

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA

TESIS

**“COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA
EL VIH Y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009,
DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES
UNIDAS”**

PRESENTADA AL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA
POLÍTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

ANDREA ROSARIO GARCÍA CHÁVEZ

AL CONFERÍRSELE EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES

Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

INTERNACIONALISTA

Guatemala, Marzo de 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

RECTOR MAGNIFICO

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLITICA

DIRECTORA:	Licda.	Geidy Magali De Mata Medrano
VOCAL I:	Licda.	Mayra Villatoro Del Valle
VOCAL II:	Lic.	Juan Carlos Guzmán Morán
VOCAL III:	Licda.	Ana Margarita Castillo Chacón
VOCAL IV:	Profa.	Florentina Puac Puac
VOCAL V:	Br.	José Rolando Samayoa Lara
SECRETARIO:	Lic.	Marvin Norberto Morán Corzo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL DE CONOCIMIENTOS

COORDINADOR:	Lic.	Francisco José Lemus Miranda
EXAMINADORA:	Licda.	Mayra Villatoro Del Valle
EXAMINADORA:	Licda.	María Elena Izquierdo Merlo
EXAMINADORA:	Licda.	Carmen Olivia Alvarez Bobadilla
EXAMINADOR:	Lic.	Marcio Palacios Aragón

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN PÚBLICO DE TESIS

DIRECTORA:	Licda.	Geidy Magali De Mata Medrano
SECRETARIO:	Lic.	Marvin Norberto Morán Corzo
COORDINADOR:	Lic.	Francisco José Lemus Miranda
EXAMINADOR:	Lic.	Marcio Palacios Aragón
EXAMINADOR:	Lic.	Luis Fernando de León Laparra

Nota: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas en la tesis. (Artículo 74 del Reglamento de Evaluación y Promoción de Estudiantes de la Escuela de Ciencia Política)

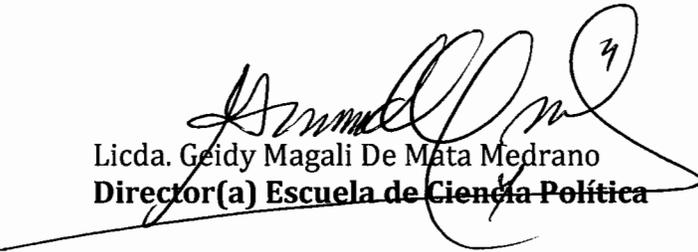


**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, cuatro de marzo del dos mil catorce.-----

Con vista en los dictámenes que anteceden y luego de verificar la autenticidad de la certificación de Examen de Suficiencia y/o cursos aprobados por la Escuela de Ciencias Lingüísticas, se autoriza la impresión de la Tesis titulada: **“COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH Y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS”**. Presentada por el (la) estudiante **ANDREA ROSARIO GARCÍA CHÁVEZ**, carnet No. **200317172**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Director(a) Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
9/myda





ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día 6 de febrero del dos mil catorce, se efectuó el proceso de verificar la incorporación de observaciones hechas por el Tribunal Examinador, conformado por: Lic. Marcio Palacios Aragón, Lic. Luis Fernando de León Laparra y Lic. Francisco José Lemus Miranda Coordinador (a) de la Carrera de Relaciones Internacionales, el trabajo de tesis: **“COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH Y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS.”**. Presentado por el (la) estudiante **ANDREA ROSARIO GARCÍA CHÁVEZ, carnet no. 200317172**, razón por la que se da por **APROBADO** para que continúe con su trámite.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Francisco José Lemus Miranda
Coordinador(a) de Carrera



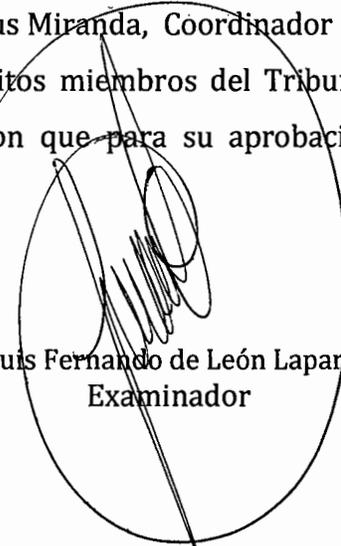
c.c.: Archivo
8c/ myda.

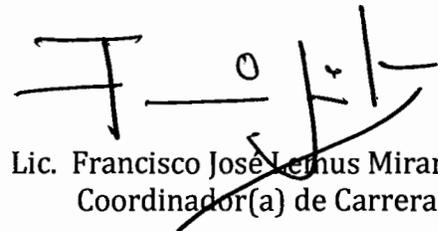


ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día tres de octubre del dos mil trece, se realizó la defensa de tesis presentada por el (la) estudiante **ANDREA ROSARIO GARCÍA CHÁVEZ**, carnet no. **200317172**, para optar al grado de Licenciado (a) en **RELACIONES INTERNACIONALES** titulada: **"COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH Y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS"** ante el Tribunal Examinador integrado por: Lic. Marcio Palacios Aragón, Lic. Luis Fernando de León Laparra y Lic. Francisco José Lemus Miranda, Coordinador (a) de la Carrera de Relaciones Internacionales. Los infrascritos miembros del Tribunal Examinador desarrollaron dicha evaluación y consideraron que para su aprobación deben incorporarse algunas correcciones a la misma.


Lic. Marcio Palacios Aragón
Examinador


Lic. Luis Fernando de León Laparra
Examinador


Lic. Francisco José Lemus Miranda
Coordinador(a) de Carrera

c.c.: Archivo
8b /myda.





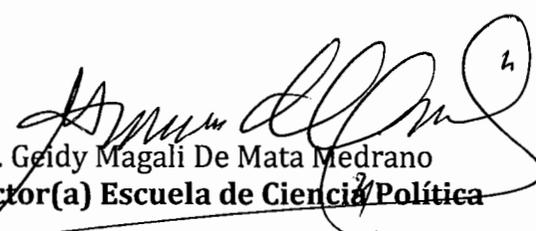
ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, diecisiete de septiembre del dos mil trece.-----

ASUNTO: El (la) estudiante **ANDREA ROSARIO GARCÍA CHÁVEZ**, carnet no. **200317172**, continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (la) Lic. Rubén Corado Cartagena, en su calidad de Asesor (a), pase al Coordinador (a) de la Carrera de Relaciones Internacionales para que proceda a conformar el Tribunal Examinador que escuchará y evaluará la defensa de tesis, según Artículo Setenta (70) del Normativo de Evaluación y Promoción de Estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Director(a) Escuela de Ciencia Política



Se envía el expediente
c.c.: Archivo
myda/
7.

Guatemala, septiembre de 2013

Licda. Geidy De Mata
Directora
Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señora Directora:

En atención a la asignación como Asesor de Tesis de la estudiante Andrea Rosario García Chávez, en el tema de investigación denominado: **"COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH Y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS"** tengo el honor de dirigirme a usted para manifestarle que desde el momento que se oficializó dicha designación, he tenido a bien orientar y revisar el trabajo de investigación elaborado por la estudiante García Chávez.

En tal virtud, considero que el trabajo se realizó con alto nivel de profesionalismo, científico y académico, por lo que se convierte en un estudio de apoyo directo a los interesados en conocer a profundidad esta temática. Por otra parte, se considera un documento valioso producido por la Universidad de San Carlos de Guatemala y en especial de la Escuela de Ciencia Política que se preocupa por el desarrollo del país.

Por lo tanto, la investigación reúne los requisitos exigidos por la Escuela, y en consecuencia el dictamen es **FAVORABLE** para que dicha Tesis continúe con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle a la Señora Directora de Ciencia Política, las muestras de mi más alta y distinguida consideración.

Atentamente,


Msp. Rubén Corado Cartagena
Asesor



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Escuela de Ciencia Política
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:
veinte de julio del dos mil nueve

ASUNTO: El Estudiante: **ANDREA ROSARIO
GARCIA CHAVEZ** Carnet No. 200317172
continúa trámite para la realización de su examen
de Tesis.

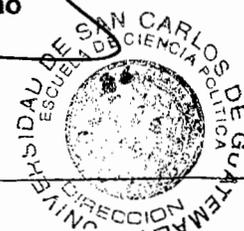
1. Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del Coordinador de Metodología, pase al Asesor de Tesis, **Lic. Rubén Corado**, para que brinde la asesoría correspondiente y emita su informe.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora

Se regresa expediente completo
c.c. archivos
iy/
5.



TELEFAX extensión 1474,
Planta USAC 24188000 ext. 85384, 85383, 1476 y 1473
E-mail: usaccpol@usac.edu.gt



Escuela de Ciencia Política
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 15 de julio del 2009

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora, Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me dirijo a usted con el objeto de informarle que, tuve a la vista el trabajo de Tesis del o (la) estudiante, **ANDREA ROSARIO GARCIA CHAVEZ** carnet No.200317172 titulado **"COOPERACION INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS"** El (la) estudiante en referencia hizo las modificaciones y por lo tanto, mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,



"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Lic. Gustavo Palma
Coordinador Área de Metodología

c.c. Archivos

iy

4/

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:
Guatemala, veinte de mayo del año dos mil nueve_____

ASUNTO: El (a) estudiante: **ANDREA ROSARIO GARCIA CHAVEZ**

Carnet No. 200317172, continúa trámite para la realización
del Examen de Tesis.

1. Habiéndose aceptado el Tema de Tesis propuesto, por parte de la Coordinador (a) de la Carrera, **Licda. Carmen Alvarez Bobadilla,** pase al Coordinador de Metodología, **Lic. Gustavo Palma** para que se sirva emitir dictamen correspondiente sobre el Diseño de Tesis.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA

Se envía el expediente
c.c. Archivos
myda.
3/



Guatemala, 20 de mayo del 2009

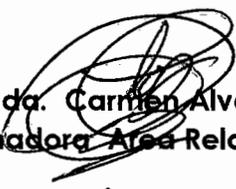
Licenciada
Geidy Magali De Mata, **Directora**
Escuela de Ciencia Política

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me permito informarle que, verificados los registros de Tesis de la Escuela, el tema: **“COOPERACION INTERNACIONAL PARA EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EN EL AÑO 2008-2009, DENTRO DEL MARCO DE LAS METAS DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS”**. Propuesto por el (la) estudiante **ANDREA ROSARIO GARCIA CHAVEZ Carné No. 200317172** puede autorizarse dado que el mismo no tiene antecedentes previos en nuestra Unidad Académica.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Carmen Alvarez Bobadilla
Coordinadora Área Relaciones Internacionales



Se regresa expediente completo.

c.c.: Archivo

myda.

2

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Guatemala, quince de mayo del dos mil nueve_____

ASUNTO: La estudiante: **ANDREA ROSARIO GARCIA CHAVEZ,**
Carnet No. 200317172 inicia trámite para la
REALIZACIÓN DE SU EXAMEN DE TESIS

1. Se admite para su trámite el memorial correspondiente y se dan por acompañados los documentos mencionados.
2. Se traslada al (a) Coordinador (a) de la Carrera correspondiente **Licda. Carmen Alvarez Bobadilla,** para que acepte el tema de Tesis planteado.
3. El resto de lo solicitado téngase presente para su oportunidad.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA



Se envía el expediente completo.

myda

1/

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por ser mi guía y mi fortaleza durante toda mi vida.
- A mi Madre: Leticia Chávez Orozco, le agradezco por el don de la vida y por estar a mi lado en todo momento, a quien admiro por ser una mujer extraordinaria que siempre me ha enseñado a alcanzar mis sueños y nunca darme por vencida.
- A mi Padre: Edgar Haroldo García (QEPD), que con su ejemplo de humildad me enseñó a ser un mejor ser humano y por apoyarme siempre.
- A mi Hermana: Edna Rubí García Chávez, que siempre me ha apoyado y ha estado conmigo en cada sueño y meta cumplida.
- A mi Abuelita: Uvita Hortencia (QEPD), que con su ejemplo de bondad me enseñó el valor de la vida.
- A mi Familia: Tíos, tías, primos quienes me alientan a seguir adelante.
- A mi Asesor: Lic. Rubén Corado Cartagena por su paciencia y sabios consejos.
- A mis Amigos: Sara Diéguez, Odra Lemus, Regina Sosa, Pieter Heye, Mellani Fuentes, Sara Fuentes, Marleny Batz y Sofía de León, quienes me apoyaron en todo momento.
- A: Fabiola Alvarado (QEPD), que son su ejemplo de perseverancia y amor me ayudó a la culminación de mi carrera.
- A: Escuela de Natación Schwimmen, gracias por su apoyo incondicional.
- A: Escuela de Ciencia Política, por fomentar y formar mi preparación académica.
- A: Universidad de San Carlos de Guatemala
- A: Usted estimado lector.

ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	i
INTRODUCCIÓN	iii
CAPITULO I.....	1
1. ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	1
1.1 Justificación	1
1.2 Planteamiento del Problema a Investigar	1
1.3. Delimitación.....	2
1.4. Preguntas Generadoras.....	2
1.5. Objetivos de la Investigación	2
1.6. Estrategias Metodológicas	2
CAPITULO II.....	4
2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	4
2.1 Teorías del Origen del VIH y Sida	6
2.2 Antecedentes del VIH y Sida como Problema Social.....	8
2.2.1 Cuadro 1. Respuesta Mundial a la Epidemia	10
2.3 El VIH y Sida en el Contexto Internacional.....	11
2.4 Antecedentes del VIH y Sida en Guatemala.....	13
2.4.1 Situación Actual del VIH y Sida.....	14
2.4.2 Cuadro 2: Casos Acumulados de VIH por Vía de Transmisión 1984-2012	14
2.4.3 Cuadro 3: Casos Acumulados de VIH por Población	15

CAPITULO III	16
3. MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL	16
3.1 Marco Legal y Político Nacional	16
3.2 Marco Legal y Político Internacional Según el Protocolo de Discriminación arbitraria de ONUSIDA	18
3.2.1 Cuadro No. 4: Leyes que afectan los derechos de grupos vulnerables	23
3.3 Programa Nacional contra el VIH y Sida	23
3.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio	24
3.5 Compromisos del Estado de Guatemala Realizados en Materia de Prevención, Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida	25
CAPITULO IV	28
4. ACCIONES NACIONALES EN BUSQUEDA DE UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN A TRAVÉS DE LA COOPERACIÓN	28
4.1 Antecedentes de la Cooperación Internacional	28
4.1.1 Cooperación Internacional Acercamiento Conceptual	31
4.1.2 Clasificación de la Cooperación	31
4.2 Principales Fuentes de Cooperación y Desarrollo para Guatemala en Materia de VIH y Sida	32
4.2.1 Cuadro No.5: Fuentes de Financiamiento	33
4.3 Análisis de los Progresos Realizados en VIH y Sida en Guatemala en materia de Prevención, Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida	36

4.4 Análisis de los Obstáculos Encontrados en materia de Prevención, atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida.....	38
4.5 Impacto de los Programas y la Cooperación Internacional en Grupos Vulnerables	43
4.5.1 Gráfica 1. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General	43
4.5.2 Gráfica 2. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General	44
4.5.3 Gráfica 3. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General	44
4.6 Aproximaciones del VIH y Sida a Nivel Social, Cultural y Político	45
4.7 Gasto Nacional para el VIH y Sida	46
4.7.1 Cuadro No. 6 Gasto en Sida por fuente de financiamiento- Guatemala 2004 al 2010 en dólares	47
4.7.2 Cuadro No.7: Gasto Nacional en VIH y Sida por Área	48
4.7.3 Cuadro No.8: Gasto en VIH por Categorías de Salud por Origen de Fondos	49
4.7.4 Cuadro No.9: Población Beneficiada del año 2004 al año 2010 en Porcentajes	50
4.8 Análisis FODA sobre el VIH y Sida en Guatemala con Base en las Relaciones Internacionales	50
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....	55
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	63

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

1. ARV	Antirretroviral
2. ASI	Asociación De Salud Integral
3. CD4	Conteo de Linfocitos CD4
4. CDC	Cambio de Comportamiento
5. CONAVISIDA	Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del Sida
6. DDHH	Derechos Humanos
7. ECVC	Encuesta Nacional para prevalencia de poblaciones en Mayor riesgo
8. ENCOVI	Encuesta Nacional Sobre Condiciones de Vida
9. ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
10. FM	Fondo Mundial
11. HIVOS	Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo
12. HSH	Hombres que Tienen Sexo con Hombres
13. IEC	Información, Educación, Comunicación
14. IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
15. ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
16. PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
17. MEGAS	Medición del Gasto en Sida
18. MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
19. MTS	Mujeres Trabajadores del Sexo
20. OMS	Organización Mundial de la Salud
21. ONG	Organización No-Gubernamental
22. ONU	Organización de las Naciones Unidas
23. ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el Sida

24. OPS	Organización Panamericana de Salud
25. PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
26. PEA	Población Económicamente Activa
27. PEMAR	Población en Mayor Riesgo en la Región
28. PEN	Plan Estratégico Nacional
29. PNS	Programa Nacional del Sida
30. PSP ONE	Proyecto liderado por USAID para incrementar la calidad en salud y planificación familiar en el sector privado
31. PDV/ALA	Países en Vías de Desarrollo América Latina y Asia
32. PVVS	Personas que Viven con VIH y Sida
33. SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
34. SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
35. TB	Tuberculosis
36. UNFPA	United Nations Population Fund
37. UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
38. USAID	Agencia de los Estados Unidos para la Asistencia y el Desarrollo
39. VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge con base en la importancia de realizar un análisis sobre el fenómeno del VIH y Sida en Guatemala, esto debido a las repercusiones económicas, políticas y sociales del tema en la actualidad, en especial la influencia que ha tenido en los últimos años a nivel nacional e internacional, por lo que se ha convertido en uno de los problemas claves que ha influido de sobremanera en las Relaciones Internacionales y en todos los ámbitos de la población guatemalteca. Particularmente el análisis se enfoca en conocer la Cooperación Internacional existente en materia de VIH y Sida para el Programa Nacional contra el VIH y Sida, enfocándose principalmente en los grupos vulnerables al tema, estableciendo así la interrelación entre el gobierno, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y las organizaciones internacionales.

En su división capitular, la investigación consta de cuatro capítulos, de los cuales, los cuatro primeros alcanzan un nivel descriptivo, los cuales se estructuran de la siguiente manera:

- a. El Primer capítulo abarca las condiciones metodológicas de la investigación.
- b. El segundo capítulo comprende el Marco Teórico y Conceptual de la investigación.
- c. El tercer capítulo describe el marco jurídico existente tanto nacional como internacional.

En tal sentido, los primeros tres capítulos deben de ser comprendidos como la parte general de la investigación, la cual dotará de las bases fundamentales para la parte analítica de la misma. La segunda parte que comprende el capítulo cuatro, trata de la Cooperación Internacional brindada al Programa Nacional contra el VIH y Sida.

- a. En el cuarto capítulo se da una inducción sobre Cooperación Internacional, como segundo punto se dan a conocer las principales fuentes de Cooperación, como tercer punto los logros alcanzados y los obstáculos que se tienen en el tema. Se señala así mismo, el estado del tema en un enfoque social, político y económico. Se da a conocer el gasto que se tiene para el VIH y Sida y como último punto se hace un análisis FODA, señalando la interrelación del tema con las Relaciones Internacionales.

Dentro de la investigación se hace notar la respuesta de las encuestas realizadas a los tres grupos vulnerables al tema: La Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y la Población en General en donde se entrevistaron a un total de 50 personas divididas en los grupos anteriores. También se realizaron entrevistas, al encargado del Programa Nacional para el VIH y Sida el doctor Estuardo Díaz, así como los encargados de dos organizaciones que trabajan con grupos vulnerables como el Director de Proyecto Unidos ASI, Carlos Valdez y Organización Mujer la licenciada Flor de María Peña. Finalmente se dan a conocer las conclusiones del tema en mención.

CAPITULO I

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1 Justificación

La importancia de este tema desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales se debe a que ha trascendido las fronteras, es un problema, no solo de carácter social, sino político y económico en donde influye de sobremanera la Cooperación Internacional, especialmente para los países en vías de desarrollo como Guatemala. El VIH y Sida ha sido desarrollado por varios teóricos y científicos en todo el mundo, sin encontrar hasta el momento ninguna solución o vacuna alguna para frenar la enfermedad, el cual es y ha sido el desafío más grande de la ciencia hoy en día, por lo cual deberán vencerse múltiples obstáculos en lo referente a la capacidad financiera, humana y organizativa, deberá destruirse el mito de que los servicios de salud no pueden llegar a los más pobres de los pobres.

1.2 Planteamiento del Problema a Investigar

El VIH y Sida es una pandemia mundial que no solo afecta a personas en edad adulta sino hasta niños lo cual lo lleva a ser un problema considerablemente grave. Por otro lado el VIH y Sida se ha convertido en un problema de trascendencia gubernamental y la cooperación que existe a nivel internacional ha venido en incremento. La investigación se basa en el impacto que tiene la Cooperación Internacional para las personas afectadas. El VIH y Sida ha trascendido fronteras y no solo se basa en un problema de tipo social sino que abarca el estado político y económico, tanto es así que las Naciones Unidas lo introdujo como uno de los ocho puntos de las Metas del Milenio para el año 2015, su importancia en el ámbito mundial es trascendente, por lo que el estudio del tema es de gran importancia hoy en día para las Relaciones Internacionales. El problema de la proliferación del VIH y Sida en Guatemala se debe a la inadecuada administración que da el Estado a la Cooperación Internacional, y a pesar que las Metas del Milenio se tienen que cumplir en el año 2015 en Guatemala los avances en el tema no son del todo satisfactorios.

1.3. Delimitación

Unidad de Análisis: “Programa Nacional contra el VIH y Sida”

- a. Periodo Histórico: Año 2008-2009
- b. Ámbito Geográfico: Departamento de Guatemala (ciudad)

1.4. Preguntas Generadoras

- a. ¿Cuál es la política pública que existe para el VIH y Sida?
- b. ¿Qué tipo de cooperación existe en pro del VIH y Sida?
- c. ¿Qué países aportan cooperación para la prevención del VIH y Sida?
- d. ¿Qué programas o proyectos realiza el Programa Nacional Contra el VIH y Sida para la prevención de la enfermedad?
- e. ¿Cuál es el estado del problema en torno a las Metas del Milenio de las Naciones Unidas?

1.5. Objetivos de la Investigación

- General

Analizar el impacto de la Cooperación Internacional para el Programa Nacional contra el VIH y Sida en el departamento de Guatemala en el año 2008-2009, dentro del marco de las metas del milenio de las Naciones Unidas.

- Específicos
 - a. Determinar el tipo de Cooperación Internacional que existe para el Programa Nacional contra el VIH y Sida en el departamento de Guatemala
 - b. Estudiar los proyectos y programas que se realizan en el Programa Nacional contra el VIH y Sida con la ayuda de la Cooperación Internacional

1.6. Estrategias Metodológicas

- a. Métodos: El método utilizado ha sido el descriptivo, deductivo, análisis, síntesis, análisis FODA.
- b. Técnicas: Las técnicas aplicadas han sido; en la Primera fase: la recolección y análisis de la información secundaria y en la segunda fase: la técnica de campo a

través de la recopilación de información primaria por medio de la observación, entrevistas y encuestas.

- Investigación bibliográfica, en periódicos nacionales como Prensa Libre, Siglo Veintiuno, el Periódico. Investigación bibliográfica en la política pública nacional para el VIH y Sida. Estatutos del Programa Nacional Contra el VIH y Sida. Revisión bibliográfica de los diferentes proyectos y programas realizados por el Programa Nacional contra el VIH y Sida. Revisión bibliográfica de los estatutos de Cooperación Internacional para el Programa Nacional contra el VIH y Sida. Recopilación y revisión bibliográfica en internet.
- Se realizaron entrevistas a las personas involucradas en la política pública en salud, especialmente al Director del Programa Nacional contra el VIH y Sida, Dr. Estuardo Díaz. Se realizaron también entrevistas a los directores de dos organizaciones que trabajan con grupos vulnerables: Licenciada Flor de María Peña de Organización Mujer quien trabaja con mujeres trabajadoras sexuales, y el Director de Proyecto Unidos el señor Carlos Valdez quien trabaja con la diversidad sexual.
- Se realizó un muestreo de 50 personas, dividido en tres grupos: Trabajadoras Sexuales, Diversidad Sexual y Población en General. Estas encuestas ayudaron para verificar la opinión de estos tres grupos con respecto al problema, así mismo conocer si los programas realizados por el gobierno con ayuda de la Cooperación Internacional los han ayudado en realidad, si estos han sido de beneficio para ellos, si estos han tenido un impacto positivo para ellos, si han llegado a su alcance el efecto de los programas, si conocen que programas existen.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Dentro de las teorías identificadas se enmarcó la investigación dentro de la corriente del neo-institucionalismo. (Rivas, 1993) Esta corriente dice que la Cooperación es una oportunidad de transformar estados y al sistema internacional, es aquí donde se reafirma la idea de que las instituciones y las estructuras pueden cambiar como consecuencia de la acción humana (Ayala, 1993), sin embargo esta postura varía según los intereses de cada sector.

Según el neo-institucionalismo el estado es el núcleo de la política mundial, pero en problemas mundiales como lo es el VIH y Sida, y en especial en Guatemala se considera la necesidad de la existencia de otros actores como las instituciones internacionales. El uso de esta teoría ayudó a comprender la importancia de las instituciones, también a entender la existencia de otros actores que ayudan al Estado a canalizar de mejor manera los problemas mundiales. El Programa Nacional contra el VIH y Sida es el ente rector y de coordinación en materia de VIH y Sida en Guatemala, y también es el canalizador de la ayuda internacional. De tal manera es que, en la actualidad las instituciones han tomado un valor fundamental como actores en las diversas dinámicas, tanto políticas como sociales. Esta teoría constituye hoy en día uno de los avances más reales de la economía y la ciencia política en el mundo

La enfermedad del VIH y Sida es relativamente nueva ya que aparece por primera vez en los Estados Unidos en 1981. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocido como Sida, es el resultado de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es una enfermedad que se desarrolla durante años disminuyendo durante este tiempo las defensas del organismo humano y dando como resultado el desarrollo de la enfermedad, más conocida como Sida.

El VIH es un microorganismo patógeno o dañino para nuestro organismo. La inmunodeficiencia se refiere al hecho de que el virus disminuye las defensas del organismo atacando específicamente a los glóbulos blancos, en especial los

linfocitos CD4 que son parte del sistema de defensa o Sistema Inmunológico, encargado de defender a nuestro organismo contra agentes infecciosos como los virus, bacterias, hongos y otros, que son la causa de muchas enfermedades y afecta exclusivamente a seres humanos.

El Sida es un conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad o bien, en el caso del Sida se podría decir que es un conjunto de enfermedades a las cuales les llamamos “Infecciones Oportunistas” que pueden afectar a la persona.

Inmunodeficiencia quiere decir, que debilita las defensas de las personas contra diferentes infecciones o enfermedades, atacando las células de defensa del organismo humano en especial a los linfocitos CD4. Adquirida se refiere al hecho de que la persona se infecta por contacto directo. El 94% es a través de relaciones sexuales sin protección, con una persona afectada.

El VIH sólo vive y se reproduce dentro de una célula humana viva. Para infectar necesita una puerta de entrada: herida, mucosa o vaso sanguíneo en contacto con cualquiera de los cinco fluidos en los cuales la concentración de virus puede causar la infección, y estos son: líquido pre-eyaculatorio, semen, sangre, fluidos vaginales y leche materna de una persona viviendo con VIH. (MSPAS, 2011)

Ser una persona VIH Positivo significa que el virus ya ha entrado en el cuerpo de la persona y que se pueden detectar anticuerpos contra el VIH. Esto indica que la persona ha estado en contacto con el virus, que vive con él, que está infectada y que puede transmitirlo a otras personas, esto significa que cuando una persona ya entró en contacto con el virus vivirá toda su vida con él y por lo tanto tiene que tomar los medicamentos y medidas respectivas para retardar el apareamiento de las infecciones oportunistas¹ que causan el Sida, así como de evitar que otras personas sean contagiadas mediante métodos preventivos.

¹ Son enfermedades que se manifiestan debido al deterioro del sistema de defensas de las personas, debido a que algunos microorganismos aprovechan la disminución de las defensas del cuerpo humano.

Es importante tener claro que no todas las personas que adquieren la infección por VIH tienen Sida, se dice que un individuo infectado padece Sida, sólo cuando el sistema inmunológico se encuentra limitado para ejercer su función de defensa. Generalmente, las personas se ven afectadas por múltiples infecciones oportunistas que raramente tienen lugar en personas saludables pero que causan infecciones más riesgosas en individuos que contrajeron el VIH. Las infecciones son muy comunes en personas pero se mantienen bajo control por un sistema inmunológico saludable, es lo contrario en personas que adquirieron el virus, porque las defensas de éstas se ven debilitadas. Estas infecciones son de difícil manejo por no existir un sistema de defensa efectivo que contribuya a la acción de los antibióticos.

Actualmente no existe ninguna cura para la enfermedad, pero lo que si existen son medicamentos (tratamientos antirretrovirales) cuyo fin es evitar la disminución de las defensas, existen también tratamientos para las infecciones oportunistas, los cuales pueden alargar el tiempo y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Desde 1992 los científicos han calculado que cerca de la mitad de las personas con el VIH desarrollan Sida en los primeros 10 años después de haber adquirido la infección. Este tiempo varía de persona a persona y depende de factores como edad, estado de salud y estilo de vida. La única manera segura de determinar la infección es haciéndose la prueba de VIH. No se puede depender de los síntomas para cerciorarse, pues muchas personas infectadas no presentan manifestaciones por muchos años.

2.1 Teorías del Origen del VIH y Sida

Desde el descubrimiento del Sida en el año 1981, han surgido varias teorías, acerca de su origen. Muchas de estas teorías han sido descartadas por no tener una base científica; hasta el momento solo circulan tres hipótesis.

La primera hipótesis que ahora es generalmente aceptada es que el virus tuvo su origen en el VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica), transmitido al hombre por el chimpancé, por tal motivo un grupo de científicos del Laboratorio Nacional de Los Álamos (Nuevo México) rastrearon el origen del virus que causa el Sida utilizando una sofisticada computadora, capaz de hacer billones de combinaciones

matemáticas, se pudo recomponer las mutaciones que ha sufrido el VIH y calcular cuando pasó de un chimpancé a un hombre por primera vez. El resultado fue que el VIH se originó en 1930 en algún lugar de África central. El primer caso conocido del VIH en África, se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo.

La segunda hipótesis es la de la “Transmisión Temprana” y sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los hombres a principio del siglo XX o incluso a finales del siglo XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento. El virus pudo permanecer aislado en una población pequeña, local, hasta alrededor de 1930, fecha en que empezó a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a diversificarse. En este caso su expansión se vio favorecida por el desarrollo socioeconómico y político del continente africano. Se cree que el virus simio se propagó de los chimpancés a los humanos por lo menos en tres ocasiones separadas, quizás a través de la matanza de los animales y el consumo de su carne.

La tercera hipótesis, pero la más criticada actualmente, es la que hace referencia a que el VIH fue introducido en la población humana a través de la ciencia médica. Dentro de esta hipótesis existen diferentes teorías. La primera teoría dice que el virus supuestamente se introdujo a los seres humanos a partir de los estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50. Según los científicos que apoyan esta teoría, la transmisión hacia los humanos se inició cuando se utilizaron riñones de chimpancés para preparar la vacuna contra la poliomielitis. Una teoría que otros consideran improbable; según los estudios hubiese sido necesario que al menos nueve virus distintos hubiesen sido inoculados al hombre a través de estas vacunas.

Otra teoría destaca que el VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de población. Estos hallazgos explican científicamente, por primera vez, cómo el VIS en los chimpancés, estrechamente relacionado con el VIH, saltó súbita y simultáneamente de especie, a los seres humanos, en dos

continentes lejanos entre si: África y Estados Unidos. Los cuatro lotes de vacunas HB, que se creen estaban contaminadas con secuencias genéticas comunes al VIH, se inyectaron a personas viviendo en la ciudad de Nueva York y en el África central. Según algunos investigadores, esto podría explicar mejor cómo y por qué se produjo un súbito brote simultáneo de cuatro cepas importantes de VIH por lo menos, en dos continentes lejanos entre si, en dos poblaciones demográficamente distintas.

La última teoría muestra un estudio epidemiológico realizado por un equipo de investigadores del IRD (Instituto de investigación para el desarrollo) en Montpellier, Francia, revela la enorme variabilidad de las cepas virales que circulan en la República democrática del Congo (antes Zaire). Estos resultados confirman que el virus está presente desde hace largo tiempo en esta región y que África Central podría ser efectivamente el epicentro de la pandemia. Dicho estudio cuestiona la controvertida hipótesis de una transmisión del VIH al hombre a consecuencia de una campaña de vacunación contra la poliomielitis lanzada en Zaire a principios de los años 1960: el hombre era portador de la cepa viral que originó la pandemia mucho antes de esta fecha (Origen del VIH y Sida , 2012).

A pesar del planteamiento de estas teorías con respecto al origen de la enfermedad hasta la actualidad no se sabe con exactitud que o quien la propició, es un tema que sigue en controversia y en estudios científicos para encontrar una cura.

2.2 Antecedentes del VIH y Sida como Problema Social

Los primeros indicios de la enfermedad se dieron el 5 de junio de 1981, cuando el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii*² en Los Ángeles . Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. A pesar de que los médicos ya conocían muy bien ambas enfermedades les llamó mucho la atención que la mayoría

² Es un hongo que parasita el árbol respiratorio del ser humano produciendo una infección que se manifiesta en muchos pacientes que han sufrido de inmunosupresión.

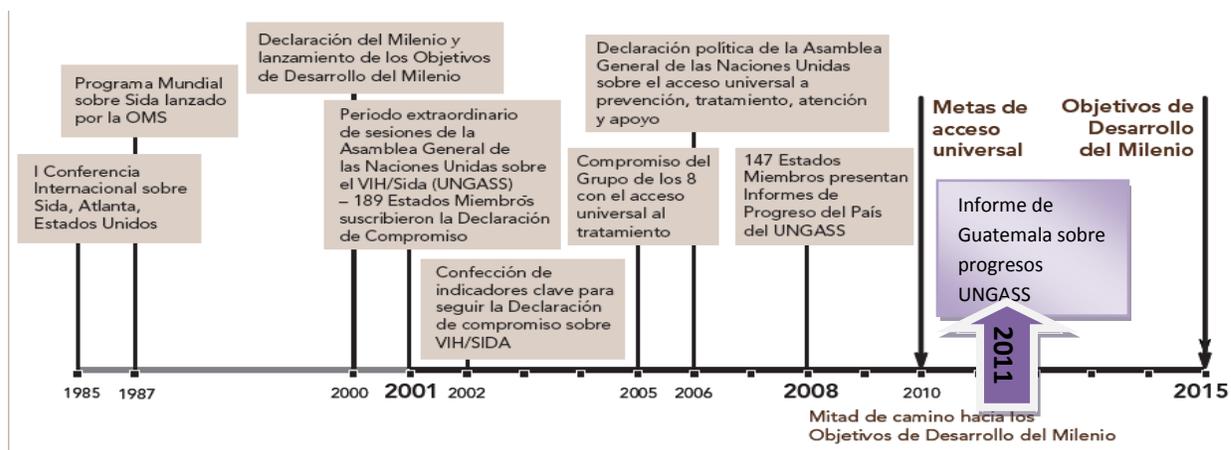
de los casos eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también padecían de enfermedades crónicas que mucho después se conocieron como infecciones oportunistas.

Los exámenes elaborados a estos pacientes constataron que carecían del número adecuado de un tipo de células llamadas CD4. La mayoría de los pacientes registrados murieron meses después, durante este año ya se habían presentado alrededor de mil casos en todo el mundo. Por mucho tiempo se les atribuyó la enfermedad a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En el año de 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Sida. Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del Sida. La teoría con más apoyo, planteaba que el Sida, era producido por un virus, la evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. Más adelante los científicos franceses Luc Montaignier y Francoise Barré-Sinoussi lograron aislar al casual del Sida, y lo denominaron virus de la linfadenotapis (LAV), años después fueron premiados con el Premio Nobel como descubridores del virus.

Años más tarde, en 1986 luego de un acuerdo internacional se logró denominar al virus como VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados, también permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. En 1987 la Federal Drug Administration (FDA) aprobó el uso de zidovudina, primer fármaco antirretroviral contra el VIH. En 1988 por primera vez se reunieron todos los ministros de salud del mundo, con el fin de abordar la problemática de VIH. En el año de 1989 se estableció el 1 de diciembre como el día mundial contra el VIH y Sida. En 1992 la FDA aprobó el segundo medicamento antirretroviral, el HIVID. En 1996 se creó el Programa Nacional contra el VIH y Sida de las Naciones Unidas ONUSIDA. En 1999 se decretó al Sida como desastre mundial. (Cronología sobre VIH y Sida , 2012)

En el cuadro a continuación se muestra como el mundo empieza a organizarse para hacer frente al problema, desde el año 1986 se crea la primera organización en contra del VIH y Sida con la primera conferencia internacional, hasta el objetivo máximo de alcanzar, las metas del milenio 2015.

2.2.1 Cuadro 1. Respuesta Mundial a la Epidemia



Fuente: (Reporte Global , 2012)

Al ver el constante aumento desenfrenado de casos de VIH y Sida en el mundo, éste se vio en la necesidad de crear sinergias y espacios para el estudio del tema. Por lo tanto se crearon sesiones, compromisos que unificaron al mundo sobre una misma causa.

Se sabe que el Sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. Los esfuerzos por mitigar la enfermedad no fueron satisfactorios, las Naciones Unidas declararon el fracaso de todas las vacunas para el Sida. En la actualidad gracias a la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del Sida no tratado.

2.3 El VIH y Sida en el Contexto Internacional

Desde 1981, el año del descubrimiento de la enfermedad, se han hecho grandes avances, especialmente en lo relacionado al tratamiento y la prevención. Las personas VIH positivas actualmente tienen una mejor calidad de vida, existe mayor información, los tratamientos antirretrovirales se pueden adquirir en centros de salud pública, el marco político internacional se encuentra mejor regulado, la Cooperación Internacional se ha incrementado especialmente hacia países en vías de desarrollo como Guatemala. Aunque la situación de derechos humanos, estigma y discriminación aún sigue en proceso, los cambios y desarrollo han sido realmente notorios.

Según el último informe de la situación del VIH y Sida publicado por ONUSIDA en el año 2012, la rapidez sin precedentes con la que se ha mejorado la respuesta al Sida está dando resultados. El informe indica que, en 25 países de ingresos bajos y medios, de los cuales la mitad se encuentran en África subsahariana, la región más afectada por el VIH, se ha logrado una reducción de más del 50% en los casos de nuevas infecciones por el VIH. Además África Subsahariana ha conseguido reducir en un tercio las muertes relacionadas con el Sida en los últimos seis años, así como aumentar el número de personas con acceso al tratamiento antirretroviral en un 59% tan sólo en los dos últimos años.

El área en la que quizás se haya logrado un avance más significativo es en la reducción de las nuevas infecciones por el VIH en niños. En los últimos dos años, la mitad de las reducciones registradas a nivel mundial en los índices de nuevas infecciones por el VIH se han dado en niños. En los últimos dos años, las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron en un 24%. En seis países (Burundi, Kenya, Namibia, Sudáfrica, Togo y Zambia), el número de niños que han contraído la infección por el VIH ha caído en al menos un 40% entre 2009 y 2011.

El informe revela que la terapia antirretroviral se está consolidando como una poderosa fuerza de cambio para salvar vidas. En los últimos meses, el número de personas con acceso al tratamiento ha aumentado en un 63% a escala mundial. En

África subsahariana, una cifra récord de 2,3 millones de personas ha podido acceder al tratamiento. China, por su parte, ha logrado un aumento en el acceso al tratamiento de aproximadamente el 50% en tan solo el año 2011. (Situación Actual del Sida, 2013).

En el año 2011, se registraron más de 500 000 muertes menos que en el 2005. Los índices de descenso más altos relativos a las muertes relacionadas con el Sida se están registrando en países en los que la presencia del VIH es más fuerte. Sudáfrica ha visto 100 000 muertes menos que en 2005; Zimbabwe, cerca de 90 000; Kenya, 71 000; y Etiopía, 48 000. (Situación Actual del Sida, 2013).

Según muestra el informe los avances han sido notorios, pero falta aún mucho trabajo por hacer especialmente en los siguientes temas: Aproximadamente 6,8 millones de personas necesitan tratamiento y no tienen acceso a él. ONUSIDA calcula que, además, 4 millones de parejas serodiscordantes (en las que una de las personas vive con el VIH) podrían beneficiarse del tratamiento contra el VIH para protegerse de la infección por el virus. De los 34 millones de personas que viven con el VIH, cerca de la mitad desconocen su estado serológico respecto al VIH. El informe indica que, si más personas conociesen su estado, acudirían a los servicios relacionados con el VIH. Por otro lado, urge mejorar las tasas de retención en cuanto al tratamiento del VIH, reducir los costos de los tratamientos de segunda y tercera línea, y explorar nuevas formas de expandir y mantener el acceso al tratamiento, tales como la producción nacional de los medicamentos y la apuesta por recursos de financiación innovadores.

A pesar de que se ha avanzado notablemente en los esfuerzos por acabar con las nuevas infecciones por el VIH, la cifra total de nuevas infecciones por el virus (2,5 millones en 2011) sigue siendo elevada. El informe señala que, para seguir reduciendo los casos de nuevas infecciones por el VIH, es necesario aumentar la provisión de servicios de prevención del VIH combinados. Por ejemplo, a través de la circuncisión masculina médica voluntaria, sería posible prevenir aproximadamente una de cada cinco nuevas infecciones en África oriental y meridional para 2025.

Asimismo, en el informe se indica que el VIH sigue afectando de una manera desproporcionada a los profesionales del sexo, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y a los usuarios de drogas inyectables. Por lo general, los programas de prevención y tratamiento del VIH están siendo incapaces de llegar a estos grupos de población clave. (Situación Actual del Sida, 2013).

Según datos del 2011 se calcula que:

- 34 millones de personas viven con VIH y Sida en el mundo
- 2.5 millones de personas contrajeron la infección por el VIH
- 1.7 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el Sida

2.4 Antecedentes del VIH y Sida en Guatemala

El primer caso de Sida en Guatemala se reportó en junio de 1984, en un varón homosexual de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de Estados Unidos. A pesar de estos datos, es difícil establecer el caso que inició los contagios localmente. Todos los casos de adultos reportados entre junio de 1984 y abril de 1988 fueron diagnosticados en Estados Unidos, de esta forma los casos reportados durante los primeros dos años de la epidemia correspondían a varones homosexuales de nacionalidad guatemalteca, habitualmente residentes en Estados Unidos, los cuales ya tenían diagnóstico de Sida, se sabe que venían en estados avanzados de la enfermedad.

En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres. Se trataba de guatemaltecas de 34 y 31 años respectivamente, residentes en Estados Unidos. Prácticamente cuatro años después de conocido el primer caso, en abril de 1988, se reportaron los dos primeros casos de personas habitualmente residentes en Guatemala. Dichos casos correspondían a una niña de 12 años de edad con antecedente de haber sido transfundida y a un varón homosexual de 38 años. Los dos primeros menores de cuatro años fueron reportados en 1990 y también habían sido transfundidos. Fue en 1993 cuando se conocieron los tres primeros casos de transmisión vertical. (Pérez V., 2011)

Es importante tomar en consideración que los primeros casos naturales reportados se producen cuatro años después del primer caso. Esto aunado a la forma de contagio o conducta de riesgo (transfusión o conducta homosexual) hace pensar que los primeros infectados de VIH que transmitieron el virus localmente estuvieron en el país a principios de la década de los ochenta.

2.4.1 Situación Actual del VIH y Sida

En Guatemala se han notificado 27,474 casos desde que la epidemia apareció en 1984 hasta diciembre de 2011. Para el año 2011 se notificaron 2,700 casos entre VIH y VIH avanzado. La transmisión es sexual en el 93.84% de los casos; de madre a hijo en 5.08%; el resto representa el 0.99%

Dos tercios de los casos reportados ocurrieron en personas entre 20 y 39 años de edad. La epidemia tiene ya 28 años en el país, pero el 73% de los casos fueron notificados a partir del año 2004, dada la ampliación rápida de la notificación, resultado de la extensión geográfica de la cobertura y la concentración de servicios en regiones y poblaciones de más alto riesgo, en el marco de la subvención otorgada por el Fondo Mundial para la segunda mitad de los años dos mil. (MSPAS, Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra el VIH y Sida, 2012)

2.4.2 Cuadro 2: Casos Acumulados de VIH por Vía de Transmisión 1984-2012

Vía de Transmisión	VIH Avanzado	VIH	Sin Dato	Total	Porcentaje
Sexual	16462	10859	90	27411	93.84 %
Madre –Hijo	820	627	7	1454	5.0%
Otros	13	17	1	31	0.10%
Desconocido	154	151	10	315	1.1%
Total	17449	11654	108	29211	100%

Fuente: (J., 1984-2012)

La epidemia está concentrada en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, mientras que la prevalencia en adultos (de 15 a 49 años) en 2011 fue de 0.79%,

entre hombres que tienen sexo con hombres llegó a 18.3%, en personas con tuberculosis, 12.9% entre privados de libertad, 3.4%, entre jóvenes en riesgo social 3.3%, entre trabajadoras del sexo, 1.09% y entre mujeres embarazadas 0.33%. (J., 1984-2012)

2.4.3 Cuadro 3: Casos Acumulados de VIH por Población

Población	Porcentaje
Hombre que Tienen Sexo con Hombres	18.3 %
Personas con Tuberculosis	12.9 %
Privados de Libertad	3.4%
Jóvenes en Riesgo Social	3.3%
Trabajadores de Sexo	1.9%
Mujeres Embarazadas	0.33%
Otros Casos	59.9%
TOTAL	40.1%

Fuente: (Estadísticas sobre VIH y Sida , 2012)

Las tasas de notificación han crecido en todos los departamentos, y más en los municipios donde están los centros urbanos más populosos, ubicados en puntos de ingreso al país y a lo largo de las principales rutas que los conectan entre sí. 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. Geográficamente está concentrada 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.

CAPITULO III

3. MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL

3.1 Marco Legal y Político Nacional

Dentro de la ley del VIH y Sida Decreto 27-2000, uno de los objetivos transversales es la garantía en Derechos Humanos. En materia de VIH y Sida, la Constitución Política de la República de Guatemala señala en los Artículos 93 y 94, el derecho al goce de la salud sin discriminación alguna. Así mismo determina la obligación del estado de atender la salud de sus habitantes a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

El artículo 42 del Código de Salud decreto legislativo 90-97, establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, de formular, evaluar y supervisar las acciones dirigidas al control de las ITS, VIH y Sida. Así como el desarrollo de programas específicos de educación, detección, prevención y control de ellas, con la participación de diversos sectores. Con respecto al decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social, establece en el capítulo V, sección II de la Política de desarrollo social y población en materia de salud, artículo 26, numerales 2 y 4, la obligación de prestar a la población los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, VIH y Sida, con énfasis en la población adolescente. (Salud)

En la actualidad, existe una norma que regula en forma específica a las ITS, VIH y Sida, tal es el caso del Decreto No. 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida y su reglamento, el Código de Trabajo y el Código Penal, entre otros. Pese a varias limitaciones, la legislación guatemalteca proporciona un marco normativo suficiente para desarrollar una política pública respecto a las ITS, VIH y Sida.

La Ley General para el Combate del VIH y Sida y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y 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 y 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.

Desde 1986 hasta la fecha, existen una serie de instrumentos legales, de carácter nacional, que contienen normas, reglas y directrices sobre el manejo del VIH y 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 y 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 Sangre 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 y Sida en Guatemala, está adecuadamente cubierta en términos de protección. Entre los principales puntos fuertes, se destacan:

- Declaratoria del VIH y 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
- 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 y Sida, sobre la base del Código de Trabajo (Art. 203), aunque la legislación en VIH y Sida (Art. 22 y 43 de la Ley del VIH y Sida) diga lo contrario. Por otra parte un obstáculo mayor es la ausencia de mecanismos jurídicos para el cumplimiento de la Ley del VIH y Sida y las normas internacionales de Derechos Humanos. (Marco Político y Regulatorio, 2012).

3.2 Marco Legal y Político Internacional Según el Protocolo de Discriminación arbitraria de ONUSIDA

La evaluación de la legislación en Guatemala aplicando el protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA muestra los siguientes ejemplos:

a. Asistencia sanitaria: La legislación de VIH y Sida en Guatemala contempla condiciones en los siguientes 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 y 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 y 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.

El artículo 25 de la Ley de VIH y Sida indica que se debe dar información del diagnóstico a la pareja, cuando la persona que vive con VIH y 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 deberán 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. (ONUSIDA, 2012)

b. 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 esta 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 y Sida, el despido, o

cambio(s) en las condiciones de empleo, 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 *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. (ONUSIDA, 2012)

Sobre el despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, en razón del estado serológico respecto al VIH y 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 y Sida. (ONUSIDA, 2012)

c. Servicios públicos y otros: La negación o la restricción del acceso a instalaciones y servicios públicos en razón del estado serológico (VIH y 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 y 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 sí expone al demandante a comunicar su estado serológico. (ONUSIDA, 2012)

d. Bienestar Social, vivienda, educación, 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 y Sida. Hay sin embargo varios casos de discriminación debido al estado serológico. (ONUSIDA, 2012)

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 y Sida para recibir educación.

Ninguna disposición exige pruebas prematrimoniales y prenatales, ni aborto o esterilización para las mujeres con VIH y 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. (ONUSIDA, 2012)

e. 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 y 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 y 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. (ONUSIDA, 2012)

f. Respuesta a la discriminación arbitraria: Las PVVS y demás personas que sufren discriminación a causa del VIH y 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.

En el siguiente cuadro se muestran las leyes que afectan los derechos de grupos vulnerables, se observa que existe una extensa legislatura, sin embargo varias de las leyes se contradicen entre sí, mostrando la laguna legal existente. (ONUSIDA, 2012)

3.2.1 Cuadro No. 4: Leyes que afectan los derechos de grupos vulnerables

POBLACIÓN	LEY	ASPECTO
Jóvenes	Decreto 27-2000	Limita el acceso a pruebas a menores de edad requiriendo autorización de padres
MTS ³	Código de Salud	Exige a las trabajadoras sexuales la profilaxis sexual, como control y no como atención integral. Promueve el abuso policial y la extorsión
MTS	Código Penal y Código Procesal Penal	Considera el ejercicio del comercio sexual como una amenaza social.

Fuente: (Marco Político y Regulatorio , 2012)

3.3 Programa Nacional contra el VIH y Sida

El Programa Nacional contra el VIH y Sida es una dependencia del Ministerio de Salud, su objetivo principal es organizar procesos de gestión, normalización, investigación epidemiológica, capacitación y planificación en el componente de ITS, VIH y Sida en Guatemala mediante la integración intra e intersectorial. El PNS entre sus actividades principales está:

- a. Coordinar, gestionar e integrar estrategias para garantizar el acceso a terapia antirretroviral a personas que viven con VIH y Sida.
- b. Establecer diferentes procesos de recolección sistemática de datos para medir la cantidad y calidad de los servicios que se brindan.

³ Mujeres Trabajadoras Sexuales

- c. Desarrollar un sistema que analiza el comportamiento de la epidemia en Guatemala.
- d. Sistematizar el proceso de orientación pre y post prueba del VIH en aquellos servicios de salud que tienen la capacidad de ofertarla.
- e. Implementar y sistematizar la atención integral de las ITS en la red de servicios de salud a través de la detección temprana de infecciones, con el objetivo de disminuir estos casos y evitar que aparezcan nuevos casos de VIH, ya que estas infecciones están asociadas. (MSPAS, 2013)

El PNS trabaja en tres ejes transverales que son:

- a. Prevención
- b. Atención Integral
- c. Tratamiento, Apoyo y Mitigación del Impacto

3.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH y Sida y la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Los objetivos han reavivado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo.





Fuente: (ONUSIDA, 2013)

El objetivo 6 en especial de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH y Sida en el 2015 y lograr para 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH y Sida de todas las personas que lo necesiten.

3.5 Compromisos del Estado de Guatemala Realizados en Materia de Prevención, Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida

Desde la creación de las metas del milenio de las Naciones Unidas, Guatemala ha realizado acciones para contrarrestar el incremento de casos por VIH y Sida. Las Metas del Milenio y específicamente el objetivo número 6 que corresponde a haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH y Sida en el 2015 y lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y Sida de todas las personas que lo necesiten. Dentro de este objetivo se establecieron metas específicas de las cuales Guatemala se comprometió a cumplir para el año 2015.

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

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

Los retos para los próximos años serán: Implementar la Estrategia Nacional de Prevención de la Transmisión Materno infantil, desarrollar un único sistema de monitoreo y evaluación, desarrollar una agenda de investigación nacional, elevar el nivel de la CONASIDA a nivel de la vicepresidencia, fortalecer el sistema de logística de medicamentos e insumos, el modelo de atención integral por niveles de atención que incluye y fortalece la atención a personas en mayor riesgo y vulnerabilidad y por último y no menos importante reducir el estigma y discriminación en todos los espacios sociales hacia personas con VIH o grupos en mayor riesgo. (MSPAS, 2012) Dentro de los principales compromisos establecidos por Guatemala frente a la sociedad civil y comunidad internacional están:

a. Prevención

Guatemala, en esta materia se comprometió con el Fondo Mundial, principal Cooperante Internacional en materia de VIH y Sida, a realizar acciones con un total de \$40.921,917.00, para un período de cinco años, que consistían en: Dirigir acciones efectivas de prevención hacia las poblaciones más vulnerables y en las áreas de mayor incidencia del VIH y Sida en el país, de conformidad con los estudios de vigilancia epidemiológica y con los reportes de caso. Impulsar la participación organizada de la sociedad civil en la defensa y promoción de los derechos humanos, la promoción de la ciudadanía y la prevención de ITS, VIH y Sida de poblaciones discriminadas y estigmatizadas, en las áreas geográficas priorizadas por el proyecto. (MSPAS, 2012)

b. Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto

Los compromisos adquiridos por Guatemala con el fondo mundial son de impulsar la participación organizada de la sociedad civil en la defensa y promoción de los derechos humanos, la promoción de la ciudadanía y la prevención de ITS, VIH y Sida de poblaciones discriminadas y estigmatizadas, en las áreas geográficas priorizadas por el proyecto. Disminuir la transmisión madre-hijo de un 30% a un 5% de mujeres atendidas por los servicios de salud. Reducir la mortalidad por sida en un 30% al tercer año y en un 50% al quinto año en las áreas priorizadas y reducción de

la morbilidad por infecciones oportunistas en 50% al final del quinto año, en las mismas áreas. Asegurar los desembolsos del fondo Mundial más allá de los primeros dos años implica al gobierno incrementar los fondos asignados al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS) para poder dar respuesta a la creciente demanda de personas que viven con Sida (PVVS) así como a las acciones y estrategias de prevención en el país y a los distintos grupos vulnerables y población en general. (MSPAS, 2012)

CAPITULO IV

4. ACCIONES NACIONALES EN BUSQUEDA DE UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN A TRAVÉS DE LA COOPERACIÓN

4.1 Antecedentes de la Cooperación Internacional

La Cooperación Internacional moderna dio inicio después de la Segunda Guerra Mundial, cuando Estados Unidos creó el programa de ayuda financiera para la reconstrucción de los países europeos conocido como Plan Marshall, constituyéndose como una de las primeras acciones de Cooperación Internacional. Durante esa misma época se creó la Organización de Naciones Unidas en la cual todos los Estados miembros se comprometieron según el Capítulo 1, Propósitos y Principios de la Carta de Naciones Unidas en su artículo 1, numeral 1.3 a: “Realizar la Cooperación Internacional en la situación de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión” (ONU, 2012).

En los años 60's los países latinoamericanos solicitaron a las autoridades norteamericanas en Washington, un programa de ayuda regional para el desarrollo, dónde se estableció la Alianza para El progreso suscrita en Uruguay, ofreciendo a cambio mantener condiciones favorables para la inversión extranjera, sin embargo lo anterior fue más bien una estrategia política exterior de Estados Unidos, es importante mencionar que representó uno de los primeros programas de Cooperación para el desarrollo que se impulsó en la región.

Otro acontecimiento fundamental es el final de la Guerra Fría, la cual terminó con el orden mundial bipolar⁴ que dominó durante cuatro décadas las relaciones internacionales, las cuales al mejorar dieron una mayor y mejor apertura e

⁴ Esta bipolaridad se refiere a la división a nivel mundial que generaron dos diferencias ideológicas como lo fue el comunismo y el capitalismo representados por la ex Unión Soviética y Estados Unidos.

integración a la economía mundial, generándose nuevas posibilidades para la cooperación.

En el caso de Guatemala, la Cooperación externa ha tenido una diversidad de manifestaciones y propósitos que se remontan a los años sesenta y setenta. Basándose en un análisis coyuntural, se pueden identificar varios de los momentos más significativos de la cooperación:

- **La emergencia post-terremoto en 1976:** Aparece en la historia del país como la época donde se consolidan los lazos de cooperación y solidaridad con un gran número de países donantes.
- **El conflicto armado interno que se vivió entre 1960 y 1996:** Como consecuencia de los efectos ocasionados por el conflicto armado que se vivió en Guatemala, fue otro de los períodos de ayuda al desarrollo, fundamentalmente en temas de atención a población desarraigada por el conflicto, los efectos de las condiciones de miseria y pobreza que vivía la población, las consecuencias de las políticas de represión y tierra arrasada vivida durante el conflicto y todas las demandas de justicia, respeto a los derechos humanos y democracia que la población iba reivindicando.
- **En la década de los años noventa:** Con el inicio de las negociaciones para una firma de la paz firme y duradera, se da comienzo a una nueva etapa de Cooperación Internacional, que iba acompañada de una diversidad de modalidades de ayuda, como el financiero, la solidaridad, los intercambios técnicos, brigadas de trabajo, entre otras. Esta nueva etapa ha sido sin duda la fase donde toda la Comunidad Internacional se comprometió a acompañar la etapa de construcción de la paz y la democracia en el país.
- **Durante el período de 1996-2002:** Llega a Guatemala más Cooperación Internacional en comparación con los años anteriores para la consolidación de los compromisos de la firma de la paz.
- **La emergencia después del paso del huracán Mitch:** Fue otra etapa de Cooperación y solidaridad con Guatemala, fundamentalmente en aspectos de asistencia y reconstrucción.

- **El paso de la tormenta Stan en octubre del 2005:** Generó muestras de solidaridad y apoyos diversos de emergencia

El nuevo interés de la Cooperación Internacional hacia Guatemala trajo consigo un aumento de las organizaciones no gubernamentales y un incremento en el flujo de ayuda exterior para apoyar al gobierno en el cumplimiento de los acuerdos de paz, a través del financiamiento de proyectos y programas que promovieran los mismos. Una de las organizaciones que más ayuda internacional ha brindado a Guatemala es la Unión Europea, a partir de 1997 intensificó su labor en Guatemala por medio de la ejecución de los proyectos denominados Países en Vías de Desarrollo América Latina y Asia PDV/ALA. Sin embargo en el año 2003, la Comunidad Internacional y especialmente la Unión Europea se pronunciaron para detener el apoyo hacia Guatemala, debido a que no existía un cumplimiento de los acuerdos de paz y un claro compromiso de ese gobierno para su implementación, esto aunado a la poca transparencia en el manejo de los recursos, limitada voluntad política, la ingobernabilidad existente, el frágil estado de derecho que se vivía en ese periodo y una limitada visión de país con relación al desarrollo. A pesar de ello en el 2004 con el nuevo cambio de gobierno se dio un nuevo voto de confianza al gobierno entrante y se volvió a obtener Cooperación Internacional. (Antecedentes de la Cooperación Internacional en Guatemala , 2012).

En tal sentido y de acuerdo a los datos obtenidos, en la última década se ha intensificado la Cooperación Internacional para los países que se encuentran en subdesarrollo debido a la promulgación de las Metas y Objetivos del Milenio por parte de las Naciones Unidas, las cuales constituyen un plan de acción mundial que abarca todos los elementos clave para lograr el desarrollo y propone implementar acciones integrales para solucionar los problemas mundiales más apremiantes.

4.1.1 Cooperación Internacional Acercamiento Conceptual

Existen diversas definiciones de lo que significa Cooperar, una de las definiciones más concretas la describe como “una acción de dos o más gobiernos y organismos internacionales (bilaterales o multilaterales) que se asocian para contribuir a la solución de uno o más problemas” (SEGEPLAN, 2012).

Para las relaciones internacionales, la Cooperación Internacional es un “elemento de apoyo a los distintos esfuerzos que se realizan para promover el desarrollo económico, político y social de los estados” entendida como “el conjunto de acciones que intentan coordinar políticas o aunar esfuerzos para alcanzar objetivos comunes en el plano internacional”. (Insulza, 1998)

Con la firma de la Carta de la ONU, las cincuenta naciones fundadoras reconocieron a la Cooperación Internacional como un principio y práctica fundamental para la solución de los problemas de carácter económico, social, cultural, educacional y humanitario, y para estimular el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales (ONU, Carta de las Naciones Unidas Arts. 55-60).

4.1.2 Clasificación de la Cooperación

La cooperación internacional puede clasificarse según la forma en que el donante la otorgue, la clasificación más común de los tipos de cooperación internacional es la siguiente: (J.C., 1993).

1. Según la concesión:

- Reembolsable: en forma de préstamo o con ciertas condiciones por parte del donante.
- No Reembolsable: recursos gratuitos, que no tienen que ser retornados al donante.

2. Según la caracterización del donante y el receptor:

- Bilateral: se lleva a cabo entre dos países y sobre las bases de acuerdos o convenios suscritos entre ambos.

- Multilateral: proviene de las organizaciones o instituciones internacionales, como la ONU o la Unión Europea.

3. Según el carácter de los recursos:

- Financiera: si es monetaria
- Técnica: si son recursos de otro tipo diferentes al anterior

Actualmente la donación no reembolsable es muy escasa dado a que la Cooperación hoy en día no es una ayuda desinteresada. Con la evolución de la Cooperación sobre las bases del desarrollo económico, se han aplicado criterios en donde los intereses y prioridades geopolíticas de los donantes se hacen valer, esto quiere decir que nadie da sin esperar nada a cambio y más que todo en las interacciones entre países. La Cooperación Internacional es una estrategia política exterior y tiene una relación directa con las cuotas de poder que ejercen los países donantes sobre los receptores. La Cooperación debería de ser un complemento al esfuerzo estatal de los países en vías de desarrollo, su contribución es compensar las carencias nacionales para disminuir la desigualdad económica y social de dichos países.

4.2 Principales Fuentes de Cooperación y Desarrollo para Guatemala en Materia de VIH y Sida

La Cooperación Internacional correspondió en el año 2010 a un 28% del total de las fuentes de financiamiento para el VIH y Sida y el Fondo Mundial como principal cooperante ofreció el 12% del total de cooperación internacional. En lo que se refiere a Cooperación Internacional se puede observar en el siguiente cuadro la distribución del financiamiento enmarcando los años 2008, 2009 y 2010 y los descensos de la ayuda, esto debido a que el año 2008 fue el año en donde hubo un máximo apoyo Internacional, debido a que culminaron varios proyectos financiados por el Fondo Mundial y que este esperaba la aprobación del Congreso de la República para su ampliación, por tal motivo en los años posteriores se cancelaron varios proyectos y el financiamiento para el VIH y Sida disminuyó.

4.2.1 Cuadro No.5: Fuentes de Financiamiento

FUENTE	2008	%	2009	%	2010	%
Gasto Público	29,045,672.75	56	26,325,376.23	58%	28,765,245.04	62%
Gasto Privado	3,944,680.56	8%	4,219,734.44	9%	4,431,093.05	10%
Contribuciones bilaterales directas	2,874,403.84	6%	2,479,384.80	6%	3,413,211.91	7%
Fondo Mundial	11,922,748.15	23%	6,528,435.42	14%	5,661,421.22	12%
Organismos Multilaterales	1,168,739.94	2%	3,157,623.28	7%	1,633,656.45	4%
Otras Fuentes Internacionales	2,393,315.87	5%	2,314,853.92	5%	2,177.406.33	5%
TOTAL	18,359,207.80	36%	14,480,297.43	32%	12,885.695.91	28%

Fuente: Megas 2012

En el cuadro anterior se puede observar el descenso del financiamiento internacional especialmente del Fondo Mundial, lo que conllevó al cierre de varios de programas especialmente en el área de prevención y gestión. El Fondo Mundial ha contribuido de manera significativa a fortalecer las acciones de prevención en grupos de mayor riesgo y de la transmisión materno infantil, así como en la atención a personas viviendo con VIH.

a. Fondo Mundial

Desde el 2004, Guatemala tiene subvención del Fondo Mundial para apoyar acciones de prevención, fortalecimiento de la sociedad civil, reducción de casos por vía vertical y acceso a la atención integral. Sin embargo, dos terceras partes de la subvención por USD 42.5 millones, que terminaron en 2009, fueron dirigidos a provisión de tratamiento. Gracias a un destacado desempeño en la implementación de la propuesta, Guatemala obtuvo una subvención de continuidad por un monto para seis años de USD 88.9 millones, que concluyen un año después que el plazo del Plan Estratégico Nacional PEN. Actualmente el MSPAS es receptor principal de

la propuesta, a fin de reforzar la apropiación y sostenibilidad; acompañado de HIVOS-IBIS, una ONG internacional, para producir las acciones con sociedad civil, entidades de base comunitaria, grupos altamente vulnerables así como las dos ONG que brindan atención en los dos hospitales nacionales de referencia (Patronato Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios / ASI).

En lo que respecta a las fuentes bilaterales directas, Organismos Multilaterales y otras fuentes de financiamiento internacional lo que corresponde a un 16% del total de financiamiento Internacional para el año 2010, se pueden mencionar las siguientes organizaciones que han participado en las áreas de prevención, atención y gestión de programas.

b. Organización de las Naciones Unidas para el Sida ONUSIDA

Los aportes de esta organización se enmarcaron en:

- Ayuda a grupos de sociedad civil de personas con VIH y de mayor riesgo a través del fortalecimiento institucional de los mismos y su participación en espacios públicos y de toma de decisiones.
- Apoyo al MSPAS, el mejoramiento del sistema nacional de Monitoreo y Evaluación.
- El desarrollo de la investigación de Modos de Transmisión, las Proyecciones y Estimaciones de la epidemia de VIH en el país. Se coordinó con la PDH para fortalecer el respeto a los derechos humanos de personas con VIH y grupos en mayor riesgo. El soporte a la construcción del Plan Estratégico Nacional 2011-2015 bajo la metodología ASAP y la realización del mismo con los actores clave.

c. Fondo de las Naciones Unidas para la Población UNFPA

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

d. Organización Panamericana de la Salud

Soporte técnico en la elaboración de la Guía Nacional de antirretrovirales, la Estrategia Nacional para la reducción de la transmisión materno-infantil y eliminación de sífilis congénita. Elaboración del Perfil Farmacéutico del ministerio de Salud 2011. Gestión de compra de medicamentos antirretrovirales con el Fondo Estratégico. Apoyo a la gestión del Comité Nacional de Coinfección VIH y Sida, la implementación de la Guía y participación en talleres regionales conjuntos entre el Programa de Sida y el de Tuberculosis. Fortalecimiento al tema de derechos humanos de PEMAR.

e. Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH PASCA

Apoyo financiero y técnico en la contratación de la consultora nacional para elaboración de Modos de Transmisión y el equipo local de PASCA. Soporte en la elaboración del Manual de políticas y Procedimientos de Monitoreo y Evaluación del MSPA y la elaboración del Plan Costeado de Monitoreo y Evaluación y a la Estrategia de Diversidad sexual con sociedad civil. Apoyo para mejorar el proceso de MEGAS y sus informes y a la reingeniería del Mecanismo Coordinador de País (Estatutos y manuales de Procedimientos). Apoyo a la evaluación de la política Publica 638-2005 con SEGEPLAN y al involucramiento de la empresa privada a la respuesta nacional de VIH. Soporte al sub-sistema de información de VIH del seguimiento clínico al MSPAS y a la oficialización del comité nacional de coinfección TB- VIH.

f. Agencia de los Estados Unidos para la Asistencia y el Desarrollo USAID

Esta organización se encarga principalmente en el proyecto de Mejora del desempeño de las Unidades de Atención integral, a la campaña nacional de “Hazte la Prueba”, elaboración y publicación de guías, normas y otros y planes de socialización de los mismos. Asistencia en la implementación del PEN 2011-2015. A través del programa CDC (cambio de comportamiento) creado por USAID, se creó un acuerdo colaborativo para el fortalecimiento en investigación, monitoreo, evaluación e información estratégica. Así mismo con la ayuda de la Universidad del Valle de Guatemala se apoyó en la implementación de VICITS en 3 centros de atención.

Asistencia técnica en la apropiación de la Estrategia de Prevención de la transmisión materno infantil y la actualización del manual y reglamento de ITS con participación de los grupos en mayor riesgo. Contratación de consultor para el desarrollo del sub-sistema de información de ITS, VIH y Sida para las acciones de la subvención del Fondo Mundial. Desarrollo del perfil epidemiológico de VIH. Planificación de la Encuesta Nacional para prevalencia de poblaciones en Mayor riesgo (ECVC) y la incorporación de las poblaciones necesarias para elaborar la Línea Media de Fase de Continuidad de la subvención de VIH del Fondo Mundial.

Estas organizaciones han apoyado al mejoramiento de la prevención, atención y concientización de las personas vulnerables y afectadas por el VIH y Sida y han sido de gran apoyo para la lucha constante contra la misma. Pese a que hubo un periodo de inestabilidad en los años 2008-2009 debido a la culminación de la Cooperación del Fondo Mundial, principal cooperante, se logró ampliar el periodo de Cooperación con ayuda de las organizaciones, sociedad civil y gobierno. En el año 2011 después de una lucha constante de la sociedad civil y organizaciones no-gubernamentales para que el congreso de la República aprobara el financiamiento, se logró la ampliación del presupuesto de 17. 1 millones dólares, sin embargo el Fondo Mundial trabaja sobre resultados y seguirá apoyando al país mientras se logren mejorar las tres áreas básicas, Prevención, Atención Integral-Tratamiento-Apoyo y Mitigación del Impacto. (MSPAS, 2012)

4.3 Análisis de los Progresos Realizados en VIH y Sida en Guatemala en materia de Prevención, Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida

Progresos: Los principales progresos realizados en prevención se destaca que Guatemala cuenta con una política para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH para la población en general, los mensajes más reconocidos por los entrevistados son: fidelidad, abstinencia sexual, retraso en el inicio de las relaciones sexuales, practicar relaciones sexuales seguras, uso correcto y constante del condón, combatir la violencia contra las mujeres, mayor participación

de los hombres en programas de salud reproductiva, conocimiento del estado serológico respecto del VIH, prevención de la transmisión materno infantil. Así mismo existe una política o estrategia establecida para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes. Con respecto a la integración del VIH en el plan de estudios, esto se aplica tanto en escuelas primarias, secundarias y de formación de maestros, además la estrategia de educación sobre salud sexual y reproductiva es adecuada a los jóvenes de ambos sexos, y a su edad. Sin embargo estas acciones no están implementadas al 100% y existe una ausencia de un seguimiento rutinario de los mismos.

En materia de Atención Integral-Tratamiento-Apoyo y Mitigación del impacto entre los principales progresos se destacan: Los usuarios de los servicios de atención destacan que estos son buenos a muy buenos, sin embargo el gobierno no dispone de una política o estrategia para prestar apoyo social a las personas con el VIH. El mayor logro ha sido la descentralización de la atención integral con la apertura y funcionamiento de las 13 Unidades de Atención Integral. Se espera llegar, en el marco del acceso universal, a dar cobertura geográfica a todo el país, a través de la ampliación en los distritos de salud involucrados y de las unidades que realizan acciones de prevención de la transmisión madre hijo (plan de ampliación hasta llegar a 150 unidades). Se ha avanzado en la cobertura de atención integral, sin embargo su impacto no es medible en forma directa. Se mide en forma indirecta con el mayor acceso a tratamiento, la reducción de infecciones oportunistas y de fallecimientos por VIH y sida. También hay una mayor formación de grupos de autoapoyo, aunque todavía no se logra que esto se refleje en una mayor adherencia a los tratamientos.

En cuanto a la descentralización geográfica de los servicios de salud, se ha logrado principalmente en aquellas áreas que reportan número mayor de casos, lo cual ha redundado en una mayor disponibilidad de servicios de atención y acceso a tratamiento antirretroviral. (MSPAS, 2012)

4.4 Análisis de los Obstáculos Encontrados en materia de Prevención, Atención Integral, Tratamiento Apoyo y Mitigación del Impacto en VIH y Sida

Entre los obstáculos encontrados en materia de prevención se destacan los siguientes: El presupuesto es insuficiente, y no se cuenta con personal para desarrollar los programas, por lo que éstos tienen una baja cobertura. Tampoco hay coordinación y delimitación de los grupos que cada organización debe atender. Como resultado del enfoque de la prevención en unos cuantos grupos, otros grupos humanos no han sido alcanzados adecuadamente con acciones de prevención, entre éstos, las amas de casa y la población indígena. Otros obstáculos para la implementación ocurren por influencia de factores culturales, religiosos e ideológicos, y la falta de incorporación efectiva de los enfoques de género y diversidad sexual como ejes transversales en las acciones de prevención dentro y fuera de los contextos de la atención a la salud.

El hecho que no se realice un monitoreo y seguimiento de las acciones de prevención impide conocer cuáles tienen mejor avance y cuáles necesitan refuerzo, con lo cual los diferentes esfuerzos para prevención pierden avance o éste es poco valorado. La prevención en el sector económico formal (lugares de trabajo) no ha sido implementada; tampoco la sistematización y el fortalecimiento de metodologías para el trabajo de pares, o los programas de prevención de la transmisión relacionada con el consumo de drogas. Se considera que apenas un 30% se ha implementado en cuanto a la implementación de un plan de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento. (Informe 2012)

Durante la participación del taller de la diversidad sexual realizado por Proyecto Unidos ASI se pudo constatar la ejecución de proyectos de prevención mediante charlas de empoderamiento sobre VIH y Sida, muchos de los jóvenes que estuvieron en el taller conocieron más sobre el tema. Así mismo según las encuestas realizadas a este grupo de un total de 16 jóvenes entrevistados se constató que la totalidad de las personas encuestadas conocen el tema de VIH y Sida, así mismo conocen las formas de transmisión, siendo las Relaciones Sexuales la principal

causa, sin embargo todos coincidieron que la falta de información hace a la población más vulnerable al tema. También esta población asegura que a pesar de todos los programas lanzados, la gran mayoría contestó que no se ha hecho mucho por mejorar la situación, sin embargo si reconocen que hay ciertos programas dentro de su ámbito que los ayudan a empoderarse del tema, como es el caso de Proyecto Unidos, también creen que falta mucho trabajo por hacer, especialmente en erradicar el estigma y la discriminación y ésta no solo de parte de las instituciones y trabajadores sino que de su misma población. (Taller VIH y Sida Diversidad Sexual, 2011)

En lo que respecta a la población de Mujeres Trabajadoras Sexuales, se pudo constatar en un taller en donde las mujeres también reciben capacitación constante sobre el VIH y Sida, Organización Mujer trabaja con esta población, ofreciéndoles otras herramientas para su desarrollo, sin embargo también se ven limitados los esfuerzos por falta de apoyo económico, técnico y de personal. Las MTS entrevistadas manifestaron que no constan de mucho apoyo, confirman que la ayuda internacional existe, pero que no llega del todo a la población necesitada, concluyen que se debiera brindar más información, más recursos de prevención, especialmente en el ámbito en dónde se desenvuelven. (Taller VIH y Sida Trabajadoras Sexuales , 2011)

Según el Dr. Estuardo Díaz, Director del Programa Nacional para el VIH y Sida afirma que el programa ha mostrado fuertes avances desde su inicio, especialmente en lo que se refiere a la información y la asistencia médica, sin embargo falta mucho trabajo por hacer, más que todo en lo que respecta a la sensibilización y el estigma que aún impide la reducción de casos.

Según se pudo constatar en los talleres que se asistió de la diversidad sexual y mujeres trabajadoras sexuales, estos dos grupos están bien informados sobre el tema, como ya se dijo anteriormente la atención en primer plano la recibieron los grupos más expuestos descuidando de cierta manera a otros sectores como niños, huérfanos, adolescentes y amas de casa. Estas encuestas se realizaron las

entrevistas a los encargados de cada organización y encuestas en los talleres a donde se tuvo la oportunidad de asistir, mujeres trabajadores sexuales y Diversidad Sexual.

En materia de Atención Integral-Tratamiento-Apoyo y mitigación del impacto se observaron los siguientes obstáculos: Según el último informe UNGASS 2012 la transmisión materno infantil supone un 30.98% por muy debajo de la meta impuesta por el gobierno de llegar a un 5%. (MSPAS, 2012)

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

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

La ley de acceso a la información no tiene positividad plena en estos casos, además, las víctimas evitan poner denuncias para evitar la carga de estigma y discriminación, cuando la denuncia se resuelve por vías negociables, se pierde el registro de la

denuncia. Las organizaciones de sociedad civil aún necesitan desarrollar su capacidad técnica en materia de derechos humanos y procesos de denuncia, tanto como los operadores de justicia, para lograr avances reales en este tema.

La intolerancia hacia poblaciones MTS, HSH y Trans, ya tenga como origen la religión, el sexismo, la homofobia y transfobia, afecta las posibilidades de asumirse, participar y superar las vulnerabilidades que afectan a estas poblaciones. Las más serias dificultades provienen del marco jurídico represivo y coercitivo, y no hay progresos en la modificación de los principales cuerpos jurídicos que señalan y persiguen a las trabajadoras sexuales, y que provocan un descenso en las usuarias de prevención y atención; entre ellas, cabe mencionar la Ley 09-2009 (Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas), el acuerdo gubernativo de funcionamiento multisectorial, el reglamento de ITS y la cartilla de derechos laborales del Ministerio de Trabajo.

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

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

Según la entrevista realizada al Jefe de Proyecto Unidos Carlos Valdez, mencionó que unos de los obstáculos que aún persisten para el buen funcionamiento del proyecto que dirige es que a pesar de los proyectos realizados, aún existe homofobia, especialmente hacia los grupos de HSH, aún no se ha llegado a

sensibilizar al personal, cuando un HSH pide alguna atención o servicio en centros de salud aún son discriminados. Otro obstáculo que persiste es el saber que muchas autoridades en salud aún piensan que la enfermedad no está concentrada, y esto hace cada vez más vulnerable al grupo.

Así mismo durante el taller de trabajadoras sexuales en Organización Mujer se constató que los condones no les son distribuidos y que para obtenerlos tienen que llenar requisitos y hacer grandes filas. (Taller VIH y Sida Trabajadoras Sexuales , 2011)

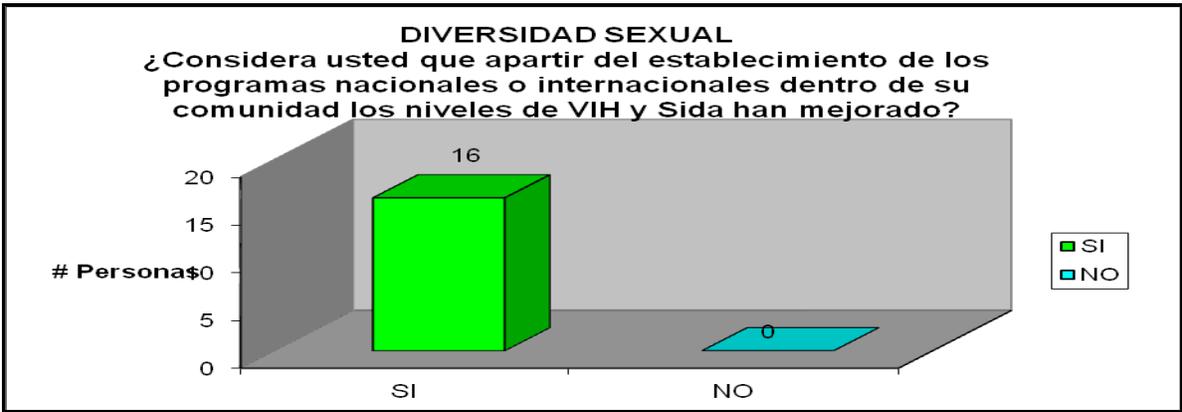
Según la encuesta realizada al coordinador del área de Monitoreo e Interino de la Coordinación General del Programa Nacional contra el VIH y Sida el Dr. Estuardo Díaz, la ayuda internacional continúa, especialmente del Fondo Mundial, USAID, OPS y OMS, sin embargo esta ayuda seguirá llegando si se muestran resultados positivos de todos los programas. Según el Dr. Estuardo Díaz del PNS, dentro de los obstáculos que el programa enfrenta en la actualidad se distingue la falta de comunicación que existe entre las diferentes organizaciones que trabajan con VIH y Sida, esto repercute en la falta de información con respecto a varios temas. Todas las organizaciones no gubernamentales deben presentar reportes del trabajo que realizan al PNS, sin embargo esto no se cumple del todo y es aquí donde se presenta la mayor debilidad de la institución. Esta limitación también se ve representada en la falta de apoyo que reciben los niños huérfanos a causa del VIH.

Se debe tomar en cuenta que Guatemala tiene una epidemia concentrada y la mayoría de huérfanos por el VIH pasan al cuidado de otros familiares y son pocos los que han quedado desamparados. Esta es otra razón por la que el país no reporta los dos indicadores relativos a huérfanos. Sin embargo, existen dos albergues para niños, los cuales brindan atención y cuidado, así como apoyo para que continúen sus estudios. El país cuenta con un número limitado de centros de atención para jóvenes en riesgo, los que en su mayoría son atendidos por la Secretaria de Bienestar Social, sin embargo, las acciones de prevención y atención en estos centros, es aun limitado. El país cuenta con el Hospicio San José que brinda apoyo a niños con VIH y huérfanos por VIH.

4.5 Impacto de los Programas y la Cooperación Internacional en Grupos Vulnerables

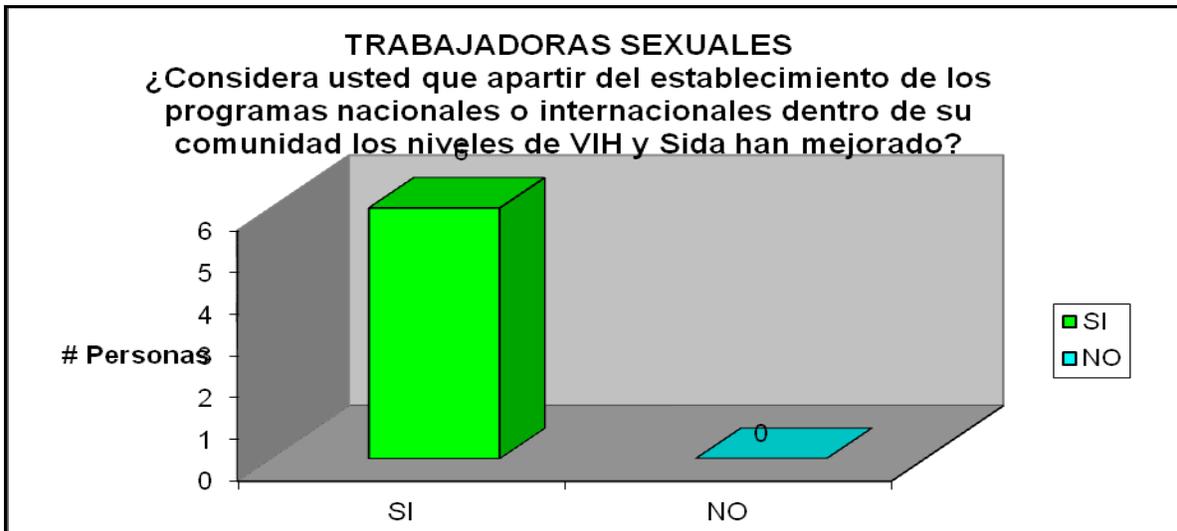
Dentro de las encuestas realizadas se planteó la interrogante de la efectividad de los programas nacionales e internacionales para mejorar los niveles de VIH y Sida, se encuestaron a tres grupos vulnerables, con un total de 50 personas: La diversidad Sexual, se encuestaron a 16 personas de las cuales la totalidad respondieron que los programas establecidos han ayudado a mejorar los niveles de la enfermedad. Del segundo grupo las Trabajadoras Sexuales se encuestaron a 6 personas únicamente ya que es un grupo más sensible y la totalidad respondieron que también los programas que se han desarrollada han logrado disminuir los niveles de VIH. Sin embargo la población en general encuestada tuvieron respuestas diversas: De 12 personas entrevistadas, 5 sostuvieron que los programas si han ayudado a disminuir la enfermedad, sin embargo 7 de las personas encuestadas consideran que los programas no han ayudado en mejorar los niveles de VIH y Sida. Esto se debe a que la mayoría de los programas ejecutados correspondían a ayudar a los grupos más vulnerables como lo es la diversidad sexual y las trabajadoras sexuales, y es aquí en donde se descuidó a la población en general, niños huérfanos y amas de casa.

4.5.1 Gráfica 1. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General



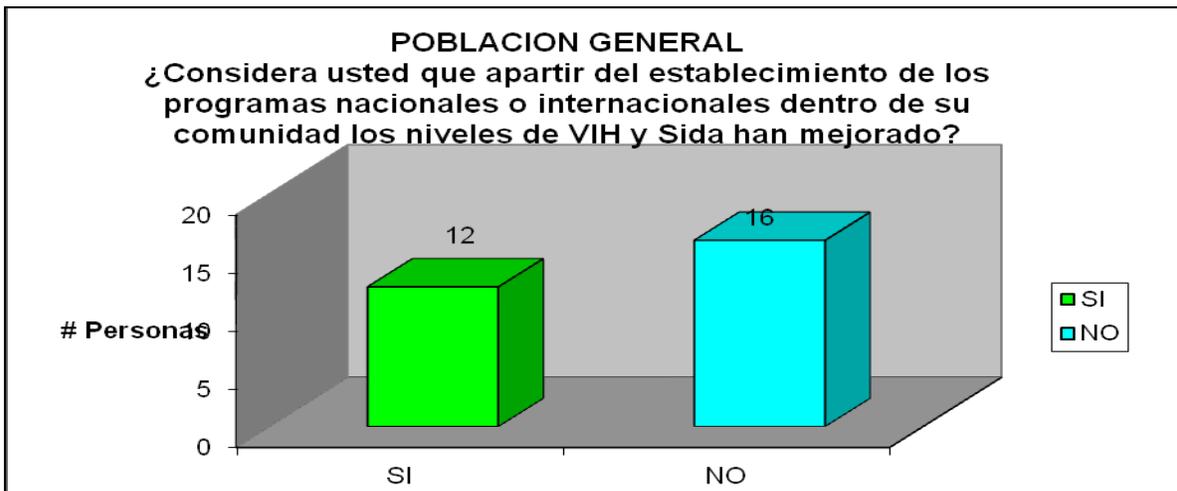
Fuente: Elaboración Propia según Encuestas Realizadas a la Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población en General.

4.5.2 Gráfica 2. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General



Fuente: Elaboración Propia según Encuestas Realizadas a la Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población en General.

4.5.3 Gráfica 3. Encuestas Realizadas a Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población General



Fuente: Elaboración Propia según Encuestas Realizadas a la Diversidad Sexual, Trabajadoras Sexuales y Población en General.

4.6 Aproximaciones del VIH y Sida a Nivel Social, Cultural y Político

La pobreza, el subdesarrollo, la falta de oportunidades y la imposibilidad de decidir sobre el propio destino, son factores que propulsan la epidemia. La vulnerabilidad al VIH es un parámetro de la incapacidad de un individuo o comunidad guatemalteca para controlar su riesgo de infección. Es importante considerar el ámbito social guatemalteco, en el que la diversidad social, étnica y lingüística podrían ser factores que anulen los esfuerzos para disminuir el impacto de la epidemia. Los diferentes patrones de infección se explican por factores personales y sociales, así como por el acceso a información y servicios pertinentes. Aunque la divulgación de datos acerca del VIH y Sida ha superado con creces todas las expectativas, es necesario reconocer la interrelación de la dinámica básica de la epidemia:

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

La epidemia de Sida tiene efectos negativos en el bienestar físico, mental y social de las personas; y en la vida social, económica, cultural y política de las comunidades. Cuando mayor es el impacto de la epidemia sobre las personas, familias y comunidades, son menos capaces de responder con eficacia. Las estrategias de mitigación del impacto contribuyen al fortalecimiento de las personas más afectadas por la pandemia. La prolongación de la vida productiva de las personas que viven con el VIH potencia su capacidad para contribuir al bienestar de sus familias y ayuda a reducir la discriminación y empobrecimiento, que pueden aumentar la vulnerabilidad al VIH de los familiares supervivientes. De forma similar, la capacidad de respuesta se ve reforzada por el incremento de las inversiones en educación, asistencia, apoyo social e iniciativas generales de desarrollo dentro de las comunidades afectadas. En las Relaciones Internacionales la epidemia repercute a nivel social, económico y político de los países, los esfuerzos a nivel mundial por

mejorar el estado del problema han unido al mundo en el desarrollo de las Metas del Milenio de las Naciones Unidas como principales focos de desarrollo en especial para países como Guatemala.

4.7 Gasto Nacional para el VIH y Sida

En las siguientes gráficas se destaca el gasto Nacional para el VIH y Sida, el cuadro No. 6 permite visualizar la respuesta nacional que integra los tres sectores: público, internacional y privado, desde el año 2004 al año 2010 siendo éste el último dato actualizado, correspondiente al período (2009 con \$ 45 millones) y el año (2010 con \$46 millones de dólares).

Se muestra el gasto total relacionado al último año reportado 2008, comparativamente con el año 2010, éste disminuyó en un 10%, analizado por cada sector; el público disminuyó en 11%; el internacional disminuyó en 14%; y el sector privado se incrementó en un 16%. Al hacer el análisis de la disminución del gasto en el último año se debe tomar en cuenta que en el año 2008 se realizó la ejecución más alta por parte del proyecto del Fondo Mundial. Otro aspecto que disminuyó el gasto fue el traspaso de las distintas acciones, principalmente la atención integral hacia el MSPAS cuyo costo como el recurso humano es menor, sumado a esto se cerraron otros proyectos internacionales. Del presupuesto mostrado a continuación sólo el Fondo Mundial proporcionó en el 2009 una subvención de USD 42.5 millones de los cuales dos terceras partes fueron dirigidos a provisión de tratamiento.

Gracias a un destacado desempeño en la implementación de la propuesta, Guatemala obtuvo una subvención de continuidad por un monto para seis años de USD 88.9 millones, que concluyen un año después que el plazo del PEN pero hay convenios suscritos para los primeros seis años que vencen en septiembre del 2013. Actualmente el MSPAS es el receptor principal de la propuesta, a fin de reforzar la apropiación y sostenibilidad; acompañado de HIVOS-IBIS, una ONG internacional, para producir las acciones con sociedad civil, entidades de base comunitaria, grupos altamente vulnerables, así como las dos ONG que brindan atención en los dos

hospitales nacionales de referencia (Patronato Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios / ASI). (MSPAS, Informe MEGAS, 2012)

4.7.1 Cuadro No. 6 Gasto en Sida por fuente de financiamiento- Guatemala 2004 al 2010 en dólares

SECTOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PÚBLICO	\$13.9	\$12.7	\$15.16	\$29.0	\$32.5	\$26.3	\$28.8
INTERNACIONAL	\$3.1	\$6.4	\$10.1	\$11.7	\$15.0	\$14.5	\$12.9
PRIVADO	\$2.4	\$2.7	\$3.8	\$2.9	\$3.8	\$4.2	\$4.4
TOTAL	\$19,4	\$21,8	\$29,5	\$43,6	\$51,3	\$45	\$46,1

Fuente: (MSPAS, Informe MEGAS, 2012)

El sector privado ha jugado un rol importante en el desarrollo de las estrategias para la disminución de casos de VIH a nivel nacional, en los esfuerzos realizados se destacan los siguientes:

- a. Asociación de productores independientes de banano. (APIB): Esta asociación en noviembre del 2010 lanzó la política laboral de VIH a implementarse en 12 empresas del sector bananero. Cubre 25,000 puestos de trabajo directos y 360,000 indirectos. La fase de implementación inició en 2011 en la Semana Nacional de Hazte la Prueba se tomaron 1500 muestras en fincas de este sector.
- b. Asociación de azucareros de Guatemala. (ASAZGUA): El 21 de marzo del 2012 lanzó la política laboral de VIH a implementarse en 13 empresas del sector azucarero. Cubriendo 67,000 puestos de trabajo directos y 360,000 indirectos. La fase de implementación está comprometida para mayo del 2012.
- c. Asociación Nacional del Café ANACAFE: Se encuentra aprobada y recomendada por Junta Directiva la iniciativa de desarrollar políticas de VIH en las empresas del sector. Pendiente de iniciar su implementación con este amplio sector empresarial.

En el siguiente cuadro se muestra el Gasto Nacional en Sida por área de funcionamiento, se puede ver la comparación entre el último año reportado (2008) en relación al año 2010 se puede apreciar que existe un cambio significativo en la categoría de gasto de Atención y tratamiento en cuanto al % de gasto por año, 62.21% del total del gasto del año 2008, en los últimos dos años (2009-2010) el comportamiento es de 48.54% y 52.98% respectivamente. El componente de prevención de la misma forma ha tenido cambios, en cuanto que esta función se mantenía en un porcentaje muy bajo tomando en cuenta el tipo de epidemia que tiene el país, en el año 2008 se reportó 24.52% del total del gasto y el 40.33% y 36.20% en los años 2009 y 2010 respectivamente, lo que indica que se han direccionado acciones de prevención o se reportó de mejor forma; caso contrario en la función de fortalecimiento de la administración y gestión de programas se produjo un decremento, en el año 2008 el gasto en esta función es de 11.82%; el 8.89% y 7.71 corresponde a los años 2009 y 2010 en estas tres categorías se concentra el 98% y 97% del total del gasto nacional, el cual se resume en el cuadro siguiente.

(MSPAS, Informe MEGAS, 2012)

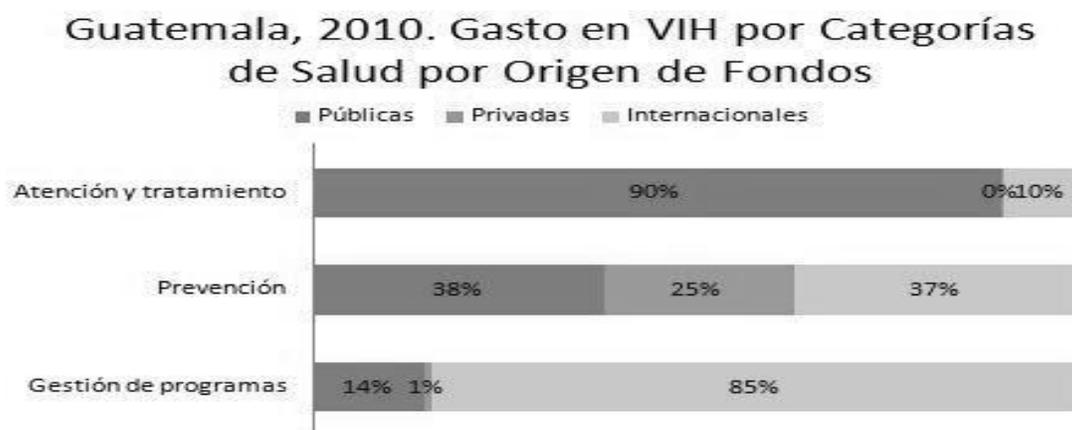
4.7.2 Cuadro No.7: Gasto Nacional en VIH y Sida por Área

FUNCIONES	2008	%	2009	%	2010	%
Atención y Tratamiento	\$31.9	62.0	\$21.9	48.54	\$24	52.98
Prevención	\$12.6	25	\$18.2	40.33	\$17	36.20
Fortalecimiento de la Administración y Gestión de Programas	\$6.1	12.0	\$4.0	8.89	\$4	7.61
Servicios de Protección Social	\$0.3	1.0	\$0.6	1.23	\$1	2.54
Huérfanos y Niños Vulnerables	\$0.2	0.0	\$0.3	0.58	\$0	0.39
Investigación Relacionada con VIH	\$0.1	0.0	\$0.2	0.34	\$0	0.7
Desarrollo Comunitario y Ambiente Mejorado para reducir la vulnerabilidad	\$0.1	0.0	\$0.0	0.8	\$0	0.17

Contratación de Incentivos para la Retención de Recursos Humanos (Capital Humano)	\$0.0	0.00	\$-	0.00	\$0.0	0.8
Total	\$51.3	100.00	\$45.0	100	\$46.0	100

Fuente: (MSPAS, Informe MEGAS, 2012)

4.7.3 Cuadro No.8: Gasto en VIH por Categorías de Salud por Origen de Fondos (no existen datos actualizados)



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

En la gráfica anterior se muestra que en el último año del estudio el gasto por categorías de salud y el origen de financiamiento, en la función de atención y tratamiento es de 90% de fondos público y el 10% internacional; en la función de prevención el 38% es de origen público, el 25% privado y el 37% internacional; en la función de gestión de programas el 14% es de origen público, el 1% privado y 85% internacional, estas funciones representa el 97% del gasto de país en el año 2010. Esto demuestra que la cooperación Internacional está dirigida especialmente a la función y gestión de programas.

El Fondo Mundial, aprobó la renovación de la subvención para el período 2010 - 2016 por un máximo de USD 88.9 millones. La subvención designa dos Receptores Principales : HIVOS para Organizaciones de la Sociedad Civil –OSC- y el Ministerio

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

4.7.4 Cuadro No.9: Población Beneficiada del año 2004 al año 2010 en Porcentajes

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

Fuente: (MSPAS, Informe MEGAS, 2012)

En el cuadro Anterior se detona la preocupación nacional por la población en general subiendo de porcentaje la población que se benefició por los programas del MSPAS, así mismo priorizando las acciones en los grupos de mayor riesgo.

4.8 Análisis FODA sobre el VIH y Sida en Guatemala con Base en las Relaciones Internacionales

Dentro del análisis de la investigación, se tomó el análisis FODA, como parte final de la investigación, esto para dar a conocer la realidad del VIH y Sida en Guatemala, enfocándose en sus fortalezas y oportunidades desde una parte interna del tema, así como sus debilidades y amenazas desde una parte externa. En la siguiente tabla se muestran por separado el análisis FODA realizado al Programa Nacional contra el VIH y Sida, como institución prioritaria en la investigación y cómo influye el tema del VIH y Sida en las Relaciones Internacionales.

FORTALEZAS

- Desde la perspectiva nacional y como tema principal para el desarrollo del país el VIH y Sida es tomado como asunto Prioritario y de Interés Nacional
- Existe una ley Nacional Decreto 27-2000 Ley General para el Combate del VIH y Sida
- Actualmente existe un presupuesto anual para el VIH y Sida por parte del estado y un presupuesto por parte del Fondo Mundial de \$17 millones hasta la conclusión del PEN 2011-2015
- Cooperación Internacional especialmente del Fondo Mundial
- Manejo de las Relaciones Internacionales por medio de la Cooperación para solucionar problemas mundiales que sobrepasan la capacidad del estado

OPORTUNIDADES

- Ampliar la cobertura de la Cooperación Internacional de acuerdo a los avances como país con respecto a las metas del milenio
- A través de los programas, se ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas
- Mejorar la calidad de las Relaciones Internacionales que repercuten en más ayuda y beneficio de los programas realizados. Especialmente en la cooperación técnica que se da para el VIH y Sida

DEBILIDADES

- En los últimos años la prevalencia de casos de VIH y Sida en grupos de 20 a 39 años es aún mayor
- Aún existe falta de acceso a la información y servicios
- Falta de Voluntad Política
- Debilidad en el sistema institucional nacional
- Falta de Capacidad Financiera del estado
- No existe concordancia entre los diferentes marcos jurídicos existentes
- Falta de comunicación entre el Programa y las Organizaciones Internacionales que trabajan con VIH y Sida
- Estigma y Discriminación
- Falta de capacitación de los prestadores de servicios de salud

AMENAZAS

- Al no cumplirse con los ODM, la falta de apoyo de los organismos internacionales es una amenaza latente
- Retraso legislativo en la aprobación de la Cooperación Internacional, como ocurrió el año 2011 en donde estuvo en riesgo el presupuesto brindado por el Fondo Mundial
- El no cumplimiento de las metas del milenio, implicaría una reducción en el presupuesto y la atención en el tema.
- Las Relaciones Internacionales se ven afectadas en otros ámbitos como educación, economía, política, al no existir un compromiso como país
- Disminución de la fuerza laboral
- Impacto negativo en núcleos familiares y Huerfános
- Exclusión Social (Discriminación)
- Mortalidad Infantil
- Descenso Económico y Productivo
- Impacto negativo en sectores productivos e incremento en los costos de atención

Fuente: Elaboración propia en base a la investigación realizada

El impacto de la enfermedad a nivel nacional es notorio, en cuanto a salud y demografía: Un número importante de personas económicamente activas con diversos grados de exclusión social se siguen infectando con el VIH y falleciendo a causa del Sida. El problema de la tuberculosis se agrava como consecuencia del

sinergismo existente entre el Sida y esta infección. La mortalidad infantil a causa del sida sigue en aumento.

En cuanto a los costos de atención: El costo de atención obliga a incrementar el gasto, en el Sector Salud, en aspectos curativos de pacientes con Sida. Las cifras para los costos de atención de casos con sida en las instituciones son subestimaciones. Las proyecciones de los costos de atención tanto en suministro de medicamentos antirretrovirales como en el tratamiento de las infecciones oportunistas indican que éstos se incrementarán al aumentar el número de casos.

En cuanto a costos económicos y sociales: Las pérdidas sufridas por el descenso económico y de la productividad de las personas que viven con VIH y sida y sus familias limitan su desarrollo y el de su comunidad. El número de niños huérfanos aumenta y con ello el costo de la manutención y el desarrollo de los mismos. El VIH y Sida impacta negativamente en los sectores productivos, el sector de servicios es el más afectado por la epidemia del VIH y Sida. El aumento del VIH y Sida en mujeres tiene un importante impacto en los núcleos familiares. El VIH y Sida es una enfermedad global, en nuestro país ha cobrado muchas vidas. En Guatemala se desconoce el número de personas que han fallecido por causas relacionadas con el Sida debido al gran sub-registro existente y al estigma relacionado con la epidemia. El VIH y Sida ha dejado hogares desintegrados, niños huérfanos, una economía inestable, la productividad ha sido afectada. Se deben tomar medidas urgentes porque aunque a la enfermedad no se le haya tomado la importancia necesaria, ésta es de gran relevancia en todos los aspectos del país.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Según el análisis elaborado, entre las principales variables que se estudiaron con respecto al tema de Cooperación Internacional para el VIH y Sida, con el fin de conocer las principales bases de cooperación dentro del marco de las metas del milenio se contemplan las siguientes conclusiones:

La Cooperación Internacional está designada en un 85% a la gestión de programas, un 37% a la prevención y solamente un 10% a la atención y al tratamiento. Lo que hace notorio la responsabilidad del Estado en la cobertura de un 90 % en la atención y el tratamiento, y de un 63% en la prevención y aquí hay un problema más grave ya que el estado guatemalteco no tiene la capacidad financiera para cubrir a toda la población afectada.

Se destacó en la investigación el estudio de los programas realizados en los años 2008-2009 pero sin dejar de tomar en cuenta los datos de los siguientes dos años de los cuales no se cuenta con mucha información. Sin embargo se pudo constatar que todos los programas de estos años iban dirigidos especialmente a los grupos más vulnerables, mujeres trabajadoras sexuales, diversidad sexual y población juvenil, sin embargo esto ha causado descuido en la demás población, se debe tomar en cuenta que la población infantil y en especial la población en general aún vive estigmatizada con el problema.

En el año 2008 se pudo constatar un aumento en el presupuesto nacional de \$51,3 millones de dólares, esto se debió a que en ese año se alcanzó el mayor aporte del Fondo Mundial. Específicamente el aporte recibido por la Cooperación Internacional durante ese año fue de \$18,359,207.90 que significa un 36%. Por el contrario en los años 2009 el presupuesto fue de \$45 millones y en el 2011 de \$46 millones y en especial en materia de Cooperación durante los años 2009 y 2010 el descenso de la ayuda es significativo con \$14,480,297.43 un 32% para el 2009 y \$12,885,695.91 un 28% para el 2010. Estas cifras denotan una baja significativa al presupuesto nacional para el VIH y Sida, esto se debió al estancamiento en el Congreso de la República de la asignación que proporciona el Fondo Mundial. Debido a ello se

pronunciaron sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y la empresa privada, los cuales dependían de la aprobación de dicho presupuesto para la continuidad de los proyectos ya establecidos. Afortunadamente fue aprobada por el congreso, sin embargo debido al impase se perdieron varios proyectos en proceso.

Dentro del marco de las Relaciones Internacionales se enmarca la investigación dentro de la teoría del neo-institucionalismo, destacando la participación prioritaria del Programa Nacional contra el VIH y Sida como institución del Estado y el innegable establecimiento de las Relaciones mediante la Cooperación Internacional y la necesidad de otros actores como los Organismos Internacionales que ayudan a canalizar de mejor forma la ayuda.

La política pública actual con respecto al VIH y Sida está bien enmarcada, aunque existen algunas lagunas más que todo en lo que se refiera a Derechos Humanos en materia de Discriminación y Estigma. Existe una ley nacional para el VIH y Sida, sin embargo persisten ciertas contradicciones entre leyes lo cual dificulta su buen manejo, lo que se tendría que evaluar y estudiar nuevamente es la Ley Nacional para el VIH y Sida y las demás leyes para que no existan discordancias.

En cuanto al tema de las Metas del Milenio, se han logrado varios avances, sin embargo persisten serios problemas, principalmente en la obtención de información, en la validez de los datos, así mismo existen obstáculos en la comunicación que debería de existir entre el Programa como ente regulador y las Organizaciones Internacionales, lo cual interfiere en el buen desarrollo y conocimiento de los avances e impedimentos que existen, lo cual impide el avance de los objetivos, así como el alcance de las metas del milenio. Se ha descuidado especialmente el estudio y seguimiento de los niños huérfanos a causa del VIH y Sida por quedar al cuidado en muchos casos de los familiares más cercanos.

El VIH y Sida es un problema mundial, a nivel nacional se ha vuelto prioritario ya que afecta de diversas maneras a la población en general. Según informes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 26.978 personas viven con VIH en Guatemala,

sin embargo, las estimaciones y proyecciones de VIH para el año 2012 indicaron que son más de 72.400 las personas con VIH en el país. Esto coloca a Guatemala en el país de Centroamérica con mayor número de personas con VIH. Según estimaciones, sólo en 2011 se dieron 8.958 nuevos casos, lo que significa que 24 personas adquieren VIH cada día. La epidemia en Guatemala es concentrada, y las poblaciones con mayor prevalencia del VIH en el país son: HSH 18.3%, personas con tuberculosis 12.9%, privados de libertad 3.4%, Jóvenes en Riesgo Social 3.3%, Trabajadores del sexo 1.9%, Mujeres embarazadas 0.33%, otros casos 59.9%.

El incremento en los casos de VIH y Sida repercuten e impactan a los guatemaltecos en el ámbito social: familias desintegradas, huérfanos, deserción escolar, mortalidad infantil, discriminación, violación de los Derechos Humanos. Económicamente impacta la economía de las familias, reducción en la fuerza laborar, afecta a la persona misma, el entorno y a Guatemala. También los costos de atención se incrementan, costos de manutención de los huérfanos y los servicios se saturan. El VIH y Sida en Guatemala es un problema actual, cada año se siguen incrementando los casos, aunque se ha trabajado arduamente para mejorar los niveles de VIH y Sida aún falta mucho por hacer, específicamente con la discriminación y estigma que está enraizado en la población guatemalteca.

Uno de los principales obstáculos que se tuvo al realizar esta investigación fue que no existen datos actualizados y es uno de los problemas más importantes que tiene el sistema nacional, ya que los datos que se cuentan son hasta el año 2011 y en otros casos como el Gasto Nacional se tiene información hasta el año 2010, dejando un vacío de información del año 2012. En primer lugar, la no disponibilidad de algunos indicadores, esto se debe a que el trabajo en el país no responde en específico a los requerimientos planteados por ONUSIDA (datos actualizados al nivel nacional y desglosados para cada una de las poblaciones más expuestas por separado) o a la ausencia de estadísticas en ciertas áreas (por ejemplo, en trabajo con huérfanos y niños vulnerables). Asimismo se debe señalar la imposibilidad de acceder a información sobre el sistema de salud privado lucrativo

Se realizaron encuestas a una población de 50 personas, divididas en tres grupos, Mujeres Trabajadoras Sexuales, Diversidad Sexual y Población en general. En la investigación se destacó por medio de gráficas el cuestionamiento con respecto al funcionamiento de los proyectos y de la ayuda internacional los grupos más vulnerables como las mujeres trabajadoras sexuales y la diversidad sexual respondieron que ellos han recibido ayuda pero que no es suficiente por la embergadura del problema y que aún falta mucho trabajo por hacer. En materia de discriminación el grupo que más sufre esto es la población de la diversidad Sexual. Las encuestas ayudaron a descubrir las opiniones de los grupos más vulnerables y de la población en general. Estos tres grupos conocen el tema, sus consecuencias y medios de contagio, sin embargo algunos de ellos se quejan de la falta de adquisición de condones, otros se quejan que no todos los programas llegan a la población más necesitada. La Población general encuestada conoce el tema, sin embargo muestran poco interés con respecto a ello, así mismo desconocen los programas existentes. Es aquí en dónde hace falta la sensibilización de la población mediante programas y campañas de información especialmente dirigidos a la población en general, los medios de comunicación juegan un rol importante.

En lo que respecta a las entrevistas realizadas tanto al Programa Nacional, como Proyecto Unidos y Organización Mujer se detona el trabajo hecho por los programas especialmente en la prevención mediante talleres de capacitación, atención a las personas VIH positivas y entrega de condones. Sin embargo los dos representantes de las organizaciones respondieron que hace falta mucho trabajo por hacer, especialmente en la discriminación y estigma, ya que muchas personas son VIH positivas y son personas que no son tratadas, por lo tanto los datos presentados de personas infectadas no son reales. De las 26.978 personas reportadas con VIH y Sida en la realidad se estima que son 72,400 personas las infectadas.

A pesar de todo el trabajo realizado por el Estado y por organizaciones no gubernamentales, las estadísticas muestran que falta mucho trabajo por hacer, que la ayuda internacional está llegando pero que los programas no se están ejecutando al cien por ciento, esto debido a falta de voluntad política.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Antecedentes de la Cooperación Internacional en Guatemala* . (14 de marzo de 2012). Obtenido de <http://www.cdhhg.org/pdf/Antecedentes.pdf>
2. Ayala, E. (1993). *Instituciones y Economía, una Introducción al Neo Institucionalismo Económico*. México: Fondo de Cultura Económico.
3. Constitución de la República de Guatemala. (s.f.). 23. Guatemala.
4. *Cronología sobre VIH y Sida* . (20 de Agosto de 2012). Obtenido de www.sfaf.org.
5. *Diagnóstico Salud 2012* . Obtenido de http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2012.pdf 2012).
6. *Estadísticas sobre VIH y Sida* . (23 de Enero de 2012). Obtenido de www.avert.org/estadisticas-sida.htm
7. *Índice de Desarrollo Humano* . (13 de febrero de 2013). Obtenido de http://www.fundesa.org.gt/cms/content/files/cides/indices/2011_Desarrollo_Humano.pdf
8. Insulza, J. (1998). *Cooperación Internacional*. Organización de Naciones Unidas.
9. J., G. (1984-2012). *Estadísticas de VIH y VIH Avanzado*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
10. J.C., R. F. (1993). *La Economía Mundial y el Desarrollo*. Madrid: Acento.
11. *Marco Político y Regulatorio* . (20 de noviembre de 2012). Obtenido de <http://www.pasca.org/noode/68#marco>
12. MSPAS. (2011). *Informativo sobre VIH*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- 13.MSPAS. (2012). *Informe MEGAS*. Guatemala : MSPAS.
- 14.MSPAS. (2012). *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra el VIH y Sida*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 15.ONU. (15 de julio de 2012). Carta de las Naciones Unidas Art. 1.
- 16.ONU. (s.f.). Carta de las Naciones Unidas Arts. 55-60.
- 17.ONUSIDA. (10 de junio de 2012). *Formulario de Evaluación de Discriminación* . Obtenido de <http://www.unaids.org/en/>
- 18.*Origen del VIH y Sida* . (13 de Marzo de 2012). Obtenido de www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161702
- 19.Pérez V., G. M. (2011). *Estimaciones y Proyecciones de VIH y Sida 2011*. Guatemala: Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH y Sida.
- 20.*Política Pública 638-2005 Respecto de la Prevención a las ITS y a la Respuesta a la Epidemia del Sida* . (20 de noviembre de 2012). Obtenido de <http://www.pasca.org/sites/default/files/politica.gt.pdf>
- 21.*Pruebas para VIH Y Sida* . (15 de agosto de 2012). Obtenido de www.geosalud.com/sida/index.htm.
- 22.*Reporte Global* . (10 de Marzo de 2012). Obtenido de www.cinu.org.mx/sida2008/documentos/JC15102008GlobalReportes.pdf.
- 23.Rivas, J. (1993). *El Neo Institucionalismo y la Revalorización de las Instituciones Internacionales*. Colombia: Reflexión Política Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- 24.SEGEPLAN. (4 de julio de 2012). *Resultados de la Cooperación Internacional 1996-1999*. Obtenido de <http://www.segeplan.gob.gt>

25. *Situación Actual del Sida* . (12 de Enero de 2013). Obtenido de www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/november/20121120prresults/.

Entrevistas

1. Entrevista Realizada a Carlos Valdez, Coordinador de Proyecto Unidos, el 14 de julio de 2011.
2. Entrevista Realizada a la Licenciada Flor de María Peña, Directora Ejecutiva de Organización Mujer, el 18 de julio de 2011.
3. Entrevista Realizada al Doctor Estuardo Díaz, Coordinador de la Unidad de Monitoreo y Evaluación, Interino de la Coordinación General, el 19 de agosto de 2011.

Talleres

1. Taller sobre VIH y Sida con la Diversidad Sexual. Realizado en las instalaciones de Proyecto Unidos, el 21 de julio de 2011.
2. Taller sobre VIH y Sida con Trabajadoras Sexuales. Realizado en las instalaciones de Organización Mujer el 18 de julio de 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

Formato de Encuesta y Entrevista

a. Formato de encuesta utilizado para una muestra de 50 personas, divididas en grupos vulnerables, HSH, TS y población en general.

ENCUESTA

No. _____

LA PRESENTE ENCUESTA ES ÚNICAMENTE PARA DAR RESPUESTAS A LA TESIS DE GRADO SOBRE EL TEMA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL VIH y SIDA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, LA INFORMACIÓN ES EXCLUSIVAMENTE PARA USO ACADÉMICO Y CONFIDENCIAL.

INFORMACIÓN GENERAL

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ **Edad:** _____

ESTADO CIVIL

Soltero/a _____ Casado/a _____ Unido/a _____ Viudo/a _____

¿TIENE HIJOS?

Si _____ No _____ ¿Cuántos? _____ **TRABAJA:** Si _____ No _____

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿Sabe usted que significa VIH y Sida? SI _____ No _____

2. ¿Conoce usted las principales formas de transmisión del VIH y Sida?

Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

3. ¿Cuáles cree que sean las causas de este problema?

Falta de Información _____ Falta de empleo _____ Pobreza _____

Analfabetismo _____ Ineficacia de los gobernantes _____ Falta de

programas_____ Todas las anteriores_____
Otros_____

4. ¿Considera que las autoridades de su comunidad han realizado un trabajo eficiente para solucionar este problema?

Poco _____ Medio _____ Mucho _____ Nada _____

5. ¿Sabe usted si dentro de su comunidad existe algún programa que ayude a disminuir este problema?

Campañas _____ Programas _____ Publicidad _____
Otros _____

6. ¿Se ha visto usted o alguna persona dentro de su ámbito beneficiado (a) por programas de prevención, atención y mitigación del VIH Y Sida?

SI _____ No _____

6.1 ¿CUÁNTO?

Poco _____ Medio _____ Mucho _____ Nada _____

7. ¿Considera usted que a partir del establecimiento de los programas nacionales e internacionales dentro de su comunidad los niveles de VIH y Sida han disminuido?
Si _____ No _____

7.1 ¿CUÁNTO?

Poco _____ Medio _____ Mucho _____ Nada _____

9. ¿Cree usted que las personas infectadas por el VIH y Sida son objeto de discriminación?

Poco _____ Medio _____ Mucho _____ Nada _____

10. ¿Qué otro medio considera que se pudiese implementar para disminuir la proliferación de la enfermedad?

MUCHAS GRACIAS...

b. Formato de entrevista, utilizado en las diferentes organizaciones que manejan el tema de VIH y Sida. Se realizaron 4 entrevistas en organizaciones de grupos vulnerables, el PNS, y se tomó en cuenta la opinión de la cooperación internacional.

Entrevista: _____

Institución: _____

Nombre del Encargado: _____

Cargo que Ocupa: _____

Inicio de Labores: _____

1. ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS O METAS PRINCIPALES DE SU PROGRAMA RESPECTO AL TEMA DEL VIH y Sida EN GUATEMALA?
2. ¿A QUÉ REGIONES DE GUATEMALA ESTA DIRIGIDO DICHO PROGRAMA?
3. ¿A QUÉ TIPO DE PERSONAS ESTA DIRIGIDO EL MISMO, POR EJEMPLO: MUJERES, NIÑOS, HOMBRES O LA POBLACIÓN EN GENERAL?
4. ¿QUÉ OBSTACULOS INTERNOS HAN IMPEDIDO LA PLENA APLICACIÓN DE SU PROGRAMA?
5. ¿SEGÚN USTED, A QUÉ SE DEBE LA EXISTENCIA DE DICHOS IMPEDIMENTOS?
6. ¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTAN HOY?
7. ¿CONSIDERA QUE EL ESTADO HA TENIDO LA CAPACIDAD DE CANALIZAR TODOS ESTOS RECURSOS Y PROGRAMAS HACIA LA POBLACION QUE SE ENCUENTRA GOLPEADA POR ESTE PROBLEMA?

8. ¿QUÉ AVANCES HA TENIDO DICHO PROGRAMA EN GUATEMALA?

9. ¿SE HAN PODIDO ARTICULAR LOS PROGRAMAS NACIONALES CON LOS PROGRAMAS INTERNACIONALES?

10. ¿CREE USTED QUE SE LOGRARA CUMPLIR CON EL OBJETIVO DE LAS METAS DEL MILENIO PARA EL 2015 EN MATERIA DE VIH y Sida?