Guatemala

Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida

23 de abril de 2019

Prefacio

La política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial (FM) recomienda a todos los países apoyados por esa organización que incluyan la planificación de la sostenibilidad en el diseño de sus programas y subvenciones. En el contexto de la asistencia que le brinda a Guatemala en su respuesta al VIH/sida, el FM encargó las siguientes dos tareas a los consultores de las empresas *Pharos Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados: (1) realizar un diagnóstico sobre la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida y (2) formular una Ruta Crítica del Plan de Trabajo para la Sostenibilidad (PTS). La primera parte de este informe corresponde al producto (1). En esta se identifica y propone soluciones a los mayores problemas que enfrenta el país y que ponen en riesgo su sostenibilidad en el ámbito del VIH/sida.[1] La segunda parte de este informe corresponde al producto (2). En ella se propone una estrategia de sostenibilidad y un plan de acción para mantener y aumentar la cobertura de servicios a un nivel adecuado con el contexto epidemiológico para apoyar los esfuerzos para la eliminación del VIH, inclusive después del retiro del financiamiento del Fondo Mundial y otros donantes.

Este trabajo fue desarrollado por un equipo técnico de las dos empresas consultoras con el apoyo financiero del FM a través de la Iniciativa Estratégica de Sostenibilidad, Transición y Eficiencia. El equipo consultor estuvo conformado por Ricardo Bitrán, Xavier Solórzano, Edgar Barillas, María Eugenia de León, Julio David Castellanos y Robert Hecht y Diana González.

[1] *Pharos Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (octubre 2018) Informe de País para Guatemala. Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida. Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País. Ciudad de Guatemala.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Carmen González y Noemie Restrepo, ambas del FM, por su orientación y comentarios en la preparación de este documento. De igual manera, agradecen a los funcionarios y colegas de las organizaciones nacionales e internacionales que participaron en reuniones como informantes respecto de la situación actual de la respuesta nacional al VIH/sida. Gracias a la apertura de todos ellos, los autores pudieron configurar un panorama amplio sobre las principales cuestiones relacionadas con la formulación de una respuesta sostenible al VIH/sida en Guatemala. El Mecanismo de Coordinación de País (MCP), liderado por Waleska Zeceña y con el apoyo técnico de Dory Lucas y los miembros de la junta directiva, fue un sólido pilar sobre el que se apoyaron los autores para la organización de entrevistas en profundidad y recopilación de datos. Finalmente, agradecen también a todos los representantes de la sociedad civil por compartir sus opiniones, experiencias, sugerencias y aspiraciones respecto de la respuesta nacional al VIH/sida. Una lista de las instituciones y personas entrevistadas consta en los anexos.

Resumen Ejecutivo

Motivación

La política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial (Fondo Mundial 2016) recomienda a todos los países que incluyan la planificación de la sostenibilidad en el diseño de sus programas y subvenciones, independientemente de su grado de desarrollo. El FM define sostenibilidad como "*la capacidad de un programa de salud o de un país de mantener y ampliar la cobertura de servicios a un nivel, en línea con su contexto epidemiológico, que proporcione un control constante de un problema de salud pública y apoye los esfuerzos para la eliminación de las tres enfermedades, incluso tras retirar el financiamiento externo del Fondo Mundial y de otros importantes donantes externos*.[2] Además, la política del FM establece que todos los países de ingresos medios altos deben prepararse temprana y sistemáticamente para la disminución progresiva y el eventual término del apoyo del FM. Esto aplica especialmente en aquellos países cuyas economías continúan creciendo y cuya carga de VIH, tuberculosis y malaria está declinando.

En el 2018, el Banco Mundial anunció un cambio de clasificación de varios países acorde con su ingreso por habitante. En él, situó a Guatemala en la categoría de países con ingreso medio-alto.[3] No obstante pertenecer a esta nueva categoría, no se espera que Guatemala experimente la salida completa del FM en los próximos años. Sin embargo, es conveniente que las autoridades del país comiencen a planificar esta trasformación, de modo que el país mantenga y profundice sus logros en el abordaje de la epidemia del VIH.

Para apoyar a Guatemala en el desarrollo de su estrategia de sostenibilidad (ES), el FM contrató a un equipo consultor de las empresas *Pharos Global Health Advisors* (Pharos) y *Bitrán y Asociados* (ByA) para cumplir con los siguientes objetivos:

(a) Elaborar un análisis de los principales retos, riesgos y oportunidades que enfrenta Guatemala en materia de sostenibilidad de su respuesta al VIH.

(b) Apoyar a los expertos nacionales en la construcción de la ES para la respuesta al VIH, incluyendo la definición de prioridades, las líneas de acción clave para alcanzar esas prioridades, el financiamiento requerido para implementar las líneas de acción y el plan de monitoreo de la estrategia.

(c) Facilitar la participación de las partes interesadas en la definición de la ES.

Este documento presenta el trabajo realizado por los consultores para cumplir con estos objetivos.[4]

Metodología

El FM dispone de una guía metodológica para analizar la situación de un país respecto de su preparación para hacer una transición hacia el término del financiamiento del FM para la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, o bien para hacer sostenible su respuesta frente a una disminución progresiva del apoyo que le brinda el FM. Esa guía propone el desarrollo de seis módulos analíticos sobre varios aspectos de la respuesta nacional a esas enfermedades (ver el siguiente recuadro). Los consultores desarrollaron los seis módulos; sus resultados se presentan en la sección 3 de este informe.

Además, formularon y usaron para este trabajo un marco conceptual para detectar los llamados problemas de sostenibilidad, e identificar sus causas y formular soluciones. Ese marco supone la existencia de una relación causal entre políticas de salud y el logro de los objetivos intermedios y últimos del país en materia de VIH/sida.

---

[2] Fondo Mundial (2016).

[3] https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019

[4] *Pharos Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (octubre 2018) Informe de País para Guatemala. Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida. Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País. Ciudad de Guatemala.

En el contexto de este estudio, existe un problema de sostenibilidad cuando se prevé que el país no logrará alcanzar cualquiera de sus objetivos últimos en materia de VIH/sida, que son: alcanzar el mediano plazo las metas "90-90-90" impulsadas por Naciones Unidas y suscritas por Guatemala, y lograr en el largo plazo eliminar la transmisión del VIH. El marco conceptual también incluye objetivos intermedios que son: aumentar la eficiencia asignativa (asignar los recursos existentes de modo de maximizar los objetivos últimos); aumentar la eficiencia productiva (producir atenciones a mínimo costo); mejorar la calidad de la atención (cumplir con estándares); facilitar el acceso de las poblaciones objetivo a la atención; y reducir el estigma social hacia las personas que viven con VIH (PVV).

Tabla 1 Módulos analíticos de la "Guía para el análisis de la preparación para la transición del Fondo Mundial"

Módulos básicos	Módulos opcionales
Módulo 1: Resumen del apoyo del Fondo Mundial al país	**Módulo 4:** Financiamiento de la salud y transición
Módulo 2: Situación epidemiológica y contexto programático	**Módulo 5:** Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministro para productos de salud, recursos humanos y sistemas de información
Módulo 3: Ambiente institucional, derechos humanos y género	**Módulo 6:** Organizaciones de la sociedad civil

Fuente: acesoglobal and APMG Health (2017).

Todo problema de sostenibilidad tiene una o múltiples causas que deben ser identificadas y resueltas. Ese mismo marco conceptual postula que los responsables de las políticas públicas de salud disponen de cuatro instrumentos de política: el financiamiento (los mecanismos utilizados en el país para recabar recursos financieros, canalizarlos hacia un fondo común y pagar a los prestadores de servicios de VIH); la organización (la manera en que las instituciones e individuos que participan en la provisión de servicios de VIH crean y operan sus entidades y articulan sus acciones); la regulación (el uso de herramientas legales de coerción para lograr que los actores se comporten acorde con cánones considerados aceptables en relación con el VIH); y la persuasión (el uso de mecanismos para modificar el comportamiento de los actores para avanzar hacia el logro de los objetivos intermedios y últimos). La aplicación del análisis de los seis módulos de la guía metodológica del FM combinada con el uso del marco conceptual recién descrito permitió a los autores identificar 10 problemas prioritarios de sostenibilidad, descubrir sus causas y proponer soluciones (ver sección 4 del informe).

La disponibilidad de evidencia empírica en Guatemala sobre la existencia y magnitud de cada problema es variable. Por ejemplo, como se verá, el problema 10 postula que existe ineficiencia productiva en la respuesta nacional, porque las dos mayores instituciones públicas de salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no realizan compras conjuntas de antirretrovirales (ARV). Los consultores no tuvieron acceso a los precios de compra de ARV del IGSS pero obtuvieron evidencia anecdótica de varios informantes indicando que dichos precios eran superiores a los del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Aunque no les fue posible, por lo tanto, estimar la magnitud de la ineficiencia, los autores de todos modos consideraron que existía suficiente evidencia de que el problema era real. Del mismo modo, en entrevistas con personal de salud en Unidades de Atención Integral (UAI) para el VIH, los consultores obtuvieron reportes verbales de que había rupturas ocasionales en los inventarios de ARV. No verificaron los sistemas de registro de inventarios ni tampoco pudieron tener acceso a un estudio que documentara esas rupturas. El tiempo y los recursos disponibles para este trabajo no permitían tampoco llevar a cabo un estudio específico con recolección de información primaria para verificar la validez de estos reportes. Así y todo, los consultores consideraron que los reportes de rupturas de inventario eran verosímiles y los mencionaron en este documento.

El estudio comenzó con la recopilación y revisión de fuentes bibliográficas sobre la respuesta nacional al VIH/sida. Continuó con la elaboración de preguntas para orientar entrevistas en profundidad y discusiones con informantes calificados en el país. Luego los consultores viajaron a Guatemala en la primera semana de octubre del 2018 para participar en entrevistas y talleres con actores nacionales e internacionales vinculados con el VIH. Presentaron los resultados preliminares de su trabajo a los miembros del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) y a representantes de otras instituciones nacionales e internacionales. Con los aportes recopilados prepararon un documento preliminar que circularon en el país y con el FM para su revisión y validación. En una segunda misión al país

realizada en la primera semana de diciembre, dirigieron un taller para validar los hallazgos, establecer prioridades y esbozar las líneas de acción para el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad.

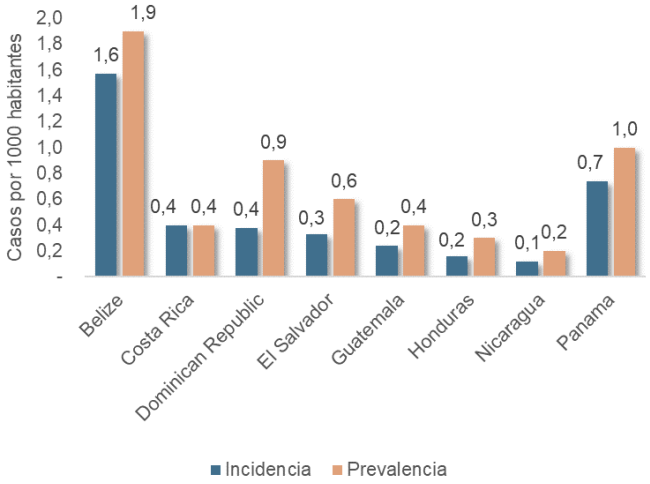
El resto de este resumen presenta primero los resultados de la ***Parte I*** de este trabajo, es decir, el *Diagnóstico Sobre la Estrategia Nacional para la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida***.** A continuación se presenta la ***Parte II***, que consiste en el *Plan de Trabajo para la Sostenibilidad*.

Parte I: Diagnóstico Sobre la Estrategia Nacional para la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida

Situación de la epidemia

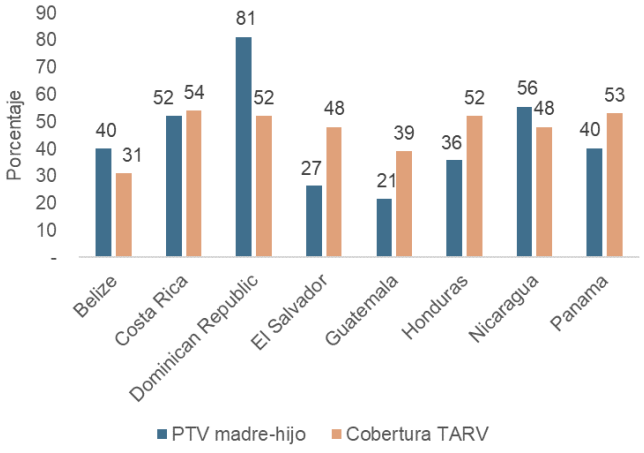
Según las estadísticas de ONUSIDA, en Guatemala la incidencia del VIH alcanzó su punto más alto en el año 1999, para luego ir disminuyendo progresivamente a su valor actual, que es el más bajo de los últimos 20 años. Guatemala aparece como el país con la segunda menor tasa de incidencia en el contexto centroamericano (incluyendo República Dominicana), después de Honduras y Nicaragua, aunque el comportamiento de la epidemia ha sido distinto en cada país.[5] En el 2017 Guatemala presentaba la tercera menor prevalencia de la región, después de Nicaragua y Honduras. Ese indicador se ha mantenido prácticamente constante en la última década, con una leve disminución en el último año.

Figura 1 Incidencia y prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) en Guatemala, los demás países centroamericanos y República Dominicana, 2017 (casos por 1000 habitantes)



Aunque Guatemala presenta una situación epidemiológica relativamente favorable en comparación con la mayoría de los países de la región, la cobertura de la terapia antirretroviral (TARV) es la segunda más baja de la región para el caso de las PVV y la más baja para prevenir la transmisión madre-hijo. Más aún, las cifras de ONUSIDA muestran, respecto de esta última cobertura, que la situación en Guatemala se ha deteriorado en los últimos años, pasando de una cobertura máxima de 33% en el 2013 a tan solo un 21% en el 2017. Sorprende que países considerablemente más pobres que Guatemala, como lo son Honduras y Nicaragua, logren coberturas muy superiores. Los desafíos de Guatemala frente al VIH quedan también de manifiesto al observar la tasa de mortalidad por VIH/sida entre las PVV de la región. Guatemala es el único país del grupo cuya tasa de mortalidad específica por VIH/sida aumentó sostenidamente en el período 2010-2017, pasando de 2,5% a 4,5%. En el 2017 solo Nicaragua tenía una tasa de mortalidad superior a la de Guatemala.

Figura 2 Cobertura de la prevención de la transmisión vertical (PTV) madre-hijo y de la terapia antirretroviral para PVV, 2017



Fuente: Los autores con información de http://aidsinfo.unaids.org/

[5] Análisis de los autores con información de ONUSIDA en http://aidsinfo.unaids.org/.

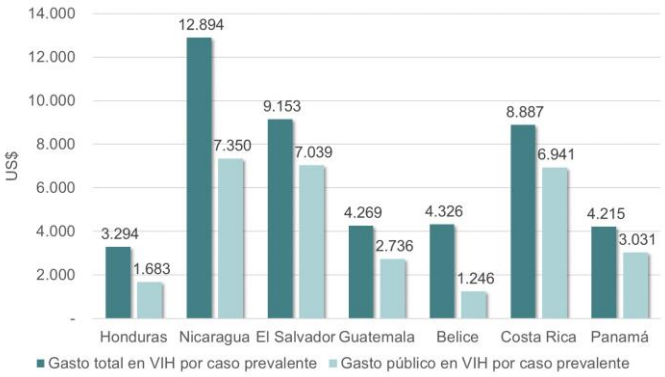
Resultados: Principales problemas de sostenibilidad que enfrenta Guatemala, causas y posibles soluciones

Los 10 principales problemas de sostenibilidad identificados en este trabajo se presentan en la Figura 4 de la página siguiente, señalando los objetivos intermedios o últimos de la respuesta nacional con los que se vinculan. Los problemas están enumerados en orden decreciente de importancia de acuerdo con un ejercicio de priorización efectuado en Ciudad de Guatemala durante un taller en diciembre de 2018. La formulación de problemas en la Figura 4 hace referencia a la principal causa identificada, habiendo en casi todos los casos múltiples causas para cada problema. Luego de la figura se describe cada problema. En la sección 4 del informe se presenta un descripción acabada de los problemas.

Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento relativamente bajo

En el contexto centroamericano, Guatemala tenía en el 2015 un bajo gasto relativo por persona que vivía con VIH (Figura 3). Con el actual gasto total del país en VIH/sida (de aproximadamente US$ 50 millones por año), Guatemala atiende a menos del 35% de las PVV. Las proyecciones MEGAS 2015-21 evidencian una gran brecha entre los recursos requeridos, de acuerdo con el costeo del Plan Estratégico Nacional (PEN), y los anticipados, según las proyecciones.[6] Las estimaciones del PEN 2017-2021 arrojan una necesidad presupuestaria anual de US$ 96 millones, en promedio, para cumplir con las metas 90-90-90 en el actual quinquenio -o el doble del actual gasto. Los gastos en prevención y tratamiento deberían duplicarse para evitar un aumento en la prevalencia.

Figura 3 Centroamérica: Gasto en VIH por caso prevalente, 2015 (US$)



Fuente: Dieleman and Others (2018).

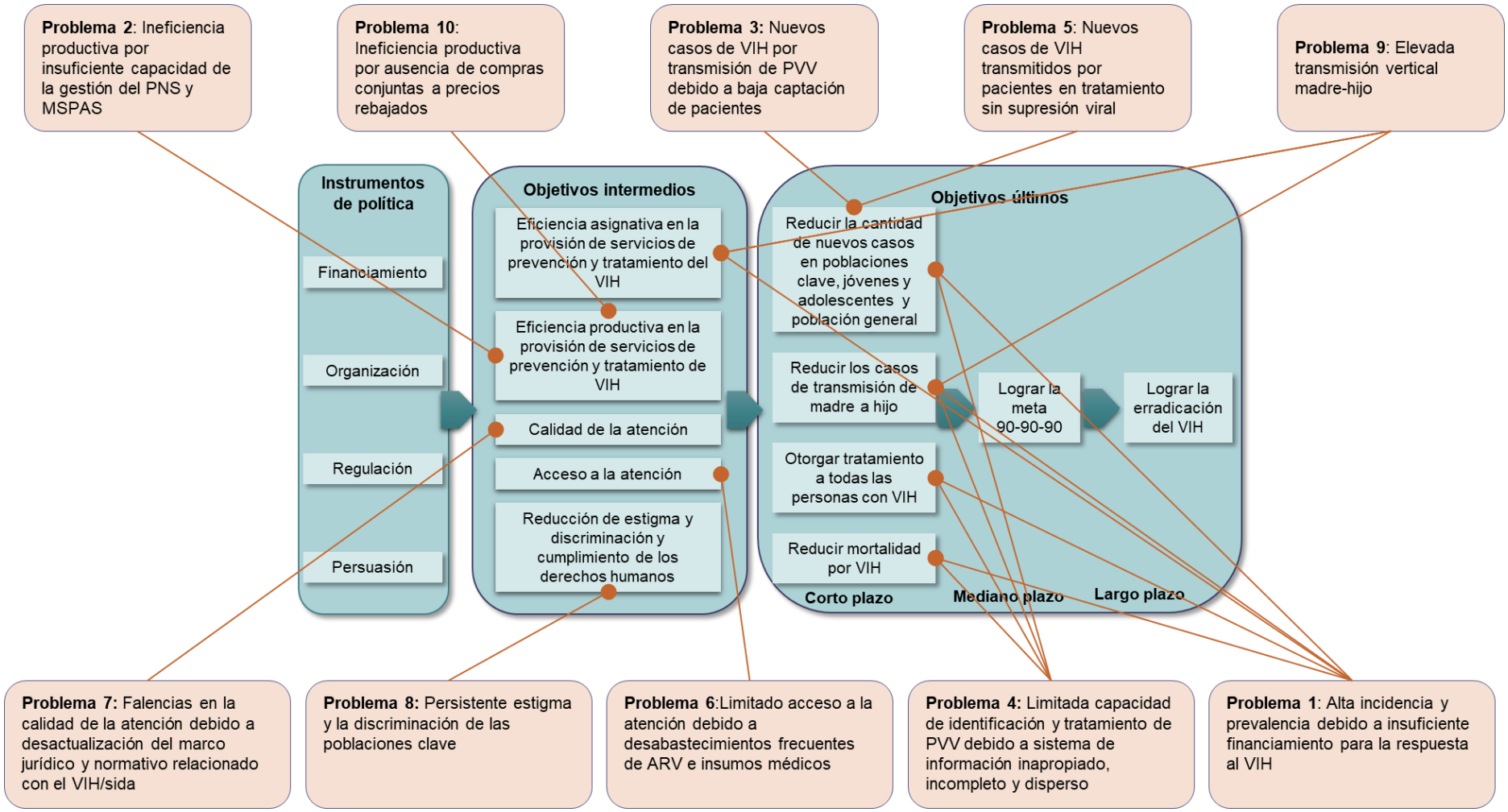
Por otra parte, si bien el gasto total en salud como proporción del producto interno bruto (PIB) era comparativamente bajo en Guatemala en el 2015 – un 5,7%, el más bajo en América Central—el gobierno hacía un esfuerzo considerable para financiar el gasto en salud, destinando un 14,9% de su presupuesto total a ese sector. Esa asignación es casi idéntica al 15% recomendado en el 2001 en la Conferencia de Abuja para los países en desarrollo.[7] Aunque otros países centroamericanos destinaban un porcentaje del presupuesto público para la salud aún mayor que el 15% (El Salvador 19,1%, Honduras 18,8%, Costa Rica 17,4%), la asignación en Guatemala, del 14,9%, ya era alta en el contexto regional: en el 2015 los gobiernos de los países de la región destinaban, en promedio, sólo el 10,3% del presupuesto para la salud.[8] Este es un hallazgo relevante desde la perspectiva del financiamiento de la salud en general y del VIH en particular: es improbable que el gobierno de Guatemala esté en condiciones de asignar una proporción de su presupuesto público para la salud (incluyendo el VIH) mayor que el actual 15%. Solo aumentará de manera importante el financiamiento público de salud si es que el gobierno logra incrementar sus ingresos totales, por la vía de los impuestos y otras fuentes, de modo que el 15% de un mayor presupuesto resultará en un mayor financiamiento sectorial.

[6] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de la Medición del Gasto en Sida en Guatemala (MEGAS) 2015.Guatemala, 2016.

[7] https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/

[8] World Bank DataBank, www.databank.worldbank.org

Figura 4 Problemas de sostenibilidad en la respuesta al VIH en Guatemala



En el período 2007-2015, las entidades públicas gastaron en promedio anualmente, US$ 29,6 millones, equivalentes al 64,5% del total de los gastos en VIH/sida realizados en el período. Por su parte, se registró un aporte anual promedio de la cooperación internacional de US$ 16,1 millones para el mismo período, equivalente al 30,6% del total de gasto registrado. Las fuentes privadas financiaron anualmente un monto promedio de US$ 4,2 millones, equivalente al 4,9% del total.

Problema 2: Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de gestión del PNS y MSPAS

La sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida depende críticamente de la capacidad del PNS para estandarizar los procedimientos operativos de la respuesta, el desarrollo de procedimientos, guías y manuales, y movilizar coordinada y planificadamente recursos nacionales e internacionales para la ejecución de las tareas planificadas. Existen falencias importantes en la capacidad de gestión del Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA y también del MSPAS. Todas estas debilidades gerenciales resultan en un manejo ineficiente de los recursos existentes.

Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes

Las estimaciones más recientes de prevalencia e incidencia señalan que en el 2016 habrían 46.000 PVV en Guatemala y que ocurrieron 2.900 nuevos casos. El acceso oportuno a la atención es comparativamente deficitario en el contexto centroamericano (ver, por ejemplo, Figura 2). En efecto, en el 2016, del total de las PVV en Guatemala, menos de un tercio (16.000), estaban vinculadas al sistema de salud. La captación tardía hace que muchas personas sean identificadas cuando ya tienen cargas virales muy elevadas o en fase sida, por lo que mantienen la cadena de transmisión. Adicionalmente, solo dos tercios de las PVV en tratamiento antirretroviral (TARV) presentaban supresión viral, mientras que el tercio restante puede seguir transmitiendo la infección.

Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso

El país no cuenta con información sistematizada sobre las actividades de captación, tamizaje e identificación de las PVV. La aplicación electrónica para el registro y seguimiento clínico no está integrada al Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), ni estandarizada en todas las UAI. El IGSS cuenta con su propio sistema de información y base de datos. Sin un sistema robusto de información no es posible identificar a las personas propensas a abandonar el tratamiento y, por ende, adoptar medidas focalizadas para la prevención del abandono. Esto se traduce en que PVV mantienen cargas virales elevadas y por lo tanto continúan transmitiendo el VIH. Todas las aplicaciones electrónicas vinculadas con el VIH que están uso tienen propósitos distintos y no se comunican entre sí, por lo que hay distintas fuentes oficiales de información.

Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral

Solo el 25% del número estimado de PVV presentan supresión viral. La retención en TARV a los 12 meses de iniciar el tratamiento fue del 75% en 2016, siendo una de las más bajas de la región, cuya mediana es del 81%. Muchas personas abandonan el tratamiento y es difícil reincorporarlas. Estos fenómenos se traducen en que muchas PVV mantienen altas cargas virales y continúan siendo potenciales transmisoras del virus.

Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos

Aunque no se registraba un desabastecimiento de ARV en el momento de las visitas a las UAI, hay situaciones de desabastecimiento documentadas en periodos recientes. Estas rupturas de inventarios se traducen en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por lo tanto, en una mayor transmisión del VIH. El país compra estrictamente lo que necesita sin un inventario de seguridad adecuado. Además, la mayoría de la compra es de ARV de marca. Si el país comprara más genéricos con la misma bioequivalencia, sería factible adquirir más medicamentos gracias al ahorro, que puede llegar hasta el 40%. Las rupturas de inventarios han llevado al MSPAS a hacer compras ocasionales locales a mayores precios. El problema deriva, fundamentalmente, de incumplimiento por parte del

proveedor. Esto lleva a que los productos que entrega atrasados tengan fechas de expiración cercanas. Además, hay problemas logísticos en el manejo de inventarios en bodega, con unidades de salud desabastecidas.

Problema 7: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida

Una respuesta sostenible implica utilizar los recursos disponibles de forma eficiente y asegurar estándares de calidad en la atención. Para ello, es necesario estandarizar los siguientes procedimientos, guías, manuales y aplicaciones electrónicas: Guía nacional de diagnóstico y tratamiento; Guía nacional de prevención, consejería e identificación de casos; Guía de lineamientos de atención en salud para personas trans; Manual de operaciones de las UAI; Plan para la desconcentración del seguimiento clínico y entrega de medicamentos; Procedimiento estandarizado para el suministro de medicamentos a las UAI y centros desconcentrados de atención.

Problema 8: Persiste el estigma y la discriminación de las poblaciones clave

En Guatemala persiste la ignorancia sobre las causas y consecuencias del VIH/sida y la discriminación hacia las PVV, incluyendo la discriminación originada en el personal de la salud. Estigma y discriminación constituyen una barrera para el acceso inicial a los servicios de atención y para asegurar la continuidad del tratamiento. Esto resulta en mayor transmisión del VIH y más mortalidad por esa causa.

Problema 9: Elevada transmisión vertical madre-hijo

Hay una elevada transmisión madre-hijo y con aumento de la mortalidad en el 2013. La ausencia de medidas necesarias para ofertar la prueba de VIH en la atención prenatal puede llevar a un incremento en la incidencia del VIH y en la mortalidad por VIH/sida. En el 2016, solo el 42% del total de embarazadas accedieron a servicios de tamizaje de VIH en establecimientos públicos. En 2017, la cobertura de TARV para madres era del orden de 21,5% de las que asistían al servicio.[9] Las coberturas de la atención prenatal (40%) y la del parto hospitalario (60%) son bajas por razones socioculturales.

Problema 10: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados

El MSPAS y el IGSS no realizan compras conjuntas de ARV lo que se traduce en que el precio promedio que paga cada institución es superior al precio potencial. Esto a su vez permite menores volúmenes de compra con el presupuesto disponible. Esta práctica resulta en una menor disponibilidad nacional de TARV, con un consecuente aumento en la transmisión del VIH. Las compras conjuntas son una buena práctica, como lo demuestran varias experiencias regionales exitosas. Si se desea implementar estrategias como la profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis post-exposición (PEP), y diagnóstico-tratamiento (Test & Start), se necesitarán recursos adicionales.

Parte II: Plan de Trabajo para la Sostenibilidad

El análisis formulado en la primera parte de este documento identificó los 10 problemas (también denominados “riesgos”) de sostenibilidad más importantes que enfrenta Guatemala, así como un conjunto de posibles soluciones. Puesto que varios de los problemas de sostenibilidad están relacionados, porque pertenecen a un mismo ámbito de acción de la respuesta nacional, se propuso una agrupación de estos diez problemas en cinco objetivos mayores que constituyen el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad.

A continuación se formulan los objetivos y acciones de solución propuestas en el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad. Las actividades específicas que deben realizarse bajo cada acción se describen en la Tabla 7 de la sección 6, en el cuerpo del informe.

Objetivo 1. Aumentar el financiamiento público para la respuesta nacional al VIH/sida

Acción 1.1 Alcanzar mayor eficiencia del gasto público en la respuesta nacional al VIH/sida.

[9] http://www.unaids.org/en/topic/data

Acción 1.2 Asegurar el compromiso y voluntad política de las autoridades del MSPAS para incrementar las asignaciones presupuestarias para con los compromisos asumidos en el PEN para la atención de las ITS, VIH y sida.
Acción 1.3 Invertir en prevención combinada junto con la sociedad civil.

Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional

Acción 2.1 Fortalecer la gobernanza y la capacidad de rectoría del MSPAS para formular políticas y planes sectoriales y nacionales que reflejen la prioridad en la atención a la epidemia del VIH, declarada como un problema social de urgencia nacional por el Decreto Ley 27-2000.
Acción 2.2 Mejorar la gestión de recursos humanos vinculados al PNS para cumplir con los objetivos y metas del PEN.
Acción 2.3 Diseñar e implementar un sistema de información único e integral del VIH/sida.
Acción 2.4 Desarrollar un módulo de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH/sida.
Acción 2.5 Desarrollar el marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida.

Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH

Acción 3.1 Sistematizar las intervenciones de capacitación y diagnóstico desarrollando e implementando procedimientos operativos con énfasis en promoción y prevención.
Acción 3.2 Implementar las guías y normativas de atención integral con énfasis en la promoción y prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica de VIH y violencia de género.
Acción 3.3 Extender las acciones de captación y tamizaje mediante la contratación de organizaciones de la sociedad civil (OSC) con experiencia en el tema.
Acción 3.4 Universalizar la prueba diagnóstica.
Acción 3.5 Aumentar la proporción de pacientes en tratamiento antirretroviral con supresión viral.
Acción 3.6 Avanzar en la implementación de procesos de desconcentración de la atención y tiempos más prolongados de entrega de ARV.
Acción 3.7 Eliminar la transmisión vertical madre-hijo.

Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos

Acción 4.1 Asegurar el abastecimiento continuo de ARV e insumos diagnósticos a través de mejoras en la planificación, el sistema de abastecimiento y procedimientos de compra
Acción 4.2 Realizar compras conjuntas de ARV e insumos diagnósticos entre le MSPAS y el IGSS a precios rebajados

Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave

Acción 5.1 Implementar procesos de sensibilización y capacitación a funcionarios públicos y a la población para reducir estigma y discriminación.
Acción 5.2 Proveer servicios sin estigma ni discriminación a población clave.

La Tabla 8 de la sección 6 de este documento presenta estos objetivos y acciones junto con las actividades específicas a desarrollar bajo cada acción. En su conjunto, constituyen el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad.

Reflexiones finales

Este trabajo, realizado en estrecha colaboración con los actores involucrados en la respuesta al VIH/sida, ha permitido identificar los diez principales problemas de la respuesta y proponer posibles soluciones. Asimismo, ha formulado objetivos, acciones y actividades específicas y prioritarias que forman parte de un plan de trabajo para la sostenibilidad consensuado. Este plan servirá de hoja de ruta para reforzar la estrategia de sostenibilidad de la respuesta nacional.

El reciente deterioro de algunos indicadores de desempeño sugiere que la respuesta nacional al VIH/sida no está siendo efectiva para el control de la epidemia y que las metas a las cuales el país se ha comprometido, sobre todo las del 90-90-90, no serán alcanzadas. En el origen de esta situación hay problemas estructurales de difícil solución en el corto plazo, particularmente: (1) un presupuesto público insuficiente para cubrir el costo de una respuesta nacional integral y (2) una débil administración pública que impide que profesionales nacionales den continuidad a las intervenciones técnicas. Las agencias de cooperación técnica y financiera han intentado suplir estas deficiencias aportando recursos humanos y financieros para actividades recurrentes y que deberán ser asumidas por el gobierno de Guatemala. Para reforzar la respuesta nacional, se requiere de un proceso sostenido y efectivo de desarrollo de capacidades nacionales que permitan consolidar un liderazgo claro y contundente, que aglutine los esfuerzos individuales de los diversos actores.

Uno de los pilares que sostendrá la estrategia de sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida es el fortalecimiento de la capacidad institucional nacional mediante las acciones pertinentes para que el PNS y el MSPAS ejerzan a cabalidad la función rectora del sistema de salud y conduzcan con eficiencia los esfuerzos de los distintos actores nacionales e internacionales. El mejoramiento permanente de las destrezas profesionales y los conocimientos técnicos, junto con el desarrollo y actualización de políticas, estrategias e instrumentos, abonarán a una gestión más eficaz. Esto permitirá paliar la alta rotación de personal y contribuirá a una respuesta nacional unificada, aun cuando se requieran múltiples proveedores de servicios. En este contexto, no se debe escatimar esfuerzos para el desarrollo de procedimientos operativos y manuales de gestión y sistematización de experiencias en curso, en particular los aportes de las OSC en tareas que no pueden ser desempeñadas por instituciones públicas. De igual forma, el fortalecimiento institucional de las OSC, incluyendo gestión y movilización de recursos, es imperativo para que en el mediano y largo plazo puedan preservar su contribución complementaria a las acciones estatales.

El desarrollo e implementación de un sistema de información nacional y automatizado es primordial. Permitirá que todos los actores organicen sus intervenciones con base en indicadores confiables, y permitirá evaluar los resultados de las intervenciones. Una vez desarrollado este sistema, las instituciones de salud y las agencias de cooperación estarían en condiciones de reportar periódicamente el progreso e impacto de sus actividades.

Es evidente la necesidad de mayores recursos financieros para la respuesta nacional, pero su disponibilidad inmediata no parece factible. Pero aunque potenciales recursos nuevos (de haberlos) fuesen inyectados a la respuesta en las condiciones actuales, su uso podría diluirse producto de múltiples ineficiencias en la respuesta. La combinación de procedimientos operativos estandarizados, para robustecer las intervenciones y mejorar la eficiencia, y un sistema integral, nominal y oportuno de información son el fundamento para mejorar el desempeño.

La implementación temprana de las intervenciones sugeridas aquí para hacer sostenible la respuesta nacional al VIH/sida, junto con el seguimiento y la evaluación del desempeño de esta, revieran resultar en una respuesta nacional más eficiente y por ende una mayor velocidad de avance hacia el logro de las metas del 90-90-90.

Abreviaciones

ADPIC	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
ByA	Bitrán y Asociados
CAS	Colectivos de Amigos contra el Sida
CINR	Cooperación Internacional no Reembolsable (CINR)
COMISCA	Comisión de Ministros de Salud de Centro América
CONASIDA	Comisión Nacional Multisectorial del Sida
DDHH	Derechos Humanos
DOTS	Sistema de Tratamiento por Observación Directa para la TB
ETMI	Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita
EyD	Estigma y Discriminación
FM	Fondo Mundial para la lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria
FMI	Fondo Monetario Internacional
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ICEFI	Instituto de Centroamericano de Estudios Fiscales
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, gay, bisexual, transexual e intersexual
MANGUA	Sistema de Registro Electrónico de Información Clínica en VIH/Sida
MCP	Mecanismo Coordinador de País
MCR	Mecanismo Coordinador Regional
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MTF	Mujeres transfemeninas
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
PEA	Población económicamente activa
PEC	Programa de Extensión de la Cobertura
PEMAR	Población expuesta al mayor riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEP	Profilaxis Post Exposición
Pharos	*Pharos Global Health Advisors*
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA
PPL	Personas Privadas de Libertad
PrEP	Profilaxis pre- exposición
PTS	Plan de Trabajo para la Sostenibilidad
PVV	Personas que viven con VIH
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TRANS	Travestis, transgénero o transexuales femeninas
UAI	Unidades de Atención Integral en VIH/sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
VICITS	Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual
VIH/Sida	Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Contenidos

1. Introducción 1
2. Metodología 1
   2.1. Marco conceptual 1
   2.2. Actividades desarrolladas durante la consultoría 3

Parte I: Diagnóstico Sobre la Estrategia Nacional para la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida 5

3. Análisis de situación 5
   3.1. Módulo 1: Resumen del apoyo del FM al país en VIH 5
   3.2. Módulo 2: Situación epidemiológica y contexto programático 6
   3.3. Módulo 3: Ambiente institucional, derechos humanos y género 14
      (a) Entorno institucional 14
      (b) Derechos humanos y género en el marco político e institucional 15
   3.4. Módulo 4: Financiamiento de la salud y sostenibilidad 17
      (a) Entorno macroeconómico, fiscal y político 17
      (b) Panorama del financiamiento del sistema de salud 18
      (c) Gasto público en salud 19
      (d) Gasto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 20
      (e) Gasto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 23
      (f) Gasto de otros actores públicos 23
      (g) Costeo y financiamiento del VIH 23
      (h) Financiamiento necesario proyectado para la respuesta al VIH 25
      (i) Ineficiencia del gasto público en salud 26
      (j) Transferencias de fondos a OSC 27
   3.5. Módulo 5: Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministro para productos de salud, recursos humanos y sistemas de información 27
      (a) Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministro para productos de salud y recursos humanos 27
      (b) Sistemas de información para VIH 29
   3.6. Módulo 6: Organizaciones de la sociedad civil 31
      (a) Estructura y roles actuales de la sociedad civil 31
      (b) Sostenibilidad y resiliencia de la sociedad civil 32
      (c) Oportunidades para un mayor rol de sociedad civil en respuesta al VIH 33
4. Problemas, riesgos y posibles soluciones 34
   4.1. Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento relativamente bajo—causas y posibles soluciones 34
   4.2. Problema 2. Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de gestión del PNS y MSPAS 35
   4.3. Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes 36
   4.4. Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso 37
   4.5. Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral 37
   4.6. Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos 39
   4.7. Problema 7: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida 40
   4.8. Problema 8: Persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave 41
   4.9. Problema 9: Elevada transmisión vertical madre-hijo 41
   4.10. Problema 10: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados 42

Parte II: Plan de Trabajo para la Sostenibilidad 44
5. Principales recomendaciones en el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad 44
5.1. Correspondencia entre riesgos de sostenibilidad y objetivos del PTS 44
5.2. Objetivo 1. Aumentar el financiamiento público para la respuesta nacional al VIH/sida 45
(a) En respuesta al Problema 1 de sostenibilidad: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente 45
5.3. Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional 46
(b) En respuesta al Problema 2 de sostenibilidad: Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de la gestión del PNS y MSPAS 46
(c) En respuesta al Problema 4 de sostenibilidad: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso – 47
(d) En respuesta al Problema 7 de sostenibilidad: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida –Acción: Actualizar el marco jurídico y normativo relacionado con VIH/sida 48
5.4. Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH 48
(a) En respuesta al Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes 48
(b) En respuesta al Problema 5 de sostenibilidad: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral 49
(c) En respuesta al Problema 9 de sostenibilidad: Elevada transmisión vertical madre-hijo 50
5.5. Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos 50
(a) En respuesta al Problema 6 de sostenibilidad: Asegurar el abastecimiento continuo de ARV e insumos diagnósticos 50
(b) En respuesta al Problema 10 de sostenibilidad: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados 51
5.6. Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación de la población clave 51
(a) En respuesta al Problema 8 de sostenibilidad: Persistente estigma y discriminación de las poblaciones clave por desconocimiento de riesgos por parte del personal de salud y de derechos por parte de los pacientes 51
6. Plan de Trabajo para la Sostenibilidad 52
7. Recomendaciones para el monitoreo de la sostenibilidad 63
8. Reflexiones finales 63
Anexos 65
Referencias 67

Lista de tablas

Tabla 1 Módulos analíticos de la “Guía para el análisis de la preparación para la transición del Fondo Mundial” iv
Tabla 2 Subvenciones del Fondo Mundial para Guatemala en el ámbito del VIH 5
Tabla 3 Número y ubicación de las UAI y número de personas con VIH retenidos / atendidos (2015) 12
Tabla 4 Análisis del gasto en VIH en Guatemala (US$ de cada año) 22
Tabla 5 Costeo del Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida (Millones de US$) 26
Tabla 6 Objetivos y acciones del PTS y su relación con los riesgos de sostenibilidad 45
Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos 53
Tabla 8 Lista de personas entrevistadas y sus respectivas instituciones 65

Lista de figuras

Figura 1 Incidencia y prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) en Guatemala, los demás países centroamericanos y República Dominicana, 2017 (casos por 1000 habitantes) v
Figura 2 Cobertura de la prevención de la transmisión vertical (PTV) madre-hijo y de la terapia antirretroviral para PVV, 2017 v
Figura 3 Centroamérica: Gasto en VIH por caso prevalente, 2015 (US$) vi
Figura 4 Problemas de sostenibilidad en la respuesta al VIH en Guatemala vii
Figura 5 Marco conceptual para el análisis y la solución de problemas en la respuesta nacional al VIH/sida 3
Figura 6 Bebés expuestos al VIH que recibieron una prueba virológica en un plazo de dos meses desde su nacimiento en América Latina y el Caribe, 2014-2015 (%) 6
Figura 7 Prevalencia del VIH por departamento de residencia, Guatemala 2012-2016 10
Figura 8 Cascada del continuo de atención en VIH en algunos países centroamericanos, circa 2016 (%) 10
Figura 9 Funciones de los actores institucionales involucrados en la respuesta al VIH 15
Figura 10 Gasto total en salud, 2001-2016 (millones de US$) 18
Figura 11 Fuentes de financiamiento del gasto total en salud 2016 (%) 19
Figura 12 América Central: Gasto total en salud como porcentaje del PBI y estructura del gasto en salud, 2015 20
Figura 13 Gasto total en VIH por fuentes de financiamiento (millones de US$) 24
Figura 14 Gasto total en VIH por destino 2015 25
Figura 15 Relación lógica entre los riesgos de sostenibilidad y el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad 44

1. Introducción

La sostenibilidad a largo plazo es un aspecto fundamental del financiamiento del desarrollo y la salud mundial. Es esencial que los países sean capaces de ampliar y mantener programas para lograr una repercusión duradera en la lucha contra las tres enfermedades (VIH, tuberculosis y malaria) y avanzar hacia la posible consecución de la cobertura universal de la salud. Los países que han experimentado un crecimiento económico en el último decenio pueden avanzar paulatinamente desde una situación caracterizada por un importante financiamiento externo hacia una en la cual el financiamiento proviene enteramente de fuentes nacionales. El Marco Estratégico 2017-2022 del Fondo Mundial reconoce ese hecho e incluye un subobjetivo específico por el que el FM se compromete a "apoyar respuestas sostenibles para el control epidémico y la realización de transiciones satisfactorias".[10]

Guatemala está en el proceso de desarrollo de su estrategia de sostenibilidad (ES) de su respuesta al VIH/sida. Aunque no se espera que el país experimente la salida completa del FM en los próximos años, es crucial que sus autoridades comiencen a planificar de manera eficiente esta trasformación, de tal suerte que mantenga y profundice los logros en el abordaje de la epidemia. Para hacer sostenible su respuesta, Guatemala debe reforzar la capacidad de su sistema de salud para mantener y ampliar la cobertura de los servicios de promoción, prevención y tratamiento, y apoyar los esfuerzos de las organizaciones activas en el combate contra la epidemia. Disponer de una respuesta sostenible es fundamental para que el país pueda preservar su importante labor en esta área, en especial tras la retirada del financiamiento del FM y de otros importantes donantes externos.

El resto de este informe está organizado de la siguiente manera. El trabajo de la Fase I ("Diagnóstico") se presenta en las secciones 2 a 4. La sección 2 contiene la metodología general, el marco conceptual adoptado por los autores y la descripción de las actividades de consultoría. La sección 3 presenta un el diagnóstico sobre la sostenibilidad de la estrategia nacional para la respuesta al VIH/sida. Este diagnóstico está estructurado en torno a los seis módulos analíticos de la "Guía para el análisis de la preparación para la transición del Fondo Mundial". La sección 4 describe los 10 principales problemas identificados durante este trabajo y que interfieren con la sostenibilidad de la respuesta de Guatemala al VIH/sida.[11] Adicionalmente, esta sección incluye las principales causas de esos problemas y sus potenciales soluciones, donde causas y soluciones también fueron identificadas durante la Fase I. Los resultados de la Fase II ("Plan de Trabajo para la Sostenibilidad") se presentan en las secciones 5 a 7 y fueron producto de un trabajo colectivo realizado por los participantes en un taller nacional de consulta. La sección 5 contiene las principales recomendaciones del Plan de Trabajo para la Sostenibilidad. Estas abordan cada uno de los 10 problemas prioritarios. La sección 6 presenta el llamado "Plan de Trabajo para la Sostenibilidad", que está estructurado alrededor de los 10 problemas prioritarios. Para la solución de cada problema, el PTS formula un conjunto de acciones y actividades, el costo estimado de cada actividad y las entidades responsables de llevarlas a cabo. La sección 7 del documento realiza recomendaciones para el monitoreo de la sostenibilidad. Por último, la sección 8 ofrece reflexiones finales.

2. Metodología

2.1. Marco conceptual

El FM dispone de una guía metodológica para analizar la situación de un país respecto de su preparación para hacer una transición hacia el término del financiamiento del FM, o bien para hacer sostenible su respuesta frente a una disminución progresiva del apoyo que le brinda el FM en la lucha contra al VIH,

[10] Guidance for Analysis of Country Readiness for Global Fund Transition, APMG/Aceso May 2017.

[11] Estos problemas fueron consensuados con los expertos nacionales durante la Fase II del trabajo y se presentan en orden descendente de importancia.

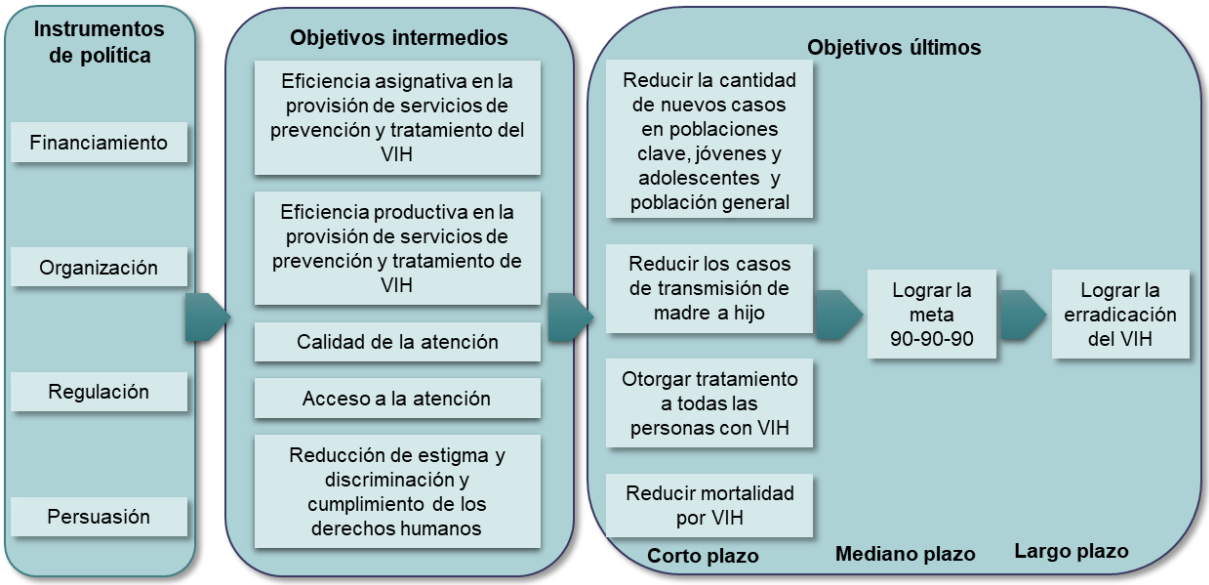
la tuberculosis y la malaria.[12] Esa guía propone como metodología el desarrollo de módulos analíticos sobre distintos aspectos de la respuesta nacional a esas enfermedades. Tres de esos módulos son considerados indispensables en todo país y otros tres son opcionales (ver Tabla 1 del Resumen Ejecutivo). Los consultores desarrollaron los seis módulos; sus resultados se presentan en la sección 3 de este informe, "Análisis de la preparación para la sostenibilidad".

Además, formularon y usaron para este trabajo un marco conceptual para detectar los llamados problemas de sostenibilidad, identificar sus causas y formular soluciones.[13] Ese marco supone la existencia de una relación causal entre políticas de salud y el logro de los objetivos intermedios y últimos del país en materia de VIH/sida. En el contexto de este estudio, existe un problema de sostenibilidad cuando se prevé que el país no logrará alcanzar cualquiera de sus objetivos últimos en materia de VIH/sida, que son: alcanzar el mediano plazo las metas "90-90-90" impulsadas por Naciones Unidas y suscritas por Guatemala y lograr, en el largo plazo, eliminar la transmisión del VIH. El marco conceptual también incluye objetivos intermedios que son: aumentar la eficiencia asignativa (asignar los recursos existentes de modo de maximizar los objetivos últimos); aumentar la eficiencia productiva (producir atenciones a mínimo costo); mejorar la calidad de la atención (cumplir con estándares); facilitar el acceso de las poblaciones objetivo a la atención; y reducir el estigma social hacia personas que viven con VIH (PVV). Todo problema de sostenibilidad tiene una o múltiples causas que deben ser identificadas y resueltas. Ese mismo marco conceptual postula que los responsables de las políticas públicas de salud disponen de cuatro instrumentos de política: el financiamiento (los mecanismos utilizados en el país para recabar recursos financieros, canalizarlos hacia un fondo común y pagar a los prestadores de servicios de VIH); la organización (la manera en que las instituciones e individuos que participan en la provisión de servicios de VIH crean y operan sus entidades y articulan sus acciones); la regulación (el uso de herramientas legales de coerción para lograr que los actores se comporten acorde con cánones considerados aceptables en relación con el VIH); y la persuasión (el uso de mecanismos para modificar el comportamiento de los actores para avanzar hacia el logro de los objetivos intermedios y últimos). La aplicación del análisis de los seis módulos de la guía metodológica del FM combinada con el uso del marco conceptual recién descrito permitió a los autores identificar 10 problemas prioritarios de transición, descubrir sus causas y proponer soluciones (ver sección 4 del informe).

[12] acesoglobal and APMG Health (2017).

[13] El marco conceptual está basado en el modelo *Flagship*, formulado por la Roberts y colegas de la Universidad de Harvard, en colaboración con el Banco Mundial, para diagnosticar y resolver problemas en el sector salud –ver Roberts et al. (2008).

Figura 5 Marco conceptual para el análisis y la solución de problemas en la respuesta nacional al VIH/sida



Fuente: Los autores.

La evidencia empírica en Guatemala sobre la existencia y magnitud de cada problema es variable. Por ejemplo, como se verá, el problema 10 postula que existe ineficiencia productiva en la respuesta nacional, porque las dos mayores instituciones públicas de salud, el MSPAS y el IGSS no realizan compras conjuntas de antirretrovirales (ARV). Los consultores no tuvieron acceso a los precios de compra de ARV del IGSS pero obtuvieron evidencia anecdótica de varios informantes indicando que dichos precios eran superiores a los del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). No fue posible, por lo tanto, estimar la magnitud de la ineficiencia, pero de todos modos consideraron que existía suficiente evidencia de que el problema era real. Del mismo modo, en entrevistas con personal de salud en Unidades de Atención Integral (UAI) para el VIH, los consultores obtuvieron reportes verbales de que había rupturas ocasionales en los inventarios de ARV. No verificaron los sistemas de registro de inventarios ni tampoco pudieron tener acceso a un estudio que documentara esas rupturas. El tiempo y los recursos disponibles para este trabajo no permitían tampoco llevar a cabo un estudio específico con recolección de información primaria para verificar la validez de estos reportes. Así y todo, los consultores consideraron que los reportes de rupturas de stock eran verosímiles y los mencionaron en este documento.

La multiplicidad de variables que inciden en la salud de las personas y que intervienen en el funcionamiento de un sistema de salud hacen que todo problema tenga varias causas. Por ejemplo, la alta transmisión vertical del VIH de madre a hijo puede deberse a la ausencia de ARV para tratar a la madre, o bien a una baja captación de embarazadas en el sistema de salud o a una falta de continuidad en la correcta administración de los ARV para la madre y para su hijo durante las seis semanas posteriores al parto. Dadas las limitaciones en la capacidad del país para abordar las múltiples causas de un problema, es conveniente en muchos casos identificar las principales causas, o aquellas que no siendo las más importantes son factibles de abordar, y proponer una solución para ellas. El análisis de problemas, causas y posibles soluciones que se presenta más abajo en este informe también considera esta priorización de causas y sus respectivas soluciones.

2.2. Actividades desarrolladas durante la consultoría

El estudio comenzó con la recopilación y revisión de fuentes bibliográficas sobre la respuesta nacional al VIH/sida. Continuó con la elaboración de preguntas para orientar entrevistas en profundidad y discusiones con informantes calificados en el país. Luego los consultores viajaron a Guatemala en la pri-

mera semana de octubre del 2018 para participar en entrevistas y talleres con actores nacionales e internacionales vinculados con el VIH. Presentaron los resultados preliminares de su trabajo a los miembros del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) y a representantes de otras instituciones nacionales e internacionales. Con los aportes recopilados prepararon un documento preliminar que circularon en el país y con el FM para su revisión y validación. En una segunda misión al país realizada en la primera semana de diciembre, dirigieron un taller para validar los hallazgos, establecer prioridades y esbozar las líneas de acción para el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad (PTS). En el Anexo se lista las personas (junto a sus respectivas instituciones) con quienes los consultores se reunieron y obtuvieron sus aportes para el estudio.

Parte I: Diagnóstico Sobre la Estrategia Nacional para la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida

3. Análisis de situación

Esta sección presenta la información recabada por los consultores respecto de los seis módulos contenidos en la "Guía para el análisis de la preparación para la transición del Fondo Mundial". Esta presentación es luego complementada por una descripción de los 10 problemas prioritarios que enfrenta Guatemala en su respuesta al VIH y una proposición de soluciones necesarias para hacer sostenible dicha respuesta. Estos problemas fueron identificados por los consultores y luego validados y priorizados por las autoridades y expertos nacionales en un taller de trabajo.

3.1. Módulo 1: Resumen del apoyo del FM al país en VIH

Las subvenciones del FM han ayudado al país a robustecer la implementación de acciones de promoción y prevención con énfasis en poblaciones clave y grupos vulnerables en áreas prioritarias del territorio. El apoyo que el FM ha brindado a las OSC para que estas participen en la respuesta nacional en este campo ha sido fundamental para robustecer la respuesta del país. También ha sido crucial su apoyo al sistema público de salud para cubrir las brechas que se han presentado en materia de diagnóstico y tratamiento, mediante la compra de reactivos de laboratorio y ARV. El gobierno de Guatemala ha ido asumiendo progresivamente el financiamiento de los insumos, pruebas diagnósticas y ARV, permitiendo que los fondos de las subvenciones del FM puedan enfocarse en las áreas de promoción y prevención. Desde 2004 el FM ha venido otorgando un apoyo financiero y técnico a Guatemala mediante las siguientes subvenciones, para las que se señala el Receptor Principal (RP), las fechas de inicio y término y el monto.

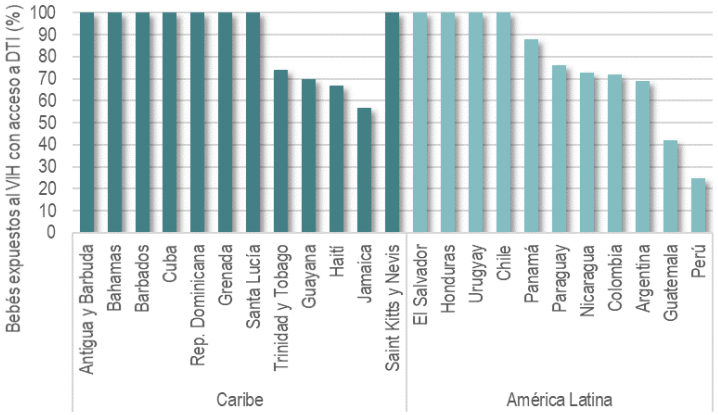
Tabla 2 Subvenciones del Fondo Mundial para Guatemala en el ámbito del VIH

Ronda	Subvención	Receptor Principal	Fecha de inicio de la subvención	Fecha de término	Total de la subvención (US$)
3	GUA-304-G01-H Intensificación de actividades en prevención y atención integral entre grupos vulnerables y en áreas prioritarias de Guatemala	Visión Mundial	01 dic 2004	30 sep. 2010	$41,0M
3	GUA-311-G06-H Conteniendo la diseminación del VIH en Guatemala: Intensificación de los servicios de prevención y atención integral para grupos vulnerables y zonas prioritarias	Ministerio de Salud y Asistencia Social	01 oct 2010	31 dic. 2017	$30,0M
3	GUA-311-G05-H Intensificación de actividades en prevención y atención integral entre grupos vulnerables y en áreas prioritarias de Guatemala	Humanist Institute for Co-operation with Developing Countries (HIVOS)	01 oct 2010	31 dic. 2017	$44,7M
9	Intensificación de prevención, diagnóstico y atención integral entre grupos vulnerables en municipalidades prioritarias por la alta carga del VIH	Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP)	01 oct 2018	31 dic. 2020	$14,7

3.2. Módulo 2: Situación epidemiológica y contexto programático

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA) estimaba que en el 2016 había en Guatemala 46.000 personas viviendo con el VIH, cifra equivalente a cerca del 0,4% de la población adulta (15-49 años). La epidemia está concentrada en población clave, con un 22,2% en población transgénero, 8,0% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 1,6% entre trabajadores sexuales y 0,7% en personas privadas de libertad.[14] La población indígena muestra tasas de prevalencia comparativamente bajas.[15] La mortalidad se incrementó en un 167% desde entre 2010 y 2016. En ese último año se registraron 2.900 nuevas infecciones y 1.600 muertes relacionadas con el VIH.[16] En contraste con las estimaciones de ONUSIDA, el MSPAS reportaba 38.217 casos a diciembre de 2017, de los cuales los niños (menores de 14 años) representaban el 4,8%.[17] Del total de casos, el 62% corresponde a hombres, dando una razón de masculinidad de 1,6. En el periodo enero de 2004 a junio de 2017, se ha estimado que el 48,5% de los casos fueron diagnosticados como VIH avanzado debido a que estaban en fase sida con presencia de coinfecciones. También se observó que las mujeres acuden a los servicios de salud antes que los varones.[18]

Figura 6 Bebés expuestos al VIH que recibieron una prueba virológica en un plazo de dos meses desde su nacimiento en América Latina y el Caribe, 2014-2015 (%)

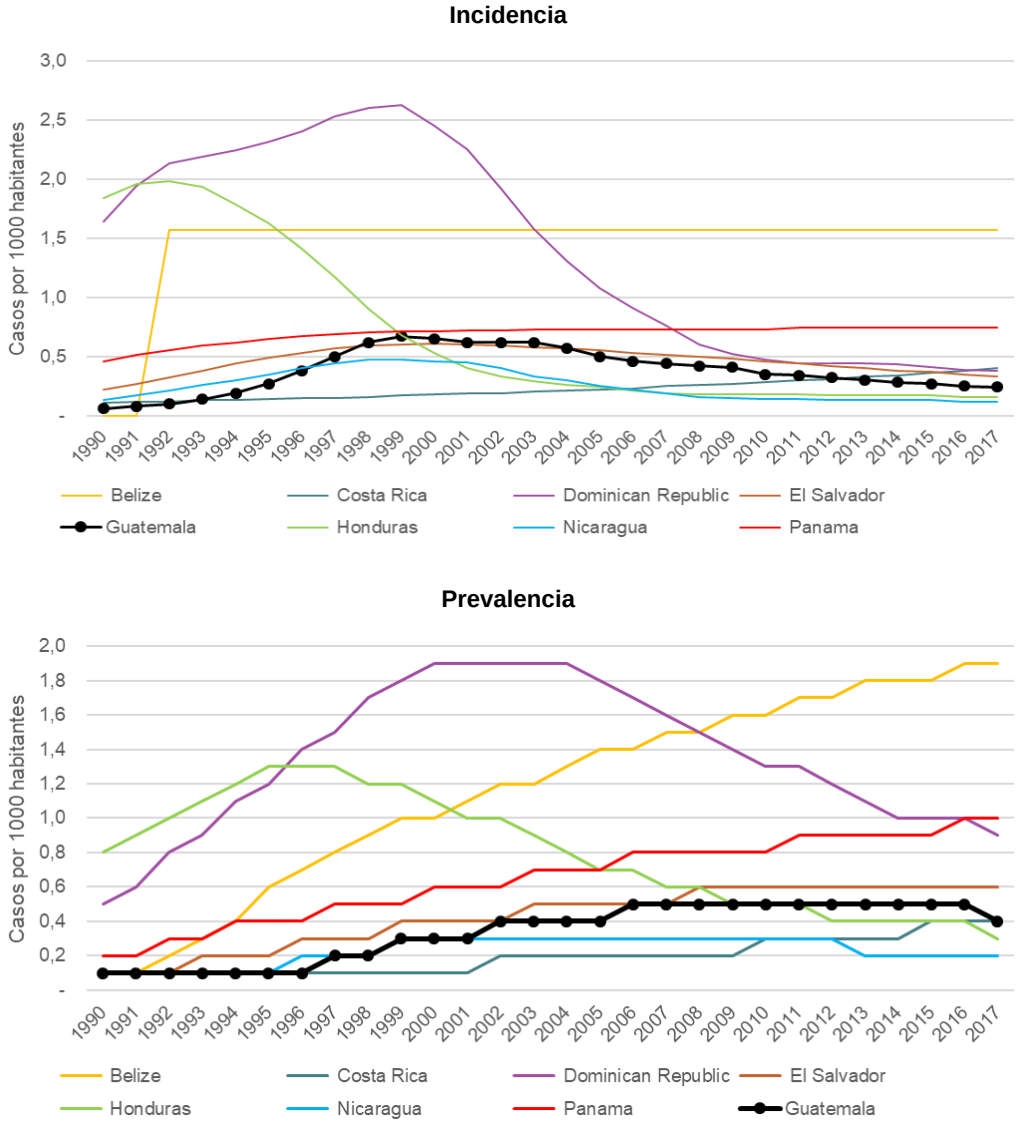


Fuente: Pan American Health Organization, World Health Organization, and Unicef (2016)

Según las estadísticas de ONUSIDA, en Guatemala la incidencia del VIH alcanzó su punto más alto en el año 1999, para luego ir disminuyendo progresivamente a su valor actual, que es el más bajo de los últimos 20 años en ese país (Figura 7, panel superior). En cada país de Centroamérica y en República Dominicana la situación ha sido diferente, aunque Guatemala aparece como el país con la segunda menor tasa de incidencia, después de Honduras y Nicaragua. En Costa Rica la incidencia ha experimentado un aumento sostenido, excediendo en el 2017 el valor observado en Guatemala. En Panamá y Belice, la incidencia aumentó hasta hace casi dos décadas y desde entonces se mantiene estable y relativamente elevada. República Dominicana experimentó un aumento sostenido de la incidencia hasta presentar por lejos el valor más alto de la región alrededor del año 2000, para luego lograr una reducción fuerte y sostenida hasta el 2017. En comparación con los demás países de la región, la incidencia en Guatemala se ha comportado de manera muy similar, tanto en magnitud como en tendencia, a aquellas en Nicaragua y El Salvador.

[14] Esto significa que la prevalencia en la población general es menor al 1% y mayor de 5% en poblaciones consideradas clave.
[15] Tory M. Taylor, John Hembling, and Jane T. Bertrand. Ethnicity and HIV Risk in Guatemala. *Measure evaluation*. 12-86 (July 2012).
[16] El UNAIDS Data Book 2017 estima una incidencia de 2,880 casos nuevos por año.
[17] MSPAS (2016). Costeo del PEN para la prevención, atención y control del ITS, VIH, SIDA. Guatemala 2017-2021. Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida.
[18] Informe de vigilancia epidemiológica del VIH: enero a junio de 2017. MSPAS, Departamento de Epidemiología, 2017.

Figura 7 incidencia y prevalencia del VIH en adultos de 15-49 años en América Central y República Dominicana, 1990-2017 (casos por 1000 habitantes)



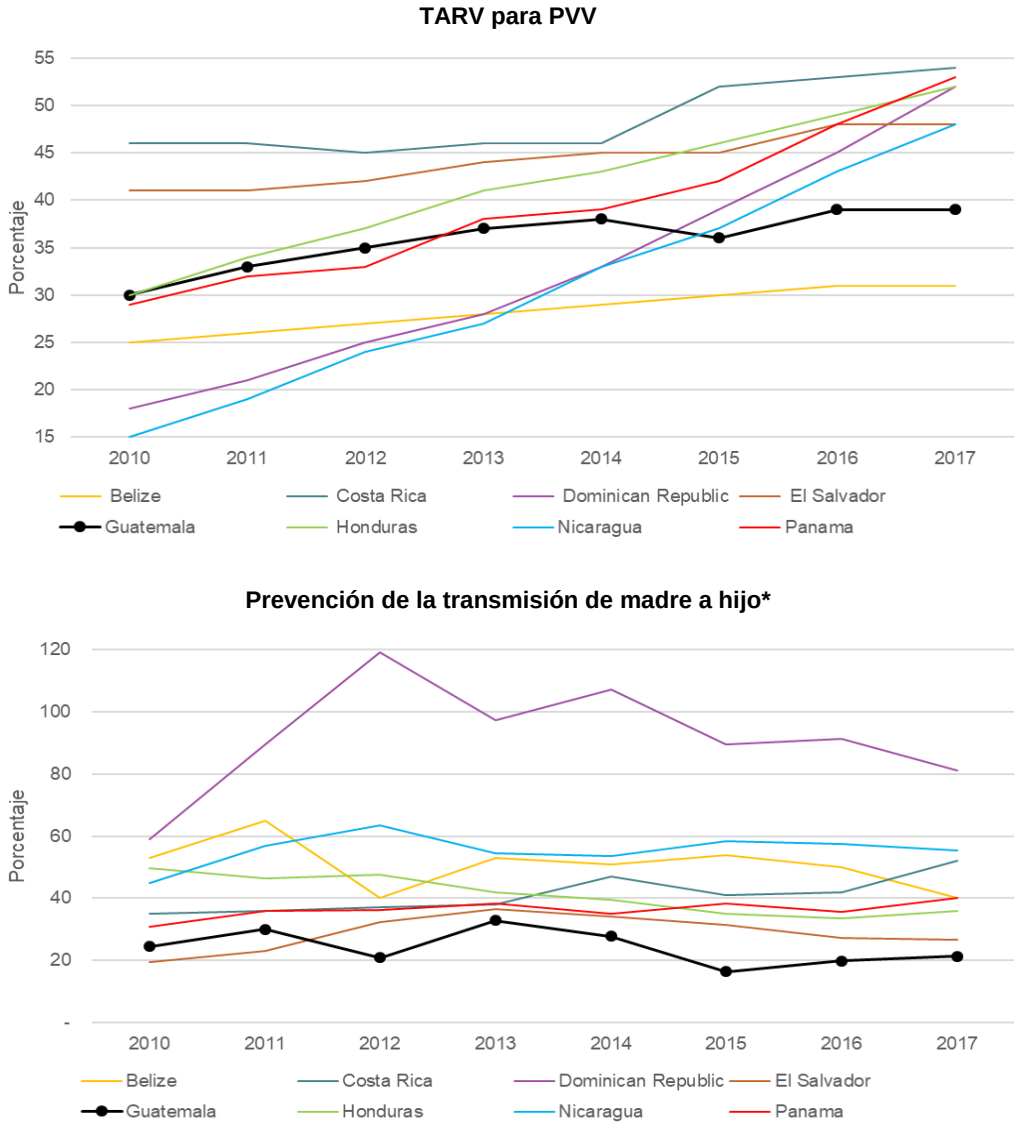
Fuente: Los autores con información de http://aidsinfo.unaids.org/

En el 2017 Guatemala presentaba la tercera menor prevalencia de la región, después de Nicaragua y Honduras (Figura 5, panel inferior). La prevalencia del VIH en Guatemala se ha comportado de modo similar a la de Nicaragua, manteniéndose prácticamente constante en la última década y acusando una leve disminución, en Nicaragua en los últimos 5 años y en Guatemala en el último año. En cambio, la prevalencia ha venido creciendo sostenidamente en Belice y Panamá -los dos países con la mayor incidencia regional. En Honduras y República Dominicana, la prevalencia ha caído fuertemente luego de su valor máximo en los años 1995 (Honduras) y 2005 (República Dominicana).

Como se acaba de demostrar, aunque Guatemala presenta una situación epidemiológica relativamente favorable en comparación con la mayoría de los demás países de la región, la cobertura de la terapia antirretroviral es la segunda más baja de la región para el caso de las PVV y la más baja para prevenir la transmisión madre-hijo (Figura 8). Más aún, las cifras de ONUSIDA muestran, respecto de esta última cobertura, que la situación en Guatemala se ha deteriorado en los últimos años, pasando de una cobertura

máxima de 33% en el 2013 a tan solo un 21% en el 2017. Sorprende que países considerablemente más pobres que Guatemala, como lo son Honduras y Nicaragua, logren coberturas muy superiores a las de Guatemala.

Figura 8 Cobertura de la terapia antirretroviral para personas que viven con VIH y para la prevención de la transmisión de madre a hijo en América Central y República Dominicana, 2010-2017 (casos por 1000 habitantes)



Fuente: Los autores con información de http://aidsinfo.unaids.org/
* Los datos de República Dominicana presentan un error de registro que resulta en una cobertura superior al 100% en los años 2012 y 2014.

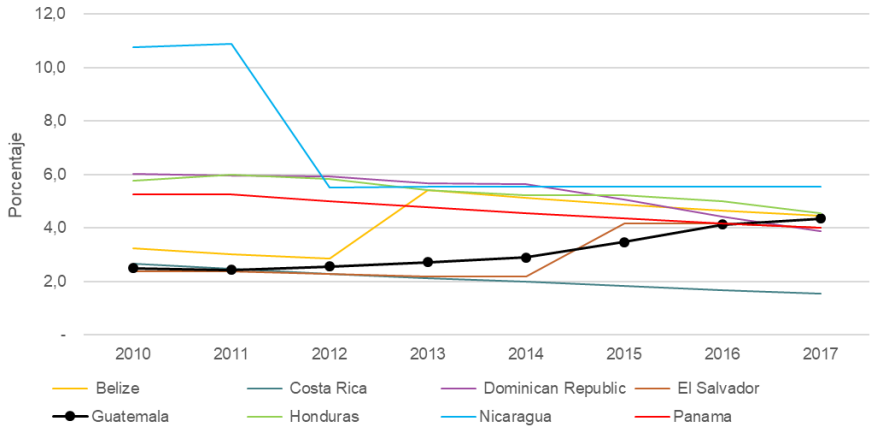
En 2016, apenas el 42% del total de embarazadas en Guatemala accedieron al tamizaje del VIH y el 21% a antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión materno-infantil; el diagnóstico temprano en infantes alcanzó solo el 17% en servicios públicos.[19] Asimismo, la atención prenatal cubre apenas a dos de

[19] The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero 2018.

cada cinco embarazadas, mientras que tres de cada cinco acceden al parto institucional.[20] Estos índices de acceso son muy inferiores a los de otros países de América Latina, como lo ejemplifica la figura siguiente para al caso del diagnóstico temprano en infantes.

Los desafíos que enfrenta la respuesta de Guatemala al VIH quedan también de manifiesto al observar la tasa de mortalidad por VIH/sida entre las PVV de la región. Guatemala es el único país del grupo cuya tasa de mortalidad específica por VIH/sida aumentó sostenidamente en el período 2010-2017, pasando de 2,5% a 4,5%. En el 2017 solo Nicaragua tenía una tasa de mortalidad superior a la de Guatemala, aunque la prevalencia del VIH en Nicaragua era muy inferior a la de Guatemala.

Figura 9 Tasa de mortalidad entre PVV en América Central y República Dominicana, 1990-2017 (%)

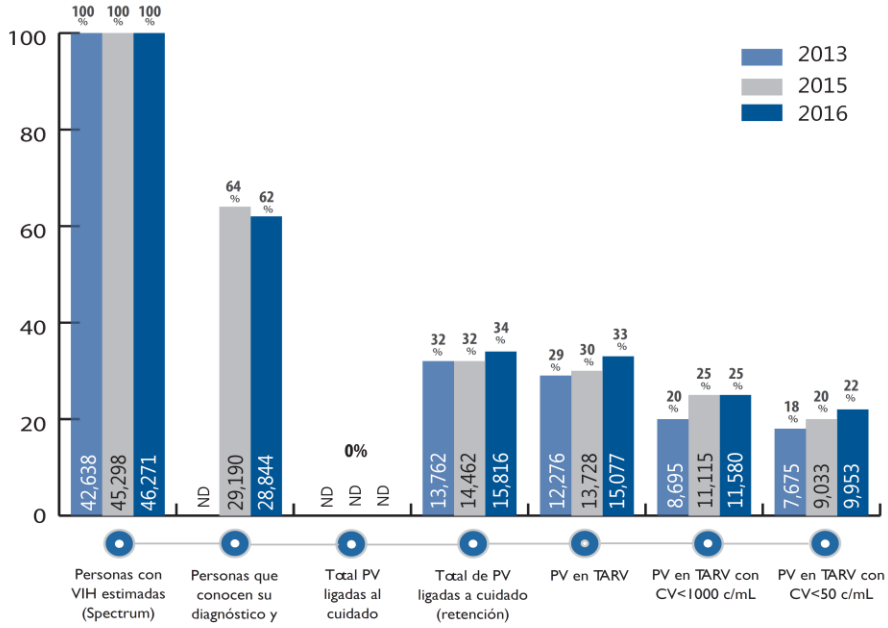


Fuente: Los autores con información de http://aidsinfo.unaids.org/.

La cascada del VIH demuestra que una buena proporción de personas conocen su estado serológico (62%), pero solo el 33% reciben TARV y un escaso 22% (equivalente a dos tercios de las que están en TARV) tiene supresión viral (ver Figura 10). De igual forma, apenas el 36% de las PVV, estimadas, se encuentra en TARV.[21] La adherencia a los 12 meses de iniciado el tratamiento fue del 75%, en 2016, situándose entre las más bajas de la región, cuya mediana es 81%.[22] Tomando en consideración que la supresión viral interrumpe la cadena de transmisión, esta cuestión es un desafío más para el control de la epidemia. Con relación a la prevalencia por área geográfica se observa que en 6 de los 22 departamentos se concentra el 75% de los casos. Así, hay tasas que van de 75,4 a 156,5 por 100.000 habitantes en Retalhuleu, Escuintla, Izabal, San Marcos, Guatemala y el Progreso (ver Figura 7).[23]

[20] Información proporcionada por el PNS, MSPAS, 2018.
[21] De acuerdo con datos GAM 2017 y al ejercicio Spectrum 2017. Información incluida en: The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018
[22] The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018.
[23] Op cit 5, p3.

Figura 10 Cascada del continuo de atención en VIH, Guatemala 2013-2016



Fuente: MSPAS-PNS. Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, Indicador de Sobrevida y Situación Inmunológica Guatemala, 2016.

Las estimaciones más recientes de prevalencia e incidencia señalan que en el 2016 había 46.000 PVV en Guatemala y que ocurrieron 2.900 nuevos casos. Aunque la magnitud de la epidemia del VIH del país es moderada en el contexto centroamericano el acceso oportuno a la atención es relativamente deficitario (Figura 8).

Figura 7 Prevalencia del VIH por departamento de residencia, Guatemala 2012-2016

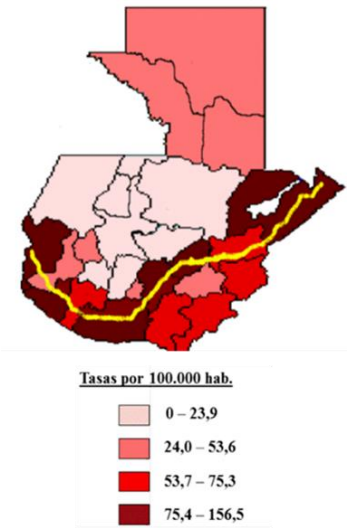
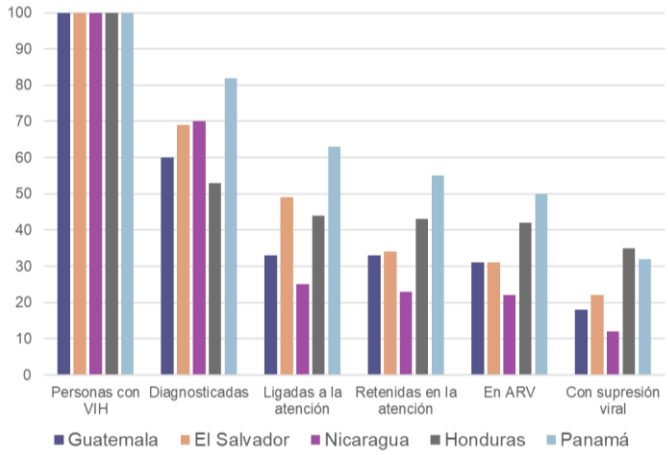


Figura 8 Cascada del continuo de atención en VIH en algunos países centroamericanos, circa 2016 (%)



Fuente: OPS (2016) Retos para el monitoreo de la Reunión ordinaria del MCR San José Costa Rica, 31 de marzo 2016.

Desde que se conoció el primer caso de VIH/sida en el año 1984, el gobierno nacional asumió la lucha contra la epidemia como una política pública sanitaria. El MSPAS, el IGSS y el resto de los actores

relevantes de la respuesta nacional al VIH/sida promueven el acceso universal y gratuito para el diagnóstico de VIH, el TARV así como el seguimiento a las PVV. La política pública sobre el VIH/sida, establecida en 2004, considera que sin un adecuado control la epidemia tendrá consecuencias socioeconómicas importantes y negativas. Con la aprobación del Decreto 54-95 en 1995 se estableció que el VIH/sida era un problema social de urgencia nacional. Con la aprobación del Decreto 27-2000, en junio de 2000, el gobierno reafirmó el compromiso de dar respuesta a la epidemia. Sin embargo, la respuesta nacional al VIH/sida sigue siendo dispersa porque no hay un liderazgo que aglutine los esfuerzos de los actores nacionales e internacionales involucrados en la respuesta.

En la década de 2000, la sociedad civil fortaleció su participación con las organizaciones de PVV y ONG que trabajan en la lucha contra la epidemia. Las OSC realizan un gran trabajo de promoción y prevención del VIH. Las actividades de prevención e identificación de casos, particularmente en poblaciones clave, son realizadas por OSC financiadas, en su mayoría, con recursos de cooperación internacional. En 2016 se reportaba que solo dos OSC (Hospicio San José y la Fundación Marco Antonio) recibían fondos del gobierno. Las acciones preventivas se apoyan en 10 establecimientos de salud que implementan la estrategia de Vigilancia Centinela y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS). Dos de estas clínicas dependen de ONG y se encuentran en la ciudad de Guatemala. El resto se encuentran en establecimientos de salud públicos en los que el Estado aporta el 80% de su funcionamiento.

En el 2002 se conformó el Mecanismo de Coordinación País (MCP), espacio donde participan los actores de la sociedad civil junto con delegados gubernamentales para formular propuestas a ser financiadas por el FM en proyectos de VIH/sida, TB y malaria que se implementaron a partir del año 2004.

Actualmente, la dependencia de recursos externos para la adquisición de ARV se ha reducido gracias a la asignación presupuestaria al MSPAS para compra de medicamentos, insumos y reactivos. Los ARV son adquiridos en su totalidad con recursos nacionales, principalmente a través de agencias de cooperación que ofrecen medicamentos de buena calidad y a precios bajos. Aunque no se registraba desabastecimiento en el momento de las visitas a las UAI, está documentado en periodos recientes. Estas rupturas de inventarios se traducen en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por lo tanto, en una mayor transmisión del VIH. Como ya se dijo, el país compra estrictamente lo que necesita sin un inventario de seguridad adecuado. Las rupturas de inventarios llevan al MSPAS a hacer compras locales lo que implica adquirir los productos a mayores precios, en algunos casos hasta 10 veces mayor.[24] Una de las causas de este problema, es el incumplimiento de los plazos de entrega por parte del proveedor. Esto conlleva a que los productos que se entrega atrasados tengan fechas de expiración cercanas limitando su utilización. Además, hay que tomar en consideración los problemas logísticos en el manejo de inventarios en bodega y la distribución oportuna a las unidades de salud para prevenir desabastecimiento en el punto de atención. En 2017, un grupo de organizaciones de la sociedad civil presentó una Acción Constitucional de Amparo ante la Corte Suprema de Justicia debido al desabastecimiento de ARV.[25]

El financiamiento de la compra de ARV e insumos para el diagnóstico se realiza con recursos nacionales. Las compras la realizan de forma independiente el MSPAS y el IGSS a través de agencias internacionales como: el Fondo Estratégico de la OPS (FE) y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), respectivamente. Como se mencionó antes, las compras locales son una opción que siempre está presente y que la utilizan en caso de incumplimiento de las entregas de las compras internacionales. La falta de homologación de los esquemas de tratamiento afecta la eficiencia del sistema de adquisiciones de medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio. El disponer de algoritmos y protocolos de TARV estandarizados y de uso obligatorio para todas las instituciones públicas y privadas ayudaría a la

[24] Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales -ICEFI- (2018). Desarrollo de una propuesta técnico fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el período 2017- 2026.

[25] MSPAS (2016). Costeo del PEN para la prevención, atención y control del ITS, VIH, SIDA. Guatemala 2017-2021. Departamento de regulación de los programas de atención a las personas Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida.

gestión de compras porque permitiría realizar negociaciones conjuntas con los proveedores nacionales e internacionales para obtener mejores precios aprovechando la economía de escalas.

El MSPAS distribuye los productos desde el almacén central del PNS hasta las UAI sobre la base de información generada por un sistema de inventario y, requerimientos y despachos. Está pendiente el desarrollo de un sistema de información de requerimientos y despachos entre la UAI del Hospital Roosevelt y los centros de salud que ofrecerán seguimiento clínico desconcentrado. Este proceso de desconcentración ya se inició desde el Hospital Roosevelt al centro de salud Centroamérica y Mixco. La logística de la distribución de ARV, pruebas diagnósticas e insumos es crucial para garantizar la atención desconcentrada. Es recomendable vincularla con la logística existente para el resto de los medicamentos e insumos que reciben los centros de salud para mejorar la eficiencia del sistema de distribución y almacenamiento.

Los recursos asignados al MPSAS para la compra de ARV e insumos diagnósticos, cubren adecuadamente la demanda actual, pero son insuficientes para el incremento requerido para alcanzar las metas del 90-90-90 como se evidenció en el análisis del financiamiento proyectado abordado en la sección respectiva. Por estas razones se incluyó en el proyecto actual del FM recursos de reserva para la compra de ARV[26].

Los precios de los ARV que ofrece el FE[27] son similares a los ofertados por *Partners for Supply Chain Management*[28], los negociados por COMISCA[29] y la mediana de precios internacionales publicada por Management Sciences for Health[30]. De esta cuenta, los precios de los ARV adquiridos por el MSPAS son competitivos a escala nacional: US$ 175 persona/año para primera línea; US$ 1,057 para segunda línea y US$ 11,831 para tercera línea. Sin embargo, se podría incrementar la eficiencia por economía de escalas si se realizara una compra consolidada entre el MSPAS y el IGSS.

La mayor parte del diagnóstico confirmatorio, tratamiento antirretroviral y seguimiento clínico a cerca de 14.639 PVV se ofrece en 16 UAI que dependen del MSPAS (más abajo en esta sección de aborda en más detalle el papel de las UAI). La oferta de estos servicios está altamente centralizada en la ciudad capital. Las UAI ubicadas en el Hospital Roosevelt y en el Hospital General San Juan de Dios prestan servicios a cerca de la mitad de las PVV en TARV y seguimiento clínico[31]. La red se complementa con una clínica localizada en Sanidad Militar y una en el Hospicio San José[32] (ver Tabla 3).

Tabla 3 Número y ubicación de las UAI y número de personas con VIH retenidos / atendidos (2015)

	Ubicación	Número de pacientes atendidos
1	Hospital Roosevelt. clínica de enfermedades infecciosas	4.398
2	Hospital General San Juan de Dios, clínica familiar Luis Ángel García	2.692
3	Hospital Nacional de Antigua Guatemala	241
4	Hospital Nacional de Zacapa	447
5	Hospital Nacional de Escuintla	517
6	Hospital Nacional de Cobán	177
7	Hospital Nacional de Puerto Barrios (amistad Japón)	766
8	Hospital Infantil de Puerto Barrios (Elisa Molina)	70
9	Hospital Rodolfo Robles Quetzaltenango	719

[26] Entrevista con responsable de logística del PNS,4 de octubre de 2018.

[27] PAHO/SF. Presentación: " Fondo Estratégico OPS: Apoyando el acceso a medicamentos e insumos para la salud publica en las Américas". XV Reunión Anual de Evaluación AMI/RAVREDA. Bogotá, 3-5 de mayo de 2016. Nora Girón, Asesora Regional.

[28] Pooled Procurement Mechanism Order Form: Instructions: https://myorders.pfscm.org/assets/docs/PFSCM%20Pooled%20Proc%20Order%20Form_Version%201.6.xls

[29] COMISCA. Acta de adjudicación 1-2016. Precios vigentes por 2 años; COMISCA. Acta de adjudicación 2-2016. Precios vigentes por 2 años

[30] MSH 2015. International medical product price guide. http://mshpriceguide.org/en/download-files/ ; http://mshpriceguide.org/wp-content/uploads/2017/04/MSH-2015-International-Medical-Products-Price-Guide.pdf

[31] ICEF / HIVOS. Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el periodo 2017-2026.

[32] Entidad privada que recibe aporte financiero del Gobierno para su funcionamiento.

Tabla 3 Número y ubicación de las UAI y número de personas con VIH retenidos / atendidos (2015)

	Ubicación	Número de pacientes atendidos
10	Hospital Regional de Quetzaltenango	517
11	Hospital Nacional de Coatepeque	1.847
12	Hospital Nacional de Malacatán, San Marcos	486
13	Hospital Nacional de Huehuetenango	137
14	Hospital Nacional de Retalhuleu	197
15	Hospital Nacional de San Benito Peten	546
16	Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa	328
17	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. ciudad de Guatemala	Sin información
18	Sanidad Militar, Ciudad de Guatemala	54
19	Hospicio San José, Sacatepéquez	500

Fuente: Tomado de ICEF / HIVOS. Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el periodo 2017-2026.

El IGSS prestaba atenciones clínicas y TARV a 2.656 PVV hasta fines de 2016 (aproximadamente el 18% del total), última fecha en la que se presentaron datos oficiales. En 2016, el IGSS modificó sus políticas para ofrecer tratamiento ininterrumpido a todo afiliado que haya cotizado al menos dos meses y a los hijos de los afiliados hasta los 18 años. Los hijos de empleados no cotizantes a esa edad son remitidos a las UAI del MSPAS para continuar el tratamiento. La identificación de PVV se realiza en 124 unidades de atención distribuidas en el país. El seguimiento clínico a los casos confirmados y el reabastecimiento de medicamentos, cada dos meses, se realiza en una clínica ubicada en la ciudad capital. El IGSS, en contraste con el MSPAS, cubre los gastos de transporte de las PVV que se movilizan a la ciudad capital. El IGSS conduce algunas acciones de promoción y prevención con técnicos en seguridad e higiene laboral que ofrecen charlas en las empresas sobre el uso de condones, especialmente en aquellas con más alto riesgo, como las maquilas y empresas de transporte. En las unidades médicas hay disponibles materiales educativos para prevenir el contagio con infecciones de transmisión sexual.

El PNS no cuenta con un inventario preciso del número de OSC que apoyan las labores de prevención e identificación de casos, ni de las actividades que realizan, pero las entrevistas realizadas sugieren que varias de ellas, como el Colectivo Amigos contra el SIDA (CAS), han desarrollado modelos eficientes de operación gracias a su vinculación estrecha con poblaciones clave logran con recursos limitados persuadir a las personas para que se realicen la prueba y en casos positivos facilitarles el acceso a los servicios de salud para que reciban TARV. Sus acciones dependen, sin embargo, del flujo de recursos de cooperación internacional, por lo que las labores de prevención e identificación de casos se deterioran al finalizar los proyectos.

El MSPAS no cuenta con la experiencia necesaria de los recursos humanos requeridos para sustituir en el corto plazo las actividades de prevención e identificación de casos desplegadas por agencias de cooperación. La suscripción de convenios entre el MSPAS y OSC para prestar estos servicios se complicó desde la emisión del Decreto 13-2013 Reformas a la Ley Orgánica del Presupuesto, Ley Orgánica de la Contraloría y Ley Orgánica de la SAT[33], como se explica en la sección que aborda el financiamiento. Esta impone restricciones a la contratación de servicios administrativos, pero no de prestación de servicios, como lo demuestra el continuo traslado de fondos a ONG por parte del MSPAS.[34]

Por último, el país no cuenta con guías oficializadas que estandaricen las prácticas de prevención e identificación de casos, ni que incorporen innovaciones recomendadas por organismos internacionales como profilaxis preexposición y la profilaxis postexposición por riesgo sexual. La Guía Terapéutica Nacional fue publicada en 2013. Esta no incluye los más recientes medicamentos, ni requiere el inicio de tratamiento a toda persona con diagnóstico positivo, independientemente de su carga viral, según lo que

[33] http://www.contraloria.gob.gt/imagenes/i_docs/i_leg_ley/2.1%20REFORMAS%20A%20LEY%20DE%20LA%20CGC%20DECRETO%2013-2013.pdf

[34] Convenios con ONG aprobados en octubre de 2018: https://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/59-e-convenios-suscritos-con-organizaciones-no-gubernamentales/2024-octubre

recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad. El IGSS cuenta con una guía terapéutica propia, con esquemas distintos a los recomendados en la Guía Terapéutica Nacional. Según refirieron algunos entrevistados el no disponer de esquemas de tratamiento estandarizados afecta a los pacientes, al sistema de salud y aumenta los costos de la prestación de servicios debido a que cuando un paciente migra del IGSS al MSPAS, éste debe asumir la continuación de esquemas terapéuticos más costosos iniciados en el IGSS. La falta de sistematización y limitada cobertura de las intervenciones para la identificación de nuevos casos, contribuyen a que el primer pilar de la cascada de atención (porcentaje de PVV diagnosticadas) se limite a un 62%[35].

3.3. Módulo 3: Ambiente institucional, derechos humanos y género

(a) Entorno institucional

La respuesta de Guatemala al VIH tiene como meta el logro de las metas "90-90-90" en el 2020 y está basada en cinco ejes estratégicos incluidos en el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2017-2021:

- Incremento de la disponibilidad de programas de prevención combinada.
- Eliminación de la transmisión vertical madre-niño.
- Integración de la provisión de atenciones de salud con apoyo social.
- Promoción y facilitación de un entorno legal y social que favorezca los derechos humanos y la equidad de género.
- Fortalecimiento del sector público de la salud para asegurar la sostenibilidad.

La respuesta nacional está alineada con la estrategia regional de sostenibilidad cuyo propósito es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los compromisos de atención, desde el diagnóstico hasta el tratamiento efectivo. Para lograrlo, la estrategia regional en Centroamérica y República Dominicana busca mejorar la prevención combinada del VIH mediante la orientación de los recursos hacia las intervenciones más efectivas y la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada.

Los objetivos de la estrategia regional de sostenibilidad son:

- Aumentar la efectividad de los servicios e intervenciones del continuo de la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de VIH a quienes lo necesiten.
- Mejorar el impacto y la equidad en el acceso en las poblaciones prioritarias y en los lugares donde hay mayor transmisión del VIH.
- Fortalecer la conducción y el uso óptimo de recursos para la respuesta nacional al VIH mediante la movilización y la asignación de recursos según las prioridades regionales para la sostenibilidad.
- Fortalecer la información estratégica para la promoción, las inversiones y el fortalecimiento de los sistemas, las alianzas y los vínculos.[36]

El MSPAS, a través del PNS, es el responsable de coordinar la respuesta nacional al VIH/sida en el país. La Comisión Nacional Multisectorial del SIDA fue creada como instancia adscrita al PNS, pero se encuentra desarticulada desde hace varios años. Al momento de la visita la única instancia multisectorial para la coordinación de la respuesta nacional era el MCP, organizado a requerimiento de los proyectos financiados por el FM. En consecuencia, en la actualidad la coordinación multisectorial de la respuesta nacional es débil, al igual que el liderazgo para aglutinar los esfuerzos de los actores de dicha respuesta y

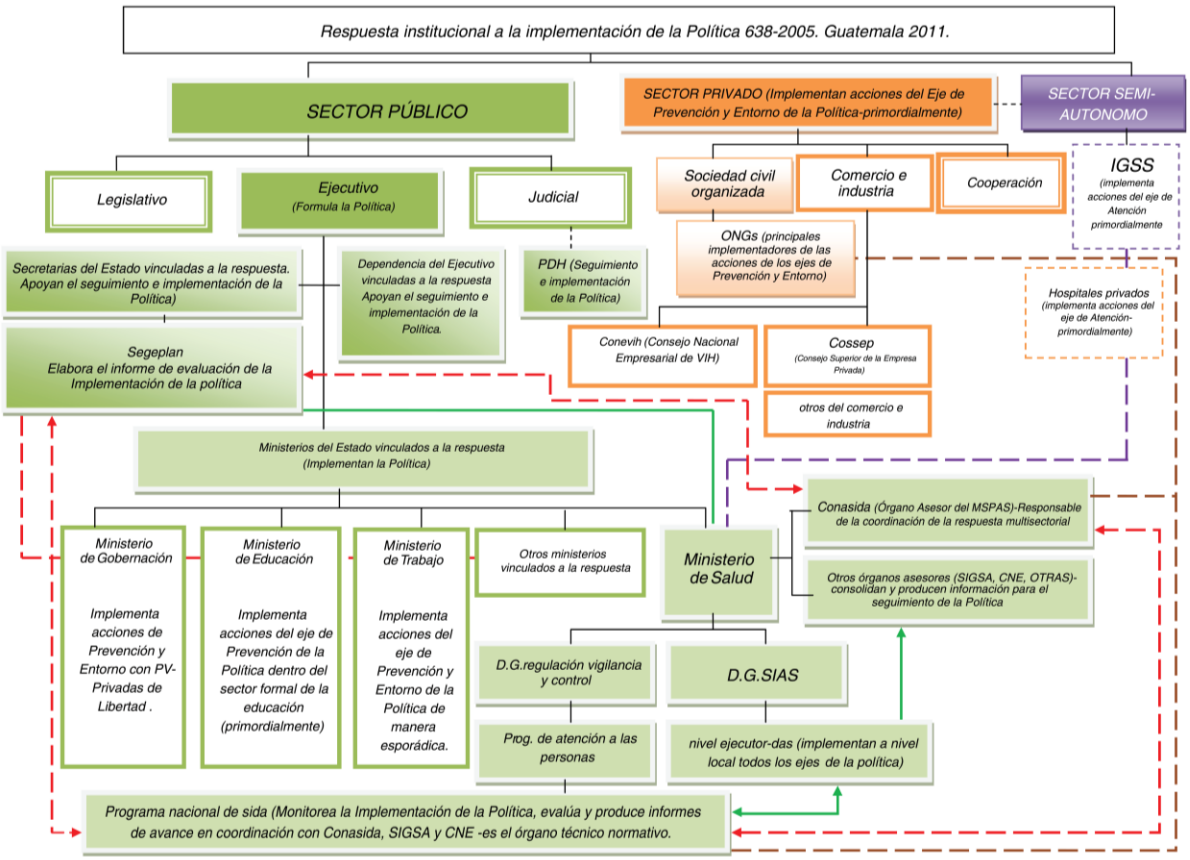
[35] De acuerdo con datos GAM 2017 y al ejercicio Spectrum 2017, de 46,271 PVV en 2016, 28,844 conocían su diagnóstico. Información incluida en: The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de Febrero 2018

[36] Estrategia de Sostenibilidad de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento, y el Apoyo relacionados con el VIH en el Marco del Llamado a la Acción sobre el Continuo de la Atención, Prevención y Tratamiento y las Metas 90 90 90 2016-2021. Revisada 2017

alinearlos con los objetivos del PEN y las metas “90-90-90”. Esta es una debilidad que debe corregirse para favorecer la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida.

La siguiente figura presenta a los principales actores involucrados en la respuesta nacional al VIH y sus respectivas funciones. La figura incluye la presencia de un ente coordinador intersectorial, que aunque no esté activo, es una instancia necesaria para facilitar la comunicación y toma de decisiones entre los actores públicos y privados involucrados en la respuesta nacional. Es recomendable analizar escenarios plausibles para que esta instancia de coordinación entre en funcionamiento y dinamice la gestión de la respuesta nacional en el corto plazo. Así, se podría diseñar un nuevo modelo de gestión que le ubique como un ente asesor con representación cabal de las autoridades gubernamentales y los sectores sociales pertinentes, y que funcione de manera autónoma e independiente del PNS. Merece destacarse también que todas las acciones del continuo de atención convergen, al final del flujo, en un número restringido de clínicas de atención integral y seguimiento clínico. Con base en la evidencia recopilada en el país y la experiencia de otros países, se sugiere que la expansión de la cobertura y la sostenibilidad de la respuesta se verían favorecidas con la desconcentración del modelo de atención.

Figura 9 Funciones de los actores institucionales involucrados en la respuesta al VIH



Fuente: SEGEPLAN (2012). Informe de Evaluación de la Política 638-2005 (Respecto de la prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la respuesta a la epidemia del sida). Guatemala.

(b) Derechos humanos y género en el marco político e institucional

Es papel del Estado garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de las leyes y la funcionalidad de las instituciones públicas, con el fin de que sus habitantes sin distinción alguna ejerzan su legítimo derecho de igualdad y desarrollo integral. La respuesta a la epidemia del VIH/sida y sus acciones sobre prevención, promoción y atención tiene su base en la Constitución Política de la República, el Código de Salud, la Ley Decreto 27-2000 y en los tratados internacionales que Guatemala ha ratificado. En adelante

se citan artículos de estos instrumentos políticos e institucionales en los que se fundamentan la aplicación de los derechos humanos, la igualdad y el acceso a los servicios en general. El gran desafío se plantea en la aplicación de todos estos instrumentos jurídicos en un ambiente poco favorable para la inclusión y garantía de derechos de las poblaciones clave. El PEN vigente aborda al estigma y discriminación como una de las prioridades de la respuesta nacional al VIH/sida en los próximos años. No obstante, la evidencia revela que la prestación de servicios de salud no se enmarca en esta legislación. En contraste con el discurso oficial del respeto a los derechos humanos de las personas, usuarios de poblaciones clave manifiestan que en la práctica se mantienen el estigma y la discriminación en la atención de salud.

La Constitución Política de la República de Guatemala, establece en el Artículo 2, que: "Es deber del Estado garantizar a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona". Por su parte, el Artículo 4 señala: *"En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad."* Por último, el Artículo 46 instituye la: *"Preeminencia del Derecho Internacional. Se establece el principio general de que en materia de derechos humanos, los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno."* Por todo lo enunciado se puede inferir que los guatemaltecos están ampliamente amparados por la Constitución y la ley nacional e internacional para hacer valer sus derechos humanos y garantizar su desarrollo integral.

En materia de salud existe el Código de Salud que menciona en su Artículo 1 *"Del Derecho a la Salud"*, lo siguiente: *"Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna"*.

En lo relacionado con el VIH/sida, el amparo legal de los ciudadanos está consignado en el Decreto Ley 27-2000, cuyo objetivo, establecido en el Artículo 2, señala: *"Implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades"*.

El Estado tiene el importante rol de velar por la aplicación y seguimiento de las normas y políticas públicas, mientras que las instituciones que lo conforman deben dar cumplimiento a su implementación. La responsabilidad por las políticas y actividades de promoción, prevención y tratamiento del VIH/sida recae en el MSPAS, aun cuando el abordaje del VIH debe ser multisectorial.

Guatemala tiene una epidemia de VIH/sida concentrada en poblaciones clave: mujeres transgéneros, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras sexuales. La limitada aceptación social y reconocimiento como grupos de población sujetos de derechos, incrementa su vulnerabilidad al estigma y la discriminación. El país carece de políticas y normas para fomentar un ambiente de respeto a los derechos humanos de la comunidad LGBTI. Adicionalmente, no hay una norma que demande que las instituciones públicas aborden y atiendan a población LGBTI y que al hacerlo no cometan actos de marginación social, o que fomenten el estigma, la discriminación o la negación de los servicios. En el año 2017, un grupo de personas de la comunidad LGBTI, presentó ante el Congreso una nueva iniciativa de ley, para que los hombres y mujeres transgénero puedan albergarse en leyes que les reconozcan su identidad de género. Con esa propuesta de ley buscaban eliminar estigma y discriminación en cualquiera de los ámbitos donde se desenvuelven. Además, aspiraban a tener acceso a educación y trabajo. Sin embargo, hasta la fecha, dicha ley no ha sido aprobada. Recientemente un grupo de legisladores presentó la iniciativa de ley (52-72) "Protección de la Vida y la Familia" en cuyos argumentos señala la protección al individuo y a la familia, estableciendo que la familia está conformada por "un hombre y una mujer". Esta iniciativa desconoce la diversidad sexual y deja por fuera la posibilidad de convivencia de parejas del mismo sexo.

Con base en todo lo anterior, es evidente que el marco jurídico vigente, así como el entorno político e institucional de Guatemala plantean un serio reto para la atención oportuna y con calidad de las necesidades de las poblaciones clave. Es imperativo que el Estado guatemalteco formule e implemente un marco de políticas públicas favorables para la garantía de los derechos de las poblaciones clave que dé respuesta a las demandas específicas en los ámbitos de justicia, salud, educación y trabajo.

3.4. Módulo 4: Financiamiento de la salud y sostenibilidad

(a) Entorno macroeconómico, fiscal y político

La economía guatemalteca se ha caracterizado en la última década por un ritmo de crecimiento estable, una inflación moderadamente baja y un flujo incremental de las remesas internacionales. El PIB ha crecido en los últimos siete años en un rango entre 2,8% y 4,2% anual, para un promedio en el período de 3,6%. La estimación del Banco de Guatemala para el 2018 es de un crecimiento no menor al 2,8% y de 3,1% para el año 2019[37]. Las estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) para los próximos cinco años sitúan el crecimiento esperado para Guatemala en un 3,6% anual (FMI, 2018).

En el período 2010–2017, Guatemala registró una inflación en un rango entre 3% y 5% anual, lo cual ha oscilado en la banda esperada por la Junta Monetaria y que constituye el eje central de la política monetaria del país. Las proyecciones del FMI en materia inflacionaria para los próximos cinco años se encuentran alrededor del 3,7% anual (FMI, 2018). Otro de los factores de mayor relevancia macroeconómica en la última década ha sido el flujo de remesas familiares, las cuales han registrado un crecimiento de US$ 4.127 millones a US$ 8.192 millones en el período 2010-2017, constituyendo en la actualidad un 11% del PIB (BANGUAT, 2018) con un efecto importante en las reservas monetarias internacionales del país y la estabilidad del tipo de cambio.

De acuerdo con la más reciente evaluación del FMI, la economía guatemalteca se ha caracterizado tradicionalmente por la estabilidad de sus principales variables macroeconómicas, sin embargo, el ingreso per cápita ha aumentado solamente a una tasa promedio del 1% en la última década, lo cual es a todas luces insuficiente para superar los altos niveles de pobreza en que vive el 60% de la población y que constituye el mayor desafío económico y social del país (FMI, 2018).

En materia fiscal, Guatemala se ha caracterizado por tener una de las más bajas cargas tributarias a nivel mundial. En la última década la carga tributaria ha registrado un promedio del 11% del PIB (ICEFI, 2018), pese a numerosos intentos de reforma promovidos a los principales tributos directos e indirectos. En opinión del FMI, el Gobierno de Guatemala necesita abordar una reforma tributaria de largo alcance para elevar los ingresos al menos al 15 por ciento del PIB. Para ello se requeriría contemplar una amplia gama de modificaciones a la política tributaria, entre éstas una modificación del impuesto sobre la renta de las personas jurídicas, un aumento de los impuestos indirectos, una reorientación de ciertas deducciones tributarias existentes, y el fortalecimiento de la recaudación, particularmente en cuanto a los controles al impuesto al valor agregado y las aduanas (FMI, 2018). La baja recaudación fiscal tiene como consecuencia la precariedad de la mayoría de los servicios públicos en materia de salud, educación, infraestructura, justicia y otros servicios básicos.

Aunque la economía ha mantenido cierto nivel de estabilidad, ha habido un clima de inestabilidad política a lo largo del actual período de gobierno producto de la crisis política ocurrida en el 2015 y que tuvo como consecuencia la renuncia y el posterior procesamiento judicial del expresidente y exvicepresidente de la República, así como de una amplia gama de exfuncionarios públicos. Esto se ha traducido en un ritmo de inversión privada bastante más bajo que en períodos precedentes. Por otro lado, la inversión pública durante el presente gobierno ha sufrido también un ritmo de ejecución bastante bajo como consecuencia de las reformas implementadas a la ley de compras del Estado durante los últimos dos años.

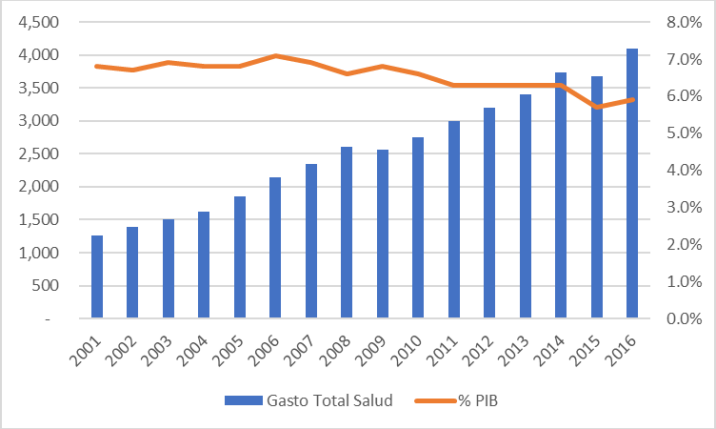
[37] Banco de Guatemala -BANGUAT- (2018). Desempeño Macroeconómico y Perspectivas.

En este contexto, el FMI ha expresado su aval para una posible ampliación del déficit fiscal en 1% del PIB, tomando en consideración que Guatemala posee un adecuado espacio para acomodar un mayor gasto público en el corto plazo, mientras se promueven las reformas tributarias de largo plazo (FMI, 2018). Esta recomendación está basada en los análisis de escenarios planteados por el equipo técnico del FMI, en los cuales se han proyectado niveles de déficit fiscal en el orden del 2,5% del PIB y sus posibles consecuencias sobre los niveles de endeudamiento público con relación al PIB y a los ingresos tributarios. En todos los escenarios planteados, el país podría soportar dicho nivel de déficit sin superar un 33% de endeudamiento con relación al PIB, lo cual es considerado aceptable si se toma como referencia el parámetro máximo de 60% para economías de mercado. En opinión del equipo técnico del FMI, este incremento del gasto público debería ser enfocado en programas de alto impacto dirigidos a aliviar las necesidades sociales y de infraestructura más esenciales en consonancia con las metas del milenio (FMI, 2018).

(b) Panorama del financiamiento del sistema de salud

De acuerdo con las cifras oficiales (MSPAS, 2017a), en el período 2001-2016, Guatemala registró un gasto total en salud que osciló entre los US$ 1.266 millones y US$ 4.094 millones, con un promedio en el último quinquenio de US$ 3.617 millones. Estos datos indican que el gasto en salud representó en promedio en el período 2001-2016 un 6,6% del PIB, alcanzando un máximo de 7,1% en el año 2006 y un mínimo de 5,7% en el 2015. En el año 2016, el gasto total en salud en Guatemala alcanzó los US$ 4.094 millones con una participación del 5,9% del PIB. De este total, el sector público aportó un 36,9% y el sector privado aportó el 63,1%. No obstante, históricamente el gasto total de salud ha sido financiado principalmente por los sectores privados, en el período 2001-2016 se refleja una tendencia a la recomposición del peso relativo de los aportes privados-públicos. En el caso de los aportes públicos, el porcentaje de aportación se ha ampliado de 32% a 36,9% en el período analizado, lo cual implica que el peso del aporte del sector privado se ha reducido en igual proporción de 68% a 63%.

Figura 10 Gasto total en salud, 2001-2016 (millones de US$)

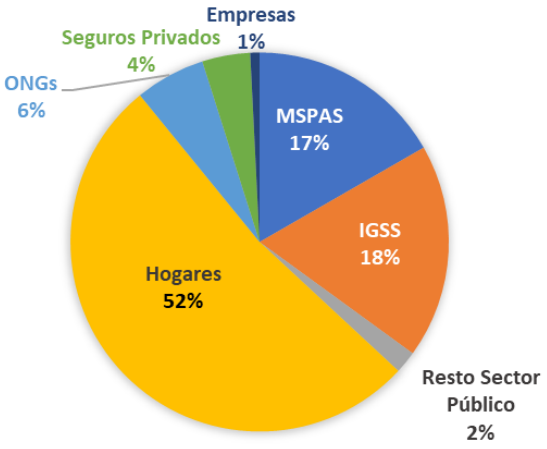


Fuente: MSPAS. (2017). Cuentas nacionales de salud 2016. Guatemala: tendencias del gasto en salud, período 2001-2016.

Según los datos oficiales del MSPAS (2017a), el aporte del sector público al gasto total de salud en el 2016 ascendió a US$ 1.511 millones equivalente al 2,2% del PIB. En este cómputo se incluye la participación del MSPAS, del IGSS y las acciones en salud de otros ministerios como Gobernación, Defensa y Educación, así como los gastos de salud canalizados por los fondos sociales, y las transferencias del gobierno central a las municipalidades para la finalidad de salud. Según las estimaciones del MSPAS (2017b), con estos recursos en el año 2016 se brindó atención médica a un aproximado de 10.0 millones de habitantes.

Los datos oficiales (MSPAS, 2017a) indican que para el año 2016, los sectores privados habrían realizado una aportación total de US$ 2.584 millones, lo cual representó una aportación equivalente al 3,7% del PIB. Del total de gastos de salud en la economía, el 52,2% habría sido erogado como gasto directo por la población (gasto de bolsillo), lo cual equivale a un monto aproximado de US$ 2.137 millones. Otro 6% habría sido aportado por entidades privadas sin fines de lucro, lo cual equivale a un monto aproximado de US$ 246 millones, mientras que el aporte de los seguros privados habría ascendido a un 4,1% del gasto total para un monto aproximado de US$ 168 millones. Se registraron también aportes directos de empresas privadas por un 0,08% del gasto total de salud, lo cual implica una erogación de aproximadamente US$ 33 millones. Según las estimaciones del MSPAS (2017b), con estos recursos se habrían atendido las necesidades de cobertura de salud aproximadamente 1,7 millones de personas. De igual manera, el MSPAS estimó que en el 2016 un aproximado de 4,8 millones de habitantes en el país no demandaron servicios de salud.

Figura 11 Fuentes de financiamiento del gasto total en salud 2016 (%)



Fuente: MSPAS. (2017). Cuentas nacionales de salud 2016. Guatemala: tendencias del gasto en salud, período 2001-2016.

(c) Gasto público en salud

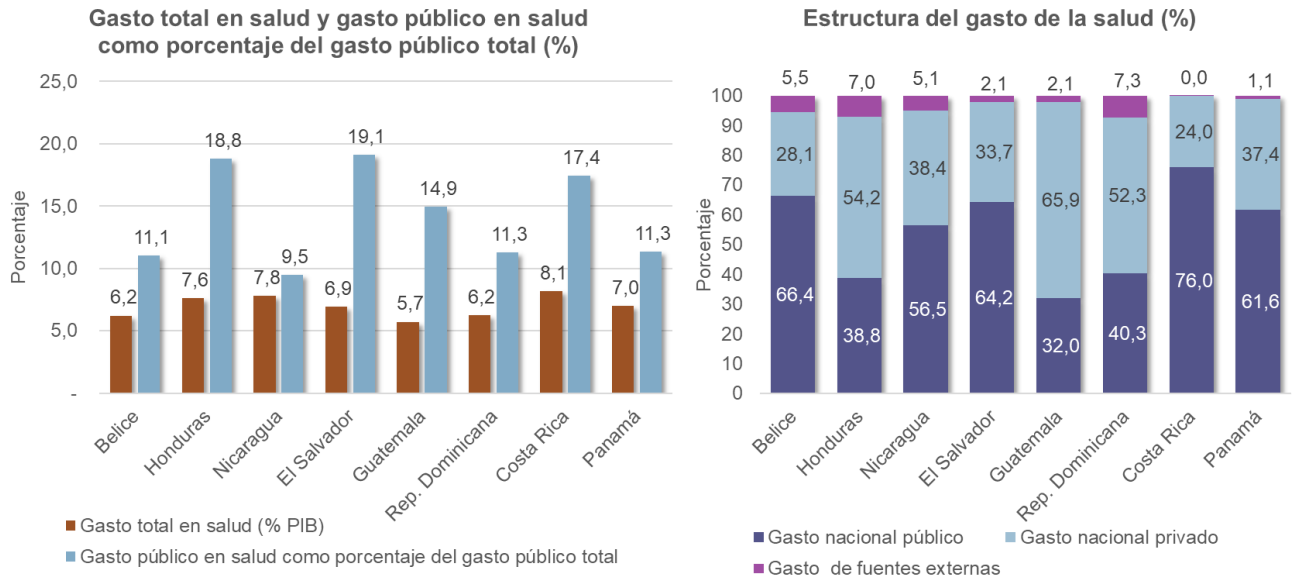
Tal como se comentó en la sección anterior, el gasto público en salud se realiza a través de cuatro tipos de instituciones: el MSPAS, el IGSS, los gobiernos municipales y otras instituciones con responsabilidades en materia de salud dentro de la estructura de otros ministerios del Estado. En el período 2001-2016, Guatemala registró un gasto público en salud que se incrementó de US$ 406 millones a US$ 1.511 millones, con un promedio en el último quinquenio de US$ 1.292 millones (MSPAS, 2017a). Estos datos indican que el gasto público en salud representó en promedio en el período 2001-2016 un 2,3% del PIB, alcanzando un máximo de 2,5% en el año 2009 y un mínimo de 1,9% en el 2015. En el año 2016, el gasto público en salud en Guatemala alcanzó los US$ 1.511 millones con una participación del 2,2% del PIB. Si se considera que la participación del IGSS en el gasto público en salud equivale al 1,1% del PIB, el resto de las asignaciones del sector público corresponden al otro 1,1% del PIB, nivel en el que se ha mantenido en las últimas dos décadas.

En el 2015 el gasto total en salud era relativamente bajo en Guatemala en comparación con otros países centroamericanos (Figura 12, izquierda). En efecto, Guatemala destinaba en total (incluyendo fuentes públicas, privadas y externas) solo el 5,7% de su PIB al sector salud, el porcentaje más bajo de la región. Incluso aquellos países más pobres que Guatemala, como Honduras, Nicaragua y El Salvador, asignaban al sector salud una mayor proporción de su PIB. Por otra parte, aunque el gasto total en salud era bajo en Guatemala, el gobierno de ese país hacía un esfuerzo considerable para financiar el gasto en salud: en ese año, el gobierno destinó un 14,9% de su presupuesto total a la salud. Esa asignación es casi idéntica al 15% recomendado en el 2001 en la Conferencia de Abuja para los países en desarrollo.[38] Si bien otros países centroamericanos destinaban un porcentaje del presupuesto público para la salud aún superior al 15% (El Salvador 19,1%, Honduras 18,8%, Costa Rica 17,4%), la asignación en Guatemala, del 14,9% ya era muy elevada en el contexto latinoamericano y del Caribe. En efecto, en el 2015 los gobiernos de los países de esa región destinaban, en promedio, sólo el 10,3% del presupuesto para la salud. [39]

[38] https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
[39] World Bank DataBank, www.databank.worldbank.org

Este es un hallazgo relevante desde la perspectiva del financiamiento de la salud en general y del VIH en particular. Es improbable que el gobierno de Guatemala esté en condiciones de asignar una proporción de su presupuesto público para la salud (incluyendo el VIH) mayor que el actual 15%. Solo aumentará de manera importante el financiamiento público para la salud si es que el gobierno de Guatemala logra incrementar sus ingresos totales, por la vía de los impuestos y otras fuentes, de modo que el 15% de un mayor presupuesto será un monto mayor de dinero para la salud.

Figura 12 América Central: Gasto total en salud como porcentaje del PBI y estructura del gasto en salud, 2015



Fuente: Los autores con información de World Bank DataBank, www.databank.worldbank.org

Como consecuencia del bajo presupuesto público total, el 15% de aquel que el gobierno de Guatemala asignaba al sector salud en el 2015 representaba menos de un tercio del gasto total para la salud, también el porcentaje más bajo de la región. Ello implicaba que los hogares debían aportar, principalmente mediante gasto de bolsillo, una fracción cercana a los dos tercios del financiamiento total para la salud, dado que las fuentes de la cooperación externa financiaban solo el 2,1% del gasto total en salud. La alta dependencia en el financiamiento proveniente de los hogares significaba que en Guatemala, más que en ningún otro país de Centroamérica, el acceso a la salud dependía de manera muy importante de la capacidad de pago de los hogares. Ello se traducía en una fuerte inequidad en el acceso y en el financiamiento. Según los datos oficiales (MSPAS, 2017a) en menos de 5 años la demanda de servicios de salud se incrementó en 10 millones de consultas pasando de 19,3 millones a 29,1 millones en 2016. El 87,75% de estas consultas debieron ser atendidas en el sector público, lo que llevó al colapso de varios hospitales y centros de salud, tanto del MSPAS como del IGSS, reflejando la insuficiencia de recursos presupuestarios en el sector público.

(d) Gasto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En el período 2001-2016, el MSPAS registró un gasto que se incrementó en el período de US$ 183 millones a US$ 685 millones, con un promedio en el último quinquenio de US$ 587 millones. Es importante señalar que en el período 2012-2016, el presupuesto del MSPAS se aumentó en un 45% pasando de US$ 474 millones a US$ 685 millones, lo cual refleja una tendencia a mejorar la prioridad del gasto en salud dentro del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado. La principal fuente de ingresos del MSPAS sigue siendo la recaudación tributaria general del Estado. Sin embargo, el 7,5% de sus ingresos en 2016 provinieron de dos impuestos específicos al consumo de productos que se consideran dañinos a la salud, tales como el tabaco y las bebidas alcohólicas. La ejecución presupuestaria del MSPAS ha promediado un

90% en el período 2012-2016 en consonancia con la ejecución general del sector público (91%) del mismo período.

La mayoría de los recursos presupuestarios del MSPAS se concentra fuertemente en los centros urbanos del país. En contraste, las áreas rurales cuentan con un limitado acceso a servicios básicos de salud. Durante el período 1996-2014, el MSPAS abordó esta problemática a través del Programa de Extensión de la Cobertura (PEC), por medio del cual el MSPAS contrató los servicios de ONG para la provisión de servicios básicos de salud en las áreas rurales. Este programa atendía en el año 2012 a un estimado de 4,3 millones de personas, de las cuales un 54% habitaba en áreas rurales (Fagan, 2017). En el año 2013 se promulgó la prohibición de continuar con este mecanismo como consecuencia de las denuncias de falta de transparencia y corrupción en la contratación de ONG y preocupaciones sobre la falta de calidad de los servicios provistos por éstas, por lo que la mayoría de los contratos del PEC fueron cancelados a partir del 2014, limitando fuertemente la cobertura de salud primaria en las áreas rurales.

Para evaluar la capacidad futura del gobierno de Guatemala para financiar mayores gastos públicos para la respuesta nacional al VIH, los autores realizaron un análisis histórico del financiamiento de la respuesta en el país (Tabla 4). Para ello recurrieron a múltiples fuentes, todas las cuales se detallan al pie de esa tabla. Entre 2004 y 2017 el gasto en VIH del gobierno central y los gobiernos municipales se triplicó en dólares nominales de los EE. UU., pasando de US$ 4,37 millones a US$ 13,2 millones (fila 1 de la tabla). Esto representa un aumento nominal promedio de 8,9% por año. Por otro lado, el gasto total en salud del gobierno central y los gobiernos municipales durante entre 2004 y 2016 (los autores no cuentan con la cifra para el 2017) también se triplicó, pasando de US$ 251 millones a US$ 748 millones (fila 18). Como proporción del PIB, ese gasto se mantuvo prácticamente constante, siendo un 1,05% en 2004 y 1,10% en 2017 (fila 19). Asimismo, el gasto en VIH del gobierno central y los gobiernos municipales como proporción del gasto total en salud de estos gobiernos ha tenido un comportamiento variable durante el período. Aumentó de 1,74% en el 2004 a 2,72% en el 2009, luego disminuyó a 2,22% en el 2014, aumentó a 2,6% en el 2015 y volvió a disminuir a 1,38% en el 2016. En definitiva la información muestra que como proporción del PIB el gasto de los gobiernos en salud no ha variado en los 13 años de análisis y que tampoco lo ha hecho el gasto de los gobiernos en VIH como proporción de su gasto total en salud. Se concluye del anterior análisis que la disminución progresiva que se espera en años venideros en el financiamiento del FM para la respuesta nacional requerirá de un cambio de prioridades de los gobiernos central y municipales: ellos deberán aumentar la fracción de sus presupuestos totales asignada al sector salud o bien aumentar la fracción de sus presupuestos para la salud asignada al VIH o ambos.

Tabla 4 Análisis del gasto en VIH en Guatemala (US$ de cada año)

		2004[a]	2005[a]	2008[b]	2009[b]	2010[b]	2014[c]	2015[c]	2016[d]	2017[d]
1	Gobierno central y gobiernos municipales	4.368.502	6.087.573	12.920.975	15.273.855	13.117.335	15.646.902	17.763.060	10.330.726	13.219.868
2	Seguro Social	9.335.257	6.479.771	16.124.698	11.051.522	15.647.910	18.707.865	14.779.559	16.257.514	17.883.265
3	Subtotal gasto público	13.703.759	12.567.344	29.045.673	26.325.376	28.765.245	34.354.767	32.542.619	26.588.240	31.103.133
4	Empresas	155.096	96.277	-	49.721	72.395	21.517	30.290		
5	Hogares	1.197.983	1.149	3.944.681	4.170.013	4.358.697	3.489.955	999.954		
6	ONG	84.745	58.120				674.686	1.115.439		
7	Otros fondos privados						376.184	336.519		
8	Subtotal gasto privado	1.437.824	155.546	3.944.681	4.219.734	4.431.092	4.562.342	2.482.202	2.730.423	3.003.465
9	Contribuciones bilaterales directas			2.874.403	2.479.384	3.413.211	5.155.914	5.366.063	5.336.280	7.634.228
10	Fondo Mundial			11.922.748	6.528.435	5.661.421			9.533.689	12.120.421
11	Organismos multilaterales			1.168.740	3.157.623	1.633.656	10.955.440	9.650.758		
12	Otras Fuentes Internacionales			2.393.316	2.314.853	2.177.406	491.261	422.728		
13	Total gasto internacional	3.097.004	6.189.839	18.359.207	14.480.296	12.885.695	16.602.615	15.439.549	14.869.969	19.754.649
14	**Total**	**18.238.587**	**18.912.729**	**51.349.560**	**45.025.406**	**46.082.032**	**55.519.724**	**50.464.370**	**44.188.631**	**53.861.247**
15	Fondos gobierno general y municipal (millones de quetzales) [e]	1.992	2.523	4.058	4.578	4.555	5.451	5.105	5.670	
16	Fondos Seguridad Social (millones de quetzales) [e]	2.176	1.947	2.805	3.174	3.357	5.393	4.255	5.675	
17	Total fondos públicos para la salud (millones de quetzales) [e]	4.168	4.470	6.863	7.752	7.912	10.844	9.360	11.345	
18	Total fondos gobiernos general y municipales para la salud									
	Millones US$	251	331	538	562	567	706	668	748	
19	% del PIB [e]	1,05	1,24	1,36	1,48	1,38	1,21	1,04	1,10	
20	Gasto gobierno central y gobiernos municipales en VIH (% gasto público en salud)	1,74	1,84	2,40	2,72	2,32	2,22	2,66	1,38	
21	Tasa de cambio (quetzales por US$) [f]	7,93	7,62	7,54	8,15	8,04	7,72	7,64	7,58	

Fuentes:

a. MSPAS (2005). Guatemala Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención Y Control de ITS, VIH Y Sida.

b. MSPAS and Programa Nacional de Prevención y Control de ITS VIH y Sida (2010). Informe Final de la Medición del Gasto en Sida en Guatemala 2009 y 2010.

c. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2015). Informe de la Medición del Gasto en Sida - MEGAS 2015.

d. Fondo Mundial. Funding Requests HIV/AIDS Guatemala: https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=GTM&k=73d2cd6b-1e4c-4641-b763-a6e4731d5402

e. MSPAS (2017). Guatemala: Tendencias del gasto en salud período 2001-2016.

f. Banco de Guatemala: https://www.banguat.gob.gt/inc/ver.asp?id=/pim/pim02&e=115109&e=142900

(e) Gasto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

En el período 2001-2016, el IGSS registró un gasto que se incrementó de US$ 190 millones a US$ 748 millones, con un promedio en el último quinquenio de US$ 628 millones, manteniendo una participación equivalente al 1,1% del PIB (MSPAS, 2017a). En el período 2012-2016 el presupuesto general asignado en el IGSS para la atención de salud aumentó de US$ 536 millones a US$ 748 millones, lo cual representó un aumento del 40% del presupuesto para gasto en servicios de salud, siguiendo la misma tendencia registrada en el presupuesto del MSPAS. En la actualidad el IGSS cuenta con 1,3 millones de trabajadores afiliados con un total aproximado de 3 millones de beneficiarios de sus servicios (incluyendo al núcleo familiar). Según las estimaciones del MSPAS, en el 2016, el IGSS atendió a un número aproximado de 2 millones de habitantes (MSPAS, 2017b). Los ingresos del IGSS dependen directamente de la contribución patronal del 10,67% del total de salarios, así como la contribución de los propios trabajadores equivalente al 4,83% de sus salarios. El gobierno central está obligado a contribuir como patrono de un aproximado del 13% de los trabajadores registrados en el seguro social, así como a realizar otras aportaciones relacionadas con pensiones y otros subsidios, las cuales no ha cubierto con regularidad. Al 2016, el gobierno adeudaba al IGSS un monto superior a los US$ 4.350 millones (Fagan, 2017).

(f) Gasto de otros actores públicos

En este rubro se agrupa el gasto público en salud realizado por los gobiernos municipales y otros ministerios como Gobernación, Defensa y Educación, así como los gastos de salud canalizados por los fondos sociales. En el período 2001-2016, el gasto de salud registrado por las municipalidades y otros actores públicos tuvo un comportamiento errático oscilando entre un máximo de US$ 204 millones en el año 2008 y un mínimo de US$ 35 millones en el año 2015, con un promedio en el último quinquenio de US$ 77 millones (MSPAS, 2017a). En el año 2016, el gasto total de este grupo de entidades se situó en US$ 78 millones, representando el 1,9% del total de gastos de salud registrado en dicho año. De este total, aproximadamente US$ 20 millones correspondieron a los gobiernos municipales, equivalente al 1,6% del total del gasto municipal realizado en dicho año (Fagan, 2017).

Es importante señalar que el gasto municipal en salud no se encuentra en concordancia con el flujo de ingresos percibidos de conformidad con legislación vigente. Según la Constitución Política de la República, las municipalidades deben recibir el 10% de los ingresos ordinarios del Estado, de los cuales un 90% debería ser invertido en educación, salud preventiva, infraestructura y otros servicios públicos. Por otra parte, las municipalidades reciben transferencias equivalentes al 12,5% del impuesto al valor agregado, del cual el 75% debería ser utilizado en infraestructura y un 25% en gastos operativos. Según los datos oficiales, los ingresos por estas transferencias a las municipalidades han venido en crecimiento, a un ritmo similar al del presupuesto nacional, mientras que la inversión en salud por los gobiernos municipales ha venido disminuyendo desde el año 2009 (Fagan, 2017).

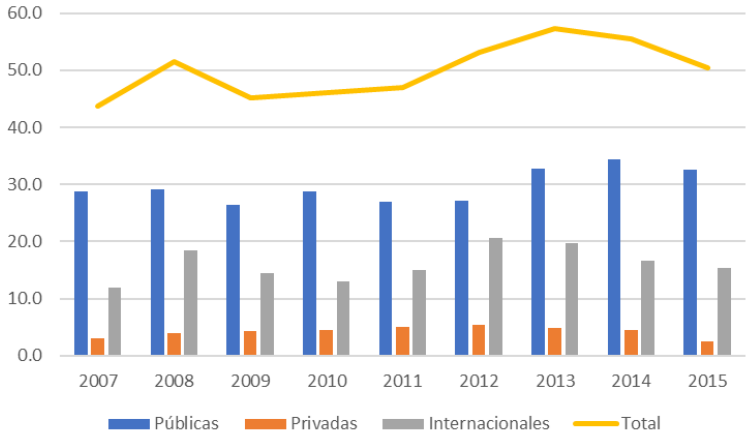
(g) Costeo y financiamiento del VIH

De conformidad con los informes de la medición de gasto en sida (MEGAS) en el período 2007-2015 se ha venido realizando un gasto promedio en VIH de US$ 50 millones, registrándose un gasto máximo de US$ 57,4 millones en 2013 y un gasto mínimo en 2007 de US$ 43,7 (MSPAS, 2016a). En el mismo período de referencia, las entidades públicas han realizado un monto promedio de gasto anual de US$ 29,6 millones equivalente al 64,5% del total de los gastos realizados en el período. Por su parte, se ha registrado un aporte de la cooperación internacional de US$ 16,1 millones en promedio anual para el mismo período, lo cual equivale al 30,6% del total de gasto registrado. Las fuentes privadas de financiamiento registraron un aporte anual promedio para el período de US$ 4,2 millones equivalente al 4,9% del total del gasto realizado.

El último informe MEGAS con datos al 2015, que presenta una estructura de financiamiento muy apegada al promedio de los últimos nueve años, registró un gasto total en VIH de US$ 50,5 millones, lo cual representó el 0,46% del gasto público en salud para dicho año. De este monto total, el gobierno central

realizó un aporte del 35,2% del total de gasto en VIH para un total de US$ 17,8 millones. Por su parte, el IGSS registró una aportación de US$ 14,8 millones, equivalente al 29,3% del gasto. La segunda fuente de financiamiento de atención al VIH en Guatemala lo constituyen los fondos de cooperación internacional.

Figura 13 Gasto total en VIH por fuentes de financiamiento (millones de US$)



Fuente: MSPAS. (2016). Informe de la Medición del Gasto en Sida en Guatemala (MEGAS) 2015.

En el año 2015, el 19,1% del gasto total en VIH provino de organizaciones multilaterales, siendo el FM el principal cooperante. El aporte de estas organizaciones en el 2015 fue de US$ 9,7 millones. De igual manera el aporte de las organizaciones bilaterales de cooperación representó un 10,6% del gasto total con un aporte de US$ 5,4 millones, proveniente principalmente de la cooperación del gobierno de los Estados Unidos de América. En cuanto a los aportes de fondos privados, en el 2015 los hogares realizaron una aportación aproximada de US$ 1 millón lo que representó el 2% del total del gasto. Estos fondos fueron complementados por el aporte de las organizaciones privadas sin fines de lucro que realizaron un gasto de US$ 1,1 millones para un 2,2% del total del gasto registrado. Otros aportes de entidades privadas representaron el 1% del financiamiento total (MSPAS, 2016a).

En cuanto al destino del gasto en VIH, de acuerdo con los datos reportados por el informe MEGAS 2015, las principales categorías del gasto pueden agregarse en los siguientes cuatro principales grupos: Prevención, atención y tratamiento, gestión de programas y otros gastos. El gasto en *prevención* incluye, además de los programas de comunicación orientados al cambio de comportamiento, el asesoramiento y realización de pruebas de VIH para poblaciones clave, así como el suministro de condones. El gasto registrado en esta categoría ascendió en 2015 a US$ 17,2 millones lo cual representó el 34,1% del total del gasto. El gasto en *atención y tratamiento* incluye los fondos destinados principalmente a los rubros de tratamiento ambulatorio de PVV (incluyendo el TARV) y los servicios de atención hospitalaria. Esta categoría del gasto representó en 2015 un monto de US$ 23,5 millones equivalentes al 46,6% del total del gasto en VIH. El gasto en *gestión de programas* representó una erogación de US$ 9,6 millones en 2015 equivalentes al 18,9% del total del gasto, lo cual incluye la gestión de programas relacionados con el fortalecimiento institucional, vigilancia, evaluación y formación del personal. Por último, el gasto en *otros* representó en 2015 el 0,4% del total de gasto equivalentes a un monto aproximado de US$ 0,2 millones, destinados principalmente a la atención de servicios sociales y gastos en huérfanos (MSPAS, 2016a).

En cuanto al comportamiento histórico de las cuatro categorías anteriormente indicadas, el análisis realizado por el ICEFI (2018) para los últimos seis años, indica que durante este período la categoría principal había sido el gasto en prevención, registrándose un 46,4% en promedio del gasto total, mientras que la categoría de atención y tratamiento había registrado un promedio de 35,5% del total de gasto. Los indicadores registrados en el 2015 muestran un posible cambio de tendencia en cuanto a otorgar una mayor prioridad al gasto en tratamiento y atención.

(h) Financiamiento necesario proyectado para la respuesta al VIH

Para la determinación de las proyecciones del financiamiento necesario para la atención del VIH/sida se toman como base las proyecciones incluidas en el PEN, el cual fue desarrollado con la participación de todos los actores relevantes del sector público, sociedad civil, sector privado y cooperación internacional en el año 2016. Para la elaboración de las proyecciones del plan se utilizó la herramienta informática denominada "Modelo de Recursos Necesarios" desarrollada por la firma Spectrum, la cual proyecta los costos de las intervenciones requeridas en materia de VIH en función del comportamiento poblacional, los datos epidemiológicos, la cantidad de personas infectadas, las acciones programáticas dirigidas a cada grupo poblacional meta y los costos unitarios por intervención. Las metas definidas en el PEN corresponden al compromiso asumido por el gobierno de Guatemala en la Declaración Política de las Naciones Unidas 2016 sobre el VIH/sida, en el cual se asumen las acciones necesarias para alcanzar las metas 90-90-90 (MSPAS, 2016b).

Figura 14 Gasto total en VIH por destino 2015

Fuente: MSPAS. (2016). Informe de la Medición del Gasto en Sida en Guatemala (MEGAS) 2015.

De acuerdo con los datos del costeo del PEN (MSPAS, 2016b), el país requeriría un monto total de US$ 481,5 millones para el quinquenio de las proyecciones (2017-2021), para lo cual se estimó una proyección de recursos de las tres fuentes de financiamiento histórico de la atención al VIH/sida por un monto de US$ 290,8 millones, por lo que se estimó una brecha de recursos total para el período de US$ 190,7 millones.

Estas proyecciones se basaron en la estimación de un presupuesto global que parte de un requerimiento de US$ 71,7 millones para el primer año de la proyección y que alcanza los US$ 123,3 millones en el quinto año, aumentando a un ritmo promedio del 10,3% anual. Para el cumplimiento de las metas del PEN, se asignó en estas proyecciones un 41% de los recursos anuales a las acciones de prevención, un 48,1% a las acciones de cuidado y tratamiento, un 7,2% a la gestión de programas y un 3,7% a la prestación de otros servicios (MSPAS, 2016b).

Con base en la información proporcionada por diversas instancias del MSPAS y del MINFIN, las asignaciones de recursos públicos, privados y de la cooperación internacional no han sufrido incrementos significativos en los años siguientes a la elaboración del PEN, por lo que podría asumirse que los recursos asignados para la atención del VIH/sida durante los años 2016-2018 se han mantenido en los niveles promedio de los años anteriores. Esto implicaría que la brecha proyectada de US$ 190,7 millones por el modelo del PEN podría haberse ampliado en US$ 37 millones adicionales y, al ajustar las proyecciones para cada uno de los años, la brecha total estimada podría ascender a US$ 228,1 millones.

Tabla 5 Costeo del Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida (Millones de US$)

Componente	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Prevención		25.0	31.9	39.1	46.7	54.7	197.4
Cuidado y Tratamiento		39.2	38.6	48.0	51.2	54.6	231.6
Prestación de Servicios		3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	18.0
Programas de Apoyo		4.1	5.0	6.8	8.4	10.2	34.5
Total	71.7*	71.7	79.0	97.5	110.0	123.3	481.5
Recursos Proyectados	56.3	56.3	57.2	58.2	59.1	60.0	290.8
Brecha Potencial	15.4	15.4	21.8	39.3	50.9	63.3	190.7
Brecha Acumulada	15.4	15.4	37.1	76.5	127.4	190.7	
Proyección Ajustada **							
Recursos Proyectados	50.5	50.5	50.5	56.3	58.2	59.1	325.1
Brecha Ajustada	21.2	21.2	28.5	41.2	51.8	64.2	228.1
Brecha Acumulada	21.2	42.4	70.9	112.1	163.9	228.1	

Fuente: MSPAS. (2016). Costeo del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA Guatemala 2017-2021.
* Se utiliza el dato de 2017 para proyectar la brecha que podría haberse registrado en 2016.
** La proyección ajustada considera un gasto total para los años 2016-2018 en niveles históricos.

(i) Ineficiencia del gasto público en salud

El más reciente informe del BID (2018) sobre la eficiencia del gasto público en salud ubicó a Guatemala en el puesto 69 de un total de 69 países analizados. Para la medición de la eficiencia, el BID aplicó el análisis envolvente de datos (DEA, por sus siglas en inglés), el cual es útil para identificar cuáles son los países que tienen mejores resultados en la transformación de recursos de salud en mejores productos. Chile fue ubicado en el puesto número 8, Costa Rica en el 31 y Nicaragua en el 56.

El informe del BID (2018) señala como fuentes de ineficiencias técnicas en el gasto en salud las siguientes: precios superiores de medicamentos o subutilización de genéricos, baja calidad de la prestación de servicios, sobreutilización de procedimientos, uso irracional de medicamentos y una combinación costosa de personal sanitario, entre otras.

Según el referido informe, la subutilización de medicamentos genéricos es una gran fuente de ineficiencia, ya que la diferencia en precio entre medicamentos genéricos y productos de marca con la misma bioequivalencia puede ser aproximadamente de 40% (BID, 2018). A manera ilustrativa el ICEFI (2018) reportó que, en el año 2015, se realizaron compras por parte del MSPAS del medicamento Lopinavir/Ritonavir por US$ 1,6 millones. Si este medicamento se hubiera comprado en su presentación genérica a precio de referencia internacional, el costo podría haber sido de US$ 597 mil, lo cual habría representado un ahorro del 63%.

De igual manera, estudios realizados por ITPC-LATCA indican que Guatemala, en 2014, adquirió ARV muy por encima de los precios internacionales de referencia dados por la OPS/OMS para ese mismo año, de la siguiente manera: Raltegravir (10 veces más), Darunavir (6 veces más), Saquinavir (4 veces más) y Lopinavir/Ritonavir (3 veces más). Todos ellos son medicamentos clave en los esquemas de segunda y tercera línea de tratamiento del VIH, pero se encuentran protegidos en el país bajo las leyes de propiedad intelectual (ICEFI, 2018). El estudio concluye que el país debe revisar la posibilidad de aplicar el régimen de licencias obligatorias, contemplado en la legislación vigente sobre propiedad intelectual, para garantizar la adquisición de ARV a precios mucho más bajos (ICEFI, 2018).

Además de los elementos anteriormente expuestos, el equipo consultor identificó de fuentes primarias de información varios factores de ineficiencia técnica en la gestión de los programas de atención al VIH/sida, que deberían ser abordados en la estrategia de sostenibilidad, entre los que destacan: compras fragmentadas de medicamentos que realiza el IGSS y el MSPAS; acciones promocionales y de captación de pacientes que realizan las OSC en ausencia de protocolos y evaluación de impacto; seguimiento clínico centralizado en UAI ubicadas en hospitales de referencia sin el soporte de un sistema referencia y contrarreferencia; y la falta de continuidad en el suministro de pruebas diagnósticas y su disponibilidad en toda la red de servicios de salud.

(j) Transferencias de fondos a OSC

En el año 2013, el Congreso de la República de Guatemala modificó el Art. 33 Bis de Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto Ley 101-97), estableciendo en cuanto a la ejecución presupuestaria de los ministerios de Estado, literalmente lo siguiente: "por ningún motivo podrán suscribirse convenios con administradoras de fondos financieros para la ejecución a través de Organizaciones No Gubernamentales, Organismos Internacionales o Asociaciones." Tal como se comentó en otra sección de este documento, esta normativa dejó sin efecto la contratación de las entidades privadas que atendían el Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS.

Por otra parte, el Art. 32 Bis de la misma Ley Orgánica del Presupuesto establece: "Las operaciones con entidades receptoras de transferencias incluyen las subvenciones y subsidios otorgadas a los centros educativos privados gratuitos, así como las organizaciones que realizan labores sociales y de asistencia humanitaria mediante aportes específicos, autorizadas previamente por el Congreso de la República." Este artículo es el fundamento legal para viabilizar las transferencias de fondos públicos a entidades privadas.

Según el estudio del ICEFI (2018), entre las transferencias del MSPAS a otras instituciones de salud y asistencia social que realizan actividades relacionadas con el VIH/sida, caben destacarse los aportes realizados durante más de 10 años al Hospicio San José, a la Fundación Marco Antonio durante el período 2007-2011 y al Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva y Familiar durante los últimos dos años, los cuales han recibido transferencias anuales promedio de US$ 1,6 millones, US$ 597 mil y US$ 26 mil, respectivamente.

En el presupuesto 2019, el Congreso de la República aprobó un monto total de transferencias a entidades privadas por US$ 377 millones, entre las cuales se encuentran transferencias para la atención de servicios de salud a 37 entidades privadas por un monto total de US$ 67 millones. De las tres entidades relacionadas con programas de VIH/sida, únicamente el Hospicio San José recibirá un monto de US$ 1,6 millones aproximadamente.

3.5. Módulo 5: Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministro para productos de salud, recursos humanos y sistemas de información

(a) Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministro para productos de salud y recursos humanos

La provisión de servicios de salud en el marco de la respuesta nacional al VIH/sida se estructura a partir de los servicios que ofrecen las UAI ubicadas en los hospitales que cubren el territorio nacional. Las UAI metropolitanas poseen modelos eficientes de atención clínica. Los resultados de las UAI difieren ampliamente entre ellas debido a la falta de procedimientos estandarizados y disparidades en las capacidades de los equipos gerenciales y asignación presupuestaria de los hospitales de las que dependen. El seguimiento clínico de las personas con diagnóstico positivo es fundamentalmente hospitalario y está desvinculado de los servicios que prestan los centros y puestos salud y organizaciones de base comunitaria. Propuestas recientes de desconcentración de los servicios de las UAI hacia establecimientos públicos del primer y segundo nivel ofrecerán facilidades de acceso a las PVV y mejorarán la vinculación con servicios de atención primaria que desarrollan acciones preventivas.

Una UAI típica cuenta con un médico coordinador que ofrece servicios clínicos, una enfermera profesional o auxiliar de enfermería, un orientador, un educador y un digitador. Este personal recibe apoyo del personal hospitalario donde opera la UAI. Algún personal financiado por agencias de cooperación ha sido absorbido por los hospitales del MSPAS al finalizar los proyectos, pero en muchos casos son trasladados a servicios fuera de la UAI. La inserción de las UAI en servicios del tercer nivel condiciona traslados de personal para cubrir otras demandas en los hospitales de referencia y limita la posibilidad de un vínculo más estrecho con los servicios de promoción ofrecidos en el primer nivel, como se discute en otras secciones.

Aunque el MSPAS cuenta con UAI, estas siguen siendo geográficamente poco accesibles para muchos de los pacientes. Además, la calidad de los servicios que se ofrecen es dispar revelando brechas significativas entre las UAI ubicadas en la capital y las del resto del territorio nacional. Asimismo, el resto de la red de servicios de salud aún debe trabajar en el mejoramiento de la calidad de los servicios incluyendo horarios de atención que se ajusten a las necesidades de la población usuaria; uso de algoritmos, protocolos y procedimientos estandarizados para la atención de salud; personal capacitado para cumplir a cabalidad las funciones encomendadas; disponibilidad permanente de insumos, medicamentos y reactivos necesarios para dar respuesta a la demanda de la población. Además, la normativa para la prestación de los servicios relacionados con el VIH/sida no está actualizada, y hace falta estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Existen debilidades en las instituciones de gobierno en materia de inclusión, no discriminación, atención equitativa y diferenciada para abordar la problemática del VIH/sida y de las poblaciones más vulnerables. También se evidencia debilidad en el ejercicio de la rectoría por parte del MSPAS y del PNS.

Uno de los obstáculos que ha enfrentado la respuesta nacional es el desabastecimiento de ARV e insumos médicos. La adquisición y el suministro de insumos, pruebas diagnósticas y medicamentos es fundamental para contener la epidemia debido a que la ruptura de inventario se traduce en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por lo tanto, en una mayor transmisión del VIH. El país compra estrictamente lo que necesita sin un inventario de seguridad adecuado. En consecuencia, al presentarse rupturas de inventarios, el MSPAS termina comprando con premura a proveedores locales a precios elevados.[40] Una de las causas de este problema, es el incumplimiento de los plazos de entrega por parte del proveedor y que los productos tienen fecha de expiración cortas, limitando su utilización. Además, hay problemas logísticos en el manejo de inventarios en bodega y la distribución oportuna a las unidades de salud. Los productos se distribuyen desde el almacén central del PNS hasta las UAI con base en la información generada por un sistema de inventario, requerimientos y despachos. La logística de la distribución de ARV, pruebas diagnósticas e insumos es crucial para garantizar la atención desconcentrada.

La actualización permanente de las guías de atención y tratamiento es imperativa para mantener al día los avances en el manejo clínico y terapéutico del VIH/sida. De igual forma, es necesario que el MSPAS ejerza su función de autoridad sanitaria para difundir estos instrumentos y verificar su uso por parte de todos los proveedores de salud en el país. Por ejemplo, el IGSS cuenta con una guía terapéutica propia, con esquemas distintos a los recomendados en la guía terapéutica nacional. No disponer de esquemas de tratamiento estandarizados afecta a los pacientes, al sistema de salud y aumenta los costos de la prestación de servicios debido a que cuando un paciente migra del IGSS al MSPAS, éste debe asumir la continuación de esquemas terapéuticos más costosos iniciados en el IGSS.

El financiamiento de la compra de ARV e insumos para el diagnóstico se realiza con recursos nacionales. Las compras la realizan de forma independiente el MSPAS y el IGSS a través de agencias internacionales como: el Fondo Estratégico de la OPS (FE) y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), respectivamente. Como se mencionó antes, las compras locales son una opción que siempre está presente y que la utilizan en caso de incumplimiento de las entregas de las compras internacionales. El disponer de algoritmos y protocolos de TARV estandarizados y de uso obligatorio para todas las instituciones públicas y privadas ayudaría a la gestión de compras porque permitiría realizar negociaciones conjuntas con los proveedores nacionales e internacionales para obtener mejores precios aprovechando la economía de escalas.

Una cuestión clave de la respuesta nacional al VIH/sida es la gestión de recursos humanos. La alta rotación del personal y el aumento de la contratación por tiempo fijo tienen una influencia directa sobre los objetivos planteados en el PEN. La continua rotación del personal asignado al PNS reduce la capacidad de

[40] Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales -ICEFI- (2018). Desarrollo de una propuesta técnico fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el período 2017- 2026.

gestión ya que con los cambios se requiere tiempo para entender la dinámica de la respuesta nacional e incorporarse en las tareas en marcha. En ocasiones esas tareas se suspenden afectando los resultados planificados. A esto se suma la limitada disponibilidad de instrumentos técnicos y protocolos que faciliten estas transiciones de personal. El mejoramiento permanente de las destrezas profesionales y los conocimientos técnicos, junto con el desarrollo y actualización de políticas, estrategias e instrumentos abonarán a una gestión más eficaz y mitigarán la rotación de personal.

El Decreto 27-2000 normó la creación del PNS. Este programa debe ejercer la rectoría en el ámbito de las infecciones de transmisión sexual en el país. El mismo Decreto establece también la integración de la CONASIDA, la cual se ha constituido en un reto para el MSPAS debido a la dificultad para integrarla con la representatividad de alto nivel con la cual fue diseñada y mantener un funcionamiento permanente que contribuya al seguimiento de las acciones de la respuesta nacional y apoye la toma de decisiones de las autoridades de salud en esta materia. Es una instancia multisectorial que podría contribuir para mejorar la coordinación de las acciones de las diferentes entidades públicas y privadas que participan en la respuesta nacional. Sin embargo, en la actualidad, no está funcionando.

La inestabilidad laboral en el MSPAS afecta negativamente la continuidad de las acciones emprendidas por el PNS. La mayor parte del personal labora bajo contratos que pueden no ser renovados (el renglón 029). El personal de planta con plazas por nombramiento (el renglón 011) es limitado. Por situaciones contractuales o decisiones políticas, la rotación de personal es alta no solo en los mandos medios, sino también en los altos. Los entrevistados informaron que en la actual administración de gobierno ha habido cinco jefes del PNS.

El personal responsable de las atenciones en el primer nivel cubre varios programas de control de enfermedades (tuberculosis, malaria, inmunizaciones y todos los demás), limitando el tiempo dedicado a la prevención del VIH y captación de PVV. Estas situaciones contribuyen a restringir la cobertura y la efectividad de las acciones de prevención y tratamiento del VIH/sida, favoreciendo una mayor incidencia y mortalidad. Algo similar ocurre con el personal que labora en el PNS que destina gran parte de su tiempo de trabajo a tareas administrativas y reuniones lo que implica que le queda muy poco tiempo para desarrollar la faceta técnica que incluye revisión de materiales de información, manuales operativos, diseño de variables para el sistema de información, seguimiento de casos, vigilancia epidemiológica, entre otras. Una alternativa para solucionar este problema es recurrir a las agencias de cooperación externa para que asignen personal técnico que opere dentro y para el PNS apoyando la gestión técnica. Sus términos de referencia se enfocarían en las acciones que representan “inversiones en sostenibilidad” como las sugeridas en este manuscrito, verbigracia: desarrollo y publicación de guías de atención, coordinación con el SIGSA para fortalecer el sistema de información, planificación de compras de insumos, medicamentos y reactivos, entre otras.

(b) Sistemas de información para VIH

Las dificultades en los sistemas gerenciales de VIH no permiten superar las subnotificaciones y los subregistros existentes que acarrean dificultades en el proceso de toma de decisiones sobre la gestión de la epidemia de VIH y en la atención de salud a las personas con VIH/sida. El MSPAS tiene un sistema de información que reporta instancias, pero no reporta personas. Por ejemplo, el MSPAS puede reportar que distribuyó 18.000 condones, pero no puede precisar a cuántas personas les repartió condones.

En ausencia de un sistema robusto de información no es posible identificar a las personas propensas a abandonar el tratamiento y, por ende, adoptar medidas focalizadas para la prevención del abandono del tratamiento. El abandono del tratamiento se traduce en que PVV mantienen cargas virales elevadas y por lo tanto continúan transmitiendo el VIH. Todas las aplicaciones electrónicas en uso tienen propósitos distintos y no se comunican entre sí, por lo que hay distintas fuentes de información oficial. El país no cuenta con información sistematizada sobre las actividades de captación, de tamizaje e identificación de las PVV. La aplicación electrónica para el registro y seguimiento clínico no está integrada al SIGSA, ni estandarizada en todas las UAI. El IGSS cuenta con su propio sistema de información y base de datos.

El país no cuenta con información sistematizada sobre las actividades de captación, de tamizaje y de identificación de las PVV. Las agencias de asistencia técnica y/o sus beneficiarios (o subcontratados), cuentan con información particular, pero esta no se consolida en una base de datos nacional, ni es objeto de análisis bajo los mismos indicadores de desempeño y resultados. Un anexo al sistema de información gerencial, el SIGSA SIDA 1.2, fue desarrollado para el registro de orientación y pruebas de tamizaje. Si la prueba de tamizaje fuera positiva debe completarse una ficha epidemiológica. La utilización de estas herramientas y sus procedimientos no son observados por las agencias que implementan acciones de orientación e identificación de casos.

Los datos generales e información clínica de las personas con diagnóstico positivo son registradas en el Sistema de Monitoreo de Disponibilidad de ARV (MANGUA). Esta aplicación electrónica fue desarrollada por la agencia de cooperación Fundación Sida i Societat y es utilizada en todas las UAI, pero nunca se integró al SIGSA[41]. Las versiones instaladas son distintas y no fueron desarrollas en línea, de forma que la consolidación de la información nacional para reportar la cascada de atención depende del envío de reportes individuales por cada UAI al PNS. El MANGUA no genera reportes automáticos ni cuenta con un tablero de mando que facilite la toma de decisiones. Para la generación de reportes y análisis es necesario trasladar porciones de la base a hojas de procesamiento electrónico. La aplicación no es propiedad del MSPAS[42] y no se cuenta con los códigos fuente para programar ajustes, mejoras y su vinculación electrónica al sistema nacional de información epidemiológica.

El IGSS, por su parte, cuenta con tres bases de datos, no comunicadas entre ellas, para registrar el diagnóstico y seguimiento clínico de las PVV que reciben atenciones en esa institución. Al momento de la visita, estas bases se estaban consolidando. No existe un sistema automatizado, ni rutinas de reporte acordadas para consolidar y analizar los datos del MSPAS e IGSS.

Las referidas aplicaciones tienen propósitos distintos y no se comunican entre sí, por lo que hay distintas fuentes de información oficial. Las fuentes de estos datos no siempre son precisas. Galindo (2016) reporta que:

> *[…] no todos los servicios cuentan con datos actualizados sobre el número de pacientes, pacientes en abandono y datos de supresión viral, entre otros. El país no tiene información sobre el total de personas con VIH que conocen su diagnóstico. Esto es debido a que no todas las instancias que realizan pruebas de VIH reportan a los sistemas nacionales de información en salud y a que no hay registros adecuados en los centros para atención a personas con VIH[43]. Por otra parte, el reporte de ICEF/HIVOS menciona que todo el sistema de información se basa en grandes agregados de información (es decir, no existe información nominal) por lo que no es posible incorporar al sistema de referencia los datos de la persona remitida.[44]*

A pesar de contar con recursos de cooperación, las instituciones vinculadas al sistema de información (unidad de epidemiologia, PNS, SIGSA) no alcanzaron acuerdos para la implementación de esta propuesta. Dado que el fortalecimiento del sistema de información es un los requisitos del Fondo Mundial para el financiamiento de la actual subvención sus gestiones a nivel político podría apoyar: a) un acuerdo interinstitucional nacional para implementar (con ajustes si fuera requerido), la propuesta integral elaborada por consenso; b) La autorización del uso de recursos, dentro de la subvención actualmente administrada por

---

[41] ICEF / HIVOS. Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el periodo 2017-2026.

[42] La aplicación fue desarrollada por la agencia de cooperación catalana ***Fundación Sida i Societat*** y no se cuenta con licencias (información proporcionada por la Dra. Laura Figueroa, Gerente del SIGSA).

[43] Galindo, Cesar (2016). Manual de consejería y pruebas de VIH con enfoque de reducción de riesgo. Colectivo Amigos Contra el SIDA. Guatemala noviembre 2016.

[44] ICEF / HIVOS. Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el periodo 2017-2026.

el INCAP, para la implementación de la propuesta de acuerdo a términos de referencia consensuados por las referidas instituciones nacionales.

3.6. Módulo 6: Organizaciones de la sociedad civil

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) son entidades privadas, autogobernadas y no partidarias, cuyo objetivo es aportar al bien común. El concepto de OSC fue propuesto por las Naciones Unidas en el año 2001 para diferenciarlas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). En Guatemala hay numerosas OSC activas en el ámbito del VIH. Su visión y sus aportes para reforzar la sostenibilidad de la estrategia contra la epidemia son fundamentales. Por ello, este estudio buscó conocer su rol y perspectivas en materia de la sostenibilidad de la respuesta. Los principales hallazgos de ese esfuerzo se presentación en esta sección. "Las organizaciones de sociedad civil juegan un rol fundamental en permitir que las personas reclamen sus derechos, en promover enfoques basados en derechos, en formar las políticas y asociaciones y en monitorear la implementación. También proporcionan servicios en áreas que son complementarias a aquellas proporcionadas por los estados."[45]

(a) Estructura y roles actuales de la sociedad civil

Las OSC surgieron en Guatemala en la década de los 90 para fortalecer la democracia luego de los Acuerdos de Paz. Desde entonces, se han consolidado e incrementado en número para contribuir al logro de los objetivos de las agendas nacionales en materias de derechos humanos y desarrollo social. En el ámbito del VIH/sida, han buscado llenar vacíos en el quehacer de las instituciones gubernamentales en respuesta a las necesidades de la población.

La Ley de Descentralización, la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y el Código Municipal dieron espacios de participación a la sociedad civil organizada, principalmente a través de la formulación de planes y proyectos de desarrollo social. Esto ha permitido que las OSC hayan optado a financiamiento público, especialmente fondos de la cooperación internacional. En su estructura, las OSC deben tener vinculación estrecha con diferentes actores, incluyendo el Estado, la población y la cooperación internacional. El trabajo de las OSC guatemaltecas está fuertemente orientado a los programas sociales. En teoría, esto las obliga a tener una coordinación directa con el Estado y estar presentes en la dinámica de las agendas políticas y sociales de los gobiernos. En Guatemala la figura de OSC está amparada por la ley (Inscritas en Ministerio de Finanzas, Ministerio de Economía, Ministerio de Trabajo, en el Registro Civil, en el Seguro Social, y en el Ministerio de Gobernación). En virtud de esas leyes, las OSC mantienen una relación horizontal con el Estado, el gobierno central, los gobiernos locales y la cooperación internacional.

En el contexto del VIH, las OSC trabajan mayoritariamente para velar por los derechos de las PVV y las comunidades más vulnerables, como lo son las poblaciones clave. También enfocan sus esfuerzos hacia la orientación de personas en materia de VIH y el tamizaje del VIH. Para actividades con objetivos comunes con el MSPAS en materia de VIH, son convocadas a reuniones por parte de la autoridad respectiva. Si bien tienen voz y voto en las reuniones de trabajo, la rectoría y liderazgo de convocar, comunicar y plantear acciones locales recae en el MSPAS y sus Áreas de Salud Departamentales.

En el curso de este trabajo los consultores conversaron con más de 70 representantes de aproximadamente 45 OSC. Este intercambio ocurrió en talleres de consulta organizados y conducidos por los consultores como parte de las actividades llevadas a cabo dentro de este estudio. Las OSC tienen claridad sobre su rol y reconocen estar presentes en todos los ámbitos de acción vinculados con el desarrollo social. Sin embargo, reclaman ser ignoradas en procesos de dialogo nacional y en la elaboración de planes nacionales. En particular, reportan no haber sido convocadas para contribuir al Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH

[45] Asociación de Busán para una eficaz Cooperación para el Desarrollo. Cuarto Foro de Alto Nivel Sobre la Eficacia de la Ayuda. Busán, República de Corea 29 Noviembre 2011.

y Sida. También denuncian ser ignoradas al nivel municipal. En general, se consideran no vistas y desconocidas como potenciales aliadas estratégicas.

En materia de coordinación interinstitucional, manifiestan que aún hace falta cerrar brechas. Aunque en el ámbito del VIH ellas comparten metas y objetivos con entidades gubernamentales y con otras OSC, ven con preocupación como son ignoradas por las instituciones públicas y cómo entre ellas mismas persiste una marcada desarticulación o abierta competencia. Por ejemplo, en actividades de captación de población para el tamizaje del VIH, algunas OSC ofrecen incentivos para atraer a las personas, lo que otras OSC consideran una competencia desleal. No obstante las ventajas comparativas que poseen y que emanan de su cercanía con las comunidades y las personas, muchas OSC no solo son marginadas tácitamente por la autoridad sino que además carecen de fondos para permitir su apropiado funcionamiento.

Las OSC consultadas estiman que para poder ejercer apropiadamente sus funciones, requieren de un marco legal que las guíe y ampare. Consideran que el Decreto 27-2000 debe ser revisado y actualizado para responder a la actual naturaleza de la epidemia. Además, debiera ser difundido masivamente. El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida debiera modificarse para incorporar el rol y las responsabilidades de las OSC. Estas perciben que el MSPAS no ejerce apropiadamente su rol rector y que el Programa Nacional de Sida no desempeña su papel de conductor técnico. Más generalmente, ven a un Estado débil en materia de derechos humanos, lo que las lleva a jugar un rol de cabildeo, persuasión y negociación. Sin embargo, se quejan porque no siempre son escuchadas y atendidas sus demandas.

(b) Sostenibilidad y resiliencia de la sociedad civil

El análisis de la sostenibilidad de las OSC requiere de una revisión del papel del Estado y de la cooperación internacional, dado que estas son las dos principales fuentes de financiamiento de las OSC. El Estado guatemalteco tiene una capacidad de recaudación fiscal limitada y cada día obtiene menos donaciones no reembolsables. La Superintendencia de Administración Tributaria (SAT) reportó que en los años 2014 y 2015 el Estado no logró incrementar la recaudación fiscal, mientras que en los años 2016 y 2017 el incremento fue modesto. Esto se traduce en que los ingresos del Estado no son los suficientemente robustos para atender las demandas y necesidades de la población en materia de educación, salud, seguridad, comunicación vial y trabajo, entre otras.

La cooperación internacional, por su parte, está reduciendo su financiamiento y su presencia en los países centroamericanos, incluyendo Guatemala. El Tercer Informe ejecutivo de la Cooperación Internacional no Reembolsable (CINR) para el desarrollo, permite apreciar la evolución de las donaciones internacionales.[46] Mientras que en el trienio 2008-2010 Guatemala contaba con una cartera de más de diez donantes, en los años 2014 y 2015 esa cartera se redujo a solo cuatro (Estados Unidos, Alemania, Taiwán y España). Esto muy probablemente se tradujo en una reducción considerable del financiamiento externo para programas de desarrollo social y, a su vez, repercute directamente en el quehacer de las OSC. Esta es una situación que amenaza la sostenibilidad de las OSC activas en el ámbito del VIH, puesto que históricamente su financiamiento ha provenido en forma mayoritaria de la cooperación internacional.

En los talleres sostenidos durante este trabajo con representantes de las OSC vinculadas con el VIH, estas plantearon que algunas de ellas aún no están fortalecidas en gerenciamiento y gestión y que contaban con esto en la cooperación internacional, incluyendo de manera prominente el FM. También plantearon que al menguar la cooperación internacional, sus organizaciones no serían sostenibles, ya que carecen de otras fuentes significativas de financiamiento para solventar su operación. Sugirieron iniciar una búsqueda de nuevos donantes, reformular sus funciones en el ámbito del VIH para equilibrar ingresos y gastos, y elaborar un plan de sostenibilidad para cada OSC. En definitiva, las perspectivas de sostenibilidad de las OSC guatemaltecas activas en la respuesta al VIH no son alentadoras. Esto amenaza la sostenibilidad de la respuesta nacional en su conjunto.

---

[46] SEGEPLAN (2015), página 53, tabla 3.2

(c) Oportunidades para un mayor rol de sociedad civil en respuesta al VIH

El MSPAS enfrenta obstáculos para acceder con servicios de salud e información a las comunidades más postergadas del país, situación que podría ser resuelta recurriendo a algunas OSC con presencia local o que pueden acceder a ella con mayor facilidad. las OSC cuentan con amplio conocimiento del contexto cultural, necesidades y demandas de la población meta –por ejemplo operan con horarios extendidos, tienen proveedores pares y disponen de personal que habla el idioma local. Todas estas ventajas comparativas sugieren la conveniencia de que las estas entidades mantengan y consoliden su rol en la respuesta nacional.

La insuficiencia de los recursos que el gobierno ha asignado para la prevención del VIH fue objeto de discusión en los talleres de trabajo con representantes de OSC. Estas entidades tienen competencias que les permitirían contribuir eficientemente a la prevención del VIH –por ejemplo, tienen afinidad cultural y son respetadas entre las poblaciones clave. Las OSC del país han adoptado estrategias innovadoras en la búsqueda de nuevos casos en VIH, (primer pilar de las metas 90-90-90), Proyecto Vida, Colectivos de Amigos contra el Sida (CAS). Han apoyado acciones de búsqueda activa para el tamizaje, adoptando horarios extendidos, involucrando a educadores y estableciendo enlaces con pares, para avanzar en el segundo 90 de las metas 90-90-90. Varias organizaciones han establecido redes de coordinación para referir y vincular a los pacientes seropositivos a la atención integral. Organizaciones como Sida y Sociedad, Proyecto Vida y APHEVIS han logrado acercar el tratamiento a PVV y alcanzar una mayor adherencia (el tercer 90). Sin embargo, la actual carencia de recursos limita su quehacer mientras que la disminución progresiva del financiamiento que les proporciona el FM, al no ser reemplazado, plantea un escenario de sostenibilidad pesimista.

4. Problemas, riesgos y posibles soluciones

Esta sección del informe presenta los 10 principales problemas que debilitan la respuesta de Guatemala al VIH, identifica sus causas y propone soluciones (ver Figura 3 del Resumen Ejecutivo). Este diagnóstico fue consensuado con las contrapartes nacionales e internacionales en el curso de esta consultoría, lo que dio origen al llamado Plan de Trabajo para la Sostenibilidad.[47]

La ubicación de estos 10 problemas de desempeño dentro del marco conceptual adoptado en este trabajo se presenta gráficamente en la siguiente figura. El objetivo último de la respuesta nacional es contener y reducir la epidemia, además de evitar muertes por sida. El análisis presentado en este informe demuestra que, aunque la incidencia y prevalencia del VIH son bajas en el contexto regional, estas son más elevadas de lo posible con los recursos existentes debido a ineficiencias en la respuesta –por diversas causas, incluyendo falencias en las prácticas de adquisiciones de medicamentos y la falta de actualización de protocolos de atención; a un acceso regional dispar a atención de diagnóstico, preventiva y curativa; a una deficiente calidad de la atención; y a vacíos de liderazgo público en la respuesta nacional; entre otras causas. La disponibilidad relativamente limitada de financiamiento también aparece como un problema prioritario que explica los bajos niveles de cobertura. También hay fallas de desempeño del sector salud que impactan negativamente en los resultados de la respuesta nacional al VIH. Por ejemplo, en el sistema de atención primaria, la baja cobertura de la atención prenatal impone límites a la cobertura a los servicios de prevención de la transmisión vertical madre-hijo del VIH. La complejidad del sector salud, con sus múltiples actores y roles, y la complejidad del proceso de producción de servicios promocionales, preventivos y curativos, resultan en un esquema de relaciones causales complejas. Todo lo anterior dificulta la formulación de un diagnóstico y una prescripción de acciones resolutivas, es decir, la identificación y jerarquización de problemas, la búsqueda de sus causas y la formulación de soluciones. La presentación que sigue representa un esfuerzo analítico por identificar, describir e identificar problemas, establecer sus causas y proponer soluciones. Debido a la complejidad recién descrita, no existe un diagnóstico único ni perfecto; no es posible cuantificar científicamente la importancia de las causas; tampoco se puede garantizar que las soluciones propuestas sean las más idóneas. Así y todo, lo que sigue es coherente con el análisis realizado y ha sido validado por los expertos nacionales.

4.1. Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento relativamente bajo—causas y posibles soluciones

En secciones previas de este informe se describió el problema de la baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento del VIH. En el contexto centroamericano (República Dominicana incluida), son las más bajas, en circunstancias que Guatemala no es el país de menores ingresos de la región. La insuficiencia de recursos financieros públicos es la principal causa de este problema, aunque también hay otras. Estas incluyen un gasto público en VIH ineficiente y una falta de liderazgo público respecto de la respuesta nacional. Pero aún si estas dos últimas causas fuesen exitosamente resueltas, es improbable que ello permitiría que los niveles de cobertura aumentasen en forma considerable en ausencia de un mayor financiamiento público. La tabla que sigue plantea las posibles causas de este problema y acciones que revieran contribuir a su solución.

[47] Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados (octubre 2018) Informe de País para Guatemala. Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida. Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País. Ciudad de Guatemala

Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
El país tiene una falencia estimada de US$ 37 millones anuales para la respuesta nacional al VIH/sida.	• Aumentar los recursos financieros disponibles para los programas de VIH/sida en por lo menos US$ 37 millones anuales. Dada la situación actual de las finanzas públicas en el país, se sugiere que para el próximo quinquenio dicho aporte se financie en un 50% de los ingresos corrientes asignados al MSPAS y un 50% a través de un préstamo con organismos multilaterales.
Ineficiencia en el gasto existente	• Es necesario y posible abordar y reducir las múltiples fuentes de ineficiencia en el gasto en VIH/sida, para liberar financiamiento. Estas incluyen: o Consolidar compras de medicamentos que realiza el IGSS y el MSPAS. o Incorporar protocolos y realizar monitoreo y evaluación de las acciones promocionales y de captación de pacientes que realizan las organizaciones de la sociedad civil (OSC) como apoyo a la respuesta nacional. o Desconcentrar el seguimiento clínico que realizan las UAI ubicadas en hospitales de referencia a unidades de salud de menor complejidad.
La débil gobernanza y liderazgo estratégico de la respuesta nacional al VIH/sida limita la concertación de esfuerzos público-privados	• Robustecer el liderazgo del MSPAS mediante la recuperación de la institucionalidad de la Comisión Nacional Multisectorial del SIDA a cargo de los programas de VIH, de conformidad con lo previsto en el Decreto Ley 27-2000.

4.2. Problema 2. Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de gestión del PNS y MSPAS

La sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida depende críticamente de la capacidad del PNS para estandarizar los procedimientos operativos de la respuesta, el desarrollo de procedimientos, guías y manuales, y movilizar coordinada y planificadamente recursos nacionales e internacionales para la ejecución de las tareas planificadas. El análisis que se presentó en la 3.5, revela falencias importantes en la capacidad de gestión del Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA y también del MSPAS. Todas estas debilidades gerenciales resultan en un manejo ineficiente de los recursos existentes. A continuación se presenta un resumen de las principales causas del problema de la ineficiencia productiva y de sus posibles soluciones.

Problema 2: Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de gestión del PNS y MSPAS –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Inestabilidad laboral y alta rotación de personal	• Desarrollar manuales operativos y procedimientos para asegurar la calidad y continuidad de las intervenciones. • Asignar personal contratado por las agencias de cooperación, con dedicación completa en el PNS, para apoyar la gestión técnica del PNS en tareas específicas que contribuyan a la estrategia de sostenibilidad, como, por ejemplo, el desarrollo y publicación de guías.
Hay insuficiente personal en servicios públicos para acciones de promoción y prevención	• Desarrollar manuales y procedimientos de promoción y prevención para el primer nivel, considerando las restricciones de tiempo que tiene el personal en el ámbito local. • Contratar con OSC aquellas tareas, particularmente las llamadas “extramuros”, que excedan las capacidades del personal institucional.

4.3. Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes

El análisis presentado en la sección 3 revela que existe en Guatemala una tasa de captación de pacientes relativamente baja en el contexto regional. La captación tardía hace que muchas personas sean identificadas cuando ya tienen cargas virales muy elevadas o en fase sida, por lo que mantienen la cadena de transmisión. Se identificó cuatro causas principales tras esta falencia. Primero, el sistema de salud realiza insuficientes acciones de tamizaje, en parte por deficiencias en modelo de atención del MSPAS y en parte también porque las OSC que presentan ventajas comparativas para esta función con poblaciones clave han visto mermados su financiamiento. Segundo, muchos individuos que logran acceder a un establecimiento para obtener una prueba de VIH ven su intención frustrada porque no hay suficiente oferta de servicios diagnósticos o simplemente porque no se ofrece en ese establecimiento. Tercero, el abordaje de los prestadores del MSPAS a las PVV es variable en su eficacia y a veces inapropiado debido a la ausencia de procedimientos efectivos y sistemáticos en toda la institución. Cuarto, Guatemala no ha adoptado la política recomendada por la OMS de tratar a todas las PVV a contar del momento mismo en que reciben su primer diagnóstico.[48] A continuación se presenta un resumen de las principales causas del problema de la baja captación de pacientes y de sus posibles soluciones.

Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Insuficiencia de las acciones de identificación y tamizaje	• Fortalecer las estrategias de promoción y prevención en los servicios de salud y al nivel comunitario mediante el desarrollo de manuales operativos que establezcan algoritmos y protocolos; capacitar al personal en su uso en todos los niveles de atención. • Extender las acciones de captación y tamizaje mediante la contratación de organizaciones de la sociedad civil expertas. • Establecer nuevas estrategias de acceso a la prueba: mayor difusión, horarios extendidos, información, educación y comunicación (IEC) con pares, servicios libres de estigma y discriminación.
No hay oferta de diagnóstico en el momento en que las personas concurren a los servicios	• Garantizar que las pruebas diagnósticas y los insumos estén disponibles en toda la red de servicios de salud, así como en OSC que trabajan en el nivel comunitario y rural. • Contar con un inventario de seguridad suficiente para asegurar abastecimiento ante eventuales incumplimientos de proveedores en la entrega de pruebas diagnósticas e insumos. • Ofrecer sistemáticamente la prueba en todos los servicios de salud (consulta externa, hospitalización).
Falta sistematización de la forma de abordaje de la captación de PVV (promoción y extensión)	• Actualizar las guías de atención con procedimientos operativos eficaces y eficientes para lograr que la población acceda a la prueba y conozca su estado serológico. • Reproducir estrategias de abordaje, que garantizan mejores resultados, como por ejemplo, las estrategias del Colectivo Amigos contra el Sida (CAS).
No se ha adoptado la estrategia de tratamiento para todos (independientemente de la carga viral)	• Actualizar, difundir y capacitar en el uso de la Guía Terapéutica Nacional que institucionalice la adopción del tratamiento inmediato para todos los diagnosticados. La inclusión de “tratamiento para todos”, permitiría un incremento en la cobertura de TARV al eliminar el conteo de carga viral como requisito para el inicio de la terapia.

[48] https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/hiv-treat-all-recommendation/en/

4.4. Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso

En la sección (b) se presentó un análisis crítico de los sistemas de información existentes en Guatemala para responder a la epidemia. La conclusión de ese análisis es que el país dispone de información insuficiente para poder tomar decisiones oportunas y correctas dirigidas a controlar la epidemia. Una evaluación de este asunto recomendó el desarrollo de un sistema único al nivel nacional para el seguimiento clínico de pacientes, para lo cual se requiere de una decisión y de recursos. También es necesario disponer de un buen sistema de información para el registro de acciones de tamizaje y captación de pacientes. A continuación se resumen estos hallazgos y sus posibles soluciones.

Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Falta de un sistema único de registro y seguimiento clínico de PVV	• Desarrollar e implementar un plan para mejorar y fortalecer el sistema de información con base en la propuesta integral preparada en 2018. Esta incluía; a) el fortalecimiento de la epi-ficha; b) desarrollo de una nueva aplicación electrónica para el seguimiento clínico de los casos; c) desarrollo de módulos automatizados de reporte y tableros de mando para facilitar el análisis y toma de decisiones. • El MSPAS, a través de la Gerencia del SIGSA, del Departamento de Epidemiologia y del Programa Nacional de ITS y VIH, debe desarrollar un sistema de información con las características aquí propuestas. • Estandarizar las rutinas de reporte en todas las instituciones de salud.
Falta de un sistema de registro de las intervenciones de tamizaje y captación de pacientes	• Bajo el liderazgo del MSPAS y con la participación del PNS, epidemiología y SIGSA, desarrollar e implementar un sistema de información y monitoreo de fácil institucionalización y sostenibilidad.

4.5. Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral

Apenas una de cada cuatro personas del número estimado de PVV presentan supresión viral. La retención en TARV a los 12 meses de iniciar el tratamiento en 2016, está por debajo de los niveles alcanzados por el resto de los países de la región. Muchas personas abandonan el tratamiento y es difícil reincorporarlas. Estos fenómenos se traducen en que muchas PVV mantienen altas cargas virales y por ende perpetúan la cadena de transmisión del VIH.

Las UAI son esencialmente urbanas y prestan servicios verticales no integrados en un sistema de referencia y contrarreferencia. La naturaleza de los servicios prestados ha hecho que las UAI desarrollen su quehacer de forma autónoma, sin embargo, con el crecimiento de la demanda y la disparidad entre el nivel resolutivo entre ellas, es necesario integrarlas al sistema de servicios de salud para descongestionarlas vinculándolas a los otros niveles de atención donde se puede hacer el seguimiento clínico y de laboratorio de las PVV. La UAI del Hospital Roosevelt inició recientemente una iniciativa para desconcentrar hacia algunos centros de salud el seguimiento clínico y tratamiento a PVV. Esta intervención descongestionará las instalaciones de la UAI, facilitará el acceso al TARV y permitirá una articulación más cercana con los servicios de prevención e identificación de casos prestados en el primer y segundo niveles de atención. No se han desarrollado aún procedimientos operativos y rutinas de trabajo sistematizadas para este modelo de atención desconcentrada. Estos procedimientos permitirán evaluar su desempeño, los resultados alcanzados y facilitará su extensión a otras UAI en el resto del país.

Las dos grandes UAI en la ciudad capital han desarrollado sistemas eficientes de atención clínica y gestión administrativa, pero estas prácticas no han sido sistematizadas en procedimientos operativos que permitan a otras UAI reproducir estos modelos. Según la directora del SIGSA, la ausencia de estos procedimientos estandarizados impide el desarrollo de una nueva aplicación electrónica para automatizar la información registrada durante el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico de las PVV.

De las personas que se estima, viven con VIH, (46.271), solamente 16.641 (el 36%) se encuentra en TARV[49]. Por otra parte, solo un 4% de las personas que están registradas en las UAI no están recibiendo TARV. Esto es debido principalmente a la alta frecuencia del diagnóstico tardío[50] y porque las dos grandes UAI metropolitanas que aglutinan más del 50% de las nuevas personas en TARV, están ofertándolo independientemente del recuento de CD4 o del estadio clínico.[51] La brecha entre este segundo pilar de la cascada y la meta (90%), es amplia a escala nacional, debido fundamentalmente, a debilidades en la captación de PVV.

El 93,5% de los pacientes adultos en TARV se encuentra en 14 esquemas con medicamentos de primera línea; el 5,8%, en 49 esquemas con medicamentos de segunda línea; y el 1,0%, en 46 esquemas con medicamentos de tercera línea. Entre los pacientes pediátricos, el 76,9% se encuentra en 7 esquemas de primera línea; el 20,3%, en 18 esquemas de segunda línea; y el 2,8%, en 16 esquemas de tercera línea. En mujeres embarazadas, la mayoría (94,4%) se encuentra en 7 esquemas de primera línea[52]. Este panorama revela que hay una diversidad de esquemas de tratamiento que están en uso tanto para pacientes adultos como para pediátricos lo que dificulta la gestión de medicamentos. Para mejorar la eficiencia en el uso de ARV y su combinación en esquemas terapéuticos es necesario impulsar la homologación de los mismos mediante la publicación de la versión actualizada de la guía terapéutica nacional y realizar jornadas de capacitación para el personal de salud con el fin de promover su uso y sujeción a los algoritmos y protocolos de tratamiento allí consignados.

La retención en TARV a los 12 meses de iniciar el tratamiento fue del 75% en 2016 (con datos que representan el 69% de los pacientes en TARV), situándose entre una de las más bajas de la región, cuya mediana es del 81%[53]. De las personas en TARV, 11.375 presentaban en 2017 una carga viral suprimida. La proporción con relación a las personas que, se estima, viven con VIH es del 25%, pero si comparamos con aquellos que están en tratamiento es 68,36% (el tercer pilar de la cascada)[54]. Dado que la supresión viral evita la transmisión, estos resultados imponen el más importante reto para el control de la epidemia.

Existe un limitado acceso de las PVV en TARV a las pruebas de carga viral y CD4, a esto se suma que no se conoce con precisión la magnitud del abandono del tratamiento y sus causas, y tampoco hay información sobre resistencias primarias y secundarias a los ARV. Es recomendable, para la sostenibilidad que se desarrolle e implemente una estrategia de adherencia al tratamiento.

La siguiente tabla presenta un resumen de las principales causas del problema de la transmisión de nuevos casos por paciente en tratamiento que no logran la supresión viral y sus posibles soluciones.

Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Falta de adherencia al TARV	• Contar con un sistema propio de seguimiento a través de telefonía móvil. • Fortalecer un sistema de información nominal que permita identificar personas con la potencialidad de abandonar el TARV.

[49] De acuerdo con datos GAM 2017 y al ejercicio Spectrum 2017. Información incluida en: The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018

[50] El diagnóstico tardío (porcentaje de pacientes con un primer recuento de CD4 <200 células/µL) que se ha mantenido alto y sin variación en los últimos años, siendo uno de los más altos de la región. Para 2013, este valor fue del 50%, y para 2016, 48%

[51] The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018.

[52] ICEF / HIVOS. Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el periodo 2017-2026

[53] The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018

[54] De acuerdo a datos GAM 2017 y al ejercicio Spectrum 2017. Información incluida en: The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero de 2018

Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Poco acceso a las UAI debido a una centralización de la atención	• Ofrecer una descentralización del tratamiento, es decir, realizar un seguimiento clínico y prescripción de medicamentos en centros de salud, accesibles a las PVV. • Explorar alianzas con OSC para que estas contribuyan a la identificación de PVV y los lleven a los servicios de salud para su vinculación y tratamiento. • Entregar medicamentos para cubrir hasta 6 meses de tratamiento a PVV con buena adherencia.
Baja identificación de pacientes en estadios tempranos	• Fortalecer las intervenciones de comunicación y tamizaje, particularmente entre poblaciones clave. • Contratar con recursos públicos los servicios de OSC especializadas en consejería y trabajo comunitario, particularmente con poblaciones clave, para aumentar la captación temprana y complementar los esfuerzos que hace el MSPAS.
Alto abandono del tratamiento, especialmente en UAI no metropolitanas	• Desconcentrar el seguimiento clínico y reposición de tratamiento a centros y puestos de salud más accesibles. • Fortalecer el sistema de registro nominal para identificar la persona con perfil de probable abandono del TARV y ofrecer apoyo específico. • Estandarizar mediante protocolos los procedimientos y rutinas de campo para asegurar la adherencia al tratamiento.
Inadecuada orientación a PVV	• Desarrollar procedimientos estandarizados de promoción y prevención y capacitar en su uso al personal que atiende a los pacientes. • Mejorar el acceso de las PVV a información pertinente sobre TARV y adherencia.
El estigma y la discriminación constituyen barreras de acceso a los servicios de atención	• Perfeccionar las estrategias de IEC para sensibilizar y capacitar al personal de salud de los servicios de salud para eliminar estigma y discriminación (EyD). • Desarrollar estrategias de IEC para sensibilizar a la población en general sobre EyD. • Exigir el cumplimiento de la legislación nacional e internacional en materia de prevención del estigma y la discriminación.
La ausencia de un sistema robusto de información impide identificar y hacer un seguimiento a las personas propensas a abandonar el tratamiento	• Revisar el sistema de información, definiendo parámetros y variables necesarias para identificar el perfil de pacientes con probabilidad de abandonar el TARV.

4.6. Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos

La tabla que sigue contiene un resumen de las principales causas del problema del limitado acceso a la atención por desabastecimientos frecuentes y de sus posibles soluciones.

Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos —Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Falta de cumplimiento de fechas de entrega por parte del proveedor	• Incrementar el inventario de seguridad, considerando tiempos de entrega más prolongados por parte del proveedor. • Continuar con las actuales iniciativas para mejorar la planificación para precisar las cantidades necesarias de ARV e insumos médicos requeridos por la respuesta nacional en respuesta a la extensión de cobertura que demanda el 90-90-90. • Realizar compras con otros proveedores internacionales (COMISCA, PFSCM).
	• Incorporar en los contratos de compra cláusulas que garanticen el abastecimiento de productos con vida útil de mínimo un año.

Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos —Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Productos recibidos con fechas cercanas de vencimiento	• Gestionar con autoridades de contraloría y MSPAS entregas parciales, aunque el pago sea único.

4.7. Problema 7: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida

Uno de los elementos clave para el funcionamiento y consolidación de la respuesta nacional al VIH/sida es disponer de un marco legal y normativo adecuado a las necesidades de la población, los requerimientos institucionales y la realidad del país. En este sentido, Guatemala requiere actualizar varios instrumentos jurídicos y normativos mientras que otros necesitan el diseño de mecanismos para su correcta aplicación.

Para contrarrestar los efectos negativos de la alta rotación del personal, mejorar la captación de PVV, la vinculación al TARV, la adherencia, la supresión viral, y la dispersión de iniciativas locales e implementadas por agencias de cooperación, es necesario estandarizar los siguientes procedimientos, guías, manuales y aplicaciones electrónicas:

- Guía nacional de diagnóstico y tratamiento.
- Guía nacional de prevención, consejería e identificación de casos.
- Manual de operaciones de las UAI.
- Plan para la desconcentración del seguimiento clínico y entrega de medicamentos.
- Procedimiento estandarizado para el suministro de medicamentos a las UAI y centros desconcentrados de atención.

No hacerlo conlleva una mayor probabilidad de que captación, tratamiento y adherencia de pacientes sean inapropiados, resultando en mayor incidencia y mortalidad por VIH.

Como resultado de la consulta realizada con representantes de OSC se identificaron varias cuestiones importantes en el ámbito legal y normativo. Así, por ejemplo, existe un desconocimiento del Decreto Ley 27 – 2000 y por tanto no se lo cumple, transgrediendo los derechos humanos, en particular de la comunidad LGTBI. En cambio, en el ámbito normativo, es evidente el débil liderazgo y la falta de ejercicio del rol rector del MSPAS para conducir las acciones de respuesta a la epidemia, la falta de políticas públicas para la atención a poblaciones vulnerables que amparen y protejan sus derechos como el acceso a prevención y atención en espacios libres de estigma y discriminación. Entre las soluciones proponen: la revisión y aprobación de la propuesta de leyes relacionadas con el VIH y poblaciones clave; revisión e implementación de la Comisión Nacional Multisectorial; actualización de la normativa de prevención y atención del VIH/sida; desconcentración de la implementación de intervenciones; e inclusión de educadores pares en la prevención del VIH.

Otra sugerencia es la creación de una mesa interinstitucional de medicamentos e insumos diagnósticos para analizar los patrones de consumo de medicamentos, identificar tempranamente potenciales desabastecimientos y organizar una negociación conjunta de precios para conseguir mejores precios y condiciones de entrega favorables.

Estos instrumentos y procedimientos jurídicos y normativos pueden desarrollarse con el liderazgo y coordinación del PNS y el apoyo de las agencias de cooperación especializadas en las áreas temáticas. Su sostenibilidad depende también de que en su desarrollo y validación participen comités en los que estén representados los distintos sectores interesados en la temática.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las principales causas del problema de la mala calidad de la atención y de sus posibles soluciones.

Problema 7: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida –Causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Alta rotación del personal institucional responsable de su desarrollo y publicación	• Desarrollar e implementar herramientas que pueden ser elaboradas con apoyo de las agencias de cooperación especialistas en las áreas temáticas con el liderazgo y coordinación del PNS. • Validar estas herramientas mediante un proceso participativo que involucre a los actores principales de la respuesta nacional al VIH/sida.

4.8. Problema 8: Persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave

Estigma y discriminación constituyen una barrera para el acceso inicial a los servicios de atención y para asegurar la continuidad del tratamiento. Esto resulta en mayor transmisión del VIH y más mortalidad por esa causa. Por otra parte, las PVV temen al estigma y la discriminación social en los servicios de salud convirtiéndose en una barrera de acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH/sida. La siguiente tabla presenta un resumen de las principales causas del problema del persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave y de sus posibles soluciones.

Problema 8. Persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave–Causas y posibles soluciones

Causa	Posibles soluciones
Desconocimiento de los riesgos de transmisión por parte del personal de salud	• Capacitación al personal sobre riegos de transmisión y medidas de profilaxis postexposición.
Las PVV desconocen sus derechos, en particular dentro de población clave.	• Capacitación a PVV, particularmente poblaciones clave, sobre sus derechos como ciudadanos y usuarios de servicios de salud.
Falta de mecanismos de denuncia de violación de derechos.	• Desarrollar mecanismos institucionales para que todas las quejas y denuncias de violaciones de los derechos sean registradas y atendidas oportunamente.

4.9. Problema 9: Elevada transmisión vertical madre-hijo

En Guatemala hay una elevada transmisión madre-hijo y con aumento de la mortalidad en el 2013. La ausencia de medidas necesarias para ofertar la prueba de VIH en la atención prenatal puede llevar a un incremento en la incidencia del VIH y en la mortalidad por VIH/sida. En el 2016, solo el 42% del total de embarazadas accedieron a servicios de tamizaje de VIH en establecimientos públicos[55]. De igual forma, en 2016, se registró que la cobertura de TARV para madres es del orden del 21% de las que asisten a los servicios de salud. Las coberturas de la atención prenatal (40%) y la del parto hospitalario (60%) también son bajas, sobre todo por razones socioculturales.[56]

La prevención de la trasmisión materno infantil es una de las estrategias más eficaces cuando se hace el diagnóstico oportuno y se administra el TARV a la madre. La probabilidad de transmisión se reduce a menos del 2% con la terapia y manejo adecuado del embarazo y el parto. Es factible, evitar que nazcan más niños con VIH, pero para ello se necesita redoblar esfuerzos para la persuasión y captación de mujeres embarazadas que accedan a la prueba diagnóstica. El acceso a la prueba del VIH debe ser universal para las

[55] The Global Fund (2018). Guatemala. Funding request application form. 22 de febrero 2018.
[56] Información proporcionada por el PNS, MSPAS, 2018.

embarazadas, pero es fundamental que los proveedores de servicios de salud públicos y privados se comprometan al cumplimiento de la meta de cero niños nacidos con VIH. El MSPAS debe revisar sus manuales y procedimientos de atención materno infantil para incorporar el tamizaje del VIH como una de las intervenciones de rutina durante el control prenatal y diseñar mecanismos para atender a la gran proporción de mujeres embarazadas que al momento no acceden al control prenatal y al parto institucional.

A continuación se presenta un resumen de las principales causas del problema de la elevada transmisión vertical madre-hijo y de sus posibles soluciones.

Problema 9: Elevada transmisión vertical madre-hijo –Causas y posibles soluciones

Causa	Posibles soluciones
El sistema de salud no capta oportunamente a todas las mujeres embarazadas	• Capacitar al personal de establecimientos públicos que otorgan atención prenatal para sistematizar la oferta de diagnóstico. • Asegurar el suministro de medicamentos e insumos para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita (ETMI) en establecimientos públicos. • Capacitar a parteras para que incluyan la consejería y referencia a un establecimiento público para la prueba de VIH, como parte de su oferta de atención prenatal.
Hay insuficiente oferta de consejería y pruebas de tamizaje en centros asistenciales	• Sistematizar rutinas de tamizaje y oferta de diagnóstico en hospitales públicos y dotación de ARV e insumos para ETMI. • Analizar la posibilidad de hacer la prueba de VIH "opt-out" (que la madre pueda declarar si no la quiere, en vez de ofrecerla como un examen adicional).
Falta de conocimiento sobre la prevención de la transmisión materno-infantil	• Reforzar las actuales estrategias de IEC para mujeres y población general. • Implementar campañas de IEC más efectivas que las actuales para elevar el grado de conciencia sobre el VIH/sida en mujeres en edad fértil y población general.

4.10. Problema 10: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados

Como se mencionó antes, la falta de homologación de los esquemas de tratamiento antirretroviral en el país es una limitante importante para consolidar las necesidades institucionales de ARV, insumos y reactivos entre el MSPAS y el IGSS. Está pendiente la actualización e implementación de la guía terapéutica del VIH por parte del MSPAS para que con este instrumento en ejercicio de su función rectora del sistema de salud implemente su uso en todas las instituciones de la red de servicios de salud públicas y privadas. Así, se podría fomentar la economía de escalas para abastecer a las instituciones de los medicamentos e insumos necesarios para cubrir la demanda a mejores precios mediante compras conjuntas.

El MSPAS y el IGSS no realizan compras conjuntas de ARV lo que se traduce en que el precio promedio que paga cada institución es superior al precio potencial. Esto a su vez permite menores volúmenes de compra con el presupuesto disponible. Esta práctica resulta en una menor disponibilidad nacional de TARV, con un consecuente aumento en la transmisión del VIH. Las compras conjuntas son una buena práctica, como lo demuestran varias experiencias regionales exitosas. Si se desea implementar estrategias como la profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis postexposición (PEP), y diagnóstico-tratamiento (Test & Start), se necesitarán recursos adicionales.

Varios funcionarios del MSPAS y del IGSS reconocen la validez de la compra conjunta, sin embargo, admiten que no ha existido la voluntad política para avanzar en el diálogo que permita encontrar los mecanismos legales y administrativos para cristalizarla. Cabe resaltar que, en el mes de noviembre de 2018, ambas instituciones decidieron establecer una comisión conjunta para analizar este tema.

Con la homologación de los esquemas y la compra conjunta de medicamentos se mejorará la eficiencia y la calidad del gasto y será un aporte importante para cumplir con las metas 90-90-90 en 2020.

La tabla que sigue contiene un resumen de las principales causas del problema de la ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas y de sus posibles soluciones.

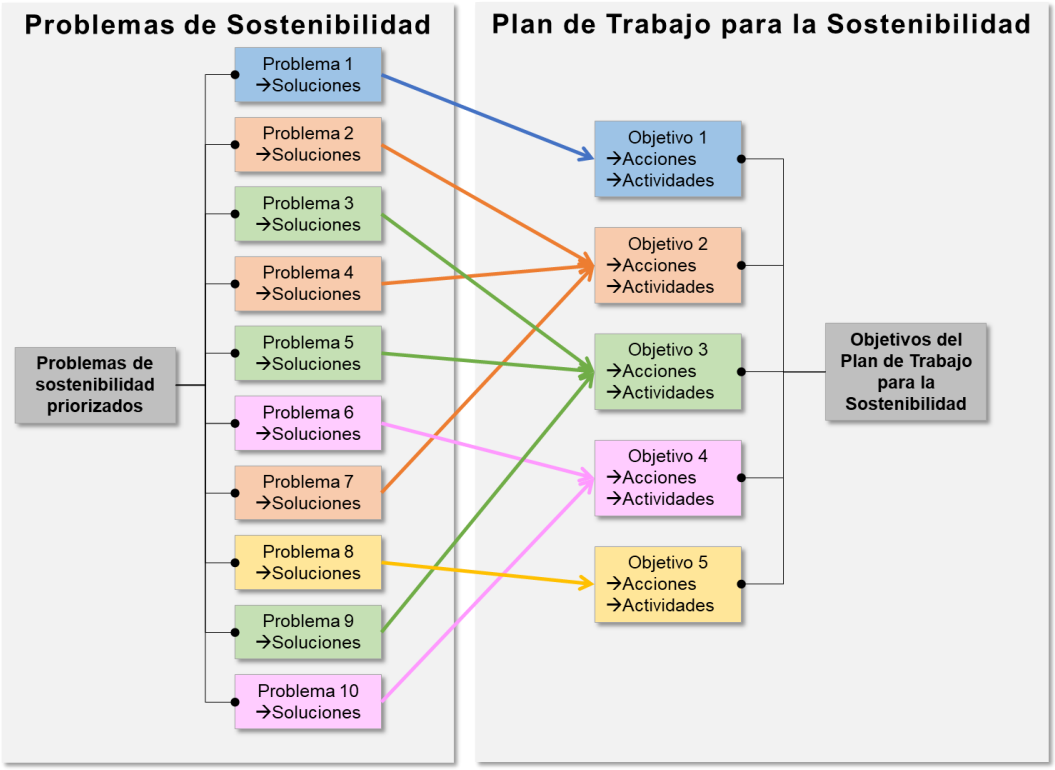
Problema 10: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados –Causas y soluciones

Causa	Posibles soluciones
Ausencia de iniciativa para realizar compras conjuntas y de información sobre las potenciales ganancias de eficiencia asociadas a compras conjuntas.	• Fomentar las compras conjuntas, por ejemplo, realizando estudios que demuestren los ahorros potenciales. • Evaluar los procesos de compra para identificar cuellos de botella y áreas de mejoramiento. • Realizar alianzas estratégicas con otras organizaciones al nivel centroamericano (COMISCA) y latinoamericano para mejores compras.
Las medidas anticorrupción, aunque loables en su espíritu, han resultado en la detención o atraso de algunos procesos de compra	• Revisar los procedimientos anticorrupción que rigen los procesos de compra de ARV y evaluar la posibilidad de simplificarlos para permitir compras oportunas por volumen.

Parte II: Plan de Trabajo para la Sostenibilidad

El análisis formulado en la primera parte de esta consultoría identificó los 10 problemas (también denominados "riesgos") de sostenibilidad más importantes que enfrenta Guatemala. Junto con la identificación, descripción y priorización de estos 10 principales problemas de sostenibilidad, la Parte I de este informe también planteó para cada problema un conjunto de soluciones. Puesto que varios de los problemas de sostenibilidad están relacionados, porque pertenecen a un mismo ámbito de acción de la respuesta nacional, en la siguiente sección se propone una agrupación de estos diez problemas en cinco objetivos mayores que constituyen el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad. Además, en este PTS se incorporan las soluciones propuestas en el Informe 1 expresadas como objetivos, acciones y actividades (ver Figura 15).

Figura 15 Relación lógica entre los riesgos de sostenibilidad y el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad



5. Principales recomendaciones en el Plan de Trabajo para la Sostenibilidad

Esta sección presenta en primer término la correspondencia propuesta por los consultores entre los problemas de sostenibilidad y los objetivos del PTS. En segundo lugar, describe el contexto que da origen a los cinco grandes objetivos del PTS y propone las acciones que deben llevarse a cabo para abordar cada objetivo.

5.1. Correspondencia entre riesgos de sostenibilidad y objetivos del PTS

La correspondencia entre problemas de sostenibilidad y objetivos del PTS se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 6 Objetivos y acciones del PTS y su relación con los riesgos de sostenibilidad

Objetivos y acciones del PTT	Principales riesgos de sostenibilidad
Objetivo 1. Aumentar el financiamiento público para la respuesta nacional al VIH/sida	**Problema 1:** Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente.
Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional	**Problema 2:** Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de la gestión del PNS y MSPAS.
	Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso.
	Problema 7: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida.
Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH	**Problema 3:** Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes.
	Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral debido a falta de adherencia, poco acceso al tratamiento y baja captación de pacientes en estadio temprano, entre otros.
	Problema 9: Elevada transmisión vertical madre-hijo por baja cobertura de atención obstétricas en el nivel primario, falta de consejería a embarazadas e insuficiente conocimiento sobre prevención del VIH por parte de las embarazadas.
Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos	**Problema 6:** Limitado acceso a la atención debido a desabastecimientos frecuentes de ARV e insumos médicos.
	Problema 10: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados.
Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave	**Problema 8:** Persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave, por desconocimiento de riesgos por parte del personal de salud y de derechos por parte de los pacientes.

En las secciones 3 y 4 de la Parte I de este informe se describieron los 10 problemas prioritarios que enfrenta Guatemala en su respuesta al VIH/sida y que fueron agrupados en cinco grandes objetivos para el PTS. A continuación, se proponen las acciones necesarias para cumplir con esos cinco objetivos. Ellas fueron consensuadas en un taller de consulta realizado durante este trabajo, el cual contó con la participación de expertos nacionales e internacionales involucrados en la respuesta nacional.

5.2. Objetivo 1. Aumentar el financiamiento público para la respuesta nacional al VIH/sida

(a) En respuesta al Problema 1 de sostenibilidad: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente

Acción 1.1 Alcanzar mayor eficiencia del gasto público en la respuesta nacional al VIH/sida

Actividades orientadas hacia el incremento de la ejecución presupuestaria, la movilización de recursos adicionales y la coherencia entre instrumentos estratégicos, compromisos internacionales y la planificación presupuestaria.

Acción 1.2 *Asegurar el compromiso y voluntad política de las autoridades del MSPAS para incrementar las asignaciones presupuestarias para el programa de VIH acorde con los compromisos asumidos en el PEN para la atención de las ITS, VIH y sida*

Desarrollar e implementar una campaña de incidencia política que logre persuadir a las autoridades nacionales de la necesidad de una mayor inversión en VIH/sida y así elevar la prioridad del programa de VIH/sida dentro del presupuesto nacional.

Acción 1.3 *Invertir en prevención combinada junto con la sociedad civil*

La sociedad civil ha sido clave en la implementación efectiva de intervenciones de prevención combinada. Por ello se sugiere desarrollar actividades que generen evidencia sobre su costo-efectividad para fomentar una mayor inversión público-privada en este rubro

5.3. Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional

(b) En respuesta al Problema 2 de sostenibilidad: Ineficiencia productiva por insuficiente capacidad de la gestión del PNS y MSPAS

Acción 2.1 *Fortalecer la capacidad de gestión del PNS y del MSPAS*

El PNS debe ejercer la rectoría en el ámbito de las infecciones de transmisión sexual en el país. Por otra parte, la integración de la Comisión Nacional Multisectorial, como instancia coordinadora de las acciones de las entidades públicas y privadas que participan en la respuesta nacional, se ha transformado en un reto para el país. Ello se ha debido a la dificultad para integrarla con la representatividad de alto nivel con la cual fue diseñada y mantenerla en funcionamiento permanente para contribuir al seguimiento de las acciones de la respuesta nacional y apoyar la toma de decisiones de las autoridades de salud en esta materia. También será necesaria una mejor coordinación al interior del MSPAS, puesto que el PNS tiene un papel normativo y la implementación de sus normas recae en diferentes viceministerios. Estos deben operar de manera coordinada para ser más efectivos en sus acciones. Entre las acciones propuestas se incluye el diseño de mecanismos de coordinación técnica y política, el desarrollo de manuales, protocolos y procedimientos, actualizar la normatividad y la ley 27-2000 con su respectiva política.

Acción 2.2 *Mejorar la gestión de recursos humanos vinculados al PNS para cumplir con los objetivos y metas del PEN*

Como se mencionó anteriormente, por situaciones contractuales o decisiones políticas, la rotación de personal en el MSPAS es alta no solo en los mandos medios, sino también en los altos. Esa inestabilidad laboral y la excesiva carga laboral del personal de primer nivel afecta negativamente la continuidad de las acciones emprendidas por el PNS.

Otro problema de gestión y liderazgo del MSPAS es el atraso en el desarrollo y publicación de instrumentos de rectoría como: guías de atención, materiales de información, manuales operativos, diseño de variables para el sistema de información, seguimiento de casos, vigilancia epidemiológica, entre otros.

También se evidencia debilidad en el ejercicio de la rectoría por parte del MSPAS y del PNS en relación con la coordinación de la cooperación internacional. Varias organizaciones de asistencia técnica y financiera internacional apoyan la repuesta

nacional al VIH/sida, pero sus intervenciones no son conducidas por el PNS, o en coordinación con el PNS, o entre ellas.

Las limitaciones en la capacidad de gestión y liderazgo observadas en el MSPAS también se manifiestan en su modelo de atención para el VIH, el cual está excesivamente centralizado en las UAI. En efecto, aunque el MSPAS cuenta con UAI, estas siguen siendo geográficamente poco accesibles para muchos de los pacientes. Además, la calidad de los servicios que se ofrecen es dispar revelando brechas significativas entre las UAI ubicadas en la capital y las del resto del territorio nacional. Asimismo, el resto de la red de servicios de salud aún debe trabajar en el mejoramiento de la calidad de los servicios incluyendo horarios de atención que se ajusten a las necesidades de la población usuaria; uso de algoritmos, protocolos y procedimientos estandarizados para la atención de salud; personal capacitado para cumplir a cabalidad las funciones encomendadas; disponibilidad permanente de insumos, medicamentos y reactivos necesarios para dar respuesta a la demanda de la población. Además, la normativa para la prestación de los servicios relacionados con el VIH/sida no está actualizada, y hace falta estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Existen debilidades en las instituciones de gobierno en materia de inclusión, no discriminación, atención equitativa y diferenciada para abordar la problemática del VIH/sida y de las poblaciones más vulnerables.

Para solventar estas limitaciones los actores de la respuesta nacional propusieron la elaboración e implementación de un plan de desarrollo del personal vinculado al PNS, el cual debería contener los siguientes elementos:

- Estrategias de mitigación de la rotación frecuente;
- Incentivos con base en desempeño; y
- Formación permanente, entre otros.

(c) En respuesta al Problema 4 de sostenibilidad: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso –

Acción 2.3 Diseñar e implementar un sistema de información único e integral de VIH/sida

El sistema de información para VIH en Guatemala cuenta con múltiples limitaciones que incluyen dificultades en los sistemas gerenciales, reporte a nivel instancia no a nivel paciente, falta de captura de actividades de captación y tamizaje, heterogeneidad en las versiones instaladas del MANGUA en las UAI, etc.

Por ello, es imprescindible desarrollar e implementar un plan para mejorar y fortalecer el sistema de información. Para ese fin, una propuesta integral fue desarrollada con apoyo de *Measure Evaluation* en 2018. Esta incluía; a) el fortalecimiento de la epi-ficha (en plataforma web) con vinculación de los casos del documento de identidad personal; b) el desarrollo de una nueva aplicación electrónica para el seguimiento clínico de los casos, que permita integrar la base de datos ya acumulada en MANGUA; c) el desarrollo de módulos automatizados de reporte y tableros de mando para facilitar el análisis y toma de decisiones. La implementación de esta propuesta permitiría superar los principales problemas de información mencionados en esta sección.

Acción 2.4 *Desarrollar un Módulo de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH/SIDA*

No únicamente se requiere un sistema integral de información, sino que éste deberá ser acompañado por una serie de reportes y salidas de información que permitan a los tomadores de decisiones dar seguimiento a la evolución de la respuesta nacional y tomar decisiones oportunas con base en la evidencia. Por ello, el país ha acordado que el diseño e implementación de un módulo de monitoreo y evaluación que genere los indicadores propuestos en el PEN. Esta será una actividad de gran valor para la respuesta y ayudará a incrementar la rendición de cuentas.

(d) En respuesta al Problema 7 de sostenibilidad: Falencias en la calidad de la atención debido a desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH/sida –Acción: Actualizar el marco jurídico y normativo relacionado con VIH/sida

Uno de los elementos clave para el funcionamiento y consolidación de la respuesta nacional al VIH/sida es disponer de un marco legal y normativo adecuado a las necesidades de la población, los requerimientos institucionales y la realidad del país. En este sentido, Guatemala requiere actualizar varios instrumentos jurídicos y normativos mientras que otros necesitan el diseño de mecanismos para su correcta aplicación.

Estos instrumentos y procedimientos jurídicos y normativos pueden desarrollarse con el liderazgo y coordinación del PNS y el apoyo de las agencias de cooperación especializadas en las áreas temáticas. Su sostenibilidad depende también de que en su desarrollo y validación participen comités en los que estén representados los distintos sectores interesados en la temática.

5.4. Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH

(a) En respuesta al Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes

Acción 3.1 *Sistematizar las intervenciones de captación y diagnóstico de personas que viven con el VIH*

La falta de sistematización y homologación de prácticas de prevención e identificación de casos, así como la limitada cobertura de las intervenciones para la identificación de nuevos casos, contribuyen a que el primer pilar de la cascada de atención (porcentaje de PVV diagnosticadas) se limite a un 62%.

Para atender esta problemática, este Plan propone el desarrollo de procedimientos estandarizados de promoción y prevención combinada y la capacitación del personal de salud para su implementación. Asimismo, se propone implementar estrategias innovadoras de acceso a la prueba como IEC y consejería con pares, horarios extendidos, prueba diagnóstico en pareja y pruebas en lugares de encuentro, entre otras. Finalmente, se considera clave la institucionalización de los modelos de prevención combinada y atención diferenciada para garantizar su sostenibilidad en el mediano plazo.

Acción 3.2 *Implementar las guías y normativas de atención integral con énfasis en la promoción y prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica de VIH y violencia de género*

Actualización de las guías de atención para la inclusión de procesos efectivos y eficaces en la capacitación y diagnóstico oportuno, así como la implementación de un programa nacional de capacitación en promoción, prevención combinada, derechos humanos, normativa de VIH y violencia de género.

Acción 3.3 *Extender las acciones de captación y tamizaje mediante la contratación de OSC con experiencia en el tema*

Debido al rol clave que ejercen las OSC en el primer pilar de la cascada del continuo de la atención de VIH es primordial priorizar la contratación de estas organizaciones especializadas en consejería y trabajo comunitario con población clave. De forma simultánea se deberán elaborar los protocolos, algoritmos y manuales operativos para que las OSC puedan cumplir con lineamientos estandarizados para la promoción de la prueba y captación de PVV.

Acción 3.4 *Universalización de la prueba diagnóstica*

Guatemala aún no logra el acceso universal a la prueba diagnóstica. Esta acción es necesaria para el alcance de las metas 90-90-90. Sin embargo, aún existen barreras en la compra y distribución que generan desabastos y brechas en la oferta de este servicio.

Acción 3.5 *Avanzar en el proceso de desconcentración de la atención y tiempos más prolongados de ARV*

Según el criterio de los representantes de las OSC, las UAI son disímiles ya que las ubicadas en el área metropolitana tienen la categoría de especializadas y de referencia, mientras que el resto al parecer necesitan mejorar la calidad de los servicios, la accesibilidad, la pertinencia cultural y la atención de pares. El problema medular es que la mitad de todas las PVV en TARV en el país acuden a las dos UAI metropolitanas generando gastos a las PVV que tienen que desplazarse largas distancias para su cita médica, recoger su tratamiento y realizar exámenes diagnósticos y de seguimiento clínico. Por ello, se ha sugerido el diseño de mecanismos de desconcentración de servicios y reposición de ARV y estrategias innovadoras para el abordaje y seguimiento de PVV en TAR utilizando mensajes de texto y otras herramientas de comunicación, visitas domiciliarias de pares, acompañamiento a los servicios, etc.

(b) En respuesta al Problema 5 de sostenibilidad: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral

Acción 3.6 *Aumentar la proporción de pacientes en tratamiento con supresión viral*

En Guatemala el porcentaje de PVV que alcanza la supresión viral es muy bajo, apenas el 25% de aquellas personas que recibieron tratamiento. De igual forma la retención en el tratamiento representa atrasos en comparación con la región (solo 75% de personas en TARV presenta adherencia a los 12 meses vs 81% de la región). Existe un limitado acceso de las PVV en TARV a las pruebas de carga viral y CD4, a esto se suma que no se conoce con precisión la magnitud del abandono del tratamiento y sus causas, y tampoco hay información sobre resistencias primarias y secundarias a los ARV. Es recomendable, para la sostenibilidad que se desarrolle e implemente una estrategia de adherencia al tratamiento.

Dentro de esta estrategia las principales acciones a desarrollar en los próximos 5 años incluyen: la actualización de la guía terapéutica para la inclusión del tratamiento inmediato a partir del diagnóstico, la definición y recolección de variables en un registro nominal para identificar perfiles de riesgo para el abandono de TARV y el diseño de estrategias de adherencia de base comunitaria con el objetivo de descongestionar las UAI,

(c) En respuesta al Problema 9 de sostenibilidad: Elevada transmisión vertical madre-hijo

Acción 3.7 *Eliminar la transmisión vertical madre hijo*

La prevención de la trasmisión materno infantil es una de las estrategias más eficaces cuando se hace el diagnóstico oportuno y se administra el TARV a la madre. La probabilidad de transmisión se reduce a menos del 2% con la terapia y manejo adecuado del embarazo y el parto. Es factible, evitar que nazcan más niños con VIH, pero para ello se necesita redoblar esfuerzos para la persuasión y captación de mujeres embarazadas que accedan a la prueba diagnóstica.

Dentro de las acciones específicas propuestas se encuentran el desarrollo e implementación de estrategias de IEC en mujeres en edad reproductiva sobre la PTMI, la estandarización del tamizaje de VIH en mujeres embarazadas, la estrategia de renuncia a la prueba de embarazo (opt-out), la capacitación de comadronas en consejería y referencia a establecimientos de salud, así como la estimación y distribución adecuada de insumos, pruebas y ARV para evitar desabastos.

5.5. Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos

(a) En respuesta al Problema 6 de sostenibilidad: Asegurar el abastecimiento continuo de ARV e insumos diagnósticos

Acción 4.1 *Asegurar el abastecimiento continuo de ARV e insumos diagnósticos a través de mejoras en la planificación, el sistema de abastecimiento y procedimientos de compra*

Las rupturas de inventarios se traducen en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por lo tanto, en una mayor transmisión del VIH. El país compra estrictamente lo que necesita sin un inventario de seguridad adecuado. Las rupturas de inventarios llevan al MSPAS a hacer compras locales lo que implica adquirir los productos a mayores precios, en algunos casos hasta 10 veces mayor. Una de las causas de este problema, es el incumplimiento de los plazos de entrega por parte del proveedor. Esto conlleva a que los productos que se entrega atrasados tengan fechas de expiración cercanas limitando su utilización. Además, hay que tomar en consideración los problemas logísticos en el manejo de inventarios en bodega y la distribución oportuna a las unidades de salud para prevenir desabastecimiento en el punto de atención.

Entre las principales soluciones priorizadas dentro del Plan se encuentran: fortalecer el sistema de información y su vinculación con los procesos de compra; mantener un inventario de seguridad suficiente; diseñar mecanismos de compra para conseguir menores precios (por ejemplo, subasta inversa, producción nacional, uso de salvaguardas-licencia obligatoria, enmienda del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), diversificación de proveedores, etc.); realizar alianzas con COMISCA; e instaurar un comité de evaluación de procesos que colabore en el rediseño y simplificación de procedimientos anticorrupción en los que se enmarca el proceso de compra.

(b) En respuesta al Problema 10 de sostenibilidad: Ineficiencia productiva por ausencia de compras conjuntas a precios rebajados

Acción 4.2 *Realizar compras conjuntas de ARV e insumos diagnósticos entre el MSPAS y el IGSS a precios rebajados*

La falta de homologación de los esquemas de tratamiento antirretroviral es una limitante importante para consolidar las necesidades institucionales de ARV, insumos y reactivos entre el MSPAS y el IGSS. Está pendiente la actualización e implementación de la guía terapéutica del VIH por parte del MSPAS para que con este instrumento en ejercicio de su función rectora del sistema de salud implemente su uso en todas las instituciones de la red de servicios de salud públicas y privadas. Así, se podría fomentar la economía de escalas para abastecer a las instituciones de los medicamentos e insumos necesarios para cubrir la demanda a mejores precios mediante compras conjuntas.

En noviembre de 2018 se estableció una comisión conjunta para analizar este tema. Se espera que mediante la negociación de un acuerdo y suscripción de un convenio entre el MSPAS, el IGSS y Sanidad Militar, se logre consolidar la voluntad política que se requiere para avanzar en este tema. Con el de una mesa técnica interinstitucional se podrán realizar las estimaciones de necesidades de compra. Durante y después de la implementación será necesario vigilar y realizar un proceso de mejora continua para identificar los cuellos de botella y áreas de eficiencia en este proceso conjunto.

Cabe resaltar que, en el mes de noviembre de 2018, ambas instituciones decidieron establecer una comisión conjunta para analizar este tema. Con la homologación de los esquemas y la compra conjunta de medicamentos se mejorará la eficiencia y la calidad del gasto y será un aporte importante para cumplir con las metas 90-90-90 en 2020.

5.6. Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación de la población clave

(a) En respuesta al Problema 8 de sostenibilidad: Persistente estigma y discriminación de las poblaciones clave por desconocimiento de riesgos por parte del personal de salud y de derechos por parte de los pacientes

Acción 5.1 *Implementar procesos de sensibilización y capacitación a funcionarios públicos y a la población para reducir el estigma y discriminación*

Algunos de los procesos de mitigación de estigma y discriminación incluyen el desarrollo e implementación de estrategias de IEC para concienciar al personal de salud, PVV población general y clave, así como la actualización de leyes y política pública relacionada con el VIH/sida.

Acción 5.2 *Proveer servicios sin estigma y discriminación a población clave*

En esta área se contempla el realizar estudios específicos sobre las necesidades de servicios de las poblaciones clave, elaboración de guías y protocolos de atención adaptados para población clave y el desarrollo de mecanismos institucionales para el procesamiento y atención de quejas y denuncias de violaciones de derechos.

6. Plan de Trabajo para la Sostenibilidad

Esta sección propone un PTS para Guatemala. Para facilitar su comprensión, la presentación se hace mediante una tabla donde el PTS está organizado en torno a los 5 objetivos generales y sus respectivas acciones. Cada acción comprende una o varias actividades. Para cada una de éstas, la tabla propone el período de implementación; especifica si será o no necesaria una asistencia técnica; indica si requerirá de un financiamiento adicional y, en caso afirmativo, muestra un monto estimado de financiamiento y propone posibles fuentes para obtenerlo; señala cuáles serían las entidades responsables; identifica posibles agencias de apoyo; especifica la relación con las líneas estratégicas del PEN; y, finalmente, sugiere un indicador de proceso. Se espera que esta información sirva de guía para la formulación de planes operativos, en los cuales se distribuirán estas actividades en un horizonte de varios años y se calcularán costos detallados para cada actividad y año.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Objetivo 1. Aumentar el financiamiento público para la respuesta nacional al VIH/sida									
Acción 1.1 Alcanzar mayor eficiencia del gasto público en la respuesta nacional al VIH/sida									
Actividad 1	Mejorar la eficiencia en la ejecución presupuestaria y movilizar recursos adicionales mediante el incremento del presupuesto para VIH/sida que permita aumentar la proporción de gastos cubiertos con fondos nacionales y cubrir la demanda proyectada.	2019 -2022	No	No	MINFIN MSPAS SEGEPLAN	PNUD ONUSIDA USAID	FM MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Incremento en el presupuesto asignado al MSPAS para VIH/sida
Actividad 2	Incrementar la coherencia de instrumentos estratégicos, compromisos internacionales y regionales que se reflejen en la planificación y presupuesto nacional.	2019 -2022	Sí	o	No	ONU USAID	FM MSPAS	Lineamiento estratégico 5	PEN financiado con recursos del presupuesto nacional
Actividad 3	Fortalecer las capacidades institucionales mediante capacitación, desarrollo de herramientas y protocolos enfocados en ejecución presupuestaria que vincule metas físicas con metas financieras; uso de metas de calidad y eficiencia en el marco de gestión por resultados.	2019 -2022	Sí	20.000	MINFIN MSPAS	PNUD ONUSIDA USAID	FM MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Capacitaciones realizadas al menos dos veces por año Herramientas de gestión por resultados en uso
Acción 1.2 Asegurar el compromiso y voluntad política de las autoridades del MSPAS para incrementar las asignaciones presupuestarias para el programa de VIH acorde con los compromisos asumidos en el PEN para la atención de las ITS, VIH y sida									
Actividad 4	Desarrollar e implementar una campaña de incidencia política para persuadir a las autoridades nacionales sobre la necesidad de proteger los fondos asignados a la respuesta nacional del VIH/sida	2019-2022	Sí	20.000	PNS Comisión Nacional Multisectorial	Naciones Unidas, OSC	MSPAS, FM	Lineamiento estratégico 5	Campaña de incidencia política ejecutada
Actividad 5	Elevar la prioridad presupuestaria y financiera del programa de VIH/sida dentro del MSPAS.	2019-2022	No	No	MSPAS	MINFIN, OPS, ONUSIDA	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Mayor asignación de recursos internos del MSPAS al VIH/sida
Acción 1.3 Invertir en prevención combinada junto con la sociedad civil									
Actividad 6	Realizar estudios de costo efectividad para demostrar que invertir en prevención es rentable para el país	2019	Sí	50.000	MSPAS	ONUSIDA OPS	FM, MSPAS	Lineamiento estratégico 1	Evidencia empírica generada para demostrar la rentabilidad de la prevención

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 7	Instar a las instituciones públicas, privadas y OSC para que inviertan en prevención combinada	2019-2022	No	No	MSPAS	ONUSIDA OPS	IGSS, sector privado y OSC	Lineamiento estratégico 1	Nuevas tecnologías de prevención incorporadas en las guías y normas de atención integral

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional									
Acción 2.1 Fortalecer la gobernanza y la capacidad de rectoría del MSPAS para formular políticas y planes sectoriales y nacionales que reflejen la prioridad en la atención a la epidemia del VIH, declarada como un problema social de urgencia nacional por el Decreto Ley 27-2000									
Actividad 8	Diseñar mecanismos de coordinación técnica y política con base en las funciones de los actores involucrados en la respuesta nacional al VIH/sida para mejorar la rectoría del MSPAS.	2019	Sí	15.000	MSPAS Comisión Nacional Multisectorial	OPS ONUSIDA	FM	Lineamiento estratégico 5	Mecanismos de coordinación aplicados para fortalecer el liderazgo, la regulación, la, armonización y el seguimiento de la respuesta nacional.
Actividad 9	Desarrollar manuales operativos, protocolos y procedimientos para mejorar la gestión y asegurar homogeneidad y continuidad de las intervenciones.	2019-2022	Sí	60.000	MSPAS	SEGEPLAN, OPS ONUSIDA	MSPAS, IGSS, FM	Lineamiento estratégico 5	Manuales operativos en uso
Actividad 10	Actualizar las guías de atención integral al VIH/sida.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Guías de atención integral actualizadas
Actividad 11	Actualizar la ley 27-2000 de VIH y la política pública respectiva.	2019-2022	Sí	No	MSPAS Comisión Nacional Multisectorial	SEGEPLAN Presidencia Congreso	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Ley 27 2000 actualizada.
Acción 2.2 Mejorar la gestión de recursos humanos vinculados al PNS para cumplir con los objetivos y metas del PEN.									
Actividad 12	Elaborar un plan de desarrollo del personal vinculado al PNS que incluya: estrategias de mitigación de la rotación frecuente, incentivos con base en desempeño, formación permanente, entre otros.	2019	Sí	10.000	MSPAS	OPS ONUSIDA Ministerio de Trabajo	MSPAS, OPS FM	Lineamiento estratégico 5	Plan de desarrollo de recursos humanos elaborado.
Actividad 13	Implementar el plan de desarrollo de recursos humanos vinculado al PNS.	2019-2022	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA Ministerio de Trabajo	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Plan de desarrollo de recursos humanos en marcha.
Acción 2.3 Diseñar e implementar un sistema de información único e integral del VIH/sida									
Actividad 14	Desarrollar e implementar un plan de mejoramiento y fortalecimiento del sistema de información.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	Measure Evaluation OPS ONUSIDA	MSPAS FM Measure Evaluation	Lineamiento estratégico 5	Plan de mejoramiento y fortalecimiento del sistema de información elaborado.
Actividad 15	Actualizar la epi-ficha para su uso en una plataforma web mediante la vinculación de los casos al número de identidad personal.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	Measure Evaluation OPS ONUSIDA	MSPAS FM Measure Evaluation	Lineamiento estratégico 5	Epi-ficha funcionando en plataforma web con identificador único de casos.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 16	Desarrollar una nueva aplicación electrónica para el seguimiento clínico de los casos, que permita integrar la base de datos ya acumulada en MANGUA.	2019	Sí	No	MSPAS	Measure Evaluation OPS ONUSIDA	MSPAS FM Measure Evaluation	Lineamiento estratégico 5	Aplicación para la integración de la base de datos de MANGUA al nuevo sistema en funcionamiento.
Actividad 17	Desarrollar módulos automatizados de reporte y tablero de mando para facilitar el análisis de datos y la toma de decisiones.	2019	Sí	No	MSPAS	*Measure Evaluation* OPS ONUSIDA	MSPAS FM *Measure Evaluation*	Lineamiento estratégico 5	Módulos y tablero de mando en funcionamiento.
Acción 2.4 Desarrollar un módulo de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH/sida.									
Actividad 18	Poner en funcionamiento el comité de monitoreo y evaluación.	2019	No	No	MSPAS		MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Comité de monitoreo y evaluación operando.
Actividad 19	Definir los indicadores esenciales para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, incluirlos en el sistema de información y estandarizar las rutinas de reporte.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	*Measure Evaluation* OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 5	Indicadores esenciales definidos e incorporados al sistema de información.
Acción 2.5 Actualizar el marco jurídico y normativo relacionado con VIH/sida									
Actividad 20	Actualizar y difundir los siguientes instrumentos: Guía de diagnóstico y tratamiento. Guía de prevención, consejería e identificación de casos. Manual de operaciones de las UAI. Plan para la desconcentración del seguimiento clínico y entrega de medicamentos. Procedimiento estandarizado para el suministro de medicamentos a las UAI y centros desconcentrados de atención.	2019	Sí	80.000	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 5	Instrumentos actualizados y en uso.
Actividad 21	Actualizar las leyes y la política pública relacionadas con el VIH/sida.	2019-2020	Sí	No	MSPAS IGSS Congreso	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 5	Leyes y política pública relacionadas con el VIH/sida actualizadas y en aplicación.
Actividad 22	Actualizar e implementar la normativa del sistema de administración logística.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 5	Normativa del sistema de administración logística actualizada y en uso.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH									
Acción 3.1 Sistematizar las intervenciones de captación y diagnóstico desarrollando e implementando procedimientos operativos con énfasis en promoción y prevención									
Actividad 23	Desarrollar procedimientos estandarizados de promoción y prevención combinada y capacitar al personal de salud en el uso de ellos para mejorar la captación de PVV.	2019	Sí	10.000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1, 3	Número de funcionarios de salud capacitados sobre estrategias de promoción y prevención combinada
Actividad 24	Implementar estrategias innovadoras de acceso a la prueba: IEC y consejería con pares, horarios extendidos, prueba diagnóstica en parejas de PVV, prueba en lugares de encuentro de población clave, servicios libres de estigma y discriminación.	2019-2022	Sí	No	MSPAS OSC	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1, 3, 4	Número de pruebas diagnósticas realizadas fuera de los servicios de salud.
Actividad 25	Fortalecer e institucionalizar los modelos de prevención combinada y atención integral diferenciada que incluyan población clave, jóvenes y adolescentes y embarazadas.	2019-2022	Sí	No	MSPAS OSC	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1,2,3,4	Número de pruebas diagnósticas realizadas en población clave, jóvenes y adolescentes y embarazadas.
Acción 3.2 Implementar las guías y normativas de atención integral con énfasis en la promoción y prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica de VIH y violencia de género									
Actividad 26	Actualizar e implementar las guías de atención con procedimientos eficaces y eficientes para lograr que la población acceda a la prueba y conozca su estado serológico.	2019	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA PDH	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1, 3	Guías de atención actualizadas.
Actividad 27	Elaborar e implementar un programa de capacitación para personal de salud a escala nacional de promoción, prevención combinada, derechos humanos normativa jurídica de VIH y violencia de genero	2019-2022	Sí	80.000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA PDH	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1,3,4	Número de funcionarios capacitados en cada área temática
Acción 3.3 Extender las acciones de captación y tamizaje mediante la contratación de organizaciones de la sociedad civil (OSC) con experiencia en el tema.									
Actividad 28	Elaborar protocolos, algoritmos y manuales operativos para las OSC que realicen promoción de la prueba diagnóstica y captación de PVV.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1,3	Manuales operativos para OSC elaborados.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 29	Contratar servicios de ONG/OSC especializadas en consejería y trabajo comunitario, particularmente con población clave para que apoyen a facilitar el acceso de la población al diagnóstico del VIH.	2019-2022	Sí	80.000	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 1,3	Número de PVV identificadas por ONG/OSC contratada
Acción 3.4 Universalizar la prueba diagnóstica									
Actividad 30	Garantizar la disponibilidad de insumos mediante la compra y la distribución oportunas de suficientes pruebas diagnósticas de VIH, insumos y reactivos de laboratorio.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 1,3	Pruebas diagnósticas e insumos disponibles en toda la red de servicios de salud.
Acción 3.5 Aumentar la proporción de pacientes en tratamiento antirretroviral con supresión viral									
Actividad 31	Actualizar y capacitar en el uso de la guía terapéutica nacional que institucionalice la adopción del tratamiento inmediato para todos los diagnosticados.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA IGSS	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 3	Guía terapéutica actualizada y en uso.
Actividad 32	Definir variables críticas para identificar perfiles de riesgo para el abandono del TARV, en un sistema de registro nominal, que permita ofrecer apoyo específico.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA IGSS	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Variables para los perfiles de riesgo de abandono definidas.
Actividad 33	Diseñar estrategias de adherencia al TARV con base comunitaria para descongestionar las UAI.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA OSC	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Estrategias de adherencia al TARV diseñadas y en funcionamiento.
Acción 3.6 Avanzar en la implementación de procesos de desconcentración de la atención y tiempos más prolongados de entrega de ARV									
Actividad 34	Diseñar los mecanismos para desconcentrar el seguimiento clínico y reposición de TARV a centros y puestos de salud más accesibles con base en la experiencia de la UAI Roosevelt.	2019	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS	Lineamiento estratégico 3	Mecanismos para desconcentrar el seguimiento clínico y entrega de ARV diseñados y en funcionamiento.
Actividad 35	Desconcentrar el seguimiento clínico y la entrega de ARV (hasta seis meses) de las PVV con buena adherencia a unidades de salud de primer y segundo nivel más cercanas al lugar de residencia.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Seguimiento clínico y entrega de TARV desconcentrados.
Actividad 36	Implementar estrategias innovadoras de abordaje y seguimiento de PVV en	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	TIC para seguimiento de PVV en TARV en uso.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
	TARV como uso de tecnologías de información y comunicación; visitas domiciliarias de pares; acompañamiento a los servicios de salud; alianzas estratégicas con OSC que contribuyan a mejor la adherencia.								
Acción 3.7 Eliminar la transmisión vertical madre-hijo									
Actividad 37	Desarrollar e implementar estrategias de IEC en mujeres en edad reproductiva sobre la prevención de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis y hepatitis.	2019-2022	Sí	320.000	MSPAS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 2	Estrategias de IEC sobre prevención de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis y hepatitis implementadas.
Actividad 38	Estandarizar algoritmos y protocolos de tamizaje del VIH en embarazadas en toda la red de servicios de salud.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 2	Algoritmos y protocolos de tamizaje del VIH en embarazadas estandarizados en la red de servicios de salud.
Actividad 39	Evaluar la pertinencia de adoptar la estrategia de renuncia de la embarazada a la prueba de VIH "opt-out".	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 2	Evaluación realizada.
Actividad 40	Capacitar a las comadronas para que ofrezcan consejería y referencia a un establecimiento de salud para la prueba de VIH, Sífilis y hepatitis como parte de atención prenatal.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 2	Comadronas capacitadas en fomentar el tamizaje de VIH, Sífilis y hepatitis.
Actividad 41	Realizar estimaciones precisas sobre la necesidad de insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTVMN.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 2	Estimaciones de necesidades realizadas.
Actividad 42	Dotar a las unidades de salud en toda la red de servicios de suficientes insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTVMN.	2019-2022	no	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 2	Insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTVMN disponibles en toda la red de servicios de salud.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos									
Acción 4.1 Asegurar el abastecimiento continuo de ARV e insumos diagnósticos a través de mejoras en la planificación, el sistema de abastecimiento y procedimientos de compra									
Actividad 43	Fortalecer el sistema de información para obtener datos más cercanos a la realidad incorporando identificación nominal.	2019-2020	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS, IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Estimaciones de necesidades realizadas con los datos del sistema de información.
Actividad 44	Mantener un inventario de seguridad suficiente que asegure el abastecimiento ante eventuales incumplimientos de proveedores en la entrega de medicamentos e insumos.	2019-2022	no	6.000.000 por año	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Inventario de seguridad disponible.
Actividad 45	Diseñar e implementar mecanismos de compra para reducir el precio de ARV (por ejemplo, subasta inversa, se-Comisca, producción nacional, uso de salvaguardas-licencia obligatoria, enmienda ADPIC, comprar a otros proveedores internacionales: COMISCA, PFSCM).	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Compras realizadas a otros proveedores internacionales con precios más bajos.
Actividad 46	Realizar alianzas estratégicas con organizaciones al nivel centroamericano (COMISCA) y latinoamericano para obtener mejores precios de compra.	2019-2022	No	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Alianzas establecidas y vigentes.
Actividad 47	Desarrollar un comité de evaluación de procesos para hacer una reingeniería y simplificación de los procedimientos anticorrupción que rigen los procesos de compra de ARV	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Comité de evaluación establecido y en funcionamiento.
Acción 4.4 Realizar compras conjuntas de ARV e insumos diagnósticos entre el MSPAS y el IGSS a precios rebajados									
Actividad 48	Negociación de un acuerdo y suscripción de convenio entre el MSPAS, IGSS y Sanidad Militar para realizar compras conjuntas de insumos y medicamentos.	2018	No	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Acuerdo de compra conjunta suscrito.
Actividad 49	Establecer una mesa técnica interinstitucional encargada de realizar estimaciones de necesidades de insumos y medicamentos.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Estimaciones realizadas para la compra de insumos y ARV.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 50	Evaluar los procesos de compra para identificar cuellos de botella y áreas de mejoramiento.	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Evaluación de los procesos de compra realizada.

Tabla 7 Plan de Trabajo para la Sostenibilidad: Objetivos, acciones y actividades propuestos

Objetivos, acciones y actividades		Año	Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US$)	Entidades Responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación de la población clave									
Acción 5.1 Implementar procesos de sensibilización y capacitación a funcionarios públicos y a la población para reducir estigma y discriminación									
Actividad 51	Desarrollar e implementar estrategias de IEC para concienciar al personal de salud sobre la eliminación del estigma y la discriminación.	2019-2022	Sí	200.000	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 4	Estrategia de provisión de servicios libre de estigma y discriminación implementada.
Actividad 52	Actualizar las leyes y la política pública relacionadas con el VIH/sida.	2019-2020	Sí	no	MSPAS IGSS Congreso	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Leyes y política pública relacionadas con el VIH/sida actualizadas y en aplicación.
Actividad 53	Desarrollar e implementar estrategias de IEC enfocadas en PVV, población clave y general sobre sus derechos como ciudadanos y usuarios de servicios de salud.	2019-2022	Sí	200.000	MSPAS Procuraduría de Derechos Humanos Red legal	OPS ONUSIDA USAID OSC	MSPAS FM USAID	Lineamiento estratégico 4	Estrategias de IEC sobre derechos ciudadanos y usuarios de servicios de salud implementadas.
Acción 5.2 Proveer servicios sin estigma ni discriminación a población clave									
Actividad 54	Elaborar e implementar estrategias de provisión de servicios para poblaciones clave.	2019-2022	Sí	240.000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Estrategia de provisión de servicios libre de estigma y discriminación implementada.
Actividad 55	Realizar estudios específicos sobre las necesidades de servicios de las poblaciones clave.	2019-2022	Sí	320.000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Estudios publicados.
Actividad 56	Elaborar guías y protocolos de atención adaptados para poblaciones clave.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA IGSS	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Guías y protocolos de atención para poblaciones clave elaborados y en uso.
Actividad 57	Desarrollar mecanismos institucionales para que las quejas y denuncias de violaciones de derechos sean atendidas con oportunidad.	2019-2022	Sí	No	MSPAS Procuraduría de Derechos Humanos Red legal	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 4	Mecanismos de resolución de denuncias en marcha.

7. Recomendaciones para el monitoreo de la sostenibilidad

Hacer sostenible la respuesta al VIH/sida es crucial para la contención y eventual erradicación de la epidemia. Para evaluar el grado de avance del país en su estrategia de sostenibilidad, se requiere un seguimiento permanente del cumplimiento de las tareas planificadas, mediante la medición de indicadores de avance y desempeño. Estos indicadores complementarán los definidos en el PEN, que mide el progreso de las acciones de la respuesta nacional al VIH/sida y los resultados epidemiológicos.

Para el monitoreo intermedio, el plan de trabajo propone indicadores de proceso. Estos medirán si las acciones planificadas se están llevando a cabo y producen los resultados esperados.

1. *Resultados para poblaciones clave*. Mantenimiento o mejora de cobertura de servicios para poblaciones clave (en especial HSH y MT) en la respuesta al VIH/sida
    a. Aumento en detección temprana de 25% en poblaciones clave (HSH, MT) en los próximos 4 años al nivel nacional.
    b. Aumento en supresión de carga viral de 25% en poblaciones clave (HSH, MT) en los próximos 4 años al nivel nacional.

    Fuentes de datos: SIGSA; SIVE; MANGUA, sistema IGSS

2. *Contratación social*. Aumento en la contratación de OSC en la respuesta al VIH.
    a. Aumento en el número de contratos suscritos por el MSPAS con OSC para ejecutar actividades de promoción y prevención del VIH.
    b. Aumento en la asignación de recursos públicos para contratación de OSC que presten servicios de promoción y prevención del VIH.

    Fuentes de datos: MSPAS; MINFIN; Encuesta de OSC

8. Reflexiones finales

Este trabajo, realizado en estrecha colaboración con los actores involucrados en la respuesta al VIH/sida, ha permitido identificar los diez principales problemas de la respuesta y proponer posibles soluciones. Asimismo, ha formulado objetivos, acciones y actividades específicas y prioritarias que forman parte de un plan de trabajo para la sostenibilidad consensuado. Este plan servirá de hoja de ruta para reforzar la estrategia de sostenibilidad de la respuesta nacional.

El reciente deterioro de algunos indicadores de desempeño sugiere que la respuesta nacional al VIH/sida no está siendo efectiva para el control de la epidemia y que las metas a las cuales el país se ha comprometido, sobre todo las del 90-90-90, no serán alcanzadas. En el origen de esta situación hay problemas estructurales de difícil solución en el corto plazo, particularmente: (1) un presupuesto público insuficiente para cubrir el costo de una respuesta nacional integral y (2) una débil administración pública que impide que profesionales nacionales den continuidad a las intervenciones técnicas. Las agencias de cooperación técnica y financiera han intentado suplir estas deficiencias aportando recursos humanos y financieros para actividades recurrentes y que deberán ser asumidas por el gobierno de Guatemala. Para reforzar la respuesta nacional, se requiere de un proceso sostenido y efectivo de desarrollo de capacidades nacionales que permitan consolidar un liderazgo claro y contundente, que aglutine los esfuerzos individuales de los diversos actores.

Uno de los pilares que sostendrá la estrategia de sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida es el fortalecimiento de la capacidad institucional nacional mediante las acciones pertinentes para que el PNS y el MSPAS ejerzan a cabalidad la función rectora del sistema de salud y conduzcan con eficiencia los esfuerzos de los distintos actores nacionales e internacionales. El mejoramiento permanente de las destrezas profesionales y los conocimientos técnicos, junto con el desarrollo y actualización de políticas, estrategias e instrumentos, abonarán a una gestión más eficaz. Esto permitirá paliar la alta rotación de personal y contribuirá a una respuesta nacional unificada, aun cuando se requieran múltiples proveedores de servicios. En este contexto, no se debe escatimar

esfuerzos para el desarrollo de procedimientos operativos y manuales de gestión y sistematización de experiencias en curso, en particular los aportes de las OSC en tareas que no pueden ser desempeñadas por instituciones públicas. De igual forma, el fortalecimiento institucional de las OSC, incluyendo gestión y movilización de recursos, es imperativo para que en el mediano y largo plazo puedan preservar su contribución complementaria a las acciones estatales.

El desarrollo e implementación de un sistema de información nacional y automatizado es primordial. Permitirá que todos los actores organicen sus intervenciones con base en indicadores confiables, y permitirá evaluar los resultados de las intervenciones. Una vez desarrollado este sistema, las instituciones de salud y las agencias de cooperación estarían en condiciones de reportar periódicamente el progreso e impacto de sus actividades.

Es evidente la necesidad de mayores recursos financieros para la respuesta nacional, pero su disponibilidad inmediata no parece factible. Pero aunque potenciales recursos nuevos (de haberlos) fuesen inyectados a la respuesta en las condiciones actuales, su uso podría diluirse producto de múltiples ineficiencias en la respuesta. La combinación de procedimientos operativos estandarizados, para robustecer las intervenciones y mejorar la eficiencia, y un sistema integral, nominal y oportuno de información son el fundamento para mejorar el desempeño.

La implementación temprana de las intervenciones sugeridas aquí para hacer sostenible la respuesta nacional al VIH/sida, junto con el seguimiento y la evaluación del desempeño de esta, revieran resultar en una respuesta nacional más eficiente y por ende una mayor velocidad de avance hacia el logro de las metas del 90-90-90.

Anexos

Lista de personas entrevistadas

Tabla 8 Lista de personas entrevistadas y sus respectivas instituciones

Nombre de la persona entrevistada	Organización que representa	Cargo
Dr. Luis Morales	Ministerio de Salud	Asesor Viceministerio Técnico
Dra. Xiomara Castañeda	Ministerio de Salud	Jefa del Departamento de Programas de Atención a las personas /MSPAS
Licda. Ericka Soto	Programa Nacional de ITS, VIH y Sida - PNS -	Coordinadora a.i.
Dra. Silvia Consuelo Palma	PNS	Medica facilitadora
Licda. Silvia Ríos	PNS	Coordinadora de Subvención de VIH
Licda. Ilcia García	PNS	Coordinadora de Monitoreo y Evaluación VIH
Lcda. Rossemary Bertrán	PNS	Encargada Unidad Administrativa
Licda, Nancy Urbizu	PNS	Encargada d la Unidad de Logística de Medicamentos
Licda. Tania Solís	PNS	Técnica Normativa
Dr. Mario Hernández	PNS	Encargado de Unidad de Atención Integral
Dra. Waleska Zeceña	MSPAS/MCP	Presidenta del MCP
Lic. Isaí Vela	MCP	Vocal MCP
Adriana Carrillo	MCP	Directora Organización de Mujeres en Superación (MTS)
Dra. Ingrid Castillo	Epidemiología/MSPAS	Coordinadora de Componente de ITS, VIH y TB
Dra. Laura Figueroa	Sistema de Información Gerencial en Salud/MSPAS	Coordinadora
Licda Saira Ortega	HIVOS	Directora Hivos-Guatemala
Lic. Rodrigo Vega	HIVOS	Oficial de Monitoreo y Evaluación Hivos-Guatemala
Dr. Rodolfo Pinzón	UAI Hospital Roosevelt	Director ad-interin Clinica de Infecciosas Hosp. Roosevelt
Dr. Oscar Donis	IGSS	Jefe de la sección de Epidemiología del Seguro Social
Licda. Anabella Folgar	Cruz Roja	Directora de Cruz Roja Guatemalteca
Licda. Claudia Masselli	PDH	Procuradora Adjunta IPDH
Dra. Zulma Calderón	PDH	Defensora de la Salud IPDH
Lic. Marco Vinicio Monzón	SEGEPLAN	Especialista en Poblaciones Excluidas y Vulneradas / Dirección de Equidad Étnica y de Género
Hector Sucilla	ONUSIDA	Director ad-interin
Dr. Oscar Barreneche	OPS	Representante de País
Dr. Romeo Montoya	OPS	Asesor en Enfermedades Transmisibles y Vigilancia de la Salud
Dra. Hortensia Peralta	OPS	Asesora en VIH
Dra. Rosa Elena Morales	CDC	Especialista en VIH
Lcda. Gabriela Tuch	ONUMUJERES	Oficial Técnica de Proyectos
Licda. Ekaterina Parrilla	USAID/Plan Internacional	Coordinadora Proyecto DDHH y Sostenibilidad
Dr. Juan Carlos Verdugo	ISIS	Director
Licda. Alma de León	ITPC-LATCA	Directora Regional
Lic. Víctor Hugo Fernández	Red legal	Consultor independiente
Licda. Flora Arana	Mesa Inter Universitaria	Coordinadora de Laboratorio, División de Prevención, Vigilancia Centinela y Control de Infecciones de transmisión Sexual (VICITS), Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de UVG
Licda. Andrea Hernández	CEGSS	Asistente de Dirección Ejecutiva
Lic. Fernando Jerez	CEGSS	Analista en Politicas Publicas
Stacy Velásquez	OTRANS	Coordinadora de Incidencia Politica/OTRANS-RN
Lic. Pablo Blanco	MINFIN	Asesor del Despacho Superior del Ministro
Gustavo Calderón	Iniciativa por la Diversidad Sexual de Occidente - Huehuetenango	Activista
Leonardo Ortega	Grupo de Apoyo Xela	Activista

Tabla 8 Lista de personas entrevistadas y sus respectivas instituciones

Nombre de la persona entrevistada	Organización que representa	Cargo
Rubén Pineda	Coordinador Red de VIH Izabal/ Coordinador componente VIH, DAS	Activista
Eduardo Aguilar	Organización Multicultural de la Diversidad Sexual	Coordinador
Luis Gómez	Representante CAS	Financiero
Víctor Alfonso Mayén	Representante APEVIHS	Director
Beatriz Itzep	Representante IDEI	Coordinadora Proyecto GEPAIV
Ana Lucía Saravia	FUNDAMACO	Directora
Lcda. Rosa María Lucas	Mesa InterUniversitaria	Representante
Enrique Morales	Diversity	Director
María Elena Guerra	Fundación Iturbide	Directora Ejecutiva
Margarita Ramírez	CIESAR	Consultora en investigación
Silvia Sáenz de Tejada	CIESAR	Consultora en investigación
Ana Piedad L.	ASOPATG	Coordinadora
Audelio Ramírez	Gente Nueva	Director Ejecutivo
Nelson Escobar	Comité de Comadronas Tradicionales	
Gandhi Velásquez	Comisión Intersectorial de VIH de Huehuetenango	Coordinador
José Luis Velásquez	Red Suroccidental de VIH	Coordinador
Bielman Ambrosio	Proyecto Vida	Educador
Santos Vásquez	Hospicio Santa María	
María Cecilia Escobar	Comité de Comadronas Tradicionales	Coordinadora
Eiza Ferrer	Casa de Colores	Activista
José López	Fundación Arco Iris	Activista
Jorge Marota	Casa de Colores	Director
Jordan Camey	iniciativa por la Diversidad Sexual de Occidente	
Werner Morales	iniciativa por la Diversidad Sexual de Occidente	
Saúl García	Kajib Kawoq	
Carmen Castro	Asociación Nuevos Horizontes	
Juan Ramón López	Kajib Kawoq	
Edson Alvarado	Asociación Integral de Salud de Occidente	
Sergio García	Grupo de Apoyo Xela	Activista
Ericka Hernández	Vidas Paralelas	
Sindy Xumux	Observatorio de Salud Reproductiva	
Oswaldo López	Asociación IDEI	
Roberto Galindo	Asociación Liberal Integrada de Izabal	Activista
Rodolfo Rosales	Organización Multicultural de la Diversidad Sexual	Activista
Leonel Coc Caal	Gente Positiva	Activista
Karen Paola Pop Cucul	Gente Positiva	Activista
Estela Jasmín Esquivel	Evoluciona	Activista
Yacqueline Espinoza	Evoluciona	Activista
Zuleidy Marisol Rodriguez	Evoluciona	Activista
Leidy Julissa Cruz	Evoluciona	Activista
Macrina Rivas	ISERI IBAGARI	
Eva Leonardo	Evoluciona	Directora
David Duarte	Lideres profesionales	Director

Referencias

acesoglobal, and APMG Health. 2017. Guía para el análisis de la preparación para la transición del Fondo Mundial.

Banco de Guatemala -BANGUAT- (2018). Desempeño Macroeconómico y Perspectivas.

Dieleman, Joseph L., and Others. 2018. "Spending on health and HIV/AIDS: domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995–2015." The Lancet 391 (10132):1799-1829. doi: 10.1016/s0140-6736(18)30698-6.

Fagan, T. (2017). Fiscal Space for Health in Guatemala: Prospects for Increasing Public Resources for Health. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Fondo Mundial. 2016. Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial. 35ª Reunión de la Junta Directiva.

Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales -ICEFI- (2018). Desarrollo de una propuesta técnico fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el período 2017- 2026.

International Monetary Fund -IMF- (2018). Guatemala 2018 Article IV Consultation. IMF Country Report No. 18/154.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (2016a). Informe de la Medición del Gasto en Sida en Guatemala (MEGAS) 2015.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (2016b). Costeo del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA Guatemala 2017-2021.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (2017a). Cuentas nacionales de salud 2016. Guatemala: tendencias del gasto en salud, período 2001-2016.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (2017b). Financiamiento y gasto en salud Guatemala 2016-2017.

Pan American Health Organization, World Health Organization, and Unicef. 2016. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas.

Roberts, Marc, William Hsiao, Peter Berman, and Michael Reich. 2008. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity Oxford University Press.