVS, TCS, HSH) en la prevención y atención del VIH y SIDA.	
Desarrollar programas de apoyo a la niñez en orfandad o que vive con el VIH.	PNS, PDH, MINEDUC, MSP, ONGs
Capacitar a personal de los servicios de salud para que brinden una atención integral libre de estigma y discriminación.	PNS, PDH, MSP, IGSS, sector privado
Promover acciones de promoción y defensa para que el marco jurídico y legal sea respetado y coherente dentro de sí.	PNS, PDH, ONGs
Activar y fortalecer a los grupos organizados y de apoyo de personas que viven con VIH y SIDA.	PNS, ONGs

6.4 Eje monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica

Este es un tema esencial, que ha sido destacado en los PEN anteriores, así como en análisis realizados de la realidad nacional. La ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación imposibilita la toma de decisiones basadas en parámetros objetivos relacionados con la mejor manera de invertir los escasos recursos, de forma que permitan solucionar la mayor cantidad de problemas prioritarios.

Además, impide determinar cuáles han sido los proyectos o esfuerzos más exitosos para extenderlos o replicarlos. También dificulta la identificación de los esfuerzos que más apoyo necesitan para generar buenos resultados.

Es importante resaltar que el numeral once de La Política Pública para la Prevención de las ITS, VIH y SIDA, estipula que el monitoreo y evaluación de dicha política partirá del seguimiento a los objetivos e indicadores previstos en el presente PEN. Con ese propósito se plantea la necesidad de crear la Unidad Nacional de Monitoreo y Evaluación que posibilite esa tarea.

Para lograrlo se espera integrar un sistema único, en una base central de datos, que recabe información de las fuentes ya existentes y que sea accesible para todos los actores, a fin de que puedan tomar decisiones basadas en información pertinente y confiable.

El sistema por una parte, debe permitir a los actores en forma sencilla y sin causar mayores gastos o inconvenientes el reporte ágil y oportuno de la

información que generen. Por la otra, facilitar la consulta de datos a nivel de su organización para poder evaluarla y mejorar su eje de acción si fuera el caso.

El sistema debe ser vivo e interactivo y deberá hacer uso de la tecnología disponible en su máxima expresión para constituirse en un facilitador y no ser un obstáculo para el trabajo.

6.4.1
Objetivo
o
estratégico:
Implementar

Línea de acción	Actores
Diagnóstico de los instrumentos, flujos, análisis, uso y divulgación de información disponible sobre ITS, VIH y SIDA.	PNS, Organismos Internacionales
Desarrollar el sistema único de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional y el PEN.	PNS
Implementar el sistema único de monitoreo y evaluación, en el ámbito multisectorial.	PNS, Organismos Internacionales, ONGs
4.1.4 Evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema.	PNS, MSP, IGSS, PDH, ONGs, sectores académicos
4.1.1.5 Socializar en forma periódica y oportuna toda la información proveniente del sistema único de monitoreo y evaluación	PNS

un sistema multisectorial permanente de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, el cual suministre información confiable, oportuna y de calidad, que permita la toma de decisiones acertadas para el logro de los objetivos estratégicos de la respuesta nacional.

Indicadores:

- Reportes trimestrales elaborados por el Sistema de M&E.

6.4.2 Objetivo estratégico: Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información de las características de la epidemia en Guatemala, de manera oportuna, confiable y representativa.

Indicadores:

- Número de nuevos estudios centinela que realizan vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y SIDA.

Líneas de acción	Responsables
Implementación del Plan Estratégico Nacional de Vigilancia epidemiológica.	PNS, Organismos Internacionales

6.5 Eje fortalecimiento institucional

El fortalecimiento institucional es el medio que facilitará la infraestructura técnica, humana y organizacional necesaria para ejecutar la respuesta nacional. Este fortalecimiento, se debe llevar a cabo en varios niveles:

Del ente rector: Comisión Nacional Multisectorial

Del ente coordinador: Programa Nacional de SIDA

De la coordinación departamental: Coordinada por la DAS

Del nivel comunitario y nivel municipal

6.5.a Del ente rector: Comisión Nacional Multisectorial

Es el ente nacional de dirección en materia de ITS, VIH y SIDA, tiene reconocimiento jurídico, amplia participación y apoyo multisectorial, con un mandato claro de coordinación. Posee capacidad para la movilización de recursos, gestión y control financiero, así como gestión de información estratégica para la toma de decisiones.

6.5.b Del ente coordinador: Programa Nacional de SIDA

El PNS debe funcionar con el equipo humano y estructura idóneos para redundar en una mayor capacidad en el cumplimiento de sus responsabilidades: plena capacidad técnica de monitoreo y evaluación; así como la capacidad para coordinar los esfuerzos de la Respuesta nacional.

6.5.c De la coordinación departamental: Coordinada por la DAS

En el ámbito departamental se buscará la instancia que mejor aglutine los diferentes sectores de la sociedad. La coordinación técnica de este nivel estará a cargo de la Dirección de Área de Salud Departamental. Dispondrá del equipo, recurso humano y la estructura que propicie mayor capacidad para cumplir con sus responsabilidades: capacidad técnica de monitoreo y evaluación, así como la capacidad de coordinar esfuerzos de la respuesta departamental.

6.5.d Del nivel comunitario y nivel municipal

En el ambiente municipal y comunitario se buscará el mecanismo o instancia que mejor aglutine los diferentes sectores de la sociedad, con equipo, recurso humano y estructura que redunde en una mayor capacidad para cumplir con sus responsabilidades y para coordinar esfuerzos de la respuesta local.

6.5. d.1 Representatividad y corresponsabilidad de una instancia de apoyo al PNS

Es imprescindible que los actores que integran la respuesta nacional, estén comprometidos solidaria y mancomunadamente con el alcance de los objetivos que se tracen en este PEN. Además, deben asumir el compromiso de implementar las acciones que les correspondan, reportar los resultados, compartir mejores prácticas, rendir informes técnicos y financieros.

6.5. d.2 Del liderazgo comunitario

Se trata de generar organizaciones locales de poblaciones vulnerables y sociedad civil organizada; con capacidad para adecuar su contexto local y sumarse a la respuesta nacional. Dichas organizaciones, por ende, deben contar con una estructura que les otorgue características jurídicas.

6.5. d.3 De los criterios y la ejecución local

Una vez se cuenta con un órgano rector sólido y representativo, con una sociedad civil empoderada y estructurada, capaz de plantear y generar sus propias soluciones; surgirán inevitablemente, las respuestas locales. Estas obedecerán a las necesidades de sus comunidades, en la medida y proporción que lo requiera su área geográfica.

Se constituirá un canal de expresión, organización y ejecución mediante el cual será posible que participen gobiernos municipales, áreas de salud, hospitales nacionales y privados, sector privado, organizaciones no gubernamentales, (tanto representantes de intereses de grupos vulnerables como de apoyo al esfuerzo de prevención de la transmisión, fortalecimiento de la atención integral y desarrollo del entorno de las PVVS), universidades y otras organizaciones gubernamentales y organismos internacionales.

El siguiente reto será que el PEN funja como guía para generar Planes Estratégicos Locales (PEL) que respondan a las necesidades locales en la proporción que las demanden; siempre y cuando, no contravengan los lineamientos nacionales. De modo que ahora más que nunca, las guías y protocolos que emanan del PNS son de crucial importancia.

En un ambiente nacional estructurado, la suma de las respuestas locales conformará la respuesta nacional. La integración de los Planes Estratégicos Locales –PEL- desde los criterios de coordinación, sinergia y objetivos nacionales, conformarán el PEN que regirá a todos los actores.

6.5.1 Objetivo estratégico: Fortalecer la capacidad técnica del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, en el ámbito nacional para obtener una mejor coordinación de la respuesta.

Indicadores:

- Porcentaje de áreas de salud que realizan acciones en respuesta a las ITS, VIH y SIDA, bajo la coordinación del PNS.

Línea de acción	Responsables
Diseñar, aprobar e implementar la Propuesta y Plan de Modernización del PNS.	PNS, MSP, Organismos Internacionales
Fortalecer las estructuras del MSP en sus distintos niveles para responder a las ITS, VIH y SIDA.	PNS, MSP, Organismos Internacionales

6.5.2 Objetivo estratégico: Institucionalizar una instancia nacional multisectorial representativa que dirija y coordine la respuesta a las ITS, VIH y SIDA.

Indicadores:

- Instancia multisectorial que coordina la respuesta nacional

Línea de acción	Responsables
Promover la formación de la Instancia (ente rector) con	Todos los actores de

participación multisectorial de todos los actores de la Respuesta nacional. Desarrollar un programa de capacitación/sensibilización dirigido a los integrantes del ente rector.	la respuesta nacional
--	-----------------------

6.5.3 Objetivo estratégico: Institucionalizar la respuesta multisectorial a las ITS, VIH y SIDA en los niveles departamentales y municipales.

Indicadores:

- Porcentaje de departamentos que cuentan con redes multisectoriales que trabajan en ITS, VIH y SIDA.
- Número de áreas de salud que implementan planes estratégicos elaborados con participación multisectorial.
- Número de departamentos que incluyen las ITS, VIH y SIDA en sus planes de trabajo de los distritos de salud.

Línea de acción	Responsables
Promover el desarrollo de los Planes Estratégicos Locales con participación multisectorial.	PNS, MSP, IGSS, ONGs
Generar y socializar lineamientos para la promoción e inclusión de las ITS, VIH y SIDA en la agenda política departamental y municipal	Cooperación internacional, municipalidades, gobernaciones departamentales, PROEDUSA, UPS I y II
Promover y fortalecer el trabajo en la red multisectorial, en el ámbito regional, en ITS, VIH y SIDA	PNS, OGs, ONGs, Organismos Internacionales

6.5.4 Objetivo estratégico: Fortalecer y fomentar la participación activa y coordinada de la sociedad civil organizada en la respuesta nacional.

Indicadores:

- Número de organizaciones de poblaciones más vulnerables vinculadas a las redes regionales o nacionales

Línea de acción	Responsables
Fortalecer, promover y apoyar la organización de los grupos de sociedad civil, incluyendo aquellos que provienen de las poblaciones más vulnerables.	PNS, Organismos Internacionales, ONGs
Promocionar y apoyar la participación de estas	PNS, ONGs, Representantes de

5. ANEXOS

Anexo a:

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA

Resumen ejecutivo

Como parte de los componentes que integran el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PEN) 2006 - 2010, y con el propósito de contribuir a la reducción de la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA (PNS) del Ministerio de Salud Pública propone la implementación de la *“Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamiento (IEC/CC) hacia la Prevención de las ITS, el VIH y el SIDA”*.

El diseño de esta estrategia surge ante el interés de diversos sectores por elaborar un plan de acción integrado y consensuado, que responda a los desafíos que impone el avance de la epidemia en Guatemala, así como del compromiso multisectorial por hacerle frente.

Además, la estrategia atiende al Decreto 27 - 2000, en el cual el Gobierno declara al VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional y designa al Ministerio de Salud Pública como el ente coordinador y supervisor de las acciones de promoción, educación e información para la salud en la prevención de ITS/VIH/SIDA.

En respuesta a lo anterior, el PNS ha integrado los esfuerzos, necesidades e intereses de IEC/CC de los diferentes actores de la sociedad civil organizada, cooperación internacional y del Gobierno nacional, con el fin de unificar los lineamientos e intervenciones en el trabajo conjunto para lograr que un mayor número de individuos, familias y comunidades, considerados e identificados en grupos de audiencias, adopten y practiquen comportamientos saludables que impidan el avance de la epidemia y se logre su control.

Es cierto que el VIH y el SIDA afecta a la población en general, pero es necesario mencionar que existen grupos particularmente vulnerables y contextos de vulnerabilidad específicos que los hace más propensos para adquirir la infección del VIH.

Uno de los puntos de partida para la Estrategia Nacional de IEC/CC para ITS/VIH/SIDA es dar prioridad a la temática de información, comunicación y educación para el cambio de comportamientos de grupos vulnerables; de manera que se genere un espacio para su participación proactiva.

El diseño de la Estrategia Nacional de IEC/CC para ITS/VIH/SIDA es un proceso dinámico y altamente participativo no sólo en el ámbito de la sociedad civil, sino que también dentro de los programas y dentro de los ministerios, especialmente en el Ministerio de Educación, a través del Comité de Educadores en Prevención del SIDA- COEPSIDA-.

El diseño de la estrategia parte de los supuestos de diversas teorías sobre los factores que determinan los comportamientos como el modelo de cambio de comportamiento (Becker, Prochaska, Di Clementi), modelo de procesamiento de información, creencias en salud, difusión de innovaciones, aprendizaje social, acción razonada y mercadeo social para adaptar el modelo del cambio de comportamiento individual y social al contexto sociocultural de las personas guatemaltecas según su ciclo de vida. Considerando este contexto se desarrollan dos enfoques fundamentales: el multiétnico y el enfoque de género.

Es importante destacar que paralelamente a este proceso se ha elaborado un paquete básico de materiales que contempla el contenido de los principales temas en torno a la promoción de comportamientos de prevención de ITS/VIH/SIDA: Prevención de la Transmisión Madre-hijo/a, Infecciones de Transmisión Sexual y Orientación, Atención Integral entre otros. Cabe mencionar que cada uno de estos materiales constituye una

herramienta educativa de apoyo a las intervenciones de los/las proveedores de salud (guías de uso de los materiales, sistema de distribución, etc.).

PLAN ESTRATÉGICO DE IEC PARA ITS, VIH y SIDA

a. Meta programática del PNS

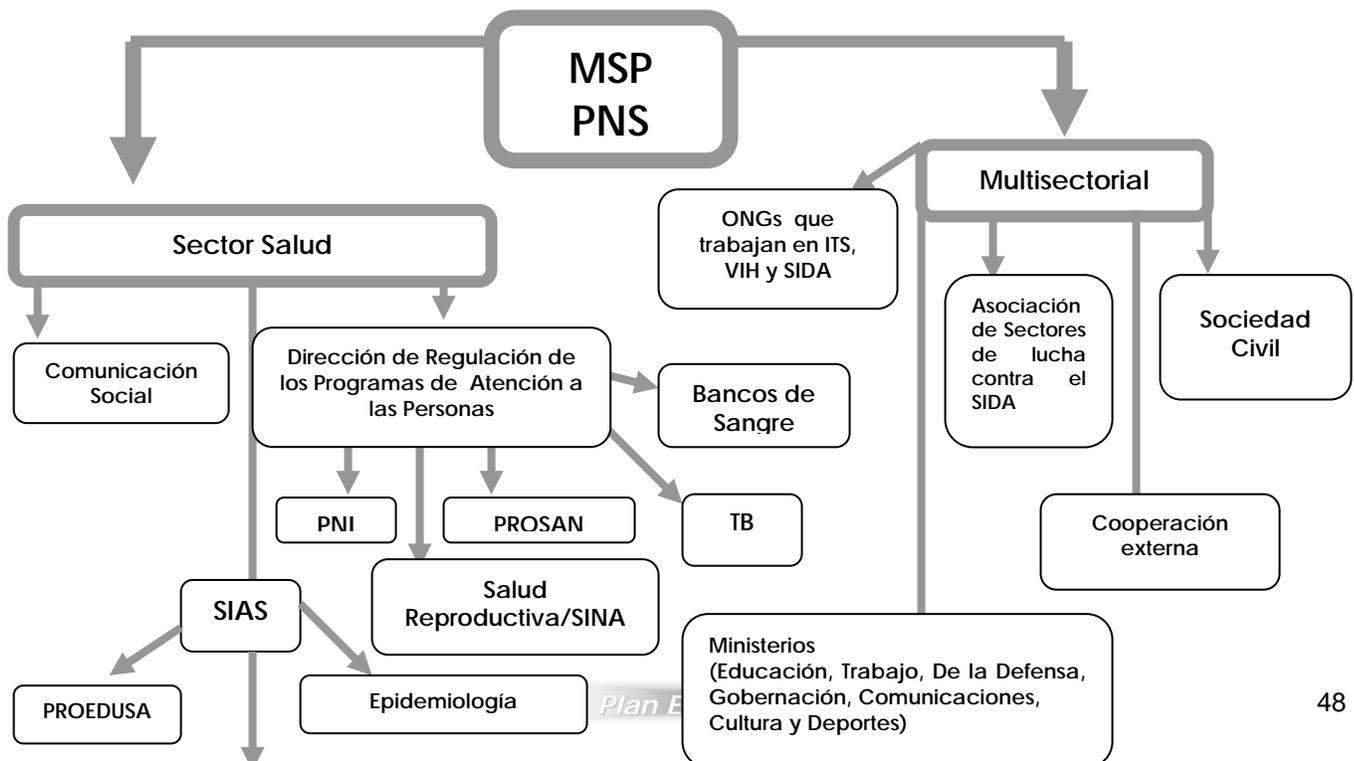
Implementar los mecanismos necesarios para la *educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento* de las ITS, VIH y SIDA, así como garantizar el respeto, *promoción, protección y defensa* de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

b. Objetivo estratégico de IEC para ITS, VIH y SIDA

Disminuir factores de riesgo de ITS, VIH y SIDA a través de la promoción de conductas de prevención y control de ITS, VIH y SIDA, dirigidas a grupos vulnerables y a la población en general.

c. Estrategia Nacional de IEC para ITS, VIH y SIDA

1. Abordar la temática de IEC con enfoque multidisciplinario y multisectorial para el análisis del contexto nacional de IEC sobre ITS, VIH y SIDA



2. Conformación de equipos técnicos multidisciplinarios y multisectoriales para el diseño del Plan Nacional de IEC para ITS, VIH y SIDA.
3. Desarrollo, por medio de las estructuras gubernamentales y no gubernamentales, de los lineamientos técnicos de IEC para ITS, VIH y SIDA a través de planes operativos locales, de acuerdo con las necesidades e intereses de cada área de salud, ejecutando así acciones de promoción y prevención hasta en el ámbito familiar.

d. Componentes que incluye la estrategia

1. Información, educación y comunicación -IEC- (cambio de comportamiento)

Una forma importante para controlar la epidemia es a través de la prevención, la cual se logra con la promoción de prácticas saludables para evitar la adquisición de una ITS o el VIH; dicha promoción está dirigida a los grupos más vulnerables y a la población en general. En el área de IEC se desarrolla de manera sistemática el proceso de cambio de comportamiento con intervenciones oportunas desarrolladas por todos los sectores que directa o indirectamente están involucrados con esas audiencias. En este componente se trabajan las subestrategias que conducen a la promoción sistemática de prácticas de prevención:

- a. Comunicación interpersonal -Consejería-
- b. Comunicación interpersonal grupal
- c. Movilización/participación comunitaria (Consejos Comunitarios de Desarrollo -COCODES-; Consejos Municipales de Desarrollo -COMUDES-; Consejos de Desarrollo Departamental -CODEDES-)
- d. Medios alternativos de comunicación
- e. Sensibilización a medios masivos

2. Difusión

La importancia de este componente se fundamenta en funcionar como el refuerzo de los mensajes transmitidos sistemáticamente en las intervenciones que se han desarrollado en forma directa con las audiencias identificadas.

Dentro del componente de difusión se contemplan todas aquellas acciones en las cuales intervengan los medios de comunicación masiva, tales como campañas masivas, notas de diferentes géneros periodísticos transmitidos en radio, prensa escrita, televisión e Internet.

Un complemento imprescindible dentro de este componente es el permanente fortalecimiento a los voceros de las ONG que trabajan en el sector, ya que son ellos quienes responden a la demanda de información de los medios de comunicación social (fuente), y además, generan la noticia para informar a la población sobre la epidemia (generadores).

Para lograr un desarrollo eficaz de este componente las intervenciones se han clasificado en:

- a. Intervenciones a periodistas y comunicadores sociales
- b. Voceros de ONG que trabajan en ITS, VIH y SIDA
- c. Campaña en medios de comunicación masiva

3. Intraministerial

El apoyo de todas las instancias dentro del Ministerio de Salud Pública es imprescindible, ya que a través de ellas se oficializan las intervenciones y acciones desarrolladas en los diferentes niveles de atención en salud. Razón por la cual se han identificado diferentes dependencias con las que es necesario realizar un trabajo conjunto para lograr la eficaz operativización de los planes locales:

- a. Comunicación social
- b. Dirección de Regulación de los Programas de Atención a las Personas: Salud Reproductiva/SINA; Programa de Tuberculosis, Salud Mental; Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Bancos de Sangre, Programa Nacional de Inmunizaciones.
- c. Sistema de Atención Integral -SIAS-: Promoción y Educación de la Salud -PROEDUSA-, Unidad de Provisión de los Servicios del Primer Nivel de Atención (comunitario) -UPS- 1; Unidad de Provisión de los Servicios del Segundo Nivel de Atención

(centros de salud) UPS 2; Unidad de Provisión de los Servicios del Tercer Nivel de Atención (red hospitalaria) UPS 3; Epidemiología.

4. Interministerial

Considerando que la epidemia del VIH y SIDA es de urgencia nacional, de competencia y responsabilidad social (Decreto 27-2000), es necesario integrar y coordinar acciones con los diferentes ministerios:

- a. Ministerios de Educación -COEPSIDA-
- b. Ministerio de la Defensa Nacional -COMISIDA-
- c. Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda
- d. Ministerio de Gobernación
- e. Ministerio de Trabajo y Previsión Social

5. Sociedad civil y cooperación externa

Uno de los enfoques básicos de la Estrategia de IEC/CC para ITS, VIH y SIDA es el del trabajo multisectorial a través de una participación activa en el desarrollo de los procesos, pues de esta forma se garantiza que los planes implementados en conjunto se mantengan, se ejecuten y persistan hasta que logren el éxito deseado sin importar el cambio de administraciones gubernamentales.

- a. Grupos Técnicos de IEC para ITS, VIH y SIDA
- b. Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA
- c. Pastoral Social (en proceso)
- d. OPS/OMS, USAID, PNUD, Reino de los Países Bajos, ONUSIDA, Fundación Barcelona, Fondo Global

6. Etapas técnicas del diseño de la estrategia

1. *Identificación de audiencias*: Se seleccionaron con el grupo técnico de Información, Educación y Comunicación para Cambio de Comportamiento -IEC/CC- para ITS, VIH y SIDA, de acuerdo con los datos epidemiológicos.
2. Identificación de comportamientos:
 - 2.1 *Medición de impacto*: Se llevó a cabo con los técnicos de Información, Educación y Comunicación -IEC- de ONG, cooperación

externa y sociedad civil, para determina si los comportamientos seleccionados tendrán impacto para prevenir ITS, VIH y SIDA.

2.2 Factibilidad: Se realizó con personas representantes de la audiencia con el propósito de medir si en realidad las audiencias cumplirán los comportamientos seleccionados; para evitar promocionar comportamientos y prácticas que no sea posible ejecutar.

3. Selección y producción de materiales educativos: Se desarrolló con el propósito de contar con un material uniforme y con cobertura nacional, que promueva comportamientos y mensajes unificados.

4. Capacitación de la Estrategia Nacional de IEC/CC para ITS, VIH y SIDA a personas encargadas de la promoción de las áreas de salud, de la promoción de los distritos para lograr la organización distrital que permita elaborar e implementar los planes operativos locales.

5. Apoyo para elaboración de planes operativos locales (en distritos de salud y con base en la organización comunitaria), según Estrategia Nacional de IEC/CC para ITS, VIH y SIDA.

6. Implementación con el apoyo directo del Ministerio de Educación a través de COEPSIDA.

7. Supervisión, monitoreo y evaluación.

7. Enfoques

- Multisectorial
- De género
- Multiétnico

Anexo b:

ACRÓNIMOS

ARVs	Antiretrovirales
BM	Banco Mundial
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CDC/GAP	Centros para el Control de Enfermedades/Global AIDS Program
COEPSIDA	Comité de Educadores en Prevención del SIDA
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
DAS	Dirección de Área de Salud
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación, Comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IOs	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSF	Médicos Sin Fronteras
OASIS	Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA

ONG	Organismos No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas Dedicado al VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
PASCA	Proyecto Acción Sida de Centro América
PASMO	Panamerican Social Marketing Organization
PEL	Planes Estratégicos Locales
PEN	Plan Estratégico Nacional
PPL	Personas Privadas de Libertad
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública
PROEDUSA	Promoción y Educación en Salud del Ministerio de Salud Pública
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Ministerio de Salud Pública
PTMIV	Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH
PVVS	Personas Viviendo con VIH/SIDA
Q	Símbolo de Quetzal (moneda de Guatemala)
SINA	Componente Salud Integral de la Niñez y Adolescentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública
SISCA	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
TB	Tuberculosis
TCS	Trabajador o trabajadora comercial del sexo
UPS 1	Unidad de provisión de los servicios del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública
UPS 2	Unidad de provisión de los servicios del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública
UPS 3	Unidad de provisión de los servicios del tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Anexo c:**PARTICIPANTES**

Acevedo Esther de, MINEDUC/COEPSIDA
Aguilar Mario, UNFPA
Aguilar Otto, Centro de Salud Puerto Barrios
Alcántara María Julia , APROFAM
Almrot Christina, ASOCVINU
Alvarado Miriam , Área de Salud Guatemala
Andrade Mario , APAES
Ángel Nimia de , DAS Guatemala
Angelina Mirna, DAS Chimaltenango
Arathoon Eduardo, ASI
Archila César, DAS El Progreso
Arriaza Rosa de, C/S Maternidad Momostenango
Barillas Samantha, DAS El Progreso
Barrios Ana María de , APROFAM Coatepeque
Barrios Elisa, DAS San Marcos
Barrios Gloria , C/S Muluá, Retalhuleu
Bartos Michael , ONUSIDA
Bixcul Angélica, Calidad en Salud
Bolaños Guillermo Antonio , MSF
Cabrera Félix, Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"
Cajas Edgar, Asociación Gente Positiva
Calderón Cristina, Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"

Cano Fernando , PASCA/USAID
Cantoral Erika de, C/S San Cristóbal, Alta Verapaz
Capetillo Sonia , DAS Chiquimula
Casabona Jordi, Fundación Barcelona
Castañeda Amabilia, Depto.#2 Sanarate, El Progreso
Castellanos Gustavo, Centro de Desarrollo Humano de Guatemala
Castillo Lucrecia, USAID/G-CAP
Chang Edwing, ROSSEG
Chen Moisés, Área Alta Verapaz
Chete Bertha , ACSLCS/Gente Positiva
Chinotti Lorian, MSF Italia
Chojoj M. Juan, Área de Salud Quetzaltenango
Chui José Manuel , DAS El Progreso
Ciego Díaz Julio César, Red Nacional
Corner Frank, Médicos Sin Fronteras
Contreras Benjamín , DAS Ixcán
Coronado Nahildy, DAS ZACAPA
Cota Ingrid, Hospicio San José
Cottov Francisco, DAS Suchitepéquez
De La Torre Nelson , DAS Chimaltenango
De León Carlos, Área de Salud Guatemala
De Losa Ordóñez María, Centro de Salud Santiago Sacatepéquez
Del Carmen Karina Arriaza de, PNS
Díaz Maya Herrera de, Hospital Coatepeque/ MSF
Díaz Rembert Joel , PNS
Esquivel Miria, Centro de Salud Villa Nueva
Fernández Víctor Hugo, Fundación Barcelona
Figueroa Laura, DAS Escuintla
Flores Carlos , DAS Sacatepéquez
Flores R Roberto, CDC/GAP/PASCA
Galindo Arandi César, FHI
García Ilcia, PNS
Gil Enrique, OPS/OMS
Girón María Hengly , Hospital Nacional de Mazatenango
Godoy , Johanna Save the Children
Gomez Elsa, DAS Huehuetenango
González Luis Enrique, CDC
González Rosmery, San Pedro, San Marcos
Gregorio Franelly, PNS

Grijalva María Isabel, DAS Escuintla
Guerra Albino, DAS Guatemala
Guerra Jaime, DAS Zacapa
Guerra Romeo, DAS Retalhuleu
Herrera Glenda, DAS Baja Verapaz
Hurtado Elena, Calidad en Salud
Ikeda Janet, Asociación IDEI
Ischiú María Tomasa , DAS Totonicapán
Jiménez José, Asociación Gente Positiva
Jiménez Sabina, Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"
León Laura, Visión Mundial
León Roberto, ROSSEG
López César , Hospital Robles, Quetzaltenango
López Gilda , DAS Izabal
López Víctor, Centro de Salud San José el Ídolo, Suchitepéquez
López Jorge Asociación OASIS
Lucas Evelyn, Asociación Gente Nueva
Maldonado Thelma , Proyecto Vida y Red Sur Occidente
Manrique Diego, DAS Quetzaltenango
Marticorena Dalia, C/P 1º de Julio
Martínez Blendy, Centro de Salud Morales, Izabal
Martínez Claudia, Dist. San Antonio, Suchitepéquez
Martínez Johana , C/S Chiantla, Huehuetenango
Martínez Oliver , DAS Sololá
Matta Ana Vilma , EDUCAVIDA
Matute Jorge, Visión Mundial
Mazariegos Sandra, Centro de Salud Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla
Medina Maricel, Centro de Salud Coatepeque
Mejía Carlos, Hospital Roosevelt, Asociación Nacional de Infectólogos
Mena Marco, PNS
Edgar Méndez MSP
Mérida José, PNS
Miranda Angélica, PASMO
Miranda Thelma, PROEDUSA/SIAS
Moir Juan Carlos, DAS Quetzaltenango
Monroy Olga, DAS Chiquimula
Monterroso Edgar, CDC/GAP
Monterroso Eugenia, PASCA
Monzón Patricia, DAS Retalhuleu

Monzón Elvia , PROEDUSA/SIAS
Morales Enaida , DAS Chimaltenango
Morales Miriam, CARE
Muralles Daniel, ASI
Núñez César , PASCA
Orozco Ríos José Benedicto, COEPSIDA-DICADE Ministerio de Educación
Orozco Manfredo , DAS Chimaltenango
Orozco Nury C/S Santiago, Sacatepéquez
Orozco Silvia Juárez de, DAS San Marcos
Orrego Israel, Cruz Roja Guatemalteca
Ortega Saira Carina, ASI
Ortiz Raúl , Grupo Solidaridad Positiva
Ovando Carlos A. DAS Guatemala
Pahor Lorena , PNS
Paredes Carla, Fundación Barcelona
Peinado Lucrecia, USAID/G-CAP
Pérez Alicia Elizabeth , DAS Quetzaltenango
Pérez Lorena, Centro de Salud Tipo A, Playa Grande, Ixcán
Pérez Susely, Dist. Cubulco, Baja Verapaz
Pineda Elizabeth de, DAS Izabal
Pineda Erwin, OASIS
Pinzón Zonia , Calidad en Salud
Pos Herber J. , DAS Sololá
Pouit Sylvie , Médicos Sin Fronteras/ Francia
Quezada Ramiro , UNICEF
Rabanales Alexander, AGES
Ramírez Gladys, DAS Alta Verapaz
Ramírez Josefina Alvarado de , Hospital Robles, Quetzaltenango
Ramírez Rosario, Procuraduría de los Derechos Humanos
Ramírez Miriam de , Área de Salud Guatemala
Raymundo Esperanza , Hospital Salamá
Reyes Miriam , Área Salud Ixcán
Rivas Eladio Romeo, DAS Huehuetenango
Robles Mabel, Centro de Salud Totonicapán
Rodas Ana María, COEPSIDA-MINEDUC
Rodríguez Mata Erick , CIS Chiquimula
Rojas Ada, Defensoría de la Mujer IPDH Coatepeque
Rousselin Erick, PNS
Sac María Lidia, Instancia Nacional de Salud

Salazar Annelise Hirschmann de , PNS
Samayoa Blanca , ASI
San López Nery , DAS Chimaltenango
Sánchez Guillermo , DAS Suchitepéquez
Sánchez, María Luisa DAS El Progreso
Sandoval Norma, C/S Tecún Umán
Sandoval Maira, Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS
Santos , Gladys ASI
Saravia Ana Lucía, Fundación Marco Antonio
Sazo Silvia Karina, Centro de Salud Escuintla
Serafini Micaela, MSF
Solares Salvador , Distrito Fray Bartolomé De las Casas, Alta Verapaz
Solval Ángel, Asociación IDEI
Soto Aracely, DAS Sacatepéquez
Tobar Yanira, OMES
Tomás Victoria , Proyecto Payaso
Torre , María MSF Izabal
Valladares M. Hugo Rolando, Gente Nueva
Velásquez Freddy , DAS Baja Verapaz
Vicente Edgar, DAS Baja Verapaz
Vides Rory , DAS Chiquimula
Villagrán Héctor, Hospital Nacional de Retalhuleu
Zea Flores Carlos, Visión Mundial
Zelaya José Enrique, UNICEF

Anexo d.

Equipo de planificación del PEN

Aguilar Mario	UNFPA/ Asociación Nacional de Infectólogos
Arroyo Irma	MSF
Arriaza Karina	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Bartos Michael	ONUSIDA
Calderón Cristina	Fundación Preventiva del Sida Fernando Iturbide
Cano Fernando	USAID/PASCA
Castellanos Gustavo	Centro de Desarrollo Humano de Guatemala
Castillo Lucrecia	USAID
Díaz Rembert	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Fernández Víctor Hugo	Fundación Barcelona
Flores Roberto	Consultor CDC/GAP
García Ilcia	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
García Judith	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Gil Enrique	OMS/OPS
Hirschmann Annelise	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Hok Gabriela	ONUSIDA
Jiménez José Isaías	Asociación Gente Positiva
León Laura	Fundación Visión Mundial Guatemala
López Sologaitoa Jorge	ACSLCS
Mejía Carlos	Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt/Asociación Nacional de Infectólogos

Mena Marco Antonio	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Monterroso Edgar	CDC/GAP
Monterroso Eugenia	USAID/PASCA
Núñez César	USAID/PASCA
Ortega Saira	Asociación de Salud Integral
Peinado Lucrecia	USAID
Quezada Ramiro	UNICEF
Rodas Ana María	COEPSIDA Ministerio de Educación Pública
Salguero Carmen Lucía	PNUD
Saravia Claudia De	PNUD
Valverde Chus	Médico Sin Fronteras
Zelaya Enrique	UNICEF

SISTEMATIZACIÓN Y REVISIÓN FINAL

Galindo Arandi César	Consultor
----------------------	-----------