

Estudio de Protección Social a Persona que Viven y Conviven con VIH

Con el apoyo de:



IIDENOC



**Autora**

Paola Cano paokano@hotmail.com

Co autores e investigadores

Iris Isabel López, Herbert Rogelio Hernández, Fernanda Chang.

Este documento surge a partir del estudio Multicentrico “ACCESS to and EFFECTS of Social Protection on Workers living with HIV and their Households” donde participaron 4 países con mayor vulnerabilidad a la epidemia: Guatemala, Rwanda, Indonesia, Ucrania. Los documentos de dichos países se utilizaron como insumo para la elaboración del estudio multicentrico publicado:

http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_248447/lang--en/index.htm

En Guatemala el estudio fue realizado en enero del año 2014 por el Centro de Investigación de Nor Occidente IIDENOC y Belejeb’ Q’anil bajo el auspicio de La Organización Internacional de Trabajo OIT.

Tres años después nuestras Organizaciones AMUGEN, Belejeb’ Q’anil y El Centro de Investigación de Nor Occidente IIDENOC bajo el auspicio de Hivos Guatemala, retomamos la información y analizamos los resultados en base a los avances y la coyuntura actual para publicar un estudio actualizado que informe y sirva de análisis en cuanto a la protección social de la población que viven con VIH y sus familias.

Todos los derechos reservados.

Se autoriza la reproducción y difusión del material contenido en este producto para fines educativos u otros fines no comerciales sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, siempre que especifique claramente la fuente.

Agradecimiento

Extendemos nuestro agradecimiento y hacemos referencia de las Organizaciones y personas participantes del estudio de investigación en el año 2014:

Equipo que realizó las encuestas: Eugenia Magaly Pecher Gómez, Jakelin Johana Cuyán Sosa, Luz Elizabeth Lux Hernández, Amalia Coc, Josselyn Mariella Larios Cosajay, César Ovidio Gálvez Ramírez, Juan Fernando Salvador Pacheco, Fernando de León.

400 personas que participaron en las encuestas y que asisten a las Unidades de Atención Integral de Coatepeque, Petén, Hospital Roosevelt y Escuintla, IGSS zona 9 y Presidio Izabal.

Organizaciones participantes:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de SIDA y Subvención de VIH del Fondo Mundial – Monitoreo y evaluación

Red de Mujeres positivas	Asociación Vida
AMUGEN	Asociación Lambda
Previsión social Ministerio de Trabajo	Defensoría de trabajo PDH
Unidad VIH PDH	Mecanismo Coordinador de País del Fondo Mundial
Asociación Gente Nueva	Conferencia Episcopal Subcomisión de VIH
OTRANS	Asociación Gente Positiva
PASMO	Asociación REDCA
ONUSIDA	Observatorio Derechos humanos, VIH y PEMAR
Decanatura Ciencias de la salud	Universidad Rafael Landívar
Universidad del Valle de Guatemala	Red de Mujeres Positivas

Contenido

CAPITULO I RESUMEN

7

CAPITULO II INTRODUCCIÓN

9

2.1	El objeto de estudio	9
2.2	Antecedentes	9
2.3	El Problema e hipótesis	10
2.4	Justificación	11
2.5	Objetivos de investigación	11

CAPITULO III CONTEXTO DE PROTECCION SOCIAL Y VIH

12

3.1	La protección social y el empleo en Personas con VIH	12
3.2	¿Por qué es importante la protección social y el VIH?	13
3.3	Contexto Nacional y Protección social	14
3.4	Marco legal de VIH en Guatemala	16

CAPITULO IV METODOLOGÍA

19

4.1	Diseño de estudio	19
4.2	Universo	19
4.3	Muestra	19
4.4	Técnicas de investigación	20
4.5	La información recolectada:	21

CAPITULO V: RESULTADOS

22

5.1	Acceso a programas de protección social	22
5.2	La protección social a través de los servicios de salud	27
5.3	Situación de empleo en la personas con VIH	32
5.4	Barreras del acceso a la protección social	35
5.5	Alcance de los programas	42
5.6	Avances Institucionales en los últimos 3 años	45

<u>CAPITULO VI</u> <u>CONCLUSIONES</u>	46
<u>CAPITULO VII</u> <u>RECOMENDACIONES</u>	50
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	52
LISTADO DE CUADROS Y FIGURAS	56
GLOSARIO	57
ANEXOS	58
Anexo 1 Listado de entrevistas y grupos focales	59
Anexo 2 Descripción de la Metodología	60

Listado de siglas utilizadas

ARV	Antirretrovirales
ASAP	Aids Strategic Action Plan
ASI	Asociación de salud integral
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CFLAG	Clínica Familiar Luis Ángel García
CONASIDA	Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que Velan y trabajan en la prevención de ITS/VIH/SIDA
CUNOROC	Centro Universitario de Nor Occidente
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EMA	Enfermedad, Maternidad y Accidentes
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil
HIVOS	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IIDENOC	Instituto de Investigación de Nor Occidente
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVS	Invalidez, la Vejez y Supervivencia
LGBTTTQ	Comunidad de Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales, Transgénero, Travestis, Intersexuales y Queer
MITRAB	Ministerio de Trabajo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización no gubernamental
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OIT	Organización Internacional de Trabajo
PEA	Población Económicamente Activa
PEMAR	Población Clave (Según ONUSIDA la constituye Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres Trans y personas con VIH)
PEN 11-15	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida 2011-2015
PGN	Procuraduría General de Nación
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PPL	Personas Privadas de Libertad
PPS	Programas de Protección Social
PV	Personas con VIH
SBS	Secretaría de Bienestar Social
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación
SOSEP	Secretaría de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TRANS	Transgénero Transexual Travesti
UAI	Unidades de atención Integral (Hospitales Nacionales que atienden PV)
URL	Universidad Rafael Landívar
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

CAPITULO I

RESUMEN

En Guatemala, se ha notificado un total de 36,536 casos de VIH entre 1984 hasta 2016, por lo que se ubica dentro de los países con mayor vulnerabilidad al VIH en América Latina. Las poblaciones más afectadas son los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y mujeres Trans, sin embargo, se resalta que la epidemia se está feminizado ya que en los últimos 32 años la razón de hombre: mujer se ha transformado de 8:1 a 2:1 (MSPAS 2016:1).

El objetivo: Evaluar con enfoque de género, el acceso y el efecto de las políticas y programas de protección social en Guatemala, de las personas que viven y conviven con VIH y su relación con el ámbito laboral.

La metodología: Estudio retrospectivo con diseño mixto (cuantitativo-cualitativo). Fuentes primarias: 17 entrevistas semi estructuradas a informantes clave de OG y ONG relacionadas con el tema, 6 grupos focales de organizaciones de sociedad civil, 380 encuestas dirigidas a personas con VIH que asisten a las Unidades de atención integral (UAI), Instituto guatemalteco de seguridad social (IGSS) y 7 privadas de libertad. Fuentes secundarias: revisión bibliográfica.

Resultados: Únicamente el 6.6% de personas con VIH, están incluidas en programas sociales gubernamentales y 2.6% en no gubernamentales; únicamente 13.5% tiene acceso a seguridad social; y en materia de política específica para VIH, existe el decreto 638-2005 que debe ser revisado y actualizado para corregir vacíos identificados.


En el tema laboral, el 69.7% de personas con VIH se ubican en la economía informal, y un 40.3%

en sub empleo visible, sin embargo, este es más precario en lesbianas, mujeres trans y mujeres, quienes presentaron una tasa de informalidad de 92.3 86.4 y 69.4. El 90% de personas con VIH se encuentran en pobreza y 41% en pobreza extrema.

Conclusiones: El estudio evidencia la existencia de un círculo vicioso de pobreza, salud y desempleo en personas con VIH que se agudiza en el caso de mujeres y mujeres Trans. En este círculo se relaciona la falta de oportunidades laborales generales del país, que en el caso de personas con VIH es mayor debido al estigma y discriminación, lo que impiden el acceso a oportunidades laborales y deterioro de salud debido a que los servicios de salud especialmente las UAI tienen limitantes para ofrecen un servicio integral.

Existen avances en cuanto a reglamentos y estrategias multisectoriales para atender el problema nacional. Dichos avances se han enfocado desde la atención en salud, sin embargo, no se ha abordado el problema nacional con enfoque de protección social, por lo que se recomienda la incidencia política de la sociedad civil, para impulsar una política de protección social, tomando en cuenta las evidencias generadas en el presente estudio.

Este documento se estructuró en seis capítulos: capítulo 1. Introducción; 2. Contexto y marco legal del VIH en Guatemala; 3. Metodología; 4. Resultados diseminados en seis secciones (i. acceso a programas de protección social, ii. protección social específica en salud, iii. la situación de empleo formal e informal de las personas que viven con VIH, iv. barreras para



el acceso a protección social, v. efecto de los programas de protección social existentes, vi. avances institucionales en el período 2013-2106; 5. Conclusiones y 6. Recomendaciones.

Palabras clave: protección social, VIH, empleo formal e informal, estigma, discriminación.

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN

2.1 El objeto de estudio

La protección social en Guatemala para las personas que viven con VIH y sus familias

2.2 Antecedentes

Guatemala reporta un Índice de Desarrollo Humano con clasificación media de 0.640 colocándolo en la posición número 125 de 188 países. Esto indica que el país tiene problemas importantes que repercuten en carencias básicas y necesidades insatisfechas en la población y uno de los problemas importantes es el VIH y SIDA (PNUD 2016: 24).

En Guatemala, desde 1,984 a diciembre del año 2,013 se registraron 29,664 casos de VIH y en los últimos tres años se detectaron 6,872 casos nuevos alcanzando una cifra de 36,536 a diciembre del 2016. En el último año se identificó que el 62% de los casos corresponde a hombres y el 38% a mujeres, mientras que por grupo etareo cabe resaltar que el 7.4% son niñas y niños menores de 15 años.

En cuanto a localización, las tasas más altas de casos de VIH por cada 100 mil habitantes se ubican en los departamentos de Escuintla (24.1) Izabal (16.5) Guatemala (15.2) y Retalhuleu (11.2) (MSPAS CNE 2017:2).

En relación a la escolaridad, el 47% de las personas diagnosticadas con VIH en el último año son analfabetas, no tiene ningún grado de estudio o han cursado algún grado de la primaria. El 84% se identificó como persona ladina o mestiza y un 13% como maya.

Los grupos que presentan mayor prevalencia son los Hombres que tienen sexo con Hombres (8.9) y las Mujeres Trans (23.8). Anteriormente, las Trabajadoras sexuales (TS) se consideraba un grupo vulnerable, sin embargo, la prevalencia ha disminuido de 5 a 3.7, lo cual está relacionado con un incremento de 94.6% en el uso de condón consistentemente con sus clientes según la última encuesta de comportamientos y prácticas sexuales (UVG 2013: 34-37).

La vía de transmisión de VIH es principalmente sexual (93.8%), mientras que sólo un 5% es por transmisión vertical (madre a hijo/a) (MSPAS 2013:8).

En Guatemala se han desarrollado varias políticas para atender este problema epidemiológico, así como también para defender los derechos humanos de la población con VIH (OIT 2,010):

En el año 2,000 se aprueba La Ley General para el combate del VIH y del SIDA y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA, donde se declara como un problema social y de urgencia nacional.

En el 2,002 bajo la dirección del Programa VIH-SIDA del MSPAS se elaboró El Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA de Guatemala 2002-2003.

En el año 2,005 se aprobó La política pública 638-2005 respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del SIDA, con acompañamiento del Programa Nacional de VIH – SIDA del MSPAS.

En noviembre del año 2,009 se realizó una evaluación del Plan Estratégico de la respuesta a

ITS, VIH y SIDA en Guatemala, en la cual participaron Organizaciones como USAID/PASCA y el Programa Nacional de Sida del MSPAS. Este insumo fue vital para la elaboración del nuevo plan.

De abril a diciembre de 2010 se elaboró el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida 2011-2015 (PEN 11-15), este fue elaborado por el MSPAS a través de CONASIDA, aplicando la metodología Aids Strategic Action Plan (ASAP).

En el año 2012 en los meses de enero a marzo se elaboró el Plan Operativo del Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida 11-15, este plan se realizó con la participación de las Áreas de salud y las entidades nacionales e internacionales que han sido parte de la respuesta ante el VIH.

El 23 de julio de 2014 se aprobó el Acuerdo Gubernativo 229-2014 denominado Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional, donde se incluye la temática de VIH. En el artículo 6 Se prohíbe a los Patronos varios aspectos puntuales: 1. realizar la prueba de VIH como requisito para obtener un puesto laboral; 2. Despedir a una persona por su condición serológica 3. la discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH y la violación a la confidencialidad.

En 2016 se logró extender durante un año el Plan Estratégico Nacional 11-15. Esto debido a que se necesitaba más tiempo para elaborar el nuevo plan correspondiente a los próximos cinco años.

2.3 El Problema e hipótesis

A pesar de los documentos formulados y las estrategias desarrolladas por las diversas organizaciones, el problema persiste; se reportan aumentos de casos nuevos y un aproximado de 26 personas infectadas diariamente (UVG 2013: 37).

Además de lo anterior, la epidemia se está feminizando. En el caso de Guatemala, la razón hombre: mujer¹ se ha transformado de 8:1 a 2:1 en 30 años, por lo que es necesario, poner atención a factores que incrementan el riesgo de vulnerabilidad a las ITS o el VIH por razón de género, así como evaluar las consecuencias del VIH con un enfoque de género.

En Guatemala se ha trabajado en la materia de VIH desde finales de los años 90 en relación a la vulnerabilidad de infección, enfocado en la salud, así como se han desarrollado estrategias en respuesta al problema de estigma y discriminación, sin embargo, no se ha desarrollado una estrategia integral desde el enfoque de protección social y su relación con el tema laboral.

En el tema laboral, las personas con VIH se enfrentan a barreras como el estigma y la discriminación relacionadas al trabajo y, en consecuencia, se ven limitadas de acceso a seguro de salud, así como desempleo o empleos precarios y subempleo. Esta situación, puede tener como consecuencia que las personas con VIH se encuentren en condiciones de pobreza y con ello se deteriore su salud si carecen de servicios de salud integrales.

Derivado de lo anterior surgen las siguientes interrogantes.

- ¿Cuál es el acceso y cobertura a protección social que tienen las personas con VIH y sus familias en Guatemala?
- ¿Cómo influye la protección social a través de los servicios de salud en las personas con VIH?
- ¿Hasta qué punto, el estado de empleo de las personas con VIH, influye en el acceso a protección social?
- ¿Cuáles son las barreras de las personas con

¹ Se le llama tasa de masculinidad y se refiere a la relación entre el número de hombres y mujeres en una población dada.
www.Glosarios.servidor-alicante.com

- VIH para el acceso a la protección social?
- ¿Cuáles son los alcances de la protección social para reducir el impacto en las personas con VIH y sus familias?
- ¿Cuáles son los avances Institucionales en materia de protección social?

En todas las preguntas anteriores se consideró la desagregación por género, ya que en esta investigación el enfoque de género es transversal.

La hipótesis planteada:

El acceso y cobertura de protección social de las personas con VIH en Guatemala se limita en su mayoría a la prestación de servicios de salud públicos debido al poco acceso a trabajo formal y la falta de voluntad política para crear programas de protección social específico para personas con VIH.

2.4 Justificación

El trabajo informal puede ser una causa importante de la pobreza, ya que no existen garantías laborales para las personas ubicadas en este sector. A su vez, la persistencia de altos niveles de empleo informal y/o desempleo también reducen los ingresos y la capacidad del Estado para desarrollar sistemas de seguridad social.

En el caso de personas con VIH se enfrentan a problemas de acceso a seguro de salud, apoyo social y económico y a ello se le suma el estigma y discriminación relacionado con el VIH, con énfasis en la población LGTBIQ. Derivado de ello, se produce la auto-discriminación, que impide el acceso a trabajo y la interrupción o continuación del tratamiento.

Las personas con VIH en entornos de trabajo informales pierden sus salarios diarios por los días que visitan los servicios de salud y no tienen seguro de salud para cubrir los gastos de las infecciones oportunistas asociadas con el VIH y el SIDA ya que estos no siempre se cubren en los servicios de salud.

La epidemia cada día se está feminizando, lo cual

coloca a las mujeres en un grupo más vulnerable o excluido ya que son quienes menos acceso tienen a educación, empleo y goce de todos sus derechos fundamentales.

Derivado de lo anterior, se pretende investigar la cobertura de protección social en personas con VIH en Guatemala con enfoque de género, el impacto y la prevención a nuevas infecciones.

2.5 Objetivos de investigación

General

Evaluar con enfoque de género, el acceso y el efecto de las políticas y programas de protección social en Guatemala, de las personas que viven y conviven con VIH y su relación con el ámbito laboral.

Específicos

- Identificar el acceso y cobertura de servicios de protección social que tienen las personas que viven y conviven con VIH.
- Evaluar el acceso de la protección social que tienen las personas con VIH a través de los servicios de salud.
- Establecer la influencia del estado de empleo formal e informal de las personas que viven y conviven con VIH en relación al acceso a servicios de protección social.
- Identificar las barreras para garantizar la protección social a la población que vive y convive con VIH.
- Evaluar los efectos que los programas de protección social existentes en Guatemala, han alcanzado en las personas que viven y conviven con VIH.
- Determinar los avances institucionales en materia de estrategias y políticas desde el año 2013 al 2017.

CAPITULO III

CONTEXTO DE PROTECCION SOCIAL Y VIH

3.1 La protección social y el empleo en Personas con VIH

La protección social se define como las políticas y programas que individual o colectivamente tienen por objetivo ser protector o de alivio para la población, preventivo para evitar privaciones, de promoción para mejorar los ingresos y las capacidades y de transformación social frente a la inequidad social que a menudo apuntalan la pobreza crónica y la vulnerabilidad (Devereux y Sabates-Wheeler, 2004).

Figura 1: Los pilares fundamentales de la protección social



Fuente: Elaboración propia

Guatemala forma parte de los países miembros que firmaron La recomendación 202 de la OIT. El cumplimiento del mandato constitucional de la OIT debe ser definido en el plano nacional a partir de 4 pisos mínimos de protección social enfocada en el pilar de seguridad social:

(i) Acceso a un conjunto de bienes y servicios que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad.

(ii) Seguridad básica del ingreso para los niños y niñas que asegure el acceso a alimentación, educación, cuidados y otros necesarios.

(iii) Seguridad básica del ingreso, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez

(iv) Seguridad básica del ingreso para las personas de edad.

Estos pilares se reflejan en el enfoque de la protección social del VIH-sensible del ONUSIDA que incluye:

- (i) la protección financiera a través de transferencias predecibles de dinero, alimentos u otros,
- (ii) el acceso a servicios de calidad a precios asequibles, y la gratuidad.
- (iii) las políticas, la legislación y la reglamentación para respetar los derechos de los más vulnerables y excluidos.

Este enfoque de protección social inclusiva es sensible para ayudar a abordar los múltiples factores sociales determinantes de la epidemia tales como la desigualdad de ingresos, las desigualdades de género, la exclusión social, así como la mitigación de los impactos de la epidemia (Temin, 2010; Miller y Samson, 2012).

Por otra parte, la protección social es un instrumento clave de la política pública para hacer frente a los impactos socio-económicos del VIH, como la mitigación de la pobreza y el acceso a los servicios, por lo que se hace necesario abordar la temática de las políticas públicas.

Este estudio se apega al concepto de Carlos Vargas (2000) que visualiza a las políticas públicas en movimiento, a través de sucesivas respuestas del Estado frente a los problemas identificados y comunicados por la sociedad.

Si bien las respuestas, son otorgadas por el Estado como garante de derechos humanos, nunca una política es una sola decisión, ya que intervienen decisiones simultáneas o secuenciales. Cada decisión es producto de las luchas de poder entre los diferentes actores sociales y políticos, incluso cuando el Estado no atiende a las demandas sociales de un problema específico, también está tomando una posición que puede estar vinculada con presiones de las elites económicas del país o presiones internacionales. (Vargas 2000: 45).

3.2 ¿Por qué es importante la protección social a la población con VIH?

La protección social contribuye a la prevención del VIH y mitigación del impacto del SIDA, ya que tiene por objeto prevenir la pobreza y el apoyo para satisfacer el sustento básico a los pueblos, la educación y las necesidades de salud.

La Recomendación de la OIT N ° 200 sobre el VIH y el SIDA en el mundo del trabajo establece que las medidas para hacer frente al VIH y el SIDA en el mundo del trabajo deberían formar parte de las políticas y programas nacionales de desarrollo, incluidas las relacionadas con el trabajo, la educación, la protección social y la salud (OIT 2010: 4).

Esta recomendación hace hincapié en la protección de las personas trabajadoras en la economía formal e informal y en ocupaciones donde el riesgo de transmisión del VIH es mayor, como es el caso del trabajo sexual. También hace hincapié en la importancia de abordar las dimensiones de género de la epidemia del VIH, asegurando que la igualdad de género y empoderamiento de la mujer son factores clave en la respuesta al VIH y el SIDA (OIT 2010: 4-5).

Por otra parte, es importante fomentar el diálogo social entre los empleadores públicos y privados y las personas trabajadoras, y las organizaciones de la sociedad civil pertinentes, especialmente las que representan a personas que viven con el VIH (OIT 2010: 8-9).

En cuanto al tema de programas sociales, los estudios indican que estas estrategias, bien dirigidas, tienen relación directa con la reducción de las vulnerabilidades que carecen las personas con VIH y permite a las personas soportar mejor la crisis, aunque no son suficientes para hacer frente a las desigualdades estructurales que alimentan la epidemia del VIH y derivado de ello, se debe tener políticas integrales de protección social que incluyan todos los pisos de protección. (Miller y Samson, 2012).

3.3 Contexto Nacional y Protección social

Guatemala es un país de contrastes étnico, pluricultural y multilingüe, que se manifiesta a través de la coexistencia de cuatro grupos principales: mestizo/ladino, maya (con 21 grupos étnicos), garífuna y xinca.

Se estima que la población para el 2016 es de 16,924,190 habitantes con una tasa de crecimiento de 2.4% anual, se considera que el 69% de la población es menor de 30 años.

La población indígena representa el 38.8% y la no indígena 61.2%; la distribución de la población por sexo corresponde a 51.5% mujeres y 48.5% hombres².

Cuatro regiones del país exhiben los mayores riesgos de mortalidad materna³ (Región Central, Sur occidente, Nororiente y Sur oriente) y albergan a más de la mitad (54%) de la población guatemalteca. Tres de estas regiones (Sur oriente, Central y Sur occidente) registran tasas de fecundidad elevadas. (ENCOVI 2014).

La esperanza de vida de las niñas y niños se ve reducida por altas tasas de mortalidad: de cada mil nacidos vivos, 28 mueren antes de cumplir un año y 35 han muerto antes de cumplir cinco años. Además, la mitad de los niños y niñas padecen desnutrición crónica (46.5%)(ENSMI 2014: 11).

Para el 2014 el índice de pobreza⁴ en Guatemala se calcula en 59.3 y la pobreza extrema⁵ en 15.7, ambos índices se elevaron en 14 años en 2.9 y 8.1 puntos porcentuales respectivamente. Por etnicidad la pobreza es 1.7 veces mayor en la población indígena comparada con la no indígena(ENCOVI 2014: 3-8).

De los 6.2 millones de personas que conforman la PEA, 62 de cada 100 personas en edad de trabajar están laborando o buscando un empleo. El 69.3% labora en el sector informal, porcentaje que aumentó 3.3 puntos en un año. La actividad económica de este sector corresponde a agricultura (42.0%), comercio (28.5%) industria manufacturera (11.9%) y otros servicios (10.4%) (ENEI 2014: 31-35).

El 14.4% se encuentra en condición de subempleado. Solo 37.9% de la Población Económicamente Activa (PEA) tiene prestaciones y el 37% está afiliado al IGSS, Los ocupados en el área urbana metropolitana tienen mayor acceso al seguro social. (ENEI 2014).

De cada 10 hombres en edad de trabajar, 8 forman parte de la PEA, mientras que solo 4 mujeres de cada 10; Solo el 41.4% de las personas trabajadoras son mujeres. Es más difícil para la población indígena acceder a un empleo formal.

El desempleo a nivel nacional es de 2.9%. En cuanto a la brecha entre sexos, la mujer presenta una tasa mayor de desempleo (3.8%) respecto a la de los hombres (2.4%). (ENEI 2014: 36-47).

El trabajo infantil, denota 9.8% a nivel Nacional, la niñez más afectada es la niñez indígena entre 7 a 14 años(69.2%) (ENEI 2014:).

En el último monitoreo de salario en el sector agrícola, se determinó que el 70% de estos trabajadores, recibe menos Q1,000 mensuales, evidenciando el fuerte desequilibrio entre el salario mínimo y el costo de la canasta básica que al momento era de Q.4,668.61 (página 18. Informe de la Alta Comisionada de las ONU para los DDHH

² http://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/poblacion-y-censo/guatemala-tiene-de-las-tasas-mas-altas-de-crecimiento-poblacional-de-a-latina_Wq3oaNI9f6Ztd8FpCiqdG3/

³ Morbilidad se refiere a la proporción de personas que se enferman en un espacio y tiempo determinado y la mortalidad se refiere a las muertes.

⁴ Personas que no alcanzan a cubrir el costo de la canasta básica vital Q10,218 para el año 2014 al momento de la Encuesta

⁵ Personas que no alcanzan a cubrir el costo de la canasta básica Q 4,427 para el año 2014 al momento de la Encuesta

sobre las actividades de su oficina en Guatemala 2012).

En relación a la seguridad social, la Constitución Política de la República de Guatemala, establece en el artículo 100 que: “El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su régimen se instituye como función pública en forma nacional, unitaria y obligatoria”. Para el año 2000 IGSS, solo daba cobertura al 22.8% por ciento de la PEA que equivalen a casi 1.3 millones personas.

Hasta el momento, el tema de protección social se ha definido de forma parcial en los planes de desarrollo nacional, a continuación se citan los elementos de protección social en los planes de desarrollo:

El Plan Nacional de Desarrollo 1971-1975:

- a) Esfuerzo continuado para mejorar la salud y la vitalidad de la población, extendiendo su esperanza de vida.
- b) Desarrollo de una política apropiada de empleo, disminución del desempleo y aumento de oportunidades para las mujeres. El Plan de Desarrollo 1975-1979 Hizo énfasis en el desarrollo y perfeccionamiento de los recursos humanos del país por medio de:
- c) Perfeccionar a la población en su dimensión de factor de desarrollo, lo que es condición para la elevación de la productividad y el crecimiento económico.
- d) Reducir el desempleo abierto y el subempleo.

El Plan de Desarrollo 1979-1985, estaba orientado a influir en los determinantes socioeconómicos que afectan la mortalidad a nivel regional, en la migración interna, como elementos de la dinámica de población. Ello con el fin de lograr

una composición y una tasa de crecimiento de la población acorde con los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1987-1991 se propuso la satisfacción de las necesidades básicas de la población a través de los componentes:

- a) El conjunto de políticas sectoriales y regionales que mejoren el nivel de vida.
- b) El conjunto de políticas encaminadas al logro de la descentralización administrativa y a la desconcentración económica, en cuya base podría modificarse la dirección de las corrientes migratorias para alcanzar una mejor ocupación territorial.
- c) Políticas de salud que incidirán en los niveles de mortalidad especialmente la infantil.

La Política Económica y Social 1991-1996 incluía acciones y metas prioritarias para los componentes salud, alimentación y nutrición, educación básica y alfabetización, fortalecimiento de la familia, promoción de la mujer y medio ambiente.

El Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) 1996-2000 contaba con una serie de principios que orientaron con sustento institucional la política social, entre ellos se tiene:

- a) El respeto a la vida en todas sus manifestaciones.
- b) El concepto de la persona humana como centro y sujeto del desarrollo, potenciando el desarrollo social sostenible.

La política de Desarrollo Social y Población se formula en cumplimiento del mandato legal y político vigente en el país, partiendo de la Constitución Política de la República que establece, en el artículo 119, que son obligaciones del Estado:

- a) Promover el desarrollo económico de la nación.
- b) Velar por la elevación del nivel de vida de todos los habitantes.
- c) Promover condiciones necesarias que potencien el desarrollo económico y social de la población, con especial interés en aquellos grupos que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

3.4 Marco legal de VIH en Guatemala

En la siguiente figura se resume el marco legal del tema VIH en Guatemala, su interpretación inicia desde la base hasta la parte más alta:

Figura 2: Marco legal VIH en Guatemala



Fuente: elaboración propia a partir de la legislación nacional disponible.

Todas las normativas que rigen el país son fundamentadas en la **Constitución Política de la República de Guatemala**, que da los lineamientos de las garantías constitucionales. Los tratados y convenios internacionales firmados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno, en cuya categoría se encuentra la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**.

En 1961 se elaboró el Decreto 1441 **Código de Trabajo** que regula todo lo referente en materia laboral, sin embargo, es importante citar que en el Artículo 63 son obligaciones de los trabajadores:

“(...) literal f) Someterse a reconocimiento médico, sea al solicitar su ingreso al trabajo o durante éste, a solicitud del patrono, para comprobar que no padecen alguna incapacidad permanente o alguna enfermedad profesional contagiosa o incurable; o a petición del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con cualquier motivo; (...)”.

El párrafo se refiere a ejecución de pruebas de VIH a los trabajadores, lo cual es contradictorio al decreto 27-2000 que indica que las pruebas de VIH deben ser voluntarias.

El Decreto 90-97 **Código de Salud** estipula y otorga la rectoría en materia de salud al MSPAS, dando lineamientos para la prevención fomentando estilos de vida saludables, atención para reducir la morbilidad y la mortalidad, a través de la vigilancia epidemiológica, así mismo poder tomar decisiones en atención a epidemias en el país (artículo 62). También es responsable de formular, evaluar y supervisar acciones dirigidas al control de las ETS y VIH/SIDA, así como de apoyar el desarrollo de programas de educación, detección, prevención y control con la participación de diversos sectores.

El Decreto 97-96 **Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intra Familiar**, Es una de las primeras leyes para atender al problema social de la Violencia. En esta se identifica a la transmisión de VIH como violencia sexual. En el Artículo 1.

Violencia intrafamiliar. *“La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas”.*

El Decreto 27-2000 **Ley General para el Combate del VIH y SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida**. Fue elaborada en el año 2000, con el fin de mitigar estigma y discriminación a la epidemia.


El Acuerdo Gubernativo 317-2002 Reglamento de la **Ley General para el Combate del VIH y SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida**. Con el fin de aplicar el Decreto 27-2000.

Política Publica 638-2005 **Respecto de la Prevención de las ITS y a la respuesta de la Epidemia del SIDA**.

El Decreto 42-2001 **Ley de Desarrollo Social**. Esta ley genera la **Política Publica de Desarrollo Social y Población**.

Decreto 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su Integración al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue fundamentada su creación en la Ley de Desarrollo Social, para abordar problemas de salud sexual y reproductiva.

En el año 2009, se aprueba el Acuerdo Gubernativo 279-2009 **Reglamento de la ley de acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar y su integración al programa nacional de salud sexual y reproductiva**, que ha permitido implementar tanto la Comisión Nacional de Aseguramientos de Anticonceptivos, como la educación integral en



sexualidad humana, como forma de prevención de adquirir infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

El Decreto 22-2008 **contra el femicidio y otras formas de violencia contra las mujeres** evidencian la problemática que afecta a las mujeres para el acceso a métodos de planificación familiar y sobre la transmisión de infecciones sexuales a través de sus parejas.

Artículo 3. Definiciones. Para los efectos de esta ley se entenderá por: (...) *literal n) Violencia sexual: Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.*

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Esta investigación se plantea como un estudio retrospectivo con un diseño de método mixto que integra la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos para profundizar la comprensión de los resultados. Sin embargo, el estudio también tiene una perspectiva transversal, lo que significa, que busca explorar, describir o explicar las variables de interés en un momento determinado en el tiempo.

4.2 Universo

Para responder a los objetivos planteados en la investigación, los sujetos de estudio fueron las siguientes poblaciones:

- Personas identificadas con VIH que trabajan en la economía formal.
- Personas identificadas con VIH que trabajan en la economía informal.
- Representantes de Organizaciones gubernamentales relacionados con la temática VIH.
- Representantes de donantes relacionados con la temática VIH
- Representantes de Organizaciones no gubernamentales relacionados con la temática VIH

Para esta investigación, la definición de la economía informal, se basan en la tipología de la OIT que incluye a las personas: (i) Trabajadoras no empleadas por las instituciones formales, (ii) Trabajadoras empleadas por las instituciones formales, pero bajo contrato por lo que no tienen acceso a los seguros, (iii) Trabajadoras temporales,

y (iv) Trabajadoras con su propio negocio.

4.3 Muestra

4.3.1 Criterios de selección

- Las personas con VIH que asisten al IGSS o a las UAI
- Las personas con VIH que están empleadas, desempleadas o jubiladas

4.3.2 Criterios de exclusión

- Las personas que se negaron a participar en el estudio
- Las personas menores de 15 años de edad
- Las personas enfermas o indispuestas
- La persona que participó en la validación del cuestionario.

4.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra

Población o Universo: 29,664 personas con diagnóstico de VIH⁶.

Cálculo de la muestra a través del software estadístico EPI- DAT versión 2.0

Tamaño poblacional: 29664

Nivel de confianza: 95.0%

Margen de error 5%

⁶ Según el reporte del sistema de monitoreo y evaluación del Programa Nacional VIH Ministerio de Salud Pública y Asistencia social a diciembre 2,012.

Muestra: 380 encuestas a personas con VIH⁷

Cuadro 1: Distribución de la muestra

Población	Lugar de atención	Totales	Porcentaje
Trabajadores formales y beneficiarios	IGSS	169	44.5%
Trabajadores informales	UAI Ministerio Salud	204	53.7%
Privados de libertad	Prisión Izabal	7	1.8%

Cuadro 2: Distribución según la autodeterminación de participantes por género

Género y sexo	Número	Porcentaje
Hombre	168	44.2%
Mujer	145	38.2%
Gay	31	8.1 %
Trans	22	5.8%
Lesbiana	14	3.7%
Total	380	100%

Para las encuestas con las personas que asisten a las UAI (afuera de las instalaciones), y las personas que asisten al IGSS se utilizó el método de muestreo de bola de nieve con pares. En el caso de las entrevistas y grupos focales se utilizó el método de muestreo probabilístico aleatorio.

4.4 Técnicas de investigación

Se realizaron tres fases, iniciando con la fase exploratoria a través del examen teórico utilizando las técnicas de revisión bibliográfica de fuentes primarias relacionadas con el tema y análisis de información. En esta fase también se recopiló información cualitativa a través de la técnica de entrevistas semiestructuradas dirigida a funcionarios y funcionarias, responsables de programas que trabajan sobre el tema de VIH-SIDA en las diferentes instituciones gubernamentales, donantes y no gubernamentales. (Ver detalles de en anexo 2)

En la segunda fase se recopiló información cualitativa a través de la técnica de grupos focales conformados por representantes de las Organizaciones de la sociedad civil y/o por personas

que viven con VIH. En total se desarrollaron 6 grupos focales con un total de 52 personas.

En esta fase, la información cuantitativa se recopiló a través de la técnica de encuesta dirigida a personas que viven con VIH:

- 204 encuestas a personas ubicadas en la economía informal o desempleo, usuarias de 4 Unidades de Atención Integral UAI (Hospital Roosevelt Guatemala, Hospital Nacional San Benito Petén, Hospital Nacional de Escuintla, Hospital regional de Coatepeque).
- 169 encuestas a personas ubicadas en la economía formal usuarias del IGSS en la Unidad de infectología, ciudad de Guatemala.

⁷ Se estimó un 5% adicional a la muestra: 400 personas que viven con VIH, sin embargo, se descartaron 20 encuestas no confiables, por lo que finalmente se desarrolló el análisis con 380.

- 17 encuestas a personas privadas de libertad en Centro Penal de rehabilitación para hombres y mujeres Puerto Barrios, Centro Preventivo Pavón y Centro Preventivo Pavoncito.

Se realizó una tercera fase a través del examen teórico de fuentes primarias actuales para el análisis de coyuntura y evaluación de avance en el tema de protección social desde el momento de la investigación a la fecha.

La fecha de realización de recolección de información se dio en dos momentos: La fase exploratoria y la segunda fase se realizó entre el mes de agosto a noviembre del año 2013 y la última fase previa a la elaboración del presente documento de actualización se realizó en el mes de marzo del año 2017.

4.5 La información recolectada:

A través de la fase exploratoria se recopiló la disponibilidad de estrategias, políticas y programas dirigidos a la población con VIH y en las entrevistas se abordaron los temas centrales:

- Programas de protección social disponibles en la Organización que representa, y la cobertura que abarca;
- los aspectos positivos y las limitantes de los programas disponibles;
- su opinión en relación a la responsabilidad de protección social por parte del gobierno, la iniciativa privada, la sociedad civil y las organizaciones independientes.

En la segunda fase correspondiente a las 380 encuestas dirigidas a las personas con VIH y 6 grupos focales se recopilaron los siguientes elementos.

Los temas de encuesta dirigida a las 380 personas con VIH:

- datos personales;
- caracterización demográfica;
- experiencias de estigma y discriminación;
- prestaciones de protección social a las que tiene acceso;
- acceso y cobertura a servicios de salud;
- situación laboral y programas de protección social relacionadas con empleo;
- necesidades de tener personas que les cuiden en período de enfermedad y SIDA;
- efectos de la protección social.

Los temas de grupos focales: i) El papel y responsabilidad de las organizaciones que representan en el tema de VIH, ii) la contribución de las Organizaciones a la protección social; iii) la relación de la protección social desde el ámbito público, privado y de sociedad civil; iv) las barreras de las personas con VIH para el acceso a protección social.

En la última fase, se recopilaron nuevamente las estrategias, políticas y programas con el fin de analizar los avances y rezagos entre la situación encontrada en las fases anteriores (año 2013) y la coyuntura actual (año 2017)

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Acceso a programas de protección social

En Guatemala La Secretaría General de Planificación SEGEPLAN ha liderado los procesos de la protección social en el país, a través de políticas públicas y compromisos internacionales; ejemplo de ello son los objetivos de desarrollo del milenio y actualmente los objetivos de desarrollo sostenible, así mismo está implementando el Plan Nacional de Desarrollo Katún 2032.

El 7 de febrero del año 2012 se creó el Ministerio de Desarrollo Social con el fin de institucionalizar los programas sociales y es denominado el ente rector, encargado de formular, dictar y establecer las políticas públicas orientadas a mejorar el nivel de vida y bienestar de las personas y grupos vulnerables del país (Decreto 1-2012)

Para esta investigación, se revisó la disponibilidad y cobertura de protección social a partir de los 4 pilares descritos en el marco teórico capítulo II de

este documento 1. Asistencia social 2. Seguridad social 3. Servicios sociales y 4. Políticas legislación y reglamentación.

5.1.1 Asistencia social

Los programas de asistencia social se implementaron en la administración pública 2008-2011 a través de la Secretaría de obras sociales de la esposa del presidente -SOSEP- y a partir del año 2012 es el Ministerio de Desarrollo el responsable de este tema.

Los programas sociales que se han implementado en estas últimas tres administraciones gubernamentales básicamente son las transferencias monetarias, bolsas de alimentos, comedores con alimentos servidos, alimento complementario para infantes y atención a jóvenes, sin embargo, hasta el momento no hay ningún programa específico para la población con VIH como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 3: Programas sociales implementados en Guatemala durante las últimas tres administraciones gubernamentales 2008 – 2016

Tipo de programa	Programas implementados en cada Administración gubernamental			Criterio de Elegibilidad
	2008-2011	2012-2015	2016-2019	
Transferencias monetarias condicionadas	Mi familia progresa	Mi bono seguro	Mi bolsa segura	Hogares en pobreza y pobreza extrema del área rural
Bolsa familiar de alimentos	Mi bolsa solidaria	Mi bolsa segura		Hogares en riesgo social del área urbano marginal
Comedores (alimentos preparados)	Comedores	Mi comedor seguro		Personas y familias vulnerables por su situación de pobreza, crisis, emergencias, calamidades u otras, que afectan su acceso a la alimentación.
Atención a jóvenes	Escuelas abiertas	Jóvenes protagonistas	Jóvenes protagonistas	Jóvenes en riesgo social del área urbano marginal
Becas escolares	Becas escolares	Mi beca segura	Becas de educación media y superior	Jóvenes en riesgo social del área urbano marginal
Alimento infantil complementario	Vitacereal	Vitacereal	Vitacereal	Actividad del Programa Hambre cero para la Reducción de la desnutrición crónica

Fuente: elaboración propia, información de www.mides.org.gt

El objetivo de los programas sociales es la reducción de la pobreza el alivio de la pobreza y el desarrollo, sin embargo, ha sido insuficiente para la población en general.

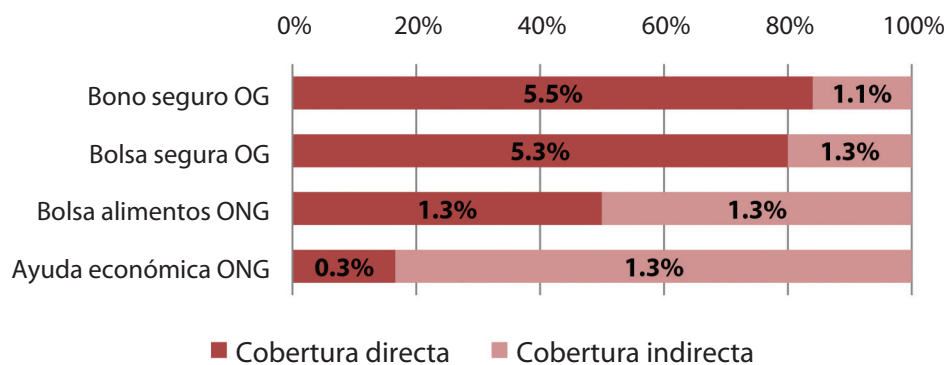
En la administración de Álvaro Colom (2008-2011) se beneficiarios casi 600 mil familias y la pobreza extrema disminuyó de 24% al 16%. En la administración de Otto Perez (2012-2015) el presupuesto para los programas sociales disminuyó, ya que para el MIDES se asignó el 2.07% del presupuesto total y el 0.31% del PIB (ASIES 2012). En el primer año de gobierno, se invirtieron Q234 millones, sin embargo, disminuyó a Q92 millones en el último año y la pobreza aumentó al 25%.

En el gobierno actual el MIDES tiene asignado un presupuesto de Q1,025 millones, sin embargo, el primer año la ejecución presupuestaria se centró en pago de salarios y acciones operativas, por lo tanto, las familias pobres no han recibido lo esperado para el alivio de la pobreza.⁸

Si la cobertura ha sido insuficiente para la población en general, para el caso de las personas con VIH es mínima, ya que no son seleccionadas por su condición serológica debido a que los gobiernos hasta ahora no ha dirigido programas específicos para brindar apoyo a este grupo en particular, más bien ha sido una tarea cubierta por algunas ONG, aunque ha sido insuficiente.

En el año 2013 únicamente el 6.6% de las personas con VIH indicaron estar incluidas en un programa social gubernamental, de estas el 5.5% fue la beneficiaria directa, el 2.6% reportó estar incluida en un programa no gubernamental, de estas únicamente el 1.3% fue la beneficiaria directa por ser un programa específico para personas con VIH en condiciones de pobreza como se observa en la siguiente figura.

Figura 3: Servicios de asistencia social que reportaron las personas con VIH que asisten al IGSS o las UAI noviembre 2013, n= 380



Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

⁸ <https://nomada.gt/Jimmy-vrs-programas-sociales-cuanto-ha-invertido/>

5.1.2 Seguridad social

En Guatemala, el IGSS⁹ es la entidad que presta los servicios de seguridad social. Cuenta con 26 hospitales y 98 servicios hospitalarios. Actualmente cubre a 4,762,930 de las cuales 2,781,527 son derecho habientes o afiliadas, beneficiarias, jubiladas y pensionadas.

Atiende a 3,996 con VIH, cifra que representa el 10.9% de la población total con VIH¹⁰ y no cubre a las personas de la economía informal.

La Misión del IGSS es “Proteger a nuestra población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley”¹¹ y cubre a personas que trabajan o se jubilaron en la economía formal y sus familiares .

Se financia a través de contribuciones de personas empleadas y patronos de la iniciativa privada y pública, como proporción de los salarios pagados.

Las personas afiliadas y beneficiarias llegan a 2.4 millones, representando un 25% de la población económicamente activa (PEA) y 17% de la población total. Las contribuciones para la atención de salud hacen el 10% de los salarios, de los cuales pagan 7% las personas empleadas y 3% los patronos.

En la actualidad, el IGSS administra dos programas de protección, el primero dedicado a la Invalidez, la Vejez y Supervivencia (IVS) y el segundo a la Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA).

El Régimen de Seguridad Social comprende protección y beneficios en caso de que ocurran los siguientes riesgos de carácter social:

- (i) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- (ii) Maternidad;
- (iii) Enfermedades generales;
- (i) Invalidez;
- (ii) Orfandad;
- (iii) Viudez;
- (iv) Vejez;
- (viii) Muerte (gastos de entierro);

La cobertura de los programas de seguridad social del IGSS de acuerdo con las recomendaciones de la OIT:

- Jubilación o pensión: Prestación económica ya sea por la edad, por invalidez o por sobrevivencia 158,910 personas.
- Jubilación por accidentes: 5,483 personas.
- Seguro de desempleo: Esto no se ha implementado en Guatemala por ninguna instancia.
- Seguro de desastres: No se ha implementado en Guatemala, sin embargo, los desastres naturales han devastado varias regiones del país y han provocado pérdidas de alimentos, pobreza y desnutrición aguda.

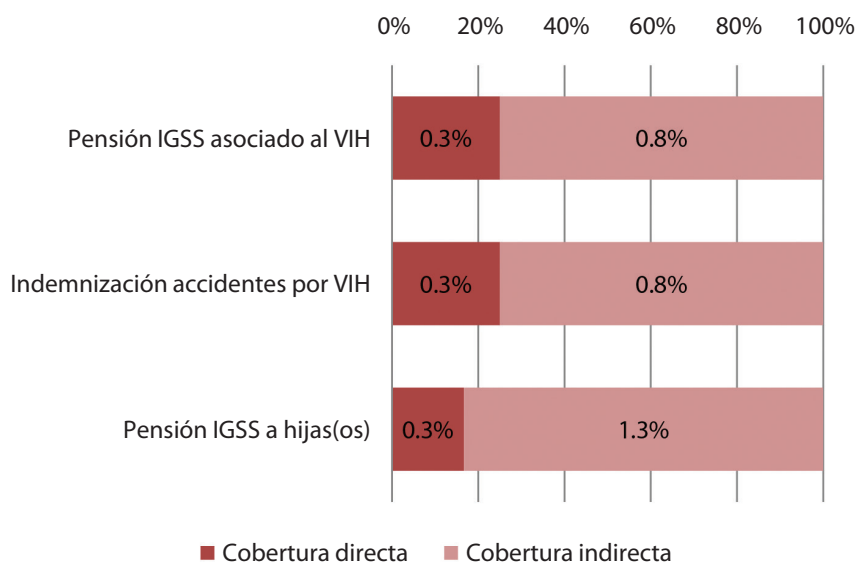
En el caso de las personas con VIH únicamente el 1.1% tienen acceso a pensión del IGSS asociada al VIH, de este dato el 0.3% corresponde a cobertura directa y el 0.8% tiene acceso a esta pensión por ser familiar de una persona cubierta por el IGSS como se observa en la siguiente figura.

⁹ El IGSS fue fundado el 28 de octubre de 1946 por el Decreto 295 del Congreso de la república de Guatemala, y firmado por el entonces presidente de la República de Guatemala Doctor Juan José Arévalo, actualmente se encuentra anexada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, sin embargo, esto no impide su autonomía.

¹⁰ (http://www.igssgt.org/images/informes/subgerencias/boletin_estadistico_ps2015.pdf)

¹¹ www.igss.org.gt

Figura 4: Servicios de seguro social que tienen acceso las personas con VIH noviembre 2013, n= 380



Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

Hasta el año 2006, toda persona diagnosticada con VIH **con trabajo formal** podía optar a los beneficios de Pensión por Invalidez y sobrevivencia del seguro social, sin embargo, ese mismo año fue declarada una enfermedad "CATASTROFICA" o crónica, dado que las personas podían continuar con una calidad de vida gracias a la terapia antirretroviral, por lo tanto, se suspendieron estas pensiones.

La sociedad civil, indicó que esta decisión se contradice con el Decreto 27-2000 artículo 49 Derecho a la seguridad social. *"Las personas trabajadoras que vivan con VIH/Sida que estén bajo la cobertura del IGSS- recibirán los beneficios de esté, sin limitárseles bajo ningún concepto este derecho. Por el carácter crónico de la infección por VIH/Sida, dichos beneficios serán de por vida"*.¹²

5.1.3 Servicios sociales

Hogares Infantiles: En Guatemala existe un aproximado de 165 hogares infantiles para niñez

huérfana (más del 95 por ciento son privados) atienden un promedio de 220 niños y niñas.

Específicos para niñez con VIH están El Hospicio San José. A esta ONG se le asignó un renglón presupuestario por el Congreso de la República a partir del año 2013 lo que les permite dar atención integral a la niñez con VIH y huérfanos a causa de sida.

Es una entidad que brinda todo tipo de apoyo social: alimentos, vestuario, útiles escolares, educación, atención odontológica, encamamiento, servicios funerarios de personas que fallecen con VIH si es de escasos recursos, sin embargo, en el año 2016 sufrió un recorte de 2.6 millones para su funcionamiento.

El Consejo Nacional de Adopciones (CNA) es responsable de registrar y coordinar las adopciones en Guatemala y los hogares infantiles. En el año 2,008 entró en vigencia una nueva ley de adopciones y se está promoviendo que la niñez sea adoptada por

¹² Decreto 27-2000 Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida- y de la promoción, protección y respeto de los Derechos Humanos ante el VIH/Sida.

familias guatemaltecas y en menor proporción de extranjeros.¹³

Guarderías infantiles: La Secretaría de Asuntos Sociales (SAS) de la Municipalidad de Guatemala atiende 1,500 niños y niñas en edad preescolar en guarderías y jardines infantiles. Donde además de alimentación y educación, reciben educación formal¹⁴. No hay guarderías específicas para infantes con VIH.

Refugios para mujeres: En Guatemala existen un aproximado de 30 refugios para mujeres maltratadas o que han sufrido violencia intrafamiliar, en su mayoría son instituciones privadas. Ejemplo Asociación Nuevos Horizontes, Fundación Sobrevivientes que acompaña procesos legales de las mujeres. No existe refugios específicos para personas con VIH.

Hogares para personas de la tercera edad: en Guatemala existe una ley de protección para las personas de la tercera edad (decreto 80-96) en el año 1,997 se elaboró las reformas a la ley (decreto 2-97) y se creó un comité de protección a la vejez para su organización y coordinación. (MSPAS 2010) Actualmente funciona un aproximado de 22 casa hogares para atender un promedio de 28 ancianos y ancianas en cada hogar. No existen espacios especiales para personas de la tercera edad con VIH.

5.1.4 Políticas, legislación y reglamentación

Producto de los acuerdos de paz¹⁵ se creó La ley de desarrollo social, decreto 42-2001, aprobada el 19 de octubre de 2001, con los principios de igualdad, equidad, libertad, organización de la familia,

derecho al desarrollo, atención a poblaciones vulnerables y descentralización. Las personas con VIH son consideradas como Poblaciones Vulnerables en esta ley, por lo que deben ser incluidas con los beneficios de dichos programas tanto las personas con VIH como su núcleo familiar¹⁶.

La Estrategia de Reducción de la Pobreza parte de un diagnóstico que indica que “...la pobreza es extensa, profunda y predominantemente rural” por lo cual se establecen lineamientos generales de priorización de acciones de desarrollo (SEGEPLAN 2001:29).

SEGEPLAN está desarrollando acciones para los Objetivos de desarrollo sostenible ODS, y el Plan Katún 2032 tomando como base la Política de Desarrollo Social y el contexto de la Población.

En materia de salud, la Política de desarrollo social tiene por objetivos generales:

- Reducir en un 15 por ciento la mortalidad materna y en un 10 por ciento la mortalidad infantil, en el mediano plazo.
- Reducir en un 20 por ciento las infecciones de transmisión sexual y el VIH-Sida, en el largo plazo.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer los servicios de salud reproductiva.
- Mejorar la información en cuanto a salud reproductiva.
- Aumentar el personal calificado en cuanto a salud reproductiva.
- Informar y educar a la población en el tema de salud reproductiva.

¹³ <http://www.elperiodico.com.gt/es/20100808/domingo/168534/>

¹⁴ <http://sociales.muniguatemala.com>

¹⁵ Los acuerdos de paz se firmaron en el año 1996 por el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG).

¹⁶ En el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria se registró: “una paz firme y duradera debe cimentarse sobre un desarrollo socioeconómico orientado al bien común que responda a las necesidades de toda la población”. En el párrafo 15 se establece “el crecimiento económico acelerado del país es necesario para la generación de empleo y su desarrollo social. El desarrollo social es, a su vez, indispensable para su crecimiento económico y una inserción en la economía mundial”, y en párrafo 16 se señala que El Estado debe procurar el goce efectivo, sin discriminación del derecho al trabajo, la salud, educación y todos los demás derechos sociales.

- Fortalecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Programa de Salud Reproductiva en especial.
- Fortalecer la atención integral de ITS/VIH/Sida.
- Informar y educar a la población para la prevención de ITS/VIH/Sida.

Han transcurrido 21 años de la firma de acuerdos de paz y 15 de la creación de la Política de Desarrollo Rural, sin embargo, no se ha aprobado la ley.

En materia de VIH Existe una política pública 638-2005 respecto a prevención de ITS y el combate del VIH y SIDA la cual se fundamenta en los principios de: dignidad, diferencia de género, atención priorizada a grupos vulnerables, movilización comunitaria, estrategias de la sociedad civil, enfoque integral multidisciplinario e intersectorial.

El objetivo de la política es Implementar los mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, VIH y el SIDA, como problema social y económico de urgencia nacional, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

Existen algunos vacíos en la formulación de la Política: no se menciona la cobertura de hijas(os) de afiliados al IGSS, menores de edad no pueden realizarse una prueba de VIH sin la autorización de los padres. En el 2014 se mencionó que se realizaría un proceso de revisión sin embargo no se conoce ningún producto de ello a la fecha.

El Plan Estratégico Nacional de prevención, atención y control de ITS, VIH y SIDA 2,011-2,015 (PEN 11-15) ha concluido y se extendió la ampliación por un año más, sin embargo a la fecha no se conoce el plan estratégico de seguimiento, únicamente

se tiene conocimiento que el Plan 2017-2021 se encuentra en proceso de construcción por un grupo consultor pagado por OPS y USAID.

En el sector privado se han elaborado 4 políticas de VIH con el apoyo técnico de ONUSIDA: Fundabanano, Funcafé, sector azucarero, textil. Todavía no se conocen resultados de estas políticas.

5.2 La protección social a través de los servicios de salud

5.2.1 Acceso a servicios de salud

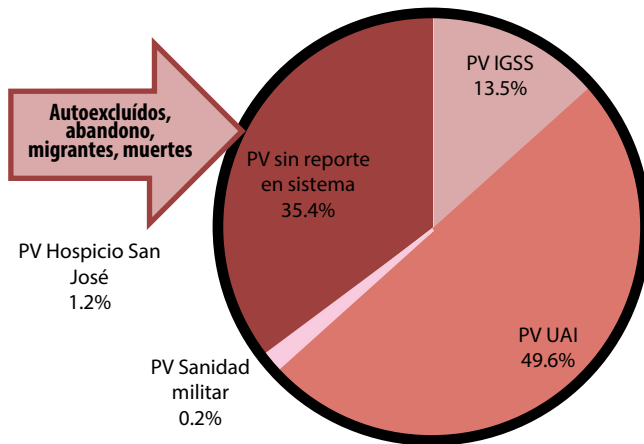
El acceso de las personas con VIH a servicios de salud tiene relación con el trabajo. Las personas empleadas o familiares ubicadas en la economía formal son atendidas en el IGSS y representa un aproximado del 10.9% , mientras que las personas en la economía informal o sin empleo son atendidas en las 16 UAI del Ministerio de Salud, Hospicio San José, Sanidad Militar y algunas otras Organizaciones que apoyan en la prestación de los servicios.

En el año 2012 se identificó que la mayoría de personas diagnósticas con VIH asisten a las UAI (49.6%) y una porción menor (13.5%) asisten al IGSS, esto está relacionado con su actividad económica ya que únicamente las personas con trabajo formal pueden acceder al seguro social, por lo tanto, se relaciona con el poco acceso de las PVVIH a trabajos formales o desempleadas. (ver siguiente figura)

En el año 2016 no se encontraron reportes de estos datos desagregados por servicio de salud, lo cual se considera una limitante de información y análisis.

¹⁷ (http://www.igssgt.org/images/informes/subgerencias/boletin_estadistico_ps2015.pdf)

Figura 5: Cobertura por tipo de servicios de salud a Población con VIH



Fuente: elaboración propia a partir de información del Boletín VIH de MSPAS 2012

Todas las personas diagnosticadas con VIH deben asistir a controles de salud regulares y entrega de Medicamentos Antirretrovirales (ARV).

Las 16 UAI actualmente atiende 13,684 personas adultas con VIH y 704 menores de 15 años. En teoría cada UAI cuenta con clínica médica para control de adherencia a ARV y control de salud con regularidad trimestral; laboratorio para realizar 2 exámenes anuales de hematología completa, que incluye recuento de linfocitos de CD4 y CD8¹⁸ así como carga viral y otras infecciones de transmisión sexual (sífilis y hepatitis).

Existe un área de farmacia para la entrega de medicamentos antirretrovirales, también una clínica de nutrición para cuando sea necesario y un área de atención psicológica.

Las mujeres embarazadas se les provee medicamentos para evitar que el producto del embarazo desarrolle VIH, el parto se resuelve a través de cesárea para evitarle riesgo de transmisión vertical de virus. En el caso de niñez expuesta se le da seguimiento y se evalúan cada 6 meses hasta el año y medio para descartar si adquirieron el virus al nacer.

La desventaja de las UAI es que hasta el momento han tenido inconvenientes para cumplir con la integralidad planteada, ya que se han presentado varios momentos de desabastecimiento de ARV e insumos de laboratorio¹⁹ y no cuentan con medicamentos y tratamientos asociados, por ejemplo, no entregan insulina para pacientes con diabetes asociada al VIH.

AI IGSS tienen acceso las personas que trabajan o trabajaron en economía formal. Brinda los mismos servicios que en las UAI con la diferencia que en este, si prestan servicios preventivos, medicamentos para enfermedades oportunistas, prueba de genotipo²⁰ y se hacen referencias a clínicas privadas para exámenes especiales.

Las desventajas del IGSS es que la niñez con VIH en cobertura indirecta, únicamente puede ser beneficiada hasta los 15 años según el reglamento, esto se contradice con el decreto 27-2000 donde se indica que las personas que bajo la cobertura del IGSS recibirán los beneficios de por vida, por el carácter crónico de la infección por VIH/Sida²¹.

Se han presentado algunas denuncias en respuesta a la suspensión de los servicios a los 7 años de edad,

¹⁸ Las células CD4 son un tipo de linfocitos (glóbulo blanco) y son una parte importante del sistema inmunológico. Hay dos tipos principales las CD4 son las células "ayudantes" porque dirigen el ataque contra las infecciones, mientras que las células CD8 son "supresoras" porque finalizan el combate de la infección. Estas últimas también pueden ser "asesinas" porque matan a células cancerosas y a células infectadas por virus. El VIH infecta a las CD4 por lo que el código genético del virus se incorpora en las células. Cuando se multiplican para combatir la infección, hacen más copias del VIH. Es por ello que cuando hay un recuento bajo de CD4 significa que el sistema inmune se ha debilitado y hay más posibilidades que las personas con VIH se enfermen. Y por eso necesita tratamiento antirretroviral cuando el CD4 es menor a 500 según Guía de atención integral tar OPS. WWW.aidsinfonet.org

¹⁹ WWW.Corresponsalesclave.org/2017/03/guatemala-riesgo-desabastecimiento-arv.html

²⁰ Prueba de genotipo: en el caso de observarse resistencia a ARV se realiza esta prueba para determinar el medicamento adecuado.

²¹ Decreto 27-2000 Capítulo VI De la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida.

por ser la edad límite para infantes que no tienen VIH, lo cual ha sido ratificado por los tribunales de justicia en fallos judiciales.²²

Dentro de las ONG que prestan servicios de salud están: El Hospicio San José que brinda atención integral a pacientes internos y referencias de otros servicios de salud por enfermedades comunes y de escasos recursos.

Atienden un aproximado de 74 infantes y adolescentes internos y 1,871 pacientes en consulta externa médica, tratamiento ARV, enfermedades oportunistas, tratamiento psicológico, odontología, control nutricional, exámenes de laboratorio y encamamiento para el buen morir.²³

El Hogar Anna Vitello fue apoyado para su iniciación, por el Hospicio San José por lo que también brinda atención a niñez con VIH.

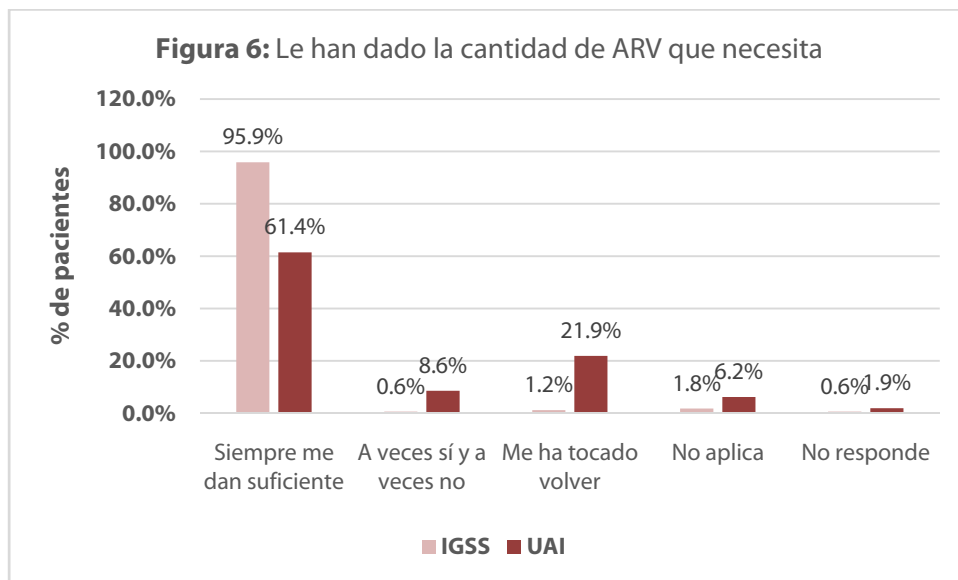
Se cuenta actualmente con un proyecto patrocinado por **Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)**²⁴ para

vigilancia de genotipo a partir de tres criterios: 1) personas recién diagnosticadas 2) embarazadas 3) personas no adherentes al tratamiento.

5.2.1 Percepción de los servicios de salud

En esta sección se presentan los resultados más importantes en relación a la percepción de 380 pacientes de las UAI y el IGSS que participaron en las encuestas de la investigación realizada en noviembre del año 2013.

Disponibilidad de ARV: En el caso del IGSS el 95.9% de pacientes indica que siempre le dan suficientes ARV para 3 meses, comparado con el 61.4% en las UAI, mientras que el 30.5% indica que ha tenido que volver con mayor regularidad porque no le entregaron los suficientes para los 3 meses. Esta situación representa una vulneración a los derechos a la salud porque pone en riesgo la vida de las personas que recibieron insuficiente cantidad de ARV.



Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

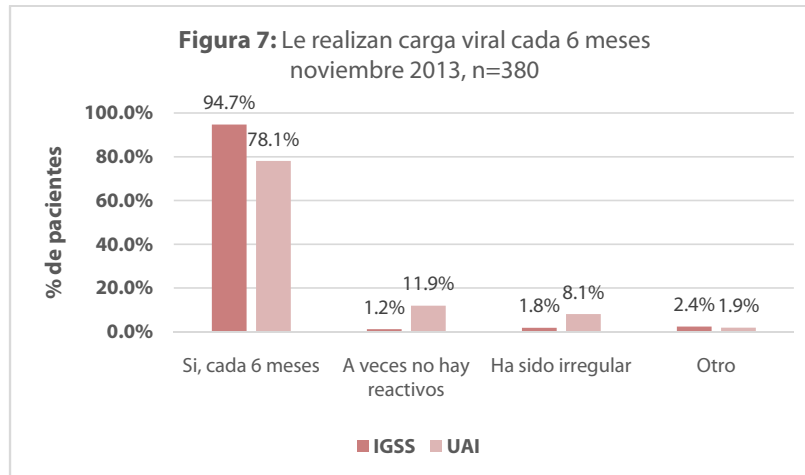
²² Amparo definitivo de la Corte de Constitucionalidad, expediente 2460-2011, Amparo provisional de la Sala 3a. de Trabajo y Previsión Social, constituida en Tribunal de Amparo expediente No. 942-2010 oficial 1o. 27-12-2010

²³ www.hospiciosanjosé.org

²⁴ www.cdc.gov/spanish/spanish/

Evaluación de carga viral: Esta evaluación también presenta mayor cobertura en el IGSS donde el 94.7% de los pacientes indican que les realizan la evaluación de carga viral con regularidad semestral, mientras que en las UAI la proporción asciende a 78.1%, lo cual indica que el 20% no recibe la atención suficiente por la ausencia o irregularidad en la disponibilidad de reactivos.

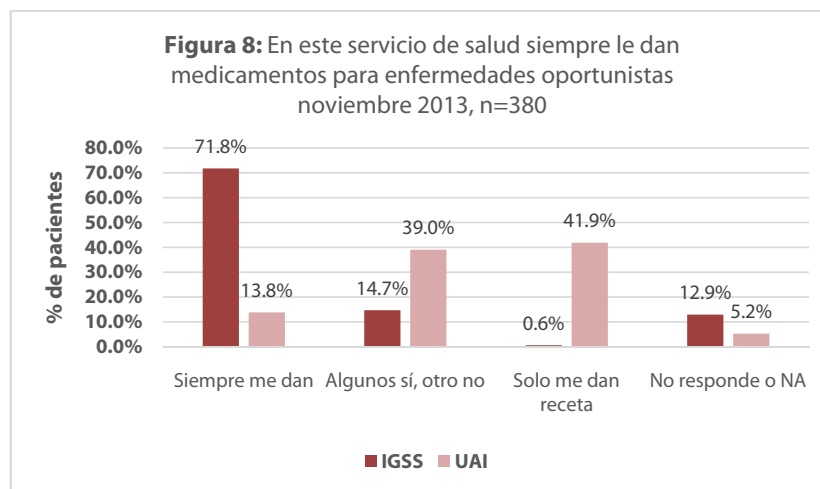
Esta situación es semejante en el caso en las pruebas de CD4 ya que el 93.5% de pacientes del IGSS indican que recibieron la atención oportuna, comparado con el 76.2% en las UAI.



Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

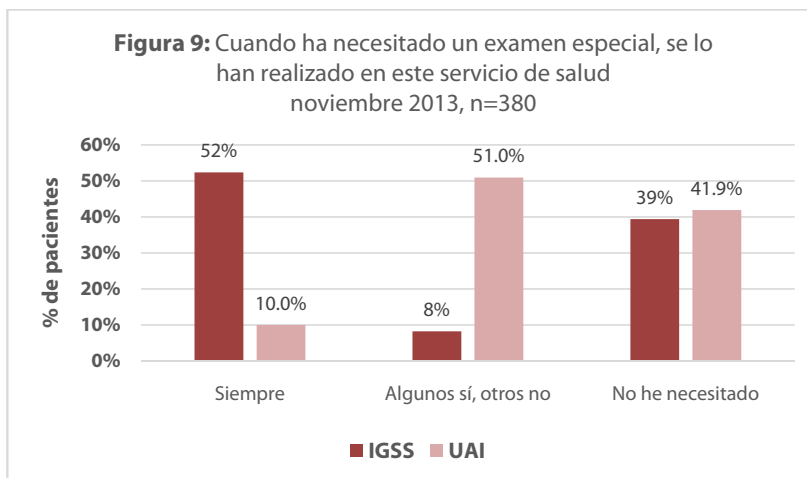
Medicamentos para enfermedades oportunistas: el 71.8% de pacientes del IGSS indica que siempre le dan medicamentos para enfermedades oportunistas, mientras que únicamente el 13.8% recibe estos tratamientos en las UAI y el 41.9% refiere que únicamente le dan receta para comprar los medicamentos debido a la ausencia de ellos en las farmacias.

Esta situación aumenta la vulnerabilidad de las personas, ya que el 78.1% manifestó que a veces los puede comprar y a veces no.



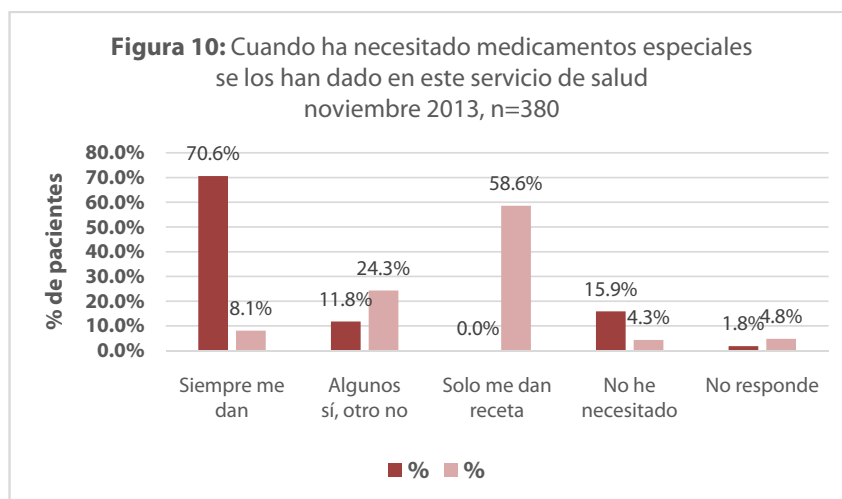
Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

Prescripción de exámenes especiales o adicionales al chequeo regular: El 52.4% de pacientes del IGSS indicaron que siempre les realizan los exámenes adicionales en el IGSS o son referidos a centros especiales sin ningún costo, un porcentaje significativo indica que no ha necesitado exámenes especiales. En el caso de las UAI únicamente el 10% indicó que tienen acceso a exámenes adicionales prescritos dentro de los mismos servicios de salud, el 51.4% indica que les dan receta para que lo realicen por su cuenta.



Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

Medicamentos especiales por enfermedades asociadas al VIH: el 70.6% de los pacientes del IGSS indica que siempre le dan medicamentos especiales, una proporción no los ha necesitado. En las UAI únicamente el 8.1% refiere que siempre le dan medicamentos adicionales, mientras que el 82.9% indica que solo en algunas ocasiones les dan medicamentos adicionales o que le dan receta para que los compren con sus medios económicos.

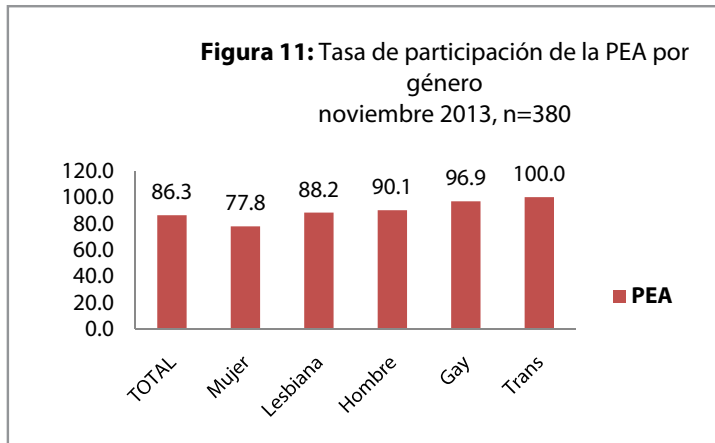


Fuente: Base de datos de encuesta dirigida a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén.

5.3 Situación de empleo en la personas con VIH con VIH

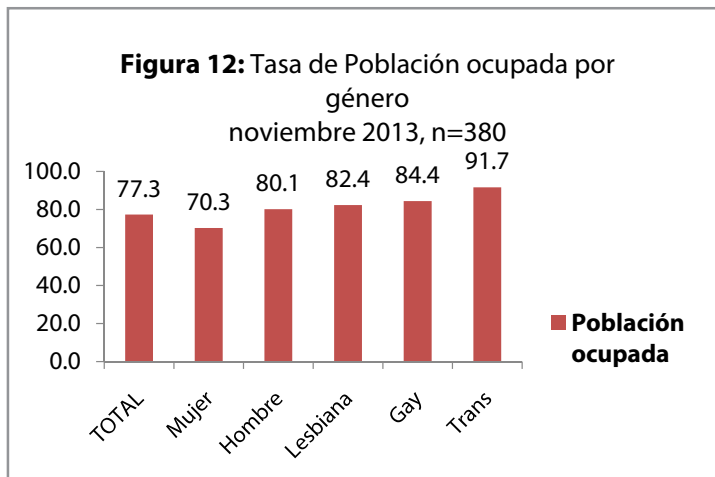
Esta información se recolectó de 380 encuestas dirigidas a personas con VIH que asisten al IGSS o UAI de Coatepeque, Roosevelt, Escuintla y Petén en noviembre del año 2013.

En este estudio se determinó que 4 de cada 10 personas con VIH se ubican entre los 25 a 34 años de edad y 5 de cada 10 son mujeres.

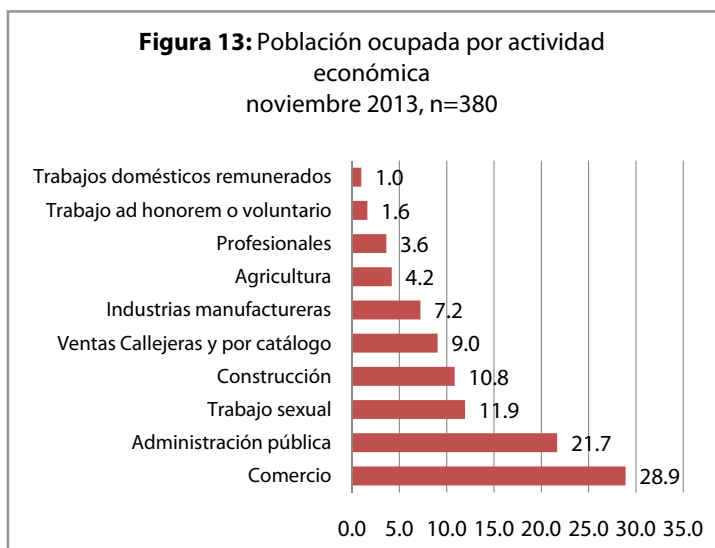


La población económicamente activa (PEA) de PV es de 86.3 esto significa que 86 de cada 100 personas con VIH en edad de trabajar, desarrollan actividades laborales o están buscando un empleo. A nivel nacional la tasa es menor (65.4)

La tasa de participación de las mujeres es menor comparado con los otros grupos, por el contrario, el grupo Trans presenta la tasa totalitaria.



El grupo Trans tiene la tasa más elevada de ocupación y las mujeres son las menos ocupadas. Sin embargo, la tasa global de PV es un aproximado de 20 puntos menos que la tasa nacional 97.6 en hombres y 96.4 en mujeres. Esto indica que las PV tienen menos acceso a empleo que la población en general.

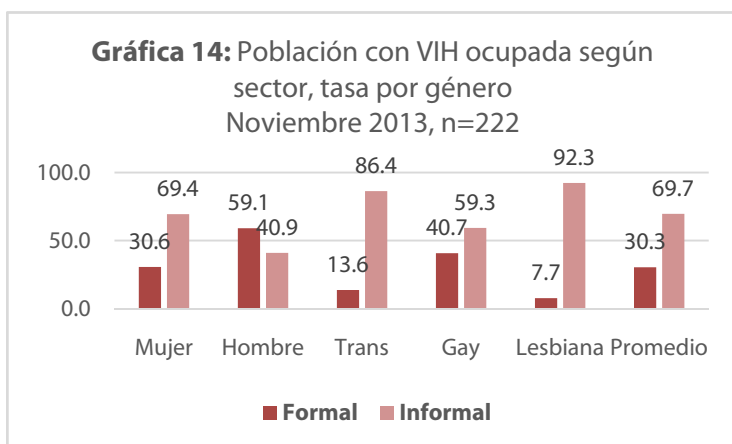


El comercio representa la actividad de mayor ocupación en la PV, es de tipo informal y por cuenta propia. Sigue en orden la administración pública y el trabajo sexual con lo que se manifiesta esta como una ocupación asociada a la forma de infección del VIH y los riesgos de propagación a terceras personas. En estas ocupaciones también se muestra la tercerización laboral u ocupaciones informales que puedan estar asociados con la pobreza.

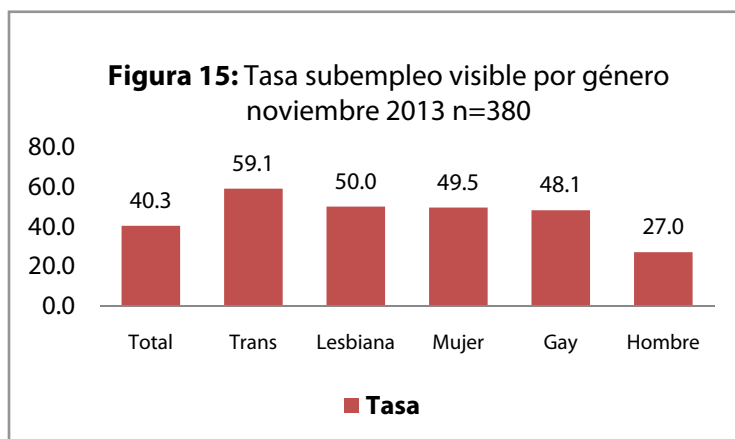
Cuadro 4: Actividad económica de personas con VIH disgregada por sexo y orientación sexual

Actividad económica	TOTAL	Mujer	Hombre	Trans	Gay	Lesbiana
Administración pública	21.7	17.8	25.6	16.4	23.3	18.5
Profesionales	3.6	3.0	4.3	2.7	3.9	3.1
Construcción	10.8	8.9	12.8	8.2	11.7	9.2
Comercio	28.9	23.8	34.2	21.8	31.1	24.6
Agricultura	4.2	1.8	8.0	0.0	0.0	0.0
Ventas Callejeras y por catálogo	9.0	12.6	5.8	4.5	7.4	23.1
Trabajos domésticos remunerados	1.0	0.9	0.0	4.5	0.0	7.7
Trabajo ad honorem o voluntario	1.6	0.9	0.7	9.1	3.7	0.0
Trabajo sexual	11.9	24.3	0.0	27.3	11.1	7.7
Industrias manufactureras	7.2	5.9	8.5	5.5	7.8	6.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

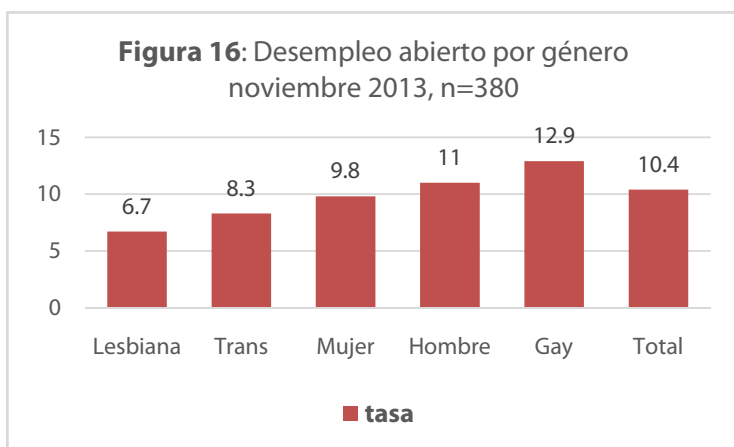
Se puede observar que el comercio es la ocupación mayoritaria en casi todos los grupos. Sin embargo, en el caso de las mujeres y las mujeres Trans la actividad mayoritaria es el Trabajo sexual. Esto evidencia la vulnerabilidad laboral de estos grupos de población y su relación con el VIH.



El promedio de informalidad es de 69.7 semejante al promedio nacional (69.3) La informalidad se manifiesta en todos los grupos, sin embargo, se muestra con mayor intensidad en la población lesbiana, Trans y mujeres.



El subempleo representa a las personas que, aunque están ocupadas, laboran menos de la jornada ordinaria de trabajo y desean trabajar más. En la población VIH el 40.3% de la PEA se encuentra en esta clasificación, se observa la mayor incidencia en Trans, mujeres y lesbianas las cuales desarrollan trabajos sexuales.

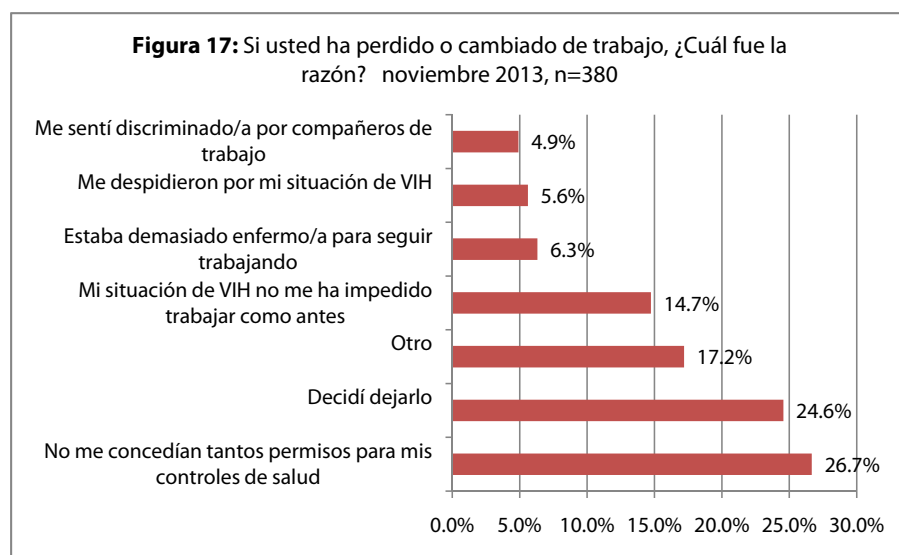


En 2012, la tasa de desempleo nacional fue de 2.9%; en el caso de PV se observa una tasa de 10.4 no generan ingresos económicos y por lo tanto se identifica como población vulnerable a pobreza o condiciones precarias asociadas a su estado de salud. La mayor tasa de desempleo se ubica en la población gay y el menor porcentaje en lesbianas, sin embargo, en la figura 12 se observa que las mujeres son el grupo menos ocupado.

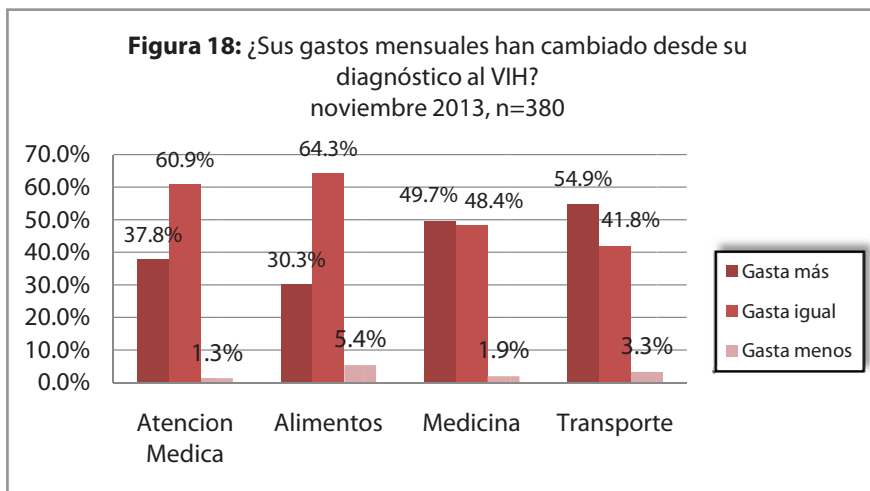
Cuadro 5: Ingresos mensuales aproximados de PVVIH

Descripción	Unidades	%
Menos de Q1000.00*	48	24.6%
Entre Q1000 a Q2000.00	32	16.4%
Entre Q2001 a Q4000.00	93	47.7%
Entre Q4001 a Q7000.00	19	9.7%
Entre Q7001 a Q12000.00	2	1.0%
Arriba de Q12000.00	1	0.5%
Total	195	100.0%

La mayoría de la población se ubica en el rango de Q2,001 a Q4,000. Lo que significa que más del 90% son pobres porque no pueden acceder a la Canasta básica vital de Q5,096.4 y más del 41% son pobres extremos porque no puede acceder a la canasta básica de alimentos (Q2,782.93) por lo que se ubican en pobreza extrema, índices que sobrepasan en 30 y 25 puntos porcentuales respectivamente. Estos índices sobrepasan el promedio nacional de 59.3% y 15.7%. Los grupos que obtienen menores ingresos (menos de Q1,000) son lesbianas, Trans, estas últimas, asociados al trabajo sexual como una forma de subsistencia.



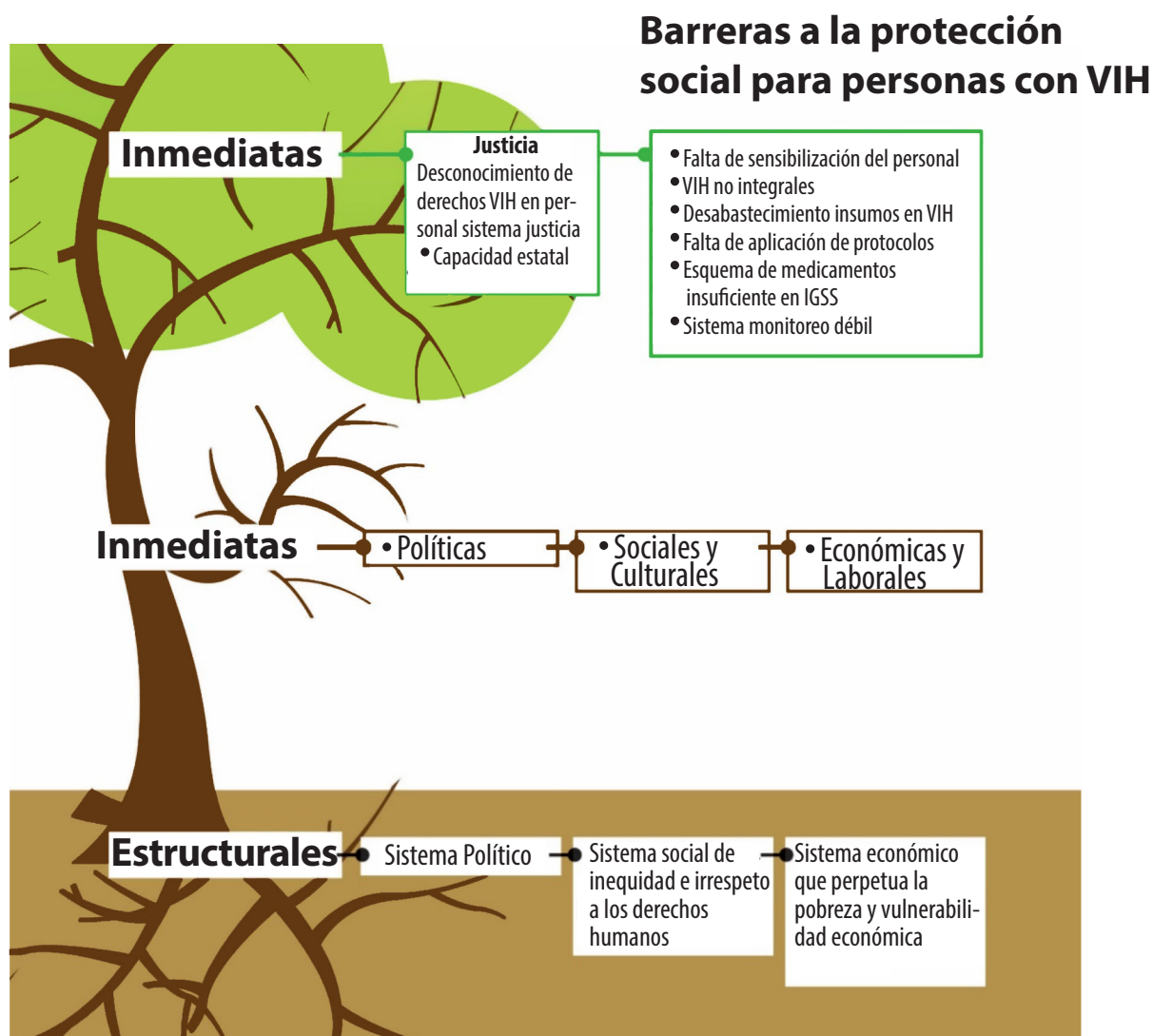
La principal razón por la cual las PV han perdido o cambiado de trabajo, es porque no les concedían permisos para sus controles de salud.



Sus gastos aumentaron en relación al transporte (54.9%) para ir a los controles de salud, en algunos casos se movilizan desde el área rural a la ciudad capital o lugares lejanos a su lugar de residencia para evitar el estigma y discriminación de su entorno social. Los gastos en medicina también se han incrementado porque no reciben todo lo que necesitan en los servicios de salud. En atención médica y alimentos la mayoría manifiesta que gastan igual que antes.

5.4 Barreras del acceso a la protección social

Figura 19: Barreras para el acceso de protección social para las personas con VIH



Las barreras que se resumen en la figura anterior, fueron analizadas y clasificadas en los grupos focales de la sociedad civil y trianguladas partir de la revisión bibliográfica. Estas 16 barreras se clasifican en barreras inmediatas, intermedias y estructurales.

5.4.1 Barreras inmediatas

1. Desconocimiento de derechos de VIH en personal de sistema justicia

Existe desconocimiento de los jueces que abordan el tema laboral, lo cual es una debilidad que repercute en los procesos legales asociados al VIH.

El informe del rostro de la homofobia de la organización OASIS, detalla una serie de denuncias, las cuales han quedado en la impunidad, como los casos de varias travestis asesinadas o trabajadoras sexuales, agredidas y amedrentadas en parques y áreas públicas por parte de los agentes de las policías municipales de la ciudad de Guatemala, Villa Nueva y Mixco, de igual manera existen denuncias y testimonios, de cómo hombres homosexuales han sido agredidos, criminalizados y hasta extorsionados por agentes de la policía nacional civil.

2. Falta de sensibilización del legislativo en el problema del VIH

En el legislativo se ha restado importancia a las acciones que implican la salud y la vida de personas con VIH, como en el caso de la nota publicada por el diario Prensa Libre del nueve de febrero de 2011, sobre la inasistencia de diputados para aprobar 17.5 millones de dólares de donación

del FM y que se dio su aprobación solo hasta que la iglesia católica se pronunció al respecto.²⁵

De igual forma varios diputados han hecho referencia a las comunidades de la diversidad sexual, al referirse del matrimonio homosexual, como unión entre maricas. Los diputados han sostenido reuniones, según noticia del diario El Periódico, con fecha 25 de abril de 2005, convocados por el entonces diputado Carlos Velásquez, con el objeto de evitar que la agenda gay, sea apoyada por otros diputados de las diferentes bancadas.

En el ámbito político no existe ninguna regulación legislativa que permita protegerse de discriminación y agresión debido a la orientación sexual, crímenes promovidos desde las ideologías del machismo y la homofobia²⁶, apegados a las corrientes conservadoras y fundamentalistas, principalmente, de las iglesias católica y evangélica.

3. Incumplimiento de la ley de VIH

La solicitud de la prueba sigue siendo una práctica en muchas instancias, incluidas algunas dependencias estatales como en el Ministerio de la Defensa Nacional, el cual solicita dicha prueba como requisito para ingresar o permanecer en las filas armadas.

La PDH reportó en la presentación de su Tercer Informe nacional sobre situación de las personas con VIH (PV) y poblaciones en más alto riesgo, denuncias realizadas por PV, hacia personal de salud que ha violentado su derecho a la confidencialidad.

²⁵ Un extracto literal del comunicado de la conferencia episcopal, publicado el 10 de febrero de 2011, manifiesta, Su repudio ante esta actitud vejatoria del Congreso de la República, que viola totalmente el derecho a la salud de los guatemaltecos y específicamente de las personas que viven con VIH, al no aprobar urgentemente el Acuerdo de Subvención correspondiente. www.iglesiaticatolica.org.gt/vih/comunicado02.pdf) Prensa Libre 11 de febrero 2011

²⁶ La homofobia está basada en la idea de que los actos, deseos e identidades homosexuales son inmorales, enfermos o inferiores a los heterosexuales. La homofobia constituye una amenaza contra los derechos de los individuos. Atenta contra la vida de las poblaciones de la diversidad sexual.

Se presenta un total de 548 denuncias, de las cuales el 91% se refieren a la vulneración del derecho a la salud y seguridad social debido a la falta de medicamentos, malos tratos, así como estigma y discriminación. Las instituciones más denunciadas son las UAI y el IGSS. El 72% de las denuncias fueron interpuestas por hombres y 28% por mujeres trans. (PDH 2012: 6-8)

Tres años después, en el Quinto Informe se presenta un crecimiento de denuncias en 145% equivalente a 1,345 casos de violaciones a derechos humanos. También un aumento de denuncias en personas con estudios completos de universidad, incluso de maestría y los porcentajes son semejantes en hombres y mujeres.

La vulneración del derecho a la salud y seguridad social continúan siendo los temas con mayores denuncias, debido a los constantes desabastecimientos de insumos principalmente en el IGSS la cual se reconoce como la institución más denunciada. Y se concluye que el estigma y discriminación continúa siendo el principal obstáculo para afrontar los derechos humanos de las PV.

4. Deficiencia presupuestaria repercute en recursos humanos e insumos.

El sistema de abastecimiento depende de embarques y su organización administrativa y logística; aparentemente no hay desabastecimiento en bodegas centrales, sin embargo, la PDH ha reportado insuficientes insumos en las UAI, lo cual repercute en las entregas de medicamentos a los pacientes. Estos reciben sus ARV pero no en las cantidades necesarias, por lo que deben regresar con mayor regularidad.

En el año 2012 se reportó un riesgo de desabastecimiento, sin embargo, a través de incidencia política de la Red legal se logró un prestamos de medicamentos. En febrero 2017 la

PDH evidenció un desabastecimiento, por lo que la Red Legal interpuso una demanda legal.²⁷

Las UAI fueron creadas para prestar servicios integrales, sin embargo, presentan limitación de entregar ARV y pruebas de CD4 y carga viral. No se da cobertura a enfermedades oportunistas ni enfermedades crónico degenerativas y faltan procesos de capacitación en el personal de salud.

5. Insuficiente involucramiento de MITRAB en el problema del VIH

En el 2013 la sociedad civil manifestó que El Ministerio de Trabajo no ha mostrado interés en involucramiento, sin embargo, la falta de personal no lo permitía ya que únicamente se contaba con una persona en el departamento de discapacidad, la misma que brinda atención a personas con VIH.

También la sociedad civil manifestó falta de capacidades del MITRAB para dar seguimiento a los casos por estigma y discriminación laboral y social. Hasta el momento los avances del MITRAB se han centrado en la creación de su política interna del VIH, y el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional para darle seguimiento a las directrices de la OIT y el mundo de trabajo, falta la ley nacional de VIH (núm. 200)

6. Ausencia de cobertura de protección laboral a economía informal

Después de la revolución del año 1944 se promulgó una nueva constitución de la república que promueve la seguridad social como un derecho y se aprobó la ley orgánica del IGSS, sin embargo no aplica para el sector de trabajo informal.

7. Problemas de cobertura en la niñez beneficiada por el IGSS

En la ley de Sida se menciona que la atención en salud es de por vida, sin embargo, este beneficio se limita a los asociados y asociadas del IGSS

²⁷ WWW.Corresponsalesclave.org/2017/03/guatemala-riesgo-desabastecimiento-arv.html

y no cubre a los hijos e hijas después de 7 años, por lo que deben continuar su esquema en un Hospital nacional. Este cambio de esquema puede repercutir en resistencia y salud.

5.4.2 Barreras intermedias

8. Falta de voluntad política para seguimiento de Estrategias de VIH

La implementación y la continuidad de algunas acciones se ven afectados ante los cambios de gobierno y los planes que traen consigo cada gobierno de turno.

La problemática se encuentra supeditada a la inclusión del tema en la agenda de cada partido político que aspira llegar al gobierno, situación que se ha visto excluida en la mayoría de los planes de gobierno de dichos aspirantes, ante la carga estigmatizante que conlleva abordar el tema de las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida y en una sociedad conservadora, la pérdida de simpatizantes y los votos respectivos.

En particular de aquellos sectores religiosos que han llamado a conferencias en los tres últimos procesos electorales.

9. Estigma y discriminación en todos los niveles de la población

El estigma asociado al VIH/sida apunta en múltiples factores incluidos el desconocimiento

de la enfermedad, los conceptos erróneos de las formas de transmisión, los prejuicios y con la sexualidad, la enfermedad y la muerte.

El estigma puede conducir a discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las PV especialmente las poblaciones de diversidad sexual y trabajadoras sexuales. (Página 8. Estudio Diagnóstico de estigma y discriminación hacia personas VVH, HSH y MTS).

Guatemala reconoce la igualdad y la no discriminación de todas las personas, a través de la Constitución Política de la República de Guatemala. Declara la discriminación como delito y lo conceptualiza en el artículo 202 Bis del código penal, sin embargo, el problema persiste.

En el año 2013, la Fundación Fernando Iturbide, con apoyo del proyecto del Fondo Mundial, lanzó una campaña contra el estigma y la discriminación hacia PV y PEAR, dicha campaña fue retirada de las calles por solicitud de la municipalidad de Guatemala. A raíz de ello, se presentaron publicaciones cargadas de odio en los medios de comunicación.²⁸

En el 2012 la PDH evidenció 23 denuncias por personas de la diversidad sexual, incluso una se refiere a una persona Trans contra personal del registro nacional de las personas, RENAP²⁹. En el 2013 en el tercer informe de la PDH reporta 25 agresiones hacia personas de la diversidad sexual, entre los violentadores se encuentra personal

²⁸ Link Lector del diario El Periódico, al respecto de la nota publicada el 24 de junio del 2013, - Campaña controversial reaparece en la ciudad -. Los comentarios pueden leerse en la página electrónica del diario El Periódico. El 24 de junio de 2013 a las 15:00 horas, en respuesta a otro lector un lector escribió: "Señor Ayapán, no saque de contexto la "Biblia" lo que no escribe son las palabras finales que le dice a la Mujer acusada de Adulterio, VETE Y NO PEQUES MAS, la paga del pecado es muerte, muerte por VIH por compartir una jeringuilla, por promiscuidad, ahora bien solidario con las personas que sin buscarlo fueron contagiados por sus parejas."

Otro comentario con fecha 26 de junio de 2013, a las 11:51 horas, el cual apoya a una de personas entrevistadas, que están en contra de la campaña: "Estoy totalmente de acuerdo con la opinión de la Sra. Alejandra de Skinner-Klee, considero que desinforma a los ciudadanos, haciendo una propuesta donde lo moral no es considerado de forma correcta, dando lugar a equivocaciones. Donde me puedo unir para protestar por la campaña publicitaria que se está viendo no solo en mupis, también en buses de transporte público."

²⁹ <http://panoramanoticias.com/?cat=16&paged=24>

uniformado de las policías municipal y nacional civil³⁰.

10. Desventajas por género para mujeres y población Trans

A pesar de que Guatemala reconoce la igualdad de dignidad y derechos en su Constitución Política de la República y ha ratificado tratados internacionales, aún prevalecen desigualdades legislativas y sociales en torno al género³¹. Estas desigualdades generan y/o incrementan las vulnerabilidades ante las ITS, VIH y sida, de grupos específicos históricamente excluidos: Mujeres, Mujeres trabajadoras sexuales y diversidad sexual. (PEN 2011-2015)

Desde el inicio y durante la primera década de la epidemia, el VIH en Guatemala afectó principalmente a hombres. Sin embargo, de 1988 a 2010, en Veintidós (22) años el número de casos en mujeres se ve triplicado, a partir de las observaciones antes de 1996 la relación era de 5 a 7 hombres por cada mujer, en 2016 la relación es 2 hombres por cada mujer. (GTI 2011: 8)

En el 2012 se registró entre enero y agosto 38,645 embarazos, de estos 1,865 en niñas menores de 14 años. El 60% de los embarazos en adolescentes indígenas, de las cuales el 70% vive en condiciones de pobreza y el 80% abandonó la escuela. (Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas: 2012: 14)

Estudios recientes en la región sugieren que la prevalencia del VIH es aún mayor en la población de mujeres transgénero que en los HSH –hasta el 40% de ellas podrían haber adquirido el VIH - acompañado de altos niveles de estigma, discriminación y violencia dirigidos a esta población. (Página. 8. Diagnóstico de situación en

el ámbito de políticas relacionadas con el VIH en Centro América)

11. Vacíos en la ley del VIH y el mundo laboral

En Materia legislativa para el VIH, Guatemala cuenta con tres herramientas aprobadas por el congreso de la Republica, Decreto 27-2000, su reglamento 317-2002 y la política pública sobre ITS y VIH 638-2005.

Las tres herramientas legales abordan sobre la prohibición de la solicitud de pruebas de VIH, para requisitos laborales, entre otros, sin embargo, ninguna de las herramientas legales, estipulan sanción para quien viole dichas disposiciones. Únicamente hay medidas sancionatorias en el código penal, para quien es declarado culpable de la transmisión de una infección de transmisión sexual (decreto 09-2009, ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, en su artículo número 24 contagio de enfermedades venéreas)

Estas herramientas legales también se contradicen con el código de trabajo, en su artículo número 63, inciso f, en el cual se faculta a los empleadores a solicitar las pruebas de salud necesarias para considerar el otorgamiento o mantener una plaza de trabajo. Sin embargo, tres años después ya existe un Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional promovido por el MITRAB que regula la prohibición de pruebas de diagnóstico de VIH para optar a un trabajo, prohíbe el despido así como el estigma y discriminación.

En la ley 27-2000 no se especifica ley para bancos y seguros, por lo que ningún seguro ha asumido la responsabilidad en dar cobertura en atención a VIH. Esta ausencia les faculta a generar leyes reglamentarias (internas), que les permite actuar al respecto con ciertas libertades.

³⁰ www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Sala%20de%20prensa/Boletines/boletn_tercer_informe_situacin_de_pv_y_pemar_090913.pdf

³¹ El género “se refiere a la manera en que las sociedades van construyendo el significado de lo masculino y lo femenino y la forma en que se gestan las relaciones económicas, sociales y de poder entre mujeres y hombres” (página 10. Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género. Una aproximación desde las determinantes sociales).

12. Programas de asistencia y seguridad social de baja cobertura y no sensibles al VIH

El gasto social en el 2009 en Guatemala fue el equivalente al 8.1% del PIB, mientras que en Brasil fue el equivalente al 27.1% del PIB, haciendo que Guatemala sea de los países que menos destinan recursos a la inversión social en la región. (Cepal, Guatemala: 2013).

En el 2012 Guatemala presentaba un 53.71% de pobreza y 13.33% de pobreza extrema, sin embargo, el presupuesto asignado al MIDES, únicamente representó el 2.07% del presupuesto total y el 0.31% del PIB.

El gasto en seguridad social ha sido inestable durante las últimas dos décadas, fluctuando entre 1% y 1,6% del PIB. El gasto per cápita es bajo, ya que en 2009, correspondía a 27 dólares per cápita, solo 8 dólares más que en 1998, además que en 2007 el gasto destinado al IGSS solo representaba el 0.42% del PIB³². (CEPAL 2012: 15)

Los programas según acuerdo de creación del MIDES, y según su página oficial, establecen el apoyo a las personas vulnerables, sin embargo no se reconoce de manera oficial o institucionalizada a las personas con VIH y otras PEMAR como beneficiarias.

13. Vacíos en el sistema de salud en VIH

El sistema de salud en Guatemala, se encuentra conformado por los servicios públicos a través del MSPAS, así como el IGSS y la red clínicas y hospitales que venden servicios privados de salud.

En el 2006 con apoyo de la Fundación Barcelona³³, se elaboró el sistema de control de pacientes MANGUA que incluye terapia antirretroviral, desde el tipo de prueba que ha confirmado su diagnóstico,

el control de recuentos de linfocitos de TCD4 y TCD8 como la carga viral que mide la cantidad de virus por gota de sangre, también el historial de infecciones oportunistas que han presentado los pacientes con VIH.

Dicho sistema fue alimentado en Barcelona por la información de las UAI desde el año 2009 al 2013 sin embargo, este se encuentra desactualizado desde que se entregó a Guatemala en el año 2013.

El IGSS cuenta con un mejor control de los pacientes que atiende y mejor infraestructura para la atención y laboratorios; muchos edificios han mejorado, pero permanece la actitud hostil por parte de personal médico, de enfermería, entre otros, para prestar atención a pacientes.

La red de servicios privados, es una red muy amplia y desconocida por parte del MSPAS, ya que no existen sistemas de control para estas clínicas y hospitales.

Los nuevos casos surgen a raíz de las campañas que son promovidas por el MSPAS y por las acciones de ONG quienes están realizando tamizaje como parte de los indicadores del Fondo Mundial, sin embargo, se manifiesta la falta de continuidad de los nuevos casos por parte de MSPAS, argumentando la limitación en el presupuesto.

Hay exclusión en pueblos indígenas porque no se realizan campañas en idiomas mayas.

5.4.3 Barreras estructurales

La norma constitucional y la demás legislación nacional, en su aplicación, dista mucho de la realidad en la vida cotidiana de las personas con VIH y comunidad LGBTI, ya que como se ha enunciado en los incisos anteriores, se presentan inequidades y desigualdades en el ejercicio de derechos como

³² La Prensa Libre, 6/02/08

³³ Actualmente Fundación Sida i Societat

el acceso a la salud, a la educación, a la seguridad, la justicia, el bienestar, la libre expresión del pensamiento, el trabajo, etc. (Página 9, cuadernillo derechos humanos de las comunidades de la diversidad sexual, COPREDEH)

La fragmentación del tejido social hace que en Guatemala el sistema político sea deficiente, no laico y no permite que el Estado garantice, los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y de las poblaciones LGTBIQ.

15. Sistema económico que perpetua la pobreza y vulnerabilidad económica

Guatemala es la economía más grande de Centroamérica, pero se ubica dentro de los países con mayores niveles de desigualdad en Latinoamérica³⁴. El estudio Evaluación de la pobreza en Guatemala del Banco Mundial señala que el país fue capaz de reducir la pobreza de un 56% al 51% entre 2000 y 2006. No obstante, cifras oficiales de 2011 indican que la pobreza subió a un 53.7%.

Para el 2014 el índice de pobreza³⁵ alcanzó el 59.3 y la pobreza extrema el³⁶ 15.7, ambos índices se elevaron en 14 años en 2.9 y 8.1 puntos porcentuales respectivamente.

Los índices de desnutrición crónica (46.5%) y de mortalidad materno-infantil son de los más altos en la región. La Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI) 2014 revela que el trabajo informal aumento un 3.3% % en relación a la población que se ubicó en dicho sector durante la ENEI 2-2013, cuando se reportaron 4,018,744 personas.

Según los resultados de la ENEI 2014, el 69.3% de la población ocupada a nivel nacional se emplea en el sector informal de la economía. Sobresale el

dominio rural nacional, en el que casi 8 de cada 10 trabajadores están ocupados en dicho sector. Además, reveló que el 41.3% de la PEA se encuentra en condición de subempleo. Solo el 37.9% de la PEA tiene prestaciones. El 22.8% está afiliado al IGSS, Los ocupados en el área urbana metropolitana tienen mayor acceso al seguro social.

La participación de la mujer en la economía (41.4%) aun es menor que la de los hombres. La mayoría de la población con trabajo informal labora en el comercio o la agricultura. Es más difícil para la población indígena acceder a un empleo forma que para la no indígena.

Dentro de las variables está que el desempleo a nivel nacional es de 2.9%. El VIH y la pobreza tienen una relación directamente proporcional, por las desigualdades sociales, la limitación del acceso a la educación, a la salud, al trabajo, son factores que llevan a estas poblaciones a caer o permanecer en la pobreza.

16. Sistema social de inequidad e irrespeto a los derechos humanos

Si bien Guatemala ha comenzado un proceso de fortalecimiento del sistema nacional de monitoreo y evaluación, el cual entre sus componentes se incluye la evaluación de la situación de los derechos humanos, actualmente no existe un sistema que posibilite el flujo de información necesaria. Los derechos de las personas con VIH, se ven invisibilizados al no existir sistemas que reflejen esta realidad, lo cual se evidencia en los informes de denuncias de PDH.

Prejuicios y estereotipos homofóbicos han marginado a las personas LGBT, tienen problemas en el RENAP ya que deben cambiar su apariencia física para poderse registrar y en el año 2012 se

³⁴ Según el Índice de Desarrollo Humano (2013), Guatemala ocupa la posición 133 entre 187 países clasificados, y en la región centroamericana se ubica en último lugar.

³⁵ Personas que no alcanzan a cubrir el costo de la canasta básica vital Q10,218 para el año 2014 al momento de la Encuesta

³⁶ Personas que no alcanzan a cubrir el costo de la canasta básica Q 4,427 para el año 2014 al momento de la Encuesta

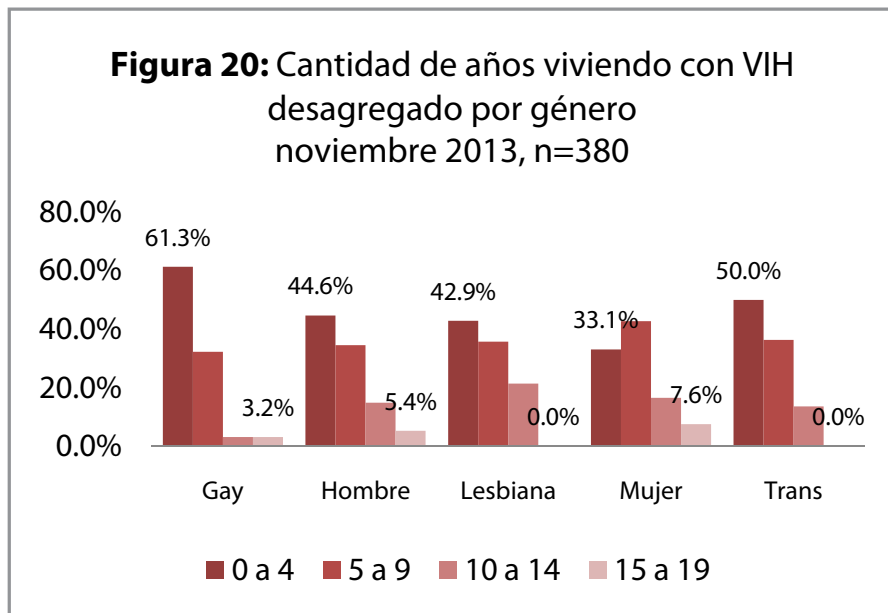
asesinaron 12 personas trans. (Oficina del alto comisionado ONU 2012:7)

En el tercer informe de PDH de las personas con VIH se reporta 25 agresiones a personas Gay y trans, entre los cuales figuran abuso de autoridad y detenciones indebidas por parte de la Policía Nacional Civil (PNC) y Policía Municipal de Tránsito (PMT), 19 casos de violaciones de los derechos de las personas trans, 16 denuncias por amenazas de muerte³⁷.

5.5 Alcance de los programas

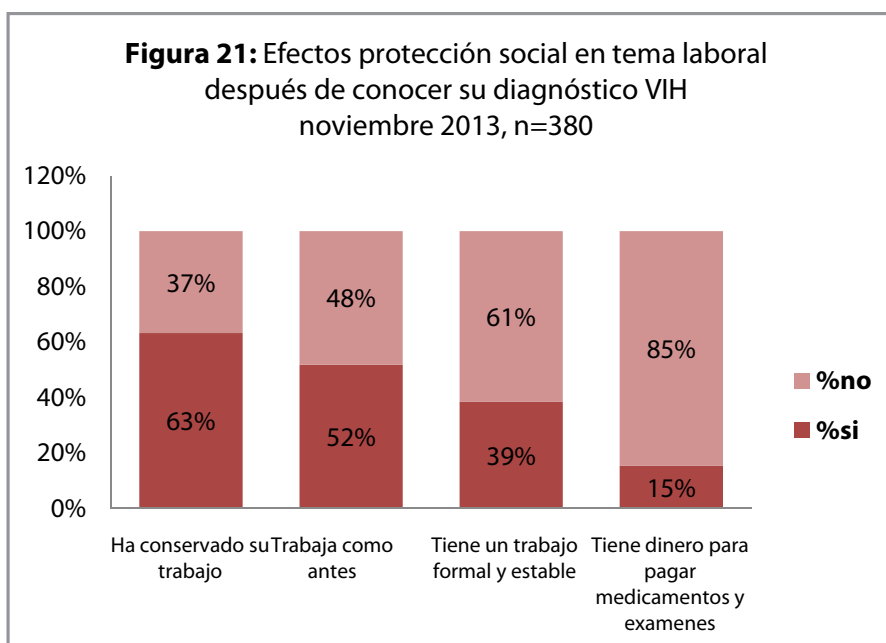
En esta sección se observa el efecto de los programas de protección social. La información se obtuvo de 380 encuestas a personas que viven con VIH y que son usuarias de IGSS o UAI.

De la población encuestada, se identificó que 4 personas de cada 10 tienen menos de 4 años viviendo con VIH y el máximo de vida es de 19 años.

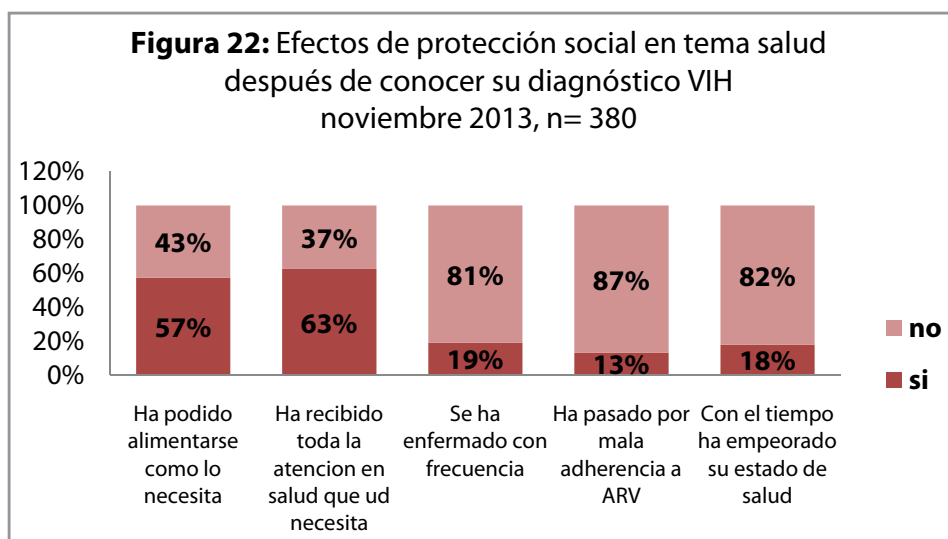


Más de la mitad en el grupo gay y Trans presenta las menores cantidades de años viviendo con VIH (0 a 4 años) esto se relaciona con el incremento de casos nuevos en este grupo. Las mujeres representan el grupo con más años viviendo con VIH porque el 7.6% de las mujeres tienen entre 15 a 19 años viviendo con VIH.

³⁷ (http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Sala%20de%20prensa/Boletines/boletn_tercer_informe_situacin_de_pv_y_pemar_090913.pdf)

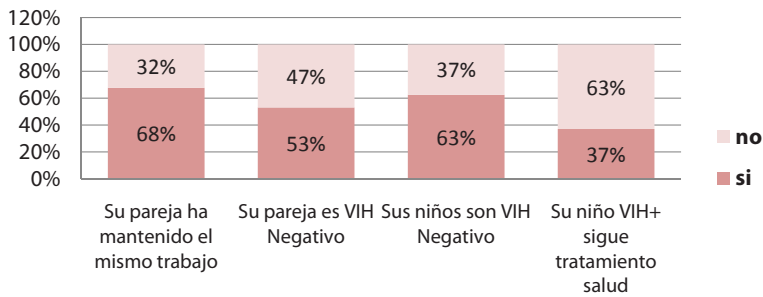


Se observa que más de un cuarto de la población con VIH no ha podido conservar su trabajo, el 48% no trabaja como antes debido a su estado de salud, únicamente el 39% tiene un trabajo formal y estable y más del 85% de la población no tiene para pagar medicamentos y exámenes que no son cubiertos en los servicios de salud donde asisten para sus controles.



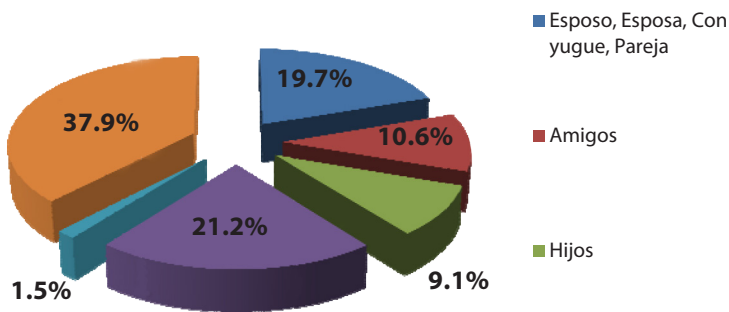
La alimentación adecuada es importante en la adherencia al tratamiento, El 57% de la población asegura alimentarse bien, el 63% ha recibido la atención que considera necesaria. Un porcentaje se ha enfermado con frecuencia y ha presentado mala adherencia a los ARV.

Figura 23: Efectos de protección social en la familia después de conocer su diagnóstico VIH noviembre 2013, n= 380



El 68% de convivientes o parejas de las PV asegura que ha mantenido el mismo trabajo, el 47% de las parejas también son VIH positivo, el 37% tiene niños y niñas con VIH todos tienen un tratamiento de salud.

Figura 24: ¿Quién le ha cuidado por enfermedades asociadas al VIH? %



El 21% de las PV indicaron que ha presentado enfermedades agudas asociadas al VIH, por lo que ha tenido la necesidad de solicitar apoyo para su recuperación, el 4.4% de estas ha tenido ese problema en el último año. El 100% de los y las cuidadoras son integrantes de la familia o amistades cercanas. De estas el 80% son mujeres madres, hermanas o conyugue y no reciben ninguna remuneración por el cuidado.

5.6 Avances Institucionales en los últimos 3 años

En esta sección se evalúa el cumplimiento y desarrollo de los desafíos que se plantearon las instituciones hace 3 años, al momento de la primera fase de este estudio.

Tema	Situación año 2013	Situación año 2016
Responsabilidad financiera total del MSPAS	El MSPAS contempla, según convenio con el FM asumir los costos, administrativos, operativos, al finalizar la subvención 2015	El FM sigue pagando todo (abordaje, atención y prevención) menos los ARV.
Guías específicas para TRANS	Guatemala no contaba con guías ni protocolos oficiales de atención a población Trans, existían esfuerzos por parte de la Organización OTRANS, con el apoyo de UNFPA, para el impulso de la Estrategia diferenciada de salud.	En noviembre de 2015 se lanzó oficialmente desde el MSPAS la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para las personas Trans en Guatemala 2016-2030 con el compromiso de sensibilizar al personal de salud y lograr una atención en los servicios de salud incluyentes, con calidad y sin discriminación. El desafío ahora es la implementación y el monitoreo de su cumplimiento.
Crear estrategia específica para Población Privada de Libertad PPL	Todos los procesos, a la fecha, para brindar atención a PPL, han sido de buena voluntad por parte de los administradores del sistema penitenciario, en coordinación con algunas ONG, sin embargo, no existe un reconocimiento por parte del Estado, que garantice recibir atención integral.	Actualmente, la dirección del sistema penitenciario con el impulso de la sociedad civil ha elaborado Los lineamientos para el abordaje y atención del VIH en PPL en los centros penitenciarios documento listo para la aprobación final de Ministerio de Gobernación. El desafío próximo es la implementación y el monitoreo de su cumplimiento.
Funcionamiento total del sistema de información MANGUA	El sistema MANGUA se elaboró con apoyo de la Fundación Barcelona, para monitorear el tratamiento ARV, control de recuentos de linfocitos de TCD4 y TCD8, carga viral también el historial de infecciones oportunistas que han presentado los pacientes con VIH. Dicho sistema fue alimentado en Barcelona con la información de las UAI desde el año 2009 al 2013 sin embargo, se encuentra desactualizado.	Sigue funcionando MANGUA con limitantes y existe un nuevo sistema de información.
Producir material educativo en 22 idiomas y cosmovisión	No existe material en idiomas, y con pertinencia de acuerdo a la cosmovisión.	No se ha realizado nada en esta materia.
Crear mecanismos de resolución de quejas administrativas en las UAI	La Asociación Vida ha creado un proceso de denuncias administrativas en la atención del IGSS a PV, sin embargo, en las UAI existe ese vacío, únicamente se realiza monitoreo por algunas organizaciones de Sociedad civil.	No se ha avanzado en esta materia.
Crear mecanismos para dar atención en salud a los migrantes detenidos	No existen mecanismos	Existen Los lineamientos para el abordaje y atención del VIH en PPL en los centros penitenciarios que abarca a migrantes por estar detenidos.
Política o estrategia de estigma y discriminación a nivel país	El delito de discriminación es sancionado por el código penal, según el artículo 202 bis, la estigmatización no constituye delito alguno.	Actualmente se está realizando en la cooperación HIVOS -PASMO, el movimiento generación Cero, que pretende incidir en este esfuerzo. La política de salud sexual y reproductiva
Actualizar la política de VIH y crear mecanismos para poner en práctica	Actualmente se encuentran en el congreso, 2 iniciativas de modificación a la ley, es la sociedad civil quien tiene la responsabilidad de coordinar para encausar una sola iniciativa, de lo contrario el congreso desestimar su modificación, hasta que se logre dicho acuerdo. La iniciativa 3947 del año 2009 obtuvo dictamen favorable de la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso de la República, sin embargo fue engavetada.	Hasta el momento no se ha actualizado.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Se formularon las siguientes conclusiones para responder a las interrogantes que motivaron el estudio:

6.1 ¿Cuál es el acceso y cobertura a protección social que tienen las personas con VIH y sus familias en Guatemala?

- El acceso a programas sociales es insuficiente, ya que el gobierno no ha elaborado programas específicos para este grupo de la población, por lo que hasta el momento algunas ONG cumplen con esta garantía pero de forma insuficiente, En el año 2013 únicamente el 6.6% de las personas con VIH indicaron estar incluidas en un programa social gubernamental el 2.6% reportó estar incluida en un programa no gubernamental, de estas, el 1.3% fue la beneficiaria directa por ser un programa específico para personas con VIH en condiciones de pobreza.
- En materia de seguridad social, un aproximado del 10.9% de la población con VIH tiene acceso a IGSS, de estas únicamente el 1.1% tiene acceso a pensión del IGSS asociado al VIH y de este dato el 0.3% corresponde a cobertura directa y el 0.8% tiene acceso a esta pensión por ser familiar de una persona cubierta por el IGSS, actualmente el IGSS no otorga pensiones por VIH ya que se considera una enfermedad catastrófica.
- En materia de servicios sociales, únicamente El Hospicio San José presta este servicio, a niños y niñas huérfanas de padres y madres con VIH así como atención para el buen morir tanto en niñez como adultas(os), además de dicha institución, no existen guarderías infantiles ni refugios de mujeres con VIH, o espacios

especiales para personas de la 3era. Edad con VIH.

- En cuanto a políticas y legislación, se identificó que la política de desarrollo social, en materia de salud tiene por objetivo reducir en un 20% las infecciones de transmisión sexual y el VIH-Sida, además de ello existe una política en materia de VIH, decreto 638-2005, la cual debe ser revisada y actualizada, para corregir los vacíos identificados en su formulación.

6.2 ¿Cómo influye la protección social a través de los servicios de salud en las personas con VIH?

- En Guatemala, los servicios de salud disponibles son: 1. en el sector semiautonómico, el IGSS que atiende un aproximado de 13.5% de la población con VIH lo cual indica que más del 80% de personas con VIH se ubican en el sector informal; 2. En sector público, 16 UAI que atiende a un aproximado del 50% (13,684 personas adultas con VIH y 704 menores de 15 años)3. en el sector privado el Hospital Militar que atiende a menos del 1%;4. En sector no gubernamental, el Hospicio San José y Hogar Ana Vitello que atiende a menos del 2% de niñez y adultas(os) en consulta externa y un pequeño porcentaje de niñez interna.
- En el año 2012 se identificó que un 35.4% de población diagnosticada con VIH, no se reporta en ningún servicio de salud, lo cual indica la vulnerabilidad de salud y deterioro de esta población cautiva, además que indica la debilidad del sistema de salud en el monitoreo de pacientes y marca una debilidad para la propagación de la enfermedad. Actualmente el boletín epidemiológico no reporta información de atención desglosada

por servicio de salud, lo cual fue una limitante para actualizar dicha información.

- El MSPAS abarca la mayor cobertura de protección social en salud, sin embargo, no presta servicios integrales de atención, según lo indicaron las personas usuarias, ya que el 80.9% indicó que no reciben cobertura total de medicamentos para enfermedades oportunistas; el 51% indicó que no tienen acceso a exámenes especiales relacionados con el VIH y el 58.6% indica que no obtiene medicamentos para enfermedades consecuentes o degenerativas. Esta situación indica, que las UAI se limitan a la carga viral, CD4 y tratamiento ARV sin embargo casi el 30% de pacientes indicaron que estos servicios han sido irregulares o insuficientes.
- En el caso de las personas usuarias del IGSS, una proporción menor al 2% reporta irregularidades en el tratamiento antirretroviral y evaluación de CD4 y carga viral, y en general reciben los servicios adicionales para tener una atención integral. Esta situación es contundente con el informe de la Procuraduría de los Derechos Humanos donde indica que en el año 2012 el 91% de las denuncias corresponden a violación del derecho a la salud y seguridad social, siendo el MSPAS la institución con mayores denuncias, sin embargo, en el V informe año 2016 se reporta el IGSS como la institución con mayores denuncias en salud, por lo que se considera necesario volver a evaluar la percepción de usuarias(os) en los servicios de salud.

6.3 ¿Hasta qué punto, el estado de empleo de las personas con VIH, influye en el acceso a protección social?

- La población con VIH económicamente activa es de 86.0 sin embargo solo el 77.3 se encuentra ocupada, lo cual representa 20 puntos menos que la tasa nacional. Esto indica que la población con VIH tiene menos

acceso a empleo que la población en general; situación con mayor desventaja en el caso de las mujeres con una tasa de 70.3

- La ocupación mayoritaria en la población con VIH es el comercio de tipo informal y por cuenta propia, sin embargo, el trabajo sexual es la ocupación mayoritaria en el caso de las mujeres (24.3%) y las mujeres trans (27.3%) evidenciando la vulnerabilidad laboral de estos grupos de población y su relación con el VIH.
- La tasa promedio de informalidad laboral en la población con VIH es de 69.7 y el sub empleo visible es de 40.3 dicha situación de vulnerabilidad laboral se presenta en todos los grupos evaluados, sin embargo, es más precarias en lesbianas, mujeres trans y mujeres, ya que la tasa de informalidad es de 92.3 86.4 y 69.4 respectivamente y de subempleo es de 50.0 59.1 y 49.5 respectivamente, comparado con los hombres con una tasa de 49.0 de informalidad laboral y 27.0 de sub empleo. Esta situación influye en la limitación de acceso a seguridad social debido a la carencia de empleo formal, e indica la relación de pobreza en la cual está inmersa la población debido a la inestabilidad laboral y subempleo evidenciando una brecha entre mujeres y hombres, aunado a ello, la ausencia de políticas a favor de programas sociales para esta población, y los limitados programas de servicio social les coloca en mayor vulnerabilidad.
- Se determinó que el 90% de las personas con VIH, se encuentran en situación de pobreza y de estas el 41% en pobreza extrema, lo cual indica que la población con VIH es más vulnerable que la población en general ya que el promedio nacional es de 59.3 y 15.7 al año 2013. Esta situación se relaciona a su situación de salud y falta de programas de protección social, ya que más del 70% manifestó que tuvo que cambiar de trabajo debido a situaciones asociadas con la salud tales como enfermedades o que no le concedían tantos permisos para ir a sus chequeos de salud, entre otros, así como más de la mitad,

indicó que sus gastos en medicamentos han aumentado después de su diagnóstico y los gastos en transporte aumentaron en 54.9% ya que en el caso de las personas que viven en el área urbana prefieren movilizarse hasta la ciudad para recibir atención en salud, con el fin de evitar el estigma y discriminación en su lugar de habitación.

6.4 ¿Cuáles son las barreras de las personas con VIH para el acceso a la protección social?

- Hay barreras inmediatas, intermedias y estructurales. Las barreras inmediatas se centran en la incapacidad estatal reflejada en el desconocimiento de derechos de VIH en personal de sistema justicia; la falta de sensibilización del legislativo en el problema del VIH; el incumplimiento de la ley de VIH; la deficiencia presupuestaria para la implementación de la política VIH; ausencia de cobertura de protección laboral a economía informal y problemas de cobertura en la niñez beneficiada por el IGSS.
- Las barreras intermedias se centran en aspectos socio culturales y, vacíos en la ley y servicios de salud que se reflejan en falta de voluntad política; estigma y discriminación en todos los niveles de la población; desventajas por género para mujeres y población Trans; vacíos en la ley del VIH y el mundo laboral; programas de asistencia y seguridad social de baja cobertura y no sensibles al VIH; vacíos en el sistema de salud en general y en VIH.
- Y, las barreras estructurales se enfocaron en el ámbito social, político y económico del país, como el sistema político deficiente para la población; sistema social de inequidad e irrespeto a los derechos humanos y el sistema económico que perpetua la pobreza y vulnerabilidad económica.

6.5 ¿Cuáles son los alcances de la protección social para reducir el impacto en las personas con VIH y sus familias?

- El 41.8% de la población tiene entre 0 a 4 años viviendo con VIH, la mayoría son gay o trans lo cual está asociado con el aumento de personas infectadas en estos grupos vulnerables. Las mujeres representan el grupo con más años viviendo con VIH (15 a 19 años).
- Casi la mitad de la población (48%) manifiesta que ha tenido un deterioro en su salud que le ha afectado en su desempeño laboral, lo cual está asociado a que más de ¼ de las personas con VIH no han conservado su trabajo, 43% consideran que no se alimentan adecuadamente, 19% se enferman con mayor frecuencia, 13% ha presentado mala adherencia a los ARV, sin embargo por la falta de acceso a fuentes de ingreso, el 85% indica que no tiene para pagar medicamentos que no son cubiertos por el sistema de salud al cual acude. Esta situación indica que la protección social ha sido insuficiente, ya que se presenta un círculo vicioso entre enfermedad, empleo y pobreza, lo cual está vinculado con una atención en salud no integral y falta de servicios de asistencia y seguridad social que les garantice ingresos económicos o necesidades básicas.
- El 21% de personas con VIH ha atravesado episodios de SIDA por lo que ha tenido la necesidad de recurrir a personas que les apoyen en su cuidado de salud. El 100% son familiares o amistades cercanas de las cuales la mayor proporción (80%) son mujeres hermanas, madres o conyugues que no reciben ninguna remuneración por su cuidado. Esto demuestra el impacto que tiene el VIH en la familia y amistades. El impacto también se evidenció en que el 47% de las parejas son VIH positivo y 37% de los hijos o hijas también lo son.

6.6 ¿Cuáles son los avances Institucionales en materia de protección social?

- Los avances en los últimos 3 años en materia de políticas y estrategias es que ya se cuenta con una estrategia en salud diferenciada para personas Trans y lineamientos para el abordaje y atención del VIH en PPL en los centros penitenciarios, así como una iniciativa de ley que dispone aprobar ley de respuesta al VIH en el marco de los derechos humanos y un reglamento de salud y seguridad ocupacional Acuerdo Gubernativo 229-2014 del Ministerio de trabajo que demuestra voluntad política, actualmente el reto es darle seguimiento al cumplimiento de dichas políticas.
- Los vacíos o rezagos en materia de VIH se centran en la falta de un sistema de información pública actualizado por parte del rector en salud; no existe una política contra la estigma y discriminación; ni se cuenta con material educativo desde la cosmovisión maya y traducido en idiomas mayas; no existe un sistema de quejas y seguimiento legal sistematizado para las UAI; se encuentra detenido el proceso de actualización de la política VIH Decreto 27-2000 y decreto 638-2005.
- El MSPAS no se ha independizado económicamente del fondo mundial, ya que a la fecha el Ministerio únicamente compra los ARV, mientras que el fondo mundial continúa pagando abordaje, atención y prevención.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la sociedad civil, incidir políticamente en la comisión de salud del Congreso de la República, para la creación de una política de protección social específica para la población con VIH con las siguientes características:
 - El MIDES debe desarrollar un programa social específico para población con VIH y sus familias, debido a que es un grupo que presenta mayor vulnerabilidad a la pobreza, y este debe guardar los criterios de confidencialidad para no poner en riesgo de estigma y discriminación a las personas.
 - Se debe crear un programa de seguridad social para población que labora en el sector informal, ya que corresponde a un aproximado del 80% sin este beneficio.
 - Las ONG que trabajan en la problemática del VIH, deben desarrollar proyectos de servicios sociales tales como hogares infantiles regionales ya que hasta el momento únicamente existe uno (Hospicio San José), guarderías infantiles de madres con VIH trabajadoras para puedan acceder a una alimentación de buena calidad y cuidados, espacios de autoayuda para mujeres con VIH víctimas de violencia y espacios de para adultas(os) mayores con VIH o cuidados para el buen morir.
- Las UAI deben cumplir con su calidad “integral” a través del cumplimiento de sus protocolos, para ello debe asegurar el abastecimiento oportuno de ARV, insumos de laboratorio, así como medicamentos para enfermedades oportunistas, enfermedades degenerativas; disponibilidad de servicios de nutrición, odontología y otros que se requieran para darle cumplimiento al Estado como garante del derecho a la salud.
- Se solicita al MSPAS revisar los mecanismos de compras y actualizar los requerimientos de insumos en un tiempo prudencial, para evitar la insuficiencia de ARV e insumos de laboratorio en las UAI.
- Se sugiere al IGSS, desarrollar un proceso de mejora en la calidad de atención con calidez y amabilidad por parte del personal y sensibilización en el tema, ya que en el V informes de PDH se identificó que el IGSS es la institución más denunciada debido a malos tratos, estigma y discriminación y mala calidad en servicios de salud.
- Se sugiere al MSPAS, el fortalecimiento del sistema de información del programa nacional de ITS-VIH y Sida que permita la visibilidad pública de información epidemiológica actualizada, así como también desglosada por servicio de salud.
- Se solicita al MSPAS crear mecanismos de monitoreo del sector privado en cuanto a la atención a pacientes con VIH, ya que hasta el momento únicamente se evidencia monitoreo del Centro Médico Militar.
- Se sugiere realizar una nueva encuesta a población con VIH, con las temáticas abordadas en este estudio en el año 2013, en relación a la percepción de los servicios de salud, relación de empleo y el efecto de los programas dirigidos a la población con VIH para poder evaluar el avance o vacíos en los programas de forma comparativa.

- Se sugiere a la sociedad civil, darle seguimiento al cumplimiento de las políticas aprobadas recientemente: 1. la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para las personas Trans en Guatemala 2016-2030; 2. Los lineamientos para el abordaje y atención del VIH en PPL en los centros penitenciarios; 3. reglamento de salud y seguridad ocupacional Acuerdo Gubernativo 229-2014 del Ministerio de trabajo.
- Se sugiere a la sociedad civil, continuar con un monitoreo sistematizado a las UAI para hacer procesos de incidencia política en el cumplimiento de sus funciones, así como el fortalecimiento en el sistema actual del IGSS.
- Se sugiere utilizar este documento y en especial el capítulo de barreras para el acceso de protección social, como una herramienta para analizar y actualizar la política 638-2005 para Población con VIH ya que dicho capítulo es producto de un trabajo colectivo de las organizaciones de sociedad civil participante.
- Generar una investigación, para poblaciones con idiomas mayas, Xinka y Garífuna para la creación de material educativo e informativo desde la cosmovisión maya, garífuna y xinka, así como traducido a los idiomas pertinentes, y/o dirigido a personas analfabetas.
- La OIT y la sociedad civil debe dar acompañamiento y seguimiento a la Implementación de los compromisos internacionales estipulados por la OIT referente a VIH desde el año 2000 a 2012.
- En este estudio se evidenció las mujeres y mujeres Trans son más vulnerables y excluidas en la protección social y garantía de derechos básicos de acceso a empleo, salud y por lo tanto pobreza, por lo que se considera necesario articular acciones conjuntas con el Ministerio de Desarrollo Social, Secretaria Presidencial de la Mujer para analizar avances y respuestas ante la epidemia de VIH en el país, definida en la Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres (PNPDIM) y el Plan de equidad de oportunidades (PEO 2008-2023).
- Debido a que el estigma y discriminación es uno de los problemas principales de exclusión para la población con VIH, además del seguimiento y evaluación de las campañas masivas de sensibilización, también se recomienda desarrollar una política de estigma y discriminación para garantizar la integridad de las personas.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Acción Ciudadana. (2013) Riesgos de corrupción en los programas sociales implementados por el Ministerio de Desarrollo Social, Estudio de Caso: Mi Bono Seguro, Mi Bolsa Segura, Jóvenes Protagonistas y Comedores seguros. (Guatemala: Acción Ciudadana)
- ASIES. (2013) Desarrollo del sistema de indicadores de trabajo decente para Guatemala. Proyecto dialogo estratégico sobre trabajo decente y economía informal (Guatemala: ASIES)
- Cano, Nydia Paola (2010) Evaluación del impacto del alimento complementario Vitacereal de la Estrategia de reducción de desnutrición crónica, en niños y niñas del departamento de Huehuetenango que lo consumieron entre los 6 a 36 meses de edad. (Guatemala: DIGI- Dirección General de Investigación Universidad de San Carlos de Guatemala)
- Comisión Económica para América Latina (2013) Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe, Guatemala. (Guatemala: CEPAL)
- Comisión Económica para América Latina (2007) Notas de Población No. 85. El VIH y los Derechos Humano. Retos de política y legislación (Guatemala: CEPAL)
- Congreso de la República de Guatemala (1961) Código de Trabajo Decreto 1441 (Guatemala: Congreso de la República de Guatemala)
- Congreso de la República de Guatemala (2001) Decreto 42-2001 Ley de Desarrollo Social. (Guatemala: Gobierno de Guatemala)
- Congreso de la República de Guatemala (2010) Decreto 32-2010 Ley de Maternidad Saludable. (Guatemala: Gobierno de Guatemala)
- Congreso de la República de Guatemala (1985) Constitución Política de la República de Guatemala. (Guatemala: Gobierno de Guatemala)
- Congreso de la República de Guatemala (2009) Ley Contra La Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas. (Guatemala: Gobierno de Guatemala)
- COPREDEH. (2011) Derechos Humanos de las comunidades de la Diversidad Sexual (COPREDEH)
- Gilson, L. etal (2012) La política de salud y la investigación de sistemas: Un lector de metodología. Alianza para la Política de Salud de Investigación de Sistemas, Organización de la Salud Word.
- Grupo Temático Interagencial sobre-VIH de las Naciones Unidas en Guatemala (2011) Informe de Situación sobre VIH y violencia basada en género: Una aproximación desde las determinantes sociales. (Guatemala: ONU)
- Hivos y Fundación Fernando Iturbide (2013) Informe Final Resultados Estudio de Medición de Impacto y Evaluación de Impacto, Campaña por la Reducción de Estigma y Discriminación hacia personas Gay, Mujeres Trans, Mujeres Trabajadoras Sexual y Personas Viviendo con VIH. (Guatemala: Hivos)

- Instituto Nacional de Estadística (2009) V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ESMI (Guatemala: INE)
- Instituto Nacional de Estadística (2012) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI (Guatemala: INE)
- Instituto Nacional de Estadística (2013) Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos ENEI (Guatemala: INE)
- Secretaría de Planificación y Programación SEGEPLAN (2002) Política Pública de Desarrollo Social y Población. (Guatemala: SEGEPLAN)
- Secretaría de Planificación y Programación SEGEPLAN (2011) Orientaciones Estratégicas de Política, 2012-2014. (Guatemala: SEGEPLAN)
- Maillot. M.; Sipi-Johnson, S. (2013) Les personnes avec le vivant VIH y el Sida” en “Droit International Social-droits économiques, sociaux et culturels (Brucelas)
- Michael, Lipsky (1,980). “Street level bureaucracy” Dilemas of the individual in public services. (New York, Estados Unidos. Russell Sage Foundations)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2011) Plan Estratégico Nacional para la Prevención Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015 Volumen I, (Guatemala: CONASIDA Y PNS)
- Ministerio de Educación MINEDUC (2012) Políticas Educativas elaborada por el Consejo Nacional de Educación 2012-2016. (Guatemala: MINEDUC)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2012) Estimaciones y Proyecciones de VIH y VIH Avanzado (Sida) (Guatemala: MSPAS)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2012) Base de datos VIH, Centro Nacional de Epidemiología (Guatemala: Centro Nacional de epidemiología)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2,012) Informe de Evaluación de la Política 638-2005. Respecto de la prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la respuesta a la epidemia del sida. (Guatemala: MSPAS)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (2,006) Política pública 638-2005 Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual –ITS y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SIDA. (Guatemala: MSPAS)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Centro Nacional de Epidemiología (2,011) Ejercicio 2011 de Estimaciones y Proyecciones del VIH y VIH avanzado, Modelo de Estimaciones y Proyecciones VIH, Spectrum 4.47, Centro Nacional de Epidemiología. (Guatemala: MSPAS).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012) Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en la Lucha contra el VIH y Sida. (Guatemala: MSPAS)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016) Informe de vigilancia epidemiológica de VIH Guatemala, enero a diciembre 2016 (Guatemala: MSPAS)
- Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas (2012) Informe de la alta comisionada de las ONU para los DDHH sobre las actividades de su oficina en Guatemala 2012 (Guatemala: ONU)

- ONUSIDA (2012) Juntos vamos a acabar con el SIDA. Ginebra: Naciones Unidas para el Desarrollo Co-patrocinado por el VIH / SIDA. <http://www.unaids.org>
- Organización Internacional de Trabajo (2013) Efectos del Comercio en el Empleo, Informe Guatemala. (OIT)
- Organización Internacional de Trabajo (2,010) Primer informe complementario: Plan de Acción Mundial para promover la aplicación de la Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo, (núm. 200). (Ginebra: OIT)
- Organización Internacional de Trabajo (2,010) Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo de trabajo, 2010 (núm. 200). (Ginebra: OIT).
- Organización Internacional de Trabajo (2,001) Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. (Ginebra: OIT)
- Organización Mundial de la Salud (2011) WOMEN OUT LOUD Cumpliendo con los Diez Objetivos de la Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2011 Sobre VIH/sida Cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA Informe Mundial Sobre Violencia y Salud (Guatemala: OMS)
- Organismo Legislativo, Congreso de la República de Guatemala (2,000) Decreto Número 27-2000-06-26. Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida -sida- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/sida. (Guatemala: Congreso de la República de Guatemala)
- Programa Mundial de Alimentos (2007) La protección social en la era del VIH y el SIDA. Análisis de la importancia de las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria. (PMA)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012) Global Commission on HIV and the LAW. Riesgos, Derechos y Salud. (PNUD)
- Procurador de los Derechos Humanos, Guatemala. (2013) boletín tercer informe situación de personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo (Procurador de Derechos Humanos, Guatemala)
- Procurador de los Derechos Humanos, Guatemala, (2013) Tercer Informe Nacional sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo, (Procurador de derechos humanos, Guatemala).
- Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala MENAMIG (2000) Voz Itinerante (No. 2) Agosto del 2000. (Guatemala: MENAMIG)
- Procuraduría de los Derechos Humanos e Hivos Receptor principal del componente de prevención del fondo mundial (2013) Tercer Informe Nacional sobre la situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo (Guatemala: Hivos)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD – Programa Naciones Unidas (2,011-2,012) Informe de Desarrollo Humano, 2011-2012. (Guatemala: PNUD).
- Ruiz Ángel (1997) Nuevo derecho de la seguridad social 7ª. Edición (México: Porrúa)

- Scheil-Adlung, X.; Kuhl, C. (2012) La evidencia sobre las inequidades de género en la protección social de la salud: el caso de las mujeres que viven en zonas rurales. (Ginebra: OIT, Departamento de Seguridad Social)
 - Universidad del Valle de Guatemala – Centro de Estudios en Salud, Unidad de VIH (2012) Informe Final de la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en poblaciones clave. (Guatemala: UVG)
 - Universidad Rafael Landívar Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales IDIES (2001). Las Macro Tendencias del Empleo Formal en la Década de 1990. (Guatemala: URL)
 - USAID. (2012) Diagnostico de situación en el ámbito de políticas de VIH para Centro América. (Guatemala: USAID)
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
www.igssgt.org (Recuperado 4.12.13)
- Programas sociales del Ministerio de desarrollo
http://www.minfin.gob.gt/transferencias/decreto_72_2008.pdf(Recuperado 5.12.13)
- Campaña ver para entender www.verparaentender.org(Recuperado 5.12.13)

LISTADO DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadros:


No.	Cuadro	Página
1	Distribución de la muestra	20
2	Distribución según la autodeterminación de participantes por género	20
3	Programas sociales implementados en Guatemala durante las últimas tres administraciones gubernamentales 2008 – 2016	22
4	Actividad económica de personas con VIH disgregada por sexo y orientación sexual	33
5	Ingresos mensuales aproximados de PVVIH	34

Figuras:

No.	Figura	Página
1	Los pilares fundamentales de la protección social	12
2	Marco legal VIH en Guatemala	16
3	Servicios de asistencia social que reportaron las personas con VIH que asisten al IGSS o las UAI noviembre 2013, n= 380	23
4	Servicios de seguro social que tienen acceso las personas con VIH noviembre 2013, n= 380	25
5	Cobertura por tipo de servicios de salud a Población con VIH	28
6	Le han dado la cantidad de ARV que necesita	29
7	Le realizan carga viral cada 6 meses noviembre 2013, n=380	30
8	En este servicio de salud siempre le dan medicamentos para enfermedades oportunistas noviembre 2013, n=380	30
9	Cuando ha necesitado un examen especial, se lo han realizado en este servicio de salud noviembre 2013, n=380	31
10	Cuando ha necesitado medicamentos especiales se los han dado en este servicio de salud noviembre 2013, n=380	31
11	Tasa de participación de la PEA por género noviembre 2013, n=380	32
12	Tasa de Población ocupada por género noviembre 2013, n=380	32
13	Población ocupada por actividad económica noviembre 2013, n=380	32
14	Población con VIH ocupada según sector, tasa por género noviembre 2013, n=222	33
15	Tasa subempleo visible por género noviembre 2013 n=380	33
16	Desempleo abierto por género noviembre 2013, n=380	34
17	Si ud ha perdido o cambiado de trabajo, ¿Cuál fue la razón? noviembre 2013, n=380	34
18	¿Sus gastos mensuales han cambiado desde su diagnóstico al VIH? noviembre 2013, n=380	35
19	Barreras para el acceso de protección social para las personas con VIH	35
20	Cantidad de años viviendo con VIH desagregado por género noviembre 2013, n=380	42
21	Efectos protección social en tema laboral después de conocer su diagnóstico VIH noviembre 2013, n=380	43
22	Efectos de protección social en tema salud después de conocer su diagnóstico VIH noviembre 2013, n= 380	43
23	Efectos de protección social en la familia después de conocer su diagnóstico VIH noviembre 2013, n= 380	44
24	¿Quién le ha cuidado por enfermedades asociadas al VIH? %	44

GLOSARIO

- **Morbilidad:** La tasa de morbilidad es una medida de la frecuencia de manifestación de una enfermedad en una población definida durante un período especificado.
- **Mortalidad:** La tasa de mortalidad es una medida de la frecuencia de aparición de la muerte en una población definida durante un período especificado.
- **ETMI:** Eliminación de la transmisión de la madre al infante, transmisión perinatal. Situación en la cual una madre con el VIH transmite ese virus al bebé durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto o durante la lactancia (por medio de la leche) materna. Se administran medicamentos antirretrovirales (ARV) a las madres durante el embarazo y a los recién nacidos para reducir el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño.
- **Antirretrovirales:** Medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus, como el VIH. Por lo general, el término se refiere a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH.
- **Beneficiarios del seguro social:** Son los cónyuges, hijos o padres de los afiliados que reciben el beneficio de la atención que presta el seguro social con algunas limitaciones, como el caso de menores de edad.
- **Derechos:** Son las personas que dado sus aportes reciben la atención requerida por el IGSS.
- **Ingreso medio laboral:** Es la remuneración que en promedio recibe mensualmente un trabajador asalariado o independiente.
- **Población desempleada abierta:** Personas de 15 años o más, que sin estar ocupados en la semana de referencia, buscaron activamente un trabajo y tenían disponibilidad inmediata.
- **Población económicamente activa (PEA):** Todas las personas de 15 años o más, que en la semana de referencia realizaron algún tipo de actividad económica, y las personas que estaban disponibles para trabajar y hacen gestiones para encontrar un trabajo. Se incluyen también las personas que durante la semana de referencia no buscaron trabajo activamente por razones de mercado pero estaban dispuestas a iniciar un trabajo de forma inmediata.
- **Población Clave:** Grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestos al VIH o que lo transmita y cuya participación es fundamental para una respuesta eficaz del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, personas que se inyectan drogas y los trabajadores sexuales y personas con VIH, anteriormente se les reconocía como PEMAR (ONUSIDA, 2011a).
- **Población ocupada:** Personas de 15 años o más, que durante la semana de referencia hayan realizado durante una hora o un día, alguna actividad económica, trabajando en el período de referencia por un sueldo o salario en metálico o especie o ausentes temporalmente de su trabajo; sin interrumpir su vínculo laboral con la unidad económica o empresa que lo contrata, es decir con empleo pero sin trabajar.
- **Protección social:** Programas e instrumentos que individual o colectivamente tienen por objetivo ser protector (el alivio) de la población, preventivo (evitar privaciones), promoción (para mejorar los ingresos y las capacidades) y / o de transformación social (frente a la equidad social y la exclusión, que a menudo apuntalan la pobreza crónica y la vulnerabilidad) (Devereux y Sabates-Wheeler, 2004).

- 
- Población subempleada visible (PSV):Conjunto de personas que trabajan involuntariamente menos de la jornada normal (40 hrs/semana en el Sector Público, y 48 hrs/semana en el resto de sectores) y que desearían trabajar más horas
 - SIDA:Enfermedad del sistema inmunitario causada por la infección por el VIH. Este virus destruye los linfocitos (las células) T CD4 del sistema inmunitario y deja el organismo vulnerable a varias infecciones y clases de cáncer potencialmente mortales. El síndrome de inmunodeficienciaadquirida es la etapa más avanzada de la infección por el VIH.
 - Tasa de desempleo abierto activo:La población desempleada abierta activa como proporción de la Población Económicamente Activa
 - VIH:Virus de inmunodeficiencia adquirida causante del SIDA. El VIH es un retrovirus que

tiene dos tipos: VIH-1 y VIH-2. Ambos tipos se transmiten por contacto directo con los fluidos corporales, tales como sangre, semen o secreciones genitales, infectados por el VIH o de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o por medio de la lactancia materna. El VIH-2 es prevalente en África Occidental. Se transmite de la misma manera que el VIH-1, con la diferencia que lleva más tiempo en evolucionar a un cuadro sintomático del VIH/SIDA y causa una menor tasa de mortalidad que la infección por el VIH-1.

- Vulnerabilidad en el mundo de trabajo: desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, como resultado de los factores sociales, culturales, políticos y económicos que hacen a una persona más susceptible a la infección por VIH y de desarrollar el SIDA (OIT, 2010, p 0.3).

ANEXOS

Anexo 1

Listado de entrevistas y grupos focales

Tabla 3

Entrevistas realizadas a representantes de Organizaciones vinculadas con VIH

No.	NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
1	Jorge Arreola	Consultor en PEMAR	Programa VIH- MSPAS
2	Gabriela Tuch	Coordinadora	observatorio de derechos humanos VIH y PEMAR
3	Oscar David Morales	Auxiliar unidad VIH	Procuraduría de Derechos humanos
4	Aldo Dávila	Director	Asociación Gente positiva
5	Claudio Ramírez	Decano ciencias salud	Universidad Rafael Landívar
6	Jorge Luis Berger	Coordinador práctica hospitalaria	Universidad Rafael Landívar
7	Brenda Santos	Coordinadora	Previsión social MITRAB
8	Rodrigo Pascal		ONUSIDA
9	Carlos Romero	Coordinador	Asociación REDCA
10	Vinicio Hernández	Defensor de trabajo	Procuraduría de Derechos humanos
11	Claudia Rosales	Coordinadora comunicación	Red de Mujeres positivas
12	Dory Lucas Alecio	Coordinadora	Secretaría técnica Mecanismo coordinador de país
13	Tulio Martínez Vivas	Coordinador técnico programático	Subvención VIH Fondo mundial , investigación y estadística Programa ITS/VIH y SIDA - MSPAS

Tabla 4

Grupos focales realizados

GRUPO	POBLACIÓN	No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1	Mujeres que viven con VIH	6	Mujeres que viven con VIH	Red de mujeres positivas
2	Organizaciones sociedad civil	1	Ana Cristina Callejas	Subcomisión VIH - conferencia episcopal
		2	Iris Isabel López Velásquez	CONASIDA
		3	Indira Franco Chen	CONASIDA
		4	Amalia López	AMUGEN
3	Organizaciones sociedad civil	1	Ami Hernández	LAMBDA
		2	Carlos Valdés	LAMBDA
		3	Byron Córdova	PASMO
		4	Hugo Rolando Valladares	Asociación Gente Nueva
		5	Fernando Salvador	Asociación Vida
		6	Joel E. Ambrosio	Asociación Vida
		7	Jorge Arreola	PNS /MSPAS
4	Representantes Iglesia católica	15	Representantes de vicariatos y diócesis departamentales	Pastoral social católica
5	Mujeres TRANS con VIH	9	Mujeres TRANS que viven con VIH	Asociación OTRANS
6	Mujeres con VIH	11	Asociadas AMUGEN	AMUGEN

Anexo 2

Descripción de la Metodología

Los métodos de recolección de información realizados:

1. Examen teórico: con las técnicas revisión bibliográfica y análisis de información

Búsqueda, organización y análisis de la literatura publicada respecto al tema, estas representaron una fuente primaria para el sustento de las fuentes secundarias (entrevistas y encuestas), se identificaron datos sobre alcance, nivel de cobertura y efecto de los programas sociales, costos de inversión, costos de programas tanto públicos como privados, promoción de empleo y apoyo a las personas con VIH.

Se identificaron documentos atendiendo los siguientes criterios:

- Políticas y estrategias nacionales en materia de protección social y de salud seguros planes, costos y cobertura.
- Protección social nacional, los servicios de mano de obra y el VIH-salud y estadísticas de costos.
- Informes gubernamentales, informes de investigación y otros documentos pertinentes de fuentes nacionales o globales.
- Materiales pertinentes publicados por revistas científicas y de la literatura gris, publicaciones e informes técnicos.

Los métodos de recolección de información realizados:

2. Recopilación de información cualitativa: Entrevista informantes clave

13 Entrevistas semiestructuradas a funcionarios, responsables y/o encargados de programas que trabajan sobre el tema de VIH-SIDA en las diferentes instituciones gubernamentales, donantes y no gubernamentales. (Ver anexo 2)

Áreas cubiertas a través de las entrevistas:

- Características generales y logros de los programas de protección social
- Aspectos positivos y barreras en la protección social a personas con VIH.
- Razones de la falta de acceso a prestaciones de protección social
- Los desafíos que enfrentan la población con VIH

3. Recopilación de información cualitativa: técnica Grupos focales

Implicó grupos pequeños de personas, reunidas para discutir temas específicos de la investigación, bajo la dirección de un moderador. Los grupos estuvieron conformados por representantes de las Organizaciones de la sociedad civil y/o por personas que viven con VIH.

Se desarrollaron 6 grupos focales integrados por 6 a 15 participantes, para un total de 52 personas. La metodología desarrollada en los grupos: explicación del estudio, planteamiento de preguntas por parte de la investigadora, análisis y discusión de los participantes a través de sus experiencias personales y laborales en algunos casos. (Ver anexo 2)

Las aristas analizadas en los grupos focales:

- Servicios de protección social a PV en Guatemala.
- Características de los servicios de protección social.
- Experiencias de los usuarios en los servicios de salud y en el tema laboral.
- Avances y aspectos positivos de la protección social.
- Vacíos de la protección social en Guatemala
- Características ideales de la protección social.

Básicamente lo grupos conformaron son: Grupos mujeres, TRANS que viven con VIH, Representantes de diversas Organizaciones de la sociedad civil relacionadas con la temática, representantes de la iglesia católica.

4. Recopilación de datos cuantitativos: técnica Encuesta

Encuestas realizadas a las personas que viven con VIH (trabajadores(as) formales e informales), tanto hombres, mujeres y diversidad sexual. La cantidad de personas se determinaron a través del cálculo estadístico de una muestra representativa de la población identificada con VIH.

- Economía informal o desempleo: 204 encuestas dirigida a usuarios y usuarias de 4 Unidades de Atención Integral UAI (50 encuestas por UAI): Hospital Roosevelt Guatemala, Hospital Nacional San Benito Petén, Hospital Nacional de Escuintla, Hospital regional de Coatepeque.
- Economía formal o familiares de la economía formal: 169 encuestas dirigidas a usuarias y usuarios del IGSS en la Unidad de infectología, ciudad de Guatemala)

- Privados de libertad: 17 encuestas realizadas en Centro Penal de rehabilitación para hombres y mujeres Puerto Barrios, Centro Preventivo Pavón y Centro Preventivo Pavoncito.

Se trató de abarcar a la población de diversidad sexual y grupo étnico, según su autodeterminación espera diseminar las entrevistas en grupos: hombres y mujeres, mujeres ladinas, hombres y mujeres indígenas, TRANS, HSH, lesbianas, trabajadoras sexuales.

Todas las encuestas se realizaron bajo un estricto control de confidencialidad, respetando la cultura y el espacio de la misma.

Las encuestas son una parte fundamental de esta investigación. Se utilizó para obtener información sobre el conocimiento de PV, las actitudes, las opiniones, las percepciones y experiencias, sin embargo se toma en cuenta que las personas pueden o no reflejar el comportamiento real.

A través del instrumento de encuesta se recolectaron los siguientes temas:

- Sección 1: Características demográficas de los encuestados
- Sección 2: VIH Estado, Estigma y Discriminación
- Sección 3: Prestaciones de protección social
- Sección 4: Protección social en el acceso a servicios de salud
- Sección 5: Protección social en la situación laboral
- Sección 6: Cuidadoras y cuidadores
- Sección 7: Efectos de la protección social en las personas con VIH y sus familias

