

Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida

Plan Nacional de Sostenibilidad
2019-2022



Guatemala, 2020.

Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

Guatemala, 2020.



**GOBIERNO *de*
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

Autoridades

Dra. María Amelia Flores González
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Norma Lucrecia Ramírez de Castellanos
Viceministra Técnica

Dra. Nancy Pezzarossi de Calderón
Viceministra Administrativa y Financiera

Dr. Edwin Eduardo Montúfar Velarde
Viceministro de Atención Primaria en Salud

Dr. Francisco José Coma Martín
Viceministro de Hospitales



Participantes en la elaboración de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida y Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

Autoridades Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Bernardo Eliú Mazariegos Salazar
Dirección General del Sistema de Atención en Salud –SIAS-

Dra. Mirna Floridalma Tellez Orellana
Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud –DGRVCS-

Dra. Delmy Waleska Zeceña Alarcón
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
–DRPAP-

Equipo conductor

Dra. Carmen Lissette Vanegas Chacón/DRPAP/MSPAS
Dra. Malvina de León/DRPAP/MSPAS

Equipo ejecutor

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida –PNS-

Licda. Ericka Patricia Soto Zepeda
Licda. Silvia Lucrecia Ríos Carrillo
Dra. Grethel Stephanie Alvarado Garcia
Licda. Rosse Mary Bertrán

Equipo de validación

Sector Gobierno

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-
Departamento de Epidemiología -DE/MSPAS-
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
-DRPAP/MSPAS-
Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA/MSPAS-

Programa Nacional de ITS, VIH y Sida -PNS/DRPAP/MSPAS-
Programa Nacional de Tuberculosis -PNTB/DRPAP/MSPAS-
Subvención VIH -PNS/DRPAP/MSPAS-
Hospital Roosevelt, Clínica de Infecciosas -HR/MSPAS-
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Ministerio de Educación –MINEDUC-
Ministerio de Finanzas Públicas -MINFIN-
Ministerio de Trabajo y Previsión Social –MINTRAB-
Programa Nacional de Juventud -PNJ-
Procuraduría de los Derechos Humanos -PDH-
Defensoría de la Diversidad Sexual/PDH
Defensoría de la Salud/PDH
Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-

Sector Académico

Mesa Interuniversitaria
Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-
Universidad del Valle de Guatemala -UVG-

Socios de la Cooperación Internacional

Centers for Disease Control and Prevention -CDC-
HIVOS Guatemala
Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá -INCAP-
Fondo Mundial de lucha contra VIH, Tuberculosis y Malaria -FM-
Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS
USAID/GHSC-PSM
USAID/Plan International
USAID/Measure Evaluation
PEPFAR

Organización de Sociedad Civil

Agente Local del Fondo -ALF-
Asociación IDEI
Asociación Nuevos Horizontes
Asociación Casa de Colores
Asociación de la Industria de Vestuario y textiles de Guatemala -VESTEX-
Asociación Gente Nueva -AGN-
Asociación Gente Positiva -AGP-
Asociación Integral de Salud de Occidente
Asociación Liberal Integrada de Izabal
Asociación para la prevención y Estudios del VIH/Sida -APEVIHS-
Asociación de Pacientes con Tuberculosis de Guatemala –ASOPATG-
Bitrán y Asociados
Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva

-CIESAR-
CEGSS
Coalición Internacional de preparación para el tratamiento -Latinoamérica
y el Caribe ITPC-LACTA
Colectivo Amigos contra el Sida -CAS-
Comisión Intersectorial de VIH de Huehuetenango
Comité de Comadronas Tradicionales
Cruz Roja Guatemalteca
Diversidad Escuintla
Diversity
Evoluciona
Fundación Arco Iris
Fundación Fernando Iturbide -FFI-
Fundación Marco Antonio -FUNDAMACO-
Grupo de Acción Xela -GAX-
Gente Feliz
Global Found Consultores
Grupo de Apoyo Xela
Hospicio Santa María
Iniciativa por la Diversidad Sexual de Occidente - IDSO-, Huehuetenango
Instituto de Salud Incluyente -ISIS-
Kajib Kawoq
Líderes Profesionales
Mecanismo Coordinador de País Guatemala, MCP-G
Observatorio de Salud Reproductiva
Omdis/RedVIH24
Organización Multicultural de la Diversidad Sexual
Organización Trans Reinas de la noche -OTRANS RN-
Red de VIH Izabal
Red Legal
Red Suroccidental de VIH
Somos
Vidas Paralelas

Agradecimientos

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- agradece al Fondo Mundial –FM- la asistencia financiera que brinda a Guatemala en su respuesta al VIH y sida, por medio del cual fue posible la elaboración de esta estrategia, con el apoyo técnico de las instancias siguientes:

- Mecanismo Coordinador de País –MCP- y su Junta Directiva
- Proyecto de Sostenibilidad y Derechos Humanos para el VIH en Centro América de USAID/Plan Internacional
- Personal de salud del MSPAS
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

También un fuerte agradecimiento a todas las organizaciones, instituciones y personas que participaron en este proceso, cuyos aportes fueron vitales para la elaboración de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH y sida y el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de sus autores y la misma no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

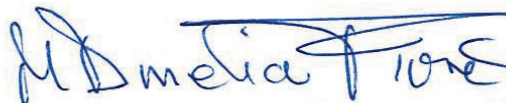
Presentación

Guatemala responde a la necesidad de sostenibilidad de respuesta nacional, frente al VIH como un tema fundamental que amerita un abordaje multisectorial de país y demanda que se asuman compromisos en los ámbitos políticos, técnicos y financieros, con miras a erradicar la epidemia de VIH.

Es por ello que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- por medio del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida, ha liderado el proceso de elaboración de la **Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida y el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022**, con el propósito de generar un instrumento base que permita orientar las acciones de todas/os los actores involucrados en la atención del VIH, hacia la meta común de reducir nuevas infecciones, reducir las muertes y eliminar el estigma y la discriminación.

Se enfrentan retos importantes para cerrar las brechas que nos separan de alcanzar, mayor número de personas que conocen su diagnóstico, se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen supresión viral. Es compromiso del MSPAS acelerar el cumplimiento de las metas 95-95-95, cuyo horizonte se ha establecido para el año 2030.

Guatemala tiene un compromiso con el Derecho a la salud integral de la población guatemalteca, por lo que presenta la Estrategia y el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022 que permitirán concretar acciones que mejoran las condiciones de vida de las personas con VIH, generando insumos al personal de la red de servicios de salud, e invitamos a las instancias que colaboraron en la elaboración de éstas, a dar cumplimiento y alcance de las metas de país.



Dra. María Amelia Flores González
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social





Siglas y acrónimos

ARV	Antirretrovirales.
ADPIC	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio.
BANGUAT	Banco de Guatemala.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
BYA	Bitrán y Asociados.
CAS	Colectivo de Amigos contra el Sida.
CINR	Cooperación internacional no reembolsable.
COMISCA	Comisión de Ministros de Salud de Centro América.
CONASIDA	Comisión Nacional Multisectorial del Sida.
DAS	Dirección de Área de Salud.
DD. HH.	Derechos Humanos.
DGRVCS	Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.
DOTS	Sistema de Tratamiento por Observación Directa para la TB.
DRPAP	Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita.
EYD	Estigma y Discriminación.
FE	Fondo Estratégico.
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 Centroamericano de Estudios Fiscales.
IEC	Información, educación y comunicación.
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
INCAP	Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá.
ISR	Impuesto Sobre la Renta.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
IVA	Impuesto al Valor Agregado.

LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.
MANGUA	Manejo de Antirretrovirales en Guatemala.
MCP	Mecanismo Coordinador de País.
MCR	Mecanismo Coordinador Regional.
MEGAS	Medición del Gasto en Sida.
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas.
MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
MTF	Mujeres Trans Femeninas.
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales.
ONG	Organizaciones no Gubernamentales.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil.
PDH	Procuraduría de los Derechos Humanos.
PEA	Población Económicamente Activa.
PEC	Programa de Extensión de Cobertura.
PEMAR	Población en más alto riesgo.
PEN	Plan Estratégico Nacional de VIH.
PEP	Profilaxis post-exposición.
PEPFAR (siglas en inglés)	President's Emergency Plan for AIDS Relief.
PFSCM (siglas en inglés)	Partnership for Supply Chain Management.
PHAROS	Pharos Global Health Advisors.
PIB	Producto Interno Bruto.
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.
PPL	Persona Privada de Libertad.
PREP	Profilaxis pre-exposición.
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil.
PTS	Plan de Trabajo para la Sostenibilidad.
PV	Personas con VIH.
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud.

TAR	Tratamiento antirretroviral.
TB	Tuberculosis.
TRANS	Travestis, transgénero o transexuales.
UAI	Unidad de Atención Integral al VIH y 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	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.



Índice

Participantes en la elaboración de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida y Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

Agradecimientos

Presentación

Siglas y acrónimos

Índice

Introducción..... 1

Parte I: Marco General de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad.....3

Parte II: Diagnóstico sobre el Estado de Situación en torno a la Sostenibilidad...7

1. Metodología 7

2. Análisis de situación..... 10

2.1 Módulo 1: Resumen del apoyo del Fondo Mundial en materia de VIH 10

2.2 Módulo 2: Situación epidemiológica y contexto programático... 11

2.3 Módulo 3: Ambiente institucional, derechos humanos y género . 26

2.4 Módulo 4: Financiamiento de la salud y sostenibilidad..... 30

2.5 Módulo 5: Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministros, recursos humanos y sistemas de información 51

2.6 Módulo 6: Organizaciones de la sociedad civil.....56

3. Problemas, riesgos y posibles soluciones..... 60

3.1 Problema 1. Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente.... 61

3.2 Problema 2. Debilidad productiva en el marco de la atención al VIH y sida 62

3.3 Problema 3. Nuevos casos de VIH por transmisión de PV debido a baja captación de pacientes..... 63

3.4 Problema 4. Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PV debido a un sistema de información inapropiado, incompleto y disperso..... 65

3.5	Problema 5. Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral	65
3.6	Problema 6. Limitado acceso a la atención debido a racionalización de ARV e insumos médicos	69
3.7	Problema 7. Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado a VIH y sida	70
3.8	Problema 8. Persistente estigmatización y discriminación de poblaciones clave	72
3.9	Problema 9. Elevada transmisión materno infantil	72
3.10	Problema 10. Productividad disminuida por ausencia de compras conjuntas.....	74
	Parte III: Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022	77
1.	Objetivos del <i>Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022</i>	78
1.1	Objetivo 1. Aumentar el financiamiento para la respuesta nacional al VIH y sida.....	80
1.2	Objetivo 2. Fortalecer la capacidad de gestión, liderazgo y coordinación de la respuesta.....	81
1.3	Objetivo 3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH	84
1.4	Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos.....	87
1.5	Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación de la población clave	88
2.	Matriz operativa del <i>Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022</i>	89
3.	Recomendaciones para el monitoreo de la sostenibilidad.....	107
	Referencias Bibliográficas.....	109
	Anexos.....	111



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 el VIH 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 de manera paulatina desde una situación caracterizada por un importante financiamiento externo hacia el financiamiento proveniente enteramente de fuentes nacionales.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud, con el objetivo general de contar con la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida y disponer de una respuesta sostenible para preservar los avances en VIH en el país, manteniendo y ampliando la cobertura de los servicios de promoción, prevención y tratamiento del VIH, y apoyando los esfuerzos de las organizaciones, instituciones y cooperantes que apoyan en la lucha contra la epidemia; planificando de manera eficiente las acciones y líneas de trabajo que permitan que se mantengan y profundicen los logros en el abordaje de la epidemia de VIH, hasta llegar a controlarla.

El presente documento visualiza el proceso participativo de apertura y transparencia, generando un diagnóstico que por primera vez realiza consultas con los diferentes sectores involucrados en la respuesta ante el VIH en Guatemala, para realizar análisis de situación de las condiciones del país en cuanto a la preparación para la sostenibilidad, realizado durante los años 2018-2019.

Como resultado de dicho análisis se evidenciaron retos para el país a corto y mediano plazo, los cuales se traducen en los objetivos para el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022.

El documento está estructurado en tres partes, I introduce y caracteriza la naturaleza de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad 2019-2022; II presenta el análisis de situación de las condiciones del país en cuanto a la preparación para la sostenibilidad. Esta sección fue desarrollada con base en la metodología del FM, la cual está estructurada en torno a los seis módulos analíticos de la Guía para el Análisis de la Preparación para la Transición del Fondo Mundial.

Los principales problemas identificados a través de esta metodología y que interfieren con la sostenibilidad de la respuesta de Guatemala al VIH y sida fueron consensuados con la participación de expertos nacionales e internacionales y III aborda la respuesta de país a cada uno de los retos identificados en el diagnóstico y que se trasladan a objetivos para ser abordados en el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022.

En ese sentido se presenta los objetivos específicos de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida y su Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022:

- Aumentar el financiamiento para la respuesta nacional al VIH
- Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional al VIH
- Mejorar el desempeño del sistema de promoción y prestación de atenciones curativas y preventivas para el VIH.
- Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos.
- Reducir el estigma y discriminación hacia la población clave

Se elabora el presente documento como una herramienta que, permite concretar acciones que garanticen el derecho a la salud y la mejora en las condiciones de vida de las personas con VIH.



Parte I: Marco General de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad

Esta estrategia responde a la necesidad de contar con un marco técnico y político que delimite y visualice las áreas prioritarias a ser abordadas por el país para avanzar con mayor rapidez hacia el logro de las metas mundiales definidas para controlar la epidemia de VIH y acabar con el sida. ⁽¹⁾

Las metas son ambiciosas y requieren redoblar esfuerzos y/o ser más eficientes, en lo cual cobran relevancia las distintas acciones dirigidas a aumentar la cobertura de intervenciones programáticas para diagnosticar a un mayor número de personas con VIH; el inicio rápido del tratamiento antirretroviral (TAR), independientemente del conteo de CD4; y mantener adherentes al medicamento a las personas en TAR, con el objeto de ayudarlas a vivir una vida más saludable y reducir la probabilidad de transmisión del VIH. Estas metas se traducen en que para el año 2030 se logre que el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico; el 95% de las personas que conocen su diagnóstico reciban TAR; y el 95% de las personas en TAR reporten carga viral indetectable. En Guatemala, estas coberturas alcanzan en la actualidad un promedio del 71%, 43% y 33%, ⁽²⁾ respectivamente. Para cumplir estas metas es necesario mejorar la efectividad de la prevención, ampliar el acceso a tratamiento, enfocar las acciones en los grupos de mayor riesgo, y garantizar el seguimiento a las personas en tratamiento, en consonancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La estrategia no sustituye al *Plan Estratégico Nacional de VIH* sino, por el contrario, establece las bases políticas, técnicas y financieras para garantizar su implementación sostenida en el tiempo; ofrece lineamientos, en sintonía con las recomendaciones de la OMS, acerca de las intervenciones esenciales en el nivel de prestación de servicios para reducir el número de nuevas infecciones (lo cual es vital para el control de la epidemia), así como en contextos de recursos limitados; y establece las necesidades de políticas prioritarias para lograr la sostenibilidad.

La sostenibilidad depende tanto de contar con los recursos financieros necesarios y utilizarlos de la manera más eficiente posible, como de asegurar que toda persona con VIH se encuentra en tratamiento y es adherente a él, para así reducir la probabilidad de transmisión del VIH y, consecuentemente, disminuir el número de nuevas infecciones por VIH.

En el marco de los compromisos regionales para lograr sostenibilidad¹ de la respuesta al VIH en los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y con base en los resultados del Índice de Sostenibilidad en VIH ⁽³⁾ aplicado a los países de la región en 2018, ⁽⁴⁾ se identificaron tres áreas críticas o ámbitos para responder a las principales vulnerabilidades y tomar ventaja de las oportunidades que representa el contexto frente a las prioridades en cuanto al logro de sostenibilidad. Estas áreas se definieron con base en las características de los procesos de las políticas nacionales y la gestión de programas públicos en los países de la región que, aunque presentan características propias, también muestran similitudes. En este contexto, se delimitaron tres ámbitos de acción como los pilares de la sostenibilidad de la respuesta al VIH. A continuación se ofrece una caracterización al respecto:

Ámbito económico financiero: asignación oportuna de recursos; acciones vinculadas con la aplicación de metodologías; técnicas de análisis; maximización de impactos y principios de economía y gestión de la salud para la administración estratégica de las finanzas relacionadas con el VIH; movilización de recursos internos; búsqueda de eficiencias técnicas; presupuestos basados en resultados; selección de intervenciones costo efectivas; monitoreo del gasto; estrategias para la reducción de costos, entre otros. Con el objeto de asegurar los recursos financieros necesarios y una estrategia de financiamiento de largo plazo para cumplir de manera eficaz y eficiente las metas y objetivos nacionales de prevención, atención y tratamiento del VIH.

1 COMISCA (2017). *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. Revisión 2017.* Disponible en: <https://mcr-comisca.org/vih/706-estrategia-regional-de-sostenibilidad-de-la-respuesta-al-vih-actualizada-2017/file>

Una consideración implícita de todo ello es el análisis y uso de datos epidemiológicos, de salud y económicos pertinentes al respecto del VIH y sida, con el propósito de fundamentar las decisiones de inversión en la materia y asignar estratégicamente los fondos para maximizar las inversiones.

Ámbito técnico programático: Acciones vinculadas con la planificación, gestión y fortalecimiento de condiciones para la entrega de los servicios relacionados con VIH y sida en las instalaciones de salud y en el nivel local, de manera que produzcan impacto, sean eficientes e incorporen, en la práctica, innovaciones² para cerrar brechas en la cascada de atención, tanto en intervenciones preventivas, de atención y tratamiento, como en la organización de los servicios para facilitar el acceso a intervenciones seleccionadas en el nivel local y reducir la carga innecesaria que podría generar, en el segundo y tercer nivel, la atención de pacientes estables que acuden por intervenciones no clínicas. Esto también requiere el fortalecimiento de la cadena de suministros médicos y medicamentos, laboratorios, infraestructura de carga viral y disponibilidad de datos sobre la epidemia del VIH y sida y sus efectos en los resultados de salud; estimaciones sobre el tamaño de las poblaciones clave, las PV, la incidencia y prevalencia del VIH; la carga viral y las tasas de mortalidad relacionadas con VIH.

Ámbito político normativo: Acciones vinculadas con el desarrollo, implementación y supervisión de una amplia gama de políticas nacionales, planes, leyes, guías, reglamentos y protocolos necesarios para lograr la cobertura de intervenciones de alto impacto, la protección social y jurídica, y la equidad de quienes acuden a los servicios de VIH y sida. También se refiere a los lineamientos para la normalización de intervenciones entre los diferentes actores públicos y privados involucrados en la prestación de servicios de VIH y sida, con miras a asegurar el financiamiento y la eliminación de obstáculos estructurales, incluyendo el estigma y la discriminación por VIH y sida y asuntos de género y pertinencia cultural; garantizar el acceso público a la información oportuna y confiable sobre la aplicación de las políticas y los programas relativos al VIH y sida.

2 Entre las posibles innovaciones se encuentran las siguientes: implementación, a escala nacional, de la estrategia de caso índice (Index Testing) y la disponibilidad de pruebas autoadministradas para ampliar la detección de personas con VIH; uso de la prueba y el tratamiento (Test and Start) que eliminan criterios de elegibilidad para iniciar tratamientos basados en CD4, y comenzar de manera rápida la medicación; modelos diferenciados de prestación de servicios, incluidos el espaciado de citas para pacientes estables, la entrega de medicamentos también en el primer nivel local del sistema de salud, y la vinculación inmediata de personas con VIH a la cascada de atención; transición a nuevo esquema de tratamiento TLD, basado en Dolutegravir, que reduce sustancialmente los costos y además ha demostrado ser más eficiente en el régimen de atención a personas con VIH (OMS, PEPFAR).

Todo esto incluye los objetivos, avances, gastos y desafíos para alcanzar las metas relativas al VIH y sida, como parte de la rendición de cuentas. Implícito está el apoyo político y la coordinación en todos los niveles del gobierno y entre los principales actores del sector público, privado y sociedad civil.

La estrategia de sostenibilidad implica la planificación de una serie de acciones meditadas y deliberadas para responder a las metas planteadas y lograr la armonización entre los ámbitos, económico financiero, técnico programático y político normativo. Si falla alguno de los elementos, la respuesta al VIH está en riesgo de no ser sostenible.



Parte II: Diagnóstico sobre el Estado de Situación en torno a la Sostenibilidad



1. Metodología

Para el análisis de situación del país con respecto a la capacidad de hacer sostenible su respuesta al VIH, aun ante la eventual disminución de recursos externos, se utilizó la guía metodológica del Fondo Mundial (FM). ⁽⁵⁾ Este instrumento propone como metodología el desarrollo de seis módulos analíticos sobre distintos aspectos de la respuesta nacional al VIH, los cuales pueden ser aplicados de forma parcial o total, dependiendo de la inversión del FM en el país, los mayores riesgos de la transición, y la información ya disponible.

Específicamente, los módulos cubren lo siguiente:

- **Módulo 1:** Resumen del apoyo financiero y no financiero del Fondo Mundial al país;
- **Módulo 2:** Descripción de la situación epidemiológica del país y la respuesta a la enfermedad;
- **Módulo 3:** Descripción del entorno institucional en el que se llevará a cabo la transición (temas de derechos humanos y cuestiones de género y pertinencia cultural que influyen en una transición exitosa hacia la sostenibilidad deben ser incluidos);
- **Módulo 4:** Análisis de la financiación de la atención médica y los problemas de espacio fiscal, incluida la eficiencia;
- **Módulo 5:** Análisis de los habilitadores del sistema de entrega y las barreras a la transición, incluida la cadena de suministros, sistemas de información y la fuerza laboral de salud;
- **Módulo 6:** Análisis del papel de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la respuesta (incluye un análisis de la capacidad del Gobierno para financiar a las OSC, lo que se conoce como «contratación social»).

Los primeros tres módulos son considerados «módulos principales», mientras que los módulos 4, 5 y 6 son «módulos opcionales».

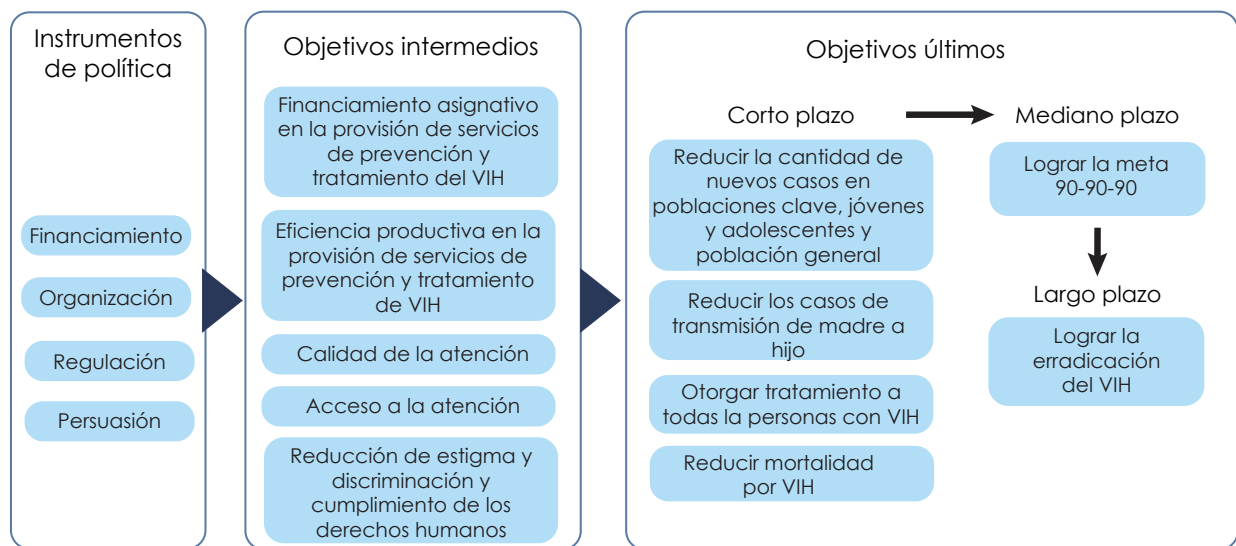
La aplicación de esta guía demanda un enfoque participativo, en el sentido de que en la elaboración de la estrategia de sostenibilidad deben participar los principales interesados del país, incluidos los representantes de la comunidad y la sociedad civil.

Asimismo, se utilizó un marco conceptual para detectar los llamados problemas de sostenibilidad, identificar sus causas y formular soluciones.⁽⁶⁾ 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 y sida. De esa cuenta, se definió que existe un problema de sostenibilidad cuando se prevé que el país no logrará alcanzar cualquiera de sus objetivos últimos en materia de VIH y sida, que son: alcanzar, para el año 2020, las metas 90-90-90 y, para el año 2030, las metas 95-95-95 impulsadas por las 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 tal manera que se maximicen los objetivos últimos); incrementar 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 con VIH (PV).

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 según 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). Véase, al respecto, la figura 1.

La aplicación del análisis de los seis módulos de la guía metodológica del FM, combinada con el uso del marco conceptual recién descrito, permitió identificar diez problemas prioritarios de sostenibilidad, descubrir sus causas y proponer soluciones.

Figura 1. Marco conceptual para el análisis y la solución de problemas en la respuesta nacional al VIH y sida



Fuente: Pharos y ByA Informe de país para Guatemala. ENS. Guatemala 2018.

En Guatemala, la evidencia empírica sobre la existencia y magnitud de cada problema es variable. Por ejemplo, como se verá, el problema diez 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). Asimismo, se conoce que suceden rupturas ocasionales en los inventarios de ARV.

La multiplicidad de variables que inciden en la salud de las personas y que intervienen en el funcionamiento de un sistema de salud hace que todo problema tenga varias causas. Por ejemplo, la alta transmisión 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 la multicausalidad de un problema, es en muchos casos conveniente 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 en esta estrategia considera, este tipo de priorización.

Esta sección presenta la información recabada al respecto de los seis módulos contenidos en la referida guía de análisis de la preparación para la transición del FM. Esta presentación se complementa con la descripción de los diez problemas prioritarios que enfrenta Guatemala en su respuesta al VIH, con sus respectivas propuestas de solución desde una perspectiva de sostenibilidad de la respuesta. Estos problemas fueron identificados, validados y priorizados en talleres que contaron con amplia participación de OSC, cooperación internacional y funcionarios del MSPAS, IGSS y otras instituciones del sector público.

2. Análisis de situación

2.1 Módulo 1: Resumen del apoyo del Fondo Mundial en materia de VIH

Las subvenciones del FM han ayudado al país a fortalecer 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 ámbito 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 subvenciones que se detallan en la tabla 1, para las que se señala el receptor principal (RP), las fechas de inicio y término, y el monto.

Tabla 1. 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 (en millones de USD)
3	GUA-304-G01-H Intensificación de actividades en prevención y atención integral entre grupos vulnerables y en áreas prioritarias de Guatemala	Visión Mundial	1 de diciembre de 2004	30 de septiembre de 2010	41
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 Pública y Asistencia Social	1 de octubre de 2010	31 de diciembre de 2017	29.8
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 Cooperation with Developing Countries (HIVOS)	1 de octubre de 2010	31 de diciembre de 2018	49.5
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)	1 de octubre de 2018	31 de diciembre de 2020	17.4

Fuente: <https://data.theglobalfund.org/investments/grants/GTM>

2.2 Módulo 2: Situación epidemiológica y contexto programático

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida (ONUSIDA) estimaba que en 2018 había en Guatemala 47,036 personas viviendo con VIH, cifra equivalente a cerca del 0.5% de la población adulta (15-49 años). La epidemia está concentrada en población clave, con un 22.2% en población transgénero, 9.0% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 1.0% entre trabajadores sexuales, y 0.7% en personas privadas de libertad.³ La población indígena muestra tasas de prevalencia comparativamente bajas. (7)

³ Esto significa que la prevalencia en la población general es menor al 1% y mayor al 5% en poblaciones consideradas clave.

La mortalidad se incrementó en un 130% entre 2010 y 2018. En ese último año se registraron 2,313 nuevas infecciones y 2,219 muertes relacionadas con VIH.⁴ Por su parte, el MSPAS reportó 36,949 casos acumulados a diciembre de 2018,⁵ de los cuales el 59.0% (21,810 casos) está conformado por hombres mayores de 15 años de edad; el 34.6% (12,766 casos), por mujeres mayores de 15 años de edad; y el restante 6.4% (2,372 casos) corresponde a niños menores de 15 años de edad. ⁽⁸⁾

En el año 2018 se reportó un total de 1,133 casos de VIH y VIH avanzado, de los cuales el 73% (876 casos) correspondía a personas de sexo masculino, y el 27% restante (257 casos), a personas del sexo femenino, con una razón de masculinidad de 3:1. Con respecto a la clasificación de caso, en ese mismo año el 71.0% de personas con VIH tenía un recuento inicial de células CD4 <350 células/mm³, y un 47.0% presentaba un recuento inicial de <200 células/mm³, lo que indica que la mayoría de personas se está diagnosticando en una fase tardía, lo cual conlleva a presencia de coinfecciones. ⁽⁸⁾

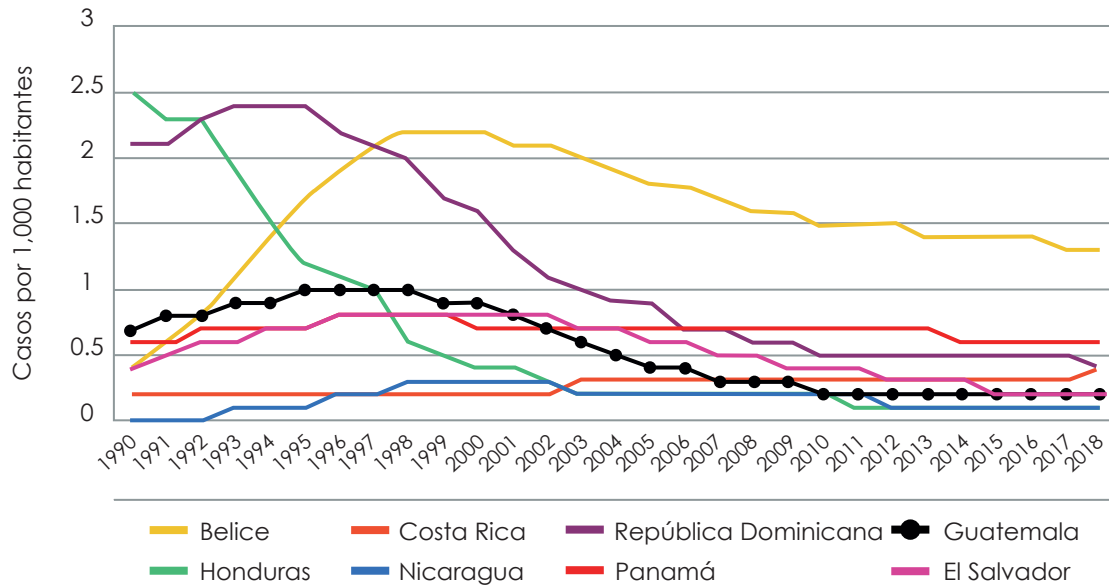
Según las estadísticas de ONUSIDA, en Guatemala la incidencia del VIH alcanzó su punto más alto en el año 1999, para luego ir disminuyendo progresivamente a su valor actual, que es el más bajo de los últimos 20 años (gráfica 1 superior). En cada país de Centroamérica y en la República Dominicana la situación ha sido diferente, aunque Guatemala aparece como el país con la segunda menor tasa de incidencia, después de Honduras y Nicaragua. En 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 incidencias presentes en Nicaragua y El Salvador.

4 Número estimado de muertes por VIH y nuevas infecciones proveniente del modelo preliminar de Spectrum, 2018.

5 El dato corresponde al número acumulado de personas notificadas al sistema de vigilancia del Departamento de Epidemiología del MSPAS de 1984 a 2018, sin excluir las muertes.

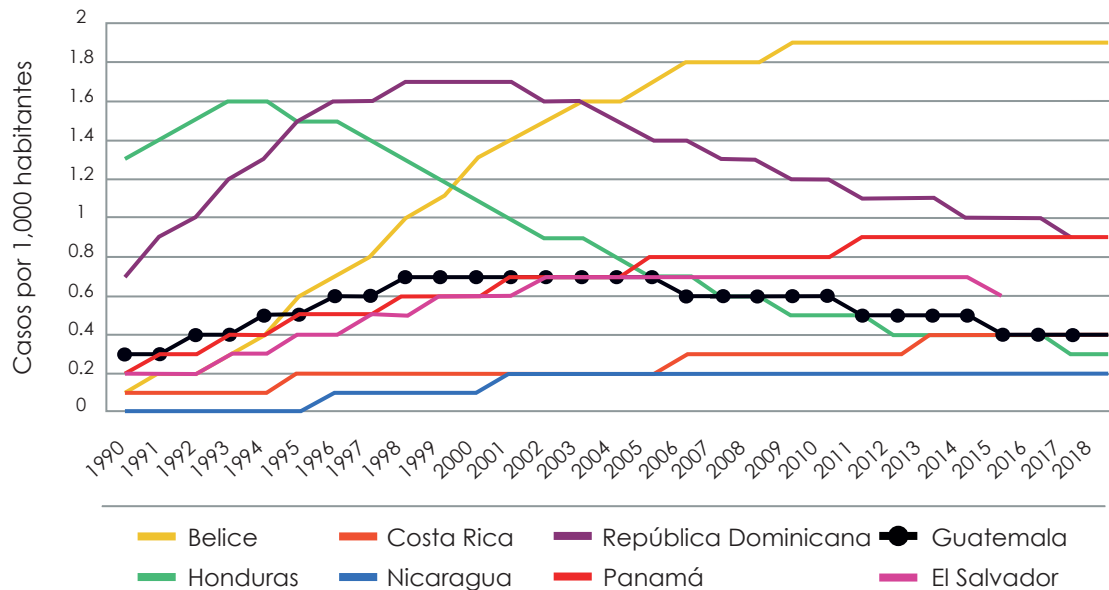
Gráfica 1. Incidencia y prevalencia del VIH en adultos de 15-49 años en Centroamérica y la República Dominicana (1990-2018, casos por 1,000 habitantes)

1A. Incidencia



Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

1B. Prevalencia



Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

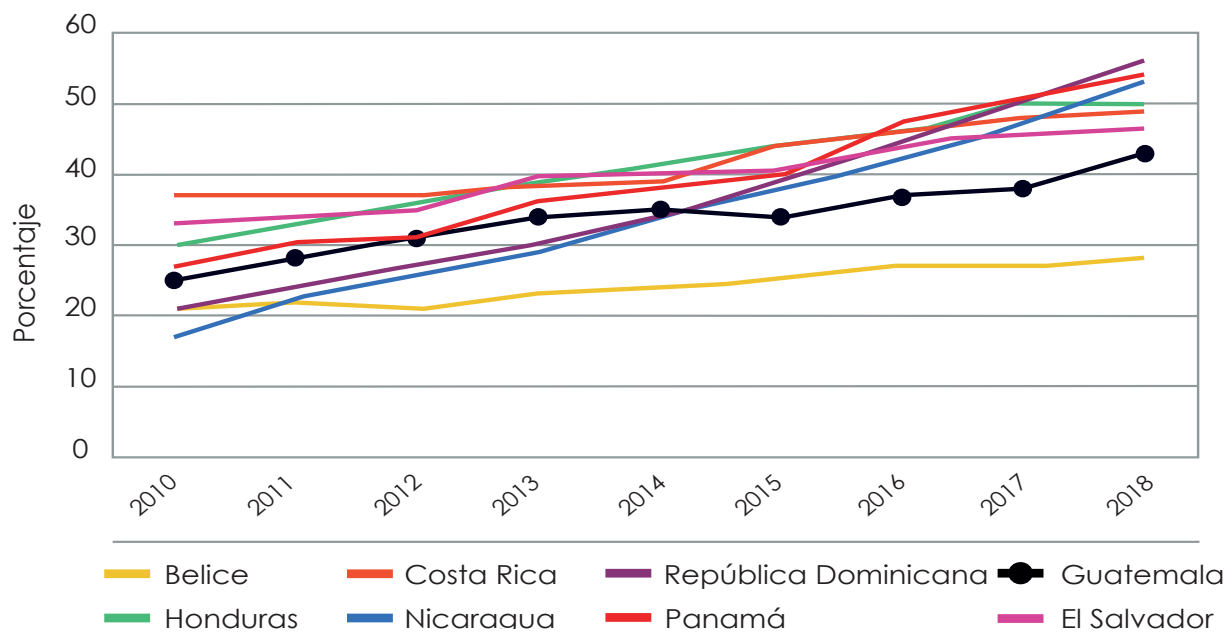
Con respecto a la prevalencia, cabe mencionar que en 2018 Guatemala presentaba la tercera menor prevalencia de la región, después de Nicaragua y Honduras (gráfica 1B).

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, mientras que, en Guatemala, en el último año.

Como se ha analizado, aunque Guatemala presenta una situación epidemiológica relativamente favorable en comparación con la mayoría de los demás países de la región, la cobertura de TARV es la segunda más baja de la región para el caso de las PV, y la más baja para prevenir la transmisión materno infantil (gráficas 2A y 2B). Cifras de ONUSIDA muestran, al respecto de esta última cobertura, que la situación en Guatemala se ha deteriorado en años recientes, pasando de una cobertura máxima del 41%, en 2013, a un 34%, en 2018.

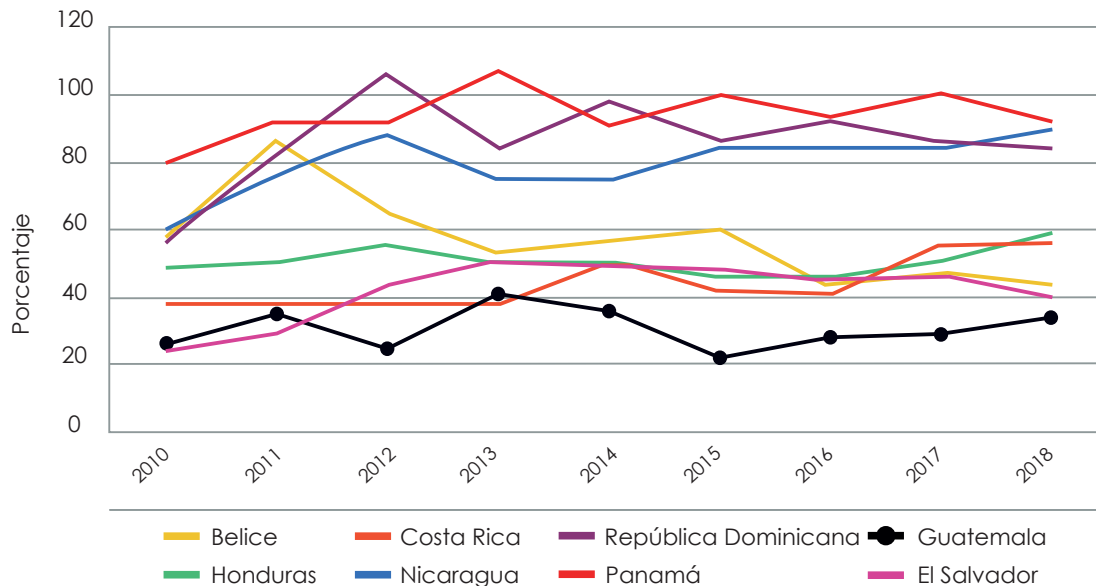
Gráfica 2. Cobertura de la terapia antirretroviral para personas que viven con VIH y para la prevención de la transmisión materno infantil en Centroamérica y la República Dominicana (2010-2018, casos por 1,000 habitantes)

A. TARV para PV



Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

B. TARV para prevención de la transmisión de madre a hijo⁶

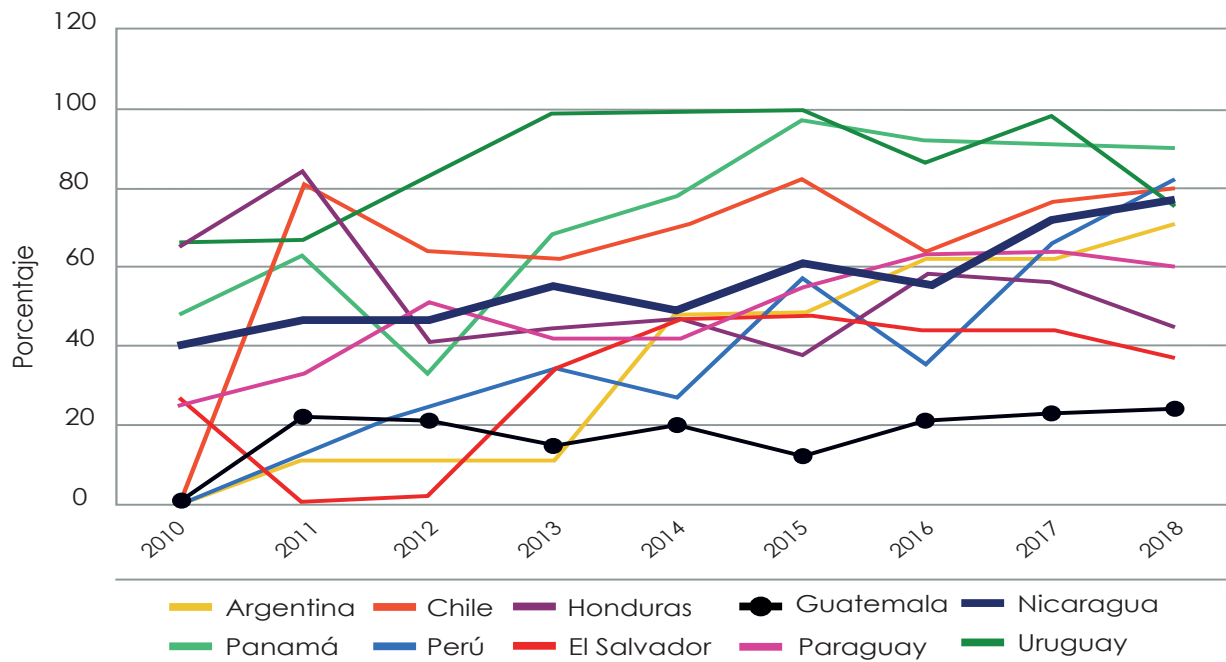


Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

En 2018, apenas el 36% del total de embarazadas en Guatemala accedió al tamizaje del VIH, y el 34% a antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión materno infantil. Asimismo, el diagnóstico temprano en infantes alcanzó solo un 23% en servicios públicos.⁽⁹⁾ La atención prenatal cubre apenas a dos de cada cinco embarazadas, mientras que tres de cada cinco acceden al parto institucional. Estos índices de acceso son muy inferiores a los de otros países de América Latina, como lo ejemplifica la gráfica 3 para el caso del diagnóstico temprano en infantes.

6 Los datos de República Dominicana presentan un error de registro que resulta en una cobertura superior al 100% en los años 2012 y 2014

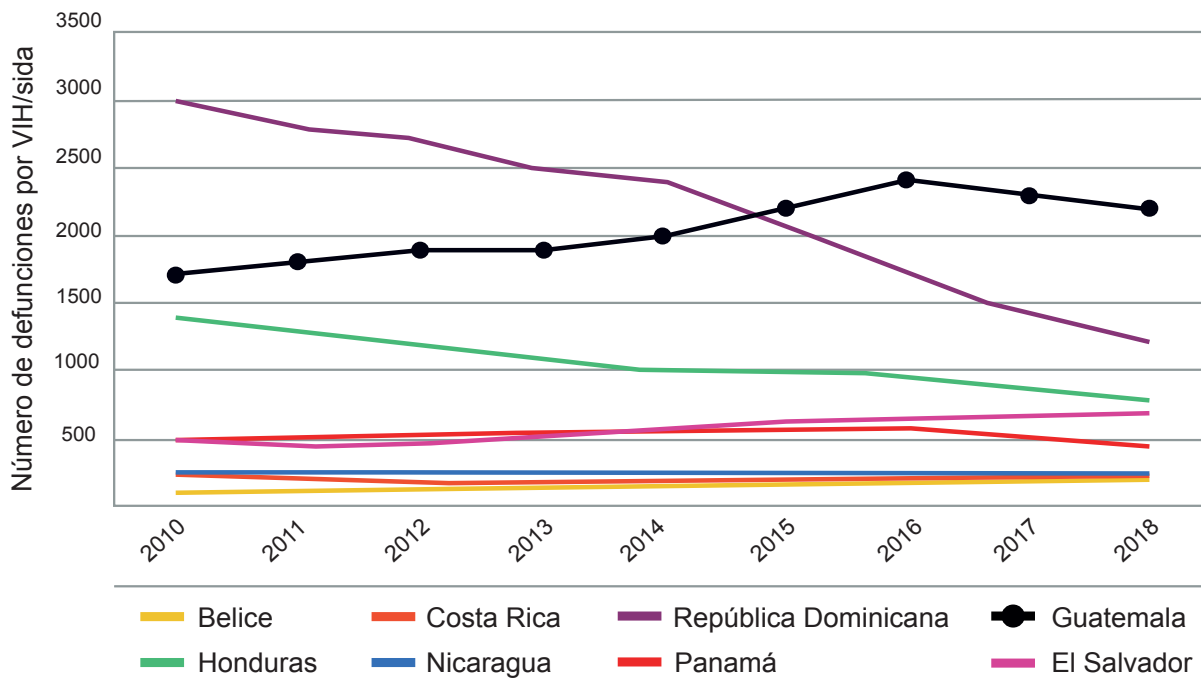
Gráfica 3. Bebés expuestos al VIH que recibieron una prueba virológica en un plazo de dos meses desde su nacimiento en América Latina (2010-2018, en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

Los desafíos que enfrenta la respuesta de Guatemala al VIH también quedan de manifiesto al observar la tendencia estimada de muertes por VIH y sida entre las PV en comparación con los otros países de la región.

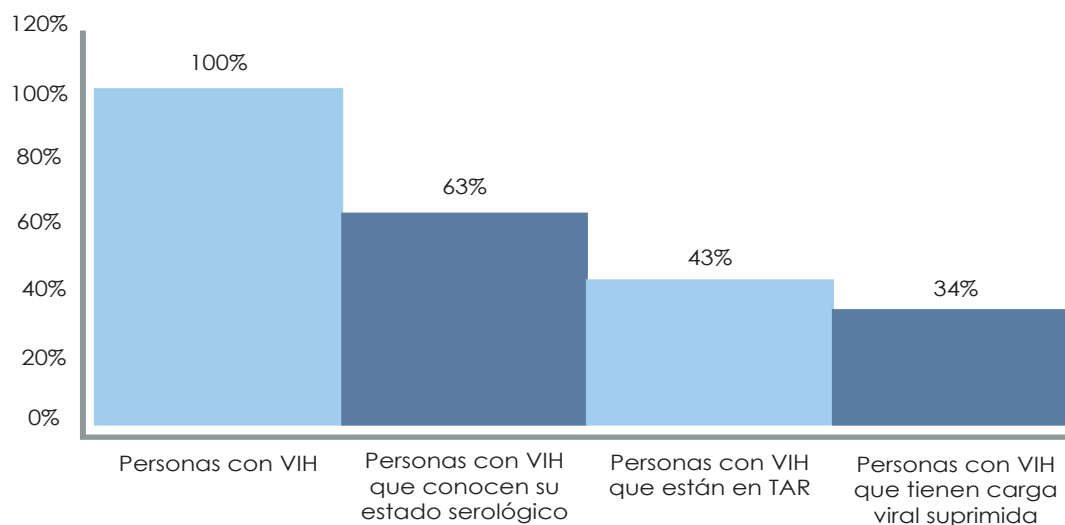
Gráfica 4. Tendencia de muertes por VIH y sida en Centroamérica y la República Dominicana (2010-2018, en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, MSPAS/DRPAP/PNS. Guatemala 2019.

La cascada del VIH para el año 2018 demuestra que una buena proporción de personas conoce su estado serológico (63%), pero solo el 43% recibe TARV, y un escaso 34% (equivalente a dos tercios de las que están en TARV) tiene supresión viral (gráfica 5). De igual forma, apenas el 43% de las PV estimadas se encuentra en TARV. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Tomando en consideración que la supresión viral interrumpe la cadena de transmisión, esta cuestión es un desafío más para el control de la epidemia.

Gráfica 5. Cascada del continuo de atención en VIH (2018)

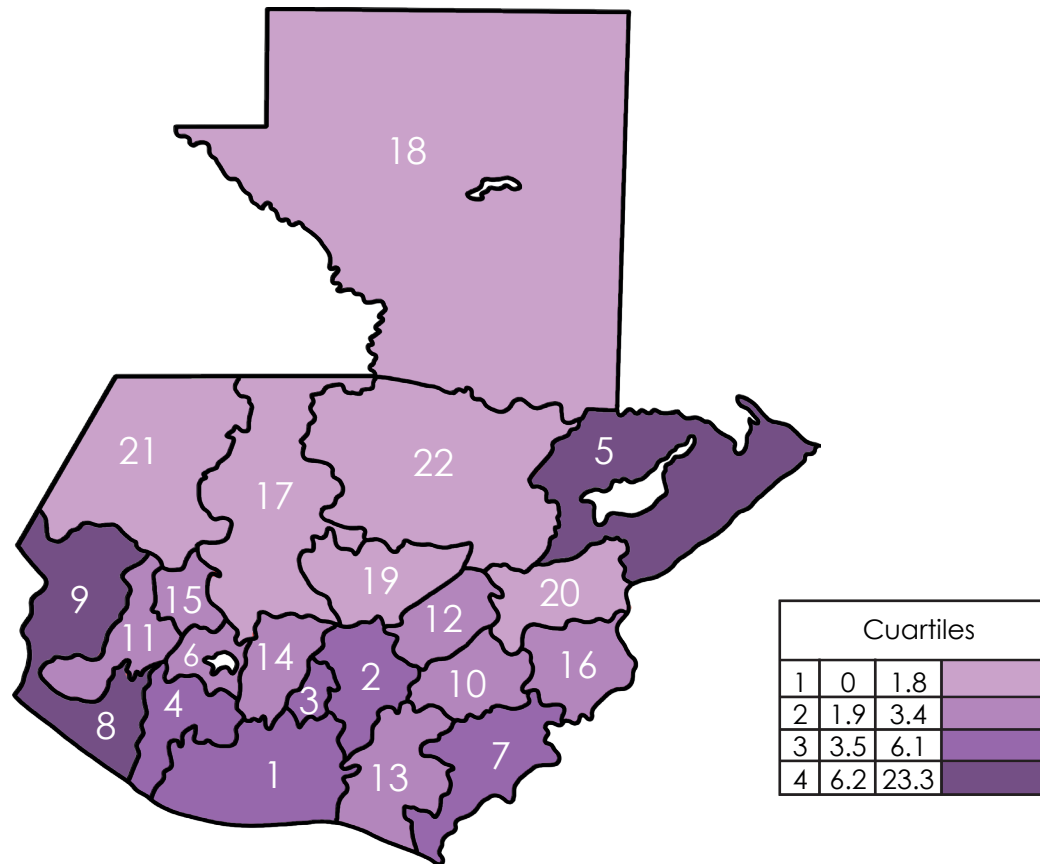


Fuente: MSPAS/DRPAP/PNS, UAI, IGSS, Hospicio San José y Hospital Militar, Guatemala 2019.

A partir de la información de personas que iniciaron TAR en el año 2017 (1,948 personas), se evaluó la retención y supervivencia a los 12 meses después de comenzado el tratamiento, lo cual permitió conocer que el porcentaje de retención asciende al 83.2% (1,620/1,948). En los hombres mayores de 15 años de edad, el porcentaje de retención fue del 81.5% (1,108/1,359); en mujeres mayores e 15 años de edad fue del 87.7% (467/532); y en niños menores de 15 años de edad, del 78.95% (45/57).⁽⁸⁾

Con relación a la prevalencia por área geográfica, se observa que en 6 de los 22 departamentos se concentra el 73% de los casos. Los departamentos por lugar de residencia que presentaron la mayor tasa de casos de VIH y VIH avanzado por 100,000 habitantes durante el año 2018 fueron: Escuintla (23.3), Guatemala (14.90), Sacatepéquez (11.57), Suchitepéquez (8.36) e Izabal (6.54) (mapa 1).

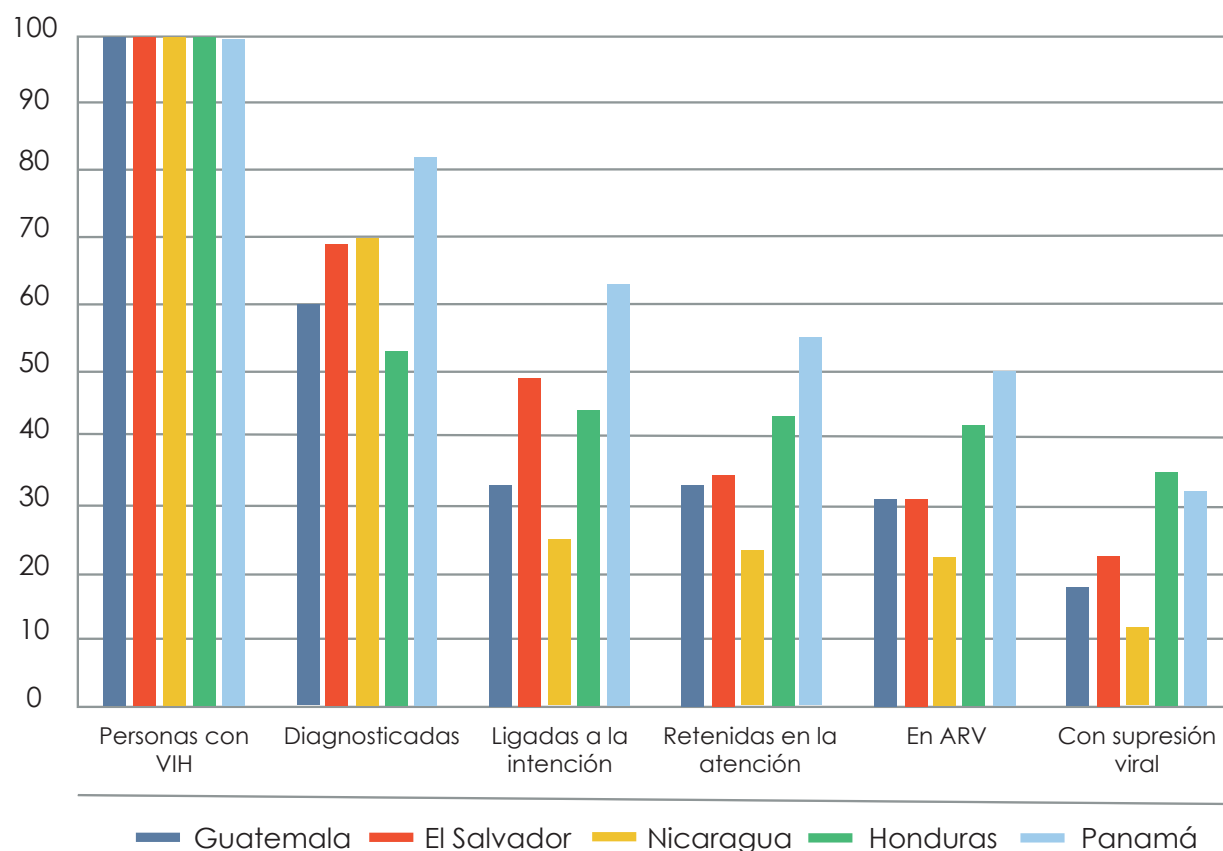
Mapa 1. Prevalencia del VIH por departamento de residencia (2018)



Fuente: MSPAS/PNS Sala Situacional, Guatemala 2018.

Las estimaciones más recientes de prevalencia e incidencia señalan que en 2018 había 47,036 PV en Guatemala y que ocurrieron 2,219 nuevos casos. Aunque en el país la magnitud de la epidemia de VIH es moderada en comparación con el contexto centroamericano, el acceso oportuno a la atención es relativamente deficitario.

Gráfica 6. Cascada del continuo de atención en VIH en algunos países centroamericanos (circa 2016, en porcentajes)



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

Desde que se conoció el primer caso de VIH y sida, en el año 1984, Guatemala ha asumido la lucha contra la epidemia como una política pública sanitaria. El MSPAS, el IGSS y el resto de actores relevantes de la respuesta nacional al VIH y sida promueven el acceso universal y gratuito al diagnóstico de VIH y al TARV, así como el seguimiento a las PV. La política pública sobre VIH y sida, aprobada en 2005, considera que sin un adecuado control la epidemia tendrá consecuencias socioeconómicas importantes y negativas. Con la aprobación en 1995 del *Decreto 54-95* se estableció que el VIH y sida era un problema social de urgencia nacional. Con la aprobación de la *Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia, 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 y sida sigue siendo dispersa porque se carece de 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 por conducto de las organizaciones de PV 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, mediante recursos de cooperación internacional. En 2016 se reportaba que solo una OSC (Hospicio San José) recibía fondos del Estado. Existen diez 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 encuentra en establecimientos de salud públicos en los que el Estado aporta el 80% de su financiamiento. Las acciones preventivas se realizan en la totalidad de establecimientos de salud pública en los tres niveles de atención.

En 2002 se conformó el Mecanismo de Coordinación País (MCP), espacio en el que participan los actores de la sociedad civil junto con delegados gubernamentales para formular propuestas a ser financiadas por el FM en proyectos de VIH y sida, TB y malaria, las cuales 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 por medio de agencias de cooperación que ofrecen medicamentos de buena calidad y a precios bajos. Aunque en la actualidad no se ha registrado desabastecimiento en las UAI, se deben prevenir rupturas de inventarios que se traducen en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por consiguiente, en una mayor transmisión del VIH. 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 hacen llegar de manera atrasada tengan fechas de expiración cercanas, lo cual limita 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.

El financiamiento de la compra de ARV e insumos para el diagnóstico se realiza con recursos nacionales. El MSPAS y el IGSS llevan a cabo las adquisiciones a través de agencias internacionales como el Fondo Estratégico (FE) de la OPS 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 se utiliza en caso de incumplimiento de las entregas de compras internacionales. La falta de homologación de los esquemas de tratamiento afecta la eficiencia del sistema de adquisición 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 gestión de compras porque permitiría realizar negociaciones conjuntas con los proveedores nacionales e internacionales para obtener mejores precios, aprovechando la economía de escala.

El MSPAS distribuye los productos desde el almacén central del PNS hasta las UAI con base en la información generada por un sistema de inventario, requerimientos y despachos.

El proceso de desconcentración de atención integral 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, con el objeto de mejorar la eficiencia del sistema de distribución y almacenamiento. 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.

Los recursos asignados al MPSAS para la compra de ARV e insumos diagnósticos cubren adecuadamente la demanda actual, pero son insuficientes para el incremento que se requiere para alcanzar las metas 90-90-90. Por estas razones se incluyó en el Proyecto de Subvención VIH-FM 2018-2020 reserva para la compra de ARV.

Los precios de los ARV que ofrece el FE⁽¹⁰⁾ son similares a los ofertados por Partners for Supply Chain Management,⁽¹¹⁾ los negociados por COMISCA⁽¹²⁾ y la mediana de precios internacionales publicada por Management Sciences for Health.⁽¹³⁾ De esa cuenta, los precios de los ARV adquiridos por el MSPAS son competitivos a escala nacional: USD 75 persona/año para primera línea; USD 1,057 para segunda línea, y USD 1,831 para tercera línea. Sin embargo, se podría incrementar la eficiencia por economía de escala si se realizara una compra consolidada entre el MSPAS y el IGSS.

La mayor parte del diagnóstico confirmatorio, TARV y seguimiento clínico a cerca de 17,018 PV se ofrece en dieciséis UAI que dependen del MSPAS. 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 PV en TARV y seguimiento clínico.⁽¹⁴⁾ La red se complementa con una clínica localizada en el IGSS, una en Hospital Militar y una en el Hospicio San José.⁷

⁷ Entidad privada que recibe aporte financiero del Gobierno para su funcionamiento.

Tabla 2. Número y ubicación de las UAI y número de personas con VIH retenidos/atendidos (2018)

	Ubicación	Número de pacientes atendidos
1	Hospital Roosevelt, Clínica de Enfermedades Infecciosas	4,983
2	Hospital General San Juan de Dios, Clínica Familiar «Luis Ángel García»	3,625
3	Hospital Nacional de Coatepeque	1,438
4	Hospital Nacional de Puerto Barrios (amistad Japón)	930
5	Hospital Nacional de Escuintla	882
6	Hospital Rodolfo Robles Quetzaltenango	807
7	Hospital Nacional de Malacatán, San Marcos	703
8	Hospital Regional de Quetzaltenango	673
9	Hospital Nacional de San Benito, Petén	639
10	Hospital Nacional de Zacapa	589
11	Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa	413
12	Hospital Nacional de Cobán	375
13	Hospital Nacional de Retalhuleu	349
14	Hospital Nacional de Antigua Guatemala	328
15	Hospital Nacional de Huehuetenango	207
16	Hospital Infantil de Puerto Barrios (Elisa Martínez)	77
17	Hospicio San José, Sacatepéquez	463
18	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ciudad de Guatemala	3,051
19	Hospital Militar, ciudad de Guatemala	51

Fuente: MSPAS.PNS. Información UAI, Hospicio San José, IGSS, Hospital Militar, Guatemala, 2018.

El IGSS prestaba atenciones clínicas y TARV a 3,051 PV hasta fines de 2018 (aproximadamente, el 15% del total). 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 PV 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 efectúa en una clínica ubicada en la ciudad capital. El IGSS, en contraste con el MSPAS, cubre los gastos de transporte de las PV 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 se cuenta con disponibilidad de materiales educativos para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Por su parte, el PNS carece de un inventario preciso sobre el número de OSC que apoyan las labores de prevención e identificación de casos, así como de un listado de las actividades que estas llevan a cabo; sin embargo, varias OSC— 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, les facilitan el acceso a los servicios de salud para que reciban TARV. Sus acciones dependen, sin embargo, del flujo de recursos de la 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, puesta en manos de recursos humanos especializados, 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 promulgación de las *Reformas a la Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto 13-2013)*, la *Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas* y la *Ley Orgánica de la Superintendencia de Administración Tributaria*. Esta última impone restricciones a la contratación de servicios administrativos, pero no a la prestación de servicios, como lo demuestra el continuo traslado de fondos a ONG por parte del MSPAS.

Por último, el país no cuenta con guías actualizadas que estandaricen las prácticas de prevención e identificación de casos, o que incorporen innovaciones recomendadas por organismos internacionales como profilaxis preexposición y profilaxis postexposición por riesgo sexual.

Actualmente el MSPAS cuenta con la Guía de uso de los Antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica, la cual incluye esta clase de enfoques más contemporáneos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por su parte, el IGSS cuenta con una guía terapéutica propia, con esquemas que deben ser homologados a la Guía del MSPAS.

El no disponer de esquemas de tratamiento estandarizados afecta a los pacientes y al sistema de salud, y aumenta los costos de la prestación de servicios debido a que cuando un paciente migra del IGSS al MSPAS este debe asumir la continuación de esquemas terapéuticos más costosos iniciados en la primera de estas instituciones. La falta de sistematización y 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 PV diagnosticadas) se limite a un 62%.

2.3 Módulo 3: Ambiente institucional, derechos humanos y género

a. Entorno institucional

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

- Incremento de la disponibilidad de programas de prevención combinada
- Eliminación de la transmisión materno infantil
- 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 de Centroamérica y la 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 denominada «Atención Primaria en Salud Renovada».

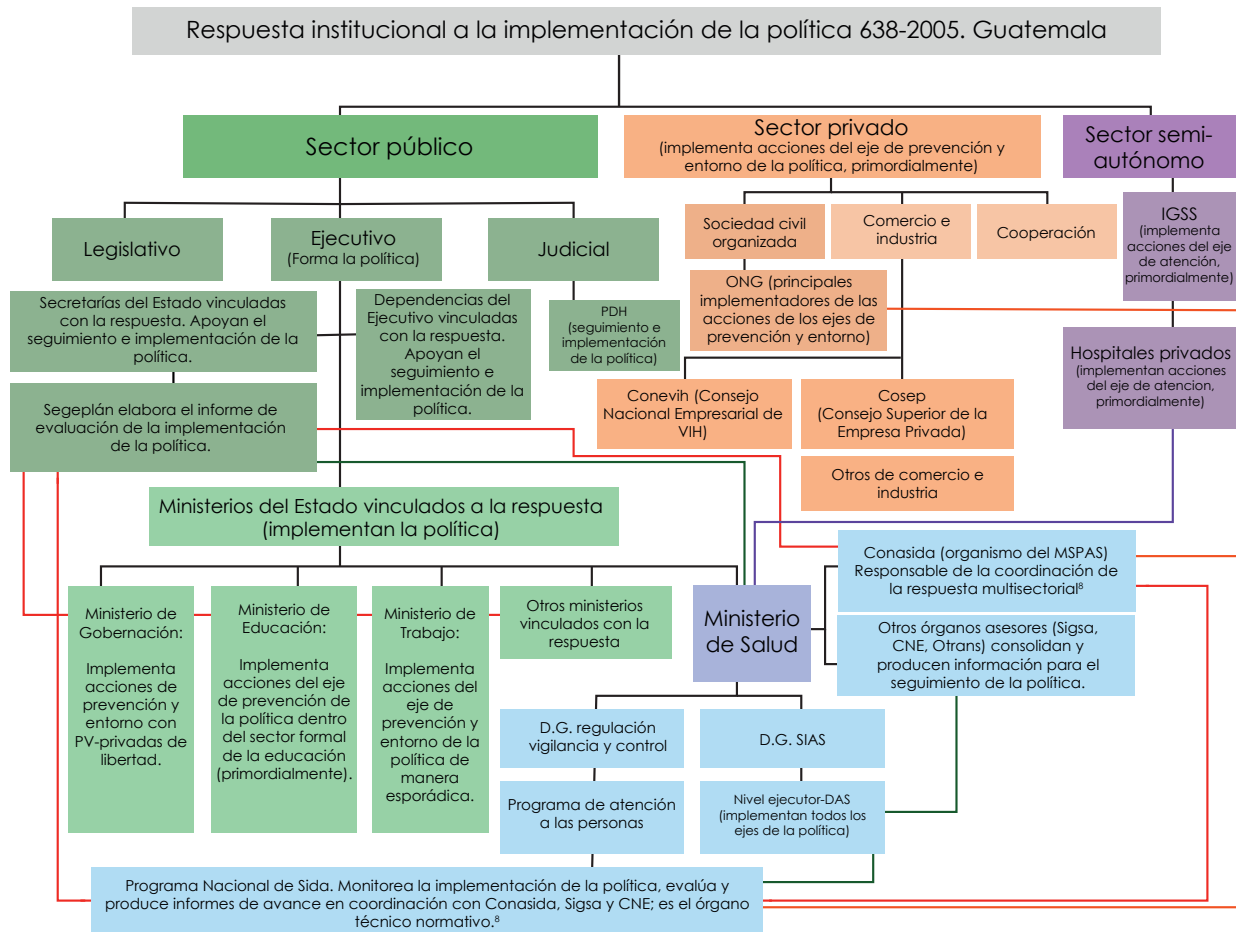
Los objetivos de la Estrategia Regional de Sostenibilidad son:

- 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.

El MSPAS, a través del PNS, es responsable de coordinar la respuesta nacional al VIH y 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 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 y 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 los procesos de 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. De esta manera podría diseñarse un nuevo modelo de gestión en donde dicha instancia sea ubicada como un ente asesor con representación completa de las autoridades gubernamentales y los sectores sociales pertinentes, y que funcione de manera autónoma e independiente del PNS. También merece destacarse 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, por consiguiente, la expansión de la cobertura y la sostenibilidad de la respuesta se verían favorecidas con la desconcentración del modelo de atención.

Figura 2. Funciones de los actores institucionales involucrados en la respuesta al VIH



Fuente: Segeplán. Informe de evaluación de la Política 638-2005, Guatemala 2012.

b. Derechos humanos y género en el marco político e institucional

Es papel del Estado es 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 a la igualdad y el desarrollo integral. La respuesta a la epidemia del VIH y sida y sus acciones en materia de prevención, promoción y atención se fundamentan en la *Constitución Política de la República de Guatemala*, el *Código de Salud*, la *Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida* y de la *Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-Sida* (en adelante, referida únicamente como

8 El PNS es el responsable de la coordinación de la respuesta en VIH y sida, que incluye las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Decreto 27-2000), así como en los tratados internacionales que Guatemala ha ratificado. 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 la problemática del estigma y la discriminación como una de las prioridades de respuesta nacional frente al VIH y sida en los próximos años. No obstante, la evidencia revela que la prestación de servicios de salud, en algunos casos no se enmarca en esta legislación, ya que usuarios de poblaciones clave manifiestan que en la práctica aún se mantiene el estigma y la discriminación en la atención de salud.

La *Constitución Política de la República de Guatemala* establece, en su 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 que «*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*»; y, por último, el artículo 46 instituye la preeminencia del derecho internacional, estableciendo «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 el texto constitucional, por leyes ordinarias vigentes en el Estado de Guatemala, y por el derecho internacional, entramado jurídico que les faculta para hacer valer sus derechos humanos y garantizar su desarrollo integral.

En materia de salud existe el *Código de Salud*, en cuyo artículo 1, «Del Derecho a la Salud», se lee 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 y sida, el amparo legal de los ciudadanos está consignado en el *Decreto 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 y sida recae en el MSPAS, aun cuando el abordaje del VIH debe ser multisectorial.

Guatemala tiene una epidemia de VIH y sida concentrada en poblaciones clave: mujeres transgénero, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales. La limitada aceptación social y el poco reconocimiento como grupos de población sujetos de derechos incrementan 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.

Con base en 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 formular e implementar un marco de políticas públicas favorables a la garantía de derechos humanos de las poblaciones clave, dando de esa manera respuesta a sus demandas específicas en los ámbitos de justicia, salud, educación y trabajo.

2.4 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 producto interno bruto (PIB) ha crecido en los últimos siete años en un rango de entre 2.8% y 4.2% anual, para un promedio, en el período, del 3.6%. La estimación del Banco de Guatemala (BANGUAT) para 2018 era de un crecimiento no menor al 2.8%, y del 3.1% para el año 2019. Por su parte, las estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) para los próximos cinco años sitúan el crecimiento esperado para Guatemala en un 3.6% anual. ⁽¹⁵⁾

En el período 2010-2017 Guatemala registró una inflación en un rango de entre 3% y 5% anual, lo cual ha oscilado en la banda esperada por la Junta Monetaria, 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. ⁽¹⁵⁾ Otro de los factores de gran relevancia macroeconómica en la última década ha sido el flujo de remesas familiares, las cuales han registrado un crecimiento de USD 4.127 millones a USD 8.192 millones en el período 2010-2017, constituyendo en la actualidad un 11% del PIB, ⁽¹⁶⁾ 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. ⁽¹⁵⁾

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, ⁽¹⁴⁾ pese a numerosos intentos de reforma 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% del PIB. Para ello se requeriría contemplar una amplia gama de modificaciones a la política tributaria, entre ellas una modificación del impuesto sobre la renta (ISR) de las personas jurídicas, un aumento a 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 (IVA) y las aduanas. ⁽¹⁵⁾ 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, hubo un clima de inestabilidad política durante el período de gobierno 2016-2020, producto de la crisis política ocurrida en 2015 y que tuvo como consecuencias la renuncia y el posterior procesamiento judicial del expresidente y la exvicepresidenta de la República, así como de una amplia gama de exfuncionarios públicos.

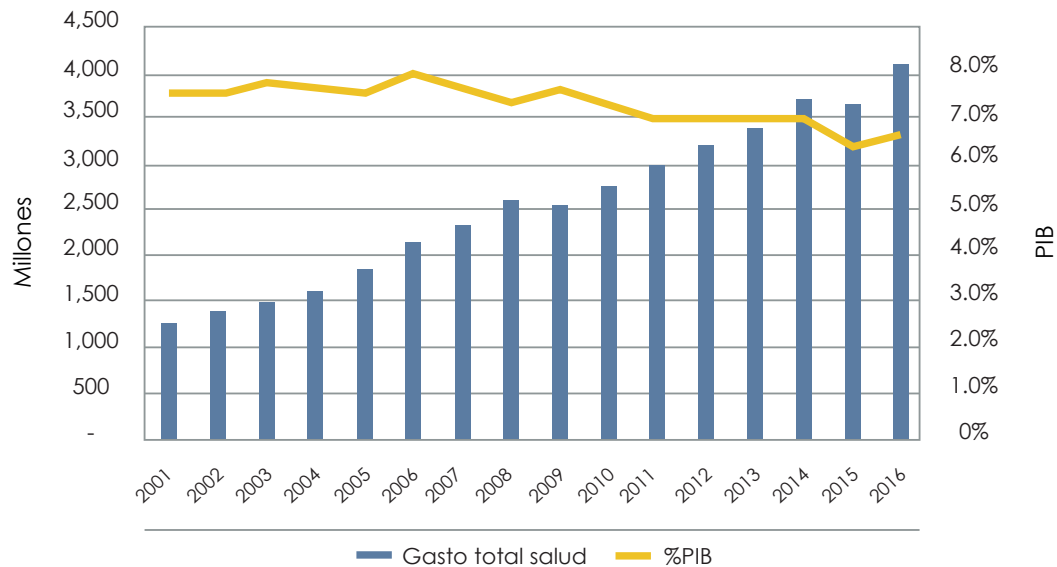
Esto se ha traducido en un ritmo de inversión privada bastante más bajo que en períodos precedentes. Por otro lado, la inversión pública durante el mismo período también ha sufrido un ritmo de ejecución significativamente bajo como consecuencia de las reformas implementadas a la ley de compras del Estado durante los últimos dos años.

En este contexto, el FMI ha expresado su aval para una posible ampliación del déficit fiscal en un 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. ⁽¹⁵⁾ 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 por el orden del 2.5% del PIB, así como 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. ⁽¹⁵⁾

b. Panorama del financiamiento del sistema de salud

De acuerdo con las cifras, ⁽¹⁷⁾ en el período 2001-2016 Guatemala registró un gasto total en salud que osciló entre USD 1,266 millones y USD 4,094 millones, con un promedio en el último quinquenio de USD 3,617 millones. Estos datos indican que en el período 2001-2016 el gasto en salud representó, en promedio, el 6.6% del PIB, alcanzando un máximo de 7.1% en el año 2006, y un mínimo de 5.7% en 2015. En 2016, el gasto total en salud en Guatemala alcanzó los USD 4,094 millones, con una participación del 5.9% del PIB. De ese total, el sector público aportó un 36.9%, mientras que el privado aportó el 63.1%. Pese a que históricamente el gasto total en salud ha sido financiado sobre todo por los sectores privados, en el período 2001-2016 se refleja una tendencia a la recomposición del peso relativo de los aportes según su procedencia, privada o pública. En el caso de los aportes públicos, el porcentaje se ha ampliado del 32% al 36.9% en el período analizado, lo cual implica que el peso del aporte del sector privado se ha reducido en igual proporción, pasando del 68% al 63%.

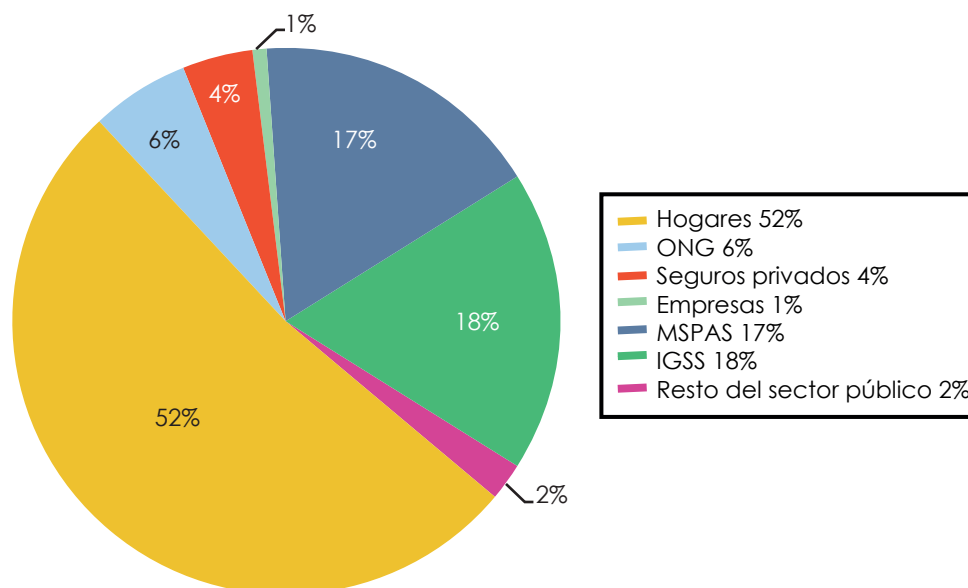
Gráfica 7. Gasto total en salud (2001-2016, en millones de USD)



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

El aporte del sector público al gasto total de salud en 2016 ascendió a USD 1,511 millones, equivalentes al 2.2% del PIB. ⁽¹⁷⁾ En este cómputo se incluye la participación del MSPAS y del IGSS, así como las acciones en salud de otros ministerios como Gobernación, Defensa y Educación, y los gastos en este mismo ámbito canalizados por los fondos sociales y las transferencias del gobierno central a las municipalidades para la finalidad de salud. Según las estimaciones, ⁽¹⁸⁾ con estos recursos se brindó, en 2016, atención médica a un aproximado de 10 millones de habitantes.

Gráfica 8. Fuentes de financiamiento del gasto total en salud (2016, en porcentajes)



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

Los datos ⁽¹⁶⁾ indican que, para el año 2016, los sectores privados habrían realizado una aportación total de USD 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 USD 2,137 millones. Otro 6% habría sido aportado por entidades privadas sin fines de lucro, lo cual equivale a un monto aproximado de USD 246 millones, mientras que el aporte de los seguros privados habría ascendido a un 4.1% del gasto total para un monto aproximado de USD 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 USD 33 millones. Según las estimaciones, ⁽¹⁷⁾ con estos recursos se habrían atendido las necesidades de cobertura de salud de aproximadamente 1.7 millones de personas. De igual manera, se estimó que en 2016 un aproximado de 4.8 millones de habitantes en el país no demandaron servicios de salud.

c. Gasto público en salud

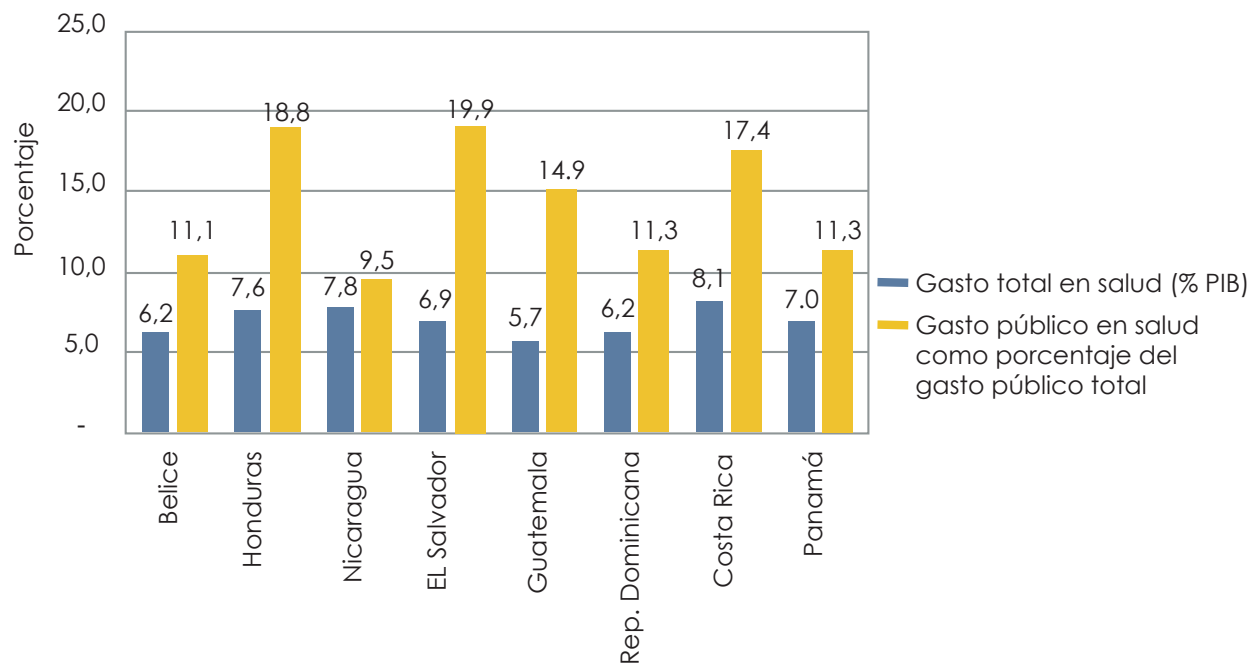
Tal como se comentó en la sección anterior, el gasto público en salud se realiza a través de cuatro tipos de institución: el MSPAS, el IGSS, los gobiernos municipales y otras entidades con responsabilidades en materia de salud dentro de la estructura de otros ministerios del Estado. En el período 2001-2016, Guatemala registró un gasto público en salud que se incrementó de USD 406 millones a USD 1,511 millones, con un promedio en el último quinquenio de USD 1,292 millones. ⁽¹⁶⁾ Estos datos indican que el gasto público en salud representó en el período 2001-2016, en promedio, un 2.3% del PIB, alcanzando un máximo de 2.5% en el año 2009, y un mínimo de 1.9% en 2015. En el año 2016, el gasto público en salud en Guatemala alcanzó los USD 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 corresponde al otro 1.1% del PIB, nivel en el que este indicador se ha mantenido en las últimas dos décadas.

En 2015, el gasto total en salud era relativamente bajo en Guatemala en comparación con otros países centroamericanos (gráfica 9A). 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, se hacía un esfuerzo considerable para financiarlo: 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 2001 por la Conferencia de Abuja para los países en desarrollo. ⁽¹⁹⁾ 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 2015 los Gobiernos de los países de esa región destinaban, en promedio, solo el 10.3% del presupuesto para la salud. ⁽²⁰⁾

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 se logra incrementar los ingresos totales por la vía de los impuestos y otras fuentes, de modo que un presupuesto de más del 15% signifique un monto mayor de dinero para la salud.

Gráfica 9. Centroamérica: gasto total en salud como porcentaje del PIB y estructura del gasto en salud (2015)

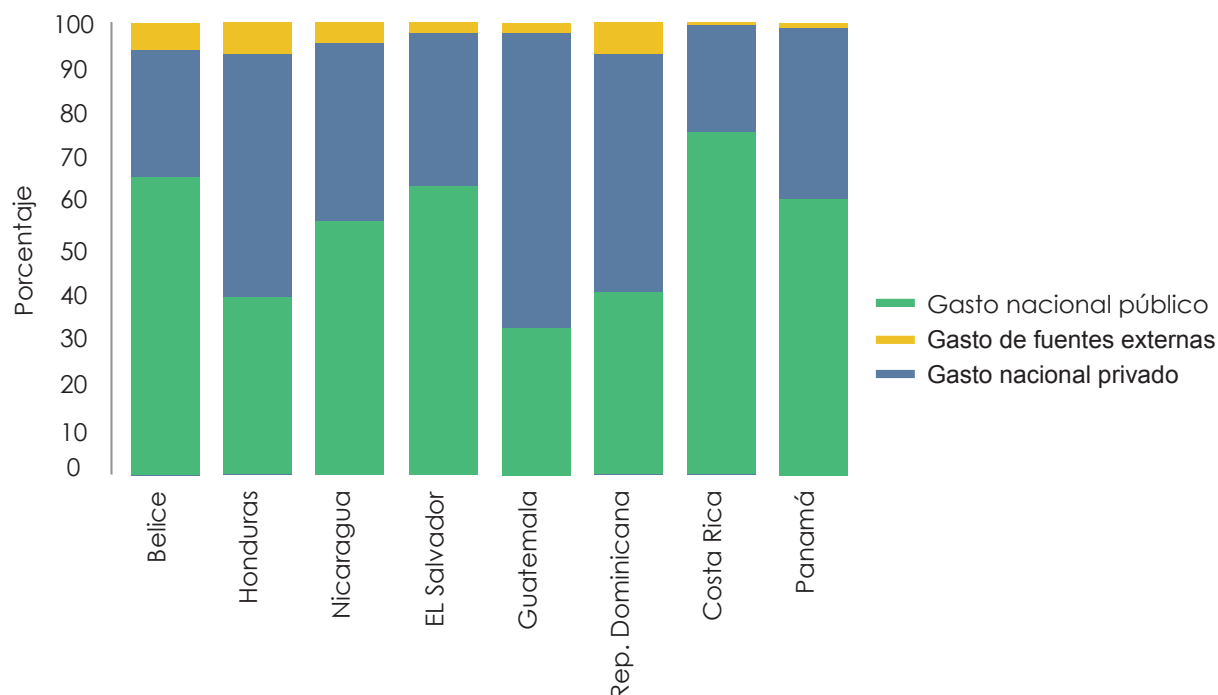
Gasto total en salud y gasto público en salud como porcentaje del gasto público total (%)



Fuente: World Bank DataBank, disponible en: www.databank.worldbank.org

Gráfica 9A. Centroamérica: gasto total en salud como porcentaje del PIB y estructura del gasto en salud (2015)

Estructura del gasto de la salud (%)



Fuente: World Bank DataBank, disponible en: www.databank.worldbank.org

Como consecuencia del bajo presupuesto público, el 15% de este que se asignó al sector salud en 2015 representó menos de un tercio del gasto total del país en salud y, de nuevo, se trató del porcentaje más bajo de la región. Ello implicó que los hogares debieron 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 significa que, en Guatemala, más que en ningún otro país de Centroamérica, el acceso a la salud depende de manera muy importante de la capacidad de pago de los hogares. Esto se traduce en una fuerte inequidad en el acceso y en el financiamiento. Según los datos, ⁽¹⁷⁾ 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 debió ser atendido en el sector público, lo que llevó al colapso de varios hospitales y centros de salud, tanto del MSPAS como del IGSS, y refleja claramente 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, en el período, se incrementó de USD 183 millones a USD 685 millones, con un promedio en el último quinquenio de USD 587 millones. Es importante señalar que, en el período 2012-2016, el presupuesto del MSPAS aumentó en un 45%, pasando de USD 474 millones a USD 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 provino 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%) durante el mismo lapso.

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 este ministerio contrataba los servicios de ONG para la provisión de servicios básicos de salud en las áreas rurales.

En 2012, este programa atendía a un estimado de 4.3 millones de personas, de las cuales un 54% habitaba en áreas rurales. ⁽²¹⁾ Un año más tarde 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 debido a preocupaciones relativas a la falta de calidad de los servicios provistos. De esa cuenta, la mayoría de contratos del PEC se canceló a partir de 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 en el marco de la respuesta nacional al VIH, se ha realizado un análisis histórico del financiamiento de dicha respuesta en el país (tabla 3). Para ello se recurrió a múltiples fuentes de información. 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 USD 4.37 millones a USD 13.2 millones (fila 1 de la tabla). Esto representa un aumento nominal promedio de 8.9% por año.

Por otro lado, entre 2004 y 2016 el gasto total en salud del gobierno central y los gobiernos municipales también se triplicó, pasando de USD 251 millones a USD 748 millones (fila 18). Como proporción del PIB, ese gasto se mantuvo prácticamente constante, pues fue de 1.05% en 2004 y de 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 estas instituciones ha tenido un comportamiento variable durante el período: aumentó de 1.74%, en 2004, a 2.72%, en 2009; luego disminuyó a 2.22% en 2014; aumentó a 2.6% en 2015; y volvió a disminuir a 1.38% un año después. La información muestra que, como proporción del PIB, el gasto en salud de los distintos gobiernos no ha variado en los 13 años de análisis y que tampoco lo ha hecho el gasto en VIH como proporción del gasto total en salud. Se concluye, de este análisis, que la disminución progresiva que se espera en años venideros en el financiamiento del FM para la respuesta nacional requerirá un cambio de prioridades de los gobiernos central y municipales, los cuales 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 3. Análisis del gasto en VIH en Guatemala (USD 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)	4,168	4,470	6,863	7,752	7,912	10,844	9,360	11,345	-

Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida

		2004 ^a	2005 ^a	2008 ^b	2009 ^b	2010 ^b	2014 ^c	2015 ^c	2016 ^d	2017 ^d
18	Total fondos gobierno general y gobiernos municipales para la salud Millones USD	251	331	538	562	567	706	668	748	-
19	Porcentaje 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 (porcentaje del 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 USD) ^f	7.93	/=*/7.62	7.54	8.15	8.04	7.72	7.64	7.58	-

Fuentes:

- a. MSPAS (2005). Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.
- b. MSPAS y 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. MSPAS (2015). *Informe de la medición del gasto en sida –MEGAS 2015*.
- d. Fondo Mundial. *Funding Requests HIV/AIDS Guatemala*. Disponible en: <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. Información del BANGUAT, disponible en: <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 USD 190 millones a USD 748 millones, con un promedio en el último quinquenio de USD 628 millones, manteniendo una participación equivalente al 1.1% del PIB. ⁽¹⁷⁾ En el período 2012-2016, el presupuesto general del IGSS asignado a la atención de la salud aumentó de USD 536 millones a USD 748 millones, lo cual representó un incremento del 40% del presupuesto, siguiendo la misma tendencia registrada en el caso 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 estimaciones, en 2016 el IGSS atendió a un número aproximado de 2 millones de habitantes. ⁽¹⁸⁾ Los ingresos del IGSS dependen directamente de la contribución patronal del 10.67% del total de salarios, así como de la contribución de los propios trabajadores, equivalente al 4.83% de sus salarios. El gobierno central está obligado a contribuir como patrono de cerca 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. Hacia 2016, el Gobierno adeudaba al IGSS un monto superior a los USD 4,350 millones. ⁽²¹⁾

f. Gasto de otros actores públicos

En este rubro se agrupa el gasto público en salud efectuado 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 en salud registrado por las municipalidades y otros actores públicos tuvo un comportamiento errático, oscilando entre un máximo de USD 204 millones en 2008 y un mínimo de USD 35 millones en 2015, con un promedio en el último quinquenio de USD 77 millones. ⁽¹⁷⁾ En el año 2016, el gasto total de este grupo de entidades se situó en USD 78 millones, lo cual representó el 1.9% del total de gastos de salud registrados dicho año. De ese total, aproximadamente USD 20 millones correspondieron a los gobiernos municipales, equivalentes al 1.6% del total del gasto municipal ejecutado dicho año. ⁽²¹⁾

Es importante señalar que el gasto municipal en salud no se encuentra en concordancia con el flujo de ingresos percibidos de conformidad con la legislación vigente. Según la *Constitución Política de la República de Guatemala*, 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.

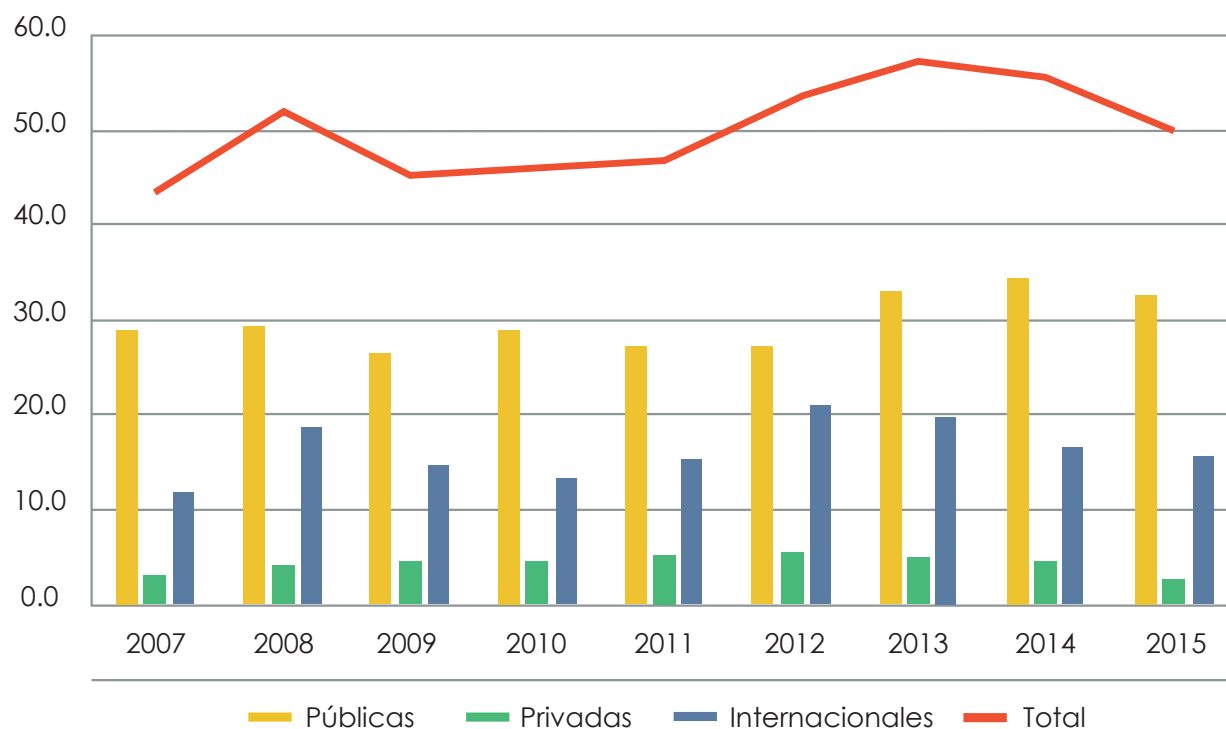
Por otra parte, las municipalidades reciben transferencias equivalentes al 12.5% del IVA, de las cuales el 75% debería ser utilizado en infraestructura, y un 25%, en gastos operativos. Según los datos oficiales, los ingresos por estas transferencias a las municipalidades han venido en crecimiento, a un ritmo similar al del presupuesto nacional, mientras que la inversión en salud por los gobiernos municipales ha venido disminuyendo desde el año 2009. ⁽²¹⁾

g. Costeo y financiamiento del VIH

De conformidad con los informes de medición del gasto en sida (MEGAS), en el período 2007-2015 se ha venido ejecutando un gasto promedio en VIH de USD 50 millones, registrándose un gasto máximo de USD 57.4 millones en 2013, y un gasto mínimo de USD 43.7 en 2007. ⁽²²⁾ En el mismo período de referencia, las entidades públicas han tenido un promedio de gasto anual de USD 29.6 millones, equivalentes al 64.5% del total de gastos efectuados en el período. Por su parte, se ha registrado un aporte de la cooperación internacional de USD 16.1 millones en promedio anual para el mismo período, lo cual equivale al 30.6% del total.

Las fuentes privadas de financiamiento consignaron, para esos mismos años, un aporte anual promedio de USD 4.2 millones, equivalentes al 4.9% del total del gasto analizado.

**Gráfica 10. Gasto total en VIH por fuente de financiamiento
(millones de USD)**



Fuente: MSPAS. Informe MEGAS 2015. Guatemala, 2016.

El último informe MEGAS —con datos hasta 2015—, que presenta una estructura de financiamiento muy apegada al promedio de los últimos nueve años, registró un gasto total en VIH de USD 50.5 millones, lo cual representó el 0.46% del gasto público en salud para dicho año. De este monto total, el gobierno central tuvo un aporte del 35.2% del total de gasto en VIH, para un total de USD 17.8 millones. Por su parte, el IGSS registró una aportación de USD 14.8 millones, equivalentes al 29.3% del gasto. La segunda fuente de financiamiento de atención al VIH en Guatemala está constituida por fondos de la cooperación internacional. ⁽²²⁾

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 2015 fue de USD 9.7 millones.

De igual manera, el aporte de las organizaciones bilaterales de cooperación representó un 10.6% del gasto total, con un monto de USD 5.4 millones, provenientes principalmente de la cooperación del Gobierno de los Estados Unidos de América. En cuanto a los aportes de fondos privados, en 2015 los hogares tuvieron una participación aproximada de USD 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 USD 1.1 millones, lo cual representa un 2.2% del total del gasto registrado. Otros aportes de entidades privadas representaron el 1% del financiamiento total. ⁽²²⁾

En cuanto al destino del gasto en VIH, las principales categorías del gasto pueden agregarse en los siguientes cuatro grupos principales: 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 USD 17.2 millones, lo cual representó el 34.1% del total. El gasto en atención y tratamiento toma en cuenta los fondos destinados principalmente a los rubros de tratamiento ambulatorio de PV (incluyendo el TARV) y los servicios de atención hospitalaria. ⁽²²⁾

Esta categoría de gasto representó en 2015 un monto de USD 23.5 millones, equivalentes al 46.6% del total del gasto en VIH. Por su parte, el gasto en gestión de programas representó una erogación de USD 9.6 millones en 2015, monto equivalente 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, para un monto aproximado de USD 0.2 millones, destinados principalmente a la atención de servicios sociales y gastos en huérfanos. ⁽²²⁾

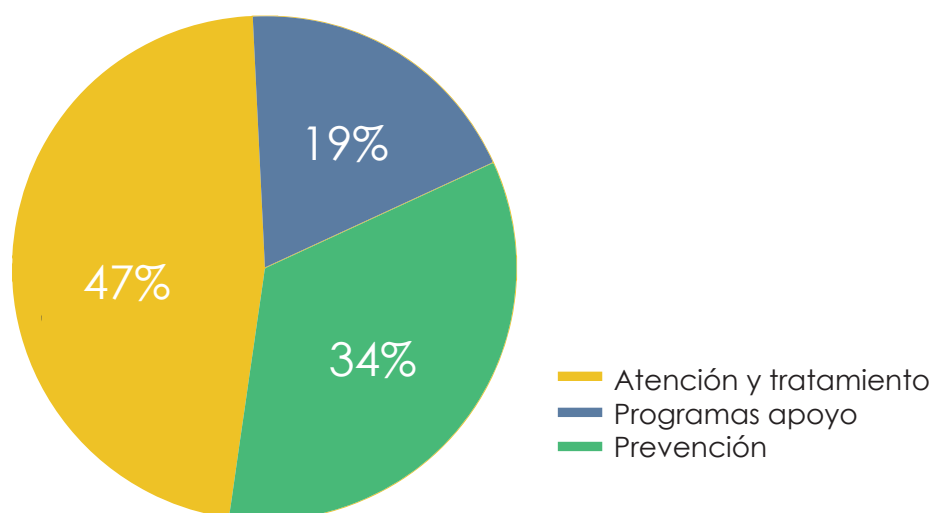
En cuanto al comportamiento histórico de las cuatro categorías referidas, para los últimos seis años, la categoría principal había sido el gasto en prevención, que mostró, en promedio, un 46.4% del gasto total, mientras que la categoría de atención y tratamiento tuvo un promedio de 35.5%. ⁽¹⁴⁾ Los indicadores de 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 determinar las proyecciones del financiamiento necesario para la atención del VIH y sida se toman como base las proyecciones incluidas en el PEN, el cual fue desarrollado en 2016 con la participación de todos los actores relevantes del sector público, sociedad civil, sector privado y cooperación internacional.

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 y Sida*, en la cual se detallan las acciones necesarias para alcanzar las metas 90-90-90. ⁽²³⁾

Gráfica 11. Gasto total en VIH por destino (2015)



Fuente: MSPAS. Informe MEGAS 2015. Guatemala, 2016.

De acuerdo con los datos del costeo, el país requeriría un monto total de USD 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 y sida, por un monto de USD 290.8 millones, por lo que se estimó una brecha total de recursos para el período de USD 190.7 millones.

Estas proyecciones se basaron en la estimación de un presupuesto global que parte de un requerimiento de USD 71.7 millones para el primer año de la proyección, y que alcanza los USD 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. ⁽²³⁾

Con base en la información proporcionada por diversas instancias del MSPAS y del Ministerio de Finanzas Públicas (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 destinados a la atención del VIH y sida durante los años 2016-2018 se han mantenido en los niveles promedio de los años anteriores. Esto implicaría que la brecha proyectada de USD 190.7 millones por el modelo del PEN podría haberse ampliado en USD 37 millones adicionales y, al ajustar las proyecciones para cada uno de los años, la brecha total estimada podría ascender a USD 228.1 millones. ⁽²³⁾

**Tabla 4. Costeo del plan estratégico nacional para el VIH y sida
(en millones de USD)**

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. Costeo del PEN Guatemala 2017-2021. Guatemala, 2016.

* 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

Según informe del Banco Interamericano de Desarrollo 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 envoltante 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. ⁽²⁴⁾

El informe 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. ⁽²⁴⁾

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 del 40%.⁽²⁴⁾ A manera ilustrativa, el ICEFI reportó que en 2015 se realizaron compras por parte del MSPAS del medicamento Lopinavir/Ritonavir por USD 1.6 millones. Si este medicamento se hubiera comprado en su presentación genérica, a precio de referencia internacional, el costo podría haber sido de USD 597,000, lo cual habría representado un ahorro del 63%.⁽¹⁴⁾

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 (diez veces más), Darunavir (seis veces más), Saquinavir (cuatro veces más) y Lopinavir/Ritonavir (tres veces más). Todos estos 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.⁽¹⁴⁾ 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.⁽¹⁴⁾

Además de los elementos anteriormente expuestos, se observan debilidades en el marco de la atención al VIH y sida que deben ser abordadas en la estrategia de sostenibilidad, entre los que destacan: compras fragmentadas de medicamentos realizadas por el IGSS y el MSPAS; acciones promocionales y de captación de pacientes que ejecutan las OSC en ausencia de protocolos y evaluaciones de impacto; seguimiento clínico centralizado en UAI ubicadas en hospitales de referencia, sin el soporte de un sistema de referencia y contrarreferencia; y 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 artículo 33 bis de *Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto 101-97)*, estableciendo, en cuanto a la ejecución presupuestaria de los ministerios de Estado, 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 [sic]». Tal como se comentó en otra sección de este documento, esta normativa dejó sin efecto la contratación de las entidades privadas que atendían el PEC/MSPAS.

Por otra parte, el artículo 32 bis de la misma ley establece que «Las operaciones con entidades receptoras de transferencias incluyen las subvenciones y subsidios otorgados 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.

Entre las transferencias del MSPAS a otras instituciones de salud y asistencia social que realizan actividades relacionadas con el VIH y sida cabe destacar los aportes realizados durante más de diez años al Hospicio San José, a la Fundación Marco Antonio (durante 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 USD 1.6 millones, USD 597,000 y USD 26,000, respectivamente. ⁽¹⁴⁾

En el presupuesto de 2019, el Congreso de la República aprobó un monto total de transferencias a entidades privadas por USD 377 millones, entre las cuales se encuentran transferencias para la atención de servicios de salud destinadas a 37 entidades privadas, por un monto total de USD 67 millones. De las tres entidades relacionadas con programas de VIH y sida, únicamente el Hospicio San José recibirá un monto de USD 1.6 millones aproximadamente.

2.5 Módulo 5: Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministros, recursos humanos y sistemas de información

a. Prestación de servicios, adquisiciones y cadena de suministros para productos de salud y recursos humanos

En el marco de la respuesta nacional al VIH y sida, la provisión de servicios de salud 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 debido también a las asignaciones presupuestarias de los hospitales de las que dependen.

El seguimiento clínico de las personas con diagnóstico positivo es fundamentalmente hospitalario y existe una débil articulación con los servicios que prestan los centros y puestos de salud y las organizaciones de base comunitaria. Propuestas recientes de desconcentración de los servicios de las UAI hacia establecimientos públicos del primero y segundo nivel ofrecerán facilidades de acceso a las PV y mejorarán la adherencia del paciente que fue vinculado 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 es trasladado 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 establecer un vínculo más estrecho con los servicios de promoción ofrecidos en el primer nivel.

Aunque el MSPAS cuenta con las UAI, estas siguen siendo geográficamente poco accesibles para muchos de los pacientes. Además, la calidad de los servicios que ofrecen deben ser homologados 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, de manera que se ajusten a las necesidades de la población usuaria; uso de algoritmos, protocolos y procedimientos estandarizados para la

atención en salud; personal capacitado para cumplir a cabalidad las funciones encomendadas; disponibilidad permanente de insumos, medicamentos y reactivos necesarios para dar respuesta a las demandas de la población. Además, la normativa para la prestación de los servicios relacionados con el VIH y sida debe actualizarse fortaleciendo las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Persisten debilidades en las instituciones en materia de inclusión, no discriminación, atención equitativa y diferenciada para abordar la problemática del VIH y sida de las poblaciones más vulnerables.

Uno de los obstáculos que ha enfrentado la respuesta nacional es el abastecimiento 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 consiguiente, en una mayor transmisión del VIH.

En consecuencia, al presentarse rupturas de inventarios el MSPAS termina haciendo adquisiciones con premura a proveedores locales, a precios elevados.

⁽¹⁴⁾ Una de las causas de este problema es el incumplimiento de los plazos de entrega por parte del proveedor, y el hecho de que los productos tienen fechas cortas de expiración, lo cual limita su utilización. Además, hay problemas logísticos en el manejo de inventarios en bodega, así como debilidades en 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 y 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 y al sistema de salud; también aumenta los costos de la prestación de servicios debido a que, cuando un paciente migra del IGSS al MSPAS, este 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. El IGSS y el MSPAS llevan a cabo las compras de forma independiente 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 ha mencionado, las compras locales son una opción que siempre está presente y que ambas instituciones utilizan en caso de incumplimiento en 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 escala.

Una cuestión clave de la respuesta nacional al VIH y sida es la gestión de recursos humanos. La alta rotación del personal y el aumento de la contratación temporal tienen una influencia directa sobre los objetivos planteados en el PEN. La continua rotación del personal asignado al PNS reduce la capacidad de gestión, ya que con los cambios se requiere tiempo para entender la dinámica de la respuesta nacional e incorporarse a las tareas en marcha. En ocasiones esas tareas se suspenden, lo cual afecta 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 abonará a una gestión más eficaz y mitigará la rotación de personal.

El *Decreto 27-2000* normó la creación del PNS, el cual debe ejercer la rectoría en el ámbito de las infecciones de transmisión sexual en el país. El mismo decreto también establece la integración de la Comisión Nacional Multisectorial del Sida, la cual ha llegado a constituir 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 la materia.

Es una instancia multisectorial que podría contribuir a 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 con base en contratos que pueden no ser renovados (renglón 029). El personal de planta con plazas por nombramiento (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.

El personal responsable de las atenciones en el nivel preventivo de la red de servicios de salud cubre varios programas de control de enfermedades (tuberculosis, malaria, inmunizaciones y todos los demás), lo cual limita el tiempo dedicado a la prevención del VIH y captación de PV. Estas situaciones contribuyen a restringir la cobertura y la efectividad de las acciones de prevención y tratamiento del VIH y sida, favoreciendo una mayor incidencia y mortalidad.

Algo similar ocurre con el personal que labora en el PNS, aunque se reconoce la necesidad de tiempo para realizar tareas administrativas y reuniones, se requiere fortalecer el tiempo para el trabajo técnico normativo que incluye revisión de materiales de información, manuales operativos, diseño de variables para el sistema de información, seguimiento de casos, vigilancia epidemiológica, entre otros.

b. Sistemas de información sobre VIH

Las dificultades en los sistemas gerenciales de VIH no permiten superar las subnotificaciones y los subregistros existentes que acarrear dificultades en el proceso de toma de decisiones sobre la gestión de la epidemia de VIH y la atención en salud a las personas con VIH y sida. El MSPAS cuenta con un Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), que reporta instancias, pero no reporta personas.

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 de dicho abandono, el cual se traduce en que PV mantengan cargas virales elevadas y, por consiguiente, 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, tamizaje e identificación de las PV.

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.

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 con base en 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 registrados en el Sistema de Manejo de Antirretrovirales en Guatemala (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. Las versiones instaladas son distintas y no fueron desarrolladas en línea, de manera 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 y no se cuenta con los códigos fuente para programar ajustes, introducir mejoras y establecer su vinculación electrónica al sistema nacional de información epidemiológica.

El IGSS, por su parte, cuenta con tres bases de datos —no comunicadas entre sí— para registrar el diagnóstico y seguimiento clínico de las PV que reciben atenciones en esa institución. No existe un sistema automatizado, ni rutinas de reporte acordadas para consolidar y analizar los datos del MSPAS y el 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: «[...] 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». ⁽²⁵⁾ Por otra parte, 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. ⁽¹⁴⁾

2.6 Módulo 6: Organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de 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. «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.

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 materia de derechos humanos y desarrollo social. En el ámbito del VIH y sida, han buscado llenar vacíos en el quehacer de las instituciones gubernamentales, en respuesta a las necesidades de la población.

La *Ley General de Descentralización*, la *Ley de los 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 y 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 a 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, la cual mandata su inscripción en los ministerios de Finanzas, Economía, Trabajo y Previsión Social, Gobernación, en el Registro Civil, y en el IGSS. Debido a 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 PV y las comunidades más vulnerables, como las poblaciones clave. También enfocan sus esfuerzos hacia la orientación de las personas en temas relacionados con el VIH, así como en el tamizaje del virus. Para actividades con objetivos comunes con el MSPAS en materia de VIH, las OSC 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 en sus áreas de salud departamentales.

En cuanto a coordinación interinstitucional, las OSC 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 cómo 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 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 logran coordinar con las autoridades y, además, carecen de fondos que les permitan un adecuado funcionamiento.

b. Sostenibilidad y resiliencia de la sociedad civil

El análisis de la sostenibilidad de las OSC requiere una revisión del papel del Estado y de la cooperación internacional, dado que estas son sus dos principales fuentes de financiamiento.

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 de CINR para el desarrollo, «Más allá del 2015: Guatemala y la Alianza Global» 2013-2014* permite apreciar la evolución de las donaciones internacionales. ⁽²⁶⁾ 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). ⁽²⁶⁾

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.

Algunas de las OSC vinculadas con el VIH plantean que aún no están fortalecidas en gerenciamiento y gestión, ya 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.

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

El MSPAS enfrenta obstáculos de acceso para llevar 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 estos lugares 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 estas entidades mantengan y consoliden su rol en la respuesta nacional.

Las OSC cuentan con 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 de VIH (primer pilar de las metas 90-90-90), como es el caso de Proyecto Vida y de 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.

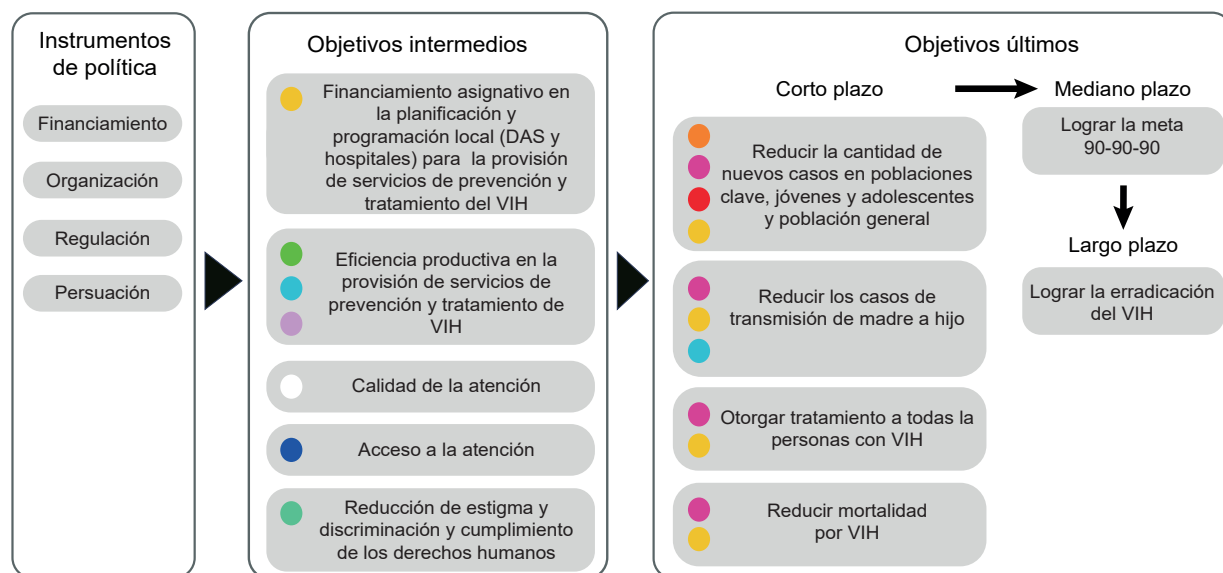
Varias organizaciones han establecido redes de coordinación para referir y vincular a los pacientes seropositivos a la atención integral. Organizaciones como Sida y Sociedad, Proyecto Vida y APEVIHS han logrado acercar el tratamiento a PV y alcanzar una mayor adherencia (el tercer 90). Sin embargo, la 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.

3. Problemas, riesgos y posibles soluciones

En esta sección se desarrollan los diez principales problemas que debilitan la respuesta de Guatemala al VIH, identificando sus causas y proponiendo soluciones. Con base en este análisis se originó el *Plan de trabajo para la sostenibilidad*.⁽²⁷⁾

La ubicación de estos diez problemas de desempeño dentro del marco conceptual adoptado para el análisis de la epidemia se presenta gráficamente en la figura 3.

Figura 3. Problemas de sostenibilidad vinculados con el marco conceptual de sostenibilidad



- Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente.
- Problema 2: Debilidad productiva en el marco de la atención al VIH y sida.
- Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PVV debido a baja captación de pacientes.
- Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PVV debido a sistema de información inapropiado, incompleto y disperso.
- Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral.
- Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a racionalización de ARV e insumos médicos.
- Problema 7: Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con el VIH y sida.
- Problema 8: Persistente estigma y discriminación de las poblaciones clave.
- Problema 9: Elevada transmisión materno infantil.
- Problema 10: Producción disminuida por ausencia de compras conjuntas.

Fuente: Informe de país para Guatemala. ENS. Guatemala 2018

El objetivo último de la respuesta nacional es contener y reducir la epidemia, además de evitar muertes por sida. El análisis elaborado demuestra que, aunque la incidencia y prevalencia del VIH son bajas en el contexto regional, estas son más elevadas de lo que sería posible reducir con los recursos existentes debido a ineficiencias en la respuesta de diversa índole: dificultad en la adquisición de medicamentos; falta de actualización de protocolos de atención; acceso regional dispar a atención de diagnóstico, preventiva y curativa; deficiente calidad de la atención; 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, entre otras variables que afectan la respuesta nacional al VIH. También el desempeño del sector salud impacta negativamente en los resultados de la respuesta nacional al 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 también 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. Así, se ha realizado un esfuerzo analítico por identificar y describir problemas, establecer sus causas y proponer soluciones.

3.1 Problema 1. Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente

En secciones previas se describió el problema de la baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento del VIH. En el contexto centroamericano (República Dominicana incluida), los niveles de cobertura son, en efecto, los más bajos, en circunstancias que ubican a Guatemala no precisamente como el país de menores ingresos de la región. ⁽²⁷⁾ 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 al 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.

El cuadro que sigue plantea las posibles causas de este problema, así como acciones que podrían contribuir a su solución.

Cuadro 1. Problema 1: Baja cobertura de acciones de prevención y tratamiento debido en parte a un financiamiento insuficiente

Causas	Posibles soluciones
El país tiene una falencia estimada de USD 37 millones anuales para la respuesta nacional al VIH y sida.	Aumentar los recursos financieros disponibles para el programa de VIH y sida en por lo menos USD 37 millones anuales.
Ineficiencia en el gasto existente.	Es necesario y posible abordar y reducir las múltiples fuentes de ineficiencia en el gasto en VIH y sida, para liberar financiamiento; estas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar compras de medicamentos que realizan el IGSS y el MSPAS. • Incorporar protocolos y realizar monitoreo y evaluación de las acciones de promoción y captación de pacientes que llevan a cabo las OSC como apoyo a la respuesta nacional. • Desconcentrar el seguimiento clínico que efectúan las UAI ubicadas en hospitales de referencia, trasladándolo a unidades de salud de menor complejidad.
La débil gobernanza y liderazgo estratégico de la respuesta nacional al VIH y 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 del PNS, de conformidad con lo previsto en el Decreto 27-2000.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.2 Problema 2. Debilidad productiva en el marco de la atención al VIH y sida

La sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH y 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 previstas. A continuación se presenta un resumen de las principales causas del problema de la debilidad productiva y de sus posibles soluciones.

Cuadro 2. Problema 2: Debilidad productiva en el marco de la atención al VIH y sida

Causas	Posibles soluciones
Inestabilidad laboral y alta rotación de personal.	<p>Desarrollar manuales operativos y procedimientos para asegurar la calidad y continuidad de las intervenciones.</p> <p>Apoyar, por parte de la cooperación, la gestión técnica del PNS en tareas específicas que contribuyan a la estrategia de sostenibilidad, por ejemplo, el desarrollo y publicación de guías.</p>
Hay insuficiente personal en servicios públicos para acciones de promoción y prevención.	<p>Desarrollar manuales y procedimientos de promoción y prevención para el primer nivel de atención en salud, considerando las múltiples tareas que tiene el personal en el ámbito local.</p> <p>De ser posible, realizar contrataciones para aquellas tareas, particularmente las llamadas «extramuros», que excedan las capacidades del personal institucional.</p> <p>Gestionar recurso humano para la promoción, prevención permanente.</p>

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.3 Problema 3. Nuevos casos de VIH por transmisión de PV debido a baja captación de pacientes

El análisis del apartado anterior 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 de sida, por lo que mantienen la cadena de transmisión. Se identificaron cuatro causas principales tras esta falencia: primero, el sistema de salud realiza insuficientes acciones de tamizaje, en parte por deficiencias del modelo de atención del MSPAS, y en parte porque las OSC que presentan ventajas comparativas para esta función con poblaciones clave han visto mermado su financiamiento. Segundo, numerosas personas 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 esta clase de atención no se ofrece en ese establecimiento. Tercero, el abordaje de los prestadores del MSPAS a las PV 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 PV a partir del momento mismo en que reciben su primer diagnóstico.⁽²⁸⁾

A continuación se presenta un resumen de las principales causas del problema de la baja captación de pacientes y de sus posibles soluciones.

Cuadro 3. Problema 3: Nuevos casos de VIH por transmisión de PV debido a baja captación de pacientes: causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Insuficiencia de las acciones de identificación y tamizaje.	<p>Fortalecer las estrategias de promoción y prevención en los servicios de salud y en el 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.</p> <p>Extender las acciones de captación y tamizaje mediante la contratación de OSC expertas.</p> <p>Establecer nuevas estrategias de acceso a la prueba: mayor difusión, horarios extendidos, información, educación y comunicación (IEC) y comunicación para el desarrollo con pares, servicios libres de estigma y discriminación.</p> <p>Institucionalización de la estrategia de Index Testing (notificación asistida de parejas), enfoque en el que se ofrece la prueba de VIH a las parejas sexuales y de uso de drogas e hijos menores de personas diagnosticadas recientemente con VIH y/o de una persona con VIH que está inscrita en los servicios de tratamiento del VIH.</p> <p>Algoritmo o lineamiento para vincular a los nuevos diagnosticados con VIH de manera inmediata al continuo de la atención y a la TARV.</p>
No hay oferta de diagnóstico en el momento en que las personas concurren a los servicios.	<p>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.</p> <p>Contar con un inventario de seguridad suficiente para asegurar abastecimiento ante eventuales incumplimientos de proveedores en la entrega de pruebas diagnósticas e insumos.</p> <p>Ofrecer sistemáticamente la prueba de VIH en todos los servicios de salud (consulta externa, hospitalización, emergencias).</p>
Falta sistematizar la forma de abordaje de la captación de PV (promoción y extensión).	<p>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.</p> <p>Reproducir estrategias de abordaje que garanticen mejores resultados.</p>
No se ha adoptado la estrategia de tratamiento para todos (independientemente de la carga viral).	<p>Actualizar, difundir y capacitar en el uso de la Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica, de manera que se 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.</p>

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.4 Problema 4. Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PV debido a un sistema de información inapropiado, incompleto y disperso

Como se ha visto en el diagnóstico, el sistema de información actual en materia de VIH es insuficiente para tomar decisiones oportunas y correctas dirigidas a controlar la epidemia. Una evaluación sobre este aspecto recomendó el desarrollo de un sistema único a nivel nacional para el seguimiento clínico de pacientes, para lo cual se requiere tomar una decisión y destinar los recursos para hacerla efectiva. 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.

Cuadro 4. Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PV debido a un 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 PV.	<p>Diseñar e implementar un plan para mejorar y fortalecer un sistema de información integral que incluya: a) fortalecimiento de la <i>epificha</i>; b) desarrollo de una nueva aplicación electrónica para el seguimiento clínico de casos; c) desarrollo de módulos automatizados de reporte y tableros de mando para facilitar el análisis y la toma de decisiones.</p> <p>El MSPAS —por conducto de la Gerencia del SIGSA, el Departamento de Epidemiología y el Programa Nacional de Sida— debe desarrollar un sistema de información con las características aquí propuestas.</p> <p>Estandarizar las rutinas de reporte en todas las instituciones de salud.</p>
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.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

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

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

Las UAI son esencialmente urbanas y prestan servicios 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 en el nivel resolutivo que hay entre estas unidades, se hace necesario integrarlas al sistema de servicios de salud para descongestionadas, vinculándolas con otros niveles de atención donde se puede hacer el seguimiento clínico y de laboratorio de las PV. La UAI del Hospital Roosevelt comenzó recientemente una iniciativa para desconcentrar hacia algunos centros de salud el seguimiento clínico y tratamiento a PV. 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 primero 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 y los resultados alcanzados, facilitando así su posible extensión a otras UAI en el resto del país.

Las dos grandes UAI, ubicadas 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. 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 PV.

De las personas que se estima viven con VIH (46,271), solo 16,641 (el 36%) se encuentra en TARV. ⁽²⁹⁾ Por otra parte, solo un 4% de las personas registradas en las UAI no están recibiendo TARV. Esto obedece principalmente a la alta frecuencia del diagnóstico tardío⁹ y porque las dos grandes UAI metropolitanas que aglutinan a más del 50% de las nuevas personas en TARV están ofertando el tratamiento independientemente del recuento de CD4 o del estadio clínico. ⁽²⁸⁾

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

La brecha entre este segundo pilar de la cascada y la meta (90%) es amplia a escala nacional, debido sobre todo a debilidades en la captación de PV. 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 embarazadas, la mayoría (94.4%) se encuentra en 7 esquemas de primera línea. ⁽¹⁴⁾ 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 estos mediante la socialización e implementación de la *Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica*, 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 en ella consignados.

La retención en TARV a los 12 meses de iniciar el tratamiento fue del 75% en 2016 (con datos que representan al 69% de los pacientes en TARV), lo cual es uno de los niveles más bajos de la región, cuya mediana es del 81%. ⁽²⁹⁾ 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 este porcentaje se compara con aquellos que están en tratamiento es del 68.36% (el tercer pilar de la cascada). ⁽²⁸⁾ 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 PV en TARV a las pruebas de carga viral y CD4, a lo cual 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. En aras de la sostenibilidad, es recomendable que se desarrolle e implemente una estrategia de adherencia al tratamiento.

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

Cuadro 5. 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Algoritmo o lineamiento para identificar y vincular de nuevo a PV no adherentes al tratamiento. • Crear una guía o lineamientos de proceso y control de calidad en mediciones de carga viral. • Crear lineamientos para incorporar la combinación de Tenofovir, Lamivudina y Dolutegravir en los protocolos o guía de ARV para los esquemas de primera, segunda y tercera línea de tratamiento por VIH, incluyendo la transición a esquemas TLD.
Poco acceso a las UAI debido a una centralización de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer la descentralización del tratamiento, es decir, realizar un seguimiento clínico y prescripción de medicamentos en centros de salud que sean accesibles a las PV. • Explorar alianzas con OSC para que estas contribuyan a la identificación de PV y las lleven a los servicios de salud para su vinculación y tratamiento. • Entregar medicamentos para cubrir hasta 6 meses de tratamiento a PV con buena adherencia.
Baja identificación de pacientes en estadios tempranos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las intervenciones de comunicación y tamizaje, particularmente entre poblaciones clave. • Contratar con recursos públicos, de ser pertinente y posible, 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconcentrar el seguimiento clínico y reposición de tratamiento hacia centros y puestos de salud más accesibles. • Fortalecer el sistema de registro nominal para identificar a las personas con perfil de probable abandono del TARV y ofrecerles apoyo específico. • Estandarizar, mediante protocolos, los procedimientos y rutinas de campo para asegurar la adherencia al tratamiento.
Inadecuada orientación a PV.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar procedimientos estandarizados de promoción y prevención y capacitar en su uso al personal que atiende a los pacientes. • Mejorar el acceso de las PV a información pertinente sobre TARV y adherencia. • Generar un algoritmo o lineamiento para priorizar a los pacientes que han desarrollado resistencia a determinados ARV, incluyendo la guía o lineamientos para realizar el cambio o transición a otro régimen o esquema de tratamiento de ARV.

Causas	Posibles soluciones
El estigma y la discriminación constituyen barreras de acceso a los servicios de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionar las estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo con el objeto de sensibilizar y capacitar al personal de los servicios de salud para eliminar el estigma y la discriminación (EyD). • Desarrollar estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo para sensibilizar a la población en general sobre la prevención del EyD y sobre derechos humanos. • Exigir el cumplimiento de la legislación nacional e internacional en materia de prevención de EyD.
La ausencia de un sistema robusto de información impide identificar y dar seguimiento a las personas propensas a abandonar el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el sistema de información, definiendo parámetros y variables necesarias para identificar el perfil de pacientes con probabilidad de abandonar el TARV.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.6 Problema 6. Limitado acceso a la atención debido a racionalización de ARV e insumos médicos

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

Cuadro 6. Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a racionalización de ARV e insumos médicos: causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Falta de cumplimiento de fechas de entrega por parte del proveedor.	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el inventario de seguridad, considerando tiempos de entrega más prolongados por parte del proveedor. • Continuar con las actuales iniciativas para mejorar la planificación, de manera que se pueda precisar las cantidades necesarias de ARV e insumos médicos requeridos por la respuesta nacional en lo relativo a la extensión de cobertura que demanda la meta 90-90-90. • Realizar compras con otros proveedores internacionales (COMISCA, PFSCM).
Productos recibidos con fechas cercanas de vencimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar, en los contratos de compra, cláusulas que garanticen el abastecimiento de productos con vida útil mínima de un año. • Gestionar con autoridades de contraloría y del MSPAS entregas parciales, aunque el pago sea único.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.7 Problema 7. Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con VIH y sida

Uno de los elementos clave para el funcionamiento y consolidación de la respuesta nacional al VIH y 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 PV, 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 de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica
- Guía para el abordaje de ITS con enfoque sindrómico
- Manual de testeo
- Modelo de atención de las UAI
- Ficha Clínica para 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 conllevaría a una mayor probabilidad de que la captación, el tratamiento y la adherencia de pacientes sean inapropiados, resultando en mayor incidencia y mortalidad por VIH.

Asimismo, se han identificado cuestiones importantes en el ámbito legal y normativo. Por ejemplo, existe desconocimiento del *Decreto 27-2000* y, por consiguiente, este no se cumple, sino se transgreden los derechos humanos, en particular los de la comunidad LGTBI. En cambio, en el ámbito normativo, aún es débil el rol rector del PNS para conducir las acciones de respuesta a la epidemia, y se carece de políticas públicas para la atención a poblaciones vulnerables, de manera que se amparen y protejan sus derechos, como el de acceso a prevención y atención en espacios libres de estigma y discriminación.

Entre las soluciones se proponen la revisión y aprobación de propuestas de ley relacionadas con el VIH y poblaciones clave; la revisión e implementación de la Comisión Nacional Multisectorial; la actualización de la normativa de prevención y atención del VIH y sida; la desconcentración de la implementación de intervenciones; y la 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 riesgos en el abastecimiento y organizar una negociación conjunta de precios para conseguir mejores ofertas 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 también depende 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 mala calidad de la atención y de sus posibles soluciones.

Cuadro 7. Problema 7: Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con VIH y sida: causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Alta rotación del personal institucional responsable de su desarrollo y publicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar e implementar herramientas que pueden ser elaboradas con apoyo de las agencias de cooperación especializadas 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 y sida. • Desarrollar y publicar con urgencia las guías, manuales y protocolos actualizados, y elaborar los que no existen. • Elaborar un diagnóstico y base de datos de todas las normativas relacionadas a VIH y sida (normas, protocolos, guías, planes, algoritmos, guías prácticas, lineamientos operativos, etc.) estableciendo de forma ordenada y organizada su proceso de actualización.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.8 Problema 8. Persistente estigmatización y discriminación de poblaciones clave

El estigma y la 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 en más mortalidad por esa causa. Por otra parte, las PV temen al estigma y la discriminación social en los servicios de salud, lo cual se convierte en una barrera de acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH y sida. La siguiente tabla presenta un resumen de las principales causas del problema del persistente estigma y la discriminación de las poblaciones clave, así como de sus posibles soluciones.

Cuadro 8. Problema 8: Persistente estigmatización y discriminación de poblaciones clave: causas y posibles soluciones

Causas	Posibles soluciones
Desconocimiento de los riesgos de transmisión por parte del persona de salud.	Capacitación al personal sobre riesgos de transmisión y medidas de profilaxis postexposición.
Las PV desconocen sus derechos, en particular si se trata de poblaciones clave.	Capacitación a PV, particularmente poblaciones clave, sobre sus derechos como ciudadanos y usuarios de servicios de salud.
Falta de mecanismos de denuncia de violaciones de derechos.	Desarrollar mecanismos institucionales para que todas las quejas y denuncias de violaciones de derechos sean registradas y atendidas oportunamente.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.9 Problema 9. Elevada transmisión materno infantil

En Guatemala persiste la transmisión materno infantil, incluso con un aumento de la mortalidad en 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 y sida. En 2016, solo el 42% del total de embarazadas accedió a servicios de tamizaje de VIH en establecimientos públicos. ⁽²⁹⁾ De igual forma, en 2016 se registró que la cobertura de TARV para madres era 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 y de acceso a los servicios.

La prevención de la transmisión materno infantil del VIH 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 embarazadas que accedan a la prueba diagnóstica. El acceso a la prueba del VIH debe ser universal para las 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.

Se deben revisar los 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 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 materno infantil y de sus posibles soluciones.

Cuadro 9. Problema 9: Elevada transmisión materno infantil: causas y posibles soluciones

Causa	Posibles soluciones
El sistema de salud no capta oportunamente a todas las embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar las actuales estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo dirigidas a mujeres y población general. Implementar campañas de IEC y de comunicación para el desarrollo más efectivas que las actuales para elevar el grado de conciencia sobre el VIH y sida en mujeres en edad fértil y población general.

Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.

3.10 Problema 10. Producción disminuida por ausencia de compras conjuntas

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. El MSPAS, en ejercicio de su función rectora del sistema de salud, debe promover la implementación de la *Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica*, en todas las instituciones de la red de servicios de salud públicos y privados.

De esa manera se podría fomentar la economía de escala para abastecer a las instituciones de los medicamentos e insumos necesarios para cubrir la demanda a mejores precios mediante compras conjuntas.

Como se ha indicado, 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 incide en 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 el diagnóstico-tratamiento (Test & Start), se necesitarán recursos adicionales.

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

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

Cuadro 10. Problema 10: Producción disminuida por ausencia de compras conjuntas: causas y soluciones

Causa	Posibles soluciones
Ausencia de iniciativa para realizar compras conjuntas y de información sobre las potenciales ganancias de eficiencia asociadas con dicha modalidad de compra.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 a 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar los procedimientos anticorrupción que rigen los procesos de compra de ARV y evaluar la posibilidad de simplificarlos para permitir compras oportunas por volumen.

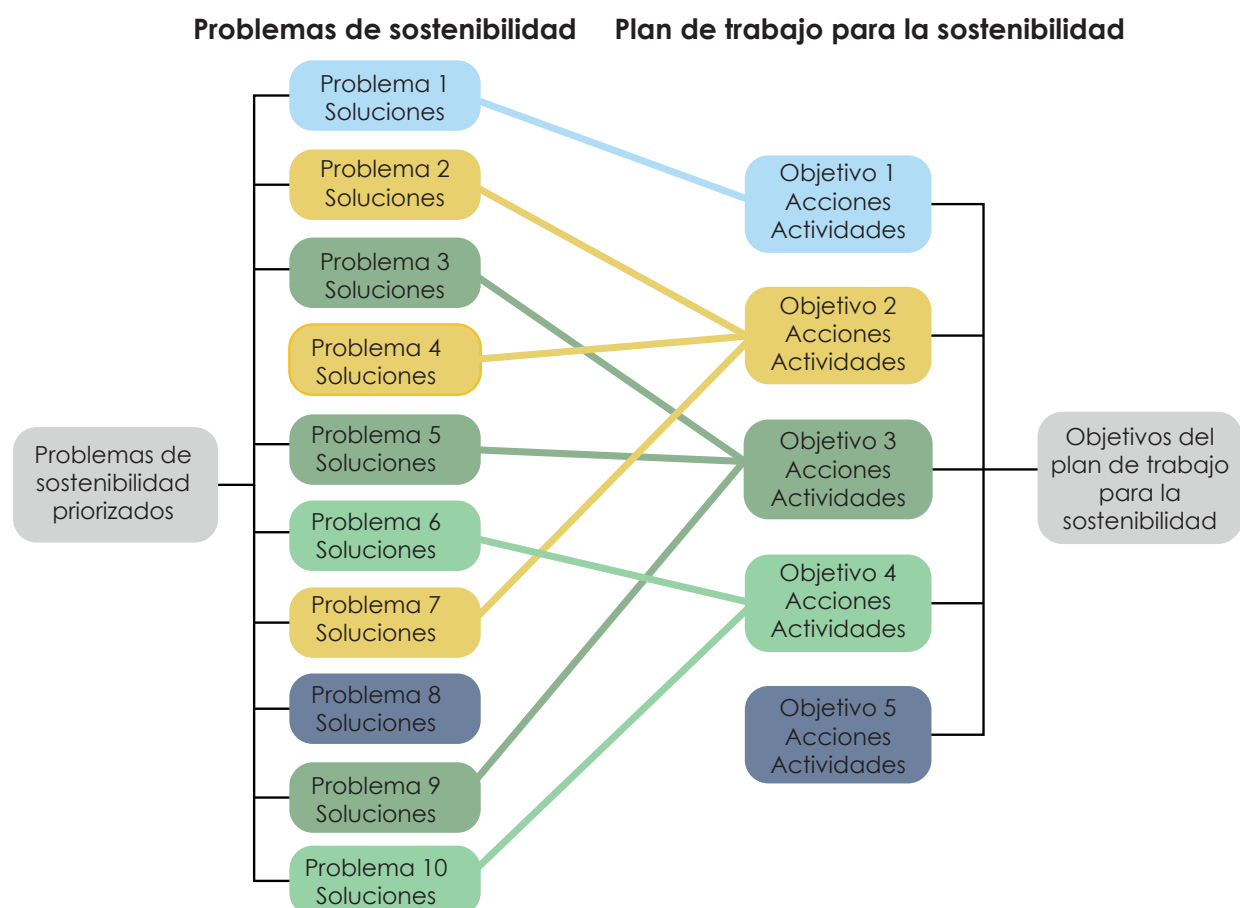
Fuente: Elaboración propia MSPAS,DRPAP/PNS Guatemala 2019.



Parte III: Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

En el marco de la *Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida*, el *Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022* responde a los diez problemas identificados en el análisis de situación, también denominados 'riesgos' de sostenibilidad más importantes que enfrenta Guatemala de acuerdo con el análisis de situación realizado en 2018-2019. Junto con la identificación, descripción y priorización de estos diez principales problemas de sostenibilidad se planteó, para cada uno, un conjunto de soluciones que se enmarcan en los ámbitos de acción de la estrategia (económico financiero, técnico programático y político normativo). Puesto que varios de los problemas de sostenibilidad se encuentran relacionados, en la siguiente sección se presenta de manera resumida la interrelación de estos diez problemas con los cinco objetivos mayores que constituyen el *Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022*. Además, en este plan se incorporaron las soluciones propuestas expresadas como objetivos, acciones y actividades (figura 4).

Figura 4. Relación lógica entre los riesgos de sostenibilidad y el Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022



Fuente: Pharos y ByA Informe de país para Guatemala. ENS. Guatemala 2018

1. Objetivos del Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

Esta sección presenta la correspondencia entre los problemas de sostenibilidad y los objetivos del plan. En segundo lugar, describe el contexto que da origen a los cinco grandes objetivos del plan y propone las acciones que deben llevarse a cabo para abordarlos.

La correspondencia entre problemas de sostenibilidad y objetivos del plan se presenta en la tabla 5.

Los objetivos del Plan son:

1. Aumentar el financiamiento para la respuesta nacional al VIH y sida
2. Fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional
3. Mejorar el desempeño del sistema de promoción de atenciones curativas y preventiva para el VIH
4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos
5. Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave

Tabla 5. Objetivos del plan y su relación con los riesgos de sostenibilidad

Objetivos del plan	Principales riesgos de sostenibilidad
Objetivo 1. Aumentar el financiamiento para la respuesta nacional al VIH y 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: Debilidades en el marco de la atención al VIH y sida.
	Problema 4: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PV debido a la existencia de un sistema de información inapropiado, incompleto y disperso.
	Problema 7: Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con VIH y 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 PV debido a baja captación de pacientes.
	Problema 5: Nuevos casos de VIH transmitidos por pacientes en tratamiento sin supresión viral.
	Problema 9: Elevada transmisión materno infantil.
Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos.	Problema 6: Limitado acceso a la atención debido a racionalización de ARV e insumos médicos.
	Problema 10: Producción disminuida por ausencia de compras conjuntas.
Objetivo 5. Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave.	Problema 8: Persistente estigmatización y discriminación de las poblaciones clave.

Fuente: Elaboración propia MSAPS, DRPAP/PNS, Guatemala, 2019.

A continuación, se proponen las acciones necesarias para cumplir con esos cinco objetivos.

1.1 Objetivo 1. Aumentar el financiamiento para la respuesta nacional al VIH y 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 y sida

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

Acción 1.2 Asegurar el compromiso y voluntad política de las autoridades del MSPAS para incrementar las asignaciones presupuestarias destinadas al Programa Nacional de Sida, 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 y sida, y así elevar la prioridad del PNS 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.

Acción 1.4 Aumentar el financiamiento y el involucramiento de otros actores como el sector privado, la sociedad civil y la academia para la respuesta nacional al VIH

La sostenibilidad de la respuesta al VIH será posible en la medida en que otros actores nacionales se involucren y aporten a este fin. Esto incluye a universidades, seguros privados y fundaciones, entre otros.

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

a. En respuesta al problema 2 de sostenibilidad: Debilidad productiva en el marco de la atención al VIH y sida

Acción 2.1 Fortalecer la capacidad de gestión del PNS y el 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 convertido en un reto para el país. Ello obedece a la dificultad de 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 la materia. También será necesaria una mejor coordinación en el seno 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. 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 el *Decreto 27-2000*, con su respectiva política.

Acción 2.2 Mejorar la gestión de recursos humanos vinculados con el 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 afectan 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 y sida, pero sus intervenciones no son conducidas por el PNS, o en coordinación con el PNS, o ambas.

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 y sida no está actualizada, y hacen 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 y sida y de las poblaciones más vulnerables.

Para solventar estas limitaciones es necesaria la elaboración e implementación de un plan de desarrollo del personal vinculado con el PNS, el cual debería contener los siguientes elementos:

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

b. En respuesta al problema 4 de sostenibilidad: Limitada capacidad de identificación y tratamiento de PV debido a un sistema de información inapropiado, incompleto y disperso

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

En Guatemala, el sistema de información sobre VIH cuenta con múltiples limitaciones que incluyen dificultades en los sistemas gerenciales; el hecho de que se reporte a nivel instancia, no a nivel paciente; la falta de captura de actividades de captación y tamizaje; y la existencia de heterogeneidad en las versiones instaladas del MANGUA en las UAI, entre otros.

Por ello, es imprescindible desarrollar e implementar un plan para mejorar y fortalecer el sistema de información. Para esto es necesario generar una propuesta integral que incluya: a) el fortalecimiento de una *epificha* (en plataforma web) que vincule los casos con el 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 el MANGUA; c) el desarrollo de módulos automatizados de reporte y tableros de mando para facilitar el análisis y la 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 y sida

No únicamente se requiere un sistema integral de información, sino que este deberá contar con 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 accionar de manera oportuna, con base en la evidencia. Por ello, el país ha acordado el diseño e implementación de un módulo de monitoreo y evaluación que genere los indicadores propuestos en el PEN 2017-2021. Esta será una actividad de gran valor para la respuesta y ayudará a incrementar la rendición de cuentas.

c. En respuesta al problema 7 de sostenibilidad: Falta de implementación y monitoreo de normativas para la atención en la red de establecimientos de salud y desactualización del marco jurídico y normativo relacionado con VIH y sida

Acción 2.5 Actualizar el marco jurídico y normativo relacionado con VIH y sida

Uno de los elementos clave para el funcionamiento y consolidación de la respuesta nacional al VIH y 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 generarse con el liderazgo y coordinación del PNS, con el apoyo de las agencias de cooperación especializadas en las áreas temáticas. Su sostenibilidad también depende de que en su desarrollo y validación participen comités en los que estén representados los distintos sectores interesados en la materia.

1.3 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 PV debido a baja captación de pacientes

Acción 3.1 Sistematizar las intervenciones de captación y diagnóstico de personas que viven con 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, contribuye a que el primer pilar de la cascada de atención (porcentaje de PV diagnosticadas) se limite a un 62%.

Para atender esta problemática, este plan propone el desarrollo de procedimientos estandarizados de promoción y prevención combinados, y la capacitación del personal de salud para su implementación. Asimismo, se propone implementar estrategias innovadoras de acceso a la prueba, como IEC y comunicación para el desarrollo, consejería con pares, horarios extendidos, prueba diagnóstica 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, si es posible —aunque no limitado a esto—, 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 atención en VIH, es primordial priorizar la contratación de estas organizaciones especializadas en consejería y trabajo comunitario con población clave. De forma simultánea, se deberá 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 PV.

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

Como ya se ha mencionado, 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, necesita 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 PV en TARV que habitan en el país acude a las dos UAI metropolitanas, lo cual les genera gastos, ya 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, así como estrategias innovadoras para el abordaje y seguimiento de PV en TARV, utilizando mensajes de texto y otras herramientas de comunicación, visitas domiciliarias de pares, acompañamiento a los servicios, entre otros.

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 PV que alcanza la supresión viral es muy bajo: apenas del 25% de aquellas personas que recibieron tratamiento. De igual forma, la retención en el tratamiento representa atrasos en comparación con la región (solo el 75% de personas en TARV presenta adherencia a los 12 meses, versus el 81% de la región). Existe un limitado acceso de las PV en TARV a las pruebas de carga viral y CD4, a lo cual 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.

En el marco de esta estrategia, las principales acciones a desarrollar en los próximos cinco años incluyen: la actualización de la *Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica*, con el objeto de incluir en ella el 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 materno infantil

Acción 3.7 Eliminar la transmisión materno infantil

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 adecuados 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 embarazadas, de manera que accedan a la prueba diagnóstica.

Entre las acciones específicas propuestas se encuentran el desarrollo e implementación de estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo dirigidas a mujeres en edad reproductiva y que versen sobre prevención de la transmisión materno infantil (PTMI); la estandarización del tamizaje de VIH en

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.

1.4 Objetivo 4. Aumentar la disponibilidad de ARV e insumos

a. En respuesta al problema 6 de sostenibilidad: Limitado acceso a la atención debido a racionamiento de ARV e insumos médicos

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

Como se ha referido, las rupturas de inventarios se traducen en interrupciones en el tratamiento de pacientes y, por consiguiente, en una mayor transmisión del VIH. 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 entregan atrasados tengan fechas de expiración cercanas, lo cual limita 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 en el 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 cuales se enmarca el proceso de compra.

b. En respuesta al problema 10 de sostenibilidad: Producción disminuida por ausencia de compras conjuntas

Acción 4.2 Realizar compras conjuntas de ARV e insumos diagnósticos entre el MSPAS y el IGSS

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. Se encuentra en implementación de la *Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica* por parte del MSPAS, de manera que con este instrumento, en ejercicio de su función rectora del sistema de salud, el ministerio implemente su uso en todas las instituciones de la red de servicios de salud públicos y privados. De esta manera se podría fomentar la economía de escala para abastecer a las instituciones de los medicamentos e insumos necesarios para cubrir la demanda a mejores precios mediante compras conjuntas.

Con la homologación de los esquemas y la compra conjunta de medicamentos se mejorará la eficiencia y la calidad del gasto, lo cual será un aporte importante para alcanzar las metas 90-90-90 en el año 2020.

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

a. En respuesta al problema 8 de sostenibilidad: Persistente estigmatización y discriminación de las poblaciones clave

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

Algunos de los procesos de mitigación de estigma y discriminación (EyD) incluyen el desarrollo e implementación de estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo, con miras a concienciar al personal de salud, PV, población general y clave. También se incluye la actualización de leyes y la política pública relacionadas con VIH y sida.

Acción 5.2 Proveer servicios sin estigma y discriminación a población clave

En esta área se contempla la realización de 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.



2. Matriz operativa del Plan Nacional de Sostenibilidad 2019-2022

Esta sección propone un plan de trabajo para la sostenibilidad en Guatemala. Para facilitar su comprensión, la presentación se hace mediante una tabla donde el plan se organiza en torno a los cinco objetivos generales y sus respectivas acciones. Cada acción comprende una o varias actividades. Para cada una de ellas, la tabla propone el período de implementación específico; la necesidad de asistencia técnica; indica si se requerirá de un financiamiento adicional y, en caso afirmativo, muestra un monto estimado de financiamiento, proponiendo posibles fuentes para obtenerlo; señala cuáles serían las entidades responsables; identifica posibles agencias de apoyo; especifica la relación con las líneas estratégicas del PEN 2017-2021; y, finalmente, sugiere un indicador de proceso. Se espera que esta información sirva de guía para la formulación de planes operativos que distribuyan estas actividades en un horizonte de varios años, calculando costos detallados por año y actividad.

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	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 para la respuesta nacional al VIH y sida								
Acción 1.1 Alcanzar mayor eficiencia del gasto público en la respuesta nacional al VIH y sida								
Actividad 1	2019-2022	No	No	MINFIN MSPAS SEGEPLÁN	PNUD ONUSIDA USAID	FM MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Incremento en el presupuesto asignado al MSPAS para VIH y sida
Actividad 2	2019-2022	Sí	No	NO	ONU USAID	FM MSPAS	Lineamiento estratégico 5	PEN financiado con recursos del presupuesto nacional
Actividad 3	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

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Acción 1.2 Asegurar el compromiso y voluntad política de las autoridades del MSPAS para incrementar las asignaciones presupuestarias destinadas al Programa Nacional de Sida, acorde con los compromisos asumidos en el PEN para la atención de las ITS, VIH y sida								
Actividad 4	2019-2022	Si	20,000	PNS Comisión Nacional Multisectorial	ONUSIDA OPS OSC USAID	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 5	Campaña de incidencia política ejecutada
Actividad 5	2019-2022	No	No	MSPAS	MINFIN OPS ONUSIDA USAID	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Mayor asignación de recursos internos del MSPAS al VIH y sida
Acción 1.3 Invertir en prevención combinada junto con la sociedad civil								
Actividad 6	2019-2022	Si	50,000	MSPAS	ONUSIDA OPS	FM, MSPAS	Lineamiento estratégico 1	Evidencia empírica generada para demostrar la rentabilidad de la prevención
Actividad 7	2019-2022	No	No	MSPAS	ONUSIDA OPS	IGSS Sector privado OSC	Lineamiento estratégico 1	Nuevas tecnologías de prevención incorporadas en las guías y normas de atención integral

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Acción 1.4 Aumentar el financiamiento y el involucramiento de otros actores como el sector privado, la sociedad civil y la academia para la respuesta nacional al VIH								
Actividad 8 Generar los canales e instancias para la participación y aportes del sector privado (incluyendo prestación de servicios), las corporaciones y las instituciones privadas de capacitación en el diseño monitoreo y evaluación de las acciones de VIH.	2019-2022	Si	No	MSPAS IGSS	USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 5	Instancias y canales de participación y coordinación funcionando
Actividad 9 Diseñar los mecanismos e incentivos para la participación del sector privado en la respuesta al VIH mediante contribuciones financieras y no financieras.	2019-2022	Si	No	MSPAS IGSS	USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 5	Instancias y canales de participación y coordinación funcionando
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 27-2000								
Actividad 10 Diseñar mecanismos de coordinación técnica y política con base en las funciones de los actores involucrados en la respuesta nacional al VIH y sida para mejorar la rectoría del MSPAS.	2019-2020	Si	15,000	MSPAS Comisión Nacional Multisectorial	OPS ONUSIDA USAID	FM	Lineamiento estratégico 5	Mecanismos de coordinación aplicados para fortalecer el liderazgo, la regulación, la armonización y el seguimiento a la respuesta nacional

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 11 Desarrollar manuales operativos, protocolos y procedimientos para mejorar la gestión y asegurar homogeneidad y continuidad de las intervenciones.	2019-2022	Sí	60,000	MSPAS	SEGEPLÁN OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 5	Manuales operativos en uso
Actividad 12 Actualizar las guías de atención integral al VIH y sida.	2019	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Guías de atención integral actualizadas
Actividad 13 Actualizar el Decreto 27-2000 y la política pública respectiva.	2019-2022	Sí	No	MSPAS Comisión Nacional Multisectorial	SEGEPLÁN Presidencia Congreso USAID	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Decreto 27-2000 actualizado
Acción 2.2 Mejorar la gestión de recursos humanos vinculados con el PNS para cumplir con los objetivos y metas del PEN								
Actividad 14 Elaborar un plan de desarrollo del personal vinculado con el PNS que incluya: estrategias de mitigación de la rotación frecuente, incentivos con base en desempeño, formación permanente, entre otros.	2019-2022	Sí	10,000	MSPAS	OPS ONUSIDA MINTRAB	MSPAS OPS FM	Lineamiento estratégico 5	Plan de desarrollo de recursos humanos elaborado
Actividad 15 Implementar el plan de desarrollo de recursos humanos vinculado con el PNS.	2019-2022	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA MINTRAB	MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Plan de desarrollo de recursos humanos en marcha

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Acción 2.3 Diseñar e implementar un sistema de información único e integral del VIH y sida								
Actividad 16 Desarrollar e implementar un plan de mejoramiento y fortalecimiento del sistema de información y monitoreo de la respuesta nacional del VIH.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM USAID	Lineamiento estratégico 5	Plan de mejoramiento y fortalecimiento del sistema de información elaborado
Actividad 17 Actualizar la Epificha para su uso en una plataforma web mediante la vinculación de los casos al número de identidad personal.	2019-2020	Sí	No	MSPAS IGSS	USAID OPS ONUSIDA	MSPAS FM USAID	Lineamiento estratégico 5	Epificha funcionando en plataforma web con identificador único de casos
Actividad 18 Desarrollar una nueva aplicación electrónica para el seguimiento clínico de los casos, que permita integrar la base de datos ya acumulada en el MANGUA.	2019-2022	Sí	No	MSPAS	USAID OPS ONUSIDA	MSPAS FM USAID	Lineamiento estratégico 5	Aplicación para la integración de la base de datos del MANGUA al nuevo sistema en funcionamiento
Actividad 19 Desarrollar módulos automatizados de reporte y tablero de mando para facilitar el análisis de datos y la toma de decisiones.	2019-2022	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS FM	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 y sida								
Actividad 20 Poner en funcionamiento el comité de monitoreo y evaluación.	2019-2021	No	No	MSPAS		MSPAS	Lineamiento estratégico 5	Comité de monitoreo y evaluación operando
Actividad 21 Definir los indicadores esenciales para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, incluidos en el sistema de información y estandarizar las rutinas de reporte.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 5	Indicadores esenciales definidos e incorporados al sistema de información

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Acción 2.5 Actualizar el marco jurídico y normativo relacionado con VIH y sida								
Actividad 22		Sí	80,000	MSPAS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 5	Instrumentos actualizados y en uso
Actualizar y difundir los siguientes instrumentos: Guía de uso de los antiretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica Manual de testeo Modelo de atención 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 2020 2021 2021 2021							
Actividad 23	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS Congreso de la República	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 5	Leyes y política pública relacionadas con el VIH y sida actualizadas y en aplicación
Actualizar las leyes y la política pública relacionadas con el VIH y sida.								
Actividad 24	2019-2022	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 5	Normativa del sistema de administración logística actualizada y en uso
Actualizar e implementar la normativa del sistema de administración logística.								

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	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 25 Desarrollar procedimientos estandarizados de promoción y prevención combinada y capacitar al personal de salud en el uso de ellos para mejorar la captación de PV.	2019-2022	Sí	10,000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1 y 3	Número de funcionarios de salud capacitados sobre estrategias de promoción y prevención combinada
Actividad 26 Implementar estrategias innovadoras de acceso a la prueba de VIH: IEC y comunicación para el desarrollo; consejería con pares; horarios extendidos; Index Testing; prueba diagnóstica en parejas de PV; prueba en lugares de encuentro de población clave; servicios libres de estigma y discriminación.	2019-2022	Sí	No	MSPAS OSC	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1, 3 y 4	Número de pruebas diagnósticas realizadas fuera de los servicios de salud
Actividad 27 Fortalecer e institucionalizar los modelos de prevención combinada y atención integral diferenciada (espaciamiento entre citas para pacientes estables, inicio inmediato de TARV, profilaxis preexposición, inicio y entrega de TARV por proveedores no médicos capacitados y proveedores comunitarios) que incluyan población clave, jóvenes y adolescentes, y embarazadas.	2019-2022	Sí	No	MSPAS OSC	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1, 2, 3 y 4	Número de pruebas diagnósticas realizadas en población clave, jóvenes y adolescentes, y embarazadas.

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
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 28 Actualizar e implementar las guías de atención, de manera que estas incluyan procedimientos eficaces y eficientes para lograr que la población acceda a la prueba y conozca su estado serológico (especialmente, la Guía de uso de los antiretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica, procurando que incluya inicio rápido y la incorporación y migración hacia el esquema TLD: Tenofovir-Lamivudina-Dolutegravir).	2019-2022	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA PDH USAID	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1 y 3	Guías de atención actualizadas
Actividad 29 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 género.	2019-2022	Sí	80,000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA PDH USAID	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1, 3 y 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 30 Elaborar protocolos, algoritmos y manuales operativos para las OSC que realicen promoción de la prueba diagnóstica y captación de PV.	2019-2022	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamientos estratégicos 1 y 3	Manuales operativos para OSC elaborados

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 31 Contratar, de ser posible, 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	Lineamientos estratégicos 1 y 3	Número de PV identificadas por ONG/OSC contratada
Acción 3.4 Universalizar la prueba diagnóstica								
Actividad 32 Garantizar 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 USAID	MSPAS IGSS	Lineamientos estratégicos 1 y 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 33 Actualizar y capacitar en el uso de la Guía de uso de los antirretrovirales en personas con VIH y su aplicación profiláctica, de manera que esta instituciónalice la adopción del tratamiento inmediato para todos los diagnosticados, incluyendo el algoritmo para vincular a los nuevos diagnosticados de manera inmediata.	2019-2020	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA IGSS USAID	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 3	Guía terapéutica actualizada y en uso

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 34 Definir variables críticas para identificar perfiles de riesgo de abandono del TARV, en un sistema de registro nominal, que permita ofrecer apoyo específico, identificar y vincular de nuevo a los pacientes.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA IGSS USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Variables para los perfiles de riesgo de abandono definidas
Actividad 35 Desarrollar un algoritmo o lineamiento para priorizar a los pacientes que han desarrollado resistencia a determinados ARV, incluyendo la guía o lineamiento para realizar el cambio o transición a otro régimen o esquema de TARV.	2020-2021	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS	Lineamiento estratégico 4	Algoritmo desarrollado
Actividad 36 Crear una guía o lineamientos para el proceso y control de calidad en mediciones de carga viral.	2020-2021	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS	Lineamiento estratégico 4	Lineamiento desarrollado
Actividad 37 Diseñar estrategias de adherencia al TARV de base comunitaria, con el objeto de descongestionar las UAI.	2019-2021	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA OSC USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Estrategias de adherencia al TARV diseñadas y en funcionamiento

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Acción 3.6 Avanzar en la implementación de procesos de desconcentración de la atención y tiempos más prolongados de entrega de ARV								
Actividad 38 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.	2020-2022	No	No	MSPAS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS	Lineamiento estratégico 3	Mecanismos para desconcentrar el seguimiento clínico y entrega de ARV diseñados y en funcionamiento
Actividad 39 Desconcentrar el seguimiento clínico y la entrega de ARV (hasta seis meses) a las PV con buena adherencia, enviándolas a unidades de salud de primero y segundo nivel más cercanas a su lugar de residencia.	2021-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Seguimiento clínico y entrega de TARV desconcentrados
Actividad 40 Implementar estrategias innovadoras de abordaje y seguimiento de PV en 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 mejorar la adherencia.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	TIC para seguimiento de PV en TARV
Acción 3.7 Eliminar la transmisión materno infantil								
Actividad 41 Desarrollar e implementar estrategias de IEC y comunicación para el desarrollo 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 y comunicación para el desarrollo sobre prevención de la transmisión materno infantil de VIH, sífilis y hepatitis implementadas

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 42 Estandarizar algoritmos y protocolos de tamizaje del VIH en embarazadas en toda la red de servicios de salud.	2019-2022	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 43 Evaluar la pertinencia de adoptar la estrategia de renuncia de la prueba de VIH (opt-out).	2020-2021	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 2	Evaluación realizada
Actividad 44 Capacitar a las comadronas para que, como parte de la atención prenatal, ofrezcan a las mujeres consejería y referencia a un establecimiento de salud para la prueba de VIH, sífilis y hepatitis.	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 45 Realizar estimaciones precisas sobre la necesidad de insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTMI.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 2	Estimaciones de necesidades realizadas
Actividad 46 Dotar a las unidades de salud en toda la red de servicios de suficientes insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTMI.	2019-2022	No	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA UNICEF	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 2	Insumos, pruebas diagnósticas y ARV para la PTMI disponibles en toda la red de servicios de salud

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	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 los procedimientos de compra								
Actividad 47	2019-2020	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Estimaciones de necesidades realizadas con los datos del sistema de información
Actividad 48	2019-2022	No	6,000,000 por año	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Inventario de seguridad disponible
Actividad 49	2019	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Compras realizadas a otros proveedores internacionales con precios más bajos
Actividad 50	2019-2022	No	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Allanzas establecidas y vigentes

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 51 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	2019-2022	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 52 Negociación de un acuerdo y suscripción de convenio entre el MSPAS, el IGSS y el Hospital Militar para realizar compras conjuntas de insumos y medicamentos.	2019-2022	No	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Acuerdo de compra conjunta suscrito
Actividad 53 Establecer una mesa técnica interinstitucional encargada de realizar estimaciones de necesidades de insumos y medicamentos.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS	Lineamiento estratégico 3	Estimaciones realizadas para la compra de insumos y ARV
Actividad 54 Evaluar los procesos de compra para identificar cuellos de botella y áreas de mejoramiento.	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 3	Evaluación de los procesos de compra realizados

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	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 55	2019-2022	Sí	200,000	MSPAS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 4	Estrategia de provisión de servicios libres de estigma y discriminación implementada
Actividad 56	2019-2022	Sí	No	MSPAS IGSS Congreso de la República	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Leyes y política pública relacionadas con el VIH y sida actualizadas y en aplicación
Actividad 57	2019-2022	Sí	200,000	MSPAS PDH Red legal	OPS ONUSIDA USAID OSC	MSPAS FM USAID	Lineamiento estratégico 4	Estrategias de IEC y de comunicación para el desarrollo sobre derechos ciudadanos y usuarios de servicios de salud implementadas
Acción 5.2 Proveer servicios sin estigma ni discriminación a población clave								
Actividad 58	2019-2022	Sí	240,000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Estrategia de provisión de servicios libre de estigma y discriminación implementada
Actividad 59	2019-2022	Sí	320,000	MSPAS IGSS	OPS ONUSIDA UNFPA	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Estudios publicados

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (USD)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las líneas estratégicas del PEN	Indicador de proceso
Actividad 60 Elaborar guías y protocolos de atención adaptados a poblaciones clave.	2019-2020	Sí	No	MSPAS	OPS ONUSIDA IGSS USAID	MSPAS IGSS FM	Lineamiento estratégico 4	Guías y protocolos de atención para poblaciones clave elaborados y en uso
Actividad 61 Desarrollar mecanismos institucionales para que las quejas y denuncias de violaciones de derechos humanos sean atendidas de manera oportuna.	2019-2022	Sí	No	MSPAS PDH Red legal	OPS ONUSIDA	MSPAS FM	Lineamiento estratégico 4	Mecanismos de resolución de denuncias en marcha



Recomendaciones para el monitoreo de la sostenibilidad

Hacer sostenible la respuesta al VIH y 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 y realizar ajustes al plan de trabajo cuando sea necesario.

Por otra parte, los indicadores del *Plan Estratégico Nacional y de la cascada de atención en VIH* medirán el progreso e impacto de las acciones de la respuesta nacional al VIH y sida y los resultados epidemiológicos trazados, que son finalmente el principal objetivo de la respuesta al VIH y conllevan al control de la epidemia.

El monitoreo global de la sostenibilidad se podrá realizar con la medición del Índice de Sostenibilidad en VIH, que analiza quince elementos relacionados con los ámbitos económico financiero, técnico programático y político normativo, entre los que se incluye: financiamiento y movilización de recursos; datos financieros, de gasto y de rendimiento; eficiencia técnica y de asignación de recursos; prestación de servicios; recursos humanos; seguridad de los productos y cadena de suministros; gestión de la calidad; laboratorio; datos epidemiológicos y sanitarios; planificación, coordinación y gobernanza; políticas de VIH; guías, lineamientos y protocolos de atención; participación de sectores no gubernamentales; acceso público a la información.



Referencias Bibliográficas

1. ONUSIDA (2014). Acción acelerada: Pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014>
2. De acuerdo con datos de 2017 de PEPFAR (2019) [presentación]. «HIV cascade and gap cause analysis».
3. PEPFAR. The Sustainability Index Dashboard. <https://www.pepfar.gov/documents/organization/274911.pdf>
4. Véase en: <https://www.pepfar.gov/countries/cop/sids/2018/index.htm>
5. Acceso Global (2017). Guidance for Analysis of Country Readiness for Global Fund Transition. Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/56116c1ce4b0890ee92cf835/t/592d8b01f7e0ab936fd068d3/1496156935272/TRA+Guidance_eng_AcesoGlobal_APMG_2017_FINAL_.pdf
6. Roberts et al. (2008), Modelo Flagship de la Universidad de Harvard, en colaboración con el Banco Mundial, para diagnosticar y resolver problemas en el sector salud.
7. Taylor, T., Hembling, J., and Bertrand, J. (July 2012). «Ethnicity and HIV Risk in Guatemala, testing and knowledge in Guatemala». *Ethnicity & Health*, 20:2, 163-177, DOI: 10.1080/13557858.2014.893562. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13557858.2014.893562?needAccess=true>
8. Informe narrativo del Monitoreo Global de Sida 2018.
9. Reporte de indicadores del Monitoreo Global de Sida 2018.
10. PAHO/SF (2016) [presentación]. Fondo Estratégico OPS: Apoyando el acceso a medicamentos e insumos para la salud pública en las Américas. XV Reunión Anual de Evaluación AMI/RAVREDA. Bogotá, 3-5 de mayo de 2016. Nora Girón, asesora regional.
11. Pooled Procurement Mechanism Order Form: Instructions: https://myorders.pfscm.org/assets/docs/PFSCM%20Pooled%20Proc%20Order%20Form_Version%201.6.xls
12. COMISCA. Actas de adjudicación 1-2016 y 2-2016; precios vigentes por dos años.
13. MSH (2015). International medical product price guide. Disponible en: <http://mshpriceguide.org/en/download-files/>; <http://mshpriceguide.org/wp-content/uploads/2017/04/MSH-2015-International-Medical-Products-Price-Guide.pdf>

14. ICEFI/Hivos (2018). Desarrollo de una propuesta técnico-fiscal para la prevención y atención del VIH en Guatemala durante el período 2017-2026. Disponible en http://icefi.org/sites/default/files/vih_informe_.pdf
15. International Monetary Fund (IMF, 2018). Guatemala 2018 Article IV Consultation. IMF Country Report No. 18/154.
16. BANGUAT. *Desempeño macroeconómico y perspectivas*. Guatemala, 2018.
17. MSPAS. *Cuentas nacionales de salud 2016. Guatemala: tendencias del gasto en salud, período 2001-2016*. Guatemala, 2017
18. MSPAS. *Financiamiento y gasto en salud: Guatemala 2016-2017*. Guatemala, 2017.
19. Véase en: https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
20. World Bank DataBank, disponible en: www.databank.worldbank.org
21. Fagan, T. (2017). *Fiscal Space for Health in Guatemala: Prospects for Increasing Public Resources for Health*. Washington, D.C.: Palladium, Health Policy Plus.
22. MSPAS. *Informe de la medición del gasto en sida en Guatemala (MEGAS) 2015*. Guatemala, 2016.
23. MSPAS. *Costeo del Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida Guatemala 2017-2021*. Guatemala, 2016
24. BID. Informe anual Banco Interamericano de Desarrollo, 2018. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18235/0001625>
25. Galindo, César (2016). *Manual de consejería y pruebas de VIH con enfoque de reducción de riesgo*. Guatemala: Colectivo Amigos Contra el Sida.
26. Segeplán (2015). *Tercer informe de CINR para el desarrollo, «Más allá del 2015: Guatemala y la Alianza Global» 2013-2014*. Disponible en: <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/publicaciones-cooperacion-internacional/file/463-3er-informe-de-cooperacion-internacional>
27. Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados (octubre de 2018). *Informe de país para Guatemala. Estrategia nacional de sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH y sida. Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País*. Guatemala, mimeo.
28. Véase en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/hiv-treat-all-recommendation/en/>
29. The Global Fund (2018). *Guatemala. Funding request application form*. 22 de febrero de 2018.



Anexos

Lista de personas entrevistadas y que participaron en los talleres de elaboración de la estrategia

Tabla 1. Lista de personas entrevistadas y sus respectivas instituciones

Nombre de la persona entrevistada	Organización a la que representa	Cargo
Dr. Luis Morales	MSPAS	Asesor Viceministerio Técnico
Dra. Xiomara Castañeda	MSPAS	Jefa del Departamento de Programas de Atención a las Personas
Licda. Éricka Soto	PNS	Coordinadora
Dra. Silvia Consuelo Palma	PNS	Médica facilitadora
Licda. Silvia Ríos	PNS	Gerente de Subvención de VIH
Licda. Ilcia García	PNS	Encargada de Monitoreo y Evaluación VIH
Lcda. Rossemary Beltrán	PNS	Encargada Unidad Administrativa
Licda. Nancy Urbizo	PNS	Encargada d la Unidad de Logística de Medicamentos
Licda. Tania Solís	PNS	Técnica Normativa Unidad de Prevención
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	SIGSA/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 <i>ad interim</i> de la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt
Dr. Óscar Donis	IGSS	Jefe de la sección de Epidemiología del Seguro Social
Licda. Anabella Folgar	Cruz Roja	Directora de Cruz Roja Guatemalteca

Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y sida

Nombre de la persona entrevistada	Organización a la que representa	Cargo
Licda. Claudia Masselli	PDH	Procuradora Adjunta IPDH
Dra. Zulma Calderón	PDH	Defensora de la Salud IPDH
Lic. Marco Vinicio Monzón	Segeplán	Especialista en Poblaciones Excluidas y Vulneradas / Dirección de Equidad Étnica y de Género
Héctor Sucilla	ONUSIDA	Director <i>ad interim</i>
Dr. Óscar 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
Licda. Gabriela Tuch	ONU Mujeres	Oficial Técnica de Proyectos
Licda. Ekaterina Parrilla	USAID/Plan International	Coordinadora Proyecto DD. HH. 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 Interuniversitaria	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 Políticas Públicas
Stacy Velásquez	Otrans	Coordinadora de Incidencia Política/ OTRANS-RN
Lic. Pablo Blanco	MINFIN	Asesor del Despacho Superior del Ministro

Tabla 2. Lista de personas entrevistadas y sus respectivas instituciones

Nombre de la persona entrevistada	Organización a la que representa	Cargo
Gustavo Calderón	Iniciativa por la Diversidad Sexual de Occidente - Huehuetenango	Activista
Leonardo Ortega	Grupo de Apoyo Xela	Activista
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
Licda. 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
Jordán 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	

Nombre de la persona entrevistada	Organización a la que representa	Cargo
Sergio García	Grupo de Apoyo Xela	Activista
Éricka 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 Rodríguez	Evoluciona	Activista
Leidy Julissa Cruz	Evoluciona	Activista
Macrina Rivas	Iserilbagari	
Eva Leonardo	Evoluciona	Directora
David Duarte	Líderes Profesionales	Director

Tabla 3. Participantes en los talleres de construcción de la Estrategia nacional de sostenibilidad en VIH Guatemala 27 de noviembre de 2018 y 6 de diciembre de 2018

Nombre	Organización a la que representa
Ilse Góngora	ALF
Hervaldo Lara	ALF GF
Javier Sánchez	ALF GF
Aracely Rivera	Apevihs
Jorge Marotta	Asociación Casa de Colores
Ana Piedad López	Asopat-G
Ricardo Bitrán	Bitrán y Asociados
Julio Castellanos	Bitrán y Asociados
Xavier Solórzano	Bitrán y Asociados
Luis Gómez	CAS
Darío Rodríguez	CAS
Margarita Ramírez	Ciesar
Sandra Sáenz de Tejada	Ciesar
María Eugenia de León	Consultora independiente
Antonella Barillas	Diversidad Escuintla
Xiomara Castaneda	DRPAP
Rosaura Jajoy	FFI
Carmen González	FM
Lily Bower	FM
Juan Ramón Peña	FM
Noemí Restrepo	FM
Xavier Silva	FM
Luz Ovalle	Fundación Iturbide
Fred Axpucaca	Fundación Iturbide
Leonardo Ortega	GAX
Henry Cortez	Gente Feliz
Eduardo Samayoa	GF Consultores
Gustavo A. Calderón J.	IDSO, Huehuetenango
Cristina Sánchez	IDSO, Quetzaltenango
Beatriz Ríos	IGSS

Nombre	Organización a la que representa
Ariel Armenteros	INCAP
Luis Castellanos	INCAP
Maycol Chávez	INCAP
Sharon Girón	INCAP
Alma De León	ITCP-LATCA
Waleska Zeceña	MCP
Armando Velásquez	MCP-G
Luis F. López	MCP-G
Gary Lucas	MCP-G
Harold Habib	Measure Evaluation
Amalia Cujcuy	Mineduc
Everildo Matul	MINFIN
Hugo Pirique	MINFIN
Pablo Blanco	MINFIN
Rossana Gómez	MINFIN
Víctor M. Samayoa L.	MINTRAB
Mariana Palacios	MSPAS
Rubén Pineda	MSPAS
Silvia Palma	MSPAS
Jorge Arreola	MSPAS
Ingrid Castillo	MSPAS/DE
Ilcia García	MSPAS/PNS
Rosse Marie Bertrán	MSPAS/PNS
Silvia Ríos	MSPAS/PNS
Javier Solís	MSPAS/PNS
Éricka Soto	MSPAS/PNS
Antonio Altuna Penagos	MSPAS/PNS
Luz Medina	MSPAS/PNS
Mario Hernández	MSPAS/PNS
Nancy Urbizo	MSPAS/PNS
Pilar Said	MSPAS/PNS
Hibeb Silvestre	MSPAS/PTB
Eduardo Aguilar	Omdis/RedVIH24
Hortencia Peralta	OPS/OMS
Ramiro Montoya	OPS/OMS

Nombre	Organización a la que representa
Debby Marcella Linares Sandoval	Otrans RN
Williams Cruz	Otrans RN
María José Arriola	Otrans RN
Carlos F. González	PEPFAR
Lucrecia Ramírez	PTB
Víctor Hugo Fernández	Red Legal
Sonia Barrera Aquino	Segeplán
Betsabé Arrechea	Segeplán
Sharon Pinzón	Segeplán
Marco Monzón	Segeplán
Braulio Raymundo	Somos
Marco Loarca	Somos
Silvia Navarrete	PDH
Patricia Cabrera	PDH/Defensoría de la Salud
Henry España	PDH/Defensoría de la Diversidad Sexual
Mario Hernández	PNJ
Gretel Samayoa	USAC
Patricia Villeda	USAID/GHSC-PSM
Ekaterina Parrilla	USAID/PLAN
Fabiola García	USAID/PLAN
Ingrid Torres	USAID/PLAN
Luigi Jaramillo	USAID/PSM
Renato Santaluce	UVG
Sonia Flores	Vestex

