



# GUATEMALA

## Evaluación Final del Plan de Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida 2011-2015



**Evaluación Final del Plan Estratégico Nacional para la  
Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida (PEN),  
2011-2015**

**Guatemala, marzo de 2015**

El financiamiento fue proporcionado por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio al Sida a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Convenio Cooperativo AID-OAA-A-11-00015. Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de PEPFAR, USAID o del Gobierno de Estados Unidos

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>AID</b>	Agencia del gobierno de los Estados Unidos para el desarrollo
<b>API</b>	AIDS Program Index
<b>ARVs</b>	Antirretrovirales
<b>ASAP</b>	AIDS Strategy and Action Plan
<b>CCC</b>	Comunicación para el cambio de comportamiento
<b>CNE</b>	Centro Nacional de Epidemiología
<b>CONASIDA</b>	Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual / VIH / Sida
<b>DAS</b>	Direcciones de Áreas de Salud
<b>ECVC</b>	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamientos
<b>FM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria
<b>HIVOS</b>	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>HTS</b>	Hombres Trabajadores Sexuales
<b>IC 95%</b>	Intervalos de Confianza al 95%
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión sexual
<b>JAN</b>	Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales (por sus siglas en inglés)
<b>JRS</b>	Jóvenes en riesgo social
<b>MCP-G</b>	Mecanismo Coordinador de País de Guatemala
<b>MEGAS</b>	Medición del Gasto en Sida
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>MTS</b>	Mujeres trabajadoras sexuales
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la salud
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PASCA</b>	Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH
<b>PEMAR</b>	Población en más alto riesgo y vulnerabilidad
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional para la prevención, Atención y Control de ITS VIH y Sida
<b>PEPFAR</b>	Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos de América) para el Alivio del SIDA
<b>PNS</b>	Programa Nacional de prevención y control de las ITS, VIH y SIDA
<b>PPL</b>	Personas privadas de libertad
<b>PTMI</b>	Programa de prevención de la Transmisión Madre-hijo
<b>RP</b>	Receptor principal
<b>SEGEPLAN</b>	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
<b>SIAS</b>	Sistema Integrado de Atención de Salud
<b>SIDA</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

<b>SIGSA</b>	Sistema de información gerencial de salud
<b>SMS</b>	Servicio de Mensaje Corto (por sus siglas en inglés)
<b>TRANS</b>	Transgénero Femeninas
<b>TV</b>	Transmisión vertical
<b>TVC</b>	Tamizaje voluntario con consejería
<b>UAI</b>	Unidades de atención integral
<b>UNGASS</b>	UN General Assembly Special Session
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas
<b>US\$</b>	Dólares de Estados Unidos
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>WHO</b>	World Health Organization

## CONTENIDO

<b><u>SIGLAS Y ACRÓNIMOS</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN GUATEMALA</u></b> .....	<b>8</b>
<b><u>MARCO METODOLÓGICO</u></b> .....	<b>10</b>
<b>CONCEPTO DE EVALUACIÓN UTILIZADO</b> .....	<b>10</b>
<b>PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>EL OBJETO DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>PREGUNTAS EVALUATIVAS:</b> .....	<b>12</b>
<b>PROCESO DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>CONTROL DE CALIDAD DE LA EVALUACIÓN: ALCANCES Y LIMITACIONES</b> .....	<b>15</b>
<b><u>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</u></b> .....	<b>17</b>
<b>I. ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE Y VALIDACIÓN EN CONSULTA NACIONAL</b> .....	<b>17</b>
<b><u>CUMPLIMIENTO DE ATRIBUTOS JANS PARA PEN 2011-2015</u></b> .....	<b>25</b>
<b>GENERALIDADES DEL PEN:</b> .....	<b>25</b>
<b>EVALUACIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN DEL PEN 2011-2015</b> .....	<b>29</b>
<b>EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS PRIORITARIAS Y RESULTADOS DEL PEN 2011-2015</b> .....	<b>30</b>
ÁREA PRIORITARIA 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE ITS Y VIH .....	30
ÁREA PRIORITARIA 2: ATENCIÓN INTEGRAL Y PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	32
ÁREA PRIORITARIA 3: ENTORNO .....	33
ÁREA PRIORITARIA 4: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL .....	33
ÁREA PRIORITARIA 5: MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	34
..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
<b>HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS AL ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROGRAMACIÓN:</b> .....	<b>36</b>
HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS AL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN:.....	36
HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN: .....	37
HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A COSTOS Y MARCO PRESUPUESTARIO DE LA ESTRATEGIA: .....	40
HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A MONITOREO, EVALUACIÓN Y REVISIÓN:.....	45
<b><u>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS</u></b> .....	<b>46</b>
<b><u>RECOMENDACIONES PARA EL PRÓXIMO PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL</u></b> .....	<b>50</b>
<b><u>ANEXOS</u></b> .....	<b>54</b>

# Evaluación Final del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015 (PEN)

## INTRODUCCIÓN

El objeto de la evaluación (el evaluando<sup>1</sup>) era el *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2011-2015* (PEN)<sup>2</sup>, como marco nacional de referencia para la respuesta ante la epidemia. El propósito de la evaluación fue examinar el proceso de desarrollo del PEN 2011-2015, sus mecanismos de gestión<sup>3</sup>, y ejecución y los sistemas de seguimiento y de coordinación asociados al mismo. Para identificar logros y brechas, saber qué funcionó y qué puede mejorarse, y detectar asuntos críticos que afectaron positiva o negativamente su uso como referente nacional, así como la implementación y la consecución de los resultados proyectados. Para finalmente realizar recomendaciones para el desarrollo del próximo PEN.

A solicitud del PNS, el proceso evaluativo utilizó las guías de *Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales - JANS - por sus siglas en inglés*<sup>4</sup> para la orientarla evaluación del PEN 2011-2015, proyectándose entonces un proceso evaluativo “conjunto” o participativo, transparente y que cumpliera con criterios de calidad. La herramienta JANS es recomendada a nivel global por el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria (FM).

La consultoría para desarrollar la evaluación del PEN 2011-2015 se realizó con el apoyo de USAID | PASCA LMG. La consultoría inició el 10 de noviembre de 2014, y finalizada el 30 de marzo con los talleres de validación.

El presente documento constituye el resultado de la evaluación de PEN 2011-2015, realizada a través de revisión documental, consulta con actores claves o expertos y validación en consulta nacional en dos talleres regionales y dos centrales

Se recomienda que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones deben ser socializados con un grupo amplio de actores, para validar y complementar los juicios emitidos y las recomendaciones, con miras para la definición de una nueva ruta estratégica nacional,

---

<sup>1</sup> Evaluando: el sujeto de la evaluación, generalmente un programa, producto, política o sistema, no un individuo. <http://erm.uncg.edu/oaers/methodology-resources/program-evaluation/>

<sup>2</sup> Los términos de referencia de la consultoría no incluyeron el análisis de costos y financiamiento del PEN 2011-2015.

<sup>3</sup> ONUSIDA: Gestión = En el marco del liderazgo gubernamental, el gobierno, la sociedad civil y los socios para el desarrollo contribuyen al diseño e implementación de la estrategia nacional de VIH. También significa que el gobierno ejerce la supervisión y control de todos los recursos asignados para la implementación de la estrategia sobre Sida en el país y sobre toda la información relacionada con su monitoreo y evaluación. También significa que el gobierno es responsable de la rendición de cuentas ante las contrapartes clave sobre la forma en que dichos recursos han sido distribuidos y utilizados.

<sup>4</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/jans-tool-and-guidelines/>

multisectorial y consensuada para acelerar las acciones de control de la epidemia en el próximo quinquenio, siguiendo un enfoque de sostenibilidad.

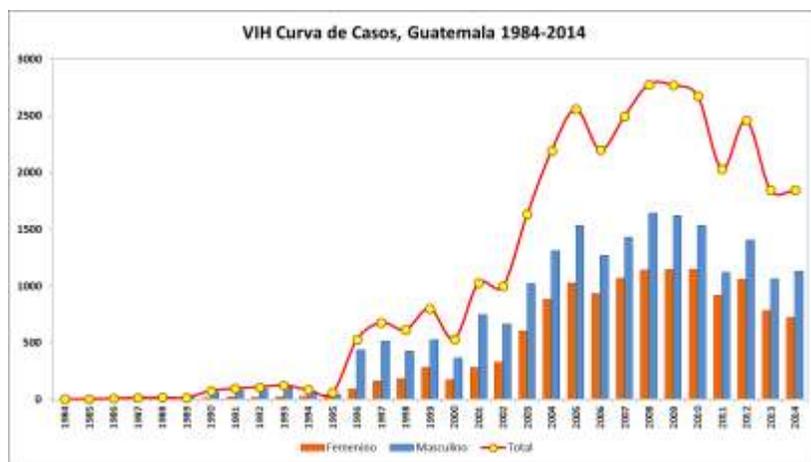
## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN GUATEMALA

En Guatemala la epidemia de VIH y sida es de tipo concentrada en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), población transgénero femeninas, trabajadoras y trabajadores sexuales (TS) y sus clientes. La prevalencia estimada para el año 2014 en población adulta de 15 a 49 años es de 0.59. Los resultados de la Encuesta sobre Vigilancia de Comportamiento sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Guatemala la prevalencia en los grupos de HSH es de 8.9 % (IC95% 5.4-13.2), en Mujeres Transgénero la prevalencia de VIH está en 23.8% (IC95 % 16.7-32.2) y en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en los sitios investigados la prevalencia es de 1.0 (IC95 % 0.4-2.7) en Guatemala, de 2.6% (IC95 % 1.0-5.3) en Escuintla y 2.1% (IC95 % 0.8-4.5) en Tecún Umán, San Marcos. Otros datos importantes obtenidos de este estudio, son las prevalencias obtenidas en poblaciones, como jóvenes en riesgo social (JRS) con 0.17%, (IC 95 % 0.04-0.73); personas privadas de libertad (PPL) con 0.67 % (IC95 % 0.17-2.57); conductores de larga distancia con 0.52 % (IC 95% 0.15-1.72); y en el caso del grupo de uniformados y trabajadores agrícolas la prevalencia fue de **0. 0%**. Para monitorear la transición de la epidemia a la población general, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social concentra esfuerzos en la vigilancia en embarazadas, el dato de referencia de prevalencia de VIH en embarazadas es de 0.33, dato obtenido a través del sistema de monitoreo implementado por el Receptor Principal Visión Mundial Guatemala del Proyecto VIH del Fondo Mundial y reportado en el Informe de la Línea Final de Evaluación del Proyecto en el año 2010.

Al igual que el VIH, las enfermedades de transmisión sexual continúan siendo un problema de salud pública, aunque no se le da la prioridad a la vigilancia de estas enfermedades se han dado incrementos en casos de sífilis, gonorrea y hepatitis B. La misma Encuesta ECVC nos da resultados para estas enfermedades de la manera siguiente: para hombres que tienen sexo con hombres la prevalencia de sífilis fue igual en los dos sitios investigados, en Ciudad de Guatemala y Coatepeque 6.6% (IC 95% 3.8-10.4 en Ciudad de Guatemala y 2.7-13.1 en Coatepeque), para sífilis activa se encontraron resultados de 0.9% en Ciudad de Guatemala (IC 95% 0.1-2.0) y en Coatepeque de 4.7% (IC 95% 1.5-10.7). En las mujeres transgénero la prevalencia de sífilis fue de 13.5% (IC95% 8.1-20.7) y de sífilis activa de 5.6% (IC 95% 2.3-11.1) y en mujeres trabajadoras del sexo el 22.3% reportó haber tenido alguna ITS en los últimos 12 meses y respecto a sífilis se reportaron las prevalencias siguientes en los sitios de investigación, Ciudad de Guatemala 1.3% (IC 95% 0.5-3.4), Escuintla y Puerto de San José 9.0% (IC 95% 6.0-12.9) y en Malacatán y Tecún Umán ambos del departamento de San Marcos de 0.6% (IC 95% 0.1-2.4). Las prevalencias de sífilis activa en los mismos sitios respectivamente fue de 0.8% (IC 95% 0.3-2.3), 6.0% (IC95% 3.6-9.3) y 0%.

Han transcurrido 30 años desde la notificación del caso índice de VIH en Guatemala (1,984), a la fecha el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud se ha constituido en el centro de acopio de la información y del análisis epidemiológico del comportamiento de la epidemia, desde los inicios de la epidemia la curva ha tenido tendencia ascendente, observándose una estabilización incipiente en los últimos años. Los picos de descenso observado durante los años 2,000, 2,006 y 2,011 y 2,013 están relacionados al efecto del reporte de casos, por las unidades notificadoras, a través del Sistema de Vigilancia. La información demuestra que la razón hombre/mujer ha descendido de 3.5:1 en 1986 a 2.1:1.4 en 2013, aun así, la mayor proporción de casos de la epidemia se sigue dando en los hombres.

**Gráfica No. 1**

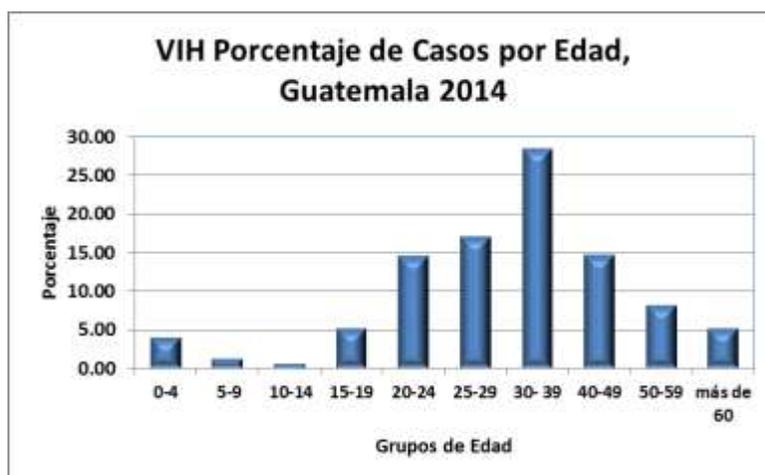


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología / MSPAS. 2014: Reporte a Diciembre

El principal mecanismo de transmisión del VIH, es a través de la actividad sexual, siendo responsable esta vía en el 95% de los casos. La transmisión de madre a hijo se ha reportado en el período de 2,008 a 2,014 alrededor del 5%.

En lo relacionado con el grupo étnico, en reporte de casos notificados para el año 2014, el 77.1% de todos los casos se autodefinió como ladino, 19.6% como maya, el 0.5% del grupo Garífuna y en el 2.8% de los casos no se reporte la pertenencia étnica. Todos los grupos de edad del ciclo de la vida se encuentran afectados, la mayor proporción de casos se concentra entre las edades de 20 a 39 años con el 60.2% de los casos notificados al MSPAS en el año 2,014. Tiene importancia la notificación de casos que se da en el grupo de 0 a 4 años con 4.0% de la notificación, lo que probablemente está muy relacionado con la transmisión vertical madre a hijo, sin embargo, aunque solamente con el 1.4% del reporte de casos notificado en los de 5 a 14 años, se piensa que podría deberse a notificaciones tardías de transmisión vertical, y/o casos de violencia sexual en niños y niñas. (Ver gráfica No.2).

Gráfico No. 2



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología / MSPAS, datos a diciembre de 2014

Los departamentos de, Guatemala, Escuintla, San Marcos, Retalhuleu, Quetzaltenango, Izabal, El Petén y Suchitepéquez, concentran en el año 2,014 el 76.2 % de los casos notificados al Centro Nacional de Epidemiología.

Estos departamentos se caracterizan por un mayor nivel de desarrollo económico, importantes áreas urbanas, rutas comerciales y puertos.

Según las estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS para el mes de diciembre de 2,014 se han notificado 33,350 casos de VIH y Sida (VIH avanzado), específicamente en el año 2,014 el reporte anual fue de 1,844 casos lo que representa una tasa anual de 12 casos por 100,000 habitantes.

El mayor riesgo de encontrar casos durante el año 2014, sucedió en las áreas de salud de Retalhuleu, Escuintla, Izabal, San Marcos y Guatemala, donde se registraron las mayores tasas de prevalencia por 100,000 habitantes.

La mayor proporción de casos reportados corresponde a los identificados como Infectados por el VIH con el 64.6%.

De los 1,844 el 61.1% de los casos notificados son masculinos y el 38.9% son femeninos. Con una relación de masculinidad de 1.57 a nivel nacional.

## MARCO METODOLÓGICO

### CONCEPTO DE EVALUACIÓN UTILIZADO

Para la presente evaluación se entendió el concepto de evaluar como valorar o juzgar el valor, el mérito y significado del objeto evaluado (del evaluando) en este caso el *Plan*

*Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015* (PEN). Siendo la responsabilidad principal de la evaluación desarrollar una valoración objetiva del PEN<sup>5</sup> como objeto de análisis, utilizando procedimientos aceptables de investigación y análisis para emitir los juicios respectivos<sup>6</sup>.

### PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN

Para la presente evaluación el propósito principal fue examinar el proceso de desarrollo del PEN 2011-2015, los mecanismos de gestión y de ejecución del mismo, los sistemas de seguimiento y coordinación para dicho plan. Con el objetivo de identificar logros y brechas, conocer qué funcionó y qué puede mejorarse, y detectar asuntos críticos que afectaron positiva o negativamente la utilización del PEN 2011-2015 como marco nacional de referencia para la respuesta, así como la implementación del plan estratégico y la consecución de los resultados proyectados en el mismo. Y en base a los hallazgos, realizar recomendaciones para el desarrollo del próximo PEN, utilizando para el efecto las guías y atributos de la herramienta JANS<sup>9</sup>

### EL OBJETO DE LA EVALUACIÓN

El objeto de la evaluación (el evaluando<sup>7</sup>) fue el *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015* (PEN) como marco nacional de referencia de la respuesta ante la epidemia. Lo cual incluyó el análisis de la coherencia, claridad y pertinencia del PEN y sus estrategias; el análisis del proceso a través del cual se desarrolló, divulgó y promovió la utilización del PEN como referente nacional; los arreglos de ejecución y de gestión, incluyendo la coordinación entre actores clave; la existencia y el nivel de implementación de planes de monitoreo y evaluación, y de procesos para el uso de los datos. *La evaluación no incluyó el análisis de costos, presupuestos o financiamiento del PEN<sup>8</sup> ni análisis de impacto.*

### CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN

En este proceso evaluativo los criterios y atributos aplicados fueron los de la *Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales - JANS - por sus siglas en inglés<sup>9</sup>*, la misma es la metodología recomendada por el Fondo Mundial<sup>10</sup> de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria (FM). Procediendo a analizar en base esta herramienta el proceso de desarrollo, implementación, seguimiento e influencia del contexto para compararlos con las

---

<sup>5</sup>Scriven, Michael. (1991). Beyond formative and summative evaluation. En G.W. McLaughlin y D.C. Phillips (Eds.), *Evaluation and education: At quarter century* (pp. 19-64). Chicago, IL: University of Chicago Press.

<sup>6</sup>Scriven, M. (1967). *The methodology of evaluation*. En R.W. Tyler, R.M. Gagne y M.

<sup>7</sup>Evaluando: el sujeto de la evaluación, generalmente un programa, producto, política o sistema, no un individuo.

<http://erm.uncg.edu/oaers/methodology-resources/program-evaluation/>

<sup>8</sup> Por arreglo contractual, la presente evaluación no incluyó el análisis de costos y financiamiento del PEN 2011-2015.

<sup>9</sup><http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/jans-tool-and-guidelines/>

<sup>10</sup> Metodología solicitada por el PNS y PASCA

necesidades, expectativas y relaciones entre los principales actores, clientes o usuarios<sup>11</sup> prioritarios del PEN 2011-2015.

De acuerdo a las Guías JANS, se analizó el PEN en base a los atributos siguientes:

1. **Análisis de situación y programación:** coherencia, claridad y pertinencia del PEN 2011-2015 y sus estrategias, y la relación de éstas con el análisis de situación.
2. **El proceso** a través del cual se desarrolló el PEN 2011-2015, cómo se divulgó y promovió su utilización como marco nacional de referencia.
3. **Arreglos de ejecución y de gestión:** disposiciones para la ejecución y para la gestión del PEN 2011-2015, incluyendo la coordinación entre actores clave y los arreglos de gestión financiera, de adquisiciones y de auditoría.
4. **Resultados, monitoreo y mecanismos de seguimiento:** existencia y nivel de implementación de planes de monitoreo y evaluación, y de procesos para el uso de los hallazgos.
5. **Costos y financiamiento del PEN:** idoneidad de las proyecciones de financiación y del marco presupuestario.

Adicionalmente se realizó una evaluación con una matriz de punteo de cada una de las áreas prioritarias y los resultados obtenidos del PEN.

#### **PREGUNTAS EVALUATIVAS:**

1. ¿Cuál es el nivel de aceptación y de utilización del PEN 2011- 2015 como marco de referencia para la toma de decisiones, la coordinación e implementación, el financiamiento, monitoreo y evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia?;
2. La existencia del PEN 2011- 2015 ¿Ha significado una diferencia en la respuesta nacional ante la epidemia?; ¿Ha servido de guía para priorizar y/o llegar a las poblaciones adecuadas?
3. ¿Qué calidad técnica y calidad percibida tiene el PEN 2011- 2015 (organización, claridad, relevancia de objetivos y líneas de acción)?; Según la evidencia ¿Hay componentes del PEN que necesitan actualización?
4. ¿Qué tanto se han logrado los objetivos y resultados proyectados en el PEN 2011- 2015?; ¿Cuáles son las limitaciones y brechas encontradas durante la

---

<sup>11</sup> Capítulo 10. El método evaluativo de Scriven orientado hacia el consumidor. Stufflebeam, D. y Schinkfield, A. (1985). Evaluación Sistemática. Guía teórica y práctica. Colección Temas de Educación. Barcelona: Paidós.

implementación?

5. ¿Qué desafíos que se vislumbran para el desarrollo de un nuevo PEN?

## PROCESO DE LA EVALUACIÓN

Las actividades de recolección de información abajo descritas (revisión documental y entrevistas semi-estructuradas a actores clave) no se enfocaron en la búsqueda de evidencia del logro de metas prefijadas<sup>12</sup>. Utilizando la lógica de modelos de evaluación sin referencia a metas, el primer acercamiento a las referencias documentales y a los informantes clave, se realizó intencionalmente sin considerar las metas planteadas en el PEN – adicionalmente a que esta no era una evaluación de impacto – Con este enfoque, semantuvola perspectiva de la evaluación con el objeto de ser receptiva y descubrir primeramente los efectos esperados o no esperados, por medio de la indagación – en este caso - del proceso de desarrollo, implementación y seguimiento del PEN 2011-2015, así como de los elementos clave del contexto y las relaciones, posiciones e influencia de los actores clave. Además durante todo el proceso se mantuvo la posición de espectadora y facilitadora de la consultora durante la validación de los resultados.

Para el análisis del marco de resultados del PEN 2011-2015, se utilizó un enfoque de modelo lógico. Mismo que – como su nombre lo indica - intenta vincular de manera lógica los objetivos, resultados e intervenciones del programa. Buscando la relación causal entre los distintos niveles. Intentando determinar un nivel de intervenciones demostrara una relación de causa-efecto con el nivel superior, el de resultados. Luego que este nivel de resultados mostrara una relación causal con el nivel superior, de los objetivos específicos y por último que estos objetivos específicos están ligados de manera causal con los objetivos estratégicos del programa, para conseguir finalmente las metas de impacto. Este modelo lógico constituye también la base analizar si las actividades de M&E en cada el nivel es adecuada. Al aplicar este modelo de análisis, si no se encuentran relaciones causales clara, evidentes en el primer nivel de resultados, no tiene sentido avanzar en el análisis profundo de los niveles superiores, porque no se habrán logrado.

Para la validación de los resultados de la consulta con expertos se realizaron los talleres de validación con más de 75 personas de la sociedad civil, ONG's y de atención relacionadas con la respuesta a VIH, por aparte se consultaron a representantes de las agencias de cooperación y personal del programa nacional de regulación de atención a ITS y VIH/sida de MSPAS:

Por tanto y de acuerdo con el plan, el proceso evaluativo proyectó cuatro actividades básicas:

1. Realización de revisión documental: Recolección y revisión de documentos de referencia, estudios de país y de la Región Centroamericana, relacionados con PEN.

---

<sup>12</sup>Modelo de evaluación sin referencia a metas, Scriven.

Reporte de ejecución: Para guiar la búsqueda y el ordenamiento de información se utilizaron las matrices de JANS. Adicionalmente se desarrollaron otras matrices para procesar y analizar la información obtenida y apoyar la formulación de juicios evaluativos.

Al iniciar la consultoría se creó una carpeta de Dropbox en la cual se organizó toda la documentación recolectada. Este acopio de documentaciones uno de los productos obtenidos de la presente evaluación. La carpeta de Dropbox contiene documentos detectados y recolectados sobre el tema. La carpeta se puso a disposición de las contrapartes nacionales PNS, USAID|PASCA LMG y el Grupo Asesor de la Evaluación.

A todos(as) los actores contactados y/o entrevistados se les solicitaron documentos de referencia. Para la presente evaluación fue importante el apoyo y participación de Grupo Técnico de la Subvención de VIH del Fondo Mundial y de la CONASIDA, quienes llenaron la matriz de análisis técnico del PEN.

2. Realización de entrevistas a informantes clave para la recolección de información.

Reporte de ejecución: Las contrapartes (PNS y USAID|PASCA LMG) fueron responsables de proveer la lista de actores clave y los datos de contactos. Al ser recibida, se enviaron correoselectrónicos, en ausencia de este dato, se mandaron mensaje SMS a los teléfonos y/o se llamó a las organizaciones respectivas. Adicionalmente y para reducir cualquier sesgo asociado al origen de la lista, se solicitó a todos los contactados(as) que indicaran qué personas u organizaciones no debían quedar fuera del proceso evaluativo. Aunque la respuesta a esta solicitud no fue numerosa (5 respuestas) sí ayudó a incrementar el listado de actores clave a contactar, para un total de cincuenta y un personas. Ayudando también a actualizar datos de contacto. A la totalidad de estas personas se les solicitó tiempo para entrevista cara a cara o vía electrónica o por teléfono. Un 35% de los actores listados fueron entrevistados.

Se desarrollaron un total de 18 entrevistas a actores clave, 3 entrevistas fueron a distancia (Skype o teléfono), en un caso, el actor entrevistado respondió la guía de entrevista por escrito. **Para guardar el anonimato** sobre las opiniones expresadas por los entrevistados(as) dada la sensibilidad de las opiniones provistas, **no se entregó a ninguna contraparte los registros escritos, ni electrónicos del contenido de las entrevistas, ni los nombres de los entrevistados(as). Tampoco se listan las personas entrevistadas en este reporte.** En algunos casos, en donde para facilitar la fluidez de la conversación y/o para apoyo a la transcripción futura, la contraparte aceptó que se grabara la entrevista, **estos archivos fueron de inmediato eliminados en su totalidad, sin haber compartido y sin guardar copia alguna.**

**Número de entrevistas por sector al que pertenece el actor clave:**

No. de entrevistados(as) y sector al que pertenecen	No.
Sector Público	3
Agencias/Proyectos de Cooperación	7
Sociedad Civil	7
Otros	1
<b>Total</b>	<b>18</b>

3. Elaboración de un documento base para consulta, se consolidaron los hallazgos de las primeras dos actividades evaluativas (revisión documental y entrevistas) con el objetivo de socializarlo a un grupo más amplio de actores para revisión y retroalimentación. El documento base se constituyó el fundamento para la discusión, análisis y recomendaciones en los talleres de consulta y validación (ver inciso 4).
4. Facilitación de cuatro talleres nacionales como parte de la evaluación del PEN.

Luego en un segundo momento, se realizó el análisis de logro de metas y la validación de los hallazgos preliminares puestos en el documento de base. Para la validación con grupo nacional de forma extendida se identificaron las fortalezas y debilidades de los atributos del PEN en el documento base. Las mismas fueron vaciadas en una matriz por atributo y cada una fue objeto de revisión y discusión por 4 grupos diferentes de personas en promedio 5 por taller multisectorial. Las discusiones del documento base y las recomendaciones de los actores fueron integradas para conformar el reporte final de la evaluación.

Para los talleres se prepararon la metodología, guías de trabajo y agenda. La convocatoria estuvo a cargo del PNS. Las actividades de la evaluación se realizaron entre noviembre 2014 y marzo 2015.

## CONTROL DE CALIDAD DE LA EVALUACIÓN: ALCANCES Y LIMITACIONES

Los criterios de calidad JANS son:

- a) Proceso de evaluación liderado por el país: durante la primera etapa del proceso evaluación del PEN 2011-2015 no se contó

### Alcances y limitaciones de la evaluación

- En la primera etapa de la evaluación no se contó con la participación de actores claves de forma significativa.
- Este elemento se subsanó al realizar la consulta nacional a través de la participación de actores claves representantes de diferentes organizaciones que participan en la respuesta nacional.

con liderazgo efectivo<sup>13</sup> de las contrapartes nacionales; en la segunda etapa el compromiso de PNS y CONASIDA el acompañamiento y liderazgo fue permanente, lo que denota de apropiación del proceso evaluativo por parte los actores clave de la respuesta nacional. ***¿Se satisface el criterio?: SI***

- b) El proceso evaluativo construye sobre procesos existentes en el país: más que construir sobre procesos y tiempos propios del país, el desarrollo de la evaluación del PEN 2011-2015 estuvo inicialmente fuertemente influenciado por el sentido de urgencia del calendario para desarrollar la Nota Conceptual de VIH para el Fondo Mundial. Que coincide con el último año de vigencia del PEN (2015). Dentro de las entrevistas a actores clave, casi dos tercios de ellos, no estaban conscientes del momento seleccionado para realizar la evaluación, ni de su finalidad, sino hasta que recibieron la solicitud de entrevista. Tomando en cuenta que también se trata de un año electoral con condiciones políticas poco favorables.

***¿Se satisface el criterio?: No***

- c) El proceso evaluativo es incluyente (todos los actores y/o socios relevantes): A pesar que en las entrevistas iniciales no existió involucramiento de un grupo plural de actores y socios, por no contar en el listado provisto de actores clave no se contempló todos los sectores; se solicitó a los contactados que recomendaran a personas u organizaciones que no debían quedar fuera del proceso evaluativo. a fin de reducir el sesgo asociado al origen de la lista. Aun así, la respuesta a esta solicitud fue escasa (5 respuestas), pero ayudó a incrementar el listado de contactos.

Después de varias comunicaciones electrónicas, mensajes y llamadas telefónicas, no se percibió interés evidente en proveer tiempo para entrevistas, contando con 35 % de respuesta.

En cuando a un Grupo Asesor de la Evaluación, el mismo fue convocado en el mes de diciembre y, dada la salida inminente a vacaciones de fin de año y viajes al exterior de varios de sus miembros, no tuvieron oportunidad de ejercer su papel de asesoría, habiéndose reunido en una sola ocasión.

En cuanto al propósito y objetivos de la evaluación del PEN, los mismos fueron consultados electrónicamente con el listado de actores clave provisto por el PNS y, aunque sólo se recibieron 5 respuestas, las mismas fueron tomadas en cuenta. También se validaron el propósito y objetivos con el Grupo Asesor de la Evaluación. Durante la misma consulta electrónica se preguntó a socios y actores cómo esperaban utilizar los hallazgos de la evaluación.

---

<sup>13</sup>ONUSIDA: Definición de Liderazgo nacional eficiente = el gobierno lidera la respuesta ante el VIH mediante el uso de la evidencia generada y la aplicación de buenas prácticas nacionales que garanticen la adecuada priorización y eficiencia, y a la vez promueva una amplia participación y compromiso de los ciudadanos.

A pesar de las acciones descritas, no se puede aseverar que todas las personas y sectores afectados que podrían tener intereses en la evaluación del PEN 2011-2015 fueron identificados de manera explícita y tampoco que sus necesidades hayan sido tomadas en cuenta, sobre todo en la primera etapa de la evaluación, en la segunda etapa la participación de los diferentes sectores fue con respuesta positiva a las convocatorias con más del 90% de presencia (convocados en promedio 30 por taller y participaron 26-28, en el taller de Guatemala la participación sobre pasó la convocatoria de 30 invitaciones llegaron 42). Por lo anterior se puede manifestar que todas las organizaciones convocadas tuvieron oportunidad de opinar al respecto de la evaluación del PEN.

***¿Se satisface el criterio?: Si***

- d) El proceso evaluativo contiene algunos elementos independientes: la consultoría es independiente y declara no tener conflictos de interés, en cuanto al contenido, objeto o resultados de la evaluación, ni en relación a las contrapartes nacionales, internacionales o con el contratista. ***¿Se satisface el criterio?: Si***
- e) Elementos varios: Una serie de factores concurrentes impidieron que el proceso evaluativo fuese desarrollado según lo proyectado: tiempo de gestión en el MSPAS (firmas/aprobaciones de oficios) contribuyó a retraso sustantivo en la notificación oficial de la evaluación a actores clave y a la convocatoria a un grupo asesor llevó más tiempo de lo esperado el obtener de las contrapartes el listado de actores clave y los datos de contacto. Además la fecha de fin del año es poco favorable, razón por la cual los talleres se programaron y realizaron durante el mes de marzo, se habían programado dos talleres multisectoriales y se realizaron 4.
- f) Alcances y limitaciones de la evaluación final del PEN 2011-2015:
- El presente documento refleja la evaluación del PEN de acuerdo a las consultas con expertos y posterior validación con grupos multisectoriales relacionados a la respuesta a VIH en el país.

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

### I. ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE Y VALIDACIÓN EN CONSULTA NACIONAL.

Los resultados de las entrevistas deben ser considerados como percepciones cualitativas, ya que se basan en opiniones sistematizadas de un grupo de informantes clave. Se entrevistaron un total de 18 personas, siete de sociedad civil, igual número de personas de agencias y/o proyectos de

*"Este PEN es adecuado para un nivel estratégico y técnico, en su momento, pero para el nivel operativo es un documento muerto. Porque se necesitaban entes y personas que lo operativizaran y lo hicieran vivo"*

*(Sector Cooperación)*

cooperación, 3 de sector gubernamental y una persona que calificamos como de “otro” sector.

El proceso de validación de la evaluación JANS se realizó a través de realizar una Consulta Nacional con más de 100 actores claves de la respuesta multisectorial, las sedes de los talleres fueron las ciudades de: Zacapa, Retalhuleu y Guatemala. Los datos fueron sistematizados en matrices consolidadas en donde se incluyeron las opiniones y comentarios de las y los participantes.

Los principales resultados se detallan a continuación:

- En cuanto al proceso de desarrollo del PEN 2011-2015, fue calificado por aquellos entrevistados que fueron parte del mismo como participativo, más no multisectorial y más de nivel central, con participación primordial de actores de VIH y Sida, afirmación que se validó en la consulta nacional<sup>14</sup>. Y sobre el análisis desarrollado durante dicho proceso se le calificó de “*amplio más no necesariamente crítico*”. En el PEN se describen las personas que participaron en representación de las organizaciones en la construcción del mismo.

#### Uso del PEN 2011-2015

- *“En la práctica, la implementación de la respuesta nacional no responde – o sea que no es guiada – por el PEN 2011-2015. Lo que hay son acciones desagregadas, descoordinadas y sin un proceso de retroalimentación.*
- *No hay un ente rector efectivo que facilite la implementación articulada de la respuesta nacional al VIH. Llámese ente de coordinación multisectorial, unidad de gestión del PEN o CONASIDA, éste vacío debe resolverse”.*

*(Todos los sectores)*

La gran mayoría de los/las entrevistados(as), las y los participantes de la consulta nacional coinciden en que el conocimiento del PEN 2011-2015 dentro de actores clave para la respuesta nacional, tanto a nivel central y mayormente a nivel descentralizado, es muy limitado. Que en la práctica el PEN no es utilizado como marco nacional de referencia para la respuesta nacional, circunscribiéndose su utilización a una referencia formal inducida principalmente por los mandatos institucionales. Se hizo referencia a la constatación del “*desconocimiento generalizado del PEN 2011-2015*” dentro del personal de todas las Direcciones de Área de Salud (DAS), encontrado durante las

capacitaciones sobre la Estrategia Nacional de Condones, realizadas entre 2013 y 2014, lo que obligó a la adaptar el contenido de las mismas para incluir información sobre el plan nacional.

<sup>14</sup>Llamaremos consulta nacional a tres talleres de validación del JANS realizados en los departamentos de Zacapa, Retalhuleu y Guatemala

Las principales causas mencionadas para el desconocimiento generalizado y falta de uso del PEN 2011-2015, como referente nacional fueron, en orden de frecuencia: la pobre divulgación, más allá del lanzamiento oficial; la ausencia de “liderazgo y rectoría” de las autoridades nacionales para mantenerlo vigente como el norte para la acción; la falta de planes operativos intersectoriales y anuales para apoyar la implementación y el seguimiento coordinado, lo cual se califica como “*un vacío importante para que el PEN sirviera como guía de implementación de la respuesta nacional*”; adicionalmente se mencionó en la consulta nacional que el cambio de 5 directores del programa de VIH en el quinquenio es otro factor importante en este caso y por último se indica que leguaje es muy técnico, de difícil comprensión para ciertas audiencias y esto pudo influir en su utilización principalmente en niveles operativos. Es importante recalcar que se refirió la rotación constante del personal desde el nivel central, Direcciones de área y unidades de atención integral, como una de las causas del desconocimiento y poca aplicación del mismo del PEN.

A la pregunta de si la existencia del PEN 2011-2015 ha significado una diferencia en la respuesta nacional ante la epidemia, la respuesta predominante fue que no. Indicándose que en la práctica muy pocos actores vinculan sus planes y acciones al PEN, aunque se hagan referencias formales al mismo, las intervenciones a los distintos niveles se guían por planes institucionales o de proyecto. El PEN 2011-2015 no fue utilizado como una herramienta gerencial. Con frecuencia se mencionó que la verdadera guía de trabajo nacional han sido las Subvenciones del Fondo Mundial y los términos de las mismas, que es más visible la Subvención de VIH que el mismo Plan Nacional, refiriéndose a la existencia de un PEN como un requisito para el Fondo Mundial, pero que la actualidad implementación esta desvinculada del mismo.

Las sugerencias de los actores para que el próximo PEN sea utilizado como marco nacional de referencia se centraron en tres aspectos: (1) en el proceso de desarrollo del plan estratégico, (2) en la divulgación y (3) el seguimiento a la implementación del mismo. En cuanto al proceso de desarrollo sugirieron que se debe elevar a otras instancias del Estado el liderazgo de dicho proceso de planificación, por ejemplo: a la SEGEPLAN, dado el mandato de esta entidad en el área de planificación sectorial, la capacidad institucional y una mayor probabilidad de seguimiento intersectorial durante la implementación. Enfatizaron que dicho proceso de planificación debe ser verdaderamente participativo y multisectorial<sup>15</sup>, no sólo con expertos de VIH; esta afirmación se validó en la consulta nacional, aunque las y los participantes pidieron y en ocasiones exigieron su participación y todas y todos son considerados actores claves y especialistas en VIH que forma parte de la respuesta multisectorial, esto implica redefinir el tipo de convocatoria y participación de las y los

---

<sup>15</sup>ONUSIDA: Mecanismos ampliamente participativos (de petición y rendición de cuentas) = cualquier sistema o actividad que promueve y facilita la participación de los ciudadanos, las empresas y todos los grupos de interés (tales como los grupos y redes de personas con VIH, los grupos y asociaciones de mujeres, las asociaciones gremiales, etc.) y los socios para el desarrollo, en la revisión, el análisis crítico y el desarrollo de recomendaciones para mejorar el diseño y la implementación de la estrategia en VIH.

miembros de la respuesta multisectorial además se menciona que se incluyan planes operativos multisectoriales, con metas anuales y presupuestos y que se procure crear un documento más claro y práctico para las diferentes audiencias. En cuanto a la divulgación, sugieren un plan específico para el efecto, que vaya más allá del lanzamiento oficial. Y para el seguimiento a la implementación, proponen la convocatoria anual a todos los sectores y actores de la respuesta nacional, para contar con un solo plan operativo articulado, en el que se definan los resultados a los que cada cual contribuirá, incluyendo mecanismos de rendición de cuentas sobre los compromisos adquiridos.

En cuanto a si se necesita desarrollar un nuevo PEN o es suficiente con revisar/actualizar el PEN 2011-2015, las opiniones son divididas, la mitad de los entrevistados(as) indican que se necesita un nuevo PEN porque: “el contexto ha cambiado”, “hay cambios importantes ante los actores”, “hay nuevo contexto político”, “hay nueva evidencia técnica”, “No debería haber en todo caso una disociación entre el fin del período de vigencia de un PEN y el inicio de implementación del siguiente período”.

Los que no están de acuerdo en realizar un nuevo PEN en este momento mencionan que: el 2015 no es el mejor momento para realizarlo, indicando que: *“El nuevo documento no debe vincularse a esta administración”; “es importante el salir con el nuevo documento del PEN como uno que haya sido asumido por la nueva administración del país”*; en referencia a las fechas límite de entrega de la Nota Conceptual de VIH para el Fondo Mundial se indica que *“no hay suficiente tiempo para hacer un proceso realmente participativo”* y que *“Idealmente el liderazgo de la planificación de la respuesta nacional debería darse desde fuera del Ministerio”*, a un más alto nivel; una minoría menciona como opción que sólo se actualicen algunos elementos técnicos para los que la evidencia ha cambiado. La consulta nacional propuso actualizar el PEN existente y extenderlo a 2016 e iniciar el diálogo nacional para iniciar el desarrollo de nuevo PEN 2017-2020.

Sobre las disposiciones de gestión e implementación del PEN 2011-2015, la mayor parte de los entrevistados(as) comparten las siguientes opiniones, en orden de frecuencia: (a) No existe liderazgo por parte de las autoridades nacionales: no hay dirección por parte del PNS y la CONASIDA se debilitó en este período y no pudo ejercer el papel para el que fue creada; (b) Las relaciones entre el PNS y organizaciones de sociedad civil, en especial las poblaciones de mayor riesgo, no es buena; (c) y faltó integrar el trabajo con otros sectores, actores y Ministerios. Adicionalmente en la consulta nacional se menciona que para la actual administración el tema de VIH no es una prioridad, además que dentro de la institución aún prevalece el estigma y la discriminación ante los grupos vulnerables. Por último y no más importante es que para mejorar esto se necesita la participación de las autoridades sanitarias al más alto nivel.

En cuanto a la CONASIDA, los actores hacen una diferencia de un “primer período” dentro

de este quinquenio, cuando la CONASIDA funcionaba como ente de coordinación y convocatoria y mencionan un “segundo período” cuando *“vino el declive de la CONASIDA y un gran divorcio de entre el Programa y la CONASIDA”*. Este “declive” lo asocian los entrevistados(as) a tres elementos: primero a una sucesión de cambios políticos de alto nivel, que implicaron un descenso de la CONASIDA dentro de la estructura organizacional (de Despacho Ministerial, Vice-Ministerial a nivel Programático); segundo a los diversos cambios de contrapartes en agencias de cooperación, lo que según las opiniones recabadas, incidió negativamente en el posicionamiento de la CONASIDA a alto niveles de decisión del gobierno; y tercero a la falta de acuerdos entre el PNS y la CONASIDA de los ámbitos de competencia, trabajo y responsabilidad de cada uno, mismos que no han tenido la capacidad de consensuar.

Dentro de los retos para el nuevo período de planificación e implementación, que mencionaron los actores claves entrevistados y que también se identificaron en la consulta nacional están en orden de frecuencia : (a) la falta de prioridad/voluntad política dada al VIH a alto nivel tanto del gobierno en general como del propio Ministerio de Salud; (b) la ausencia de rectoría del gobierno para contar con una respuesta multisectorial ante la epidemia; (c) la brecha fiscal que afectará el cumplimiento de las necesidades de fondos; si no mejora la recaudación fiscal la situación de financiamiento estatal puede empeorar o entrar en crisis; (d) la capacidad para avanzar a la sostenibilidad en temas como el aumento de cobertura de tratamiento ARV y la absorción y retención del recurso humano capacitado, (e ) los cambios en el contexto cambian autoridades de nivel alto, cambia mucho personal y la falta de incentivos – más bien los amplios desincentivos como la falta de pago de salarios por varios meses - y en general la permanente inestabilidad laboral.

**Retos para el próximo período de la planificación según grupos Trans:**

*“Tener más acercamiento con los actores”*

*“que se hable del tema (Trans) de una forma realista”*

*“Que se nos sé de el valor agregado por sumarnos a la respuesta”*

*“Buscar estrategias de común para motivar el uso del condón y el lubricante... crear estas estrategias que se mantengan... incentivar de forma estratégica a que las personas se hagan sus chequeos”.*

*Que se les de “acompañamiento, se nos deja a deriva, pasamos desapercibidas, no existimos, no nos conocen”*

Las limitaciones y brechas de implementación identificadas por las y los actores clave entrevistados y ratificado en la consulta nacional más frecuentemente mencionadas fueron:(a) las acciones desagregadas, descoordinadas y la ausencia de un proceso de seguimiento y retroalimentación, insistiéndose en que la respuesta nacional no responde – no es guiada - por el marco nacional (PEN 2011-2015); (b) fue reiterada sistemáticamente la

ausencia de un ente rector efectivo que facilite la implementación articulada de la respuesta nacional. Se enfatizó por la mayor parte de entrevistados(as) que falta un liderazgo efectivo por parte del PNS, y reiteradamente se indicó que la CONASIDA está muy debilitada, que no es independiente, y que no ejerce el papel para el cual fue concebida. Se describió reiteradamente un antagonismo y *“divorcio de entre el Programa y la CONASIDA”*. (c) Adicionalmente se mencionaron *la* ausencia de planes operativos multisectoriales, integrados y anuales; (d) un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación considerado inoperante y (e) la alta rotación de recursos humanos capacitados.

Sobre las percepciones acerca de las cosas que no han funcionado, se mencionaron predominantemente: (a) los programas de prevención dirigidos por el Ministerio de Salud Pública y otros Ministerios; (b) las intervenciones en el área de “Entorno” redundando en la persistencia de altos niveles de discriminación y el estigma, la que se da en los mismos servicios de salud. En este tema es importante mencionar que una alta proporción de los entrevistados(as) comentaron que se han dado por parte del Director del PNS, actitudes y expresiones de irrespeto y menosprecio a las personas de la diversidad sexual, de orden Trans-fóbicas, homofóbicas y misóginas, este aspecto fue validado en la consulta nacional, (c) la falta de incidencia política de alto nivel en el tema de VIH (d) y que los temas álgidos no se tocan abiertamente (bisexualidad, mujeres Trans, diversidad sexual, estigma, discriminación). (e) El reconocimiento de la identidad de género para mujeres transgénero fue mencionado como un tema relevante.

En relación al trabajo de sociedad civil tres fueron las percepciones más mencionadas: (a) El activismo y la abogacía ha mermado de manera importante en este quinquenio, *“se ha dormido el activismo, no hay reacciones o – cuando las hay - las mismas son consensuadas con el cooperante, no con la realidad del país”*; (b) los antagonismos dentro de las poblaciones clave y entre organizaciones de sociedad civil repercute negativamente en la coordinación de la respuesta, *“están divididas dentro de ellas mismas. En especial las de más reciente organización/formación, como son las de mujeres Trans. Están creciendo como grupo y parte del proceso de crecimiento es aprender a articularse. Deben aprender a trabajar de forma unida para lograr sus objetivos como población”* y (c) que la existencia de financiamiento del Fondo Mundial para unas organizaciones y no para otras, ha venido a crear problemas relación y coordinación.

**Citas textuales de diferentes actores sobre el activismo:**

*“Definitivamente ha mermado el activismo, está muerto en Guatemala, cuando se necesita la gente no está”*

*“ El activismo está un poco adormecido, el Fondo Mundial ha sido de gran apoyo al país, pero deja a muchos activistas tras escritorios y se han dedicado a ejecutar proyectos... los activistas fuertes pasaron a ser empleados de las organizaciones”*

*“Hay un rompimiento, por cumplir el plan de trabajo y acoplarse al mandato institucional, ha habido un acomodamiento del activismo. Ahora reciben un salario mensual, no lo desean perder. Están muy ocupados.”*

*“Se ha dormido el activismo, no hay reacciones o las mismas son consensuadas con el cooperante, no con la realidad del país”*

*“No hay recursos, si para hacer activismo se necesitan recursos, convocatoria, las mantas, transporte”*

*“Las agencias no dan para hacer abogacía ni activismo”.*

*“El Fondo Mundial, no intencionalmente, ha adormecido el activismo en el país. Por la tranquilidad de que las personas porque ya tiene trabajo, están dejando de buscar otros elementos de la respuesta, elementos estructurales ... porque reciben sus pastillas”*

*“Nos llegaban muchas quejas o lamentos en relación a la atención del Ministerio de Salud, pero no hay denuncia...es que si hablo me van a despedir, me van a quitar el tratamiento... Eso está afectando”*

Sobre las relaciones predominantes entre los actores clave y la capacidad de influencia de los mismos, las respuestas más frecuentes son: (a) que la mayor capacidad de influencia claramente reside en el gobierno, pero que los entes respectivos no han ejercido su papel, afectando el cambiante contexto político y la prevalencia de intereses individuales e institucionales, por encima de los intereses conjuntos. (b) en general los aportes técnicos y el acompañamiento por parte de las agencias y proyectos es bien recibido, aunque las relaciones con y entre las agencias y/o proyectos de cooperación se definen como variables, dependiendo de las agendas e intereses, así como de las personalidades, indicándose repetidamente que los actores de verdadera influencia en VIH en Guatemala son las agencias de cooperación tanto bilaterales como multilaterales; se indica que las agencias/proyectos procuran apegarse a la necesidad nacional, pero dan prioridad a sus mandatos institucionales y éstos no necesariamente son coherentes con las prioridades del país *“por eso se resultan haciendo cosas que no son las más prioritarias”*; (c) Se presentan como relaciones contraproducentes para la respuesta nacional coordinada, las relaciones antagónicas entre organizaciones de sociedad civil y el MSPAS; relaciones antagónicas entre

el PNS y grupos la diversidad sexual; relaciones antagónicas entre ONGs que reciben fondos del Fondo Mundial y las que no los reciben.(d) en relación al MCP como actor de la respuesta nacional, se le reconoce un papel importante porque construye las propuestas al FM y monitorea la ejecución de los fondos. Las relaciones del MCP con el MSPAS como RP se califican como variable, a veces antagónica y a veces neutra. Las relaciones del MCP con otros actores externos al MCP se califica como indiferente o neutra; Hacia el interior del MCP las relaciones se asocian con la gobernanza, misma que se califica como variable, entre antagónica y neutra según los sectores representados. Se dice que los diversos sectores no siempre están efectivamente representados, dado que los delegados no necesariamente comunican o consultan con sus audiencias, aunque el MCP está trabajando para mejorar los niveles de comunicación. (e) En cuanto al RP HIVOS como actor de la respuesta, se le adjudican relaciones de indiferencia hacia el resto de actores; se expresaron varias opiniones indicando que ha habido pobre coordinación de HIVOS con otras entidades y ha sido débil en su articulación con las autoridades de gobierno, y que *“el grupo de sub-receptores (de HIVOS) esperarían tener voz por medio de HIVOS, pero no la han tenido”*

**Citas sobre la capacidad de influencia de la agencias/proyectos de cooperación:**

*“Las condicionantes (de los cooperantes) no necesariamente se ajustan a las necesidades del país ni a las de las organizaciones, uno se acomoda a los requerimientos de los donantes”*

*“Aquí se sigue lo que se acordó en la Subvención (del Fondo Mundial), ese es el verdadero PEN, la Subvención...todo se hace y se mide como dice la subvención”*

*“las mismas agencias tienen sus agendas y deben cumplir con ellas”*

*“La misma cooperación divide”*

*“Son la marimba, ellos tocan y allá va todo el mundo”*

## CUMPLIMIENTO DE ATRIBUTOS JANS PARA PEN 2011-2015

A continuación se describen los hallazgos del cumplimiento de atributos JANS, es importante mencionar que se cumplió con el proceso metodológico, es decir análisis de la información existente a nivel nacional utilizando la herramienta que identifica los atributos y permite a través de preguntas claves facilitar las respuestas, adicionalmente se realizaron 3 talleres multisectoriales con organizaciones relacionadas a la respuesta nacional al VIH, (en adelante mencionaremos como la consulta nacional) en tres regiones del país (Zacapa en donde fueron convocados actores claves de la respuesta multisectorial de oriente, Retalhuleu con representantes de occidente y la costa sur y Guatemala).

### GENERALIDADES DEL PEN:

Guatemala utilizó la metodología ASAP del Banco Mundial (por sus siglas en inglés AIDS Strategy and Action Plan) para desarrollar el PEN 2011-2015, la cual es descrita como *“un proceso de planificación estratégica orientada a resultados y basada en evidencia”*<sup>17</sup>. Siendo apoyado el proceso por ONUSIDA y misiones de ASAP/Banco Mundial<sup>16</sup>, entre otros. El proceso incluyó la instalación de una base de datos digitalizada para recoger datos e informes sobre la evidencia disponible y facilitar la obtención de información sobre indicadores, documentos y apoyar investigadores y organizaciones que trabajan en la respuesta al VIH. Habiendo capacitado para su uso al personal del MSPAS, PNS y CONASIDA<sup>17</sup>, a la fecha, la CONASIDA continúa enviando información para alimentar dicha base de datos. En la consulta nacional se mencionó que aunque se valora la importancia del método, las y los actores claves en su mayoría no lo conocen, aunque muchos reconocen haber participado en la elaboración del PEN.

El Índice API (Aids Program Index) es un estudio que mide el esfuerzo de programa de VIH y Sida, mide el ambiente político y el nivel de esfuerzos de la respuesta a la epidemia. En Guatemala el más reciente fue realizado en el 2013 y viene desarrollándose desde el 2003. El mismo considera los siguientes componentes: (a) marco político y legal (leyes y regulaciones, políticas y la planificación), (b) adopción e institucionalización de la respuesta (apoyo político, estructura organizacional y recursos), (c) intervenciones programática (prevención, atención y tratamiento, derechos humanos, mitigación); (d) retroalimentación y evaluación de la respuesta (investigación, monitoreo y evaluación). El índice se expresa como punteo de cero a cien y respecto a la medición previa realizada en 2008, el API de Guatemala aumento de 55 puntos a 58 en el 2013 (5%). Desde el 2003 el índice API ha aumentado seis puntos en el país (12%), registrando el mayor cambio entre 2008 y 2013.

Entre los componentes con punteos más altos del API en Guatemala, se encuentran el de

---

<sup>16</sup> Consultores: Eric Gaillard, Oswaldo Argibay, y Olivier Gregorie <http://www.onusida.org.gt/inicio/128-nuevo-recurso-para-conocer-el-estado-del-vih-en-guatemala.html>

<sup>17</sup> <http://www.onusida.org.gt/inicio/128-nuevo-recurso-para-conocer-el-estado-del-vih-en-guatemala.html>

“políticas y planificación”, aunque dicho punteo descendió de 75 a 72 puntos del 2008 al 2013. Los elementos medidos son: la existencia de un plan estratégico nacional y una política de VIH y Sida desarrollados con sociedad civil; que el plan cuente con metas formales; que incluya estrategias multisectoriales; que contenga un plan de monitoreo y evaluación, un presupuesto con costos detallados y mención de las fuentes de financiamiento. La tendencia decreciente del punteo en este componente proviene de las valoraciones de los contenidos del PEN y/o la política de VIH. Este índice no mide la calidad de los contenidos del plan o la política.

Los diversos volúmenes del PEN 2011-2015 contienen un rango amplio de datos y de información. Evidenciando un esfuerzo de recolección de documentos y de información de fuentes diversas. Presenta datos demográficos, socio-económicos, culturales, de género y organizacionales en secciones nombradas como “contextos”. Así mismo se listan compromisos nacionales, regionales e internacionales y se registraron los datos epidemiológicos pertinentes disponibles en ese momento.

En cuanto al grado de desagregación de los datos el mismo es variable, pero en general son datos de nivel nacional y cuando existían se proveen datos por poblaciones específicas. Se mapeó el tipo y temática de la información encontrada por medio de las tablas de “evidencia” que permiten ubicar los vacíos de fuentes de datos relevantes. En general, la información presentada como parte del análisis de situación, en los diversos volúmenes que componen el PEN 2011-2015, son recopilaciones de datos con carácter descriptivo.

EL PEN 2011-2015 cubre una amplia temática necesaria para un proceso de planificación. Según evidencia el contenido del PEN, el método de planificación ayudó a documentar con bastante amplitud diferentes componentes o elementos de la situación del VIH y elementos clave del contexto. Una de las fortalezas del PEN 2011-2015, es que en su análisis de situación se comparten datos consolidados, organizados y/o clasificados, hay un adecuado resumen/mapeo de la información que estaba disponible. Queda pendiente y será tarea del nuevo PEN discutir las implicaciones de los hallazgos de los diferentes contextos para las decisiones estratégicas, evidenciadas en este análisis<sup>18</sup>, además el enfoque integral y multidimensional de la situación y de la respuesta ante la epidemia, con esto será más fácil fundamentar una teoría de cambio, como marco nacional para la respuesta ante la epidemia.

El PEN 2011-2015 presenta una misión, visión y metas de impacto, la misión planteada es que “La respuesta social organizada frente a las ITS, el VIH y el Sida trabajará activamente en la

---

<sup>18</sup>Análisis: método planificado, conjunto de pasos diseñados para separar efectivamente una situación en sus componentes o elementos, para luego recomponerlos de una manera que trate el reto planteado o responda la pregunta presentada. Resultando en información práctica, accionable, en inteligencia organizacional, con significado y que responde a las preguntas: ¿Qué?, ¿Y qué con eso?, ¿Y ahora qué?, ¿Y entonces qué?

generación de condiciones para ampliar la cobertura, estandarizar la calidad, hacer sostenible el financiamiento y superar las desigualdades de acceso de distintos grupos sociales a servicios de educación, salud, protección social y legal en materia de ITS, VIH y Sida”.La Visión propone que “En 2015, en cada municipio del país existen servicios de vigilancia, educación, prevención, atención integral y defensa de derechos, que trabajan coordinadamente para evitar nuevas infecciones y garantizar a las personas con VIH el acceso a servicios que mejoren su calidad y expectativa de vida”, siendo las metas de impacto: (1) Disminuir el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH (UNGASS No. 22) de 0.34% en 2009 a 0.17% en 2015. (2) Reducir en el 2015 a la mitad de lo reportado en 2009, el porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH (UNGASS No. 23). (3) Aumentar el porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la TARV de 83% en 2009 a 90% en 2015 (UNGASS No. 24). Descender el porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres con VIH de 30% en 2009 a 15% en 2015 (UNGASS No. 25).

La estructura del PEN 2011-2015 considera las siguientes áreas prioritarias:(1) promoción y prevención primaria, (2) atención integral y prevención secundaria, (3) entorno, (4) fortalecimiento institucional y (5) Monitoreo y Evaluación. <sup>19</sup>.Cuenta con 6 objetivos estratégicos, 22 objetivos específicos, 36 resultados y al menos 45 efectos directos, distribuidos entre dichas áreas prioritarias, que pueden diagramarse así:



Los cuadros de resumen presentados para cada área prioritaria son amigables, presentan un resumen de fácil comprensión para cada objetivo estratégico, sus objetivos específicos, resultados e indicadores. Indican la población meta o prioritaria - donde corresponde - así como el dato de línea de base (cuando existe), la meta para medio período (2013) y la meta para el fin de período de vigencia del PEN (2015). Propone los actores (entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y agencias) responsables del Logro o

<sup>19</sup> PEN 2011-2015 Volumen 1; Pg. 11.

Contribución de cada resultado. Al inicio de cada Área Prioritaria se proponen a los “efectos directos”, las líneas de acción o intervención sugeridas en cada área para el logro de los resultados proyectados.

La construcción del PEN y específicamente dentro del Marco de Resultados, alcanzar objetivos estratégicos y específicos, es un reto técnico y político muy importante, en ocasiones lento, complejo, se tocan intereses de todos actores de la respuesta multisectorial. En el momento de la elaboración se debe ser muy cuidadoso en garantizar la coherencia y las relaciones de causa-efecto entre la cadena de resultados propuesta y los objetivos, en esta ocasión en algunos objetivos esto no pudo alcanzarse y por tanto el logro no es bien identificado, ni sus intervenciones.

En un ejercicio de planeación estratégica es importante plantear con fuerza la teoría de cambio. Para el PEN que se evalúa en esta ocasión esta una lección aprendida, y es que, se debe intensificar y garantizar que en la teoría de cambio del nuevo PEN se explique el “cómo” se va a influenciar la variación de la situación encontrada hacia la situación proyectada al final del quinquenio, ya que en esta ocasión no se alcanzó y es especialmente importante en los objetivos y resultados del área de entorno, del fortalecimiento institucional, para los cambios de comportamientos y en el sistemas de monitoreo y evaluación. (Anexo Teoría de Cambio)

Es importante que en la construcción de resultados y objetivos se cumplan con criterios SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y con un tiempo definido). El PEN 2011-2015 con frecuencia usa en resultados y objetivos, verbos como: fortalecer, impulsar, promover, posicionar, sin una definición del constructo o del significado concreto. Esto resulta en ambigüedad, dificultad para determinar claramente el cambio deseado y dificultad para la medición.

El conjunto de elementos antes presentados llevan a la reflexión que los resultados del PEN 2011-2015, en su mayoría son resultados de proceso, en el marco del enfoque estratégico adoptado en esa ocasión y que al no contar con una teoría de cambio explícita, el logro de resultados, objetivos y metas estratégicas es más complejo.

En resumen el PEN 2011-2015 presenta un amplio número de objetivos y resultado relevantes para el momento y contexto en el que fue construido. Una buena parte de ellos están alimentados por lineamientos y estándares internacionales y son técnicamente apropiados. Aunque no todos los resultados y objetivos son – desde el punto de vista de una planificación estratégica - técnicamente bien definidos ni medibles. Muchas de las áreas críticas para la respuesta nacional ante la epidemia de VIH fueron tocadas de alguna forma en el documento, con un enfoque descriptivo, informativo o de referencia.

## EVALUACIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN DEL PEN 2011-2015

Esta sección presenta los resultados de la evaluación de la Misión, Visión del PEN 2011-2015 de Guatemala, según los hallazgos encontrados por participantes de los diferentes sectores representados en los tres talleres regionales, realizados para el efecto, evidenciaron lo siguiente:

La Visión del Plan Estratégico Nacional es:

***“En 2015, en cada municipio del país existen servicios de vigilancia, educación, prevención, atención integral y defensa de derechos, que trabajan coordinadamente para evitar nuevas infecciones y garantizar a las personas con VIH el acceso a servicios que mejoren su calidad y expectativa de vida.”***

No se ha logrado la Visión completamente como fue planificada en el PEN, se tienen resultados parciales de acciones de vigilancia, educación y prevención. La visión plantea grandes retos pero sin financiamiento, hay falta de equidad en la entrega de servicios, los logros identificados se observan principalmente en la Ciudad Capital, pero no se llega a todos los municipios del país.

Entre las razones que explican la falta de cumplimiento de la Visión se relatan las limitaciones económicas, falta de socialización, rotación del personal, desconocimiento de metas, no se tienen objetivos y falta de planes de trabajo, no se pueden valorar los resultados de esta manera.

Es necesario ampliar la atención integral y reducir la brecha para reducir el estigma y la discriminación así como aumento el respeto de los Derechos Humanos de las personas con VIH y de la diversidad sexual.

La Misión del Plan Estratégico Nacional es:

***“La respuesta social organizada frente a las ITS, el VIH y el Sida trabajará activamente en la generación de condiciones para ampliar la cobertura, estandarizar la calidad, hacer sostenible el financiamiento y superar las desigualdades de acceso de distintos grupos sociales a servicios de educación, salud, protección social y legal en materia de ITS, VIH y Sida.”***

Esta misión tiene una definición comprensible y concisa pero no define claramente quienes somos la respuesta social organizada.

Las diferentes instituciones representadas en la evaluación tienen claridad en las acciones que realizan orientadas a la respuesta nacional ante las ITS, VIH y sida, pero no necesariamente como una respuesta a lo normado dentro de la Misión del PEN.

La misión debe ser más específica en quienes somos y más explica en la aplicación de políticas públicas, se evidencia falta de articulación multisectorial, algunas de las explicaciones de estas debilidades es la falta de empoderamiento, la persistencia del estigma

y la discriminación, cambios continuos en autoridades y de personas involucradas en la elaboración, seguimiento y en la evaluación del PEN.

Se ha logrado armonizar acciones como país, existe el apoyo legal, principalmente el Decreto Legislativo 27-2000 que establece las normas, pero existe debilidad en su cumplimiento. Los participantes tienen claridad en su rol dentro de la misión, pero se hace necesaria la institucionalidad del PEN.

Existen avances en el acceso a los medicamentos, descentralización en la entrega del TAR, reducción de la transmisión vertical aunque hay que documentarla, hay logros en los cambios de comportamiento de las personas.

En su conjunto se valora que el PEN es un buen instrumento para la gestión, las debilidades más importantes están en la falta de empoderamiento y socialización del PEN a todo nivel. En relación sobre el futuro del actual PEN 14 de los 15 grupos de trabajo opinaron que se debe realizar una “actualización” del PEN 2011-2015 y 1 de los grupos considera que se debe prolongar la vigencia del PEN actual. Ninguno de los grupos estuvo a favor de elaborar un Nuevo PEN.

Entre las recomendaciones que brindaron los diferentes grupos sobre la “actualización del PEN” y prolongarlo están la de actualizar el perfil epidemiológico y de los indicadores de resultado establecidos. Se opina que las ideas plasmadas en el actual PEN son buenas, el problema es que no se les está dando el debido cumplimiento, se debe rescatar todo lo bueno que se encuentra en el PEN y se debe tomar en cuenta las nuevas metas globales y estrategias asumidas como país.

Se dan sugerencias relacionadas a la necesidad de socializar el PEN a todo nivel y tomar en cuenta nuevos grupos vulnerables como los adolescentes, los niños y las mujeres, dar cumplimiento al 100% de los objetivos y lograr el compromiso de apoyo de la CONASIDA para el funcionamiento de los servicios, considerar dentro de la actualización la estrategia de profilaxis pre exposición.

El grupo de cooperación estimó que no se han logrado armonizar las acciones, que los esfuerzos han sido pequeños y que se tiene un sector gubernamental muy dividido, por lo que no se cumple la Visión del PEN, así como que no debe incluir Misión por no ser una institución sino un documento de trabajo.

## **EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS PRIORITARIAS Y RESULTADOS DEL PEN 2011-2015**

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

El área prioritaria 1, promoción y prevención primaria establece un objetivo estratégico, sobre promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general, nueve

objetivos específicos y diez y seis resultados. Esta área prioritaria es la primera mejor valorada con un 55.8% de cumplimiento.

El siguiente cuadro muestra la calificación para cada uno de los objetivos específicos según sus resultados y el promedio de la calificación global para la estrategia, emitidos por los participantes en los talleres regionales.

Destaca con un 70.0% la calificación lograda en el objetivo 1.1.4 que corresponde a “Velar por el suministro de sangre segura”, seguido por el objetivo 1.1.6 “Prevenir la transmisión materno infantil del VIH” con 68.9%. El objetivo que tuvo la puntuación más baja fue el 1.1.9 que corresponde a “Garantizar una respuesta oportuna en caso de emergencias” con resultado de 31.3%.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Punteo</b>
1.1.1	46.0%
1.1.2	46.2%
1.1.3	58.0%
1.1.4	70.0%
1.1.5	52.0%
1.1.6	39.3%
1.1.7	68.7%
1.1.8	61.3%
1.1.9	31.3%
<b>Total</b>	<b>55.8%</b>

La cooperación valoró en un 35% esta área, coincidiendo que es el componente de sangre segura el que alcanza mejores resultados. El programa valoró por arriba de los otros grupos con 62%, consideró que el componente que garantiza medidas preventivas de profilaxis de transmisión perinatal de VIH es el que tiene mejores resultados.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Punteo Cooperación</b>	<b>Punteo PNS</b>
1.1.1	50%	54%
1.1.2	16%	49%
1.1.3	50%	70%
1.1.4	60%	66%
1.1.5	50%	76%
1.1.6	20%	62%
1.1.7	27%	80%
1.1.8	NR	64%
1.1.9	10%	36%

<b>Total</b>	<b>35%</b>	<b>62%</b>
--------------	------------	------------

### Área prioritaria 2: Atención integral y prevención secundaria

El área prioritaria 2, establece un objetivo estratégico, sobre brindar atención integral de ITS, VIH y Sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario, tres objetivos específicos y seis resultados. Esta área prioritaria es la tercera mejor valorada con un 45.8% de cumplimiento. El siguiente cuadro muestra la calificación para cada uno de los objetivos específicos según sus resultados y el promedio de la calificación global para la estrategia.

El objetivo específico 2.1.1 mejor calificado con un 62.8% corresponde a “Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos”. El objetivo que tuvo la puntuación más baja fue el 2.1.3 que corresponde a “Asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencia” con resultado de 30.0%.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Punteo</b>
2.1.1	62.8%
2.1.2	44.7%
2.1.3	30.0%
<b>Total</b>	<b>45.8%</b>

Con respecto a la atención integral la cooperación opinó que hay poco avance en el logro de los objetivos estimando una valoración global de 23%, coincidiendo con que “Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos” es la mejor. La percepción de programa es similar al grupo de consulta nacional.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Punteo Cooperación</b>	<b>Punteo PNS</b>
2.1.1	40%	69%
2.1.2	20%	50%
2.1.3	10%	34%
<b>Total</b>	<b>23%</b>	<b>51%</b>

### Área prioritaria 3: Entorno

El área prioritaria 3, establece un objetivo estratégico, sobre lograr condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención, el ejercicio pleno y el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH, sida e ITS y de las poblaciones en mayor riesgo, con dos objetivos específicos y seis resultados. Esta área prioritaria es la segunda mejor valorada con un 49.7% de cumplimiento. El siguiente cuadro muestra la calificación para cada uno de los objetivos específicos según sus resultados y el promedio de la calificación global para la estrategia.

El objetivo específico 3.1.1 mejor calificado con un 51.1% corresponde a “Contar con un marco normativo y legal que garantice la atención integral de acuerdo a mejores prácticas internacionales, así como la defensa y el respeto a de los derechos humanos de las personas” y el objetivo 3.1.2 que corresponde a “Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos” con resultado de 48.3%.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Punteo</b>
3.1.1	51.1%
3.1.2	48.3%
<b>Total</b>	<b>49.7%</b>

El objetivo tres fue valorado en una tercera parte por la cooperación, el programa estimó una valoración por arriba de dos tercios de logro.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Punteo Cooperación</b>	<b>Punteo Programa</b>
3.1.1	30%	59%
3.1.2	30%	69%
<b>Total</b>	<b>30%</b>	<b>64%</b>

### Área prioritaria 4: Fortalecimiento institucional

El área prioritaria 4, establece un objetivo estratégico, sobre fortalecer la respuesta nacional articulada de las ITS, el VIH y el sida, con cuatro objetivos específicos y seis resultados. Esta área prioritaria ha sido valorada con un 40.2% de cumplimiento. El siguiente cuadro muestra la calificación para cada uno de los objetivos específicos según sus resultados y el promedio de la calificación global para la estrategia.

El objetivo específico 4.1.2 mejor calificado con un 49.6% corresponde a “Fortalecer la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada” y el objetivo 4.1.3 que corresponde a “Fortalecer las capacidades técnicas y operativas de instituciones del sector público para su participación activa con el fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta a las ITS, VIH y sida” con resultado de 26.7%.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Punteo</b>
4.1.1	36.7%
4.1.2	49.6%
4.1.3	26.7%
4.1.4	48.0%
Total	40.2%

De acuerdo a la perspectiva de la cooperación internacional los objetivos de fortalecimiento institucional se valoraron con poco avance. La valoración por parte del programa fue coincidente con la consulta de país.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Punteo Cooperación</b>	<b>Punteo Programa</b>
4.1.1	0%	42%
4.1.2	10%	58%
4.1.3	10%	52%
4.1.4	30%	50%
<b>Total</b>	<b>13%</b>	<b>38%</b>

#### Área prioritaria 5: Monitoreo y Evaluación

El área prioritaria 5, establece un objetivo estratégico, desarrollar e implementar a partir del año 2011 un sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones, con un objetivo específico y un resultado. Esta área prioritaria ha sido la que recibió la valoración más baja con un 38.7% de cumplimiento. El siguiente cuadro

muestra la calificación para cada uno de los objetivos específicos según sus resultados y el promedio de la calificación global para la estrategia.

Como esta área prioritaria cuenta con un solo objetivo específico que recibió la valoración de 39% corresponde a “Implementar componentes del sistema único de M&E de acuerdo a mejores prácticas internacionales y a necesidades de la respuesta nacional”.

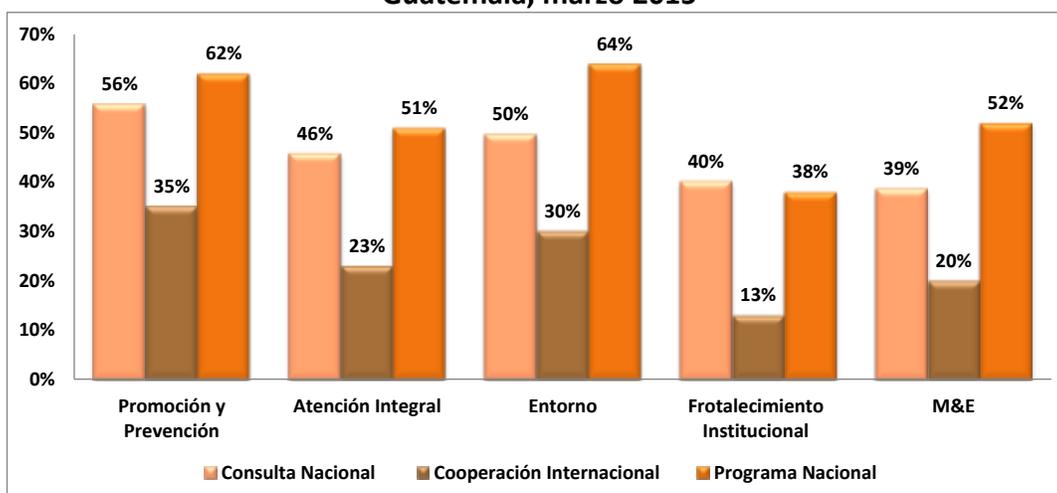
Objetivo Específico	Punteo
5.1.1	38.7%
Total	38.7%

Con respecto a monitoreo y evaluación la cooperación valoró que hay poco avance en este aspecto y el programa considero un valor de 52%.

Objetivo específico	Punteo Cooperación	Punteo PNS
5.1.1	20%	52%

En términos generales la evaluación cuantitativa de las áreas prioritarias del PEN 2011-2015, coloca los resultados de la valoración dada por los participantes en un promedio de cumplimiento alrededor del 50% con un rango de cumplimiento entre el 38.7% y el 55.8% como puede apreciarse en el gráfico siguiente:

**Gráfica No. 3**  
**Evaluación de Estrategias y áreas prioritarias**  
**PEN 2011-2015**  
**Guatemala, marzo 2015**



## HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS AL ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROGRAMACIÓN:

**Coherencia, claridad y pertinencia del PEN 2011-2015 y sus estrategias, y la relación de éstas con el análisis de situación.**

## HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS AL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN:

**Solidez de los procesos de desarrollo el PEN 2011-2015, inclusión y respaldo a la estrategia nacional**

Guatemala utilizó la metodología ASAP del Banco Mundial durante un proceso participativo, el resultado de las entrevistas a actores clave calificaron al proceso como tal (participativo), más no multisectorial, con una participación *“muy cerrada al círculo de VIH”*, y *“más una participación para conocer que una participación para construir en conjunto”*. Con un mayor número de actores de la capital, que del interior del país. Del proceso se dijo que metodológica y técnicamente fue adecuado y del análisis que fue *“amplio más no necesariamente crítico”*, con bastante información recopilada, aunque no toda califica en realidad como *“evidencia”*. En la consulta nacional se validaron estas aseveraciones y se plantearon una serie de recomendaciones que junto a las que hicieron los entrevistados, son fuente importante de información para la elaboración del nuevo PEN.

La recomendaciones de los entrevistados(as) en relación al proceso de planificación del próximo PEN incluyen el elevar el nivel de dirección de dicho proceso a otras instancias del Estado.<sup>20</sup> Se mencionó como ejemplo a la SEGEPLAN dado el mandato de la entidad en la planificación multisectorial, la capacidad institucional y su papel en el seguimiento a la implementación de planes intersectoriales. Se enfatizó la necesidad de realizar un proceso de planificación verdaderamente participativo y multisectorial, evitando que la planificación se dé únicamente con expertos de VIH, sino con participación multidisciplinaria. También se hizo referencia a que el año 2015 no es el mejor momento para realizar un proceso de planificación de este tipo, esta aseveración fue validada por los participantes de la consulta nacional. Indicándose que el nuevo PEN *“no debe vincularse a esta administración”*, considerándose importante que el próximo plan estratégico sea *“asumido por la nueva administración del país”* como un plan de Estado, no como un plan de gobierno Las

---

<sup>20</sup>En el PEN 2010-2015 participaron: ONUSIDA, OTRANS, HOSPICIO SAN JOSE, UNIDAD DE PUEBLOS INDIGENAS MSPAS, ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON NIÑEZ, UPE MSPAS, PNS, USAID CAPACITY, ASOCIACION GENTE NUEVA, REDNADS, OMES, COPREDEH, URC, ORGANIZACIÓN MOLOJ, COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA, PNSR MSPAS, UNFPA, FUNDACION FERNANDO ITURBIDE, DEFENSORIA DE LA MUJER INDIGENA, UNICEF, UVG, MINEDUC, COLEGIO DE MEDICOS, OPS/OMS, CONJUVE, SISTEMA PENITENCIARIO, CRUZ ROJA, MENAMIG, SEGEPLAN, SEPREM, ICERI Y BAGARI, CNE, POLICIA NACIONAL CIVIL MINISTERIO DE GOBERNACION, OFICINA DE DDH PNC, SIGSA MSPAS, SIDA I SOCIETAT, ALIANZA NACIONAL, CONASIDA, MINTRAB, ASOCIACION GENTE POSITIVA, PDH, SECTOR DE MUJERES, PASMO, ONU MUJERES, IDEI, RED LEGAL, VISION MUNDIAL, IGSS, ASI E HIVOS ( paginas 102 105 del Pen 11-15)

opiniones en referencia a un proceso de planificación asociado a la fechas límite de entrega de la próxima Nota Conceptual necesaria para aplicar los fondos del Fondo Mundial indican que *"no hay suficiente tiempo para hacer un proceso realmente participativo"*. En la consulta nacional se dice además que el Ministerio de Salud debe mejorar su rol como ente rector.

### **HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN<sup>21</sup>:**

#### **Solidez de las disposiciones y de los sistemas para la implementación y la gestión de las áreas programáticas contenidas en la estrategia**

Por parte del Estado se indica<sup>22</sup> que la respuesta nacional está conformada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), y como parte del mismo: el Programa Nacional de ITS, VIH y Sida (PNS), la Comisión Nacional del Sida CONASIDA, el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), las Direcciones de Áreas de Salud (DAS), el sistema Hospitalario Público, el Sistema de Información Gerencial Integrado (SIGSA), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Centro Nacional de Epidemiología- (CNE)-. De otros sectores se proyecta la participación de otros Ministerios (Educación, Trabajo, Gobernación y Defensa) y la participación de la sociedad civil. Además de la asistencia técnica y/o financiera de Agencias de Naciones Unidas (OPS/OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF), del Gobierno de los Estados Unidos por medio de las Agencias de PEPFAR (CDC, USAID, Cuerpo de Paz, Departamento de la Defensa<sup>23</sup>) y otros gobiernos y socios que prestan asistencia bilateral o multilateral.

El Índice para la medición del esfuerzo de programa de VIH y SIDA en Guatemala en el año 2013 <sup>24</sup> registró puntajes medianamente altos para *"las declaraciones públicas favorables y regulares en temas de VIH y sida por parte del Ministerio de Salud y otros altos funcionarios públicos"*, y considerando el apoyo político como la base para fortalecer la respuesta nacional indica que en Guatemala se indica que *"este apoyo político aún debe reflejarse en declaraciones públicas del más alto nivel del gobierno"*. Confirmando brechas identificadas en la Evaluación de Medio término del PEN 2011-2015 y que continúan siendo vigentes<sup>25</sup>, entre ellas el fortalecimiento de la incidencia política a alto nivel.

Así mismo el Índice API del 2013 indica que la existencia de la CONASIDA recibió un puntaje medianamente alto, aunque no se considera que la presidencia de esta instancia multisectorial esté ocupada por un representante del más alto nivel. La participación de la

---

<sup>21</sup> ONUSIDA: Gestión = En el marco del liderazgo gubernamental, el gobierno, la sociedad civil y los socios para el desarrollo contribuyen al diseño e implementación de la estrategia nacional de VIH. También significa que el gobierno ejerce la supervisión y control de todos los recursos asignados para la implementación de la estrategia sobre Sida en el país y sobre toda la información relacionada con su monitoreo y evaluación. También significa que el gobierno es responsable de la rendición de cuentas ante las contrapartes clave sobre la forma en que dichos recursos han sido distribuidos y utilizados.

<sup>22</sup> Decreto 27-2000

<sup>23</sup> PEPFAR: Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos de América) para el Alivio del SIDA

<sup>24</sup> API para el año 2013, estudio que mide el ambiente político y el nivel de esfuerzos nacionales (centrales, regionales y locales por parte de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) para responder a la epidemia,

sociedad civil en la Comisión también recibió un puntaje medio. El estudio API reporta que la estructura administrativa y de personal existente en el 2013 para las intervenciones asociadas al VIH y Sida no es considerada adecuada por las personas entrevistadas. En relación con la participación multisectorial en la respuesta nacional, el mismo índice indica que los entrevistados reconocen la participación activa de los sectores salud, educación, y defensa y que se identificó participación visible de los sectores de trabajo y empleo, planificación, finanzas y juventud.

Los resultados de las entrevistas a actores clave y la consulta nacional en esta evaluación respaldan los hallazgos de la Evaluación de Medio Término en cuanto a la brecha a nivel de la coordinación multisectorial, inter-programática e inter-ministerial para la implementación<sup>25</sup>. Durante el período de vigencia del PEN 2011-2015 las intervenciones nacionales de respuesta a la epidemia se han dado de una manera *“sectorizada y dispersa, sin que exista en la práctica un mecanismo coordinador para la implementación”*<sup>25</sup>. El PNS como ente nacional responsable, no es percibido como rector ni como líder efectivo. En cuanto a la CONASIDA se la percibe muy debilitada y sin posibilidad de ejercer el papel para el cual fue concebida.

El MSPAS como rector de la salud en el país, actualmente contiene dos entes con responsabilidad de conducir y apoyar la implementación del PEN 2011-2015, siendo estos el PNS y la CONASIDA. Adicionalmente a partir del año 2010, el Ministerio de Salud Pública fue aprobado como receptor principal de la Subvención del Fondo Mundial *“Intensificación de las Acciones de Atención y Prevención de ITS, VIH y sida en poblaciones vulnerables”*, por lo cual también alberga al equipo responsable de la ejecución de los fondos de esta Subvención. Lo cual agrega un tercer ente dentro del MSPAS con injerencia en intervenciones de VIH y Sida. La coexistencia de tres entes intra-ministeriales (PNS-CONASIDA-Subvención) bajo la misma dirección técnica normativa, impone retos adicionales para una gestión y coordinación efectiva y armónica, siendo responsabilidad a lo interno del MSPAS el desarrollar un trabajo al unísono entre el PNS, CONASIDA y la Subvención. Durante el quinquenio 2011-2015 ha habido dos gobiernos, esto implica 5 Ministros de Salud y 4 Vice Ministros técnicos y 5 directores del Programa de VIH, lo que complejiza aún más la situación. Es impresión de los entrevistados, siempre a lo interno del MSPAS, que se debe fomentar a la mayor brevedad el trabajo colaborativo entre programas prioritarios como salud reproductiva, ITS/VIH-Sida y Tuberculosis para evitar fragmentación del funcionamiento del MSPAS<sup>26</sup> en general y del trabajo del PNS en especial.

En la práctica, la implementación de la respuesta nacional no ha sido efectivamente guiada por el PEN 2011-2015, lo que hay son acciones desagregadas, descoordinadas y sin un

---

<sup>25</sup>Informe Final de la Evaluación de medio término del Plan Estratégico de ITS, el VIH y sida 2011-2015, abril-junio de 2013. Grupo Referencial del Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación.

<sup>26</sup> Estudio de Análisis de Políticas en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo; 2001, Guatemala Iniciativa SM2015 <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/guatemala.8783.html>

proceso de retroalimentación. La rectoría ha sido inefectiva, y no ha facilitado la implementación articulada de la respuesta nacional al VIH, vacío que debe resolverse a la mayor brevedad y al más alto nivel. Necesitándose de abogacía inmediata para que el desarrollo del nuevo proceso de planificación para el próximo quinquenio 2016-2020 cuente con un liderazgo nacional real, respaldado por autoridades nacionales con poder real y del más alto nivel.

Los retos de gestión y coordinación interna del MSPAS deben ser abordados de manera inmediata desde niveles políticos altos del MSPAS y no al nivel técnico normativo en el que se ubican actualmente. La sucesión de cambios políticos de alto nivel y la falta de acuerdos entre el PNS y la CONASIDA en relación a los ámbitos de competencia, trabajo y responsabilidad de cada uno, hace políticamente inviable cualquier proceso de planificación de ámbito nacional e intersectorial que sea dirigido por uno a ambos de estos entes, en las condiciones actuales.

Para el futuro un reto importante es la mejora sustantiva del entorno, ya que quienes tienen la infección o se presume que la pueden tener y las personas de la diversidad sexual continúan sufriendo estigma y discriminación de forma sistemática. **Error! Marcador no definido.** Reiterándose el hallazgo de la Evaluación de Medio Término del PEN 2011-2015 que indicó que un área que requiere atención es la del apoyo del sector gubernamental a las poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) incluyendo incremento en la asignación presupuestaria desde el Estado.

De nuevo haciendo referencia al Índice API 2013, en el componente de derechos humanos indica que dos de los menores punteos de este componente correspondieron al *“aseguramiento de condiciones para que las organizaciones de PEMAR puedan realizar sus actividades de VIH y Sida, incluyendo la vigilancia y promoción de los derechos humanos, y su trabajo en el avance del marco legal y político, así como la promoción de un ambiente favorable al diálogo para reducir los prejuicios e inequidades que afectan a las personas que viven con VIH, las PEMAR y otros grupos vulnerables”*. Aunque a la vez este componente registró un cambio positivo del 11% entre la medición de 2013 respecto a la del 2008 y superó por primera vez los 50 puntos (sobre 100) desde que se empezó a medir en el 2003. Citando que en una década (2003-2013) el componente de derechos humanos aumentó 21 puntos (70%) pero que los punteos para los elementos de este componente *“revelan que aún se necesitan acciones más intensas para afianzar el ambiente político y programático en este campo y generar entre los actores clave una mejor percepción de los esfuerzos nacionales para dar pleno cumplimiento a los derechos humanos de las personas que viven con VIH y las poblaciones en más alto riesgo, así como fortalecer las acciones orientadas a este fin”*

En general *“los resultados de API para Guatemala muestran que los esfuerzos del país para responder a la epidemia del VIH han aumentado desde la última medición, pero aún se necesitan mayores esfuerzos en casi todas las áreas sondeadas. La tendencia de aumento es*

*positiva, pero lenta”.*

## **HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A COSTOS Y MARCO PRESUPUESTARIO DE LA ESTRATEGIA:**

### **Solidez y viabilidad**

En Guatemala las fuentes de financiamiento en salud son estatales (gobierno y seguridad social), fuentes privadas (de los hogares y fuentes privadas) y fuentes internacionales (bilaterales, multilaterales y organizaciones sin fines de lucro). El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, y por préstamos y donaciones internacionales. La seguridad social se financia con contribuciones de los empleadores, trabajadores afiliados y del Estado. El financiamiento de la Sanidad Militar depende de recursos del Estado asignados al ministerio correspondiente. Alrededor de 92% del financiamiento del sector privado viene de pagos de bolsillo<sup>27</sup>.

Para el desarrollo del costeo del PEN 2011-2015 se aplicó el Modelo de Necesidades de Recursos (RNM, por sus siglas en inglés) para estimar los recursos necesarios para la respuesta estratégica al VIH y el Sida de Guatemala. Este ejercicio proyectó que se necesitarían aproximadamente US \$516 millones de dólares durante el quinquenio para implementar el plan concebido. Lo que significaba un rango de US\$ 103 a US\$ 110 millones de dólares anuales para cubrir las intervenciones propuestas<sup>28</sup>. Dicha proyección representaba un aumento de 200% en el presupuesto respecto del año 2008 (US\$ 51 millones). Los datos de las Mediciones del Gasto en Sida (MEGAS), del 2008 al 2012 nunca han reportado un gasto total en VIH de tal magnitud. Los datos preliminares del 2012 ubican el gasto total en VIH y sida en USD 53.2 M<sup>29</sup> con sólo 15% de aumento con relación al 2010. Dejando sin cumplir las proyecciones presupuestarias durante todo el período de vigencia del PEN 2011-2015.

En el 2012 el gasto total en VIH fue de Q 416.8 millones equivalentes a USD 53.2 millones, para un incremento del 15% sobre el año 2010. El financiamiento de fuentes públicas aportó el 51% del total, las fuentes privadas aportaron el 10% y las fuentes internacionales el 39%. Aunque en el 2012 se reporta un incremento en el gasto en VIH y sida de USD 7.1 millones, es importante notar que este incremento es *“el resultado combinado de una disminución de USD 1.5 millones en el sector público, el aumento en USD 1 millón en el sector privado y un fuerte incremento de USD 7.7 millones en fuentes internacionales”*

---

<sup>27</sup> Informe MEGAS Guatemala 2010.

<sup>28</sup> PEN Vol 1 Pgs. 69-78

<sup>29</sup> Documento: Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013. Conteniendo datos preliminares de la Medición del Gasto en VIH para Guatemala en le 2012. Aún no oficiales.

En Guatemala el financiamiento nacional se asigna mayormente a los componentes asistenciales y clínicos, los datos MEGAS para 2012<sup>30</sup> reportan que *“del gasto total de USD 53.2 M el 94.6% del gasto fue a: atención y tratamiento (43.7%), prevención (37.5%) y gestión (13.4%). Los aportes a atención y tratamiento del sector público fueron de (76%) y 43% para la prevención.* Siguiendo el patrón de los países de la región Centroamericana en donde predomina el financiamiento público y la mayor parte del gasto se dirige a la atención y el tratamiento, lo cual dificulta la inversión nacional de actividades de prevención, especialmente las dirigidas a en grupos vulnerables y poblaciones más expuestas al riesgo de adquirir el VIH, quedando este gasto dependiente del financiamiento externo<sup>32</sup>. En Guatemala, actividades esenciales de la respuesta al VIH corren un alto riesgo en el caso tener recortes en el financiamiento del Fondo Mundial y de otras fuentes internacionales<sup>31</sup>.

Las poblaciones en donde la epidemia se encuentra concentrada reciben las menores proporciones del gasto. Las proyecciones presupuestarias del PEN 2011-2016 para actividades de prevención proponían asignar porcentajes específicos del gasto total en VIH a la población vulnerable y de mayor riesgo. Según los datos preliminares de Megas 2012<sup>30</sup>, del gasto en prevención que alcanzó casi USD 20 M, únicamente el 2% se dedicó a prevención en personas con VIH (PV), el 5% en trabajadoras sexuales femeninas, un 0.5% en prevención en HSH y 5.5% en poblaciones más expuestas<sup>30</sup>. El PEN 2011-2016 proyectaba un 7.7% para HSH (para un gasto promedio de US\$ 7.9 M), para los HSH en el 2088 el gasto había sido casi nulo<sup>28</sup> y en el 2012 alcanzó únicamente 0.5%, denotando una marcada diferencia en la priorización propuesta en el PEN. Para la población de trabajadoras sexuales, el gasto promedio anual propuesto en el PEN 2011-2015 fue de US\$ 1.5 millones, en el 2012 se reportó una inversión de 5% de los casi USD 20 M del presupuesto para prevención. El resto del gasto en prevención se destinó un 26% a la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI); 21% a la provisión de condones masculinos; 14% en comunicación para el cambio de comportamiento; 9.2% para pruebas voluntarias con consejería; 6% para prevención y tratamiento de ITS y 6% para seguridad hematológica.

En países como Guatemala que cuentan con apoyo del Fondo Mundial, actividades prioritarias de la respuesta a la epidemia tales como prevención en poblaciones vulnerables, acciones dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres y población que ejerce el trabajo sexual y pruebas voluntarias con consejería, dependen altamente de recursos externos<sup>30</sup>. El estudio API anteriormente mencionado, hace notar que para el componente de recursos de programa, sólo *“uno de cada cuatro informantes consideraron que los recursos financieros se*

---

<sup>30</sup> Documento: Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013. Conteniendo datos preliminares de la Medición del Gasto en VIH para Guatemala en le 2012.

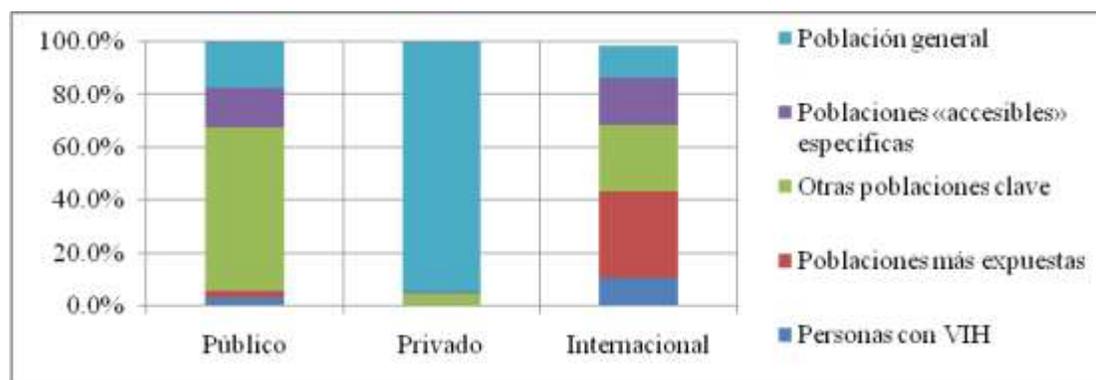
<sup>31</sup>Gráfica 9: Guatemala, 2010. Actividades esenciales de la respuesta al VIH por origen del financiamiento. Pg. 9. Estrategia de sostenibilidad Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana; 22 de Febrero de 2013. COMISCA.

asignan de acuerdo con las prioridades identificadas”, los datos de MEGAS 2010 y 2012 para Guatemala confirman este punto.

¡Error! Marcador no definido.

Gráfica No. 4

Guatemala 2012. Gasto por población beneficiaria según fuente de financiamiento



Fuente: Documento “Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013.docx” – datos preliminares no oficiales

En Guatemala una alta proporción del financiamiento externo proviene del Fondo Mundial. En el 2010 el gasto internacional representó el 28% del total del gasto del país y el Fondo Mundial como fuente multilateral aportó el 44% del gasto total internacional<sup>27</sup>, habiendo sido el aporte del Fondo Mundial un 12% del total de los fondos de financiamiento para VIH en el país<sup>32</sup>. Lamentablemente el Boletín MEGAS 2012 constituye únicamente un resumen de datos preliminares no oficiales, y el mismo no contiene la proporción de fondos provista por el FM para dicho año.

Queda claro que Guatemala es altamente vulnerable al descenso de recursos financieros externos, y como puede verse en la distribución del gasto en VIH provista por los estudios MEGAS, el gasto en poblaciones clave como porcentaje de las fuentes de financiamiento depende de fondos internacionales, situación calificada como crítica, debiendo el país “priorizar, de revisar el gasto para mejorar la eficiencia y de orientar el gasto hacia un modelo costo – efectivo, para garantizar el acceso a la atención integral”<sup>32</sup>.

<sup>32</sup>Estrategia de sostenibilidad Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana; 22 de Febrero de 2013. COMISCA.

**Tabla No 1**

**Guatemala, 2012. Gasto en poblaciones claves como porcentaje de la Fuente de Financiamiento. Cifras relativas.**

Tipo de Beneficiario	FS.01	FS.02	FS.03	Total
	Públicas	Privadas	Internacionales	general
Personas con VIH	66.06%	6.20%	31.74%	46.72%
Poblaciones más expuestas	0.74%	0.26%	13.21%	5.53%
Otras poblaciones clave	19.49%	3.81%	8.20%	13.53%
Poblaciones «accesibles» específicas	4.81%	0.50%	5.70%	4.72%
Población general	5.46%	85.80%	3.81%	12.93%
Intervenciones no dirigidas	3.44%	3.43%	36.80%	16.37%
Poblaciones objetivo específicas (s.c.o.)	0.00%	0.00%	0.53%	0.21%
	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Documento “Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013.docx” – datos preliminares no oficiales

**Citas del Documento “Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013.docx”** - datos preliminares no oficiales

*“El gasto en atención y tratamiento es determinado por el alcance de las normas de atención, la tasa de utilización de los servicios y el nivel de precios de los insumos empleados. En tal sentido, el gasto en atención es reactivo a la demanda existente”.*

*“Una parte del gasto en prevención también tiene los mismos determinantes: es la prevención que se realiza en los ambientes clínicos y que se dirige a personas con VIH, usuarios de clínicas de ITS, mujeres embarazadas en control prenatal y seguridad*

hematológica”.

“No existe un proceso de planificación que respondan a las demandas de acciones prevención las poblaciones más expuestas. La epidemia en Guatemala sigue concentrada en grupos claves, y el número de personas con VIH crece rápidamente, debido sobre todo a la alta prevalencia del VIH entre HSH y mujeres Trans.

“Cambiar el curso de la epidemia y llegar a cero, demanda de analistas, planificadores, administradores, facultativos y activistas y que su participación se concentre en la preparación de un programa de prevención más equilibrado y congruente con la evidencia epidemiológica sobre la prevalencia en grupos claves y los modos de transmisión”.

Como se puede observar en la tabla *Gasto en VIH según fuente de financiamiento y Categoría de Gasto* del 2012, la dependencia de recursos externos es importante en prácticamente todas las categorías de gasto, excepto el tratamiento, que se cubre mayormente con fondos públicos. Los fondos públicos cubrieron más del 75% de los antirretrovirales y otros fármacos, incluyendo reactivos, materiales y suministros, alimentos y nutrientes. El aporte externo en el gasto en condones fue de 18%” y la mayor parte del gasto en preservativos provino de fondos privados<sup>30</sup>.

Es relevante hacer notar que los gastos de gestión de programas tienen una dependencia importante de los recursos internacionales, más que de los nacionales. Las categorías de gasto para un entorno favorable e investigación, no registran financiamiento estatal, el sector externo cubrió el 100% de estas dos áreas. En ese año, las fuentes privadas aportaron el 62.9% de los fondos para atención de huérfanos y niñez vulnerable y el 63% para el desarrollo del recurso humano<sup>30</sup>.

**Tabla No. 2**

**Guatemala, 2012. Gasto en VIH según fuente de financiamiento y Categoría de Gasto.**

**Cifras en Miles de US Dólares\***

	ASC.01	ASC.02	ASC.03	ASC.04	ASC.05	ASC.06	ASC.07	ASC.08	
			Huérfanos y niños vulnerables	Gestión de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investi- gación	Total general
Tipo de Fuente	Prevención	Atención y tratamiento							
Gobierno	4,327,1	9,951,4	39,4	940,3	0.4	14,5	-	-	15,273,1
Seguridad social	4,248,1	7,704,2	-	-	-	-	-	-	11,952,3
<b>Públicas</b>	<b>8,575,2</b>	<b>17,655,6</b>	<b>39,4</b>	<b>940,3</b>	<b>0.4</b>	<b>14,5</b>	-	-	<b>27,225,4</b>
Fondos de	4,839,1	166,7	158,7	25,8	-	-	-	-	5,190,5

hogares									
Fuentes									
privadas s.c.o.	18,7	5,8	-	90,6	68,0	-	-	-	183,2
<b>Privadas</b>	<b>4,857,9</b>	<b>172,5</b>	<b>158,7</b>	<b>116,4</b>	<b>68,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5,373,6</b>
Bilaterales	1,107,2	-	-	2,053,4	-	183,7	690,0	548,6	4,582,9
Multilaterales	4,326,8	5,400,7	54,3	3,747,6	6,6	5,4	559,7	426,4	14,527,5
Organizaciones									
SFL	1,099,7	7,4	-	294,6	31,5	82,3	-	-	1,515,6
<b>Internacionales</b>	<b>6,533,7</b>	<b>5,408,2</b>	<b>54,3</b>	<b>6,095,6</b>	<b>38,1</b>	<b>271,3</b>	<b>1,249,7</b>	<b>975,0</b>	<b>20,626,0</b>
<b>Total general</b>	<b>19,966,8</b>	<b>23,236,4</b>	<b>252,4</b>	<b>7,152,3</b>	<b>106,5</b>	<b>285,8</b>	<b>1,249,7</b>	<b>975,0</b>	<b>53,225,0</b>

Fuente: Documento "Boletín GT MEGAS 2012 12NOV2013.docx" – datos preliminares no oficial

## HALLAZGOS SOBRE LOS CRITERIOS JANS RELACIONADOS A MONITOREO, EVALUACIÓN Y REVISIÓN:

### Coherencia de los mecanismos de revisión y evaluación y cómo se utilizan sus resultados

Los actores entrevistados reconocen avances en diversos sistemas de información y de recopilación de datos, incluyendo la instalación de los mismos para su uso en las unidades de atención integral. Las referencias encontradas refieren que en el tema de evaluación y retroalimentación de la respuesta, el área de investigación necesita fortalecimiento. En especial porque la misma se ejecuta sin fondos del gobierno y por entes ajenos al mismo.

Aunque se han realizado estudios de vigilancia de comportamientos en poblaciones clave no se percibe que el uso de la información de dichas investigaciones y evaluaciones disponibles haya sido utilizado aún para la adaptación o desarrollo de políticas, y definitivamente como el PEN no ha sido la guía de la respuesta, no se ha utilizado para realizar ajustes en la implementación. Las opiniones son favorables en relación a la mejoría sobre el reporte de número de casos, el sistema de vigilancia epidemiológica y las estimaciones de la prevalencia.

En cuanto a foros o mecanismos de revisión de la información disponible sobre la respuesta nacional, hay algunos que se califican como inoperantes. Se percibe al CNE como productor de reportes pero no como un foro de análisis crítico. Mismo que ha cesado de convocar a reuniones periódicas a actores clave.

En el año 2012 fue nombrado por acuerdo Ministerial el Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación de las ITS, VIH y Sida, en la consulta nacional se dijo que: este comité asumió su rol de análisis y vigilancia de indicadores, adicionalmente se elaboró el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del VIH en donde se identifican las fuente de los datos, los métodos

de recolección y los flujos de información. Desde su formación las reuniones no son sistemáticas.

## RESUMEN DE LOS HALLAZGOS

1. Sobre el proceso evaluativo del PEN 2011-2015: más que construir sobre procesos propios del país, el desarrollo de la evaluación del PEN 2011-2015 estuvo fuertemente ligado al sentido de urgencia definido por el cronograma de desarrollo de la Nota Conceptual de VIH para el Fondo Mundial, momento que coincide con el último año de vigencia del PEN (2015). En la segunda etapa se involucró totalmente el PNS y CONASIDA.
2. El procesode desarrollo del PEN 2011-2015 fue participativo, con predominancia de actores del tema VIH y sida. La divulgación del PEN 2011-2015 fue pobre, existiendo un desconocimiento importante del mismo dentro de actores clave para la respuesta nacional.
3. En cuanto al análisis de situación contenido en PEN 2011-2015: Los diversos volúmenes del PEN contienen un rango amplio de información y mapeo de datos, contando con abundante información recabada. Se echa de menos un análisis multidimensional, así como una crítica profunda de las implicaciones de los hallazgos para las decisiones estratégicas. La información y evidencia recabadas no se manejan como inteligencia nacional sanitaria o político-estratégica, para respaldar lo propuesto en el plan.
4. En relación al marco de resultados del PEN 2011-2015: Una carencia importante en el PEN 2011-2015 es la falta de una teoría de cambio explícita, el “cómo” se proponía conducir la transición de la situación encontrada hacia la situación proyectada al final del quinquenio. Este vacío es crítico dado que afecta el valor estratégico del mismo. Desde un punto de planificación basada en resultados, en varios casos no es evidente ni se hace explícito cómo ciertos cambios sustantivos proyectados serían producidos con los resultados y/o intervenciones propuestas.
5. El PEN 2011-2015 no ha sido utilizado por actores clave como el marco nacional de referencia para la respuesta nacional ante la epidemia, circunscribiéndose su uso al de referencia formal inducida principalmente por los mandatos institucionales. La existencia del PEN 2011-2015 no se tradujo en compromisos multisectoriales ni en apoyo político, tampoco en una respuesta coordinada.
6. En la práctica la respuesta nacional no es guiada por el PEN 2011-2015, la falta de socialización del PEN se manifiesta al existir acciones desagregadas, descoordinadas entre los diversos sectores y actores. Las diversas acciones críticas de respuesta a la epidemia se implementan de forma desvinculada al PEN. Una cantidad importante de intervenciones nacionales se guían por los términos de las Subvenciones del Fondo Mundial más que por el propio Plan Estratégico Nacional.

7. Hay una ausencia de rectoría por parte del gobierno para coordinar una respuesta nacional, multisectorial ante la epidemia. No se percibe voluntad política para impulsar dicha respuesta, ni un ente rector efectivo que facilite una implementación articulada de las acciones críticas para el control de la epidemia.
8. El liderazgo de las autoridades de salud en la respuesta ante la epidemia de VIH y sida se considera inexistente, tanto a nivel de altas autoridades como a nivel técnico-normativo. El Programa Nacional de Lucha contra ITS, VIH y Sida no ha provisto la dirección esperada y necesaria. La coexistencia dentro del MSPAS de tres entes - PNS-CONASIDA-Subvención del Fondo Mundial - bajo una misma dirección, ha presentado retos de gestión y de coordinación efectiva y armónica.
9. Existe una brecha crítica en la coordinación multisectorial, inter-programática e inter-ministerial para la implementación de la respuesta a la epidemia. No hay procesos multisectoriales de seguimiento, coordinación y retroalimentación. La CONASIDA está debilitada, sin poder ejercer el papel para el que fue concebida. Situación asociada a la sucesión de cambios políticos de alto nivel, que implicaron el descenso de la CONASIDA en la estructura organizacional del MSPAS, aunado a cambios de contrapartes en agencias de cooperación que incidieron negativamente en el posicionamiento de la CONASIDA ante los altos niveles de gobierno, y a la incapacidad entre el PNS y la CONASIDA para consensuar los ámbitos de competencia, trabajo y responsabilidad de cada ente.
10. No existen planes multisectoriales ni anuales que guíen la implementación nacional armonizada de la respuesta ante el VIH y sida, lo cual también incidió negativamente para que el PEN 2011-2015 se mantuviera vigente como referente nacional.
11. En cuanto al próximo proceso de planificación estratégica (PEN 2016-2020), el marco de tiempo para el desarrollo de un nuevo plan estratégico nacional está siendo determinado primordialmente por el cronograma para la entrega de la próxima Nota Conceptual de VIH para el Fondo Mundial. El año 2015 no se considera el mejor momento para realizar cualquier proceso de planificación estratégico nacional dado el contexto convulso de un año electoral y el cambio de administración de enero del 2015, que histórica y sistemáticamente dejará fuera del panorama político y de puestos de influencia y decisión a la una buena parte de los actores con los que se desarrolle el proceso de planificación en el 2015. Lo cual afectará directa y negativamente la viabilidad política de un nuevo PEN desarrollado y oficializado en el presente año.
12. En cuanto a la capacidad de influencia de los actores en el escenario de la respuesta a la epidemia, se reconoce la mayor capacidad para influenciar la respuesta nacional ante el VIH y sida reside en los actores de gobierno, capacidad que es latente o sea que no se ejerce el poder de influenciar, dada la falta de voluntad política dentro de

un contexto inestable, de cambios de autoridades y personal clave, en donde las autoridades responsables no ejercen su papel rector ni el de liderazgo.

En cuanto a la capacidad de influencia de las agencias y proyectos de cooperación, se percibe a estos actores como los que ejercen una influencia de mayor magnitud en el escenario nacional de respuesta al VIH y sida, reconociéndose su aporte y acompañamiento, a la vez que su apego primordial a su propio mandato institucional. En cuanto a la capacidad de influencia de actores de la sociedad civil, se reconocen los éxitos de incidencia en política pública de períodos anteriores, estando latente esa capacidad de influencia dado que la abogacía y el activismo han mermado, en especial desde que muchos activistas pasaron a ser empleados de organizaciones con fondos de la cooperación externa.

13. En cuanto a la existencia de relaciones antagónicas entre los actores clave de la respuesta nacional, mismas que son consideradas contraproducentes para una respuesta coordinada y efectiva, se describen relaciones antagónicas entre organizaciones de sociedad civil; entre grupos la diversidad sexual y dentro de miembros de una misma población clave citándose con especialidad a los grupos de mujeres Trans; relaciones antagónicas entre ONGs que reciben fondos del Fondo Mundial y las que no los reciben; entre el MSPAS y organizaciones de sociedad civil y entre el PNS y organizaciones o grupos de poblaciones en mayor riesgo, asociadas a actitudes y expresiones de irrespeto y menosprecio hacia personas de la diversidad sexual dado por parte del Director del PNS.
14. La falta de financiamiento para organizaciones que trabajan con poblaciones clave y personas afectadas por el VIH, aunado a dependencia del trabajo voluntario de sus miembros y la percepción de que se favorece a organizaciones más grandes con el financiamiento, aumenta las tensiones dentro de estos grupos/organizaciones, impactando negativamente en la coordinación de la respuesta.
15. Existe intolerancia hacia la diversidad sexual y sus miembros sufren discriminación de parte del personal de salud. El trato a miembros de la diversidad sexual tampoco es equitativo, de calidez o calidad en servicios de salud que no están específicamente dedicados a tratar con VIH y sida.
16. Otras brechas identificadas PEN 2011-2015 en relación a las poblaciones en más alto riesgo (PEMAR), aunque el plan proponía apoyo y trabajo con las mismas y proyectaba incrementos en la asignación presupuestaria para el efecto, en la realidad no ha habido voluntad política para trabajar con las poblaciones clave, donde la epidemia se encuentra concentrada. No habiéndose creado condiciones que las organizaciones que trabajan con estas poblaciones realicen actividades efectivas incluyendo las de vigilancia de derechos humanos y abogacía
17. Las proyecciones presupuestarias del PEN 2011-2015 no fueron satisfechas, habiendo

proyectado un promedio anual entre US\$103 y US\$110 millones para cubrir las intervenciones propuestas<sup>33</sup>, o sea un aumento de 200% en relación al gasto total del año 2008 (US\$ 51 millones). Los datos de las Mediciones del Gasto en sida (MEGAS) entre el 2008 al 2012 nunca han reportado un gasto total en VIH y sida, de tal magnitud. Datos preliminares de MEGAS 2012, ubican el gasto total en USD 53.2 millones<sup>34</sup> con sólo 15% de aumento con relación al 2010.

18. La dependencia de recursos externos es importante en prácticamente todas las categorías de gasto, excepto el tratamiento, que se cubre mayormente con fondos públicos<sup>34</sup>. Los fondos públicos cubrieron en el 2012 más del 75% de los antirretrovirales y otros fármacos<sup>35</sup>. El financiamiento nacional se asigna mayormente a los componentes asistenciales y clínicos, lo cual dificulta la inversión nacional de actividades de prevención, especialmente las dirigidas a poblaciones más expuestas al riesgo de adquirir el VIH, quedando este gasto dependiente del financiamiento externo<sup>35,34</sup>
19. Actividades esenciales de la respuesta al VIH dependen altamente de recursos externos y corren un riesgos importantes en el caso tener recortes en el financiamiento del Fondo Mundial y de otras fuentes internacionales<sup>36</sup>. Las poblaciones en donde la epidemia se encuentra concentrada reciben las menores proporciones del gasto total en VIH y sida. Los gastos de gestión de programas tienen una dependencia importante de los recursos internacionales, más que de los nacionales<sup>35,34</sup>
20. Los esfuerzos de creación de capacidades con diversas actividades de capacitación no son sostenibles dado el contexto político, financiero e institucional de alta rotación e inestabilidad laboral.

---

<sup>33</sup> PEN Vol. 1 Págs. 69-78

<sup>34</sup> Documento: Boletín GT MEGAS 2012 del 12 Nov. 2013. Conteniendo datos preliminares de la Medición del Gasto en VIH para Guatemala en el 2012, aún no oficiales.

<sup>35</sup> Estrategia de sostenibilidad Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana; 22 de Febrero de 2013. COMISCA

<sup>36</sup> Gráfica 9: Guatemala, 2010. Actividades esenciales de la respuesta al VIH por origen del financiamiento. Pg. 9. Estrategia de sostenibilidad Para acelerar el avance hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento y el Apoyo relacionados con el VIH para la población de Centroamérica y República Dominicana; 22 de Febrero de 2013. COMISCA.

## RECOMENDACIONES PARA EL PRÓXIMO PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL

1. EL gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública deben afrontar de manera urgente el vacío de liderazgo y tomar las medidas necesarias para retomar la rectoría nacional sobre la respuesta nacional ante el VIH y sida.
2. Se recomienda que la dirección del proceso de desarrollo del próximo PEN no recaiga únicamente en el nivel técnico-normativo, ni se limite al ámbito de salud. Es crítico para la viabilidad, tanto política como financiera de próximo PEN, que la conducción del proceso la realicen autoridades de gobierno que posean poder real y que lo ejerzan multisectorialmente. Por tanto se recomienda elevar a otras instancias de gobierno del más alto nivel la conducción política el proceso de planificación para el quinquenio 2016-2020. Iniciar el diálogo de país en el año 2015.
3. Se recomienda a las autoridades nacionales y a los actores clave de la respuesta al VIH y sida, no ligar el desarrollo total y la culminación de un nuevo PEN a las fechas límite de entrega de la Nota Conceptual de VIH al Fondo Mundial. Entendiendo que, aunque uno de los requisitos del Fondo Mundial para presentar Notas Conceptuales es la existencia de un PEN, para el caso de Guatemala esto no significa necesariamente que deba finalizarse un nuevo plan en este año calendario. Se recomienda aprovechar la visita programada del Fondo Mundial en febrero 2015 para clarificar requerimientos mínimos, negociar y acordar con el FM un punto intermedio.
4. Se recomienda que se replantee el proceso de planificación proyectado para el nuevo PEN. Dado que la historia y cultura política del país demuestran que los planes que se producen por una administración y en un año electoral (2015) no tendrán viabilidad política ni financiera en el siguiente gobierno (2016). Se propone variar el proceso de planificación, iniciándolo a la brevedad, pero extendiendo la duración de tal forma que el producto final (PEN 2016 – 2020) sea avalado por las autoridades que tomen posesión en enero del 2016. Para lo cual dicho proceso puede considerar:
  - a. Que se definan, prioricen y produzcan sub-productos (insumos estratégicos) que sean críticos tanto para el nuevo PEN como para respaldar fuertemente la Nota Conceptual para el Fondo Mundial.
  - b. Que se diseñe e implemente un proceso de planificación con diálogo multisectorial alrededor de los enfoques, estrategias y elementos críticos del nuevo PEN, incorporando oportunamente a los partidos políticos dentro del mismo (asesores/equipos de salud)

- c. Que el proceso se diseñe y dirija de manera tal, que antes de las elecciones, se llegue a acuerdos formales entre todos los sectores y actores, incluyendo partidos políticos, sobre los enfoques, estrategias y elementos críticos del nuevo PEN.
  - d. Que el proceso incluya mecanismos de abogacía para que las nuevas autoridades adopten y avalen los enfoques, estrategias y elementos críticos del nuevo PEN construidos con su propia participación y respaldados por los acuerdos formales logrados desde antes
- 5. Se sugiere desarrollar el proceso con metodologías aplicadas exitosamente en Guatemala para alcanzar consensos sobre políticas públicas en contextos de alta polarización y en donde los mecanismos de intermediación institucionales/legales no funcionan para lograr acuerdos sostenibles sobre los cursos de acción en el ámbito de lo público, caso típico de Guatemala.
- 6. El próximo PEN debe incorporar los objetivos y estrategias de sostenibilidad adaptando las recomendaciones de la estrategia regional respectiva<sup>35</sup>. Dentro del futuro PEN y su plan de sostenibilidad incluir estrategias que: (a) incrementen la asignación presupuestaria desde el Estado; (b) continúen la tendencia al aumento de la financiación pública de los productos medicamentos ARV; (b) reduzcan la dependencia de fondos externos para el desarrollo de acciones de prevención para poblaciones clave y para la gestión, entre otros.
- 7. El próximo PEN debe utilizar lo que se sabe actualmente, la evidencia, para fundamentar una teoría de cambio coherente detrás del próximo marco nacional para la respuesta ante la epidemia, convirtiendo la evidencia actual en información para la acción, en “inteligencia” para uso nacional e intersectorial. El próximo PEN debe ser menos prolífico en el número de resultados y dicho marco de resultados cuente con relaciones causales fuertes y evidentes.
- 8. En la implementación del nuevo PEN se deberá desarrollar una estrategia de socialización amplia que cubra de forma multisectorial y de forma permanente a fin de que sea conocido como guía de la respuesta nacional por todos los actores responsables de la misma.
- 9. Para el próximo período de implementación el PEN debe desarrollar, coordinar y monitorear planes multisectoriales, con metas anuales y presupuestos.
- 10. El próximo PEN deber actualizar y enfocar las acciones programáticas en poblaciones clave, incluir un mapeo de servicios y acciones de prevención para estas poblaciones a los niveles más bajos de desagregación posible, incluir estrategias de sensibilización a la población general sobre los derechos humanos de estas poblaciones y hacer énfasis especial en el cambio de comportamiento en los proveedores de servicios de

salud.

11. Los retos internos de gestión y coordinación del PNS y la CONASIDA deben ser abordados de manera inmediata desde niveles políticos altos del MSPAS, asegurando el ejercicio eficiente de las labores del PNS y la CONASIDA, clarificando los ámbitos de competencia, trabajo y responsabilidad de los mismos.
12. Se recomienda revisar los factores que han debilitado las funciones esperadas de la CONASIDA y tomar las medidas pertinentes para que ejerza de forma efectiva y eficiente la coordinación intersectorial de la respuesta nacional ante el VIH y sida.
13. A lo interno del MSPAS se debe fomentar la mayor brevedad y de forma continua el trabajo colaborativo entre el PNS y otros programas, unidades, direcciones etc. evitando la verticalización y las actividades descoordinadas a lo interno del Ministerio, lo cual afecta negativamente la atención integral sumando a la fragmentación del funcionamiento del MSPAS<sup>37</sup> en general y del trabajo del PNS en especial.
14. El Estado de Guatemala y quienes lideran la respuesta nacional ante la epidemia deben actuar de forma decidida y concreta para acelerar una mejora sustantiva del entorno en el tema de estigma y discriminación hacia quienes tienen la infección o se presume que la pueden tener y las personas de la diversidad sexual, afianzando el ambiente político y programático respectivo y considerar el reconocimiento de la identidad de género para mujeres transgénero como tema relevante.
15. El Ministerio de Salud debe tomar a la mayor brevedad las medidas necesarias para erradicar el estigma y la discriminación del propio personal de salud hacia las personas de la diversidad sexual, hacia las personas que viven con VIH y en general para las poblaciones en riesgo.
16. Las ONGs trabajando en el tema de VIH y sida y los grupos de las poblaciones clave y afectadas por el VIH deben dejar los antagonismos, aprender a articularse y trabajar de forma coordinada para lograr los objetivos comunes.
17. Los desafíos históricos y estructurales asociados a la gobernanza y a la rectoría en salud en este país, deben ser considerados seriamente durante la nueva planificación y en la implementación de las estrategias de control de la epidemia de VIH, tanto dentro como fuera del sector salud. Los argumentos para posicionar y sostener el apoyo político a la respuesta nacional a la epidemia deben revisarse. Al parecer, se esperaba mantener el nivel de apoyo político del inicio de la epidemia, siguiendo las mismas estrategias de posicionamiento y negociación con los actores políticos de alto nivel. Faltan entonces estrategias bien diseñadas e implementadas, de abogacía

---

<sup>37</sup> Estudio de Análisis de Políticas en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo; 2001, Guatemala Iniciativa SM2015 <http://www.iadb.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/guatemala.8783.html>

política hacia las autoridades guatemaltecas para sostener el apoyo a través de los cambios de gobierno.

## ANEXOS

### Anexo I: Detalle de entrevistas a actores clave

Los resultados de las entrevistas deben ser considerados como percepciones cualitativas, ya que se basan en opiniones de los actores entrevistados. Las conclusiones y recomendaciones derivadas las mismas se basan dichas opiniones y perspectivas.

#### Numero de entrevistas por sector al que pertenece el actor clave

No. de entrevistados(as) y sector al que pertenecen	No.
Sector Público	3
Agencias/Proyectos de Cooperación	7
Sociedad Civil	7
Otros	1
Total	18

Conocimiento del PEN 2011-2015: De las 18 personas entrevistadas, 12 refirieron tener algún conocimiento del PEN. De las 6 personas que indicaron no conocerlo, cinco pertenecen a sociedad civil y una a agencias/proyectos de cooperación. El personal de agencias/proyectos de cooperación indicó que por mandato institucional los planes estratégicos nacionales son su referente. En el caso de sociedad civil, solamente una institución lo usa dadas las peculiaridades de su Misión institucional.

Todos los entrevistados(as) opinan en que en general son muy pocas las personas y/o instituciones que conocen y por ende utilizan el PEN 2011-2015. Estas percepciones fueron corroboradas por experiencia documentada de una de las agencias de cooperación, la cual durante un proceso de capacitaciones desarrollado en las 29 Direcciones de Área de Salud (DAS), a final del 2013 y primer semestre del 2014, constataron *“el desconocimiento generalizado del PEN 2011-2015”*. Indicando que *“ni los coordinadores de VIH, ni los coordinadores de salud reproductiva lo conocían”*, por lo que procedieron a adecuar el pensum de las capacitaciones agregando información sobre el PEN 2011-2015.

Todos los entrevistados(as) coinciden en que las causas principales del desconocimiento generalizado y falta de utilización del PEN 2011-2015 (en orden de frecuencia) son:

- a. la pobre divulgación, más allá del lanzamiento oficial;
- b. la ausencia de “liderazgo y rectoría” de las autoridades nacionales que ha *“dejado a iniciativa de las instituciones el basarse en el PEN, sin un ente que oriente e inste a trabajar bajo la sombrilla nacional”*;
- c. la falta de planes operativos intersectoriales y anuales, que *“fueron un vacío importante para que el PEN sirviera como guía de implementación de la respuesta nacional”*;
- d. el lenguaje del PEN 2011-2015, que calificó como muy técnico- *“se nos fue muy alto”* - haciéndolo de difícil comprensión para ciertas audiencias.

Proceso de desarrollo del PEN 2011-2015: Seis de las personas entrevistadas (una tercera parte) habían participado en mayor o menor grado en el proceso de elaboración del PEN 2011-2015. En general calificaron al proceso como participativo, más no multisectorial, con una participación *“muy cerrada al círculo de VIH”*, y *“más una participación para conocer que una participación para construir en conjunto”*. Con un mayor número de actores de la capital, que del interior del país. Del proceso se dijo que metodológica y técnicamente fue adecuado y del análisis que fue *“amplio más no necesariamente crítico”*, con bastante información recopilada, aunque no toda califica en realidad como “evidencia”. Se describieron diversas tensiones durante el proceso que se asociaron a disensos entre organizaciones de sociedad civil, protagonismo entre instancias nacionales (CONASIDA y PNS) y agendas particulares.

A la pregunta *¿Qué se necesita para que éste u otro PEN sea utilizado como referente/marco nacional?*, las respuestas más frecuentes fueron:

Sobre el proceso de planificación:

- a. Elevar el nivel de dirección del proceso de planificación a otras instancias del Estado. Incluyendo a la SEGEPLAN dentro del liderazgo de la planificación dado el mandato de esta entidad en el área de planificación sectorial, su capacidad institucional en el tema y una mayor posibilidad de seguimiento a la implementación intersectorial del PEN.

- b. Realizar un proceso de planificación “verdaderamente” participativo y multisectorial.
- c. No realizar un proceso de planificación sólo con expertos de VIH, sino con participación multidisciplinaria.
- d. El próximo PEN debe considerar desde su concepción los Planes Operativos Anuales para los 5 años de vigencia.
- e. Así mismo el nuevo PEN debe “dosificar” (proyectar) las metas anuales, así como los requerimientos de fondos para la implementación.
- f. El próximo PEN debe ser más amigable, más claro para las audiencias, más práctico, escrito en un lenguaje más “popular”.

Sobre el seguimiento:

- g. Cada año debe convocarse a todos los sectores/actores de la respuesta para contar con un solo POA articulado, en el que los distintos sectores y actores definan los resultados a los que contribuirán, debiendo definirse mecanismos de redición de cuentas sobre los compromisos adquiridos.
- h. El nuevo PEN debe utilizarse rutinariamente como una herramienta de trabajo por los entes rectores, y estos mismos entes deberán promover que se utilice como marco de referencia por todos los sectores/actores.
- i. Es necesario proyectar las necesidades de financiamiento reales, para el logro de las metas proyectadas, pero también se debe “aterrizar” de manera realista en lo que se puede hacer con el financiamiento que resulte disponible cada año.

Retos para el nuevo período de planificación e implementación: se mencionaron con mayor frecuencia los siguientes.

- a. El VIH no es una prioridad política a alto nivel, ni del gobierno, ni del Ministerio de Salud.
- b. La rectoría del Estado para una respuesta multisectorial ante la epidemia está ausente.
- c. Los planes operativos requieren de voluntad política y de financiamiento.
- d. La brecha fiscal no permite responder a las proyecciones de fondos. Si no mejora la recaudación fiscal la situación de financiamiento estatal puede empeorar o entrar en crisis.
- e. Aumentar la cobertura de tratamiento ARV y a la vez disminuir significativamente las nuevas infecciones.

- f. Capacidad de absorción del recurso humano de la Subvención de VIH del Fondo Mundial por parte del Ministerio de Salud.

Limitaciones y brechas durante la implementación: las personas entrevistadas señalaron las siguientes con mayor frecuencia:

- a. En la práctica, la implementación de la respuesta nacional no responde – o sea que no es guiada - por el PEN 2011-2015. Lo que hay son acciones desagregadas, descoordinadas y sin un proceso de retroalimentación.
- b. No hay un ente rector efectivo que facilite la implementación articulada de la respuesta nacional al VIH. Llámese ente de coordinación multisectorial, unidad de gestión del PEN o CONASIDA, *“no importa el nombre”* éste vacío debe resolverse.
- c. El PNS como ente nacional responsable no ejerce la rectoría, no lidera, no tiene fondos, y pareciera responder a los requerimientos de los donantes más que a lo proyectado en el PEN. *“El PNS hace todo su esfuerzo pero no tiene la autoridad, tiene que preguntar al Ministro si puede hacer las cosas. No se tiene la capacidad de ejecutar, no hay presupuesto, ni equipo, se queda en la ejecución de proyectos”*
- d. La CONASIDA está muy debilitada, no es independiente, por ende no puede ejercer el papel para el cual fue concebida. Los actores hacen una diferencia de un “primer período” dentro de este quinquenio, cuando la CONASIDA funcionaba como ente de coordinación y convocatoria y mencionan un “segundo período” cuando *“vino el declive de la CONASIDA y un gran divorcio de entre le Programa y la CONASIDA”*. Este “declive” lo asocian los entrevistados(as) a tres elementos, primero a una sucesión de cambios políticos de alto nivel, que implicaron un descenso de la CONASIDA dentro de la estructura organizacional (de Despacho Ministerial, Vice-Ministerial a nivel Programático), segundo a los diversos cambios de contrapartes en agencias de cooperación, lo que según las opiniones recabadas, incidió negativamente en el posicionamiento de la CONASIDA a alto niveles de decisión del gobierno y tercero, a la falta de acuerdos entre el PNS y la CONASIDA de los ámbitos de competencia/trabajo/responsabilidad de cada uno.
- e. Ausencia de planes operativos multisectoriales, integrados y anuales que guíen las acciones coordinadas.
- f. Pérdida de recursos humanos capacitados, por alta rotación, falta de pago de salarios, diferentes niveles de salarios en otras organizaciones, limitación de recursos.
- g. En el PEN no están *“dosificadas”* las metas por año, lo que hace difícil la

operativización y el seguimiento.

- h. El ente de seguimiento, monitoreo y evaluación es inoperante.
- i. El reconocimiento de la identidad de género para mujeres transgénero fue mencionado como un tema relevante.
- j. los cambios en el contexto cambian autoridades de nivel alto, cambia mucho personal y la falta de incentivos – más bien los amplios desincentivos como la falta de pago de salarios por varios meses - y en general la permanente inestabilidad laboral.

Al preguntar si, el PEN 2011-2015 ha servido de guía para priorizar y/o llegar a las poblaciones adecuadas, las respuestas obtenidas indican que no, porque: no se ha utilizado como marco de referencia nacional; no incluye estrategias efectivas para ciertas poblaciones (mujeres Trans); porque que la respuesta en la prevención de la transmisión de ITS y VIH ha sido *“prácticamente exclusiva a la fuerza de las ONGs”* y por la usencia de programas de prevención primaria por parte del sector gubernamental.

Las opiniones sobre las intervenciones que funcionan y el por qué, mencionan: (a) Ha mejorado el abastecimiento de ARVs o que *(aparentemente)* no ha habido desabastecimiento, aunque ha habido fraccionamiento del tratamiento, dado que (por ejemplo), *“se da para 15 días en vez de para 3 meses, ¿Y si la persona viene de localidades lejanas, y si son 2 miembros de la familia con diferente cita? Esto impacta negativamente la adherencia;* (b) Se considera que – en promedio – varias de las Unidades de Atención Integral (UAIs) funcionan bien; y (c) que la población activista de personas viviendo con VIH ha hecho en el quinquenio un buen trabajo en cabildeo para sobre los derechos al acceso al tratamiento.

Opiniones sobre las intervenciones no han funcionado, por qué y cómo se puede mejorar: (a) los programas de prevención primaria dirigidos por el Ministerio de Salud Pública y otros Ministerios no han funcionado, adicionalmente no hubo planes de implementación realísticos y factibles, además de un débil presupuesto global y en salud. (b) en el eje de Entorno es muy débil el avance, la discriminación y el estigma continúan, en la sociedad en general, en los mismos servicios de salud, dentro de la policía, se mencionaron ejemplos: *“no sólo no hay trabajo, sino el poco que hay, no nos lo dan por nuestra identidad de género”, “yo era enfermero en el IGSS cuando decidí desarrollar mi identidad... me llegó mi carta, que ya no había más contrato para mí”, “una entra al centro de salud y empiezan - allí te vienen a busca vos - dicen, desde el conserje, y las grandes risotadas”; “las Trans somos la cara visible de la diversidad sexual, por nuestra apariencia”, “los mismos policías las violan (a las TCS)”. En este punto, una alta proporción de los entrevistados(as)*

comentaron que se han dado por parte del Director del PNS, actitudes y expresiones públicas de irrespeto y menosprecio a las personas de la diversidad sexual, calificadas por algunos(as) como *“Trans-fóbicas, homofóbicas, misóginas”*; (c) En la práctica la atención integral a las personas positivas no existe; (d) No ha habido incidencia política de alto nivel en el tema de VIH; (e) en general no se tocan temas álgidos, no se habla abiertamente de la bisexualidad, ni del tema Trans, *“la bisexualidad (masculina) en Guatemala es una realidad y no se habla de ello”*, *“No se habla del tema (Trans) de una forma realista”* (f) no se tiene un mapeo real de las organizaciones, instancias, proyectos que aportan a la respuesta de VIH en el país, y falta verificar la existencia real de las organizaciones y grupos.

En cuanto a las disposiciones para la implementación y gestión del PEN 2011-2015 las opiniones de los actores en orden de frecuencia son:

- a. Hay un vacío de liderazgo y rectoría por parte de las autoridades nacionales en general, del MSPAS de forma específica y se resaltó sistemáticamente la falta de dirección por parte del PNS.
- b. Una CONASIDA debilitada no pudo ejercer el papel para el que fue creada.
- c. Relaciones complicadas entre el MSPAS, el PNS y sociedad civil, en especial las poblaciones de mayor riesgo no favorecieron la coordinación de la respuesta ante la epidemia.
- d. Los antagonismos entre las organizaciones de sociedad civil, tampoco favorecen el trabajo conjunto. El ejemplo que pareció recurrentemente fue el de las organizaciones de mujeres Trans, de quien se opina no se articulan, están divididas dentro de ellas mismas y que deben aprender a trabajar en conjunto para lograr sus objetivos como población.
- e. En el caso de las agencias y proyectos de cooperación, la opinión generalizada es que ellas *“son las que de verdad ejercen influencia”*, específicamente con el MSPAS en varios asuntos relacionados a la respuesta al VIH, y que *“se hace lo que ellas quieren, aunque no esté en el PEN o no sea una prioridad para la respuesta a la epidemia”*
- f. *En cuanto a la sociedad civil. “Se ha dormido el activismo, no hay reacciones o las mismas son consensuadas con el cooperante, no con la realidad del país”.*

Ante la pregunta sobre los factores del contexto que pudieron afectar los arreglos gestión, implementación, coordinación y seguimiento (entre otros) del PEN? Las respuestas fueron:

- a. EL VIH no está en las prioridades programáticas del Ministerio de Salud y tampoco en prioridades de gobierno, lo están: Hambre Cero, la Ventana de los Mil Días, las vacunas.
- b. Múltiples cambios en las autoridades de alto nivel: dos gobiernos, cuatro ministros, cuatro jefes de programa con sus propias peculiaridades, muchos cambios a niveles intermedios; *“Desagregación a más alto nivel”*. El adaptarse a las nuevas autoridades ha sido un reto constante para los actores; además las nuevas autoridades no conocen el PEN o lo conocen superficialmente y *“Para avanzar ha sido requisito tener una vinculación con el Ministro, la vinculación con la autoridad superior ha sido importantísima”*.
- c. Es generalizada la percepción de parálisis en las decisiones y acciones por parte del PNS, dado que *“continuamente se rumoran cambios del Director del Programa pero no se concretan, esta incertidumbre paraliza las decisiones y las acciones”*. Al Director del Programa se le visualiza como *“alguien vino al programa como amigo de un Ministro, con el cambio de Ministro la relación con el despacho se volvió casi nula”, “ni se va, ni lo sacan, entretanto no se hace nada”*.
- d. El constante cambio de personal de niveles intermedios en el Ministerio, resulta en personal menos capacitado para dirección e implementación. Muchos cambios y muchos ofrecimientos políticos, llevan a personas a donde no deben estar. Se ha desperdiciado mano de obra calificada, que ahora no está o que está en otras áreas sin influencia en VIH.
- e. La falta de un presupuesto suficiente para el Ministerio de Salud y en general la situación económica del país, la insolvencia, la brecha fiscal, la falta de pago de salarios.
- f. Bloqueos en procesos administrativos, tiempos más prolongados de lo usual para solicitudes o trámites, lo que retrasa implementación y ejecución, *“en ese juego se ha estado”*.
- g. Innumerables convocatorias a personal del MSPAS ante el Congreso de la República para responder a *“señalamientos”*, mismos que podrían haberse ventilado por otras vías, dado que no se utilizan los mecanismos existentes. Desgastando y obligando a invertir gran cantidad de tiempo en estos procesos.
- h. Los cambios en directores de agencias internacionales y en contrapartes dentro de agencias de cooperación ha afectado el trabajo coordinado, en especial con sociedad civil

- i. Cambian radicalmente las prioridades de inversión, de acción y las prioridades políticas emergencias o desastres naturales (Terremoto de San Marcos).
- j. El vencimiento de patentes y la posibilidad de comprar genéricos, así como la estrategia 2.0 podrían ser contribuciones positivas para que no haya desabastecimiento.

Relaciones predominantes entre los actores clave y la capacidad de influencia de los mismos: las respuestas fueron:

- Sobre organizaciones de sociedad civil se dice que hay asperezas dentro del MSPAS y las ONGs y eso afecta la implementación; Además de que hay diferencias entre las ONGs que reciben fondos del Fondo Mundial y las que no lo hacen. De las primeras se dice que *“priorizan los requerimientos del FM, no la necesidad nacional”*.
- Sobre las agencias y proyectos de cooperación internacional se dice que: procuran apegarse a la necesidad nacional, pero dan prioridad a sus mandatos institucionales y éstos no necesariamente son coherentes con las prioridades del país *“por eso se resultan haciendo cosas que no son las más prioritarias”*; que los actores de verdadera influencia en VIH en Guatemala son las agencias de cooperación tanto bilaterales como multilaterales, *“son la marimba, ellos tocan y allá va todo el mundo”*; *“aquí se sigue lo que se acordó en la Subvención (del Fondo Mundial), ese es el verdadero PEN, la Subvención...todo se hace y se mide como dice la subvención”*; así mismo se dice que *“las condicionantes (de los cooperantes) no necesariamente se ajustan a las necesidades del país ni a las de las organizaciones, uno se acomoda a los requerimientos de los donantes”*; *“las mismas agencias tienen sus agendas y deben cumplir con ellas”, pero “la misma cooperación divide porque no incluye a todos los grupos, sólo a los grandes”*;
- Se dice que la capacidad de ejercer una mayor influencia reside en *el gobierno pero no está haciendo su papel, “juega un papel importante porque ellos toman las decisiones mayores, pero no permiten que los asuntos avancen si no les parecen”* y el cambiante contexto político y los intereses individuales no ayudan.
- Del MCP se dice que tiene un papel importante porque construye las propuestas al FM y monitorea la ejecución de los fondos, que debe coordinar con otras instancias, y que hay espacios que no están siendo utilizados adecuadamente por el MCP. Existe un consenso en relación a que la gobernanza de este mecanismo se vio afectada tras el cambio que exigió el FM, dado que *“antes participaba quien fuera”, pero ahora la participación por sectores ha disminuido. Adicionalmente la*

representatividad no es segura, dado que los representantes nombrados al MCP no necesariamente comunican o consultan con sus audiencias. Por tanto resulta que el sector no está efectivamente representado ni involucrado. Aunque están trabajando para mejorar los niveles de comunicación hacia los sectores y para que los sectores mejoren su representación y que den seguimiento.

- Se comenta sobre el RP HIVOS que *“ha sido débil en su articulación con las autoridades de gobierno... tiene a un grupo de sub-receptores que esperaría tener voz por medio de HIVOS, no la han tenido”*; *“pobre coordinación del HIVOS con otras entidades”*.
- Adicionalmente se indica que la relación y coordinación entre los Ministerios y otras entidades del gobierno es mala, lo que no ayuda a la respuesta multisectorial.
- En cuanto al tipo de relaciones dominantes entre los actores se dice que *“tenemos de todo”, “relaciones antagónicas entre grupos de poblaciones afectadas”* especialmente entre la población Trans; *“guerra de poderes y de intereses dentro del MSPAS... entre el PNS y la CONASIDA”*; indicando: *“todo esto nos debilita, porque tenemos muchas apuestas en común”, “no ha habido mucho interés en encontrar la sinergia”, “hemos hecho lo posible, pero no se defienden los intereses de la población, sino los intereses de un grupo”*.
- En general los actores coinciden en que la respuesta nacional al VIH está disgregada, descoordinada y sin dirección: *“Todos los que trabajamos en la organización de la respuesta trabajamos de manera desarticulada y desorganizada”*. *“El programa ha realizado “activitis”, pero no hay articulación ni visión común, no se monitorean la contribuciones. Cada quien hace las actividades como les toca No hay ente que articule que guie que direccione”*.

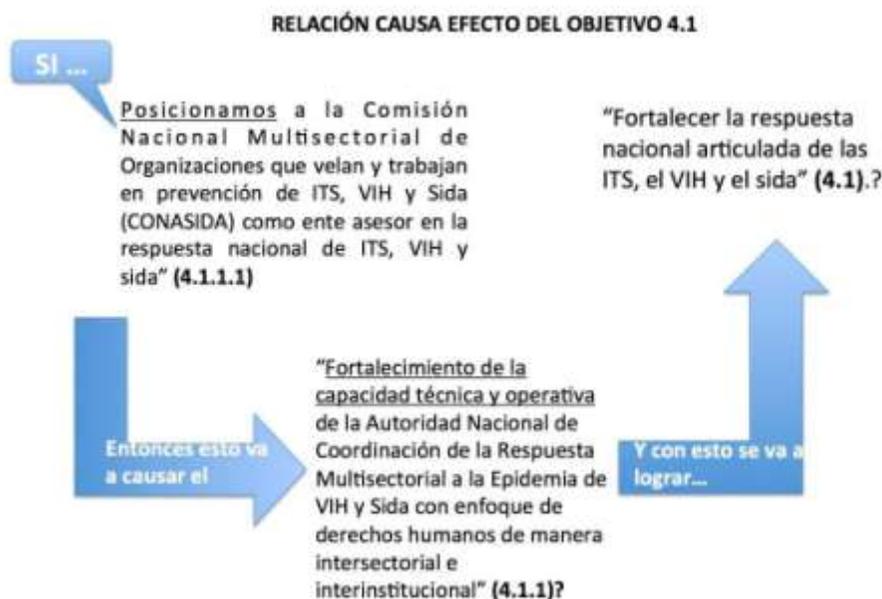
A la pregunta cree usted que la existencia del PEN 2011- 2015 ha significado una diferencia en la respuesta nacional ante la epidemia: la respuesta predominante es no, *“porque la gente no toma en cuenta el PEN cuando están desarrollando sus intervenciones; Poca gente puede vincular sus acciones con el PEN; porque no ha sido el PEN la guía de trabajo; porque la guía han sido las subvenciones del Fondo Mundial y los términos de las mismas.”*, *“El PEN es sólo un requisito para el Fondo... la implementación esta desvinculada del mismo”*; *“Es más visible la Subvención de VIH que el mismo Plan Nacional”*.

En cuanto a si se necesita desarrollar un nuevo PEN o es suficiente con revisar/actualizar el PEN 2011-2015, las opiniones son divididas, la mitad de los entrevistados(as) indican que se

necesita un nuevo PEN porque: “el contexto ha cambiado”, “hay cambios importantes ante los actores”, “hay nuevo contexto político”, “hay nueva evidencia técnica”, “No debería haber en todo caso una disociación entre el fin del período de vigencia de un PEN y el inicio de implementación del siguiente período”. Los que no están de acuerdo en realizar un nuevo PEN se refieren a que el 2015 no es el mejor momento para realizarlo, indicando que: *“El nuevo documento no debe vincularse a esta administración”; “es importante el salir con el nuevo documento del PEN como uno que haya sido asumido por la nueva administración del país”*; en referencia a las fechas límite de entrega de la Nota Conceptual de VIH para el Fondo Mundial se indica que *“no hay suficiente tiempo para hacer un proceso realmente participativo”; “Que no se quede en el Ministerio de Salud”* dado que el nuevo PEN *“Debe construirse entre todos los actores, mismos que deben adquirir compromisos y reunirse para monitorear cómo va avanzando”* además de que *“Idealmente el liderazgo de la planificación de la respuesta nacional debería darse desde fuera del Ministerio”*, a un más alto nivel, por ejemplo la SEGEPLAN; otros mencionan que sólo deben actualizarse algunas cosas técnicas, por ejemplo, *“el paquetes básico ¿funcionan o no?”* .

## Anexo II: Argumentos sobre la ausencia de teoría de cambio en el PEN

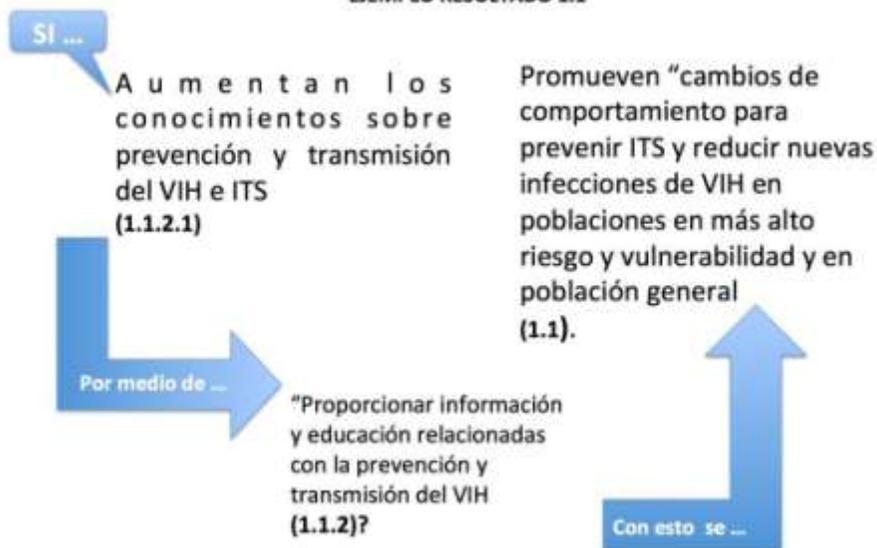
En general no se defiende con la evidencia recabada el cómo se espera que un conjunto de intervenciones produzcan los cambios necesarios para el logro de los resultados. Las intervenciones y acciones se presentan como listados, que en muchos casos no permiten reconstruir una teoría de cambio detrás de las mismas. En varios casos se presenta una relación causal simplista, sin consideraciones de la complejidad del contexto para el logro de los resultados y objetivos. Por ejemplo:



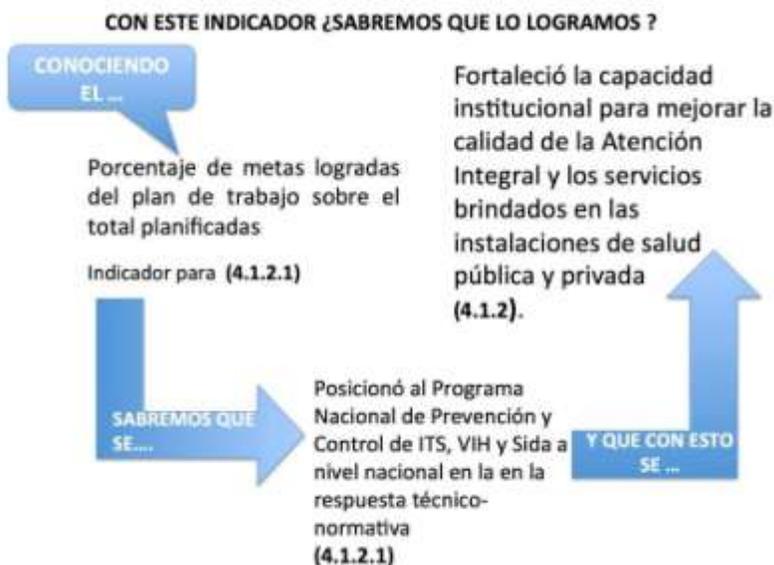
Otro ejemplo que denota la ausencia de las consideraciones técnicas, multicausales y complejas para el logro de resultados está relacionado a los cambios de comportamiento en las PEMAR, en donde la cadena de resultados incluye como objetivo específico el "Proporcionar información y educación", como resultado propone "el aumento de conocimiento" y el efecto directo proyectado es "poblaciones mejor informadas"<sup>37</sup>:

<sup>37</sup> Índice para la

**EJEMPLO RESULTADO 1.1**



Así mismo una serie de indicadores propuestos para el nivel de "resultados" no ayudan a responder a las preguntas: ¿Logramos esto?, ¿Sucedió el cambio proyectado?, ¿Lo planificado se logró?; Ejemplo:



Una carencia importante en el PEN 20112015 es la ausencia de la teoría de cambio. Faltó explicitar el "cómo" se iba a influenciar la variación de la situación encontrada hacia la situación proyectada al final del quinquenio.... Este vacío es crítico dado que debilita la

función “estratégica” del plan, al no presentar y sobre todo fundamentar el razonamiento que se respalda el enfoque o las intervenciones propuestas, tampoco justifica en evidencia la capacidad de una cantidad importante de intervenciones para influenciar el cambio deseado.

Un ejemplo de una presentación unidimensional de la problemática y las soluciones (intervenciones) del marco de resultados del PEN 2011-2015, se da en el área prioritaria de entorno, cuando propone que el *“Empoderar a la población viviendo con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos” (3.1.2.1)* con llevará a *“Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos” (3.1.2)* y con ello se contribuirá a que para que se *“Logren las “condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención de las personas y el respeto de sus derechos humanos” (3.1)*

En varios casos el Resultado y el Objetivo Específico son lo mismo, o sea sólo se ha parafraseado y no hay diferencia entre ambos, debiendo ser sustantivamente diferentes, porque son niveles diferentes de logros o cambios en la situación deseada, niveles distintos en la cadena de resultados. Ejemplo:

**Resultado 5.2.1.1**

Monitorear y reportar los acuerdos y compromisos internacionales en materia de VIH y sida el cual contribuye.

**Objetivo Específico 5.2.1**

Asegurar el monitoreo y reporte de compromisos en materia de VIH y sida”.

## Anexo III: Agenda consulta nacional

### AGENDA

#### TALLER Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015

**Fecha:** Jueves 12 de marzo 2015  
**Horario:** 8:00 a 18:00  
**Lugar:** Río Hondo Zacapa  
**Participantes:** Representantes de DAS, UAI, organizaciones de sociedad civil de la diversidad sexual y TS

#### OBJETIVOS

1. Dar a conocer a los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015.
2. Validar con los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015.
3. Recoger juicios críticos de opinión para la evaluación final del PEN 2011-2015

Horario	Contenido	Responsable
8:00 –8:15	Registro de participantes	<b>USAID/PASCA</b>
8:15 - 8:45	Bienvenida y Objetivos	Dr. Efraín López
8:45 –9:00	Metodología del taller	Dra Amelia Flores USAID/PASCA
9:00- 10:00	Presentación de hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015	Dra. Virginia Moscoso USAID/PASCA
10:00 – 10:30	<b>Receso</b>	
10:30– 13:00	Trabajo de grupos	Trabajo de grupos con facilitación
13:00-14:00	<b>Almuerzo</b>	
14:00– 15:30	Presentación y entrega por grupos de los aportes	
15:30- 16:30	Plenaria y conclusiones	Dra. Virginia Moscoso
16:30– 17:30	Evaluación y Cierre	Dra. Amelia Flores

#### Productos esperados:

1. Validación de los hallazgos de la evaluación final de PEN 2011-2015
2. Lista de juicios críticos obtenidos en los grupos de trabajo, que alimentarán la evaluación final de PEN 2011-2015

**ANEXO IV**  
**SISTEMATIZACIÓN DE LOS TALLERES DE VALIDACIÓN DE LOS**  
**HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN FINA DEL PEN 2011-2015**  
**ZACAPA 12, RETALHULEU 19 Y GUATEMALA 24 Y 26 DE MARZO**  
**2015**

### I. INTRODUCCIÓN

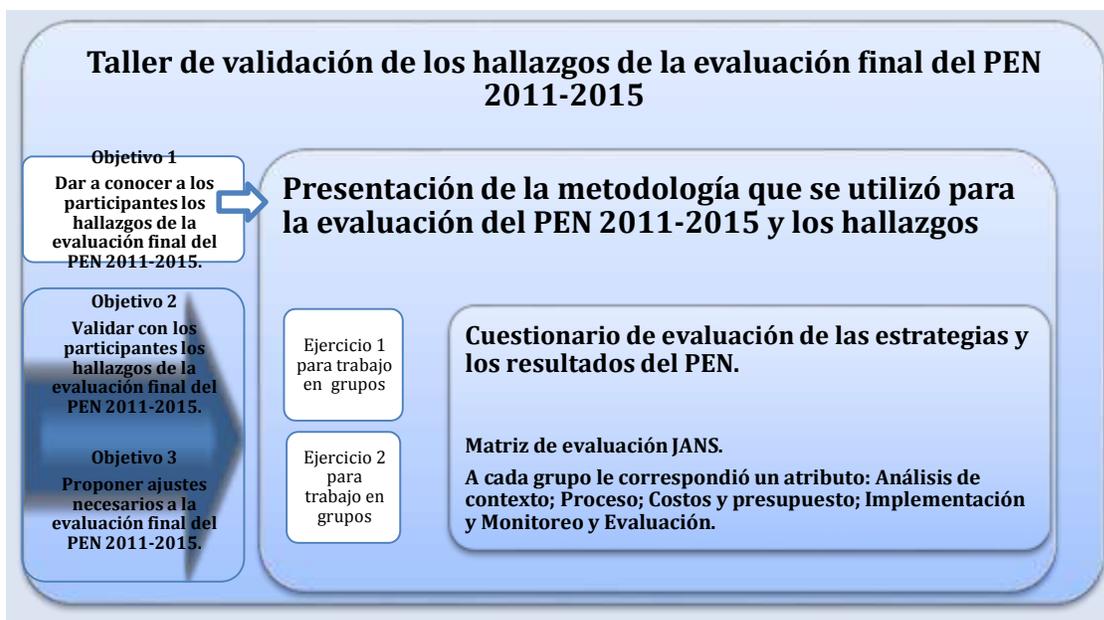
Los talleres de validación de la evaluación del PEN 201-2015 se realizaron con la participación de más de 120 personas: en Zacapa 29 personas, en Retalhuleu 25, en Guatemala el primero con la participación de 45 y con el PNS 23; que representaron a organizaciones de la sociedad civil, redes y miembros de equipos de trabajo de la DAS, hospitales y UAI del MSPAS, tanto de la región noroccidente como de la región metropolitana de Guatemala.

Los talleres se realizaron con metodología participativa y trabajo de grupos. Se conformaron cinco equipos de trabajo y cada uno trabajó en dos instrumentos durante la jornada. El cierre se llevó a cabo con los comentarios de cada grupo sobre lo encontrado y los aportes adicionales.

### II. OBJETIVOS DEL TALLER

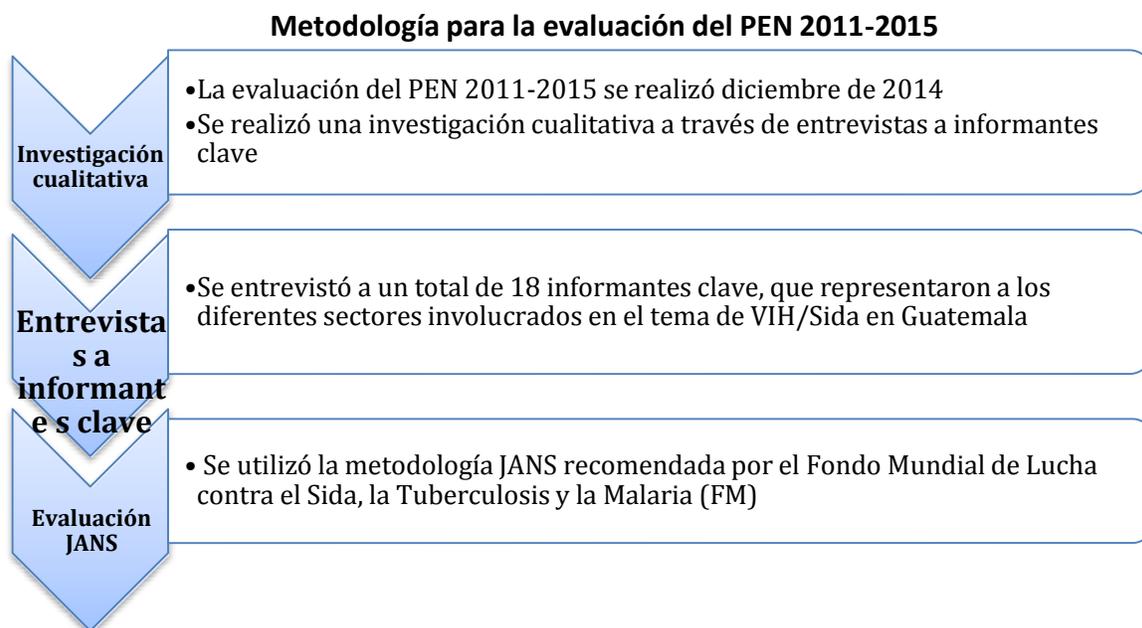
1. Dar a conocer a los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015.
2. Validar con los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015.
3. Proponer ajustes necesarios a la evaluación final del PEN 2011-2015.

### III. ACTIVIDADES DESARROLLADAS



### i. Presentación de la metodología de la evaluación final del PEN 2011-2015

Previo al trabajo de grupos se realizó una presentación sobre la metodología de evaluación del PEN 2011-2015, como se muestra en el siguiente cuadro.



Cuando se expuso a los participantes la metodología JANS por sus siglas en inglés (*Joint Assessment Of National Strategies and Plans*: Evaluación conjunta de las estrategias y planes nacionales), recomendada por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), se les explicó que evalúa cinco atributos necesarios para un plan estratégico, que se muestran en el siguiente cuadro.

## Metodología JANS: Atributos que se evalúan

- **1. Análisis de situación y programación:** Se refiere a que si en la planificación estratégica hay claridad y pertinencia de las prioridades y las estrategias seleccionadas, sobre la base de un análisis de la situación integral.
- **2. Proceso:** Examina en el plan estratégico, la solidez de los procesos de desarrollo, inclusión y respaldo a la estrategia nacional.
- **3. Costos y marco presupuestario de la estrategia:** Revisa la solidez y la viabilidad.
- **4. Implementación y gestión:** Examina la solidez de las disposiciones y de los sistemas para la implementación y la gestión de las áreas programáticas contenidas en la estrategia nacional.
- **5. Monitoreo, evaluación y revisión:** Evalúa la coherencia de los mecanismos de revisión y evaluación y cómo se utilizan sus resultados.

### ii. Trabajo de grupos

En el primer instrumento los participantes de cada equipo debían puntuar de 1 a 10, considerando 1 como la calificación Más pobre y 10 como la calificación Más alta los resultados del PEN 2011-2015 de acuerdo a las estrategias y las 5 áreas prioritarias:

1. Promoción y prevención primaria de ITS y VIH
2. Atención integral y prevención secundaria
3. Entorno
4. Fortalecimiento Institucional
5. Monitoreo y Evaluación

En el segundo instrumento, los participantes debían llenar una matriz de acuerdo al atributo que le correspondió a cada grupo de la herramienta JANS; para evaluar las fortalezas y debilidades o ajustarlas de cada componente del atributo. Cada equipo podía razonar o explicar su respuesta. Además, agregar fortalezas o debilidades identificadas por los participantes que no estuvieran anotadas en el instrumento.

### iii. Plenaria

En la plenaria los participantes indicaron cómo les fue con el trabajo de grupos y las reflexiones o conclusiones a las que llegaron. En general, los participantes evidenciaron que el PEN 2011-2015 no fue socializado. Aunque la construcción del PEN 2011-2015 fuer participativa, puesto que algunos de los participantes indicaron haber participado en los talleres en los que se elaboró, una vez se publicó no hubo seguimiento de ninguna instancia

ni gubernamental ni de la sociedad civil, para verificar la aplicación y cumplimiento de las estrategias y resultados del plan estratégico.

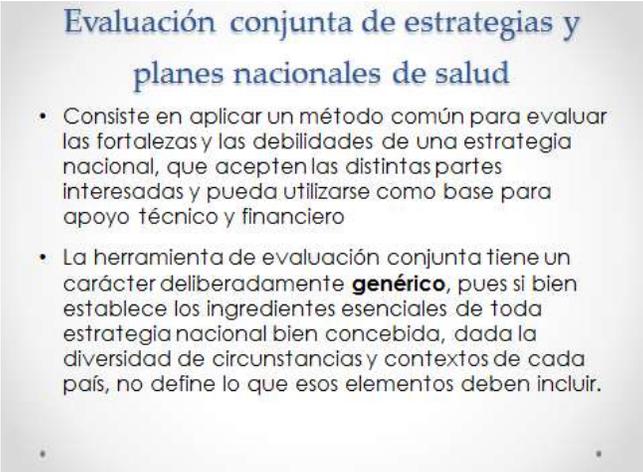
#### **IV. Cierre del taller y evaluación**

Cuando finalizó la plenaria, se solicitó a los participantes completar de manera anónima una evaluación escrita con el fin contar con sus opiniones sobre el logro de objetivos y la metodología utilizada en el taller. Además, para que realizaran comentarios o sugerencias.

Las respuestas de la evaluación muestran que para los participantes se cumplieron los objetivos del taller. Además, indicaron que la metodología utilizada les pareció muy acertada. Y como comentarios indicaron que es necesario socializar los próximos PEN y realizar más talleres como el actual.

## Anexo V:

### Presentación de introducción y metodología de evaluación

 <p>Metodología de la Evaluación</p> <p>Dra. Virginia Moscosa CONSULTORA</p> <p>marzo 2015</p>
 <p><b>MARCO METODOLOGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CONCEPTO:</b> Evaluar como valorar o juzgar el valor, mérito y significado del objeto evaluado, en este caso el PEN 2011-2015.</li><li>• <b>PROPOSITO:</b> Examinar el proceso de desarrollo, mecanismo de gestión y ejecución, sistema de seguimiento y coordinación del PEN 2011-2015.</li><li>• <b>OBJETO DE EVALUACION:</b> El PEN para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015 de Guatemala.</li><li>• <b>CRITERIOS DE EVALUACION:</b> Medición de los criterios y atributos establecidos por la <i>Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales –JANS-</i> por sus siglas en inglés, recomendada por el Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria (FM).</li></ul>
 <p><b>Evaluación conjunta de estrategias y planes nacionales de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consiste en aplicar un método común para evaluar las fortalezas y las debilidades de una estrategia nacional, que acepten las distintas partes interesadas y pueda utilizarse como base para apoyo técnico y financiero</li><li>• La herramienta de evaluación conjunta tiene un carácter deliberadamente <b>genérico</b>, pues si bien establece los ingredientes esenciales de toda estrategia nacional bien concebida, dada la diversidad de circunstancias y contextos de cada país, no define lo que esos elementos deben incluir.</li></ul>

## Evaluación conjunta de estrategias y planes nacionales de salud

- Puede utilizarse para evaluar una estrategia general de salud nacional, o distintas estrategias específicas sub sectoriales y multisectoriales.
- Examina las fortalezas y las debilidades de un conjunto de cinco atributos que se consideran la base de cualquier estrategia nacional sólida y completa.

## Evaluación conjunta de estrategias y planes nacionales de salud

- La evaluación de una estrategia nacional de salud incluye la **revisión de la propia estrategia** y su armonización con los planes nacionales de desarrollo, las estrategias específicas multisectoriales y sub sectoriales o específicas para enfermedades, los planes de vigilancia y evaluación, y los procesos presupuestarios

## Evaluación conjunta de estrategias y planes nacionales de salud

- La forma en que cada país lleve a cabo su evaluación conjunta será única, si bien todas seguirán algunos principios fundamentales:
  - las evaluaciones deberán estar impulsadas por la demanda de cada país;
  - deberán estar dirigidas por los países y basarse en procesos existentes;
  - serán lo más sencillas posible sin ser superficiales;
  - incluirán un elemento independiente y contarán con la participación de la sociedad civil y de otras partes interesadas pertinentes.

## Evaluación conjunta de estrategias y planes nacionales de salud

- La forma en que cada país lleve a cabo su evaluación conjunta será única, si bien todas seguirán algunos principios fundamentales:
  - El resultado no será una respuesta afirmativa o negativa a la recomendación de financiación.
  - Se definirán las fortalezas y las debilidades de la estrategia nacional, y se formularán recomendaciones.
  - Las conclusiones se examinarán por las partes interesadas del país y los socios de desarrollo, y podrán utilizarse para revisar la estrategia.

## Guías JANS, atributos

1. **Análisis de situación y programación:** coherencia, claridad y pertinencia del PEN 2011-2015 y sus estrategias, y la relación de éstas con el análisis de situación.
2. **El proceso** a través del cual se desarrolló el PEN 2011-2015, cómo se divulgó y promovió su utilización como marco nacional de referencia.
3. **Arreglos de ejecución y de gestión:** disposiciones para la ejecución y para la gestión del PEN 2011-2015, incluyendo la coordinación entre actores clave y los arreglos de gestión financiera, de adquisiciones y de auditoría.

## Guías JANS, atributos

4. **Resultados, monitoreo y mecanismos de seguimiento:** existencia y nivel de implementación de planes de monitoreo y evaluación, y de procesos para el uso de los hallazgos.
5. **Costos y financiamiento del PEN:** idoneidad de las proyecciones de financiación y del marco presupuestario.

## EVALUACION PEN 2011-2015

- **El objeto de la evaluación** (el evaluando) era el *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA 2011-2015* (PEN), como marco nacional de referencia para la respuesta ante la epidemia.
- **El propósito de la evaluación:**  
Examinar el proceso de desarrollo del PEN 2011-2015, sus mecanismos de gestión, y ejecución y los sistemas de seguimiento y de coordinación asociados al mismo.
- **Objetivo de evaluación:**  
Identificar logros y brechas, saber qué funcionó y qué puede mejorarse, y detectar asuntos críticos que afectaron positiva o negativamente su uso como referente nacional, así como la implementación y la consecución de los resultados proyectados. Para finalmente realizar recomendaciones para el desarrollo del próximo PEN.

## PREGUNTAS EVALUATIVAS

1. ¿Cuáles es el **nivel de aceptación** y de **utilización** del PEN 2011-2015 como marco de referencia para la toma de decisiones, la coordinación e implementación, el financiamiento, monitoreo y evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia?
2. La existencia del PEN 2011- 2015 ¿**Ha significado una diferencia en la respuesta nacional ante la epidemia?**; ¿Ha servido **de guía para priorizar** y/o llegar a las poblaciones adecuadas?
3. ¿Qué **calidad técnica y calidad percibida** tiene el **PEN 2011-2015** (organización, claridad, relevancia de objetivos y líneas de acción)?; Según la evidencia ¿Hay componentes del PEN que necesitan actualización?

## PREGUNTAS EVALUATIVAS

4. ¿Qué tanto se **han logrado los objetivos y resultados** proyectados en el PEN 2011- 2015?; ¿Cuales son las limitaciones y brechas encontradas durante la implementación?
5. ¿Qué **desafíos que se vislumbran para el desarrollo de un nuevo PEN?**

## METODOLOGIA

- Estudio Transversal, documental, cualitativo.
  - Revisión documental relacionada al PEN 2011-2015
  - Entrevistas semi-estructuradas a actores clave
  - Búsqueda de evidencia de logros
  - Enfoque de modelo lógico para vincular objetivos, resultados e intervención, búsqueda de la relación causal.
  - Control de calidad de la evaluación: alcances y limitaciones.
  - Talleres para validación de resultados.
  - Informe final de evaluación

## Entrevistas realizadas

No. de entrevistados(as) y sector al que pertenecen	No.
Sector Público	3
Agencias/Proyectos de Cooperación	7
Sociedad Civil	7
Otros	1
Total	18

## CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD JANS

- Proceso de evaluación liderado por el país: ¿Se satisface el criterio?: **No**
- El proceso evaluativo construye sobre procesos existentes en el país: ¿Se satisface el criterio?: **No**
- El proceso evaluativo es incluyente (todos los actores y/o socios relevantes): ¿Se satisface el criterio?: **Parcialmente**
- El proceso evaluativo contiene algunos elementos independientes: ¿Se satisface el criterio?: **Si**

## CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD JANS

- Alcances y limitaciones de la evaluación final del PEN 2011-2015:
  - o Identifica avances, aciertos, oportunidades y retos en la implementación del PEN
  - o Incluye información que deberá ser socializada con un grupo amplio de actores, para validar y complementar con las diversas organizaciones los juicios críticos emitidos y las recomendaciones para un nuevo PEN.
  - o La evaluación no se planificó ni se condujo de forma tal que promoviera la cooperación de los distintos grupos de interés, afectando la viabilidad política de la misma. (Razón importante para la actual consulta)

## ALGUNOS HALLAZGOS



## Trabajo de grupos

- **Objetivos**
  - o Valorar las estrategias de PEN 2011-2015
  - o Revisar los atributos identificados en la evaluación
  - o Valorar el análisis realizado de los atributos
  - o Proveer nuevos aportes a la evaluación

## Anexo VI: Guía I, Taller nacional de consulta

### VALIDACION DE LOS RESULTADOS DE EVALUACION FINAL DEL PEN 2011-2015

#### DATOS DEL GRUPO

<u>ORGANIZACIÓN/INSTITUCION</u>	<u>POBLACIONES QUE ATIENDE</u>	<u>PRINCIPALES AREAS DE INTERVENCION</u>

#### Instrucciones:

*En grupo solicitamos se revise y realizar análisis de la Visión y Misión del PEN 2011-2015 y responder a las preguntas correspondientes.*

*Los resultados son confidenciales y considerados únicamente con propósito de evaluación.*

#### **VISIÓN**

En 2015, en cada municipio del país existen servicios de vigilancia, educación, prevención, atención integral y defensa de derechos, que trabajan coordinadamente para evitar nuevas infecciones y garantizar a las personas con VIH el acceso a servicios que mejoren su calidad y expectativa de vida.

**¿Se han logrado armonizar las acciones como País?**

**¿Se valoran resultados establecidos en la Visión?**

#### **MISIÓN**

La respuesta social organizada frente a las ITS, el VIH y el Sida trabajará activamente en la generación de condiciones para ampliar la cobertura, estandarizar la calidad, hacer sostenible el financiamiento y superar las desigualdades de acceso de distintos grupos sociales a servicios de educación, salud, protección social y legal en materia de ITS, VIH y Sida.

La Misión contiene los siguientes elementos:

**El rol del grupo: ¿Cuál es el papel que cumple en la sociedad?**

**La naturaleza de sus actividades: ¿Qué tipo de actividades hacemos?**

**La razón de su existencia: ¿por qué existimos como grupo?**

**La población objetivo a la que sirve: ¿A quiénes servimos como organización?**

**Sus principios y valores fundamentales como conjunto: ¿Qué principios tenemos? Puede ser la solidaridad, la mística o los valores como la verdad, el compromiso, la honradez, entre otros.**

**Se valora como retos a mejorar que la Misión debe ser más específica en la definición de “quiénes somos” y más explícita en la aplicación de políticas públicas para disminuir la prevalencia de VIH y mitigar su impacto.**

#### Instrucciones:

*Vamos a calificar el logro de los resultados del PEN 2011-2015. La calificación va dirigida a los RESULTADOS establecidos en el PEN, para lo cual encontrará una*

*casilla en blanco a la derecha de cada resultado esperado, agradecemos garantice que ha llenado todas las casillas no dejando ninguna en blanco. Calificar cada resultado con un valor de 1 a 10, considerando 1 como la calificación MAS POBRE y 10 como la calificación MAS ALTA.*

## **EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS Y RESULTADOS**

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

1.1	Objetivo estratégico	Promover cambios de comportamiento para prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad y en población general	
1.1.1	Objetivo específico	Prevenir la transmisión de ITS y el VIH	
1.1.1.1	Resultado	Aumentar el uso correcto y consistente del condón	
1.1.1.2	Resultado	Aumentar el uso del lubricante a base de agua junto con el condón	
1.1.2	Objetivo específico	Proporcionar información y educación relacionadas con la prevención y transmisión del VIH	
1.1.2.1	Resultado	Aumentar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH e ITS	
1.1.2.2	Resultado	Aumentar el porcentaje de instituciones del sector formal educativo que imparte educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida	
1.1.2.3	Resultado	Aumentar el conocimiento sobre ITS, VIH y sida en el sector laboral	
1.1.3	Objetivo específico	Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias	
1.1.3.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de personas que se realiza la prueba de VIH y conoce los resultados	
1.1.4	Objetivo específico	Velas por el suministro de sangre segura	
1.1.4.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de unidades de sangre segura para transfusión	
1.1.5	Objetivo específico	Evitar la transmisión del VIH por profilaxis post exposición laboral o violencia sexual	
1.1.5.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de servicios de salud que brindan atención en profilaxis post exposición (PPE)	
1.1.6	Objetivo específico	Prevenir la transmisión materno infantil del VIH	
1.1.6.1	Resultado	Aumentar la cobertura de embarazadas que asisten a control prenatal	
1.1.6.2	Resultado	Aumentar el porcentaje de embarazadas en control prenatal que se realizan la prueba de ITS	
1.1.6.3	Resultado	Aumentar la cobertura de embarazadas en Control Prenatal que se hacen la prueba de VIH	

1.1.7	Objetivo específico	Garantizar medidas preventivas de profilaxis de transmisión perinatal de VIH
1.1.7.1	Resultado	Aumentar la cobertura de mujeres con VIH embarazadas que reciben TARV durante el período de gestación (desde la semana catorce) para prevenir la transmisión materno infantil del VIH
1.1.7.2	Resultado	Aumentar la cobertura de niñas(os) nacidos de Madres VIH+ que reciben profilaxis al nacer hasta las 6 semanas
1.1.7.3	Resultado	Aumentar la cobertura de infantes nacidos de Madre VIH+ que reciben sucedáneo de leche materna
1.1.8	Objetivo específico	Fortalecimiento del cambio de actitudes y prácticas a través del manejo y prevención de ITS mediante la atención médica periódica
1.1.8.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de personas con síntomas de ITS tratadas
1.1.9	Objetivo específico	Garantizar una respuesta oportuna en caso de emergencias
1.1.9.1	Resultado	Actualizar planes de contingencia para intervenciones críticas de prevención

### **Área prioritaria 2: Atención integral y prevención secundaria**

2.1	Objetivo estratégico	Brindar atención integral de ITS, VIH y Sida con calidad desde un enfoque multidisciplinario
2.1.1	Objetivo específico	Mejorar la atención integral con énfasis en el acceso a la terapia antirretroviral y la debida adherencia a los medicamentos
2.1.1.1	Resultado	Aumentar la cobertura de PV que reciben terapia antirretroviral
2.1.1.2	Resultado	Aumentar la cobertura de PV que reciben atención y tratamiento para Infecciones Oportunistas (IO) (excluyendo TARV)
2.1.1.3	Resultado	Aumentar la cobertura de PV con TB que reciben TARV y tratamiento para TB
2.1.1.4	Resultado	Aumentar el porcentaje de unidades que brindan Atención Integral
2.1.2	Objetivo específico	Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento
2.1.2.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de instalaciones de salud gubernamentales y privadas, que ofrezcan servicios de prevención dirigido a las PV (prevención secundaria)
2.1.3	Objetivo específico	Asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencias
2.1.3.1	Resultado	Actualizar planes de contingencia para intervenciones críticas de atención integral

### Área prioritaria 3: Entorno

3.1	Objetivo estratégico	Logar condiciones jurídicas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable para la atención, el ejercicio pleno y el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH, Sida e ITS y de las poblaciones en mayor riesgo
3.1.1	Objetivo específico	Contar con un marco normativo y legal que garantice la atención integral de acuerdo a mejores prácticas internacionales, así como la defensa y el respeto de los derechos humanos de las personas
3.1.1.1	Resultado	Aumentar el porcentaje de los servicios de salud que cumplan con las normas nacionales de salud
3.1.1.2	Resultado	Asegurar que las normas y protocolos estén desarrollados, actualizados, socializados y reflejen las mejores prácticas internaciones
3.1.1.3	Resultado	Incidir en la revisión, formulación y aplicación de normativas jurídicas y administrativas que respondan al respeto defensa y promoción de los Derechos Humanos en relación al VIH e ITS
3.1.2	Objetivo específico	Reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH y Sida y empoderar a las poblaciones para la defensa de sus derechos
3.1.2.1	Resultado	Empoderar a la población viviendo con VIH y las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH e ITS para exigir el respeto y cumplimiento de sus derechos
3.1.2.2	Resultado	Asegurar que el Observatorio de Derechos Humanos da el acompañamiento y apoyo adecuado en la defensa y promoción de los derechos de las personas

### Área prioritaria 4: Fortalecimiento Institucional

4.1	Objetivo estratégico	Fortalecer la respuesta nacional articulada de las ITS, el VIH y el Sida
4.1.1	Objetivo específico	Fortalecimiento de la capacidad técnica y operativa de la Autoridad Nacional de Coordinación de la Respuesta Multisectorial a la Epidemia de VIH y Sida
4.1.1.1	Resultado	Posicionar a la Comisión Nacional Multisectorial de organizaciones que velan y trabajan en prevención de ITS, VIH y Sida (CONASIDA) como ente asesor en la respuesta nacional de ITS, VIH y Sida con enfoque de derechos humanos de manera intersectorial e interinstitucional
4.1.2	Objetivo específico	Fortalecer la capacidad institucional para mejorar la calidad de la Atención Integral y los servicios brindados en las instalaciones de salud pública y privada

4.1.2.1	Resultado	Posicionar al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida a nivel nacional en la respuesta técnico-normativa	
4.1.2.2	Resultado	Fortalecer el SIAS en su capacidad de dirigir, organizar y desarrollar los servicios públicos de salud, en relación al VIH, ITS, las poblaciones más expuesta y PV	
4.1.2.3	Resultado	Aumentar el porcentaje de laboratorios y bancos de sangre con controles de calidad interno y externo	
4.1.3	Objetivo específico	Fortalecer las capacidades técnicas y operativas de instituciones del sector público para su participación activa con el fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta a las ITS, VIH y Sida	
4.1.3.1	Resultado	Asegurar la participación del Ministerio de Trabajo – MINTRAB- en el cumplimiento de la ley en la temática de ITS, VIH y Sida	
4.1.4	Objetivo específico	Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil organizada para mejorar su participación en la respuesta nacional a las ITS, VIH y Sida	
4.1.4.1	Resultado	Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil organizada y fomentar el fortalecimiento de sistemas comunitarios para mejorar su participación en la respuesta nacional a las ITS, VIH y Sida	

#### **Área prioritaria 5: Monitoreo y Evaluación**

5.1	Objetivo estratégico	Desarrollar e implementar a partir del año 2011 un sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones	
5.1.1	Objetivo específico	Implementar componentes del sistema único de M&E de acuerdo a mejores prácticas internacionales y a necesidades de la respuesta nacional	
5.1.1.1	Resultado	Asegurar la implementación de los 12 resultados del sistema único de M&E	

#### **Instrucciones:**

***Tomando en cuenta su experiencia recomiendan:***

**MARQUE UNA DE LAS TRES OPCIONES SIGUIENTES.**

- A. Se debe prolongar el PEN actual***
- B. Se debe realizar una actualización del PEN actual***
- C. Se debe elaborar un Nuevo PEN***

***Agradecemos justifique su respuesta:***

---



---

**Anexo VII: Evaluación de talleres**

**EVALUACIÓN DE TALLER**

**Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015**

No es necesario que escriba su nombre en este formulario

Fecha:

Lugar:

*Circule el número que representa su opinión*

<b>1. EVALÚE ESTOS ASPECTOS</b>	<b>Pobre</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
Formato/Agenda/Horario del Programa	1	2	3	4
Duración del Taller	1	2	3	4
Horario de Taller	1	2	3	4
Oportunidad para hacer preguntas	1	2	3	4
Interacción con los participantes y los facilitadores	1	2	3	4
Conocimientos de los facilitadores	1	2	3	4
Materiales y recursos	1	2	3	4
Presentación	1	2	3	4
Lugar y ambiente del taller	1	2	3	4

<b>2. ¿HASTA QUE PUNTO....</b>	<b>Nada</b>	<b>Parcialmente</b>			<b>Todos</b>
¿Crees que los siguientes objetivos se cumplieron?					
1. Dar a conocer a los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011 -2015	1	2	3	4	5
2. Validar con los participantes los hallazgos de la evaluación final del PEN 2011-2015	1	2	3	4	5
3. Recoger juicios críticos de opinión para la evaluación final del PEN 2011-2015	1	2	3	4	5
¿El taller alcanzó tus expectativas?	1	2	3	4	5
¿Participarías en otro taller similar?	1	2	3	4	5

¿Qué le gustó más de este taller?

---

---

---

---

---

¿Qué le gustó menos de este taller?

---

---

---

---

---

Por favor escriba sus comentarios:

---

---

---

---

---

Muchas gracias por su participación

**Anexo VIII: Lista de participantes y fotos de los talleres**  
**TALLER VALIDACION DE EVALUACIÓN DE PEN 2011-2015**  
**ZACAPA**

**LISTADO DE PARTICIPANTES**  
 Actividad Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VII 2011-2015"  
 Región Occidente  
 Fecha: Jueves 12 de Marzo 2015  
 Lugar: Hotel Atlántico, Escapa

Nº	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Efrain Lopez	PUS	Coordinador	51812140	efrain.lopez@pus.gub.gt	[Firma]
2	Angel Alvarado	CECIBEL	Educador	4031602	angel.alvarado@cecibel.gub.gt	[Firma]
3	Salvador Mendez	CECIBEL	Director	5502822	salvador.mendez@cecibel.gub.gt	[Firma]
4	Guadalupe Antez	AGP	Psicóloga	4132822	guadalupe.antez@agp.gub.gt	[Firma]
5	Jaime Haldonado	UAE	Psicólogo	4785522	jaime.haldonado@uae.gub.gt	[Firma]
6	Glady Virginia	UAE	E.P.	4785522	glady.virginia@uae.gub.gt	[Firma]
7	Piedad Guzmán	UAE	Psicóloga	4785522	piiedad.guzman@uae.gub.gt	[Firma]
8	Alfonso Rodríguez	UAE	E.P.	4785522	alfonso.rodriguez@uae.gub.gt	[Firma]
9	Yolanda Cruz	UAE	Psicóloga	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
10	José Abel Méndez	UAE	E.P.	4785522	josé.abel.mendez@uae.gub.gt	[Firma]
11	Genaro El Guano	DESPEU	Coord. Educativo	4155210	genaro.elguano@despeu.gub.gt	[Firma]
12	Mónica Natalia Tobo	DESPEU	Coordinadora	4155210	monica.natalia.tobo@despeu.gub.gt	[Firma]
13	Endira Franco	DESPEU	Coordinadora	31312712	endira.franco@despeu.gub.gt	[Firma]
14	Bertha Altieta	DESPEU	Coordinadora	2250011	bertha.altieta@despeu.gub.gt	[Firma]
15	Lory R. Hernández	DESPEU	Educador	56415352	lory.r.hernandez@despeu.gub.gt	[Firma]

**LISTADO DE PARTICIPANTES**  
 Actividad Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VII 2011-2015"  
 Región Occidente  
 Fecha: Jueves 12 de Marzo 2015  
 Lugar: Hotel Atlántico, Escapa

Nº	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Enrique Álvarez	DESPEU	Coordinador	31312712	enrique.alvarez@despeu.gub.gt	[Firma]
2	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
3	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
4	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
5	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
6	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
7	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
8	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
9	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
10	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
11	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
12	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
13	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
14	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]
15	Yolanda Cruz	DESPEU	Educador	4785522	yolanda.cruz@uae.gub.gt	[Firma]

**LISTADO DE PARTICIPANTES**

Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del FON 931 2011-2014"  
Región: Nariño

Fecha: Jueves 12 de Mayo 2015  
Lugar: Hotel ANÓNIMO, Iquique

USAID/PASCA

Nº	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELÉFONO	EMAIL	FIRMA
1	Yolanda Sánchez	Donferrol	Directora Prog. Vite	9500-1130	ysanchez@pasca.org.ec	[Firma]
2	Amelia Flores	USAID/PASCA	EP		aflores@pasca.org.ec	[Firma]
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						





## TALLER VALIDACION DE EVALUACIÓN DE PEN 2011-2015 RETALHULEU

LISTADO DE PARTICIPANTES						
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Región						
Fecha: Jueves 19 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Astor, Retalhuleu						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Ara Gomez	RNO	Coordinador Retalhuleu	55552242	ara.gomez@rno.gub.gm	[Firma]
2	Roberto Sandoval	H. Malambán	Manejador	52275165	robeto.sandoval@hmalamban.gm	[Firma]
3	José Iván Arce	MSPAS	Enfermero de Área	48592762	josejca_99@yahoo.com	[Firma]
4	Dora Sofía Calderón	Hospitales Retalhuleu MSPAS	Enfermera UAL	33112682	dora.fuder@hotmail.com	[Firma]
5	Harta Inés de León	REDSO	Manejadora	51161204	inadela@redso.gub.gm	[Firma]
6	Luz Elizabeth López H.	p. vida	educadora	58860795	elizabethl@hotmmail.com	[Firma]
7	Ingrid Mariela Gómez V.	DAS Guicho	Enfermera	49243549	enfermeradsg@gmail.com	[Firma]
8	Nicolás Michel Bernal	Hosp. Distrital	Enc. pres VIH	55517066	NicolasMichelBernal@gmail.com	[Firma]
9	Alina Blum	R. Red Vida	Cuaciquero	46811925		[Firma]
10	Yanibel López Rodríguez	ASH	Popul. P.Fy VIH	55233253	mabelo102624@hotmail.com	[Firma]
11	Roberto Iván Rojas	Amusgen	Socio	50153989	robertoiv@hotmmail.com	[Firma]
12	Yadrick García	ASO. IDEZ	Educador	57440414	yadrickgarcia11@gmail.com	[Firma]
13	Luz Alfaro García	UAF Huel.	Doc. Educ.	45200005	luzgarcia111@hotmail.com	[Firma]
14	Luzmila Calderón	DAS Rec	COORDINADORA DE VIH	43567380	luzmcalderon@gmail.com	[Firma]
15	Yanelli Klavarez	DAS S.M.	COORDINADORA	59307070	yanelli09@hotmail.com	[Firma]

LISTADO DE PARTICIPANTES						
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Región						
Fecha: Jueves 19 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Astor, Retalhuleu						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Elizabeth Galindo	Sector Salud	COORDINADORA DE VIH	59749923	elizabethgalindo@sector.salud.gm	[Firma]
2	Rosa María Hernández	Red de Salud de Retalhuleu	Coordinadora	46457118	rosamaria@redsaludretalhuleu.gm	[Firma]
3	José A. Castillo M.	SEAL PAS	Labor. Químico	48092116	josea.castillo@sealpas.gm	[Firma]
4	José Antonio Maldonado	DAS S.M.	Educador	58427524		[Firma]
5	Ordina Rojas	DAS Xela	Coordinadora	52152025	ordina.rojas@dasxela.gm	[Firma]
6	Bladys Saiz	UAF Com. y P. Vida	Coordinador	47693031	bladys@uafcomyvida.gm	[Firma]
7	Daniela Isabel López	COBASIDA	Secretaria Ejecutiva	55105603	daniela@cobasida.gm	[Firma]
8	Indira Frasco	COMASIDA	Asistente Ejecutiva	59067308 30512712	indira.frasco@comasida.gm	[Firma]
9	Melina Carl Díaz	Proyecto de Mando Retalhuleu	Coordinadora	50200179	melina.carl@gmail.com	[Firma]
10	Trinidad Hoscob	USAID/PASCA	Coordinadora	5937009	trinidad@pasca.gm	[Firma]
11	Diana Flores	USAID/PASCA	Rep. PAS	22522405	dianaflores@pasca.org	[Firma]
12	Vilma Alfaro Mañón	APREVIHS	Director	77102882	vilma@aprevihs.org	[Firma]
13	Abelardo P. Davis	DAS Guicho	COORDINADOR DE VIH	57445777		[Firma]
14						
15						



## TALLER VALIDACION DE EVALUACIÓN DE PEN 2011-2015 GUATEMALA

LISTADO DE PARTICIPANTES						
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Fecha: Martes 24 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Radisson						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Angel Mandy	Fondo de Financiamiento	Coordinador	5192919	angelamandys@bimnet.gt	
2	Rubén León	USAID/PASCA	Gerente de M&E	23629273	rleon@usaid.gov	
3	EVA Carrillo	Asociación de Mujeres	Enfermera	4049157	evacarrillo@netnet.com	
4	Esther López	PNS	Coordinadora	21380445	estherlopez@pns.gov.gt	
5	Amalia Flores	USAID/PASCA	RP	-	aflores@pasca.org.gt	
6	Thio Kacón	CAS	Educación	55031161	thio1@cas.gt	
7	Eddy Cassey	PSIS	Coordinador	50502021	ecassey@psis.org.gt	
8	Karla Adriana Alfaro	UNFPA	Coordinadora	5602058	karla.alfaro@unfpa.org	
9	Rosa Ma Valenzuela	DAS GC	Facilitadora	5874600	rosa.valenzuela@das.gov.gt	
10	Indira Franco	CONASIDA	Asist. Comis.	58068528	jeffr27@gmail.com	
11	Charlene Reynard	AIE Technical	Coordinadora	41054523	charlene.reynard@unhcr.org	
12	Edwina Guadalupe	Asociación de Mujeres	Coordinadora	5607001	edwina.guadalupe@unhcr.org	
13	Yilda Rivero	UNFPA	Coordinadora	5795004	rivero@unfpa.org	
14	Ann M. Mandy	USAID - HHS	Coordinadora	54211900	mandyann@unhcr.org	
15	Henry Escobar	Red Legal	Abogado	4266313	hescobar@redlegal.org.gt	

LISTADO DE PARTICIPANTES						
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Fecha: Martes 24 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Radisson						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Kevin Galvez	Gente Buena	Coordinador	41036140	kgalvez@gentebuena.org	
2	Telma Miranda	Mineduc	Coordinadora	56327921	telmiranda@mineduc.gov.gt	
3	Humberto López	Cruz Roja Guatemalteca	Coordinador	59583178	humberto.lopez@crozroja.org	
4	Edo Corrales	Com. Soc. Guatemalteca	Coordinador	47580569	edocorrales@comsoc.org	
5	Trinidad López	H.S.P. y A.S.	Psicóloga	8722054	-	
6	Helena Brachio	Administración de la Salud	Coordinadora	4097724	-	
7	Silvia Ruiz	Administración de la Salud	Coordinadora	42142862	-	
8	Marcia Urigar	Administración de la Salud	Coordinadora	5822012	urigar@asociacion.org	
9	Alba Martínez	UNICEF	Educadora	46052026	alba.martinez@unicef.org	
10	Yaneth Pineda	UNICEF	Coordinadora	30067940	yaneth.pineda@unicef.org	
11	Alvaro del	UNFPA	Coordinador	-	alvaro@unfpa.org	
12	Stacy LeBlond	UNFPA	Coordinadora	4185941	stacy.leblond@unfpa.org	
13	Tito Rivera	UNFPA	Coordinador	21380445	trivera@unfpa.org	
14	Barbara Aguilar	DAS Guate Sur	Coordinadora	52570485	barbara.aguilar@das.gov.gt	
15	María Fernanda	PEPFAR	Coordinadora	30171061	fernandale@state.com	

LISTADO DE PARTICIPANTES		USAID PASCA		LEADERSHIP MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT		
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Fecha: Martes 24 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Radisson						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Marco Yoneda Ady	DAS Veracruz	Coordinador VIH	42162406	nicmo_1959@hotmail.com	[Firma]
2	Cristina Pantoja	Donada/MSFAS		62886203	Cristy.pantoja2011@gmail.com	[Firma]
3	M. Evangelina de León	USATO/PASCA	Coordinadora Técnica	30373706	evangelina.leon@pasca.gt	[Firma]
4	Roemé Novéndez	COPS Baja Guatemala	T. Española VIH	5085 3958	roemi.novendez@pasca.gt	[Firma]
5	Isaac Cauo	DAS G. Centro	Facilitador VIH	42127307	isaac.cauo@pasca.gt	[Firma]
6	Rayma de la Cruz	AMUJES	Líder programa	59901169	rayma.de.la.cruz@pasca.gt	[Firma]
7	Polo Yanco	CAS	Director	40405252	mercedpo.yanco@gmail.com	[Firma]
8	Verginia Moscoso	PASCA	Coordinadora	54137007	moscoso.virginia@gmail.com	[Firma]
9	José Antonio López	Mesa interministerial VIH	Representante	30228555	capa.salinas.jp@gmail.com	[Firma]
10	Analía Longo	DAS de Pasa	Coordinadora VIH	58982006	analialongo@hotmail.com	[Firma]
11	Dy. Dulce Guzmán	DAS de Pasa	Coordinadora VIH	59063857	dulceguzman@hotmail.com	[Firma]
12	Alma de León	ITPC-UTCA	Coordinadora	59420837	almadelion9@gmail.com	[Firma]
13	Liliana Surré	Castel	Representante	5068714	liliana.surre@gmail.com	[Firma]
14	Elyar Espinoza Jarama	DAS Jalapa	Facilitador PSR	54148895	elyar.espinoza@gmail.com	[Firma]
15	Licardo Barza	ONUSIDA	Director	57101818	barza.licardo@unhcr.org	[Firma]

LISTADO DE PARTICIPANTES		USAID PASCA		LEADERSHIP MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT		
Actividad: Taller "Análisis de los hallazgos de la evaluación final del PEN VIH 2011-2015"						
Fecha: Martes 24 de Marzo 2015						
Lugar: Hotel Radisson						
No.	NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO/PUESTO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Saul Pava Man	AHE Guatemala	Coord. País	53513762	Saul.Pava@aidelife.org	[Firma]
2	Luzmila Marabon	USAID/PASCA	Asistente	2382 2400	luzmila.marabon@pasca.org.gt	[Firma]
3	Carin Chamale	CASLEN	COORD. M&E	42045167	carinchamale@pasca.org	[Firma]
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						



