



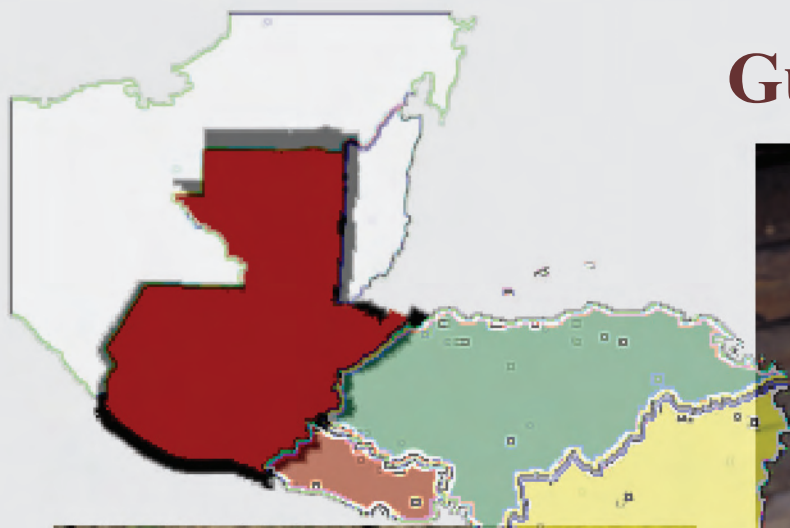
América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica

Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia



Guatemala



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

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

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

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Derechos reservados.

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

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

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

Palabras claves: HIV/AIDS, Centro América, Guatemala, Banco Mundial

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

¹ Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

² Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

³ Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

⁴ Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

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

⁶ Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

Acrónimos y abreviaciones

ACSLCS	Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el Sida
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
ART	Terapia Antirretroviral
ARV	Medicamentos Antirretrovirales
ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
ASI	Asociación de Salud Integral contra el Sida
BNPP	Bank-Netherlands Partnership Program
CAFTA	Tratado de Libre Comercio Centroamericano
CDC	Centers for Disease Control (Centros para el Control de la Enfermedad)
CICAM	Centro de Investigación, Capacitación y Ayuda a la Mujer
CONAVISIDA	Comisión Nacional para la Vigilancia y el Control del SIDA
DDHH	Derechos Humanos
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HIVOS	Instituto Humanista para la Cooperación al Desarrollo Holandés
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IDEI	Instituto de Estudios Interétnicos
IDU	Injecting Drug Users (Usuarios que se inyectan drogas)
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LCSHD	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
LCSHH	Sector Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MNB	Moléculas Nuevas y Biológicas
MSF	Médicos sin Fronteras
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OAP	Otorgamiento con Análisis Posterior
OMES	Organización de Mujeres en Operación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPA	Otorgamiento Previo Análisis
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PASCA	Proyecto Acción SIDA para Centroamérica
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PDH	Procuraduría de los Derechos Humanos
PEA	Población Económicamente Activa
PEN	Plan Estratégico Nacional
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS

PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSI	Population Services International
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
STD	Sexually Transmitted Disease (Transmisión de Enfermedad Sexual)
SVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TCS	Trabajadoras Comerciales del Sexo
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WBIHD	World Bank Institute Human Development Division

Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	v
Reconocimientos.....	ix
Resumen Ejecutivo	xi
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	xii
Guatemala: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia	1
Grupos vulnerables.	4
Respuesta Nacional al VIH/SIDA	9
Marco legal y regulador.....	10
Prevención y atención de grupos vulnerables.....	14
Tratamiento clínico y asistencia.....	31
Recomendaciones para acciones futuras.....	39
Referencias.....	41
Anexo 1. Formulario para Evaluación de la Discriminación.....	42
Anexo 2. Formulario para la Determinación de Intervenciones Exitosas	43
Anexo 3. Resumen de los hallazgos y evidencia de los resultados de la discriminación arbitraria.....	45
Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas en el VIH/SIDA en Guatemala, 2006	47

Tablas

Tabla 1. Resultados de PASMO	18
Tabla 2. Pacientes en tratamiento en el Ministerio de Salud y en total del país.....	32
Tabla 3. Número de casos acumulados tratados por hospital	32
Tabla 4. Esquemas de tratamiento ARV de acuerdo al Protocolo Nacional	37
Tabla 5. Costo mensual de tratamiento antirretroviral por línea de atención según año ..	38

Figuras

Figura 1. Distribución geográfica de la epidemia.....	3
Figura 2. Procedimiento para el registro de medicamentos ARV en Guatemala	34

Gráficos

Gráfico 1. Casos y tasa de incidencia de SIDA 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005*	1
Gráfico 2. Tendencia de los casos SIDA según grupo de edad (1984- 2005*)	2
Gráfico 3. Notificación acumuladas de casos de SIDA por cada 100 mil habitantes según grupo de edad.....	7

Reconocimientos

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

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

Nuestro especial agradecimiento a

Guatemala

Dra. Annelise de Salazar, Directora del Programa Nacional de Prevención y Control del ITS/VIH/SIDA (PNS)

Lcda. Rosse Mary Bertran, Medicamentos del PNS

Dra. Judith García, Unidad de epidemiología del PNS

Lcda. Karina Arriaza, Unidad de Información, Educación y Comunicación del PNS

Dr. Carlos Mejías, Director de Unidad de VIH/SIDA, Hospital Roosevelt

Lic. Roberto León, Consultor independiente

Lic. Fernando Cano, representante de PASCA en Guatemala

Dr. Edgar Monterroso, Director Regional CDC/GAP

Dra. Lucrecia Castillo, USAID

Dr. Michael Bartos, Representante de ONUSIDA de Guatemala, El Salvador y Belice

Lcda. María Jesús Valverde, Médicos Sin Frontera Suiza.

Dr. Cesar Antonio Nunez, Director PASCA Project

Dr. Stan Terrell, HIV/AIDS Team Leader. USAID/G-CAP

Lic. José Enrique Zelaya B., Asesor SubRegional VIH/SIDA para Centroamérica
UNICEF Guatemala

Lic. Oscar Morales, Asociación Vida

Lic. Hugo Valladares, Director Asociación Gente Nueva

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

Lcda. Cristina Calderón, Directora de la Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”

Lcda. Cristina Calderón, Directora

Lcda. Saira Ortega, Directora La Sala

Lic. Alván Aléman, Gerente de país PASMO y Lic. Giovanni Meléndez, Asesor Regional en Investigación y Comunicación

Dra. Carolina Reyna, Encargada del proyecto Cruz Roja

Lcda. Janet M. Ikeda, Directora IDEI

Lic. Bobolop, Payaso Coordinador, Colectivo Atz'anem k'oj

Lcda. Elena Clavijo, Directora y Patricia Santis, Administradora Hospicio San José

Dra. Hilda Quiej, Coordinadora Médica de Médico Sin Fronteras España (MSF)

Dra. Lucia Estrada, Directora Hogar Marco Antonio

Resumen Ejecutivo⁸

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones

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

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.⁹ La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH

⁹ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

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

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

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

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

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

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

Respuestas nacionales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

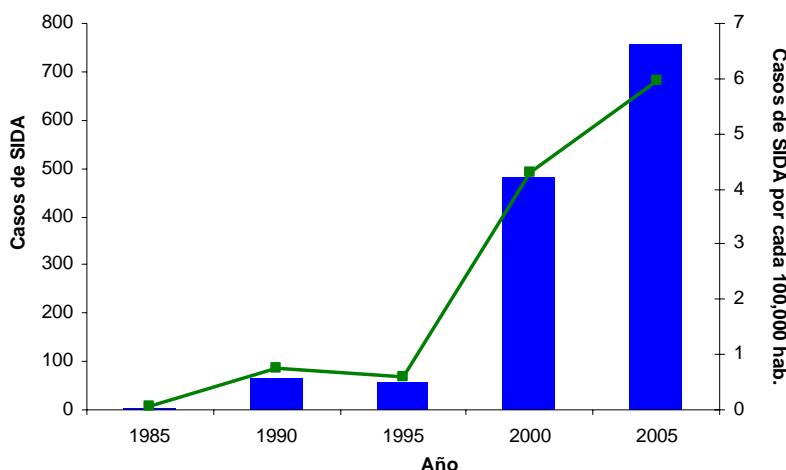
Guatemala: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia

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

Situación del VIH/SIDA

Guatemala es un país con condiciones socioeconómicas difíciles. Con un PIB per cápita de US\$ 4.148 (según Paridad de Poder Adquisitivo, 2003), la población que vive con menos de US\$ 2 por día es del 37%. No obstante, las disparidades internas son importantes. La incidencia de pobreza entre la población indígena (formada por el 39% de los guatemaltecos) es del 74%, mientras que entre los ladinos alcanza al 38% (según el método de línea de pobreza). Por su lado, el decil más pobre consume el 1,6% del consumo privado total del país, mientras el decil más rico absorbe el 46% de dicho consumo. Guatemala se ubica como el país con menor Índice de Desarrollo Humano en Centroamérica (posición 117), lo cual demuestra que la nación tiene problemas importantes en materia de salud y educación.¹¹

Gráfico 1. Casos y tasa de incidencia de SIDA 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005*



Fuente: Unidad Epidemiológica de VIH/SIDA, PNS, 2006 (Tasa de incidencia calculada como casos notificados en el año cada 100.000 habitantes). * Hasta agosto 2005

El estudio de la epidemia de VIH/SIDA en el país identificó algunos importantes aspectos epidemiológicos:¹²

- La prevalencia de SIDA es alta (53 por 100.000 habitantes, en 2003), con cifras que superan los 100 casos por 100.000 habitantes en los grupos de alto riesgo (HSH, TCS).

¹¹ Ver referencias

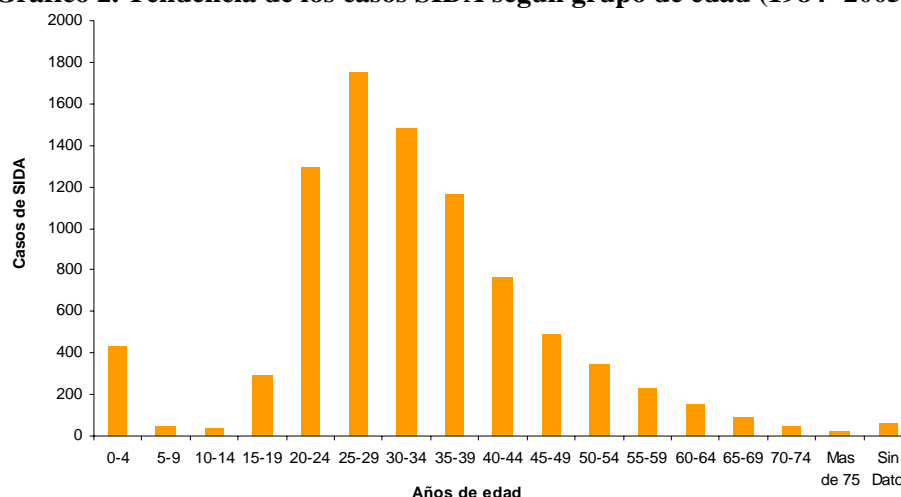
¹² Evaluación SVE 2004

- La transmisión es preponderantemente sexual.
- La epidemia está concentrada en el grupo de edad de 20 a 39 años (67% de los casos) y particularmente en grupos de alto riesgo (prevalencias de infección por VIH de 11,5% en HSH y entre 5-10 % en TCS).
- El número de casos de SIDA en mujeres esta creciendo y la razón de casos hombre-mujer decrece. Casi el 30% de los casos de SIDA son en mujeres.
- El área geografía de la epidemia se está expandiendo. El departamento de Guatemala ya no es el más afectado, otros 7 departamentos del país (30% del territorio nacional) concentran el 75% de los casos de SIDA.

En Guatemala, el primer caso de SIDA fue detectado en 1984. A partir de ese momento, la epidemia se ha expandido en el país hasta alcanzar 8.685 casos de SIDA en agosto de 2005, según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). La mortalidad por causa de SIDA¹³ registró un total de 955 personas en un período de dos años (agosto de 2003 a agosto 2005). De estos, el 76% corresponden al sexo masculino. La principal vía de transmisión es la sexual, responsable de un 94% de los casos notificados desde 1984. La otra forma de transmisión más importante es vía madre-hijo, que se pondera en un 4,8% de los casos de SIDA notificados.

Los casos de SIDA reportados anualmente muestran una tendencia de crecimiento sostenido desde 1996. Cerca del 50% del total de los casos reportados desde el inicio de la epidemia se notificaron en los últimos 3 años. El número de casos de SIDA entre mujeres ha crecido más, sin embargo cerca del 71% de los casos son en varones. Al final de los 80s había más de 3.5 varones co SIDA por cada mujer, pero a partir del 2003 la razón se redujo a 2. Esta es una señal inequívoca de feminización de la epidemia.

Gráfico 2. Tendencia de los casos SIDA según grupo de edad (1984- 2005*)

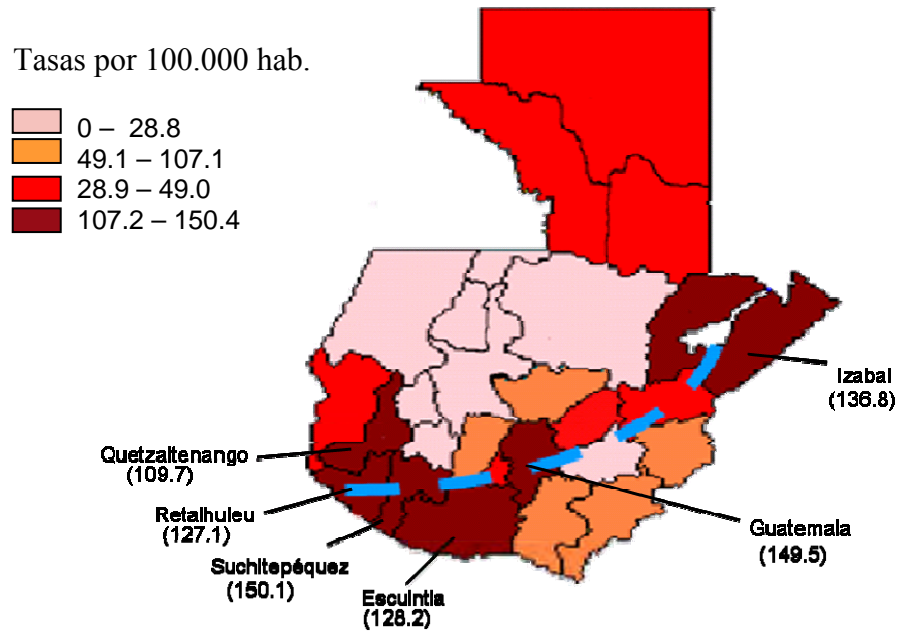


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica, PNS, 2006. (* Hasta agosto 2005)

¹³ Casos SIDA fallecidos notificados al momento del llenado de la boleta. Unidad de Vigilancia Epidemiológica, PNS, 2006.

Un estudio epidemiológico¹⁴ realizado en el año 2003, se indica la epidemia es más prevalente en: hombres que tienen sexo hombres (11,5% de 130.000 HSH estimados) y trabajadoras comerciales del sexo (3,3% de 15.000 TCS estimadas). Además, se determinó que existe una proporción elevada de infección en la población privada de libertad. Por otra parte si bien toda la población económicamente activa (PEA) (15-49) está afectada el grupo de edad con mayores tasas es el de 25 a 29 años (gráfico 2).

Figura 1. Distribución geográfica de la epidemia.



Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA, PNS, 2006

La epidemia actualmente se ha expandido desde la costa sur hacia la zona atlántica del país. Se concentra en ciertas áreas, pero se considera generalizada en algunas regiones.¹⁵ Geográficamente está concentrada¹⁶ en los departamentos de Izabal, Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala, Retalhuleu y Quetzaltenango, que aportan el 77% de los casos SIDA. Se observa una mayor concentración en los departamentos y ciudades de mayor actividad productiva, específicamente los de la costa sur, en la ruta que conduce a la ciudad Guatemala. La línea azul muestra la ruta de paso de trabajadores temporarios y el transporte de productos hacia los puertos y las ciudades. La región recibe también, en ciertas épocas del año, grandes contingentes humanos que llegan para trabajar en la cocecha de caña y café. Además, Guatemala recibe el flujo de migrantes provenientes de

¹⁴ Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en mujeres trabajadoras comerciales del sexo en Guatemala, abril 2003.

¹⁵ Datos de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, PNS, 2006.

¹⁶ De acuerdo a la clasificación de la epidemia de ONUSIDA, se considera la epidemia concentrada cuando la prevalencia del VIH se presenta por encima del 5% al menos en un subgrupo poblacional, pero por debajo del 1% en las mujeres embarazadas, en las áreas urbanas.

otros países centro y sudamericanos que pasan por la ruta de la costa sur con rumbo a México y Estados Unidos.

El sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA se caracteriza por ser de primera generación y pasivo. El proceso de notificación de casos de VIH/SIDA todavía adolece de fallas importantes en la detección, diagnóstico, notificación, registro y seguimiento de los casos de VIH/SIDA e ITS. Se estima que existe una subnotificación cercano al 50%, aunque según la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, PNS podría llegar hasta un 70%. El sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA actualmente vigente, fue estructurado a partir de julio de 2003, y consta de los siguientes componentes: a) vigilancia pasiva, según la demanda de cada servicio de salud, b) vigilancia centinela, dirigida a mujeres en control prenatal, mujeres que solicitan atención prenatal y parto, mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, militares, personas privadas de libertad y c) estudios de tamizaje, enfocado a donadores de sangre y casos nuevos de tuberculosis.¹⁷ Los esfuerzos están encaminados a contar con un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación que proporcione información oportuna, suficiente y de calidad, que permita caracterizar la epidemia de VIH/SIDA en Guatemala y la región.¹⁸

Grupos vulnerables.

Estudios de seroprevalencia muestran que la epidemia de VIH/SIDA en el país está concentrada en grupos vulnerables como HSH y TCS donde la seroprevalencia es mayor a 5%. Estos estudios a provisto una vigilancia epidemiológica esporádica pero no hay disponible información sistemática a nivel nacional que permita un seguimiento de la epidemia en estos grupos vulnerables, así como en población móvil e indígenas. Aún cuando el PNS no ha integrado estudios en población vulnerable el el sistema de vigilancia, el VIH/SIDA puede estar afectando más a estos grupos,¹⁹ reflejando nuevos desafíos de el control de la epidemia.

- Los estudios muestran prevalencias cada vez más elevadas de VIH en HSH, TCS y mujeres embarazadas. Sin embargo, es necesario profundizar en el estudio del fenómeno de las “poblaciones puente” como posible mecanismo que explique el incremento en las prevalencias encontradas en estos grupos.
- Estos también sugieren un patrón diferencial del comportamiento de la epidemia en los lugares estudiados. Las prevalencias varían de un lugar a otro, dejando la impresión de que en algunos departamentos se vive una epidemia concentrada y en otros generalizada.
- La modalidad de vigilancia centinela, que sólo se ha utilizado en estudios puntuales, debería implementarse en forma regular y permanente en la red de los servicios de salud, tanto públicos, como privados. Una alternativa a considerar es estructurar

¹⁷ Evaluación Sistema Vigilancia, 2005

¹⁸ Plan Estratégico Regional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA 2004-2008, CDC/GAP.

¹⁹ Reporte final del Sistema de Vigilancia Epidemiologica de Guatemala, CDC/GAP 2004.

una red de vigilancia centinela para HSH, TCS y mujeres embarazadas en los 6 departamentos más afectados por la epidemia.

Trabajadores Comerciales del Sexo (TCS) Para las TCS la tasa de prevalencia de VIH varía de una región a otra. Las cifras más altas se encuentran en el departamento de Izabal, con una tasa del 11%, y en ciudad de Guatemala con una tasa del 5%. Se han realizado variados estudios de investigación en 1990, 1997, 1998 y 2003 sobre las TCS y su situación respecto al VIH/SIDA. El estudio realizado en el 2003 corresponde al Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en TCS²⁰. El Estudio Multicéntrico en Guatemala fue llevado a cabo a través de una muestra probabilística que incluyó a 536 mujeres trabajadoras comerciales del sexo de la Ciudad de Guatemala (n: 309), y un censo de las TCS de Puerto San José (n: 129) y Puerto Barrios (n: 98). En ellas se aplicó una encuesta sobre comportamientos y se determinó la presencia de VIH y otras ITS.

La escolaridad de las TCS fue baja. La quinta parte de ellas no recibieron ningún nivel de educación escolar; el 33% tenían estudios de nivel primario incompletos y 25,5% completo. Del 22% que había ingresado al secundario 12% no terminaron.

En la ciudad de Guatemala, Puerto Barrios y Puerto San José, se encontró que el 68% de las TCS entrevistadas indican haber tenido clientes nuevos en la semana previa a la entrevista y el 61% de las TCS indican haber tenido clientes regulares. En cuanto al uso del condón, más del 96% de las TCS entrevistadas dicen usarlo para evitar la infección por VIH. Sin embargo, la proporción varía significativamente, en función de si se trata de un cliente nuevo, regular o de la pareja fija. En efecto, el 81,5% lo usaron sistemáticamente con un cliente nuevo en el último mes; el 73,4% dicen usarlo con los clientes regulares y solamente el 11,4% lo usaron con su pareja estable en la última relación sexual.

De acuerdo al estudio realizado por ASI, un porcentaje alto de TCS mujeres, un 77% no utilizan el preservativo con sus parejas habituales, debido a sentimientos tales como (confianza, amor, afecto, cariño) que minimiza o anula la percepción de riesgo y el ejercicio de una sexualidad protegida²¹. El estudio encontró que de 2.492 TCS encuestadas, el 87%, (2.172) expresó haber utilizado condón en la última relación sexual comercial. De ellas, el 3,4% (74) resultaron positivas al VIH y de éstas, 8 manifestaron no haber usado condón. El 40% de las mujeres incluidas en el estudio respondió erróneamente que la infección puede transmitirse por picadura de mosquito y un 7% reconoció no saber el modo de transmisión.

Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) El Estudio Multicéntrico que incluyó 165 HSH en la Ciudad de Guatemala en 2003 reportó un incremento en las tasas de

²⁰ El estudio multicéntrico en Guatemala fue llevado a cabo en una muestra probabilística de mujeres trabajadoras comerciales del sexo de la Ciudad de Guatemala, y un censo de las TCS de Puerto San José y Puerto Barrios.

²¹ Proyecto La Sala, 2003

prevalencia que llegaron a 11,5%.²² El estudio indicó también que el 31% de las PVVS son HSH.

Dos tercios de HSH reconocieron que el uso del condón es un medio adecuado para evitar la transmisión de VIH e ITS. Sin embargo, se encontró una proporción alta de personas que no usan el condón en forma sistemática con la pareja regular, y aún si tenían relaciones sexuales regulares y casuales con múltiples parejas. Uno de cada cinco mantiene relaciones sexuales, tanto con pareja masculina como femenina. Esto señala la importancia de este grupo demográfico como puente epidemiológico, que podría estar contribuyendo a la diseminación de la epidemia de VIH hacia la población general.

Personas Privadas de libertad De acuerdo a las consultas realizadas en el PNS, no existen datos sobre el número de personas privadas de libertad que tienen VIH/SIDA. Sin embargo, mediante recursos del Fondo Mundial, Visión Mundial realizó un estudio basal que está en proceso de informe final.

Mujeres Las mujeres se consideran un grupo vulnerable a raíz de la tendencia a la feminización de la epidemia. Hay un total de 2.547 casos registrados, acumulados, de SIDA en este grupo, desde enero del año 1987 hasta agosto del 2005. De estos casos, el 83% están dentro del grupo económicamente activo y en la edad reproductiva entre 15 y 49 años. Información de dos clínicas especializadas en VIH/SIDA ubicadas en la ciudad Capital (Clínica Familiar “Luis Ángel García”, y Clínica del Hospital Roosevelt), revelan que durante el año 2004, el 74% de los casos positivos eran amas de casa sin otro riesgo que la actividad sexual con sus parejas regulares.

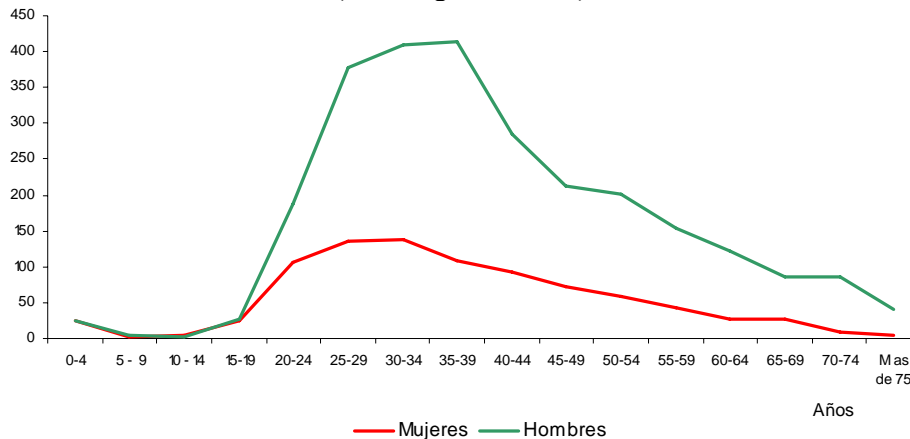
Mujeres embarazadas Los estudios realizados por el Ministerio de Salud con apoyo de CDC/MERTU en mujeres embarazadas entre 2002 y 2003, en los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Guatemala, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Santa Rosa, Suchitepéquez y Zacapa indicaron que de 6.170 mujeres embarazadas entrevistadas con relación al conocimiento de dos métodos de prevención del VIH, el 84,3% reconoció la fidelidad como una medida de protección contra la infección, mientras que el 72,1% afirmó que el uso del condón previene la transmisión del virus a través de relaciones sexuales. Sin embargo, el 65,3% (4.576) coincidió en identificar las dos prácticas como válidas. Estos estudios también encontraron que el 43% tiene la creencia errónea de que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de mosquito. El estudio señaló que el 13% tuvo más de una pareja en los dos últimos años y que 1 de cada 21 mujeres, que tuvieron 4-5 parejas, tuvo un resultado positivo, lo que representa una tasa de infección de 4,8%.

Jóvenes vulnerables El 88% del total de casos de SIDA que se notificaron en el período de 1984 hasta agosto de 2005, se encuentra en el rango de 15-49 años de edad. De éstos, el 32% son mujeres.

²² Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSH en Guatemala, 2003. PASCA y otros, 2003.

La epidemia está concentrada en el grupo de edad de 20 a 39 años (66,8% de los casos de SIDA). Esto significa que la mayor parte de los casos de SIDA que se notifican se encuentran en la población económicamente activa. No se encontró ningún estudio específico para tratar el tema de los jóvenes con relación al VIH/SIDA, aún cuando se abarcan parcialmente en estudios de otras poblaciones vulnerables (TCS, HSH, mujeres embarazadas).

Gráfico 3. Notificación acumulada de casos de SIDA por cada 100 mil habitantes según grupo de edad (1984-Agosto 2005*)



Fuente: Unidad de Vigilancia en Epidemiología ITS/VIH/SIDA, 2006 - *hasta agosto 2006

Según estimaciones de la policía, existen más de 2.000 chicos y chicas que son explotados en más de 600 lupanares. En Tecún Umán, San Marcos, especialmente por ser zonas fronterizas, las chicas violadas quedan a merced de los reclutadores para la prostitución, además de que se produce la trata de personas como una fuente de ingresos muy lucrativa. Se estima que existen 450 personas, entre mujeres y niñas, que ejercen la prostitución.²³ En 1987, se determinó en relación con la prostitución infantil, que la mayoría de las niñas provienen de sectores urbano-marginales de las áreas metropolitanas que poseen bajos niveles de escolaridad, que el 20% no sabe leer ni escribir y que el 54% no terminó la escuela primaria. La violencia intrafamiliar es una característica común, indicando que el 85% de las niñas reportan golpizas, quemaduras y otras agresiones. En el 20% de los casos hubo abuso y violencia sexual; en el grupo menor de 15 años el 83% ha sufrido enfermedades de transmisión sexual, además del grupo entre 15-18 años, el 42%, son madres.²⁴

Huérfanos De acuerdo a estimaciones del año 2005, el 149% de los huérfanos se debería al VIH/SIDA, cifra que ha venido ascendiendo de 0,3% en el año 1990 y que había alcanzado 9,4% en 2001.

²³ Villareal, 2002.

²⁴ María E. Villareal. Explotación Sexual Comercial de la Niñez, Guatemala, 2000. Casa Alianza. P. 10

Uniformados Un estudio del CDC estima la prevalencia de VIH/SIDA en este grupo como de 0.7%, sin embargo aún es escasa la información disponible para este grupo.

Grupos migratorios y poblaciones móviles en regiones afectadas Se considera a los camioneros una población en riesgo, especialmente aquellos que se mueven en la denominada “ruta del SIDA”, que 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. (PEN 2006-2010). Aún así, se desconoce la situación de este grupo demográfico en relación al VIH/SIDA.

Grupos indígenas y afro-descendientes Guatemala es un país multiétnico y multilingüe, en el que conviven más de 20 grupos culturales, con idiomas diferentes y una concepción del mundo y la sexualidad, distinta al modelo occidental. La situación de estos grupos respecto del VIH/SIDA no se conoce bien. La falta de programas dirigidos a estos grupos en su propio idioma, es un obstáculo que impide acercarse a estas poblaciones y existe también la percepción de que estos grupos ven en el VIH/SIDA como una epidemia exclusiva de la población occidental. Actualmente se está elaborando la propuesta para realizar dos estudios. Un estudio de prevalencia en 4 etnias Mayas²⁵; que incluirá un componente de detección de actitudes y comportamientos ante la epidemia del VIH/SIDA. En el otro, el PNS está desarrollando un plan de comunicación IEC del PNS dirigida al cambio de comportamiento que incluirá un eje transversal de multiculturalismo y bilingüismo, con pertenencia cultural..

Discapitados No se encontró información relacionada con personas discapacitadas y VIH/SIDA.

Percepción general de la población guatemalteca sobre el VIH/SIDA

Enfrentar el estigma y la discriminación contra la PVVS es un desafío. En el año 2003, la percepción general de la población guatemalteca sobre el tema del VIH/SIDA era.²⁶

- El 60% de la población conoce la existencia del SIDA; el 98% de la población percibe la epidemia como un problema serio en el país y señala que el Estado debe ofrecer más información sobre la epidemia a través de medios de comunicación masivos, tales como la radio y la televisión. De igual forma, más del 97% está de acuerdo con que los jóvenes estudiantes de colegio reciban educación sobre el tema.
- Solo un 37% de la población considera el gobierno atendiendo adecuadamente el problema de la epidemia, y un 90,4% considera una obligación del gobierno el brindar medicamentos a las personas con SIDA.

²⁵ K'iche; Q'eqchi, Kaqchikel, Man y Garifuna.

²⁶ PASCA, USAID, CID Gallup, Percepción sobre el SIDA en Centroamérica, Encuesta de Opinión Pública en Centroamérica. 2003

- Más del 97% saben que se pueden proteger contra el SIDA. El 90% de la población está de acuerdo con el acceso y la disponibilidad de los preservativos para quien quiera utilizarlos, incluidos los jóvenes.
- Un 67% de la población estudiada estaba de acuerdo en que el empleador solicite una prueba del SIDA antes de otorgar un empleo; 55% creía que las personas con SIDA no deben tener acceso a lugares públicos, 56% creía que los niños HIV/AIDS positivos deberían recibir educación aparte, y un 81% pensaba que las mujeres infectadas tienen derecho a quedar embarazadas.
- Un 55% de la población considera que Dios ha castigado a las prostitutas y a los homosexuales con el virus por su forma de vivir. Aún así, más del 95% de la población apoya la organización de programas de prevención de SIDA dirigidos a estas poblaciones.

Respuesta Nacional al VIH/SIDA

La Política de estado sobre VIH/SIDA e ITS (2004) considera que sin un adecuado control la epidemia tendrá en el país un efecto socioeconómico devastador similar al impacto en los países africanos. Sin embargo, la respuesta nacional al VIH/SIDA en Guatemala es como un rompecabezas, donde confluyen una serie de actores nacionales y cooperantes internacionales para brindar una respuesta al VIH/SIDA desde hace 22 años. Desde la aprobación del Decreto 54-95 en 1995 se declara el VIH/SIDA como un problema social de urgencia nacional. Esto es reafirmado por la Ley de VIH/SIDA, aprobada en junio del año 2000. Esta ley da origen al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS), en el seno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

En 1987, se crea la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA (CONAVISIDA). El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA es la instancia gubernamental que implementa los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA y que garantiza el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. Con la Ley del VIH/SIDA se inicia la fase del fortalecimiento del PNS como una figura legal, en la cual se establece como un Programa prioritario. El PNS empezó a ejecutar el programa a partir del 2002.

El Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA, 1999-2003 fue desarrollado en 1999. Su preparación fue dirigida por el MSPAS a través del PNS y contó con una amplia participación activa de varios sectores de la sociedad incluyendo Organizaciones No Gubernamentales, los grupos de personas que viven con VIH/SIDA, el sector privado, las instituciones religiosas y organismos bilaterales y multilaterales de cooperación. Este PEN fue revisado y actualizado en el año 2001.

Varios compromisos internacionales y nacionales que el Estado de Guatemala ha adquirido han servido de base para la elaboración e implementación del PEN 1999-2004.

Guatemala se comprometió a alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los indicadores UNGASS, y con el Fondo Mundial a disminuir la transmisión madre-hijo de un 30% a un 5% en los embarazos asistidos por los servicios de salud públicos, reducción de la mortalidad por SIDA en un 30% en 3 años y en un 50% en 5 años en las áreas prioritarias y a reducir la morbilidad por infecciones oportunistas.²⁷

El PNS desarrolló una serie de talleres de consulta. Los participantes identificaron que el tratamiento centralizado que se da en el país es el primer obstáculo por vencer. Otros problemas detectados, y a ser resuelto con urgencia fueron el diagnóstico tardío, el seguimiento deficiente y la falta de apoyo a las PVVS y a su familia.

A partir de la Ley del VIH/SIDA se incluye en la Ley un presupuesto de 5 millones de quetzales (cerca de 500.000 dólares americanos) anuales para el funcionamiento del PNS. El presupuesto se aumentó a 7 millones para el 2003 y 2004, a 10 millones para el 2005. En el 2006, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aportó \$8.4 millones de dólares. Los fondos están asignados en su mayoría para el suministro de medicamentos a las personas guatemaltecas viviendo con SIDA.

MARCO LEGAL Y REGULADOR

La Ley General para el Combate del VIH/SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA fue aprobada en el año 2000 y reglamentada en el año 2002. Con esta ley se consolida un proceso de esfuerzos de la sociedad civil y del gobierno por elaborar una legislación en materia de VIH/SIDA que declare a la epidemia como asunto de interés público. La Ley establece un organismo responsable de la política nacional que formule mecanismos de prevención y establezca un sistema de vigilancia epidemiológica. En relación a los derechos humanos, la Ley protege a las PVVS de la discriminación, violación de la confidencialidad, autonomía, privacidad, atención integral en salud, trabajo y educación.

La Constitución establece que los tratados y convenios internacionales de derechos humanos tienen fuerza constitucional. Desde 1986 hasta la fecha, una serie de instrumentos legales, de carácter nacional, que contienen normas, reglas y directrices sobre el manejo del VIH/SIDA como epidemia, y sobre la prevención y tratamiento de las PVVS. Estos instrumentos incluyen el Código de Trabajo, el Código Penal y el Código de Salud; los Reglamentos para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual; la Ley General del VIH/SIDA y su Reglamento; la Ley de Desarrollo Social; la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; el Reglamento General sobre Higiene y Seguridad en el trabajo; la Ley sobre Bancos de Sangres y Servicios de Medicina Transfusional, y la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

De acuerdo a los expertos, la estructura jurídica del tema de VIH/SIDA en Guatemala, está adecuadamente cubierta en términos de protección. Entre los principales puntos fuertes, se destacan:

²⁷ Política de Estado, MSPAS, 2005.

- Declaratoria del VIH/SIDA como asunto de interés público;
- Creación de una entidad responsable de la política nacional;
- Financiamiento de la política y de sus programas;
- Creación de mecanismos de prevención;
- Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica;
- Prohibición de pruebas masivas y obligatorias;
- Regulación de la donación de productos humanos; y
- Previsión de la participación de la sociedad civil.

En términos de derechos, la legislación incluye: no discriminación, confidencialidad, autonomía, intimidad personal, libertad y movilización, no aislamiento, acceso y recepción de información, salud y atención integral, trabajo, educación y recreación. Sin embargo, la misma dinámica de formulación legal ha llevado a tener una serie de códigos, leyes y reglamentos que se contradicen entre sí, dando lugar a la posibilidad de discriminación arbitraria, en el momento de aplicar la legislación. Por ejemplo, un patrón puede obligar a un empleado contratado o a contratar a que se haga una prueba de VIH/SIDA, sobre la base del Código de Trabajo (Art. 203), aunque la legislación en VIH/SIDA (Art. 22 y 43 de la Ley del VIH/SIDA) diga lo contrario. Este tipo de contradicciones deberían ser resueltas en el corto plazo. Por otra parte un obstáculo mayor es la ausencia de mecanismos jurídicos para el cumplimiento de la Ley del VIH/SIDA y las normas internacionales de derechos humanos.

La evaluación de la legislación en Guatemala aplicando el protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA²⁸ muestran los siguientes resultados:

Asistencia sanitaria. La legislación VIH/SIDA contempla condiciones en dos de los siete aspectos que se evalúan en este tema. El primero, referente a la realización de pruebas de VIH sin conocimiento, está previsto en el artículo 20 de la Ley del VIH/SIDA, que dispone que se realizará la prueba de forma obligatoria bajo un criterio médico, para donación de sangre y para fines procesales penales. El segundo aspecto se refiere a la obligación de que las PVVS notifiquen a su pareja habitual o casual. El decreto 27-2000 y la Ley General de SIDA establecen, además, la garantía de que no se realizarán pruebas de detección de VIH para tener acceso a la educación, a trabajos, a la atención médica, al ingreso al país y a bienes o servicios.

Se han detectado actos de discriminación como: negación de tratamiento basado en resultados de pruebas de VIH/SIDA; realización de pruebas del VIH sin conocimiento o sin confidencialidad; divulgación de nombres de personas que son VIH-positivas, o permitiendo que, de forma consciente o negligente, se consulten archivos confidenciales. La Sala Constitucional de la Corte ha obligado a suministrar el tratamiento. También se encontraron casos en los cuales la Procuraduría y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos intervinieron para garantizar el acceso de los medicamentos ARV a la población que lo solicitaba.

²⁸ ONUSIDA. Formulario para evaluación de discriminación. Anexo 1

El artículo 25 de la Ley de VIH/SIDA indica que se debe dar información del diagnóstico a la pareja, cuando la persona que vive con VIH/SIDA se niegue o no pueda notificar a su pareja habitual o casual sobre el mismo. El médico o algún integrante del personal de salud deberá notificar a la pareja, según los procedimientos previstos en la reglamentación de esta ley, respetando, en todo momento, la dignidad humana, los derechos humanos y la confidencialidad de las personas.

Sin embargo algunas ONGs de PVVS reportan casos de violaciones de confidencialidad, tanto en el sector público como en el privado. Muchas de las denuncias señalan situaciones de falta de privacidad en relación a divulgación de nombres y o acceso a bases de datos sin autorización legal.

Empleo. La legislación guatemalteca prevé la protección de las PVVS del estigma y la discriminación en el ámbito laboral, en los siete aspectos que se evalúan en este área. Sin embargo, la misma legislación contiene disposiciones que resultan en la falta de confidencialidad, como lo estipulado en el art. 20 citado anteriormente. Además el patrón puede solicitar la prueba de VIH a su empleado, amparado en el art. 203 del Código de Trabajo: *“Todos los trabajadores que se ocupen en el manipuleo, fabricación o expendio de productos alimenticios para el consumo público, deben proveerse cada mes de un certificado médico que acredite que no padecen de enfermedades infecto-contagiosas o capaces de inhabilitarlos para el desempeño de su oficio. A este certificado médico es aplicable lo dispuesto en el artículo 163 que regula el trabajo doméstico y que prescribe además que antes de formalizar el contrato de trabajo y como requisito esencial de éste debe de exigirse la presentación de un certificado de buena salud...”*.

Las normas referentes a las pruebas obligatorias anteriores a la contratación y a las pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, aparecen en la legislación guatemalteca, y también ocurren en la práctica. Por otra parte, la falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA, el despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA y la denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA son hechos que están ocurriendo en la práctica, en Guatemala. En el Código de Trabajo, Artículo 63 inciso f, se obliga a todo trabajador a someterse a reconocimiento médico, ya sea al solicitar su ingreso a un trabajo o durante su trabajo, a solicitud del empleador, para comprobar que no padece ninguna incapacidad permanente o alguna enfermedad profesional, *contagiosa o incurable*, o a petición del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con cualquier motivo.

Aunque no existe denuncia alguna hasta el momento, el personal de las ONG de PVVS señalan que algunas empresas, en especial las que manejan alimentos, la policía nacional civil, los bancos, entre otros, exigen la prueba de detección de VIH para contratar personal, aunque no esté establecido por escrito en los reglamentos o lineamientos internos de dichas empresas y/o instituciones. En la práctica, estos casos son presentados por las ONGs para su procesamiento a los inspectores de trabajo del Ministerio de Trabajo y de la Procuraduría de Derechos Humanos.

Con respecto a la falta de confidencialidad sobre el estado serológico de la persona portadora del virus, aunque no existen denuncias específicas al respecto, muchas de las demandas presentadas en este formulario son consecuencia de la falta de confidencialidad acerca del estado serológico de la persona respecto al SIDA. Esto ocurre a diferentes niveles, tanto gubernamental como en laboratorios privados, en empresas, en hospitales y en centros de salud. Sobre el despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA, se registra el caso número 368-2002 en el Juzgado de primera instancia de Trabajo y Previsión Social, en agosto del 2002, por despido injustificado y discriminación por ser PVVS, contra una empresa privada de manejo de alimentos. En junio de 2003, por acuerdo de ambas partes, se resolvió el pago de prestaciones, de daños y perjuicios y una disculpa pública por parte de la empresa a la persona viviendo con VIH/SIDA.

Servicios públicos y otros. La negación o la restricción del acceso a instalaciones y servicios públicos en razón del estado serológico (VIH/SIDA) no aparecen en ninguna ley. Sin embargo en la práctica, el acceso de grupos vulnerables a cuidados de salud y tratamiento es limitado. Investigaciones y entrevistas realizadas por ONGs no encontraron reclamos o anomalías legales. Aparentemente hay dos razones por las que pocas demandas se han establecido en relación al VIH/SIDA: por la falta de confianza en el sistema legal hay poca capacidad para presentar demandas, y que las demandas requieren que éstas se realicen en forma presencial lo que en si expone al demandante a comunicar su estado serológico.

Bienestar Social, vivienda, educación y familia y salud reproductiva. Ninguna ley prevé la denegación o la restricción del acceso a prestaciones de quienes son portadores del VIH. No existe en la legislación mención de la necesidad de someterse a una prueba, declarar el estado serológico o presentar certificado de negatividad del VIH, para acceder a la vivienda o al derecho de permanencia. Tampoco que niegue el acceso o que imponga alguna restricción a la educación, en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Hay sin embargo varios casos de discriminación debido al estado serológico. Aunque no existe ninguna demanda legal, se sabe de instituciones educativas privadas que niegan el acceso a la educación a niños/as por su estado de seropositividad. Esto sucedió con niños/as seropositivos que se encuentran en el Hospicio San José. El Hospicio San José hizo declaraciones públicas en diferentes medios de comunicación documentando la dificultad que tienen los niños/niñas que viven con VIH/SIDA para recibir educación.

Ninguna disposición exige pruebas prematrimoniales y prenatales, ni aborto o esterilización para las mujeres con VIH/SIDA. Sin embargo hay una demanda presentada ante la Procuraduría de los DDHH de Totonicapán por sustracción de dos menores de edad. La madre es seropositiva y la familia del esposo sustrajo a los niños. La demanda está en proceso.

Seguros y otros servicios financieros. No hay indicios de que los tres aspectos evaluados estén previstos en los instrumentos jurídicos de la legislación guatemalteca. La investigación mostró que existe un vacío en el tema de la denegación o restricción al

acceso a líneas de crédito en razón del estado serológico (VIH/SIDA) o por pertenecer a un grupo de alto riesgo de VIH. En la práctica ocurren casos de denegación o restricción en la contratación de seguros (por ejemplo, seguros de vida), en razón del estado serológico (VIH/SIDA) o de la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH. Aunque no existen demandas al respecto, ni lineamientos internos escritos de las empresas aseguradoras, se niega el acceso a seguros médicos y de vida a cualquier persona que sea portadora del virus en razón de la elevada probabilidad de muerte de las PVVS.

Respuesta a la discriminación arbitraria. Las PVVS y demás personas que sufren discriminación a causa del VIH/SIDA pueden acudir a grupos de apoyo a fin de conocer los instrumentos legales para presentar posibles demandas. Algunos ejemplos de grupos de apoyo a las PVVS son: la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA y la Procuraduría de los DDHH de Guatemala. Ambos cuentan con un protocolo sobre estigma y discriminación que se presentó el año pasado, pero que aún falta divulgar y socializar para su aplicación por la Red Regional de DDHH y VIH, capítulo Guatemala. Esta Red Regional está apoyada por PASCA e integrada por 12 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En esta red se está elaborando un protocolo regional y se llevará a cabo una labor con la PDH, a través de 10 oficinas ubicadas en las zonas de mayor prevalencia del país, a fin de investigar los casos de denuncias por violaciones a DDHH. Se ha creado una página Web con la Red Regional de DDHH y VIH en la que se documentarán los casos y se continuará la investigación de los mismos.

Además, en Quetzaltenango la organización Instituto de Estudios Interétnicos (*IDEI*) está elaborando un convenio con el bufete popular de una universidad local para ofrecer asistencia jurídica a PVVS y a la población vulnerable. En el Área Suroccidental, la oficina de Coatepeque ha recibido unos 10 casos, que se están investigando, a efectos de velar por el respeto a los DDHH de las PVVS, en coordinación con una red de ONG denominada *Red Suroccidente* (www.redsuroccidente.com), que trabaja en el tema localmente.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

Desde que la epidemia fue identificada en Guatemala, la prevención del VIH se ha orientado a brindar información a la población general sobre modos de transmisión. Se hizo énfasis en promover primordialmente la fidelidad mutua de la pareja y el retraso en el inicio de las relaciones sexuales. Asimismo hubo un limitado foco en los grupos muy vulnerables como las TCS y HSH. En 1997-1998, PASMO ha desarrollado estrategias de educación, cambios de comportamiento y el mercadeo social del condón. A finales de los 90, se definen las normas 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 del 50%; en 2006 se pretende ampliar al 100% de los distritos prioritarios en materia de salud. En el 2005, se desarrolló un plan de información, educación y comunicación (IEC) 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 ejecución a principios del año 2006.²⁹

Más de 41 instituciones que atienden la situación del VIH/SIDA. la primera Clínica de SIDA en Centroamérica se crea en Guatemala, lo mismo que la primera ONG para prevenir el VIH, la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA (ACSLCS). También surgen las primeras organizaciones que trabajan con los grupos más afectados por la epidemia, HSH y se constituye la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA, la Comisión Multisectorial en Puerto Barrios Izabal, la Red Suroccidente y la Alianza Civil por el Acceso a Medicamentos. Estas instituciones reciben apoyo técnico y financiero de OPS, PASCA, Médicos Sin Fronteras, ONUSIDA, Plan Internacional, HIVOS, ASDI-Suecia, la Embajada de Holanda, la Cooperación Internacional Japonesa para la Planificación Familiar, la Cooperación Alemana y la AID. Tras una serie de talleres y seminarios con la participación de diversos grupos, se crea una Asociación Coordinadora, con el fin de que permitiera realizar un trabajo multisectorial con unidad, pero respetando la diversidad. Esta Junta Directiva Provisional creó las bases estructurales para lo que hoy es la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA (ACSLCS).

Las experiencias exitosas sobre VIH/SIDA en Guatemala, emplean una diversidad de métodos y recursos, pero la mayoría tienen las siguientes características en común: el compromiso de la gente, la mística por realizar las tareas en forma eficaz, una estructura organizativa, reuniones de equipo periódicas e intercambio de información sobre resultados. Asimismo, en la mayoría de ellas cuentan con sistemas de monitoreo y evaluación.

A continuación, se describen 12 experiencias exitosas. Es importante mencionar que esto no significa que no existan otras experiencias exitosas. Hay organizaciones y proyectos mencionado por los expertos en las entrevistas, además de los 12 incorporados en este informe. Entre estas organizaciones y proyectos, se encuentran: el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (proyecto de IEC) PASCA, el Proyecto VIDA y Oasis, entre otras. El Proyecto Barcelona fue mencionado como experiencia exitosa comenzó en el 2004.

Asociación de Salud Integral contra el SIDA (ASI) “La Sala”

El proyecto “La Sala” forma parte de la labor de la Asociación de Salud Integral contra el SIDA (ASI). La institución, está a cargo de la prevención, tratamiento y de los aspectos legales vinculados a los derechos humanos, trabajando principalmente con la población de mujeres trabajadoras comerciales del sexo. De esta manera, la ASI pone en práctica el proyecto “La Sala”, creado en noviembre de 2005 con miras a la prevención y con el objetivo principal de lograr el empoderamiento de las trabajadoras comerciales del sexo. Este proyecto, beneficiaría a 2.500 mujeres por año. Es una propuesta y un proyecto modelo, a nivel regional en Sudamérica y el Caribe, y es el único que se mantiene en Guatemala, dirigido al empoderamiento de las mujeres, de sus derechos, dignidad en el

²⁹ Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA 2006-2010.

ejercicio de su trabajo y en su organización. El proyecto La Sala atiende a una de las poblaciones vulnerables priorizada en el PEN. Las actividades de organización, empoderamiento e integración en la labor de lucha contra el VIH/SIDA son propias del PEN.

Resultados del Proyecto

- Evaluaciones y diagnóstico de derechos humanos de TCS en la ciudad de Guatemala.
- Realiza tamizajes cada 3 meses con buena convocatoria en lugares públicos.
- Novedosa estrategia de los educadores pares. Integración de las TCS como personas activas en IEC como multiplicadores para pares.
- Existe coordinación entre las mujeres y los DDHH. En OMES se habían registrado casos de abuso policial; después de esta intervención del proyecto, ya no se presentaron casos de esta naturaleza.
- Es un proyecto dirigido a la Ciudad de Guatemala, que es el punto de referencia y contra-referencia.
- Apoyo en la constitución de una organización de base comunitaria, en vías de obtener personalidad jurídica, 25 usuarias activas, ex-trabajadoras del comercio sexual.
- Logros en las repercusiones políticas; se valora la organización de mujeres en superación.
- Fortalecimiento de la base comunitaria. Constitución de una organización de mujeres trabajadoras comerciales del sexo OMES, reconocida entre las organizaciones del VIH/SIDA.
- Talleres de evaluación a las usuarias. Evaluación del desempeño de las personas, realizada todos los años como forma de incentivar, mediante capacitación al personal.

Perspectivas del proyecto para el futuro

- Ampliación de la cobertura al 80% de la población en ciudad de Guatemala (30% a 35% a nivel nacional); apertura de sucursales y departamentos donde hay más TCS (Chela, Puerto Barrios).
- Brindar la experiencia de “La Sala” a otros países, como parte de la continuidad y permanencia del proyecto.

Asociación Panamericana de Mercadeo Social “PASMO”

La organización PASMO forma parte de la red mundial de Population Services International (PSI), la organización más grande de mercadeo social en el mundo, con operaciones y oficinas en más de 70 países en África, Asia, América y Europa.

Establecida en 1970, la misión de PSI es la de mejorar los niveles de salud de poblaciones de bajos ingresos, promoviendo comportamientos saludables y facilitando el acceso a los productos y servicios de salud con un precio accesible y de alta calidad.

PASMO es una organización de mercadeo social no lucrativa, con sede regional en Guatemala que inició sus actividades en 1997, y ahora opera en todos los países de Centroamérica, cubriendo desde Belice hasta Panamá. En Centroamérica, su prioridad es la prevención de ITS y VIH/SIDA en grupos particularmente vulnerables de la región (trabajadoras comerciales del sexo, clientes potenciales de trabajadoras comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas que viven con VIH/SIDA y población garífuna). Realiza actividades educativas e incrementa el acceso a condones en estos grupos, utilizando para ambos aspectos la estrategia del mercadeo social.

PASMO promueve el retraso del inicio de las relaciones sexuales, la reducción de las parejas sexuales, la práctica de la fidelidad mutua y promover la demanda atención médica. De quienes estén afectados por ITS. Ofrece servicios gratuitos de tamizaje voluntario con consejería, promueve el uso correcto y sistemático del condón de látex con todas las parejas sexuales, el uso de lubricantes a base de agua, especialmente para las relaciones sexuales anales y la reducción de la discriminación y del estigma hacia los grupos altamente vulnerables a la infección por VIH.

Las actividades de PASMO está vinculada al Objetivo Estratégico 4, en las estrategias 4, 5 y 6 del Plan Estratégico Nacional en ITS/VIH/SIDA en Guatemala que se refieren al enfoque del IEC mediante una serie de acciones nacionales

Dado que la epidemia en Guatemala presenta un patrón de epidemia concentrada, la intervención de PASMO es vital para la mitigación del impacto del SIDA en el país.

1. Atiende a grupos de alta vulnerabilidad en los que las tasas de prevalencia de ITS y VIH superan al 10 %.
2. Tiene cobertura nacional, de sus y productos que promociona.
3. Mantiene coordinación estrecha el gobierno, agencias nacionales, sectores religiosos y la sociedad civil.

En la actualidad, se inicia la tercera fase de ejecución del programa implementado, el cual consiste en el incremento de su cobertura hacia las zonas geográficas de alto riesgo, así como también a la realización de actividades educativas y a la promoción de los productos y servicios. Las actividades educativas están dirigidas a los grupos que son particularmente vulnerables a la epidemia. Se trabaja en el rediseño de las actividades educativas, profundizando en nuevas áreas del modelo de trabajo utilizado por PSI, para avanzar hacia los nuevos retos propuestos y en el incremento en la cobertura en puntos de venta no tradicionales y de alto riesgo.

Resultados del proyecto

- Aumento de las poblaciones metas alcanzadas (HSH y TCS) durante el período 2002-2005, pasando de 5.595 en el 2002 a 25.561 contactos en el 2005.

- Aumento en la distribución de condones de aproximadamente 1.000.000 de unidades en el 2000, a más de 5.000.000 de unidades en el 2005.
- Realización de campañas en medios masivos de comunicación sobre uso del condón, percepción del riesgo y abstinencia durante el período 2004-2005.
- Incremento gradual de las actividades CCC, durante el período 2002 - 2005.
- Porcentaje mayor de ejecutores de PASMO en actividades de CCC, en comparación con otras ONG, durante el período 2002-2005.

Tabla 1. Resultados de PASMO

Indicador	2000	2004
Porcentaje de TCS que reportan uso de condón en última relación sexual con un cliente regular.	93%	96%
Porcentaje de TCS que reportan uso de condón en última relación *sexual con un cliente ocasional.	97%	98%
Porcentaje de TCS que reportan llevar un condón con ellas al momento de la entrevista.	67%	78%
Porcentaje de HSH que reportan uso de condón en última relación sexual con una pareja regular.	74%	75%
Porcentaje de HSH que reportan uso de condón la última relación sexual con una pareja ocasional.	85%	85%

Colectivo Amigos Contra el SIDA

La organización denominada Asociación Vida se estableció en noviembre de 2004 como una organización no gubernamental. Se orienta principalmente al trabajo con PVVS y HSH y participa en un proyecto realizado en el sector urbano de Guatemala llamado “Colectivo Amigos Contra el SIDA”, cuyo objetivo es el enfoque legal de los derechos humanos.

El Plan Estratégico Nacional de 1999-2003 así como el vigente (2006-2010), contemplan los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, es decir que los objetivos de la organización están cubiertos por un plan nacional. Para proteger los derechos humanos de las PVVS en Guatemala es necesario que los servicios de salud y las condiciones sociales y económicas estén respaldados por un sistema de justicia fuerte y ONGs y otros actores que velen por el cumplimiento de esos derechos.

El proyecto está dirigido a más de 2000 hombres, mujeres, niños y niñas que viven con VIH o SIDA, derechohabientes del IGSS y que forman parte de un grupo de pacientes de la unidad de infectología preocupados por el desabastecimiento de antirretrovirales e interesados en ayudar. Con personería jurídica desde diciembre de 2005 trabaja como una institución legalmente establecida, a favor de este creciente grupo de población afectada. Su principal objetivo es brindar orientación para lograr el bien común, mediante

la prestación de beneficios o servicios que ayuden al mejoramiento de la calidad de vida de sus beneficiarios. Esto incluye la atención de sus necesidades básicas, tales como la prestación de servicios médicos y el suministro de los medicamentos necesarios, a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, centrándose en los componentes de prevención, educación, medio ambiente, económico, social, cultural y moral.

El proyecto busca cambiar las disposiciones de la ley del seguro para que incluya esta protección. Además, facilitar las compras de ARV, expedir recetas para 3 días (lo cual implica una modificación al reglamento del IGSS), amoldar la ley del seguro a la ley del VIH/SIDA y modificar la legislación de finanzas y contaduría general de cuentas sobre los procedimientos para compras de ARV.

Resultados del proyecto

- Creación de una *red de PVVS afiliados al seguro*, a fin de estimar necesidades, medicamentos e infraestructura. Las altas autoridades del seguro reconocen la red.
- Resolución de la Corte Suprema de Justicia y de la Honorable Corte de Constitucionalidad a favor de varios casos presentados mediante el proyecto.
- Integración colectiva dentro de la Red Regional de DDHH y VIH/SIDA.
- Trabajo educativo dentro del seguro social para las PVVS asegurados, sobre diferentes temas, tales como adherencia y uso del condón, entre otros.
- Es una organización defensora de los derechos. Cualquier persona con VIH/SIDA, presenta la denuncia en Amigos contra SIDA y se le da seguimiento de forma gratuita.
- Mística del grupo de trabajo: ellos se vieron afectados directamente en el seguro social. Tal como menciona uno de ellos “no se podía ignorar la situación”.
- Uso de los medios de comunicación y a las redes de información del IGSS para ayudar a una rápida resolución de los casos de discriminación
- Se obtiene la veracidad para convocar a la prensa, la cual ha actuado positivamente.
- Los resultados de situaciones de discriminación son hechos públicos en conferencias de prensa y su resolución orientadas en forma positiva.
- Divulgación de sus esfuerzos mediante un Boletín quincenal, “Acá entre nos”.

Ejemplos de casos ganados:

Caso 1: Expediente de la Corte Constitucional – año 2005. El 17 de octubre de 2005 se completó una denuncia en la Corte Constitucional que señalaba que la Junta Directiva del IGSS y sus agencias se negaron a suministrar a los pacientes que padecen de VIH/SIDA, los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento correspondiente. La denuncia citaba violaciones a los derechos a la vida, a la salud y seguridad social. La Corte resolvió: “...1) OTORGAR definitivamente el amparo solicitado por el Procurador de los Derechos Humanos, en consecuencia: a) Ordena al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

proporcione a los pacientes de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, afiliados y/o pensionados de la Institución, la atención médica y los medicamentos que su condición de salud amerite”.

Caso 2: AMPARO ANTE LA CORTE – año 2005. La Sala Tercera de la Corte de Apelaciones de Trabajo y Previsión Social, constituida en Tribunal de Amparo recibe una denuncia en agosto de 2005, de parte del Procurador de los Derechos Humanos para impugnar al Instituto Guatemalteco De Seguridad Social. El reclamo solicita que los pacientes con SIDA reciban medicamentos y tratamiento. La resolución ordena al IGSS que proporcione a los pacientes de SIDA, afiliados y/o pensionados de la Institución, la atención médica y los medicamentos que su condición de salud amerite.

La Asociación IDEI trabajó 6 años con la población móvil que emigra del Altiplano a la Costa del Pacífico y se estima que hubo cambios en los comportamientos. El proyecto abarcó 17 comunidades agrarias de los departamentos de Quetzaltenango, Retalhuleu y Suchitepequez (tres de los cinco departamentos con mayor número de casos de VIH). Esta fue la primera intervención que se realiza con hombres migrantes indígenas del suroeste. Después de la intervención de VCT se realizó un estudio de evaluación (ver resultados).

Se realizó un estudio inicial para determinar los comportamientos sexuales de los trabajadores agrícolas de la etnia Mam en Guatemala que migran temporalmente a la Costa del Pacífico. La finalidad es adquirir información para la implementación, desarrollo y evaluación de una intervención que fortalezca los servicios de salud para la atención integral de ITS/VIH/SIDA. Se estudiaron las convicciones de las personas con respecto al rol tradicional del género, la coerción sexual, los conocimientos de riesgo del VIH/SIDA y las relaciones sexuales entre los trabajadores agrícolas de 20 comunidades rurales que participan en el proceso migratorio del Altiplano a la Costa del Pacífico en el departamento de Quetzaltenango. El equipo capacitó a los entrevistadores bilingües y ellos entrevistaron más de 400 trabajadores agrícolas durante la línea basal inmediatamente antes de la intervención y 6 meses después de la intervención. El impacto de la intervención se evaluó a través de un estudio aleatorio de grupos. Además, se capacitaron a profesionales de salud y voluntarios de salud para mejorar los servicios existentes de ITS/VIH/SIDA.

Resultados del proyecto

- En el año 2002, el 79% del grupo de tratamiento y el 72% del grupo de control indicaron que el consumo de alcohol puede afectar el uso de condón. El 93% de los hombres en el grupo de tratamiento y el 99% del grupo de control tienen creencias tradicionales de género; el 93% del grupo de tratamiento y el 91% del grupo de control nunca utilizó condones con sus parejas no primarias. Durante el seguimiento, el grupo de intervención mostró un incremento estadísticamente significativo ($\chi^2 = 8.36$, $p < 0.003$) en sus conocimientos sobre el efecto del consumo de alcohol y sobre el uso correcto de condón y una reducción estadísticamente significativa en las creencias tradicionales de género ($p < 0.00009$).

- Se observó un aumento estadísticamente significativo sobre el conocimiento del uso correcto del condón y en cuál establecimiento comprar condones ($\chi^2 = 7.7$, $p < 0.005$). Sin embargo no hubo un cambio significativo en el uso de condón.

De acuerdo a la percepción del IDEI, el plan estratégico está todavía dirigido a grupos vulnerables que no incluyen el 100% de la población móvil del Sur-Occidente. Se solicitó que se determinaran los grupos vulnerables de acuerdo a los datos estadísticos de las regiones de Guatemala. En el sur-Occidente, un alto porcentaje de la población es portadora del VIH/SIDA con ocupaciones de trabajadores agrícolas y amas de casa. La mayoría de los pacientes identificados en la clínica de VIH/SIDA, en el Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles, es población con la que se ha trabajado en el estudio descrito y que según comentan las personas del IDEI son grupos no atendidos por otras instituciones.

La IDEI se creó en el año de 1993 como una organización de tipo no-gubernamental. Desarrolla sus proyectos especialmente en las zonas rurales de Guatemala y concentra su labor en el tema de la prevención del VIH/SIDA. La visión es convertirse en una organización auto-sostenible que fortalezca la capacidad de organización local hacia la creación de espacios de participación democrática de la población, en la formulación de estrategias sistemáticas que mejoren las condiciones de vida. La misión de IDEI consiste en llevar a cabo programas integrales y sostenibles en salud, educación e investigación con herramientas metodológicas basadas en la realidad y cultura de la población, como modelos que promuevan el cambio de actitudes y prácticas para mejorar las condiciones de vida a nivel institucional y comunitario, basándose en el respeto a los derechos humanos, a la equidad de género y a la diversidad. Entre los principales objetivos de IDEI se encuentran los siguientes: realizar gestiones de cabildeo, a fin de aprovechar espacios sociopolíticos con participación comunitaria e influir en el poder local, regional y nacional; asumir una postura crítica que promueva la acción-reflexión-acción del personal institucional y de los habitantes de las comunidades para ser agentes de cambio; propiciar y participar activamente en coordinación con actores institucionales, intra-institucionales y comunitarios para optimizar el recurso humano, material y financiero en la prestación de servicios; y realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas para priorizar, determinar y evaluar el impacto de las intervenciones en las áreas de trabajo en base a la realidad sociocultural.

Colectivo Atz'anem K'oj

Este es uno de los pocos proyectos que se dirigen a población indígena y jóvenes indígenas en Guatemala. Dicha población no cuenta con la información necesaria para tener conductas de prevención ante las ITS y el VIH. Los grupos beneficiarios del proyecto son: las trabajadoras/es comerciales del sexo, los grupos indígenas y afrodescendientes, los grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia, los uniformados (ejército y policía), las personas privadas de libertad y los jóvenes vulnerables. El área de trabajo del proyecto abarca principalmente las comunidades del área rural de Guatemala, pero también se realizan giras en áreas

urbanas y en toda Centroamérica. La institución se crea en el 2006, y realiza actividades en los departamentos de Huehuetenango, Suchitepequez, San Marcos, Retalhuleu, Quetzaltenango, Alta Verapaz, Zacapa, Chiquimula, Sololá, Totonocapan, Quiche, Sacatepequez, Chimaltenango e Izabal.

El concepto inicial se elaboró conjuntamente con organizaciones no gubernamentales y el sector salud estatal en el 2001. El Proyecto Malabarista de Educación sobre VIH/SIDA Atz'anem k'oj ("Juego de Máscaras" en Kakchiquel, K'iche' y Tzutujil) realizó en el 2001, un proyecto piloto de IEC donde los temas de prevención y de transmisión del VIH fueron explicados mediante un espectáculo ambulante gratuito de payasos, malabaristas, músicos y bailarines de fuego, en lugares públicos de 26 comunidades rurales del Departamento de Sololá. El equipo estuvo compuesto, desde un principio, por educadores y payasos extranjeros y guatemaltecos. La intención de la organización es obtener financiamiento para cubrir los departamentos que faltan y poder realizar una gira centroamericana.

Resultados y lecciones aprendidas del proyecto

- El Proyecto ha realizado más de 300 intervenciones educativas en 200 comunidades, con un promedio de 500 beneficiarios por comunidad. Esto demuestra la eficacia y la eficiencia de la estrategia de teatro ambulante para hacer llegar mensajes clave a un gran número de personas, en poco tiempo y con relativamente pocos recursos.
- En el 2002, con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el proyecto inició un programa de capacitación y apoyo de multiplicadores juveniles en salud sexual y VIH/SIDA. Han capacitado a más de 120 jóvenes de ambos sexos representando a 30 comunidades y diez grupos lingüísticos a nivel nacional, desde la capacitación inicial.
- Las intervenciones educativas comenzaron a realizarse a nivel nacional con el apoyo del Programa de Atención Primaria de Salud de la Cooperación Técnica Alemana, y las Direcciones de Área de Salud de Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Izabal, Chiquimula, Sacatepéquez y el Quiché. En el 2003, se consolidó una cobertura geográfica nacional en Guatemala con la apertura de una oficina nueva en Quetzaltenango y el establecimiento de un modelo sistemático de monitoreo y evaluación.
- El proyecto Payaso tiene características innovadoras por la forma de transmitir los mensajes y por los grupos demográficos a los que está dirigido. Es una estrategia bien acogida por la población. No se necesita saber leer ni escribir, para entender el mensaje. Se pueden transmitir mensajes claves a un gran número de personas en poco tiempo y con relativamente pocos recursos.
- El proyecto Payaso/Atz'anem k'oj también cuenta con un programa de becas exitoso. El Proyecto recibió fondos para un programa de becas para intercambios profesionales para educadoras y educadores en salud sexual y reproductiva. Las becas permiten que educadores y educadoras que trabajan en VIH/SIDA, se expongan a la estrategia de Información-Educación-Comunicación que propone el

Proyecto Payaso, con el propósito de enriquecer una respuesta regional a la epidemia. El becado o becada debe mostrar el compromiso de llevar a cabo un proyecto que replique la experiencia de Proyecto Payaso cuando regrese al trabajo con su organización u asociación. En el 2005, se otorgaron becas mediante un proceso de selección abierta. Las becas cubren gastos de viaje y un estipendio de alojamiento y alimentación durante tres meses para permitir que la persona becada trabaje como miembro adjunto del Colectivo en Guatemala y realice todas las actividades del proyecto.

Proyecto “Maquilas” de la Fundación Preventiva Del SIDA “Fernando Iturbide”

La finalidad del proyecto de maquilas es la capacitación del personal que trabaja en diferentes empresas sobre los temas de autoestima, conocimientos básicos de las ITS/VIH/SIDA, uso correcto del condón, y comunicación, mediante la metodología de acción-reflexión-acción y la participación activa de las personas en los talleres, contemplados dentro del proceso de la elaboración de esta evaluación. El objetivo es reducir la vulnerabilidad para contraer las ITS/VIH/SIDA en 32.500 personas (especialmente niñas y mujeres jóvenes) trabajadoras de 22 maquilas a través de aumentar la auto-percepción por medio de un programa de IEC, implementando diferentes estrategias adaptadas a las necesidades y características propias de cada una de las maquilas.

Más de 16000 personas trabajadoras de 16 maquilas fueron intervenidas en la temática preventiva de cada módulo en el término de 14 meses. Los temas o módulos educativos que se desarrollan en cada taller incluyeron: concepto de autoestima, origen de autoestima, clasificación de alta y baja autoestima, conocimiento personal en ITS / VIH / SIDA, concepto de ITS / VIH / SIDA, formas de transmisión y prevención, mitos y realidades, relaciones sexuales más seguras, uso correcto del condón, Derechos Humanos de las Personas que viven con el VIH/SIDA.

Para la realización de la evaluación y alcance de la meta, se tomó una muestra de la población intervenida con la estrategia I (se entiende la estrategia original del proyecto, grupos de 35 personas máximo con dos horas de capacitación como mínimo) y se comparó con la estrategia 2 (la cual se implementó con la metodología de IEC por medios masivos de comunicación tales como la radio propia de las plantas, mantas, material educativo) y se desarrolló en una maquila cuya población es de 12.000 personas. La información fue recogida a través de un pre-test y post-test. Que evaluaron conocimientos sobre: ITS/VIH/SIDA, autoestima, uso del condón, derechos humanos. En la estrategia I, los test fueron de selección múltiple autodirigido y en la estrategia 2 fueron cara a cara con respuesta dirigida, destacando que los instrumentos serían llenados por la población intervenida, con diferentes perfiles educativos (desde primaria hasta maestría, personas trabajadoras activas de empresas, con posiciones administrativas, gerentes, operarios, obreros, etc.). También se estableció que la población intervenida estuviera entre las edades de 15 a 65 años, ubicadas en los departamentos de Salamá,

Quetzaltenango, Chimaltenango, Izabal, Escuintla, Zacapa y Guatemala, incluyendo los municipios circunvecinos, Mixco, Amatitlán, Villa Canales, Villa Nueva de la capital.

Resultados y lecciones aprendidas del proyecto

- Hubo un incremento del conocimiento global de 24 puntos entre la media del pre test (45 puntos) y el post test (69 puntos). Esta diferencia fue estadísticamente significativa y representó un aumento del 24% en el nivel de conocimientos.
- La auto-percepción de riesgo en las personas aumentó en un 6%. Después de la intervención, el 16.8% no se sentía vulnerable a la infección del VIH.
- En el pre-test, el 54% contestó que el uso de los condones es efectivo para evitar el contagio. Después de la intervención, aumentó en un 74%.
- Con respecto a las ITS, el aumento de este conocimiento es en promedio de un 12%, lo que no es sorprendente porque el no se hizo foco en este problema. Esta área debe ser reforzada debido a la relación estrecha que tienen con la infección del VIH/SIDA.
- En relación con los resultados de las intervenciones en las maquilas algunos de logros fueron: maquila Koramsa: hubo un incremento del 8%, maquila Parracaná: hubo un incremento del 14% y maquila de Horticultura: hubo un incremento del 9%.

Cruz Roja

La Cruz Roja de Guatemala, trabaja especialmente con la región rural de ese país, y desarrolla el Proyecto de Prevención de VIH/SIDA en Centros de Educación Secundaria en el Dpto. de Izabal, proyecto que tiene como su población meta a jóvenes en Educación Formal, de edades ente los 12 y los 22 años. Este proyecto finalizó en diciembre del año 2005.

Resultados y lecciones aprendidas del proyecto

- En 3 años continuos de labores se lograron cambios de comportamiento en los participantes (12.000 estudiantes desde 1ero. hasta el 5to. año) que estuvieron desde el 4to. a 5to.
- En el post-test, el 85% conocían los pasos del uso del condón, mientras que de los no intervenidos, solamente el 56% los conocían.
- Formación de 195 facilitadores estudiantes, que a manera de pares faciliten charlas sobre diversos temas educativos del VIH/SIDA.
- Participación con el Ministerio de Educación Pública y CICAM (Centro de investigación, capacitación y ayuda a la mujer), para formar 30 maestros diplomados y un número de 120 multiplicadores.
- Todas las escuelas de Izabal fueron cubiertas por el programa

- Coordinación y alianzas estratégicas con Ministerio de Salud, multisectorial en Izabal y Coordinación interinstitucional e intersectorial de actividades para el desarrollo del proyecto.

Asociación Gente Nueva

Esta organización se enfoca en las necesidades de atención de salud para mejorar su calidad de vida, el acceso a los medicamentos y asegurarse de que una vez logrado el tratamiento, no se suspenda su suministro, sin descuidar la prevención para ayudar a superar la problemática VIH/SIDA. Esta institución trabaja tanto en el sector urbano como el rural de Guatemala, con un enfoque en las áreas de prevención, tratamiento, mitigación del daño, género y aspectos legales, en función de los derechos humanos. En el año 2005, la institución participa en el proyecto “La Sala” con los siguientes grupos demográficos: trabajadoras/es comerciales del sexo, jóvenes vulnerables, huérfanos, agentes comerciales, grupos indígenas y afrodescendientes, hombres que tienen sexo con hombres, grupos migratorios en regiones afectadas, damnificados directos por causa de la epidemia y uniformados (ejército y policía).

La Asociación Gente Nueva es un grupo de apoyo que surgió en Guatemala, en 1998, aunque se legaliza como organización no gubernamental en el 2000. Fue iniciativa de las personas infectadas con el VIH/SIDA con necesidad de agruparse, con el propósito de compartir experiencias, solidarizarse y actualizarse sobre la enfermedad y los avances médicos.

Este proyecto está vinculado con los objetivos estratégicos 4 y 5 del PEN que hacen referencia al diseño de las políticas y ejecución de programas de prevención, propiciando el aumento de la percepción de riesgo de los grupos vulnerables e incluyendo el aspecto de bio-seguridad para evitar infección por ITS/VIH/SIDA y a la atención integral multidisciplinaria sostenible a personas con ITS/VIH/SIDA, sus familias y su entorno, que procure tratamiento ARV, que estimule la adherencia e incluya la prevención de la transmisión vertical”. El “Gente nueva” recibe financiamiento del MSPAS para ejecutar proyectos en Guatemala y Peten.

La Fundación Gente Nueva dice que informar, educar, capacitar y la comunicación social en la población en general, incluyendo grupos vulnerables, es la clave para disminuir la dimensión del problema. De acuerdo con esto, la Fundación ha cubierto las zonas geográficas donde más prevalece la epidemia como es el caso de Ciudad de Guatemala. De igual forma, se está actuando a través de otras entidades nacionales e internacionales, en busca de acceso a ARV y del mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con SIDA.

Resultados del proyecto

Implementación de servicios de información, educación, capacitación y comunicación social que presta la Asociación Gente Nueva a la población en general, incluyendo a los grupos vulnerables.

- Trabajo de Prevención en alianzas estratégicas con la Cruz Roja Guatemalteca, CARE Internacional, IGSS y multisectorial, BALABALA, Hospital Nacional Kjell Laugerud, Hospital Infantil Elisa Martínez, Centros de Salud y Centro Penal, todos en Izabal.
- Prevención en ITS/VIH/SIDA y atención médica quincenal a la población garífuna en Asociación Luva Awanceroni, en Barrio Nevagó, Livingston e Izabal.
- Donación de condones a través de las diversas actividades que realiza la Asociación Gente Nueva y que a su vez han sido donados a dicha Asociación.
- Educación del uso correcto y continuo del condón, a través de convenio con PASMO dirigido a la población de hombres que tienen sexo con hombres y población garífuna, en Izabal.
- Atención Médica a los 22 PVVS del estudio compasivo y otras Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y que requieran de los servicios en su sede.
- Servicio de clínicas médicas de atención y referencia de PVVS, en la capital y Puerto Barrios Depto. Izabal a Clínica Yaloc de Médicos Sin Fronteras, Francia, en la capital y Médicos Sin Fronteras, España, en Puerto Barrios, Izabal., en busca de acceso a tratamiento de antirretrovirales.
- Clínica médica para PVVS en el interior del Hospital Infantil “Elisa Martínez” de Puerto Barrios, Izabal.
- Servicio de Clínica Dental a PVVS, en su sede.
- Servicio de Clínica Psicológica en Terapia individual, de pareja y de grupo a PVVS y/o familia.
- Intervención en crisis y cursos- talleres de crecimiento personal a niños, adolescentes y adultos.
- Servicio de grupos de apoyo y terapia ocupacional a PVVS, a usuarios de la Asociación Gente Nueva o de otras organizaciones, en la ciudad capital y en Puerto Barrios, y en formación, en Petén.
- Visitas domiciliarias a PVVS, en los casos que corresponda y con previa autorización de la persona o su familia.
- Albergue a PVVS y acompañantes, provenientes del interior de la república, en su sede, así como albergue en el interior del Hospital Infantil de Puerto Barrios.

Otros resultados importantes del proyecto realizado en Puerto Barrios financiado por TROCAIRE incluyen la realización actividades de prevención integral. En el mes de octubre del año 2005, se creó el Centro Regional Comunitario, como un espacio para llevar a cabo charlas, capacitaciones, talleres y que servirá para atender a las poblaciones meta y vulnerables, como las mujeres trabajadoras del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas viviendo con VIH/SIDA y para la población en general.

Otros resultados importantes en el departamento de Izabal son:

- El número de PVVS en la población económicamente activa en Izabal, que recibe tratamiento y servicios ha aumentado al 10%.
- El número de PVVS que recibe servicios de VIH y SIDA en Izabal ha aumentando al 25%.
- El porcentaje de PVVS satisfecho con su servicio de salud ha aumentado al 25%.
- Implementación del programa de educación en prevención.
- Disminución del estigma y la discriminación de PVVS en servicios de salud.
- Cambio en el comportamiento sexual en las poblaciones metas.
- Más pruebas de VIH realizadas.
- Más PVVS referidos a MSF para tratamiento ARV.

Fundación Preventiva del SIDA “Fernando Iturbide”

El objetivo principal del proyecto es lograr la solidaridad de las ONG que trabajan en la lucha contra el VIH/SIDA, del personal de salud, de las instituciones de derechos humanos y del sector productivo privado del país, para apoyar acciones de incidencia que promuevan la resolución favorable de casos que afectan el respeto a la dignidad de las personas que viven con VIH/SIDA y a sus familias. Las principales metas de la Fundación incluyen capacitación y empoderamiento de 100 personas que viven con VIH/SIDA que promuevan el respeto a su dignidad y a sus derechos, y a fin de que trabajen para cambiar la situación de marginación, dependencia y vulnerabilidad que existe en este grupo. Asimismo, se estableció la meta de capacitar a un grupo de 200 personas (100 trabajadoras en el área de la salud y 100 de empresas privadas) sobre la temática de prevención del VIH/SIDA/ITS y derechos humanos. Para el logro de las metas, se elaboró una metodología que consistió en la recopilación de información por medio de entrevistas estructuradas, mediante un cuestionario de 10 preguntas cerradas, las cuales se formularon a la población meta por medio de las personas integrantes del grupo. De igual forma, establecieron una muestra que abarcó a 286 personas de diferentes contextos (PVV, trabajadoras de empresas, trabajadoras del área de salud y personal de Cruz Roja).

La Fundación Fernando Iturbide se formó en 1994, con el objetivo de prevenir el SIDA en Guatemala. Es una entidad sin fines de lucro, de carácter científico, de investigación y divulgación, ajena a toda actividad política o religiosa. Entre sus principales objetivos se destacan: la planificación, organización y desarrollo de programas científicos, culturales, educativos, informativos y asistenciales que contribuyen a prevenir la infección por VIH/SIDA y otro tipo de enfermedades infectocontagiosas relacionadas. También, promueve y propicia la defensa y el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA y de sus familiares.

Actualmente, la Fundación Iturbide maneja proyectos en torno a la prevención del VIH entre los trabajadores de maquilas, en la promoción y defensa de los derechos humanos de personas que viven con el VIH y en la prevención de la transmisión vertical. La

Fundación Iturbide, ha establecido desde el año 1996, un programa permanente de prevención del VIH/SIDA/ITS y ha desarrollado a partir del año 2002, el Proyecto de Derechos Humanos de Personas que viven con el VIH/SIDA.

Resultados del proyecto

Hallazgos del estudio realizado sobre Derechos Humanos.

- El 78% afirmó que el VIH/SIDA se considera un problema social de urgencia nacional. El 22% desconoce el problema del VIH/SIDA o no conoce la Ley.
- El 66% sabe que la Ley de VIH/SIDA promueve y protege los derechos de las PVVS.
- Un 32% considera que la prueba de VIH debe ser obligatoria para las personas que desean ingresar a una empresa privada o pública.
- Alrededor del 60% no saben las excepciones a la Ley de VIH/SIDA, con respecto a la realización de las pruebas de VIH en contra de la voluntad de la persona, lo que podría ocasionar que les efectúen la prueba bajo cualquier circunstancia.
- Un 32% considera que vivir con VIH/SIDA le da derecho a ocultar su estado a su pareja regular, poniéndola en alto riesgo de adquirir el VIH.
- El 22% cree que no es necesario recibir orientación antes o después de realizarse la prueba de VIH.
- Un 25% cree que el personal de salud tiene derecho a negarse a atender una PVVs.
- El 39% desconoce que el IGSS tiene la obligación de brindar el TAR a sus afiliados.
- El 29% no reconocen la confidencialidad como un derecho.

Hospicio San José

El Hospicio San José de Guatemala está enfocado en el objetivo estratégico de propiciar la atención integral multidisciplinaria sostenible a personas con ITS/VIH/SIDA, sus familias y su entorno que procura un tratamiento universal de ARV, estimule la adherencia e incluya la transmisión vertical. La población beneficiaria comprende a las PVVS, a los niños con VIH y a las mujeres o varones con VIH/SIDA. Aunque están en ciudad de Guatemala, atienden a cualquier persona PVVS que llegue de cualquier rincón del país. Los servicios que ofrecen son atención médica y psicológica, trabajo social, odontología, medicamentos ARV y enfermedades oportunistas. En sus inicios funcionó gracias al trabajo voluntario; posteriormente se contrataron enfermeros y ha funcionado como Clínica Familiar. Además, trabajan con el apoyo de la institución Médicos Sin Fronteras de Francia. Actualmente, están construyendo un nuevo albergue con capacidad para 80 niños y tienen estimado un crecimiento anual del 15% de la atención sin perder la calidad de la atención.

Resultados del proyecto

- Un total de 95 niños reciben cuidados en el hospicio cada año. El niño y niña con VIH/SIDA que más tiempo ha estado es de 13 años; está estudiando en el colegio y se le enseña un oficio de trabajo.
- Un total de 43 niños y niñas con VIH/SIDA son atendidos en el albergue, 30 de ellos están en edad escolar. Ellos reciben entrenamiento académico y apoyo para su inserción en la sociedad.
- El hospicio cuenta con una Clínica Dental, que además prestan servicios a la población.
- El servicio es gratuito. Se trabaja con muchos aspectos como los valores, la parte espiritual, educación de colegio y nutrición. La organización tiene una fuerte influencia en decisiones políticas y financiamiento público.
- Se está construyendo un Hogar propio para tener una mayor capacidad de atención.

Médicos Sin Fronteras (MSF)

La atención de los pacientes que requieren TAR en Guatemala es una tarea difícil, debido a las dimensiones territoriales del país y a la centralización de los servicios de salud. Este programa está alineado con el Plan Estratégico Nacional en lo que concierne a la implementación de la Atención Integral. MSF se ha convertido en un ejemplo de cómo, con pocos recursos y calidad humana, se puede brindar una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH/SIDA. El programa está en su último año de actividades y mediante un proceso ordenado con el PNS, la Clínica se trasladará al Estado.

La institución Médico Sin Fronteras, se crea en 1978 como una organización no-gubernamental, la cual centra sus acciones en las regiones urbana y rural de Guatemala, orientándose hacia el tratamiento del VIH/SIDA. En un principio, la población meta de la institución fueron niños y jóvenes de la calle, pero se ha brindado atención primaria y apoyo a la población desplazada por el conflicto armado, en la zona de Playa Grande, Departamento del Quiché y al grupo de retornados, migrantes de México, con un proyecto desarrollado en Lomas de Santa Fas.

El Proyecto Clínica Yaloc comenzó en 1997, como una colaboración al Hospicio San José. El objetivo general del proyecto SIDA, de la Clínica Yaloc es ofrecer tratamiento antirretroviral a la población de escasos recursos socioeconómicos para contribuir en la prolongación de la supervivencia y mejorar la calidad de vida. El equipo participó en la atención directa de personas en fase terminal y de niños y niñas enfermos del SIDA. Durante la colaboración, fue necesario extender los esfuerzos a padres o a familias directas de niños viviendo con el VIH. Al inicio del proyecto, se les dio prioridad solamente a los niños y las niñas para los programas antirretrovirales dirigidos al Hospicio y a la Clínica Familiar Luis Ángel García.

Resultados del proyecto

- Para finales de 2005, se tuvieron 978 pacientes acumulados en el programa, de los cuales 789 están vivos, 80 fallecidos, 40 abandonos, 59 traslados al IGSS y a otros proyectos de MSF en Puerto Barrios y Coatepeque.
- La clínica brinda un servicio de atención integral evaluando las características biológicas y clínicas de los nuevos pacientes con el estadio de OMS y CD4. Se hace referencia en caso de hospitalización.
- También brindan atención social, apoyo psicológico, evaluación nutricional y seguimiento de su peso corporal. Se realizan actividades educativas con el fin de mejorar la adherencia de la persona al tratamiento.

Hogar Marco Antonio

La institución Hogar Marco Antonio trabaja en la región urbana de Guatemala, atendiendo tanto la prevención como el tratamiento del VIH/SIDA. El Hogar se crea en 1996 como una organización de tipo no-gubernamental. La misma desarrolla el proyecto “Hogar Marco Antonio”, el cual se centra en el tratamiento del VIH/SIDA. La población beneficiaria del proyecto son personas con SIDA en fase aguda, sin recursos económicos y sin seguro social. Está de acuerdo con la atención integral que comprenden las áreas estratégicas 3 y 4. El proyecto nació para cubrir una necesidad perentoria que no estaba siendo cubierta por ninguna institución: la atención de pacientes SIDA en fase terminal. El Hospital opera de una forma abierta, en la que el médico externo puede revisar a su paciente. Tienen la intención de ampliar el laboratorio clínico.

Resultados del proyecto

- Tratamiento innovador y personalizado: las personas con SIDA reciben una atención integral con un enfoque de calidad en el servicio.
- Atención personalizada para las mujeres embarazadas VIH positivas, a quienes se les enseña y se las empodera con respecto a sus derechos y deberes para con su hijo(a), para evitar su contagio del virus.
- Existe una dinámica de aprendizaje familia-persona atendida y se desarrolla una hoja de compromisos con la familia.
- Acciones de coordinación y alianza para suplir las necesidades de las PVVS, para lo cual cuenta con el apoyo de los laboratorios del MINSA para los exámenes.
- Hay una constante supervisión y evaluación de la calidad de los fármacos y de su toma.
- Se realizan evaluaciones de desempeño y conocimiento del personal. Todos los años hay un plus salarial en función del rendimiento.
- Capacitación anual obligatoria para todo el personal, de 2 semanas de duración; también hay cursos de capacitación de carácter continuo. El equipo incluye 2

médicos de medio tiempo, una siquiatra una vez a la semana y 14 enfermeros a tiempo completo, de carácter rotatorio.

TRATAMIENTO CLÍNICO Y ASISTENCIA

Las primeras acciones de tratamiento de antirretrovirales (TAR) en forma institucional de carácter gubernamental se registran en el año 2001. Sin embargo, mediante un estudio clínico en 1999, se inicia el tratamiento antirretroviral con 55 personas, 27 del Hospital San Juan de Dios, que se quedan sin tratamientos al finalizar el estudio de carácter experimental con una casa farmacéutica. Esto ocasiona la demanda y negociación del gobierno con la casa farmacéutica para la reanudación del TAR, lo cual se logra a finales del año 2000. Entre el 2001 y el 2004 hay un incremento significativo en las PVVS que acceden al tratamiento por medio de la oferta de Médicos sin Fronteras (MSF) de Suiza, Francia y España, los cuales apoyan, particularmente MSF Suiza, a la clínica de consulta externa de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt con la atención, en julio de 2001, de 70 personas que requieren TAR. Del 2001 al 2005, se presentan diversos grupos de PVVS con reclamaciones a nivel nacional e internacional para que el Estado brinde la atención de tratamiento antirretroviral a personas que viven con SIDA. Esto implica en conjunto con la inversión del Fondo Mundial, que se inicie en el año 2003 de forma institucional, la ampliación de tratamiento a 80 niños y 80 adultos, y que posteriormente, en el 2004 se extienda a 373 personas.

La oferta de servicios de salud para las PVVS que requieren TAR, está determinada por los hospitales nacionales del MSPAS en ciudad Guatemala y los propios del IGSS. El MSPAS entrega servicios de salud, sin costo alguno y sin limitaciones predefinidas. Las restricciones provienen principalmente de la disponibilidad de recursos correspondiente al nivel de complejidad de cada establecimiento. Sin embargo, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- atiende solamente a personas aseguradas. La tabla 2 muestra el número de pacientes que reciben TAR desde 1999 hasta el 2006 en los dos hospitales nacionales del MSPAS y de los demás centros de salud. Del año 2003 al 2004 se incrementó en un 60% la tasa de personas que reciben TAR. Cada institución (MSPAS, MSF y el IGSS) compra los medicamentos por separado y podrían beneficiarse de una compra conjunta. MSF tienen su propio protocolo de atención y emplea la carga viral como medio de seguimiento de la enfermedad en los pacientes, Esto reduce costos y permite atender a más personas que requieren tratamiento antirretroviral. Un aspecto a destacar es que, básicamente el 10% de personas con SIDA en tratamiento antirretroviral lo abandona, mientras el resto lo continúa en el siguiente año.

Tabla 2. Pacientes en tratamiento en el Ministerio de Salud y en total del país.

Año	Pacientes tratados en el MSPAS	Total de pacientes tratados en el país
1999	55	-
2000	55	-
2001	-	-
2002	29	-
2003	160	2,624
2004	373	4,193
2005	997	5,507
2006	2000-2500 aprox.	7500-8000 aprox.

Fuente: PNS, 2006

Los casos de VIH-positivos según el lugar de residencia, atendidos en el Hospital Roosevelt aumentaron entre el año 2003 y 2004, mostrando un desplazamiento de los demás departamentos a la ciudad de Guatemala para recibir el tratamiento antirretroviral. Esto indica la centralización de los servicios de salud en la capital y la necesidad cada vez mayor de contar con centros de tratamiento descentralizados. Descentralizar los servicios de salud para las PVVS que requieren TAR, permitirá mejores condiciones para la atención integral, para la compra y adquisición de medicamentos ARV y para el seguimiento de los pacientes VIH-positivos y con SIDA. Por lo tanto, la reforma en el sector de salud es una labor que se debe considerar prioritaria para alcanzar estas metas.

Tabla 3. Número de casos acumulados tratados por hospital

Institución	TAR brindados en el 2003	Aporte institucional 2003	TAR brindados en el 2004	Origen del aporte en el 2003
H. Roosevelt	395	MSF: 70%	715	MSF: 85%
H. General S.J.D.D.	160	ASI-PNS	235	ASI-PNS
P. Vida Coatepeque	165	MSF	425	MSF
Clínica Yaloc	360	MSF	660	MSF
Puerto Barrios	50	MSF	120	MSF
Otros	92	Hospicio	92	Hospicio
IGSS	1.390	IGSS	1.946	IGSS
Total	2.614		4.193	

Fuente: PNS, 2006

Medicamentos y suministros médicos. La agencia reguladora de medicamentos y suministros médicos para VIH/SIDA y enfermedades oportunistas es el *Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines*, perteneciente a la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. La principal función del departamento es la regulación y control de los productos farmacéuticos y afines y los establecimientos que los importan, fabrican y comercializan en Guatemala, el cual se ampara en su reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, Acuerdo Gubernativo 712-99.

Requisitos para registrar los medicamentos para autorizar la venta. Existe un registro de requisitos que las casas farmacéuticas locales y externas deben completar. Como parte del registro, se deben entregar muestras del medicamento a registrarse, con el fin de realizar un control de calidad del mismo.³⁰ El laboratorio emite una declaración sobre el medicamento y si se aprueba, el expediente pasa al Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. Ellos expiden la certificación y el número de registro del medicamento. En el siguiente diagrama se ilustra el procedimiento para el registro de los medicamentos, incluidos los medicamentos de VIH/SIDA y enfermedades oportunistas. Una vez que el usuario llena el formulario y adjunta los requisitos, ingresa los datos a la ventanilla de servicios e inicia el proceso de evaluación, en el cual existen de acuerdo al tipo de registro. La primera modalidad es la evaluación del fármaco mediante el otorgamiento con análisis posterior (OAP), para productos afines y renovación de productos de venta libre sin alerta. La otra modalidad es el otorgamiento previo análisis (OPA), para nuevos productos, la renovación de productos con receta retenida, y renovación de productos con prescripción médica, y la tercera modalidad es sobre las moléculas nuevas y biológicas (MNB)³¹ para productos con moléculas nuevas y productos biológicos.

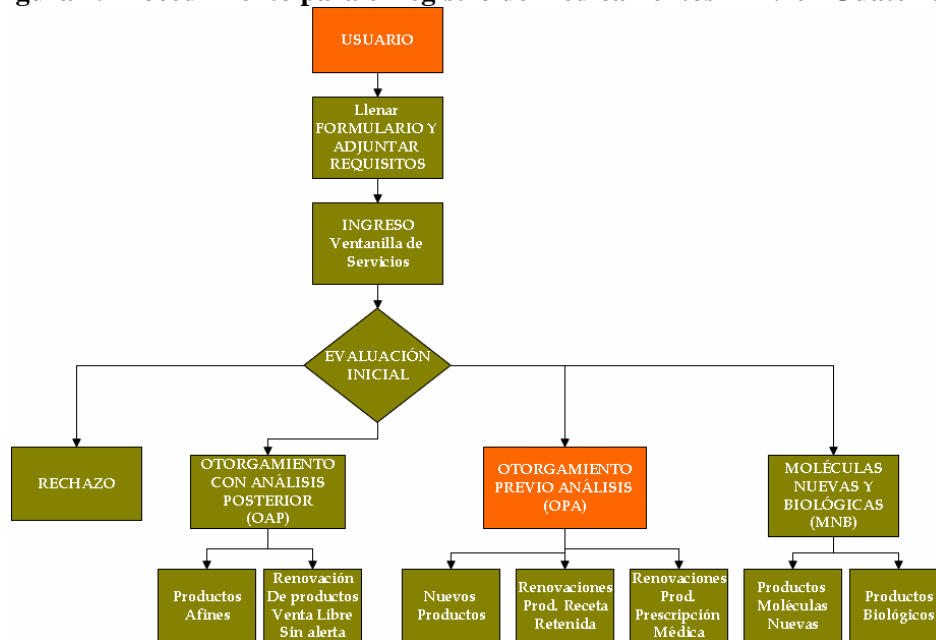
Para registrar el producto, se solicitan al usuario una serie de requisitos administrativos, legales, técnicos y generales, según su origen sea nacional o extranjero. Entre los requisitos administrativos se solicita completar, mediante *Forma F-MC-g-011*, una tipificación del trámite, la identidad administrativa y la identidad técnica. Los requisitos legales incluyen: los datos sobre el certificado de libre venta, el certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM) del fabricante, el poder de representación, el poder de distribuidor, el convenio de fabricación, la licencia sanitaria del fabricante, la licencia sanitaria del (los) distribuidor (es) y la licencia sanitaria del acondicionador.

El sistema regulador del MSPAS se considera débil. Si bien es formalmente el ente rector, su influencia en el seguro social, en los proveedores privados y los seguros privados de salud, es limitada. Dichas entidades se rigen a través de la autoridad financiera del país y no se incluyen normas específicas sobre los medicamentos y sobre otros aspectos del proceso (Evaluación del Sector Farmacéutico en Guatemala, OPS, 2003).

³⁰ Actualmente no hay capacidad en los laboratorios para realizar los estudios de bio-equivalencia de los fármacos.

³¹ De Lcda. María Jesús Valverde, Médicos Sin Frontera Suiza. La Lcda. Valverde comenta que “Estos nuevos productos serían los que están bajo patente según la legislación que acaba de aprobarse en Guatemala, ley que cumple los requisitos exigidos por Estados Unidos en el TLC. Al Departamento se le ha otorgado el papel de fiscalizador ya que son ellos los que tienen que comprobar su estado con respecto a la LEY para permitir su registro”. Consulta realizada en abril, 2006.

Figura 2. Procedimiento para el registro de medicamentos ARV en Guatemala



Fuente: MSPAS, 2006

Producción, expendio y uso de medicamentos para prevención y tratamiento de HIV/SIDA. En el año 1996, se implementó una modalidad de compra en gran escala, mediante licitación nacional para la adquisición de medicamentos de forma conjunta entre el MSPAS, IGSS y Sanidad Militar, a fin de abaratar los precios y garantizar una calidad mínima controlada. Estas licitaciones se deberían realizar todos los años, aunque a veces sufre retrasos debido a impugnaciones por parte de los fabricantes o distribuidores. La licitación, conocida como Contrato Abierto, se rige por las normas del Ministerio de Finanzas. Las tres instituciones tienen la obligación de comprar los productos que hayan ganado la licitación y no otros. Bajo esta modalidad se pueden adquirir medicamentos para el tratamiento de las PVVS.

Hasta el año 2004, el MSPAS brindaba TAR a pocas PVVS; sin embargo, obligado por compromisos adquiridos en negociaciones con PVVS y asociaciones de lucha contra el SIDA que presionaban con reclamaciones, se vio obligado a sistematizar y ampliar las compras de ARV. A finales del 2004, se atendía con medicamentos ARV a unas 300 PVVS. Debido a que el Programa es parte del MSPAS, estaba obligado a comprar los ARV ofrecidos en el Contrato Abierto. Aunque es verdad que estos medicamentos se vendían a más bajo precio que en el mercado libre, no eran competitivos con respecto a las ofertas internacionales de ARV.³² Cabe destacar que este abastecimiento de medicamentos no ha estado exento de limitaciones, especialmente debido a la escasez, aún si se tenía intención de comprarlos en el mercado local. Ante esta situación, en alguna oportunidad fue necesario recurrir a Médicos Sin Fronteras (MSF) para no quedarse sin medicamentos antirretrovirales.³³

³² De Lcda. María Jesús Valverde, Médicos Sin Frontera Suiza.

³³ De Licda. Rosse Mary Bertran, PNS, MSPAS.

Con la firma del convenio con el Fondo Mundial en diciembre del 2004, el MSPAS se compromete a prestar servicios de Atención Integral a las PVVS incorporando a las personas atendidas por MSF. Se proyectó que con el traspaso de responsabilidades, el número de pacientes atendidos por el Ministerio para el año 2005, sería de 997, mientras que para el 2006, sería de 1.700 y se espera que para el 2007, el número llegue a los 3.000 pacientes, independientemente de los que reciben atención por parte del Fondo Mundial, que pasarían a ser responsabilidad del Ministerio, a partir de la finalización del Fondo.

En el año 2005, frente a un presupuesto limitado y mayores compromisos de atención a las PVVS, el PNS decide adquirir los medicamentos antirretrovirales por medio del Fondo Rotatorio Estratégico, firmado por todos los países centroamericanos en el 2001 y que administra la OPS. La compra se realizó en marzo de 2005 y, a partir de julio de ese mismo año, entraron los primeros productos adquiridos mediante esa modalidad de compra. Los medicamentos comprados de acuerdo a ese mecanismo tienen la precalificación de calidad avalada por la OPS. Utilizando las reglas de la OPS para la licitación, se han obtenido mejores precios, y en promedio, la entrega de los medicamentos demora entre tres y cuatro meses. Las proyecciones de necesidades se realizan utilizando el apoyo de expertos de MSF.

En el 2005, el MSPAS también licitó medicamentos por medio de PNUD. En estas licitaciones participan fabricantes y distribuidores locales e internacionales, tales como: Abbot, Bristol, Merck Sharp & Dhome, CIPLA y RANBAXY. En el año 2006, el PNS firmó un acuerdo con la Fundación Clinton para poder entrar en sus ofertas de medicamentos, aparentemente a precios más reducidos que los de la OPS. Sin embargo, se decidió utilizar las fuentes de abastecimiento de antirretrovirales de ambas organizaciones.³⁴

Por otra parte, el sector privado adquiere los medicamentos por medio de distribuidores locales y en casos especiales, el medicamento se trae del exterior. Es importante mencionar que ni el sector público y ni el privado han manejado el mismo esquema de tratamiento de medicamentos en todo el país.³⁵ El Protocolo Nacional aparece a fines del año 2003; por lo tanto, los esquemas de tratamiento de ARV utilizados anteriormente (1.500 pacientes del IGSS) fueron elegidos siguiendo el criterio del médico que trataba al paciente.³⁶ A partir del 2005, se introduce un Protocolo Nacional, pero tanto el IGSS como el PNS continuaron utilizando esquemas diferentes para evitar resistencias (Tabla 4).

Los medicamentos se almacenan en el local del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, y de allí se distribuyen a los dos hospitales nacionales (Hospital Roosevelt y Hospital San

³⁴ De Lcda. Rosse Mary Bertran, PNS, MSPAS.

³⁵ Hay un importante grupo de médicos del sector público que atienden en el sector privado y que utilizan los esquemas de tratamiento usados en los hospitales públicos. Sin embargo, no es una situación institucionalizada.

³⁶ De Lcda. Chus Valverde, PNS, MSPAS.

Juan de Dios). Sin embargo, el almacén no reúne todavía las condiciones y la seguridad para el almacenamiento de medicamentos, ya que no cuenta con un lugar de refrigeración para los productos.

Disponibilidad de drogas antirretrovirales genéricas. La organización MSF, mediante su Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales, localizó genéricos a los que se les había realizado pruebas de bio-equivalencia,³⁷ para empezar a utilizarlos en los tratamientos de VIH/SIDA en Guatemala, sin la oposición de los clínicos de los hospitales, que fomentaban la compra de productos de marca. Se están comprando medicamentos a empresas indias, que tienen capacidad para realizar estas pruebas de bio-equivalencia. También, MSF ha registrado los efectos adversos encontrados para compararlos con los que presentan los originales de marca y así comprobar el comportamiento de ambos tipos de medicamentos.³⁸

En el año 2000, el costo anual de la triterapia de tratamiento (Estavudina + Lamivudina + Nevirapina) con fármacos originales era de \$10.439. En el año 2004, MSF introduce este esquema de triple terapia a un costo anual por paciente de \$201 utilizando genéricos garantizados y con pruebas de bio-equivalencia terapéutica.

³⁷ Pruebas que comparan la efectividad del original con la del genérico.

³⁸ De Lcda. Chus Valverde y Lcda. Rosse Mary Bertran. Idem.

Tabla 4. Esquemas de tratamiento ARV de acuerdo al Protocolo Nacional

Adultos	Niños	Mujeres embarazadas
Esquema 1: Zidovudina (AZT) 300 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg + Efavirenz 200 mg.	Esquema Inicial (3 elecciones): 1. AZT + 3TC + Nelfinavir, 2. AZT + 3TC + Nevirapina, 3. AZT + 3TC + Ritonavir	Esquema 3 e Inicial para este grupo: Zidovudina (AZT) 300 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg + Nelfinavir 250 mg
Esquema 2: ante intolerancia al AZT se puede cambiar por D4t. Estavudina (D4t) 30 ó 40 mg+ Lamivudina (3TC) + Efavirenz 200 mg	Esquemas de rescate: 1. 2 NRTI (AZT + 3TC + d4T + ddI)* + Lopinavir-ritonavir * Medicamentos en jarabe	Monoterapia con zidovudina inicia desde la semana 14 del embarazo
Esquema 4 para pacientes con falla virológica al esquema 1: Estavudina 30 ó 40 mg + Didanosina 100 mg + Nelfinavir 250 mg		Monoterapia con nevirapina se emplea en mujeres detectadas en la proximidad del parto o quienes no tienen condiciones para asegurar el cumplimiento del protocolo complejo: Una sola dosis de 200 mg a la mujer que se detecta en el trabajo de parto Dosis de nevirapina al recién nacido: 2 mg por Kg de peso, una dosis dentro de las 72 horas tras el nacimiento
Esquema 5 de rescate para pacientes que han mostrado falla terapéutica en el esquema 3: Estavudina 30 a 40 mg + Didanosina 100 mg + Ritonavir 100 mg		

Fuente: Protocolo Nacional para TAR, según el PNS.

La introducción de genéricos en el mercado ha creado competencia y ha favorecido la rebaja de los fármacos originales, e incluso algunos fabricantes como la Merck Sharp & Dhome han ofrecido precios diferentes para países en desarrollo, igualando el precio de sus medicamentos al de los genéricos. En el país se sostiene que las opciones más viables para el acceso universal al tratamiento antirretroviral, mediante los programas nacionales de SIDA, son la competencia con genéricos de buena calidad y la utilización de las combinaciones fijas (MSF Suiza, 2005).

Los genéricos se prescriben solamente en el sector público. No se encontró ninguna disposición que permitiera que las farmacias sustituyeran los productos de marca prescritos en el sector privado. Por otro lado, tampoco se cuenta con una política de regulación de precios. Sólo existen márgenes máximos para mayoristas y para venta al detalle. La importación de materia prima, así como de productos farmacéuticos

importados está sujeta a impuestos. (Evaluación del Sector Farmacéutico en Guatemala, OPS/OMS, 2002).

Disponibilidad financiera para la compra de las drogas antirretrovirales. Hay tres fuentes de financiamiento para la adquisición de medicamentos antirretrovirales: i) Visión Mundial a través de licitaciones a transnacionales, entidad que actualmente esta manejando los recursos como banco de segundo piso del Fondo Mundial, ii) Programa Nacional del VIH/SIDA a través del Fondo Rotativo de la OPS con recursos del gobierno y iii) MSF a través de sus subsidiarias, en este caso, de Francia. El Fondo Mundial es el principal agente financiero de lucha contra el VIH/SIDA, además del MSF que presta servicios médicos a pacientes no cubiertos por el sector gubernamental y que son atendidos en la periferia. En el año 2000, con el respaldo de la ley y de un programa prioritario con carácter de urgencia nacional, el programa inicia una fase de fortalecimiento. La ley incluye un presupuesto de 5 millones de quetzales anuales para el funcionamiento del programa. El 80% del presupuesto se asignó a la atención clínica integral, incluidos los estudios de laboratorio de seguimiento para el tratamiento antirretroviral. Como se ilustra en la tabla 5, el precio de los medicamentos antirretrovirales, tanto de primera como de segunda línea, bajaron cerca de un 30% para ambos tipos de drogas en un período de 5 años.³⁹

Tabla 5. Costo mensual de tratamiento antirretroviral por línea de atención según año

Línea	2001	2002	2003	2004	2005	Promedio
1ª Línea	70.7	69	65.3	46.7	41.2	50.57
2ª Línea	168	211	190	180	113	170.3
% costo 1ª Línea	29.6	24.6	25.6	20.6	26.	22.9
% costo 2ª Línea	70.4	75.4	74.4	79.4	73.3	77.1

Fuente: MSF Suiza, 2005

Las compras nacionales se realizan, básicamente, mediante un contrato abierto regulado por el Ministerio de Finanzas, y el gobierno solamente puede comprar medicamentos que estén registrados. Actualmente, hay registros tanto de marca como de copia genérica. Ante el CAFTA, se avecinan cambios importantes en el ordenamiento del MSPAS que es importante analizar en profundidad. En el ámbito internacional, la OPS realiza las compras directamente a las casas farmacéuticas, lo que reduce los costos de los productos. Sin embargo, se abre una pugna entre los distribuidores y productores locales y la importación directa por la OPS. Las proyecciones sobre la cantidad de medicamentos TAR que se necesitan, se realizan mediante una proyección lineal de la hoja en Excel que utiliza MSF Suiza, con lo cual se han solicitado medicamentos de primera línea para 300 pacientes en los dos hospitales nacionales.

En relación con la disponibilidad de formas de prevención, el Ministerio de Salud, por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva, distribuye condones, a través de la red de servicios de salud, a toda persona (incluyendo a TCS y adolescentes) que lo

³⁹ Tomado de la Presentación de resultados de la Cohorte de PVVS tratados por MSF Suiza en convenio con la Clínica de Consulta externa del Hospital Roosevelt.

solicite. Al hacerse entrega de los mismos, las personas reciben asesoramiento sobre el método, el cual se ofrece tanto como barrera para prevenir las ITS y el VIH, como para prevenir embarazos.

En el año 2005, el Programa distribuyó cerca de 6 millones de condones de los cuales el Fondo de Población de Naciones Unidas donó el 60%, y el Ministerio de Salud Pública pagó el 40%. La proyección para el consumo de condones se calcula de acuerdo al consumo histórico de todos los servicios. El Ministerio de Salud Pública ha hecho aportes en forma constante, para asegurar la continuidad del abastecimiento. UNFPA, por su parte, también vela por la adquisición de condones a precios muy económicos y para evitar el desabastecimiento, cumpliendo con los plazos de entrega a nivel nacional.

Por otra parte, PASMO elevó la distribución de condones, de 1 millón de unidades que se repartía en el año 2000, a más de 5 millones en el año 2005.

Además, USAID realiza donaciones de condones para la extensión de cobertura. En el 2005, se hizo una entrega de 110.000 condones a APROFAM. MSP, AID y APROFAM tiene un convenio para el abastecimiento y la distribución de condones a las ONG de extensión de cobertura, el cual vence a finales del 2006. A inicios del 2007, el MSP será el responsable del abasto y distribución de condones a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva a extensión de cobertura. La disponibilidad de condones por parte del Fondo Mundial a través de Visión Mundial se distribuye de la siguiente forma:

Personas viviendo con VIH/SIDA:	100.000
Trabajadoras comerciales del sexo:	1.215.000
Hombre que tiene sexo con hombres:	526.000
Personas privadas de libertad:	256.000
Jóvenes vulnerables:	160.000

RECOMENDACIONES PARA ACCIONES FUTURAS

- Es necesario el compromiso político y financiero para convertir la retórica en acciones, incrementar el alerta social de del sector público y de quienes tomas las decisiones, y coordinar la reforma de las políticas con un diálogo que permita alcanzar un consenso a nivel nacional.
- Se necesita una mayor coordinación, trabajo en red y unificación de esfuerzos.
- Se requiere incrementar el trabajo en relación al alerta social contra la discriminación y el estigma.
- Es necesario una actualización de la legislación respecto de los medicamentos genéricos.
- Es necesario mejorar el mapeo de la epidemia y las capacidades del sistema de vigilancia.
- Los esfuerzos de prevención dirigidos a grupos altamente vulnerables como trabajadores comerciales del sexo y hombre que tienen sexo con hombres requieren

mayor intensidad. También es necesario mayor prevención dirigida a jóvenes, incluyendo programas de educación para el cambio de hábitos, campañas diseñadas para proveer información integral a nivel nacional, charlas en escuelas sobre sexualidad, uso de condones, y educación sexual preventiva respecto del SIDA y el embarazo adolescente.

- Se requiere la intervención de más sectores respecto de temas de alta prioridad y controversiales. La sociedad debe estar más conciente de la real dimensión de la epidemia a través de una mayor participación de los medios así como de las PVVS, los TCS y los HSH.
- Se requiere establecer un mayor número de clínicas para el cuidado de PVVS que otorguen cuidados integrales, que sean accesibles para la población y que haya una amplia cobertura de pruebas para el VIH voluntarias.

Referencias

Banco Mundial (The World Bank). HIV/AIDS in Central America: Epidemic and Priorities for STD Prevention) *VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemic y Prioridades para su Prevención*. Latin American and Caribbean Bank, Global HIV/AIDS Program, September, 2003.

Fernández, Víctor Hugo. PNS. Study regarding the monitoring of the HIV/AIDS AND STIS National Strategic Plan, 1999-2003, Guatemala, 2005.

León, Roberto. Proposal for including the gay men population and other men who have sex with other men (MSM) in the National Strategic HIV/AIDS AND STIS Plan of Guatemala, 2004.

Ministry of Public Health and Welfare and PASCA. Estimates and Projection for the HIV/AIDS Epidemic, *Estimaciones y Proyecciones de la Epidemic de VIH/SIDA*, Guatemala, 2002

Ministry of Public Health and Welfare and Program for Prevention and Control of HIV/AIDS AND STIS. “National Strategic Plan” Plan *Estratégico Nacional std/VIH/SIDA* Guatemala, 2000.

Núñez, Cesar Antonio, et al, PASCA/USAID, Universidad de Washington, PAHO and the Spanish International Cooperation Agency. Multicenter Study Regarding the Prevalence of HIV/STDs and the Behavior of MSM in Guatemala. *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamiento en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala*, 2003.

PASCA, USAID, CID Gallup. *Perception about AIDS in Central America*, Public Opinion Survey in Central America. 2003

PAHO/WHO. Evolution of the Pharmaceutical Sector in Guatemala. Guatemala, 2002

UNAIDS, Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV, UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS, Geneva, 2000. Available on line at: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc295-protocol_en.pdf?preview=true

United Nations Development Program, Human Development Report, 2006, United Nations. Web: hdr.undp.org.

Villarreal, María Eugenia, Explotación Sexual Comercial de la Niñez, Guatemala 2000, Casa Alianza, p. 10.

ANEXO 1. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS

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

Personas Entrevistadas sobre Discriminación

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

**ANEXO 2. FORMULARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE
INTERVENCIONES EXITOSAS**

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

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

ANEXO 3. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y EVIDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA DISCRIMINACIÓN ARBITRARIA

Área	Hallazgo	Evidencia
Asistencia Sanitaria		
Denegación de tratamiento en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Hay casos del año 2005 que se han presentado en la Corte de Constitucionalidad contra el IGSS.
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Esta estipulado en la Ley y ocurre en la práctica	Esta estipulado en la Ley de VIH/SIDA, específicamente en el artículo 20 que estipula la prohibición de pruebas masivas y obligatorias. Salvo en determinados casos que especifica..
Notificación obligatoria del estado serológico respecto al VIH/SIDA a la(s) pareja(s) sexual(es) y/o familiares.	Esta estipulado en la Ley	Estipulado en la Ley de VIH/SIDA, artículo 25: De información del diagnostico a la pareja.
Falta de confidencialidad: informar a otros los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales.	Ocurre en la práctica	No existe ninguna denuncia legal al respecto. Pero miembros del personal de ONG de PVVS reportan casos en los que se ha violado dicha confidencialidad, tanto en el sector público como en el privado.
Empleo		
Pruebas obligatorias antes de la contratación.	Esta estipulado en la Ley y ocurre en la práctica	En el Código de Trabajo, Artículo 63 inciso f, se obliga a todo trabajador a someterse a examen médico, ya sea al solicitar su ingreso a un trabajo o durante éste, a solicitud del patrón, para comprobar que no padezca ninguna incapacidad permanente ni enfermedad profesional, contagiosa o incurable, o a petición del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por cualquier motivo.
Pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo.	Esta estipulado en la Ley y ocurre en la práctica	Idem
Falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Aunque no existen denuncias específicas al respecto, muchas de las demandas presentadas en este formulario surgen de la falta de confidencialidad sobre el estado sexológico de la persona respecto al SIDA.
Despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Caso en el Juzgado de primera instancia de Trabajo y Previsión Social, en agosto del 2002, por despido injustificado y discriminación por ser PVVS, a empresa privada de manejo de alimentos.
Denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Idem.
Justicia/procesos jurídicos		

Área	Hallazgo	Evidencia
Los comportamientos (como la prostitución o los varones que tienen relaciones sexuales con varones) que se considera que favorecen la propagación del VIH, se tratan como crímenes.	Ocurre en la práctica	Tres Mujeres Trabajadoras del Sexo de 2001 a la fecha, han presentado varias demandas en la Oficina de Responsabilidad Proteccional de la Policía Nacional Civil, por abuso de autoridad, Extorsión y Violación hacia Mujeres Trabajadoras del Sexo, por parte de agentes de policía.
Administración de prisiones		
Restricciones en el acceso a la asistencia y tratamiento.	Ocurrió en la práctica	No fue denuncia, sino más bien un acercamiento de una ONG que atiende a PVVS con el personal médico de una prisión para que autorizara el ingreso de tratamiento antirretroviral a una persona privada de libertad. Finalmente, la autorización fue otorgada.
Bienestar social		
Denegación o restricción del acceso a prestaciones.	Ocurre en la práctica	Caso en el Juzgado de primera instancia de Trabajo y Previsión Social, en agosto del 2002, por despido injustificado y discriminación por ser PVVS, a empresa privada de manejo de alimentos.
Educación		
Denegación del acceso a la educación en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	No existe ninguna demanda legal. Se sabe de instituciones educativas privadas que niegan el acceso a la educación a niños/as por su estado de seropositividad. Esto sucedió con niños/as seropositivos que se encuentran en el Hospicio San José.
Vida familiar y reproductiva		
Retiro o modificación de las condiciones de ejercicio de la custodia paterna, apoyo y derechos sucesorios en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	Demanda colocada ante la Procuraduría de los DDHH de Totonicapán por sustracción de 2 menores de edad. La madre es seropositiva; la familia del esposo sustrajo a los niños. La demanda esta en proceso y en vías de ser clasificada como denuncia..
Seguros y otros servicios financieros		
Denegación o restricciones en la contratación de seguros (por ej., seguros de vida) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ocurre en la práctica	Aunque no existen demandas al respecto, ni lineamientos internos escritos de las empresas aseguradoras,, se niega el acceso a un seguro médico y de vida a cualquier persona que se encuentre ser PVVS. El seguro lo brindan empresas privadas.

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

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"	Promoción y Defensa de Derechos Humanos de personas que viven con el VIH	2002	Derechos humanos	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, Grupos Indígenas y Afro-descendientes , HSH, Grupos migratorios en regiones afectadas, damnificados directos por causa de la epidemia, y Uniformados (Ejército y policía).	Urbano y rural
Asociación Vida	Colectivo Amigos contra el Sida	2004	Derechos humanos	PVVS y HSH	Urbana
Asociación Gente Nueva	Asociación Gente Nueva	2005	Prevención y derechos humanos	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, Huérfanos, Agentes comerciales, Grupos Indígenas y Afro-descendientes , Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Grupos migratorios en regiones afectadas, damnificados directos por causa de la epidemia, y Uniformados (Ejército y policía).	Urbano y rural
Asociación de Salud Integral (ASI)	"La Sala"		Prevención	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Jóvenes vulnerables, PVVS en general	Urbana
Fundación Preventiva del SIDA "Fernando Iturbide"	Proyecto "Maquilas"	2003	Prevención	Empresarios, PVVS	Urbano y rural
Asociación Panamericana de Mercadeo Social "PASMO"	Mercadeo social de condones		Prevención	Población en condiciones de vulnerabilidad	Urbano y rural
Cruz Roja	Prevención VIH/SIDA en Educación Secundaria	2002	Prevención	Jóvenes en Educación Formal de 12-22 años	Urbano y rural
IDEI	Reduciendo Comportamientos de Alto Riesgo Sexual de VIH/SIDA en Hombres Agrícolas que Migran	2002	Prevención	Trabajadoras/es Comerciales del Sexo, Grupos Indígenas y Afro-descendientes, población móvil y PVVS.	Rural
Colectivo Atz'anem k'oj	Proyecto Payaso	2001	Prevención	Poblaciones indígenas, grupos en condiciones de vulnerabilidad	Rural
Hospicio San José	Hospicio San José	1986	Tratamiento y asistencia	Niños y niñas huérfanas con VIH positivo y PVVS en general	Urbano y rural
Medico Sin Fronteras (MSF)	Clínica Yaloc ("luchar" en Quiche)	1997	Tratamiento y asistencia	PVVS que requieran tratamiento ARV	Urbano y rural
Hogar Marco Antonio	"Hogar Marco Antonio"	1996	Tratamiento y asistencia	PVVS en fase aguda de bajos recursos	Urbana



Para mayor información favor de contactar:

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

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

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

mbortman@worldbank.org