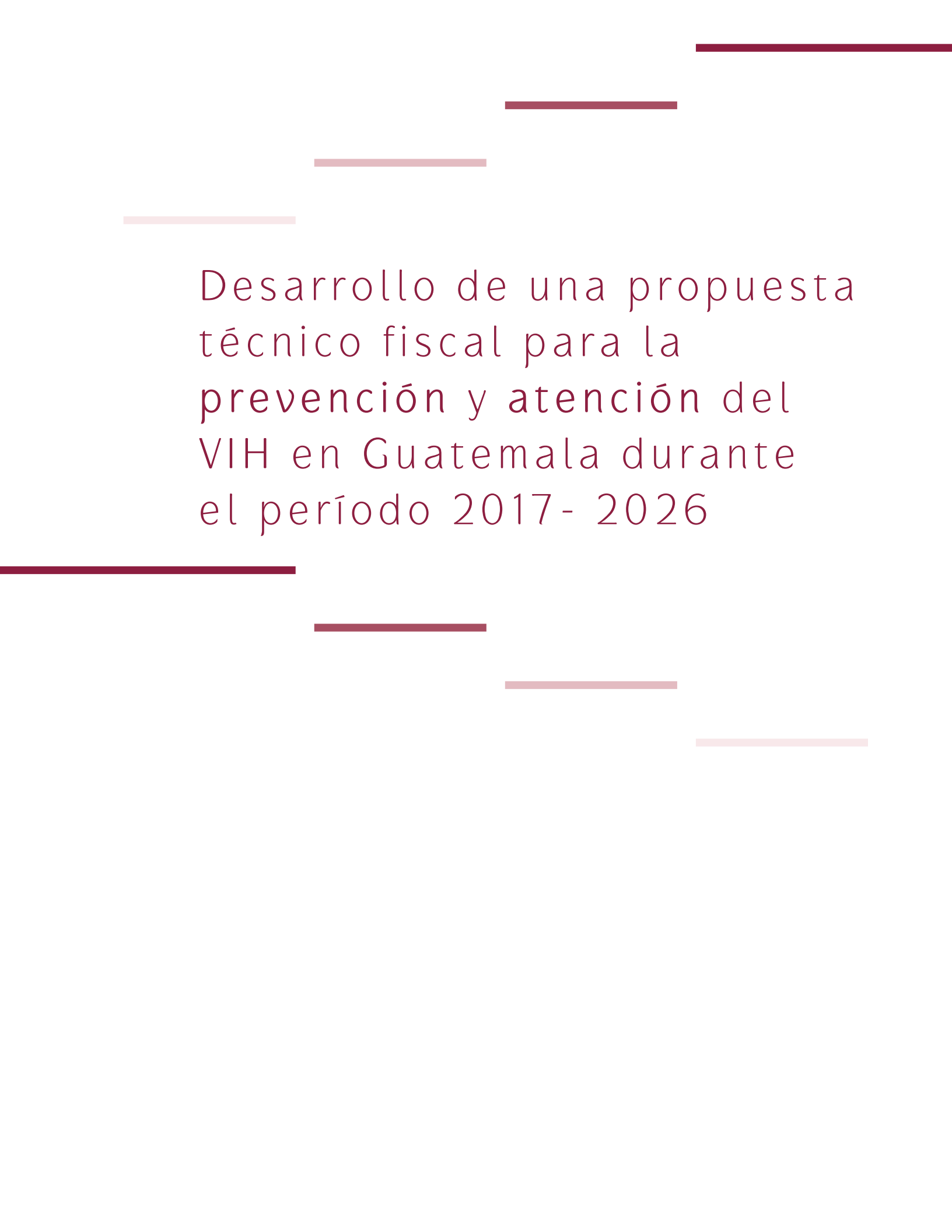




Desarrollo de una propuesta
técnico fiscal para la prevención
y atención del **VIH en Guatemala**
durante el período 2017- 2026



Desarrollo de una propuesta
técnico fiscal para la
prevención y atención del
VIH en Guatemala durante
el período 2017- 2026

Créditos

Supervisión

Jonathan Menkos Zeissig • Director ejecutivo, Icefi

Saira Ortega • Directora de país, Hivos

Coordinación

Enrique Maldonado • Economista sénior, Icefi

Investigación y redacción

Gustavo Estrada • Consultor en salud

José Monzón • Economista investigador, Icefi

Equipo técnico de seguimiento

José Rodrigo Vega • Diseño Monitoreo y Evaluación, Hivos

Fernando Cano • Analista de Información, Hivos

Producción editorial

Diana De León • Coordinadora de comunicación, Icefi

Mónica Juárez • Asistente de comunicación, Icefi

Diseño de portada

Mónica Juárez • Asistente de comunicación, Icefi

Edición

Isabel Aguilar Umaña

Diseño y diagramación de interiores

Sofía Perén

Administración

Iliana Peña de Barrientos • Coordinadora administrativa y financiera, Icefi

ISBN: 978-9929-674-59-2

Guatemala, Centroamérica, abril de 2018

Con el apoyo de:



Esta producción ha sido elaborada con el apoyo de HIVOS, receptor principal del Fondo Mundial, dentro del marco de la Propuesta “Conteniendo la epidemia de VIH en Guatemala: Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala”, acuerdo de subvención GUA-311-G05-H para el Componente de VIH/SIDA. Las opiniones contenidas en la misma, no necesariamente reflejan el punto de vista de HIVOS.

Los puntos de vista descritos en este documento pertenecen al autor (o autores), y no representan las opiniones del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ni hay cualquier aprobación o autorización de este material, expresa o implícita, por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Siglarario

AC	Alianza Ciudadana
ADPIC	Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio
APVP	Años potenciales de vida perdidos
ARV	Antiretroviral
CAS	Colectivo de Amigos contra el Sida
CBA	Canasta básica alimentaria
CBV	Canasta básica vital
Cepal	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFPM	Comisión de Finanzas Públicas y Moneda
Cicig	Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
Conasida	Comisión Nacional contra el Sida (El Salvador)
Conasida	Consejo Nacional de Atención Integral al VIH (Costa Rica)
Conasida	Comisión Nacional del Sida (Honduras)
Conasida	Comisión Nacional Multisectorial del Sida (Guatemala)
Conisida	Comisión Nicaragüense del Sida
CSPAS	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
ECVC	Encuesta centroamericana de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS
Ensmi	Encuesta nacional de salud materna e infantil
FCE	Fondo de Cultura Económica
FCN-Nación	Frente de Convergencia Nacional
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
Flacso	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FM	Fondo Mundial
GFI	Global Financial Integrity
GpR	Gestión por resultados
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
Icefi	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales

IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INAP	Instituto Nacional de Administración Pública
INDH	Informe Nacional de Desarrollo Humano
INE	Instituto Nacional de Estadística
Inguat	Instituto Guatemalteco de Turismo
IPC	Índice de Percepción de la Corrupción
ISR	Impuesto sobre la renta
ITPC-LATCA	International Treatment Preparedness Coalition Latin America and Caribbean
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVA	Impuesto al valor agregado
LB	Línea base
LÍDER	Libertad Democrática Renovada
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
Minfín	Ministerio de Finanzas Públicas
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MP	Ministerio Público
MR	Movimiento Reformador
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MT	Mujeres trans
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
Mupi	Mobiliario urbano para la presentación de información
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Partido de Avanzada Nacional
PEP	Profilaxis postexposición
PEPFAR (siglas en inglés)	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PpR	Presupuesto por resultados
PReP	Profilaxis preexposición
Proam	Programa de Accesibilidad de Medicamentos
PTMI	Prevención de la transmisión materno infantil
PU	Partido Unionista
PVIH	Personas con VIH
SAT	Superintendencia de Administración Tributaria
Secomisca	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
Segeplán	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
Siges	Sistema de Gestión
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
TAR	Tratamiento antirretroviral
TDMH	Transmisión de madre a hijo
TGF	Tasa global de fecundidad
TSE	Tribunal Supremo Electoral
UAI	Unidad de atención integral
UCN	Unión del Cambio Nacional
UNFPA (siglas en inglés)	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VIVA	Visión con Valores

Resumen

En 2016, Guatemala tenía un prevalencia estimada de VIH/sida en la población general de 0.5% por cada 1,000 habitantes. En las poblaciones consideradas clave la prevalencia es mayor: Mujeres Trabajadoras Sexuales (1.1%), Hombres que tienen Sexo con Hombres (10.5%) y Mujeres Trans (24.0%); por lo que se considera una epidemia concentrada.

Para consolidar y darle concreción a los compromisos de acabar con el VIH/sida, pero sobre todo garantizar los derechos de las personas con este síndrome, es toral alinear el marco normativo y su asignación de recursos financieros. En el período 2007 a 2016, el Programa Nacional de ITS, VIH y Sida ha tenido un techo presupuestario de Q669.9 millones para acciones relacionados con VIH, de lo cual se devengó solamente Q 564.5 millones (un 84.3% de ejecución). Lo anterior implica espacios para promover que el gasto público sea eficaz.

Aunque, la situación fiscal en Guatemala es compleja, existen amplios espacios que pueden ser explotados por las autoridades fiscales del país para mejorar la financiación sin la necesidad de incrementar las tasas vigentes, no obstante su obtención es más una tarea de mediano plazo. Los espacios fiscales con los que dispone el Estado de Guatemala para asegurar el financiamiento en VIH y cualquier programa de bienestar ascienden a un 15.2% del PIB.

La sostenibilidad del gasto en VIH pasa forzosamente por conocer las necesidades y retos futuros, para con ello, realizar acciones de incidencia que legitimen y justifiquen la búsqueda de fuentes de financiamiento. Acerca de los desafíos futuros para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se estima que se necesitarán Q272.4 millones en 2020, y Q388.9 millones en 2026. para asegurar las estrategias de prevención y atención.

Palabras clave: Guatemala, VIH, sida, política fiscal, presupuesto público, espacios fiscales

Abstract

In 2016, Guatemala had an estimated prevalence of HIV/AIDS in the general population of 0.5% per 1,000 inhabitants. In the populations considered key, the prevalence is higher: Female Sex Workers (1.1%), Men who have Sex with Men (10.5%) and Trans Women (24.0%); so it is considered a concentrated epidemic.

To consolidate and concretize the commitments to end HIV/AIDS, but above all, to guarantee the rights of people with this syndrome, it is fundamental to align the normative framework and its allocation of financial resources. In the period from 2007 to 2016, the National STI, HIV and AIDS Program has had a budgetary ceiling of Q669.9 million for actions related to HIV, of which only Q 564.5 million was accrued (84.3% of execution). The above implies spaces to promote public spending to be effective.

Although, the fiscal situation in Guatemala is complex, there are ample spaces that can be exploited by the country's fiscal authorities to improve financing without the need to increase current rates, although obtaining them is more of a medium-term task. The fiscal spaces available in the State of Guatemala to ensure financing for HIV and any welfare program are estimated in 15.2% of GDP.

The sustainability of spending on HIV necessarily involves knowing the needs and future challenges, in order to be able to carry out advocacy actions that legitimize and justify the search for funding sources. Regarding future challenges for the Ministry of Public Health and Social Assistance, it is estimated that Q272.4million will be needed in 2020 and Q388.9 million in 2026 to ensure prevention and care strategies.

Key words: Guatemala, HIV, aids, fiscal policy, public budget, fiscal spaces

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1: Marco legal nacional e internacional del derecho a la salud	3
1.1 Marco general	3
1.2 Legislación	6
1.2.1 Legislación general: El derecho a la salud	6
1.2.2 La legislación particular o de atención a los grupos vulnerables	8
1.2.3 La legislación singular o de la atención a los individuos	11
1.2.4 La legislación sobre VIH en el contexto centroamericano	12
1.3 Implicaciones de la legislación para el afrontamiento de la epidemia por parte del sector público	13
Capítulo 2: Diagnóstico del sistema de salud en Guatemala y sus implicaciones en la prevención y atención del VIH	15
2.1 El MSPAS, contexto demográfico en el que desarrolla sus acciones	19
2.2 Contexto socioeconómico de la población que atiende el MSPAS	23
2.3 Los problemas de salud que atiende el MSPAS	26
2.4 La situación del VIH que enfrenta el MSPAS	31
2.4.1 Prevalencia del VIH en Guatemala	35
2.4.2 Poblaciones con VIH que son clave en el marco de la epidemia	37
2.4.3 Conocimientos, actitudes y comportamientos en relación con el VIH	42
2.4.3.1 Conocimientos sobre VIH y formas de transmisión	42
2.4.3.2 Conocimiento de la transmisión de la madre al hijo o hija	44
2.4.3.3 Prácticas sexuales	44
2.4.3.4 Cobertura de la prueba de VIH	45
2.5 El VIH en Guatemala y la capacidad del sistema público de salud para la prestación de servicios vinculados con la prevención y atención del VIH	52
2.5.1 La organización	52
2.5.2 La infraestructura	60
2.5.3 Unidades de atención integral (UAI)	62
2.5.4 Los recursos humanos	65
2.5.5 Análisis del diseño y financiamiento del sector salud (2007-2015)	67
2.6 Mecanismos públicos actuales para la prevención y atención del VIH y análisis del abordaje de la prevención y atención integral	71
2.7 Una mirada técnica y fiscal a la propuesta	74
Capítulo 3: El VIH en Guatemala en los próximos 10 años	107
3.1 Estimación de demanda de servicios con base en análisis prospectivo (2017-2026) sobre las tendencias esperadas para la prestación de servicios que permita la prevención y atención del VIH	107
3.2 Metodología	108
3.3 Estrategia de comunicación social para el cambio de comportamiento	114
3.4 Dotación de condones	114
3.5 Prevención y eliminación de la transmisión materno infantil del VIH	117
3.6 Prueba de VIH	119

3.7 Diagnóstico y tratamiento de ITS	124
3.8 Tratamiento de VIH	129
3.9 Tratamiento de enfermedades oportunistas	138
3.10 Profilaxis post exposición (PEP)	139
3.11 Profilaxis preexposición (PrEP)	140
3.12 Costeo del modelo de intervenciones para la prevención, atención y tratamiento del VIH	141
Capítulo 4: Propuestas para la movilización de recursos públicos para el financiamiento de la prevención y atención del VIH en Guatemala, 2017-2026	147
4.1 El sistema tributario guatemalteco	148
4.2 Las filtraciones del sistema tributario guatemalteco	154
4.3 Los espacios fiscales posibles en materia tributaria	161
4.4 Análisis de las posibilidades políticas de lograr movilizar recursos públicos para el VIH	162
Conclusiones y recomendaciones	169
Referencias bibliográficas	173
Anexos	177

TABLAS

Tabla 1. Modelo de análisis	26
Tabla 2. Morbilidad por causas específicas (en porcentajes, 2016)	27
Tabla 3. Casos por departamento de residencia, sexo y clasificación (2016)	33
Tabla 4. VIH y VIH avanzado: Casos por vía de transmisión, sexo y clasificación (2016)	34
Tabla 5. Estimación de casos y prevalencia del VIH	36
Tabla 6. Prevalencia de VIH en poblaciones clave (2013 y 2016)	37
Tabla 7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años con conocimientos sobre prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo o hija (en porcentajes)	44
Tabla 8. Cobertura de la prueba del VIH en mujeres y hombres según características generales (en porcentajes)	47
Tabla 9. Estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	55
Tabla 10. Número y tipo de servicios públicos de salud	60
Tabla 11. Número y ubicación de las UAI y número de Personas con VIH retenidos/ atendidos (2015)	62
Tabla 12. Estructura básica de personal de una unidad de atención integral	64
Tabla 13. Intervenciones según tipo de prevención	73
Tabla 14. Intervenciones, requisitos e insumos	73
Tabla 15. Origen del financiamiento de la respuesta al VIH (cifras en millones de quetzales)	78
Tabla 16. Acciones institucionales vinculadas con el VIH y su asignación presupuestaria	81
Tabla 17. Actividades del Ministerio de Educación destinadas a la prevención del VIH	86
Tabla 18. Resultados del MSPAS	95
Tabla 19. Presupuesto destinado a VIH (por resultados)	99
Tabla 20. Presupuesto del MSPAS según intervenciones y producto (en millones de quetzales)	101

Tabla 21. Presupuesto del MSPAS destinado a VIH (por renglón, en millones de quetzales)	103
Tabla 22. Presupuesto destinado al Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (PNS), por renglón 266 e insumos	104
Tabla 23. Presupuesto del MSPAS destinado a VIH, por nivel de atención	106
Tabla 24. Presupuesto por gestión por resultados vinculado a VIH/sida	109
Tabla 25. Costos unitarios de intervenciones vinculadas al VIH	112
Tabla 26. Indicadores para demanda de condones	115
Tabla 27. Indicadores de PTMI	118
Tabla 28. Indicadores para prueba de VIH	120
Tabla 29. Indicadores de diagnóstico y tratamiento de ITS	125
Tabla 30. Indicadores de tratamiento de VIH	131
Tabla 31. Esquemas de tratamiento ARV (2016) del MSPAS	131
Tabla 32. Precios de la adquisición de ARV por el PNS (2016)	134
Tabla 33. Consumo por ARV en TAR en UAI del Hospital Roosevelt (Año 2016)	135
Tabla 34. Precios de TAR por línea de tratamiento (2016)	137
Tabla 35. Indicadores de la profilaxis preexposición	141
Tabla 36. Costeo de intervenciones para la prevención, atención y tratamiento del VIH	142
Tabla 37. Matriz de costeo de intervenciones en VIH	143
Tabla 38. Progresividad tributaria medida por el Índice de Kakwani (2011).: Clasificación en áreas rural y urbana	152
Tabla 38. Guatemala. Estimación del peso de algunas filtraciones tributarias. En porcentajes del PIB	160

GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámides poblacionales de la República de Guatemala y los departamentos de Quiché, Totonicapán y Guatemala según estimaciones para 2017	21
Gráfica 2. Salario mínimo por actividad económica y costos de las canastas básica alimentaria y básica vital, en quetzales (2014-2016)	24
Gráfica 3. Mortalidad evitable por grupos de enfermedad y por departamento (2014)	30
Gráfica 4. Mortalidad evitable según grupos de enfermedad y grupos de edad (2014)	31
Gráfica 5. VIH y VIH avanzado: Casos por sexo y año de notificación (enero 1984 - diciembre 2016)	32
Gráfica 6. Distribución del número de casos de VIH, por grupos de edad (2016)	34
Gráfica 7. VIH y VIH avanzado: Casos y porcentaje por pueblos y sexo	35
Gráfica 8. Autoidentidad sexual de hombres que tienen sexo con hombres, por ciudad (2016)	38
Gráfica 9. Uso consistente de condón en los últimos 12 meses en hombres que tienen sexo con hombres, por ciudad (2016)	39
Gráfica 10. Identidad de género de las mujeres trans (2016)	40
Gráfica 11. Uso consistente de condón en los últimos 12 meses en mujeres trans	40
Gráfica 12. Uso consistente de condón en los últimos 12 meses en mujeres trabajadoras sexuales	41
Gráfica 13. Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años con conocimiento comprensivo sobre el VIH, según características generales	43
Gráfica 14. Múltiples parejas sexuales en mujeres y hombres de 15-49 años	45
Gráfica 15. Cobertura de la prueba del VIH en mujeres y hombres de 15 a 49 años	46

Gráfica 16. Consejería a mujeres embarazadas y prueba del VIH según características generales	50
Gráfica 17. Autoreporte de infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus síntomas	51
Gráfica 18. Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años que reportaron haber tenido una ITS o síntomas asociados con ITS en los últimos 12 meses que buscaron consejería o tratamiento	52
Gráfica 19. Razones para no consultar al estar enfermos según las Encovi de 2006 y 2014	59
Gráfica 20. Distribución de los servicios de primer y segundo nivel de atención por departamento (2017)	61
Gráfica 21. Tipo y proporción de los contratos laborales del MSPAS (2016)	66
Gráfica 22. Tipo de personal del MSPAS por área de salud	67
Gráfica 23. Financiamiento de la salud (2007-2015)	68
Gráfica 24. Financiamiento público destinado a la salud (como porcentaje del PIB)	69
Gráfica 25. Presupuesto del MSPAS (2007-2017)	70
Gráfica 26. Destino del gasto promedio del presupuesto (2007-2017, en porcentajes)	71
Gráfica 27. Gasto en VIH por fuente de financiamiento	77
Gráfica 28. Categorías de gasto relativo al VIH	79
Gráfica 29. Gasto en poblaciones beneficiadas (2015, en porcentajes)	80
Gráfica 30. Presupuesto del Mineduc destinado a actividades de prevención del VIH	87
Gráfica 31. Presupuesto del PNS*	88
Gráfica 32. Financiamiento del PNS*	89
Gráfica 33. Presupuesto del PNS por grupo de gasto*	90
Gráfica 34. Transferencias corrientes a instituciones de salud y asistencia social	91
Gráfica 35. Presupuesto del gobierno central vinculado con acciones de VIH	92
Gráfica 36. Presupuesto destinado a VIH	98
Gráfica 37. Presupuesto del MSPAS según intervenciones.	100
Gráfica 38. Costos de la campaña de comunicación social, quetzales corrientes	114
Gráfica 39. Costos de dotación de condones, millones de quetzales	116
Gráfica 40. Costos de prevención y eliminación de la transmisión materno infantil del VIH (2016-2026)	119
Gráfica 41. Lugar dónde se realizó la última prueba de VIH	122
Gráfica 42. Estimación de costos de la prueba del VIH, millones de quetzales	123
Gráfica 43. Estimación de costos de la prueba de. VIH por grupo	123
Gráfica 44. Lugar de atención de ITS (2016)	124
Gráfica 45. Personas con diagnóstico y tratamiento de ITS	127
Gráfica 46. Estimación de costos de diagnóstico y tratamiento de ITS	128
Gráfica 47. Cascada del continua de atención	130
Gráfica 48. Estimación de las personas en TARV	132
Gráfica 49. Costos de esquemas de tratamiento ARV	137
Gráfica 50. Costos de tratamiento del VIH	138
Gráfica 51. Costos de tratamiento de enfermedades oportunistas	139
Gráfica 52. Costos de la profilaxis post exposición	140
Gráfica 53. Costos de la profilaxis preexposición	141
Gráfica 54. Carga tributaria y presión tributaria equivalente (1995-2016)	151
Gráfica 55. Estructura tributaria (2016)	152
Gráfica 56. Importancia de los impuestos al comercio exterior del total recaudado (2004-2016)	153
Gráfica 57. Guatemala y México. Índice del tipo de cambio efectivo real (1990-2016)	154

Gráfica 58. Productividad aparente del IVA, período (2009-2017)	155
Gráfica 59. Nivel de incumplimiento tributario del IVA, período (2010-2016)	156
Gráfica 60. Productividad de los diferentes regímenes del ISR, (2013-2017)	157
Gráfica 61. Nivel de incumplimiento tributario del ISR, (2012-2014)	158

FIGURAS Y MAPAS

Figura 1. Modelo de análisis	4
Figura 2. Arquitectura y relaciones de los sistemas de salud	17
Figura 3. Organigrama del MSAS	54
Figura 4. Modelo Incluyente de Salud (MIS)	58
Figura 5. Historia natural de la enfermedad	72
Figura 6. Estimación de flujos y gastos del VIH	75
Figura 7. Eslabones de la cadena de resultados	93
Figura 8. Avances del presupuesto por resultados (PpR)	93
Figura 9. Intervenciones según tipo de prevención	94
Figura 10. Estructura del PpR para clasificar intervenciones en VIH	96
Figura 11. Intervenciones del modelo de costeo	113
Figura 12. Acciones para la prevención y eliminación de la transmisión materno infantil del VIH	117
Mapa 1. Cobertura de la prueba del VIH	49

Introducción

Se ha estimado que hacia 2016 vivían en Guatemala 46,000 personas (adultos y niños) con VIH/sida, lo cual representa una prevalencia del 0.5% por cada mil habitantes. El país presenta una epidemia concentrada, lo que significa que la prevalencia en la población general es menor del 1.0% y mayor que el 5.0% en poblaciones consideradas clave: mujeres trabajadoras sexuales (MTS), con una prevalencia del 1.1%; hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 10.5%; y mujeres trans, 24.0% (según la última encuesta de 2016 en la ciudad de Guatemala).

El país se adhirió en 2014 al compromiso de acabar con la epidemia de VIH/sida para 2030, planteando, para el efecto, la *Estrategia de respuesta acelerada*, cuyas metas para el año 2020 se resumen bajo la denominación de «metas 90-90-90»: «Que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico; que el 90% de las personas que conocen su diagnóstico reciban tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento tengan supresión viral (carga viral indetectable)» (OPS, 2015). Este compromiso se enlaza, además, con al menos dos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en específico, con el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en las distintas edades (ODS 3), y con lograr la igualdad entre los géneros (ODS 5).

Para consolidar y hacer operativos los esfuerzos para el combate al VIH, es vital la vinculación de los compromisos en materia política con una correspondiente asignación de recursos financieros. De esa manera, los esfuerzos en prevención y atención de los programas de personas con VIH/sida en el país pasan forzosamente por asegurar el financiamiento que el Estado pueda proveer para garantizar los derechos de las personas, especialmente las más vulnerables. Y es que la situación financiera del Estado muestra un sostenido deterioro de los ingresos tributarios, particularmente en 2015, cuando la carga tributaria representó el 10.2% del PIB —la más baja en décadas—, y cuyos impactos en el gasto público se han traducido en la reducción de recursos asignados al financiamiento de la prevención y atención de esta epidemia, así como en el colapso en la prestación de los servicios de salud pública.

En las organizaciones no gubernamentales cabe destacar su decidido esfuerzo por contribuir a la prevención y atención. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a través del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (PNS), en coordinación con otros programas, es el principal responsable de dirigir, coordinar y ejercer la rectoría sobre las intervenciones dirigidas a la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida.

En tal sentido, el presente documento tiene como propósito establecer mecanismos de sostenibilidad de carácter fiscal que puedan ser implementados en la próxima década para la atención y prevención del VIH en Guatemala. Así, se realiza un diagnóstico sobre la inversión que hace el Estado guatemalteco en la prevención y atención del VIH, con especial énfasis en el MSPAS; luego se plantean escenarios prospectivos sobre el esfuerzo fiscal que debiera realizarse para lograr la prevención y atención del VIH dentro del sistema de salud pública (MSPAS); y finalmente se determinan espacios fiscales que faciliten la movilización de recursos públicos para el financiamiento de las acciones que permitan el abordaje integral del VIH, especialmente para cubrir con fondos domésticos aquellos recursos provenientes de la cooperación internacional. En este último aspecto, se tomó en consideración la dotación de herramientas de análisis con posibilidades políticas para lograr la movilización de recursos públicos.

1. Marco legal nacional e internacional del derecho a la salud

1.1 Marco general

Para analizar el marco legal nacional e internacional que sustente una propuesta de índole fiscal para la prevención y atención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Guatemala, es necesario definir previamente el marco de análisis, sobre todo el relativo a sus niveles y a cómo se conceptualizan la prevención, promoción y atención, términos que son comúnmente invocados en los instrumentos legales y que, en la práctica, suelen tener distintas concreciones que resultan en abordajes disímiles aun cuando se emplee la misma palabra. Por ejemplo, el tema de promoción de la salud, que conceptualmente significa generar condiciones saludables, suele equipararse con educación en salud, lo cual lo limita, restringiendo la promoción a acciones de divulgación y comunicación sobre salud reproductiva, uso de condones, entre otros. Otro ejemplo: la prevención entendida desde una perspectiva individual se centra en acciones puntuales para evitar que la persona enferme, sin considerar los aspectos contextuales ni los otros niveles de prevención. El problema que generan estos enfoques parciales es que de ellos se derivan acciones parciales. Esto se explica con amplitud en los párrafos siguientes.

En cuanto a los niveles de análisis, los procesos de salud-enfermedad, incluyendo el relativo al VIH, son complejos, multideterminados y de naturaleza histórico social. Para ordenar y comprender estos procesos, se puede utilizar como una herramienta analítica la propuesta de Castellanos (2008) en la que se establecen tres niveles de determinación y condicionamiento que, a su vez, definen el tipo de intervención que se necesita.

De acuerdo con este modelo, todas las sociedades, en cada momento histórico, tienen un *modo de vida propio*, el cual es expresión de factores tales como las condiciones físicas y geográficas donde la sociedad se asienta; el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, de su organización económica, social y política, de su cultura e historia. Este *modo de vida* corresponde a una situación de salud determinada, lo cual hace que, en cada país, dicha

situación sea diferente. En este modelo, el *modo de vida* corresponde al nivel general de análisis.

El *modo de vida* determina al siguiente nivel, llamado *condiciones de vida*. Este corresponde a la manera en que los distintos grupos que se conforman en cada sociedad se insertan en el funcionamiento general de esta y diferencian, a la vez, sus perfiles de enfermedad, muerte y riesgos a la salud. Los grupos humanos se forman como construcciones sociales a partir de diversas estratificaciones tales como la edad, el sexo, el lugar de residencia, la situación socioeconómica, la orientación sexual, la identidad de género, la etnia, por mencionar algunas. Las *condiciones de vida* corresponden al nivel particular de análisis.

Estos niveles (general y particular) determinan, a la vez, al siguiente nivel, el *estilo de vida*, que corresponde al nivel singular de análisis y que se expresa en los individuos, determinando su medio residencial, laboral, hábitos, normas y valores, su nivel educativo e inserción en los procesos de producción y reproducción social. Los estilos de vida también determinan perfiles individuales de enfermedad, muerte y riesgo singulares. Este modelo brinda un marco para profundizar en el proceso de definición e implementación de las leyes, normativas, políticas públicas de salud y sus correspondientes planes y acciones.

De acuerdo con el modelo de Castellanos, al elegir un problema de salud, o más bien, una situación de salud no deseada —que en este caso es la epidemia de VIH—, esta puede verse desde el plano de daño a la salud en individuos (nivel singular) pero, a la vez, se está asumiendo que existe una serie de determinantes situados en los niveles particular (grupos sociales afectados) y general (razones del aumento o decremento de la epidemia en un país específico) que deben considerarse en el abordaje de leyes, políticas, planes e intervenciones, pues son parte de una cadena compleja de determinación en la que si solo se observa un elemento se incurriría en el error de hacer simple un evento complejo, lo que conduciría a obtener malos resultados.

Así, en cada nivel de este modelo analítico se debe enfatizar en una clase particular de intervención. En el nivel singular o de *condiciones de vida*, es decir con los individuos que ya han sido afectados por el problema, la intervención principal es la atención (curación o recuperación de la salud), con todo lo que esto implica; en una menor proporción se necesitan

FIGURA 1. MODELO DE ANÁLISIS

Nivel general:
Modo de vida

Todos los procesos generales se expresan en el espacio de vida de las poblaciones.

Nivel particular:
Condiciones de vida

La situación de salud de cada grupo de población en particular se articula estrechamente con sus condiciones de vida y con los procesos que la reproducen o transforman.

Nivel singular:
Estilo de vida

Cada individuo o grupo pequeño tiene un estilo de vida singular relacionado con sus propias características (biológicas, su medio residencial y conciencia, y su participación en la producción y distribución de bienes y servicios).

acciones de prevención individual y todavía en menos proporción, acciones de promoción de la salud.

En el nivel particular o de *condiciones de vida*, relativo a los grupos sociales, las acciones son principalmente preventivas, una proporción menor de acciones de promoción de la salud y, en una aún más pequeña proporción, acciones de curación.

En el nivel general o de *modo de vida*, las intervenciones son básicamente de promoción de la salud, en una menor proporción de prevención, y prácticamente ninguna intervención es de tipo curativo.

Es importante resaltar en este modelo que, para una misma condición, dependiendo del nivel considerado así serán las intervenciones. Por ejemplo, para el VIH, visto desde el nivel singular, las acciones son de diagnóstico, tratamiento, aprovisionamiento de medicamentos, nutrición y soporte social y afectivo; además de hacer estas intervenciones, si se considera el nivel particular las intervenciones serán las pruebas de detección temprana, la lucha contra la discriminación y la estigmatización, entre otras. Si el abordaje se basa en considerar el nivel general, las intervenciones se vincularán con la promulgación de políticas públicas, normas, regulaciones y acuerdos nacionales e internacionales.

5

Las intervenciones en salud

Las intervenciones en salud se agrupan en cinco categorías básicas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, alivio y consuelo.

Cuando una persona está enferma, es decir que ya es portadora del problema, la intervención que se requiere es la curación, que implica complejos procesos de diagnóstico y tratamiento. Las otras categorías vinculadas con las personas enfermas son el alivio (cuando no es posible la curación) y el consuelo (proceso de acercamiento afectivo y empático para ayudar a los enfermos a sobrellevar su sufrimiento).

Cuando una persona o grupo de personas aún no enferman, las intervenciones para evitar que esto suceda se llaman prevención, que implica la identificación de los riesgos para enfermar, las poblaciones susceptibles, los procesos de determinación y condicionamiento de la salud-enfermedad y, con esto, el diseño de intervenciones efectivas para evitar la enfermedad. Las intervenciones vinculadas con la prevención son la reducción de la susceptibilidad, la modificación o erradicación de la causa o el riesgo y/o la modificación de las condiciones físicas, sociales, económicas, políticas o culturales que favorecen la enfermedad o aumentan la protección de los grupos sociales ante ella. La prevención también se puede realizar cuando una persona está enferma, pero el objetivo ya no es evitar la enfermedad sino la muerte, la discapacidad o la cronicidad.

Cuando se desea que no existan personas enfermas ni en riesgo de enfermar, la intervención se llama promoción de la salud, que no debe confundirse con las acciones preventivas de educación para la salud. La promoción de la salud no se basa en la consideración de enfermedad alguna, se trata de acciones para generar condiciones saludables, tales como el mejoramiento de la vivienda, la educación, el empleo y el salario dignos, entre otros. Las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud son las políticas públicas saludables, el fomento de acciones y actitudes personales favorables a la salud (evitar adicciones, hacer ejercicio, alimentarse bien, por ejemplo), la reorientación de los servicios y el fomento de la participación social.

1.2 Legislación

Siguiendo la línea argumental anterior, el análisis de la legislación se basará en cómo esta se ubica en alguno de los tres niveles señalados y en las intervenciones básicas ante un problema de salud.

1.2.1 Legislación general: El derecho a la salud

Las leyes, normas y reglamentos relativos al nivel general o de país son aquellas que generan el marco del derecho a la salud, del cual se derivan sus particularidades. Estas leyes se enmarcan en la categoría de promoción de la salud, pues sin tratarse propiamente de servicios, medicamentos, o intervenciones médicas, promueven la salud mediante la generación de condiciones saludables para toda la población.

6 El derecho a la salud se concibe como aquel que tiene toda la población a obtener el más alto grado de salud posible. En este sentido, los acuerdos internacionales que Guatemala ha suscrito y que tienen vinculación con la salud son: el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y su *Protocolo Facultativo*; ¹ la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*; ² la *Convención sobre los Derechos del Niño*; ³ la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*; ⁴ la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*; ⁵ la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*; ⁶ y el *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. ⁷ Guatemala también ha asumido obligaciones regionales que incluyen el cumplimiento del derecho a la salud, tales como la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*; ⁸ además, ha dado su ratificación y adhesión al *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, conocido como *Protocolo de San Salvador*, ⁹ en cuyo artículo 10 se enuncia el derecho a la salud.

Otro instrumento ratificado por Guatemala y que de cierta forma obligó a contabilizar los avances en el combate a la epidemia fueron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): en septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron el establecimiento de objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. El sexto objetivo estaba relacionado con el VIH y el sida y se refería a «Combatir el VIH y sida, el paludismo y otras enfermedades». La meta 7 de este objetivo consistió en «Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y sida». Los indicadores de esta meta se refirieron a tasa de morbilidad del VIH y sida entre mujeres embarazadas en edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, tasa de uso de anticonceptivos y número de niños huérfanos por causa del VIH y sida. Otras metas, en el ámbito de la salud, hicieron referencia a la reducción de la mortalidad infantil en dos cuartas partes, y de la mortalidad materna, en tres cuartas partes. Al ser afectados estos grupos por la epidemia sus resultados también fueron afectados por VIH.

1 Véase en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

2 Véase en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

3 Véase en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf).

4 Véase en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.

5 Véase en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

6 Véase en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>.

7 Véase en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_100910.pdf.

8 Véase en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf.

9 Véase en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

Luego de los ODM se promulgaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El objetivo 3 declara que se busca la buena salud y el bienestar para toda la población; para su cumplimiento se tiene la meta 3, que expresa: «Para 2030 se ha detenido la epidemia de SIDA [sic]». ¹⁰

Otro compromiso internacional de grandes implicaciones para este ejercicio de estimación del esfuerzo fiscal para atender la epidemia es el llamado PEPFAR, por sus siglas en inglés (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*). Esta iniciativa fue lanzada en 2003 durante la administración de George Bush y, en su primera fase, su objetivo fue atender la emergencia de la epidemia, particularmente en África; en la fase II, bajo la administración Obama, el objetivo fue enfatizar en la sostenibilidad del esfuerzo mediante la creación de una amplia red internacional de organizaciones vinculadas técnica y financieramente; y en la fase III, se desarrolló el ambicioso objetivo 90-90-90, que significa que el 90% de la población infectada cuente con diagnóstico, que el 90% de los diagnosticados estén bajo tratamiento antiretroviral (ARV), y que el 90% de los tratados haya logrado la supresión de la carga viral. Sin duda, las implicaciones de este objetivo para los esfuerzos nacionales conllevan a un incremento de los recursos financieros y de servicios, impactando todos los planes actuales. Conforme a la normativa nacional, los acuerdos internacionales surten efecto inmediato en el derecho interno y se reconoce y acepta la primacía de los tratados de derechos humanos, ratificados por el Estado, sobre el ordenamiento jurídico interno. Por consiguiente, el derecho a la salud y sus implicaciones tienen prioridad sobre las leyes nacionales de cualquier índole.

La legislación vigente en el país de interés para la lucha contra el VIH, tanto de índole general como sectorial, proviene de la Constitución Política de la República de Guatemala, ¹¹ promulgada en 1985; de los *Acuerdos de Paz*, ¹² que significaron compromisos sobre la inversión pública en salud, y del *Código de Salud*. ¹³

Al suscribir estos instrumentos internacionales y promulgar la legislación nacional correspondiente, Guatemala asumió el compromiso de considerar la salud como un derecho humano y, por consiguiente, una responsabilidad del Estado. Esto implica atender la salud, de manera integral y equitativa, de todos y todas las ciudadanas, sin discriminación alguna, y desarrollar políticas, planes y programas específicos para poblaciones vulnerables que, en el caso de este documento, son aquellas en riesgo de adquirir la infección por el VIH, es decir, mujeres transgénero (población trans), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (MTS), hijos de madres con VIH, parejas de hombres y mujeres con VIH. Por supuesto, sin menoscabo de que la infección puede ocurrir en cualquier persona fuera de estos grupos.

La Constitución Política de la República de Guatemala establece un marco general para la salud al consignarla como un derecho, en tanto que el Código de Salud estipula la normativa para el sector. Esta legislación se ha desarrollado de manera progresiva y ha adquirido lógicas distintas según la etapa histórica de su promulgación. De esta manera es posible analizar el espíritu de la Constitución Política... de 1985, promulgada cuando el país salía de un período largo de dictaduras militares y prevalecía el enfoque de derechos, lo cual condujo a declarar que la salud es un derecho humano. El Código de Salud, en el marco de las reformas de ajuste estructural de los años noventa, durante el gobierno de Álvaro Arzú, estableció una normativa focalizadora y subsidiaria, para luego ser parcialmente cambiada durante el

10 Un análisis de los resultados nacionales para el caso de los ODM y la línea de base de los ODS será considerado en el apartado sobre la situación del VIH en Guatemala.

11 Véase en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf.

12 Véase en: http://www.gt.undp.org/content/dam/guatemala/docs/publications/undp_gt_Acuerdos-de-Paz-O.pdf.

13 Véase en: <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Codigo-Salud.htm>.

gobierno de Alfonso Portillo. Asimismo, al final de los noventa y en la primera década del siglo XXI, el avance en la organización y activismo de grupos sociales tradicionalmente marginados —tales como las mujeres y las poblaciones indígenas, pero también los grupos vinculados con la epidemia de VIH— ha logrado imprimir su sello a la legislación, especialmente en los temas de salud reproductiva e interculturalidad y atención integral a las personas con VIH (IcEFI/Unicef, 2011).

En cuanto a los Acuerdos de Paz, firmados en diciembre de 1996, conviene destacar particularmente que el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, sección II, inciso B, estipula la necesidad de impulsar una reforma del sector salud orientada al ejercicio del derecho garantizado por el Estado. En estos acuerdos se definieron como prioridades de atención la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental, la salud preventiva y la atención primaria, la cual debía hacer énfasis en la población materna e infantil. Si bien no se hicieron explícitos objetivos para atender la epidemia de VIH, el énfasis en la población materna e infantil constituye un respaldo para las políticas y planes relativos a la supresión de la transmisión vertical del VIH. Otros aspectos considerados en estos acuerdos son los relativos a la revisión de las normas y prácticas de compra y distribución de los equipos, insumos y medicamentos, en el sentido de favorecer mecanismos que garanticen la provisión y transparencia, incluyendo el uso de medicamentos genéricos.

1.2.2 La legislación particular o de atención a los grupos vulnerables

En la sección anterior se mostraron los convenios y leyes que, sin ser particularmente relativos a la salud (con excepción del *Código de Salud*), establecen un marco general para desarrollar intervenciones. En esta sección, por el contrario, se enumeran las leyes que buscan afectar de forma positiva la salud de la población desde distintas perspectivas.

La infección por VIH ha sido estudiada ampliamente y se han definido con claridad las vías de transmisión, así como las poblaciones en riesgo. Para enfrentar esta situación, además de diseñar intervenciones efectivas, se ha buscado promover legislación que no solo apoye el éxito de dichas intervenciones, sino que las haga sostenibles. A continuación, se enumeran las que se considera dan un importante respaldo al esfuerzo institucional público y privado para la contención de la epidemia, la prevención de nuevos casos y la atención de las personas que presentan el padecimiento.

En el año 2000 se promulgó 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*.¹⁴ Esta pieza jurídica fue el resultado de un intenso trabajo de organizaciones de la sociedad civil y entidades de la cooperación internacional por hacer visible el problema y por generar un marco legal que permitiese abordarlo de forma integral.

En esta ley se declara la atención de la epidemia como una acción de urgencia nacional y se establece la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y sida, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

14 Véase en: http://www.portalsida.org/repos/ley_sida_gt.pdf.

Para la coordinación y operación del esfuerzo nacional, se creó, dentro de la estructura programática del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (PNS). Este programa tiene funciones de rector en el ámbito nacional en la promoción de la salud, prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnóstico, atención y seguimiento de las ITS, VIH y sida, con enfoque intersectorial, interinstitucional, interprogramático y multidisciplinario, con la participación de la sociedad civil organizada, y adaptado al entorno multicultural y plurilingüe de la población.

Además, el MSPAS adquirió la responsabilidad de crear la Comisión Nacional Multisectorial del Sida (Conasida), conformada por aquellas organizaciones que velan y trabajan en la prevención de ITS/VIH. Esta comisión debe coordinar y apoyar las políticas que dicte el MSPAS a nivel nacional; se integra por el MSPAS, y otras organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil y cuenta entre sus funciones planificar, ejecutar y evaluar los programas de salud relativos a ITS/VIH; garantizar al respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos relacionados con el VIH; recaudar fondos que complementen el aporte del Estado para el Programa Nacional del Sida; elaborar y actualizar las normas y reglamentos para la investigación científica relacionados con el VIH; emitir dictámenes; mantener vigente, actualizada y analizada la información epidemiológica sobre ITS/VIH; priorizar a la población y las intervenciones que impulsarán las instituciones; y desarrollar las medidas administrativas legales y éticas aplicables a personas jurídicas o individuales que contravengan las disposiciones contempladas en la ley.

Además, en su articulado la ley considera diversos aspectos: la educación e información a la población en general, a la comunidad educativa y a los trabajadores de la salud; el diagnóstico y la confidencialidad de las pruebas; la vigilancia epidemiológica, y la promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas con VIH o en riesgo de adquirirlo. Esta última sección establece la prohibición de la discriminación en el empleo, en el acceso a servicios, en la educación, las condiciones de trabajo, la recreación, la salud sexual y reproductiva y el derecho de las personas en situaciones especiales como los personas privadas de libertad, reclusos en instituciones mentales, o en el ejército o policía.

El reglamento que da vida y hace operativa esta ley es el *Acuerdo Gubernativo 317-2002*.¹⁵ En este instrumento legal se pormenoriza la manera de implementar cada uno de los artículos de la ley.

En el año 2005 se formuló la *Política pública respecto a las infecciones de transmisión sexual -ITS- y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-*,¹⁶ que fue aprobada mediante *Acuerdo Gubernativo 638-2005*. Esta política establece como principios rectores la dignidad de la persona, el respeto y garantía de sus derechos fundamentales, incluyendo los derechos económicos, sociales y culturales, así como los derechos específicos de las personas con VIH o sida, tales como el derecho a la autonomía, a información adecuada y oportuna, a la no discriminación y a la confidencialidad. Asimismo, se estipula que en la implementación de la política deben considerarse las diferencias de género, edad, condición económica, situación social, credo religioso, etnia, contexto sociocultural, y otros, y que es preciso brindar atención prioritaria a grupos especialmente vulnerables identificados mediante estudios epidemiológicos periódicos. Un principio rector es la valoración y

15 Véase en: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/reglamento_ley_gral_sida_ag_317-2002_-_guatemala.pdf.

16 http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/acuerdo_gubernativo_no_638-05_-_guatemala.pdf.

promoción del apoyo y la movilización comunitaria en las acciones involucradas en la política, y la valoración de los aportes de la sociedad civil y de la comunidad internacional para la creación de sinergias en el desarrollo de acciones estratégicas. El enfoque de las acciones debe ser integral, multidisciplinario e intersectorial y de género.

El objetivo general de la política es implementar los mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, VIH y sida, considerando que estos problemas son de índole social y económica y de urgencia nacional. También busca garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

Se establecen como ejes sectoriales de la política la prevención, atención integral de las ITS, VIH y sida, reducción, contención y mitigación del impacto de estos padecimientos, y la atención a los grupos vulnerables. Además, se formulan, como ejes transversales de la política, la garantía de los derechos humanos, la participación comunitaria, la consideración de la pluriculturalidad, la generación de sinergias y la comunicación social.

10

En esta política se establecen con claridad las instituciones responsables de la coordinación, operación y evaluación de las acciones que permitan el logro del objetivo y la realización de las acciones contenidas en los ejes sectorial y transversal.

Otros de los instrumentos legales pertinentes para respaldar las acciones de combate a la epidemia de VIH y sus secuelas son:

- a. *La Ley de Desarrollo Social, Decreto No. 42-2001*,¹⁷ cuyo articulado si bien no contempla acciones específicas, sí incluye el abordaje de la salud integral de las madres y niños y la atención a poblaciones vulnerables. Además, crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) que desde el MSPAS promueve acciones de prevención de embarazos y de ITS, así como la maternidad saludable.
- b. *La Ley de Maternidad Saludable, Decreto No. 32-2010*.¹⁸ Esta ley declara el interés de mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos, además de promover el desarrollo humano a través del aseguramiento de la maternidad saludable mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información y servicios de calidad para la erradicación progresiva de la mortalidad materna y neonatal. Establece la gratuidad de los servicios, lo que refrenda el Código de Salud; estipula un sistema de monitoreo y evaluación, lo que resulta útil a la totalidad del sistema de servicios, indistintamente del tema en cuestión. Otra disposición relevante se refiere a la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos (incluyendo la sangre segura) para la atención del embarazo, parto y post parto, lo que sin duda aporta a la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- c. *La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2010*,¹⁹ establece con claridad los derechos de niños, niñas y adolescentes, entre los cuales desarrolla los temas de protección del Estado y salud. En la redacción se muestra que, ante cualquier enfermedad, el Estado es responsable, junto con la familia, de proveer a esta población la atención requerida; esto, sin duda, es un respaldo para la protección de quienes están en riesgo de adquirir VIH.
- d. Otro instrumento normativo vigente es el *Plan nacional de desarrollo K'atun: Nuestra Guatemala 2032*, presentado en 2014 por la Secretaría de Planificación y Programación de

17 Véase en: <https://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf>.

18 Véase en: http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/288_1.pdf.

19 Véase en: <https://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyProteccionIntegralNinez.pdf>.

la Presidencia (Segeplán). Este plan es resultado de un proceso de carácter participativo, incluyente y democrático liderado por el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (Conadur) en el que participaron representantes de cooperativas, trabajadores, pueblo garífuna, campesinos, mujeres, pueblo xinka, pueblo maya, mipymes, jóvenes, niñez y adolescencia, oenegés, universidades, agencias de cooperación, sector privado, centros de investigación y colegios profesionales.

El abordaje metodológico incluyó el diagnóstico de los problemas del desarrollo nacional, la discusión sobre la mejor forma de abordarlos, la identificación de las políticas vigentes y su relación con las propuestas de solución de problemas, los marcos explicativos de los procesos y la priorización de problemas y acciones. Se delimitaron cinco ejes de políticas para implementar en el período definido de 2014 a 2032: a) «Guatemala urbana y rural»; b) «Bienestar para la gente»; c) «Riqueza para todas y todos»; d) «Recursos naturales hoy y para el futuro»; e) «Estado como garante de los derechos humanos y conductor del desarrollo».

En el eje de bienestar para la gente se propone garantizar a las personas el acceso a la protección social universal, servicios integrales de calidad en salud y educación, servicios básicos, habitabilidad segura, acceso a alimentos y capacidad de resiliencia para asegurar la sostenibilidad de sus medios de vida mediante intervenciones universales de política pública. En este eje se desarrollan las prioridades con sus respectivas metas. La prioridad de interés para este análisis es la número 4:

Prioridad 4: Detener la epidemia de VIH y realizar un tratamiento de calidad a la población que convive con el virus, cuya meta es detener la epidemia y lograr que por lo menos el 90% de la población cuente con los conocimientos correctos sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH, haciendo énfasis en adolescentes y jóvenes (Guatemala, Segeplán, 2014: 196).

1.2.3 La legislación singular o de la atención a los individuos

En los apartados anteriores se logra visualizar el marco general que permite el combate a la epidemia de VIH y el desarrollo de políticas y acciones de prevención, promoción y atención colectiva, y se muestran los instrumentos para atender de forma diferenciada a las poblaciones clave y a los que ya viven con VIH. En este apartado se desarrolla el nivel de los instrumentos legales vinculados con la atención individual.

El marco normativo más cercano a la atención individual de las personas con VIH es el *Reglamento Orgánico Interno del MSPAS, promulgado mediante Acuerdo Gubernativo No. 115-99*;²⁰ en él se organiza el ejercicio de las siguientes funciones de este ministerio: rectoría del sector, financiamiento de la salud y provisión de servicios. En esta última función se establece una organización en red, definida por niveles de complejidad creciente desde una lógica de referencia entre niveles. Con base en esta estructura, es posible organizar una estrategia continua de la atención que va desde acciones de baja complejidad hasta el tratamiento hospitalario de las complicaciones.

Otro instrumento legal que aporta al manejo individual de casos es la *Ley de Accesibilidad a los Medicamentos, Decreto No. 69-98*,²¹ mediante la cual se crea el Programa de Accesibilidad de

20 Véase en: <http://transparencia.minfin.gob.gt/transparencia/BibliotecaDigital/Documentos%20Area%20Social/RSalud.pdf>.

21 Congreso de la República de Guatemala, Ley de Acceso a Medicamentos, Decreto 69-98, Guatemala, febrero de 1998.

Medicamentos (Proam) cuyo propósito es promover el abastecimiento y abaratamiento de medicamentos de alta calidad y otros insumos que permitan la recuperación de la salud. Estas estrategias para mejorar el acceso se realizan en farmacias estatales, farmacias municipales ya establecidas o por establecer, y ventas sociales de medicamentos. El objetivo del Proam es aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y a precios accesibles a la población mediante el fortalecimiento financiero, administrativo y técnico y la provisión de medicamentos a las farmacias y ventas sociales de medicamentos. Si bien este programa no incluye los medicamentos antiretrovirales (ARV), constituye un espacio que puede ser utilizado con estos fines.

Como parte de la estrategia de atención y tratamiento de las personas con VIH se han implementado las unidades de atención integral (UAI) que, en su mayoría, están adscritas a hospitales públicos. En estas unidades se desarrollan protocolos de manejo integral que forman parte de la normativa de atención. Además de las normativas anteriores, se han desarrollado guías de tratamiento, particularmente para el uso de ARV y protocolos de atención.

Otra legislación que puede complementar la lucha contra la discriminación es el artículo 202 bis del Código Penal, aplicable especialmente en el caso de que se prueben casos de discriminación por VIH. Hay además varios instrumentos legales, aunque no vinculantes, como las declaraciones relacionadas con temas de la diversidad sexual, como los principios de Yogyakarta.²²

1.2.4 La legislación sobre VIH en el contexto centroamericano

En Centroamérica, el país pionero en promulgar legislación para asegurar los derechos de las personas con VIH y promover la atención desde las instituciones del Estado fue Nicaragua, que en 1996 publicó la *Ley No. 238*.²³ Este instrumento estuvo vigente hasta el año 2012, cuando fue sustituido por la *Ley No. 820*,²⁴ que se consideró más avanzada y que incluye los derechos sociales, económicos, culturales y políticos de las personas con VIH y mejora el marco para la prevención, vigilancia y control de la epidemia. Ambas leyes crearon la Comisión Nicaragüense del Sida (Conisida) como mecanismo de gobernanza de los procesos para atender la epidemia. Esta comisión está integrada por instituciones del sector público, privado y de la sociedad civil.

En 1998, Costa Rica promulgó la *Ley No. 7771*,²⁵ *Ley General del VIH de la República de Costa Rica*. Este instrumento jurídico tiene como objeto la educación, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica y atención e investigación del VIH y el sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de sida y los demás habitantes de la República. En el desarrollo por artículos se legisla sobre prevención, vigilancia, control y atención de las personas con VIH, dejándole esta tarea al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense del Seguro Social, es decir, no se crea una comisión específica como en los otros países centroamericanos. En 1999, se aprobó el reglamento de la ley y

22 Véase en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>.

23 Véase en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127761.pdf.

24 Véase en: <http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Iniciativas.nsf/0/e254db0fc9127ecc062577dd0059242d/%-24FILE/Ley%20No.%20820%20VIH%20y%20Sida%20final.pdf>

25 Véase en: <https://www.hsph.harvard.edu/population/aids/costarica.aids.98.pdf>.

se creó el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH (Conasida). Actualmente hay una iniciativa para reformar la ley, pero aún no ha sido aprobada.

En 1999, se promulgó en Honduras el *Decreto: No. 147-99*,²⁶ *Ley Especial sobre VIH*, cuyo propósito es contribuir a la protección y promoción integral de la salud de las personas mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del sida, así como la educación e información de la población en general al respecto de este padecimiento. Declara de interés nacional el combate a la epidemia de VIH y plantea los siguientes objetivos: establecer los mecanismos necesarios de coordinación interinstitucional e intrasectorial conducentes a la educación, prevención, tratamiento, control e investigación del VIH; y definir las atribuciones y responsabilidades del Estado y sus instituciones, así como de las personas individuales o colectivas vinculadas con la problemática del VIH. Se crea la Comisión Nacional del Sida (Conasida) como el órgano coordinador del esfuerzo nacional, y se integra por organizaciones estatales, del sector privado y las organizaciones de la sociedad civil.

13

Como se ha referido en anteriores apartados, en el año 2000 se promulgó en Guatemala 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*. En 2001, se aprobó en El Salvador la *Ley Decreto no. 588*,²⁷ *Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana*. En esta ley se declaran como objetivos prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el VIH y establecer las obligaciones de las personas portadoras de él; también se define de manera general la política nacional de atención integral del VIH. Además, se garantizan los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con el VIH. En su articulado se crea la Comisión Nacional contra el Sida (Conasida) y se legisla sobre la no discriminación, las obligaciones institucionales y de las personas con VIH, y los procesos de prevención, vigilancia y atención.

Todos los instrumentos legales para el combate a la epidemia del VIH en Centroamérica son bastante similares. En todos los países se crea una comisión contra el flagelo, la cual es de carácter intersectorial. Asimismo, en todos los países se establecen artículos relativos a la educación de la población; la no discriminación laboral, escolar y social; la confidencialidad; la obligatoriedad del Estado de proveer servicios y tratamientos efectivos; la prevención, vigilancia y atención integral; y se desarrollan regímenes sancionatorios. Quizás el país que más ha avanzado en el uso de las lecciones aprendidas es Nicaragua pues, aun cuando en esencia las intervenciones son similares a las aparecidas en la ley anterior, amplió el marco teórico y el desarrollo conceptual de los derechos, lo cual permite nuevos enfoques argumentales y consolida la atención integral como responsabilidad del Estado.

1.3 Implicaciones de la legislación para el afrontamiento de la epidemia por parte del sector público

La legislación que respalda el combate a la epidemia del VIH en Guatemala permite y mandata la realización de todo tipo de intervención. Este marco normativo y legal define la naturaleza de las intervenciones, por ejemplo, se hace posible la lucha contra la discriminación y la estigmatización, así como la provisión de medicamentos antiretrovirales (ARV), la realización de pruebas, la consejería y la definición de políticas públicas. La principal característica

26 Véase en: <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/LeyEspecialVIHSIDA.pdf>.

27 Véase en: <https://www.hsph.harvard.edu/population/aids/elsalvador.aids.01.pdf>.

que subyace en toda la legislación es el enfoque de derechos humanos, cuyas garantías son fundamentalmente responsabilidad del Estado.

A partir de este enfoque se derivan las siguientes características que deben adquirir las intervenciones provistas:

Acceso universal y público: De acuerdo con las distintas leyes y normativas, todas las intervenciones para promover la salud y prevenir y atender la enfermedad deben ser de acceso universal y público; esto implica que debe haber disponibilidad de servicios, insumos adecuados, personal capacitado, medicamentos suficientes y oportunos. Para el logro de este cometido es preciso partir de conocer el estado actual del número y disponibilidad de servicios de salud en todo el país y, de forma particular, de aquellos que se ubican en los departamentos de mayor prevalencia del problema; la cantidad, distribución y competencias del personal de salud que atiende en dichos servicios; la presencia de procesos administrativos y logísticos para la provisión de insumos y medicamentos de forma oportuna, entre otros. Una vez establecidas las brechas, su reducción se convierte en uno de los objetivos de las intervenciones. Esta característica es fundamental para el logro del objetivo 90-90-90 (90% de las personas conocen su diagnóstico; 90% de las personas con VIH reciben tratamiento ARV; y 90% de quienes reciben tratamiento han logrado tener una supresión viral).

Asequibilidad de la atención: En Guatemala, cerca de la mitad de los habitantes vive por debajo de la línea de pobreza general y cerca del 25% por debajo de la línea de pobreza extrema. Ante esta situación, un elemento fundamental de cualquier intervención es la asequibilidad financiera. Esto implica la compra de medicamentos con mecanismos basados en economías de escala, el uso de medicamentos genéricos y la disponibilidad oportuna para los tratamientos. De acuerdo con el código de salud vigente, la atención debe ser gratuita y disponible para todos y todas, sin discriminación alguna.

Calidad en la atención: La dimensión de la calidad debe estar presente en todas las intervenciones. Esto implica la utilización de los mismos recursos, de forma eficiente y eficaz, en todas las circunstancias iguales.

La horizontalización: Este término se refiere a la integración horizontal de los programas verticales basados en enfermedades, estrategias o grupos de edad (por ejemplo, en el MSPAS existen veinte programas de este tipo —de salud reproductiva, de enfermedades vectoriales, de salud ocupacional, de atención a los pueblos, de atención a los adultos mayores, entre otros—) los cuales, a pesar de compartir servicios, procesos administrativos, logísticos y personal de atención, no comparten instrumentos de información, no coordinan entre sí y muchas veces compiten por los mismos recursos. La epidemia del VIH ocurre en un contexto complejo en el que los mismos recursos son utilizados para atender otros problemas prioritarios y en el que se comparten los servicios y el personal con otros problemas. Dada esta situación, la mejor estrategia, que además es promovida por la legislación vigente, es la horizontalización de los servicios; es decir, no hay que promover servicios exclusivos sino tender hacia su horizontalización, por supuesto, es preciso que los servicios específicos continúen y mejoren, pero deben apoyarse y complementarse con los servicios regulares para toda la población.

2. Diagnóstico del sistema de salud en Guatemala y sus implicaciones en la prevención y atención del VIH

15

Para lograr el objetivo de este documento, es decir, diagnosticar de forma efectiva el sistema de salud de Guatemala desde una perspectiva tal que muestre las implicaciones de su organización y relaciones con las capacidades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos —especialmente los vinculados con el VIH—, se necesita aclarar algunos conceptos para evitar así interpretaciones erróneas.

Los cuidados de la salud, en términos generales, han sido provistos a lo largo de la historia fundamentalmente en el seno familiar. Al principio estos cuidados se compartían con instituciones como la iglesia, pero de forma paulatina se fueron transfiriendo a las profesiones y al Estado.

Los límites de la atención de la salud se han ido expandiendo más allá de los aspectos vinculados con el cuidado de los enfermos, alcanzando aspectos legales, tecnológicos, de alimentación, de reproducción, crianza, sexualidad, actividad física, adicciones, medioambiente, comercio, educación, información, política pública, trabajo, prevención, promoción y, por supuesto, de actividades médicas especializadas a nivel subindividual. En esa expansión se han adicionado cada vez más instituciones y actores sociales que se relacionan de formas distintas.

Además, la salud, como experiencia humana, remite a las distintas dimensiones de esta. El ser humano, además de un ser biológico, es un ser cognitivo, afectivo, social, simbólico, espiritual, energético, con distintas manifestaciones en el proceso salud/enfermedad.

Los cuidados de la salud, entendidos como la respuesta organizada de la sociedad ante los problemas de la salud/enfermedad, tienen su representación concreta en el sistema de salud. Este, además de ser el espacio de la definición de políticas y planes y de la provisión de servicios, es simultáneamente una fuente de empleo e ingresos, un espacio de intercambio de recursos económicos, de información y tecnología, una arena política, un sector de la economía y un espacio simbólico vinculado con la vida y la muerte.

Todo lo anterior le agrega complejidad a la delimitación de los sistemas de salud y, en vista de que la tarea es realizar un diagnóstico del sistema de salud guatemalteco, una primera aclaración es delimitar el campo del diagnóstico. En este sentido, lo esencial es diferenciar entre **sector salud, sistema de salud y sistema de atención de la salud**.

En cuanto a la visión sectorial, de acuerdo con el *Código de Salud* ²⁸ se define al sector salud como el «Conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad».

16

En el enfoque sectorial se concibe al sistema de salud desde una perspectiva de inventario, es decir, mediante una agrupación de instituciones unidas por la finalidad de la salud, sin enfatizar en las relaciones que estas guardan entre sí y con su entorno, ni en los mecanismos de ese relacionamiento.

De acuerdo con la citada definición, lo que une a los integrantes del sector es la administración de acciones ²⁹ y, en ese sentido, unas instituciones son proveedoras de servicios de salud; otras proveen recursos tecnológicos, de información, humanos y financieros; otras apoyan las acciones en salud de forma indirecta (por ejemplo, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación [MAGA] en cuanto a la distribución de alimentos); otras realizan acciones de salud colectiva (como la provisión de agua por parte de las municipalidades).

Sin embargo, es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el que se ubica en el centro del sector salud y el que, por mandato, rectora las acciones sectoriales y proporciona las intervenciones directas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, atención de la salud y rehabilitación.

La perspectiva sectorial puede aumentar o reducir los elementos integrantes; por ejemplo, para el diseño del presupuesto multianual del MSPAS para 2018-2021, el Ministerio de Finanzas Públicas (Minfín) definió como sector salud a las entidades que están vinculadas a partir de la estrategia para la reducción de la desnutrición crónica infantil. Al adoptar el enfoque sectorial para la realización del diagnóstico, deberían incluirse todas las acciones, directas e indirectas, de todos los actores implicados, lo que haría el ejercicio muy amplio y disperso; pero, por otro lado, puede darse el caso de reducir la perspectiva al incluir solamente a algunas de las instituciones involucradas en una estrategia particular, lo cual le restaría integralidad. De cualquier manera, el enfoque sectorial concibe al sistema de salud como una lista de organizaciones que participan en la producción de servicios, con grados variables de coordinación; es notable la ausencia de la población y sus organizaciones en la ecuación intrasectorial y multisectorial. Así las cosas, en este estudio no se utiliza el enfoque sectorial debido a las características señaladas.

El enfoque de sistema de salud, más que solo un inventario de instituciones, también toma en consideración las interrelaciones entre ellas. Incluye a las organizaciones sociales y a la población abierta; su esencia es que el todo resulta mayor que la suma de sus partes.

El sistema de salud se concibe como el conjunto de organizaciones y relaciones que, de forma sinérgica, buscan mejorar la salud de la población y, en el proceso, generar satisfacción

28 Código de Salud, Decreto Legislativo 90-97, Congreso de la República de Guatemala.

29 En este texto se entiende por 'administración' la provisión de acciones, no la gerencia de ellas.

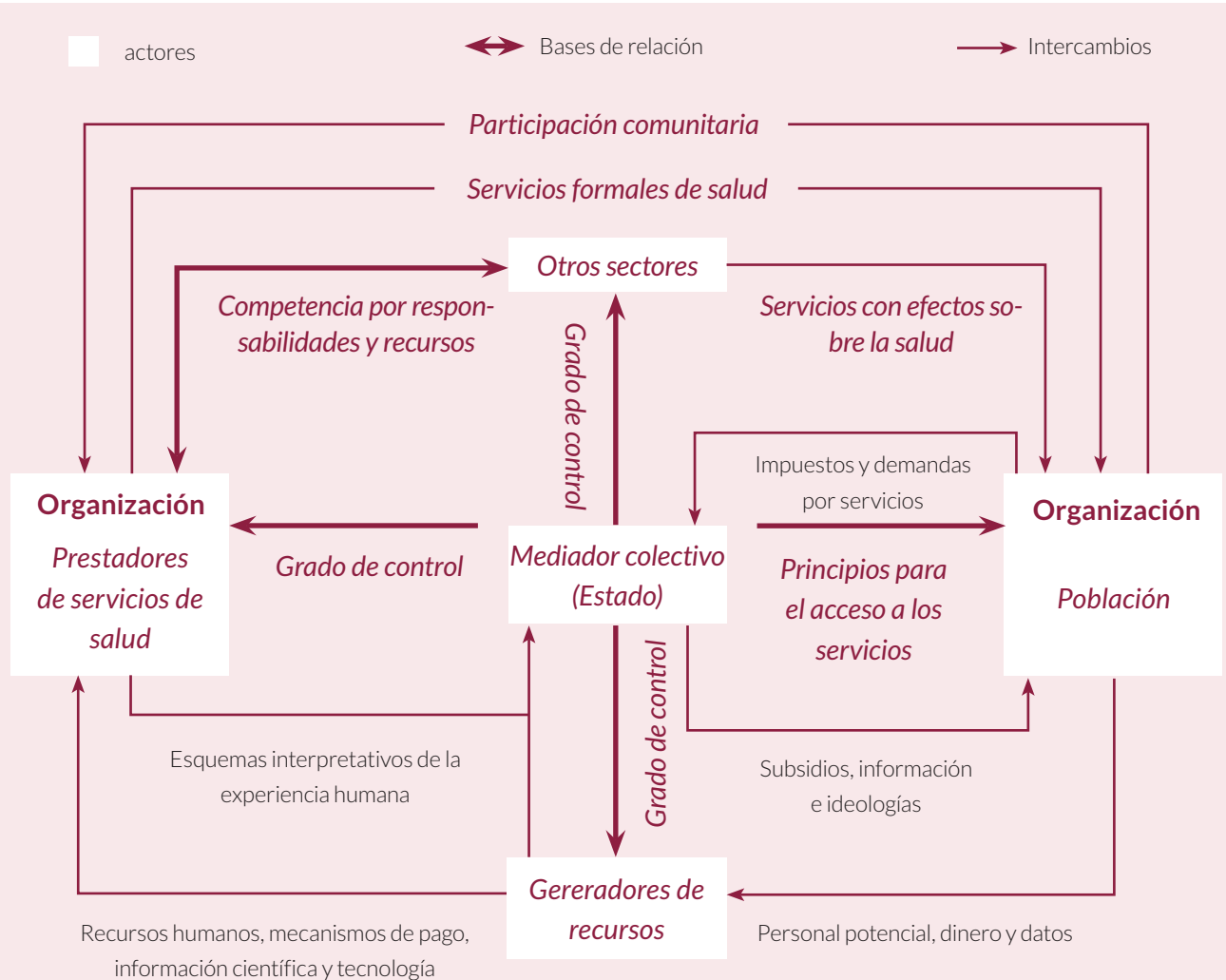
pública y proteger a la población de los gastos empobrecedores que se producen al atender las enfermedades.

De acuerdo con Frenk (1994), los sistemas de salud se integran por el Estado y sus instituciones, la población, los proveedores de servicios (públicos y privados), los generadores de recursos (humanos, financieros, tecnológicos, de información), y otros entre los que se incluye a aquellas instituciones que sin dedicarse propiamente a la salud contribuyen con ella mediante diversos productos y servicios (producción de alimentos, introducción de agua potable, educación formal, generación de empleo, entre otros).

De acuerdo con este esquema, el núcleo central del sistema de salud está formado por el Estado, la población y los prestadores de servicios. En el centro se encuentra el Estado, en el papel de mediador colectivo del sistema; en el caso guatemalteco, el MSPAS detenta esa posición.

Las funciones que se ejercen desde el Estado son la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios; en la medida e intensidad en las que el MSPAS desempeña estas funciones logra ejercer distintos grados de control sobre los prestadores de servicios, sean estos públicos

FIGURA 2. ARQUITECTURA Y RELACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD



Fuente: Frenk (1994)

o privados. Por otro lado, el MSPAS se relaciona con la población mediante la accesibilidad a los servicios; las variables importantes en esta relación se derivan de la manera como se financian los servicios, la cobertura y el acceso, y de los conceptos subyacentes que definen los modelos de atención y gestión (que oscilan entre acceso universal y público y pasan por acceso diferenciado o acceso mediado por la capacidad de pago).

A la vez la población demanda servicios y financia con sus impuestos la operación del MSPAS, además de aportar a los generadores de recursos el personal potencial, información y dinero. Los generadores de recursos utilizan lo que provee la población y lo transforman en recursos humanos de salud, medios de pago y tecnología que es aprovechada por el MSPAS y los otros prestadores de servicios.

Los otros actores del sistema que no prestan servicios directos pero que pueden afectar la salud mediante la generación de condiciones saludables, por ejemplo, producción de alimentos o provisión de agua y saneamiento, compiten por la definición de su campo de acción con los prestadores de servicios (por ejemplo, municipalidades que aun sin cumplir con su mandato de proveer agua y saneamiento abren programas de clínicas y otros servicios directos de salud) y se relacionan con la población mediante procesos de participación social.

La capacidad de la mediación colectiva que ejerce el MSPAS se encuentra en relación directa con la rectoría sobre todos estos elementos del sistema: regular a los prestadores públicos y privados de servicios, a los generadores de recursos como las universidades, los centros de información y, sobre todo, a las compañías farmacéuticas que ejercen una importante influencia en la prestación de servicios mediante la disponibilidad y esquema de precios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conceptualizan el sistema de salud como todas las organizaciones, personas y acciones cuyo interés primario es promover, restaurar y mantener la salud. ³⁰ En el marco conceptual desarrollado por esta organización, los «bloques constitutivos» de los sistemas de salud son la prestación de servicios, el personal de salud, la información, la tecnología, el financiamiento, la gobernanza y el liderazgo. Todos estos elementos giran en torno a las personas y se valen de medios como la calidad, equidad, seguridad, cobertura y accesibilidad. Los objetivos que buscan los sistemas de salud son la mejora de las condiciones de salud, la receptividad de la población, la protección financiera y el incremento de la eficiencia ³¹ (este último en realidad parece más un medio que un objetivo en sí mismo).

Indistintamente del esquema empleado, es evidente que el sistema de salud guatemalteco está fragmentado en distintos actores y proveedores de servicios que no se comunican entre sí (la ampliamente conocida falta de coordinación entre el MSPAS, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [IGSS] y los proveedores privados). También es segmentado en distintas modalidades y calidades de atención, de acuerdo con la capacidad de pago de los usuarios, y no por la calidad de ciudadanía, tal como rezan la Constitución Política de la República de Guatemala y el Código de Salud.

Analizar el sistema de salud guatemalteco desde la perspectiva amplia de sistema implicaría la revisión de la política pública, su coherencia con las necesidades de la población en toda sus dimensiones desagregadas; a todos los actores involucrados, valorando su desempeño en el logro de los objetivos señalados; el financiamiento de todas las acciones en salud y el rol de la población y sus instituciones. Además, realizar un análisis profundo de la dinámica y características de las relaciones que guardan entre sí estos actores.

³⁰ Véase en: http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/.

³¹ Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud (OMS, 2009).

Dada la amplitud de este enfoque —que evidentemente escapa al objetivo de este estudio, relativo a enfatizar lo referente al VIH—, en el presente documento se ha elegido como objeto de diagnóstico el sistema de atención en salud, con énfasis en el MSPAS.

Si nos remitimos al esquema propuesto por Frenk, el campo de análisis se centrará en el núcleo central: el MSPAS, los prestadores públicos y la población. Esto considera el contexto socioeconómico que enfrentan tanto el MSPAS como la población, el contexto de salud/enfermedad y las capacidades de respuesta. Si bien estos análisis no enfatizan el problema del VIH, confieren una idea acerca de la situación que comparten las personas con VIH y las poblaciones clave que están en riesgo.

2.1 El MSPAS, contexto demográfico en el que desarrolla sus acciones

Los problemas de salud tienen como sustrato a la población y esta es dinámica y cambiante. A este respecto, existen dos conceptos que deben ser examinados; el primero es el de ‘transición demográfica’, que alude a los cambios que ocurren en la estructura y dinámica poblacional con el tiempo, pasando de un predominio de niños y jóvenes hacia otro donde predominan los adultos y los adultos mayores. Estos cambios ocurren por modificaciones en tres variables: los nacimientos, las muertes y las migraciones.

19

Cuando en una sociedad cuyos indicadores demográficos revelan una alta mortalidad infantil y una alta fecundidad se espera que el predominio de la población sea infantil y juvenil pero, por diversas razones (desarrollo, intervenciones tecnológicas como vacunas, por ejemplo, o mejoras en algunas condiciones de vida como la educación), la mortalidad infantil y la fecundidad empiezan a disminuir, el predominio de los niños y jóvenes es progresivamente sustituido por el de adultos y adultos mayores. Este proceso es conocido como **transición demográfica** y tiene profundas implicaciones en el sector salud, pues los perfiles de enfermedad, muerte y discapacidad cambian y los servicios deben estar preparados para ello.

El otro concepto relevante es el de **transición epidemiológica**, y se refiere a que los perfiles de enfermedad, discapacidad y muerte cambian junto con los perfiles de estructura y dinámica poblacional. Se pasa de una situación en la que predominan las enfermedades transmisibles y carenciales hacia otra en donde prevalecen las enfermedades crónicas y degenerativas.

En Guatemala sucedió algo peculiar, pues el país está en franca transición demográfica, pero la transición epidemiológica no se caracteriza por cambio en los perfiles de enfermedad, sino por su complejización, es decir que aún hay importantes prevalencias de enfermedades transmisibles y carenciales, pero la prevalencia de los problemas crónicos y degenerativos ha aumentado a niveles muy importantes. A esto se agrega el surgimiento de la epidemia del VIH, la cual es una infección transmisible crónica que, junto con las no transmisibles crónicas, genera importantes presiones en los servicios de salud.

Los cambios en las variables que expresan estas transiciones (nacimientos, muertes y migraciones) hacen necesario analizarlas de manera breve para tener una idea cercana de esta realidad y su tendencia. La mortalidad general en el país ha disminuido progresivamente en los últimos 50 años: en 1965 era de 17 por mil habitantes y, en 2015, cercana a 5 por cada mil habitantes, lo cual se considera como una reducción constante de las muertes en relación con la población. Esta reducción ha ocurrido a expensas de la reducción en la mortalidad

infantil, y esta obedece a avances tecnológicos como las vacunas y, en menor grado, al desarrollo del país.³²

La mortalidad infantil es la que ocurre antes de cumplir el primer año de vida y está integrada por las muertes sucedidas en el período neonatal (de 0 a 28 días) y en el período postneonatal (de 29 a 364 días). Esta ha descendido de 73, en 1987, a 28 por cada mil nacidos vivos, en 2015; la mortalidad neonatal se redujo de 40 a 11 por mil nacidos vivos y la mortalidad postneonatal, de 33 a 17 por mil nacidos vivos en el mismo período. Es decir, la mortalidad infantil se redujo 2.6 veces, la neonatal 3.6 veces, y la postneonatal 2 veces. Queda claro que la reducción en la mortalidad infantil ocurre a expensas de la disminución de la mortalidad neonatal.

20

Además de los cambios en la tasa de mortalidad general, la población enfrenta una reducción de la tasa global de fecundidad (TGF). De acuerdo con la *Encuesta nacional de salud materna e infantil 2014-2015* (Ensmi 2014-2015), el número de hijos esperados por cada mujer en edad fértil (15 a 49 años) ha disminuido de 5.6, en 1987, a 3.1, en 2015, es decir se redujo en cerca del 55% durante dicho período. Esta reducción no ocurrió de manera uniforme en el país y es diferente según algunas variables socioeconómicas.

Mientras que en la población indígena el número promedio de hijos por mujer es de 3.6, en los no indígenas se reduce a 2.8. Esta heterogeneidad se observa también al examinar los datos por nivel educativo: las mujeres con educación superior tienen un promedio de 1.6 hijos, mientras que aquellas sin educación muestran un promedio de 4.6 hijos. Si se examinan los datos por el nivel de ingresos económicos, las mujeres del quintil superior tienen un promedio de 1.9 hijos durante su vida reproductiva, y entre quienes sobreviven en el quintil de menores ingresos el promedio aumenta a 4.9.

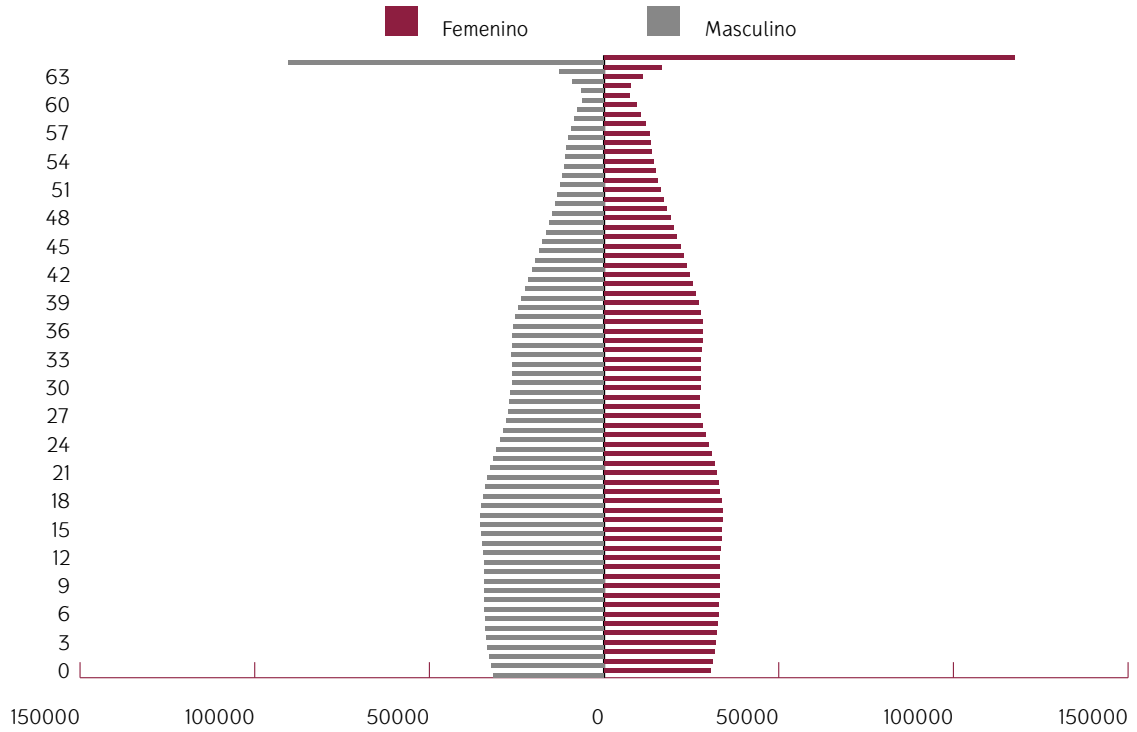
Al escenario de una tendencia a la reducción de la mortalidad, sumado a una reducción de la fecundidad, se añade el hecho de que la población que habita en el área urbana ha superado a aquella que vive en el área rural. La población urbana pasó de ser el 35%, en 1994, al 55%, en 2015, mientras que la población rural pasó del 65 al 45% en el mismo período.

A las migraciones internas se suman las internacionales. De acuerdo con Bornschein (2017), en 2012 se estimaba que en los Estados Unidos de Norteamérica vivían al menos 1.5 millones de guatemaltecos y, para 2015, se calculaba que el número era superior a los 2 millones. En otras palabras, el 10% de los guatemaltecos vive en Estados Unidos y esto tiene implicaciones de orden económico (las remesas) y social (desintegración familiar, subregistro de indicadores sociales, entre otros).

Para los fines de este diagnóstico, la suma de la reducción en la mortalidad y la fecundidad y la migración externa muestra las causas de la dinámica y cambiante estructura poblacional. Este fenómeno puede verse en, al menos, dos aspectos: por un lado, la pirámide poblacional (que refleja el peso de los distintos grupos etarios en la totalidad de la población) y, por el otro, la esperanza de vida al nacer.

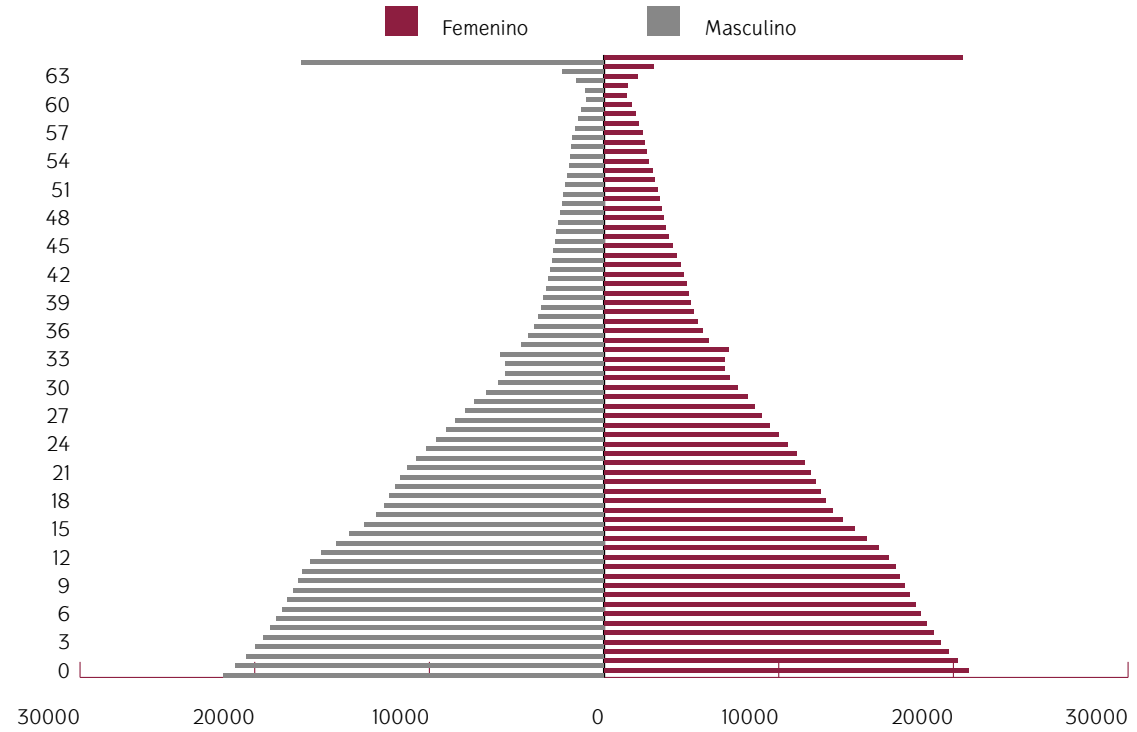
GRÁFICA 1. PIRÁMIDES POBLACIONALES DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA Y LOS DEPARTAMENTOS DE QUICHÉ, TONICAPÁN Y GUATEMALA SEGÚN ESTIMACIONES PARA 2017

Departamento de Guatemala

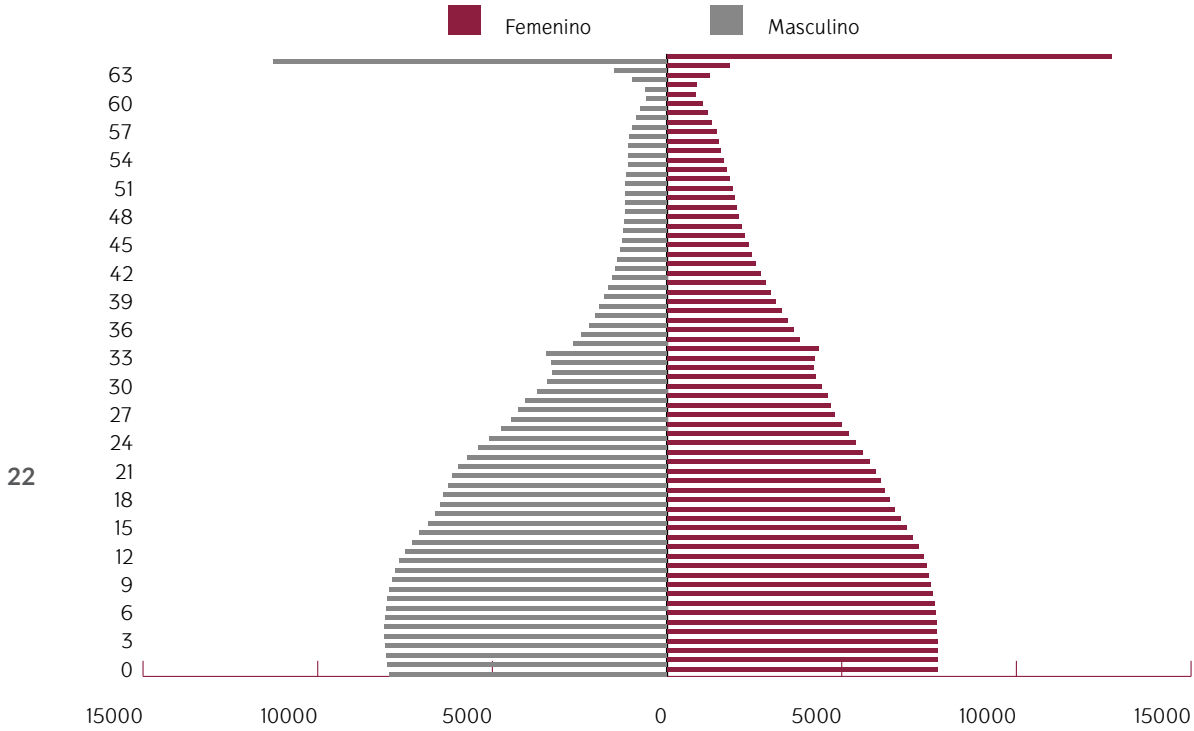


21

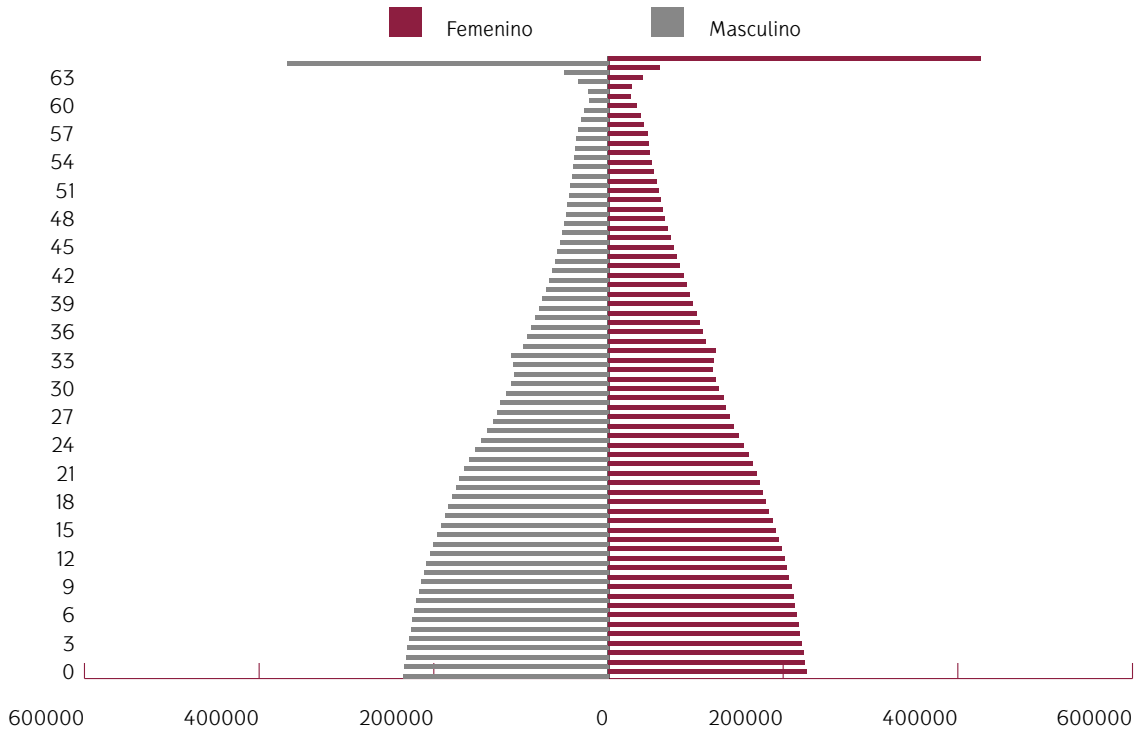
Departamento de Quiché



Departamento de Totonicapán



República de Guatemala



Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos de Centro Nacional de Epidemiología (<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/index.php/dos/estadisticas-vitales/poblacion-y-proyeccion>)

Como se observa en la primera de las gráficas, la estructura poblacional de la República de Guatemala se caracteriza por una base ancha, es decir, un peso importante en los grupos más jóvenes y un vértice superior que empieza a reflejar el aumento de la población adulta mayor; sin embargo, se puede observar cómo la población ha adquirido distintas configuraciones a lo largo del territorio nacional. Tal como se describió, la pirámide poblacional del país con una base ancha y un incipiente aumento del segmento de adultos mayores intensifica estos rasgos cuando se observa lo relativo al departamento de Quiché, donde incluso puede verse una base más ancha que el promedio nacional y un persistente aumento de la población adulta mayor. Quiché es un departamento de mayoría indígena y, de acuerdo con los datos de mortalidad y fecundidad, se espera que esta configuración de la estructura poblacional ocurra. Sin embargo, en Totonicapán, departamento con condiciones similares a las de Quiché, la configuración cambia: la base se reduce, la población joven y adulta aumenta y persiste el incremento de la población adulta mayor. El caso es totalmente diferente en el departamento de Guatemala, donde la pirámide poblacional muestra que la base ancha ya no existe, hay predominio de población joven y adulta y adulta mayor.

El significado que esto representa para la salud es muy importante, pues cada segmento poblacional tiene un perfil específico de enfermedad, discapacidad y muerte y, por consiguiente, en el país no es posible hablar de un solo perfil epidemiológico, sino de una gran heterogeneidad en este sentido.

Otro rasgo relevante que se observa en estas pirámides poblacionales es el predominio de la población femenina sobre la masculina a partir de la edad adulta, particularmente a partir de los 24 años, cuando la población masculina deja de ser mayoría y la femenina se impone en número.³³

Esta situación, sin duda, tiene implicaciones en las necesidades de servicios de salud. En Guatemala, de acuerdo con el Informe Nacional de Desarrollo Humano (INDH) de 2016, la esperanza de vida es de 72.6 años, en promedio; 75.9 años para las mujeres y 69.2 años para los hombres (PNUD, 2016).

De la información sobre las características demográficas de la población se desprenden varias constataciones: Guatemala ha dejado de ser un país con una población predominantemente infantil, afectada por problemas infecciosos carenciales, de predominancia indígena y rural y con posibilidades de agrupar a la población en regiones basadas en estas características. En su lugar nos enfrentamos con un contexto demográfico complejo, heterogéneo, cambiante y con grandes desafíos para los servicios de salud. De forma particular se señala que la estrategia para la reducción de la epidemia del VIH debe, de alguna manera, «competir» con otras condiciones crónicas que utilizan la misma red de servicios y cuyos insumos provienen de las mismas fuentes.

2.2 Contexto socioeconómico de la población que atiende el MSPAS

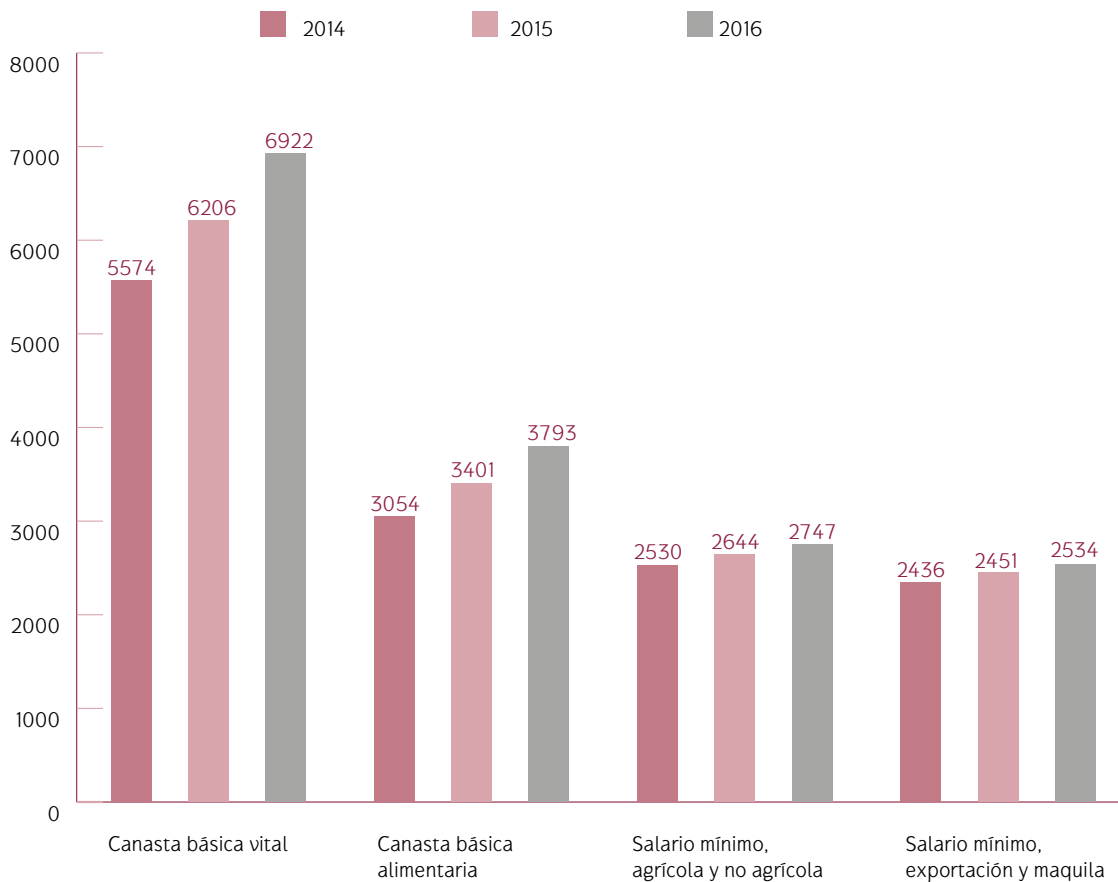
En Guatemala, algunos grupos poblacionales presentan un alto grado de bienestar, pueden acceder a los servicios de salud que resuelven sus problemas, tienen los recursos para los tratamientos correspondientes y logran vivir unas vidas largas y saludables; sin embargo, una gran cantidad de guatemaltecos y guatemaltecas, que en realidad son la mayoría, no cuenta con acceso a servicios de salud, no posee recursos para atender sus necesidades básicas, sus hijos e hijas padecen varias enfermedades, incluyendo desnutrición crónica, y sus vidas suelen no ser largas ni saludables.

³³ CIA, factbook Guatemala 2017, disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gt.html>

En Guatemala, de 1990 a 2006 se había observado un descenso lento y leve, pero progresivo, en la proporción de la pobreza general y la pobreza extrema. A partir de esa fecha, la pobreza general inició un aumento, mientras que la pobreza extrema continuó descendiendo, hasta 2011. Es a partir de ese momento cuando ambas, pobreza general y pobreza extrema, iniciaron un aumento para llegar a niveles superiores a los que tenían en el año 2000. Esto implica que quien está en pobreza general es incapaz de cubrir sus necesidades básicas con los ingresos que percibe, y que quien vive en pobreza extrema carece de ingresos hasta para alimentarse. La pobreza es más profunda en las poblaciones indígenas y rurales y en los hogares con jefatura femenina (INE, 2015).

La pobreza no es una característica del ser; más bien es resultado de muchas desigualdades e inequidades, por consiguiente, no es correcto llamar a la población en esta situación «los pobres», pues más bien se trata de «los empobrecidos». Al tratar de indagar algunas evidencias sobre las causas de esta situación de pobreza, se tiene que es posible analizarla desde el empleo; en este sentido, se puede observar el salario mínimo y compararlo con el valor de la canasta básica alimentaria (CBA).

GRÁFICA 2. SALARIO MÍNIMO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y COSTOS DE LAS CANASTAS BÁSICA ALIMENTARIA Y BÁSICA VITAL, EN QUETZALES (2014-2016)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Ministerio de Trabajo y Previsión Social e Instituto Nacional de Estadística (Mintrab e INE, 2016)

Como se observa en la gráfica 2, el monto del salario mínimo, indistintamente de la actividad económica, siempre es inferior a la canasta básica alimentaria³⁴ y, por supuesto, a la canasta básica vital; es decir, no garantiza una vida digna ni una alimentación suficiente para el hogar que lo recibe, especialmente si el ingreso del hogar depende de un solo salario, que es la situación más frecuente.

De acuerdo con datos publicados por el INDH de 2016, el 70% de la población ocupada se cataloga como empleado informal, es decir, no tiene contrato, no recibe prestaciones, carece del derecho a vacaciones y no cuenta con estabilidad laboral (esencial para planificar una carrera, un hogar, la educación de los hijos, entre otros). Esto ya de por sí constituye una situación no deseable, sin embargo, existe otra categoría más afectada, la de los ocupados sin remuneración que, de acuerdo con la misma fuente, contabilizan el 11% de todos los ocupados; de ellos, la mayoría son mujeres rurales indígenas y, muchas veces, niñas. El problema no termina con esto, puesto que se presentan otros indicadores alarmantes: el 68.4% de los asalariados no tiene contrato de trabajo; aproximadamente dos de cada tres no recibieron «Bono 14» y aguinaldo en 2014; y el 80% de los guatemaltecos asalariados tiene un ingreso promedio menor de Q2,710 mensuales (INE, 2016).

Otra manera de examinar las condiciones de vida que aumentan los riesgos de enfermedad, discapacidad y muerte es analizar el acceso al agua y el saneamiento de los hogares. Hay departamentos como Alta Verapaz en los que solamente el 50% tiene acceso a agua potable, pero menos del 20% acceso a saneamiento; en Petén hay cerca del 75% de hogares con acceso a agua, pero menos del 10% con acceso a drenajes. Sacatepéquez es el departamento con mayor acceso a agua y drenajes, seguido por el departamento de Guatemala (INE, 2016). La importancia de esta situación es que no basta con tener acceso al agua: es necesario contar con mecanismos para el saneamiento del vital líquido que, una vez utilizado, puede ser una gran fuente de contaminación del medio ambiente y los medios de vida.

La vivienda también puede ser fuente de salud o enfermedad. La precariedad de ella puede ser medida de forma indirecta mediante el porcentaje de viviendas con piso de tierra. En este aspecto la brecha va de un 62% de viviendas con piso de tierra en Alta Verapaz, hasta un 10% en el departamento de Guatemala. Con un promedio de 29.2%, solamente nueve departamentos se ubican por debajo de él, y los trece departamentos restantes oscilan entre un 39 y un 62%. Es evidente que aún existe una gran brecha de precariedad en las viviendas de los hogares guatemaltecos, situación que abona a los pobres resultados en salud y a las importantes exposiciones a riesgos que sufre la población.

Otra variable que participa en los procesos de determinación social de la salud es la educación. Se ha construido suficiente evidencia sobre el papel de esta en la salud, de manera que, a mayor educación, mejor salud. Sin embargo, el punto de corte se ha movido; en un principio bastaba con ser alfabeto para obtener mejores resultados en el desarrollo de los individuos y sus familias, luego el punto se movió hacia la primaria completa; después, a los estudios básicos completos. Es decir, hoy en día se requieren nueve años de escolaridad promedio. Y en la actualidad comienza a aparecer evidencia sobre la necesidad de más años en la escuela para ver resultados.

En Guatemala, ningún departamento tiene un promedio de años de escolaridad superior a los nueve años, es decir, los estudios básicos completos. Esto llama a reconsiderar que la educación es la mejor intervención para mejorar la salud colectiva, lo cual empieza a notarse cuando las personas completan el nivel medio.

34 La CBA se calcula con base en un hogar promedio.

2.3 Los problemas de salud que atiende el MSPAS

Para conocer una parte de los problemas que enfrenta el MSPAS, se hace necesario hacer un recuento del perfil de enfermedad y muerte de la población guatemalteca. Para las enfermedades se utilizan las principales causas de morbilidad y, para la mortalidad, también se emplean las principales causas registradas.

La morbilidad es causada por una serie de factores y circunstancias que se enlazan en los procesos de determinación social, económica, política y cultural de la salud y tienen su expresión en las dimensiones biológica, psicológica y cognitiva.

La mortalidad, si bien es fuertemente influenciada por el tipo de enfermedad o condición que la produce y por aspectos biológicos no modificables, como la edad y la herencia, tiene un importante componente causal en el acceso, la eficiencia y efectividad de la red de servicios.

26

TABLA 1. CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRANDES GRUPOS DIAGNÓSTICOS (2016)

CAUSAS	PORCENTAJE
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias	30.58
Infecciosas y parasitarias	17.3
Piel y osteomusculares	9.63
Genitourinarias	8.83
Digestivas	7.53
Lesiones externas	7.15
Mentales y neurológicas	5.31
Endocrinas, metabólicas y nutricionales	2.54
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1.26
Malformaciones congénitas	0.12
Tumores y neoplasias	0.08
Afecciones perinatales	0.08
Resto de causas	9.6

Fuente: Análisis de situación de salud 2016, MSPAS

La morbilidad presentada en este apartado se basa en las causas que fueron registradas por el MSPAS; para la mortalidad se utilizan los registros del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Como se observa en la tabla 1, las principales causas de enfermedad en Guatemala, agrupadas por grandes categorías diagnósticas, son las enfermedades cardiovasculares y

respiratorias, seguidas por las infecciosas y parasitarias. Probablemente esto es resultado del cambio progresivo del perfil epidemiológico en el país. Para el caso del VIH, se presentan más adelante los datos pertinentes.

Llama la atención que la quinta causa de morbilidad sean las lesiones externas, generalmente las vinculadas con la violencia, y la sexta sean los problemas mentales y psicológicos. Estos dos grupos de problemas, con un creciente número de casos, han estado fuera de las prioridades de atención en salud del país, situación que, a la luz de las evidencias, ya no debería seguir ocurriendo.

Esta agrupación, si bien resulta útil, esconde los datos de enfermedades específicas. Para el año 2015 la principal causa de morbilidad específica fueron las enfermedades respiratorias, con un 36.0%; la diarrea infecciosa, con 6.0%; los efectos de la violencia, con 3.0%; hipertensión arterial, con 2.0%; y diabetes, con 1.0%. Los trastornos gastrointestinales sumados ascienden al 23.0%, lo que los coloca en el segundo lugar.

TABLA 2. MORBILIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS (EN PORCENTAJES, 2016)

CAUSAS	PORCENTAJE
Infecciones respiratorias superiores	36
Gastritis y duodenitis	7
Diarrea de origen infeccioso	6
Parasitosis intestinal	6
Amebiasis	4
Dermatitis	3
Trastornos de los tejidos blandos	3
Traumatismo	3
Conjuntivitis	2
Otitis media supurada	2
Trastornos articulares	2
Hipertensión arterial	2
Caries dental	2
Artritis	1
Diabetes	1
Otras causas	19

Cuando se desagregan los datos por sexo, las diferencias afloran: las dos primeras causas de morbilidad en hombres y mujeres son las mismas, enfermedades cardiorrespiratorias e infecciosas; sin embargo, las lesiones externas son la sexta causa de morbilidad en mujeres y la tercera en hombres. Este patrón de morbilidad refleja las construcciones de género según las cuales las mujeres se asocian con una vida más alejada de los riesgos y la violencia en el ámbito público, mientras que en los hombres esta es una situación permitida y alentada.

Además de la morbilidad, cuyas causas son complejas y multideterminadas, se utiliza la mortalidad para completar el perfil epidemiológico. A diferencia de las enfermedades, las intervenciones que se realizan desde las instituciones de salud tienen un más alto grado de responsabilidad en las muertes que se producen.

Las principales causas de mortalidad en el país para 2014, agrupándolas en grandes categorías, son, en orden descendente: enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, tumores, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades infecciosas y parasitarias, afecciones perinatales, enfermedades del sistema genitourinario, malformaciones congénitas y trastornos mentales y neurológicos.

Para el mismo período, 2014, las diez primeras causas específicas de mortalidad general son las siguientes, en orden descendente: neumonía, diabetes, infarto agudo de miocardio, lesiones externas, cirrosis, evento cerebro vascular, diarrea, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y tumores.

En ambos esquemas de ponderación de las causas de muerte es evidente que las enfermedades crónicas y degenerativas contabilizan el peso más grande en la mortalidad de la población. Esto contrasta con las políticas focalizadoras que han prevalecido en los últimos 25 años, en las que los problemas priorizados y atendidos han sido relativos a cuestiones infecciosas y carenciales, y solamente con respecto a la población materna e infantil. Además, revela el contexto epidemiológico donde ocurre la epidemia de VIH que, en términos de número de casos y proporción, no logra equipararse a otros problemas de salud.

La mortalidad utiliza como uno de sus principales indicadores la mortalidad infantil, pues es aquí donde se revela el nivel de prioridad que tienen los grupos vulnerabilizados para el sistema de servicios de salud.

De acuerdo con la Ensmi 2014-2015, la mortalidad en los menores de 1 año ha disminuido de 64, en 1990, a 28, en 2015; esto sin duda es positivo, sin embargo, el promedio para América Latina es de 18 por cada 1,000 nacidos vivos (NV), lo que significa que Guatemala ostenta un promedio de muertes infantiles de los más altos de América Latina.

Al desagregar los datos según algunas variables de tipo social, los resultados varían de forma importante. La reducción de la mortalidad infantil no ha sido heterogénea, el promedio en la población indígena es 4 puntos superior al de la población no indígena; en los hijos de madres sin educación, el promedio asciende a 42 muertes por cada 1,000 NV, mientras que en los hijos de madres con educación superior la cifra llega a 11. Un caso similar ocurre con el nivel de ingreso de los hogares; para aquellos que pertenecen al quintil inferior de ingresos, las muertes infantiles contabilizan 41 por cada 1,000 NV, mientras que para el quintil superior la cifra desciende a 17. Es importante señalar que solamente aquellas madres que cuentan con educación superior o pertenecen al quintil superior de ingresos logran una mortalidad

infantil menor que el promedio latinoamericano. Los datos anteriores revelan que no solo la reducción de la mortalidad infantil es lenta y ocurre a niveles inaceptables, sino que existen enormes desigualdades de índole social y económica.

Un problema que afecta de forma particular a la niñez guatemalteca es la desnutrición crónica. El 46.0% de los niños y niñas menores de 5 años sufre de retardo en el crecimiento, lo cual es la manifestación visible de la desnutrición crónica. Esto ocurre por alimentación insuficiente durante largos períodos y afecta, además de la talla, el crecimiento de órganos y tejidos, incluyendo el cerebro. Se ha establecido que las capacidades de aprendizaje y adaptación de los niños con desnutrición crónica es menor en comparación con la de los niños normales.

El promedio mundial de desnutrición crónica es de 26.0% en los menores de 5 años; países extremadamente pobres, como Haití, tienen un promedio de 24.0%. Guatemala, país clasificado por el Banco Mundial (BM) como un país de ingresos medios, tiene el 46.0% de sus niños con desnutrición. ¿Cuáles son las razones de esta realidad? Como podrá colegirse, la respuesta apunta a razones múltiples, aunque cabe subrayar que, en el fondo, se encuentra la desigualdad social como causa principal. El 20.0% más rico del país acumula el 80.0% de toda la riqueza producida. La tierra cultivable está circunscrita a pocas fincas, mientras que la población campesina posee, en su gran mayoría, tierras calificadas como de subsistencia e infrasubsistencia. Los servicios de salud no logran cubrir a toda la población y la disponibilidad de alimentos producidos en Guatemala se ha hecho insuficiente, a tal punto que el país se ha convertido en importador de maíz y frijol, alimentos que constituyen la base de la dieta de los guatemaltecos.

Además de las muertes y la desnutrición infantiles, es necesario examinar las muertes maternas, que constituyen un indicador de desarrollo social pues el embarazo no es una enfermedad, sino una condición de vulnerabilidad temporal cuyos cuidados reflejan los valores y prioridades sociales.

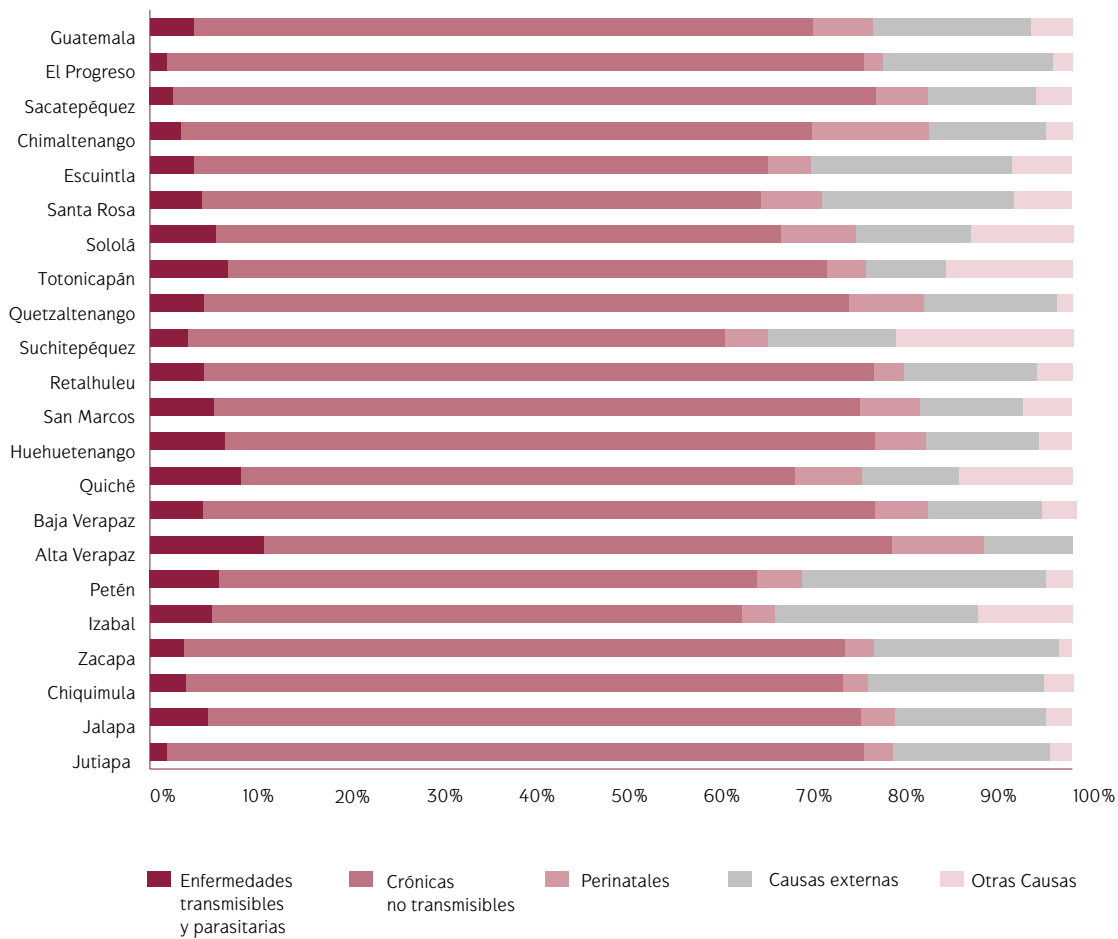
El promedio de la razón de mortalidad materna es de 113.5 por 100,000 NV, sin embargo, a nivel nacional existe una brecha entre el valor de El Progreso, de 23.4, hasta el encontrado en Huehuetenango, de 232.6 por 100,000 NV.

Las consecuencias de la muerte materna son complejas: se ha descrito que los hijos de madres fallecidas durante el parto o el puerperio presentan más deserción escolar, mayor prevalencia de desnutrición y menores oportunidades laborales en su vida adulta.

Otra manera de comprender el daño a la salud y el tipo de problema que enfrenta el MSPAS es medir las muertes evitables. La metodología empleada es el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP). Para este ejercicio se eligió la base de datos de la mortalidad del año 2014.

En la gráfica 3 se observa, para cada departamento del país, cuál es la carga de mortalidad medida por los APVP. Es notorio que los problemas transmisibles y parasitarios (en azul) ocupan una parte pequeña de los problemas que conducen a la muerte de los habitantes de cada departamento. En Alta Verapaz, estos problemas representan el 15.0%, mientras que las afecciones crónicas y degenerativas contabilizan el 65.0%. Este patrón se repite en prácticamente todos los departamentos; el problema que más muertes provoca después de las enfermedades crónicas es la violencia (en amarillo).

GRÁFICA 3. MORTALIDAD EVITABLE POR GRUPOS DE ENFERMEDAD Y POR DEPARTAMENTO (2014)



30

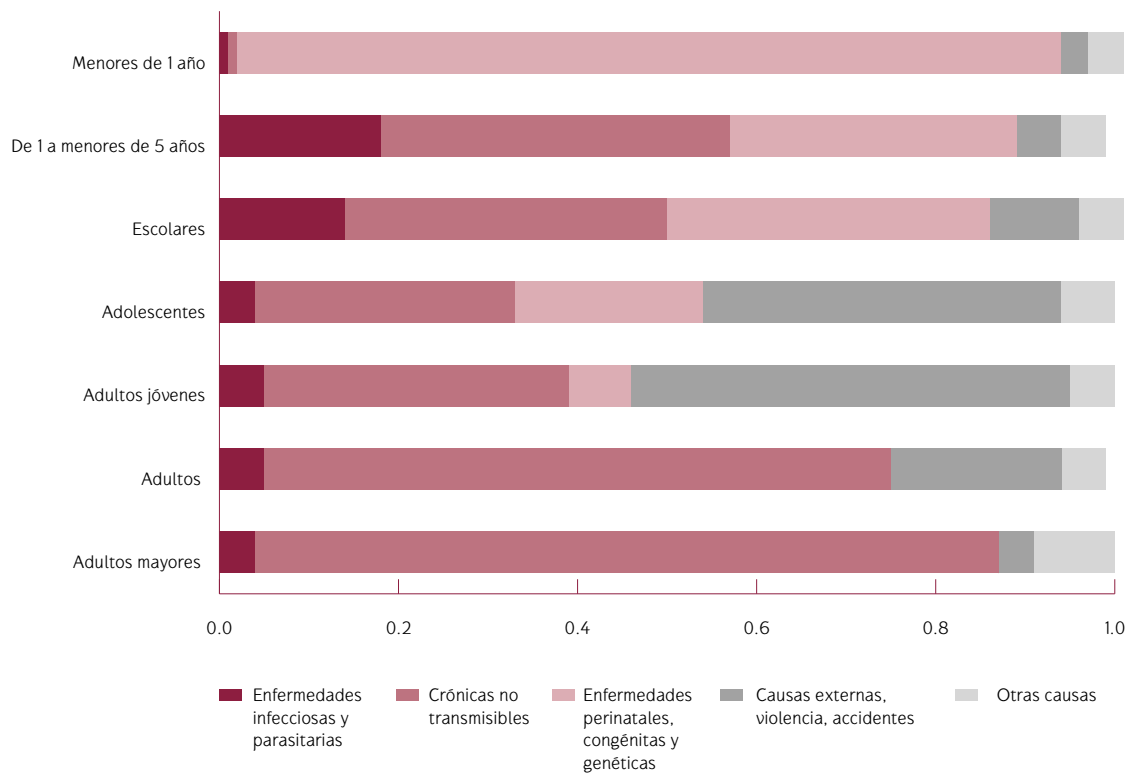
Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del INE (2014)

En los departamentos en donde se ha focalizado la epidemia de VIH también se observa un predominio de los problemas crónicos no transmisibles, lo que puede tener una gran relevancia al definir las prioridades locales de atención.

Esta información revela el nuevo perfil epidemiológico de Guatemala, en donde la predominancia de los problemas crónicos y la violencia ha superado en número y proporción a los problemas infecciosos y parasitarios. El significado de esto para los servicios de salud —y, en el caso particular que nos ocupa, las prioridades de atención del VIH— tiene dos vertientes: por un lado, los esfuerzos de atender los problemas de salud deben ampliarse a otros segmentos de la población y no continuar con las políticas focalizadoras de atender solo a algunas madres y niños en ciertos municipios seleccionados, cuando el problema es generalizado y resultaría no ético ignorar a esta gran proporción de la población; por otro lado, la atención del VIH y sus complicaciones necesita integrarse en el esfuerzo general de atención de todos los problemas que existen, y no continuar con una política de atención vertical y exclusiva.

El análisis de la distribución de la mortalidad en el territorio debe complementarse con la distribución de estos problemas en la estructura poblacional.

GRÁFICA 4. MORTALIDAD EVITABLE SEGÚN GRUPOS DE ENFERMEDAD Y GRUPOS DE EDAD (2014)



Fuente: Icefi/Hivos con base en datos de INE 2014.

De acuerdo con las políticas de atención de los últimos 25 años, los grupos prioritarios han sido las mujeres de 15 a 49 años con problemas reproductivos y los niños y niñas menores de 5 años con problemas de diarrea, enfermedades respiratorias superiores y riesgos de padecer enfermedades inmunoprevenibles. A juzgar por la información que se presenta en la gráfica 4, si bien los menores de 1 año tienen predominancia de problemas congénitos, los de 1 a 5 años presentan un perfil en donde este predominio se reduce de forma drástica y aparecen los problemas crónicos, infecciosos y hasta casos de violencia, a lo que se suma la presencia de VIH y sus complicaciones. Esta nueva información respalda la idea de la necesidad de ampliar el enfoque de intervenciones focalizadas exclusivamente en madres y niños y algunos de sus problemas, hacia una atención universal e incluyente.

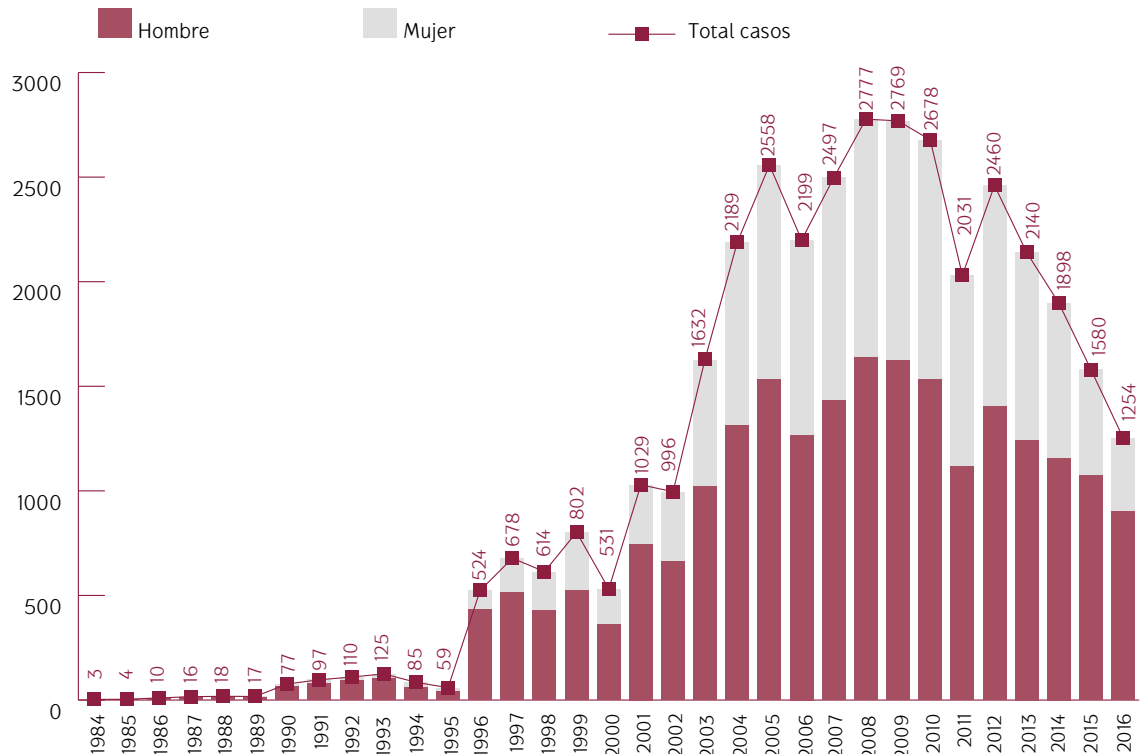
2.4 La situación del VIH que enfrenta el MSPAS

En primera instancia, es necesario matizar la situación del VIH en Guatemala. Desde esta perspectiva, el Informe del Departamento de Epidemiología del MSPAS registra el número de casos de VIH; en este sentido, se reportaron de manera acumulada, de enero de 1984 a diciembre de 2016, 36,536 casos. De estos, el 61.5% (22,458) correspondió a hombres y el 38.5% (14,053), a mujeres. No obstante, la tendencia por sexo no se ha mantenido estática, por ello se pudo observar que la proporción de mujeres registradas con VIH incrementó el número de casos durante 2011 al 45.0% (914). Los cambios en la tendencia del número de casos de hombres con respecto al de mujeres pueden asociarse a factores tales como registro de la información, estrategias implementadas con el grupo de mujeres

(especialmente las relacionadas con la prevención de la transmisión vertical), o cambios de comportamiento en este grupo de población (Segeplán, 2015).

A pesar del incremento del número de casos entre las mujeres, «[...] no puede hablarse de una feminización de la epidemia ya que el grupo más afectado continúa siendo primordialmente el de los hombres» (Segeplán, 2015: 243).

GRÁFICA 5. VIH Y VIH AVANZADO: CASOS POR SEXO Y AÑO DE NOTIFICACIÓN (ENERO 1984 - DICIEMBRE 2016)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en información del Departamento de Epidemiología del MSPAS

Con respecto a la desagregación del número de casos, se tiene que las cifras de 2016 indicaron 1,254 casos notificados. De estos, el 60.0% (752) corresponde a VIH y el 40.0% (502) a VIH avanzado. Esto supone importantes retos para las políticas públicas de salud, ya que la prevención es fundamental; sin embargo, una vez se adquiere el virus se debe procurar su detección temprana y posterior tratamiento en las primeras fases. Como se verá a continuación, la efectividad y costo de los tratamientos se disipan.

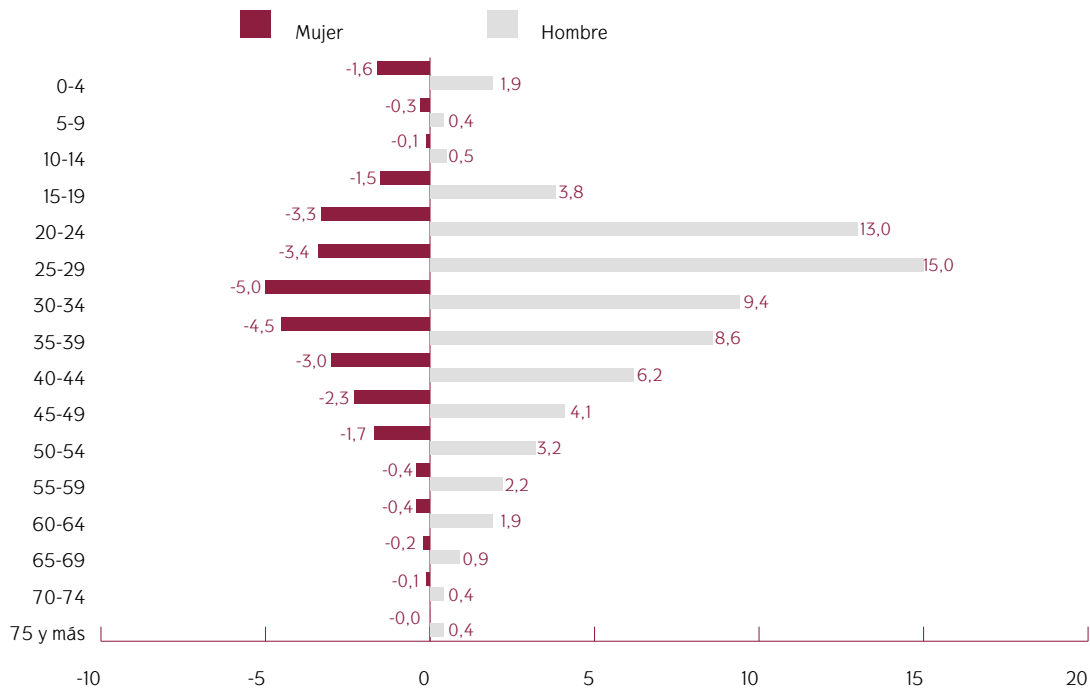
Por área geográfica, los departamentos con mayor número de personas residentes notificadas fueron: Guatemala (41.2%), Escuintla (14.9%) e Izabal (6.1%). Estos departamentos concentraron alrededor del 62.3% del total de casos. Las personas con VIH se encontraban mayoritariamente en Guatemala (48.7%), Escuintla (12.2%) e Izabal (8.4%). Sin embargo, los casos detectados de personas con VIH avanzado muestran una tendencia distinta, pues a pesar de que los departamentos de Guatemala (30.1%) y Escuintla (18.9%) siguen punteando, se adicionan, con una gran cantidad de casos, San Marcos (7.8%), Retalhuleu (5.6%), Suchitépéquez (4.4%), Quetzaltenango (4.0%) y Jutiapa (4.0%).

TABLA 3. CASOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, SEXO Y CLASIFICACIÓN (2016)

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	VIH			VIH AVANZADO			TOTAL GENERAL	TASA	RELACIÓN DE MASCULINIDAD
	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL			
Escuintla	39	53	92	26	69	95	187	19	2
Guatemala	73	293	366	30	121	151	517	12	4
Izabal	27	36	63	3	11	14	77	12	2
Retalhuleu	6	4	10	10	18	28	38	9	1
Jutiapa	9	13	22	2	18	20	42	6	4
Zacapa	0	5	5	2	8	10	15	6	6
Sacatepéquez	9	15	24	1	4	5	29	6	2
Chiquimula	4	6	10	4	10	14	24	6	2
Santa Rosa	3	11	14	6	6	12	26	5	2
Suchitepéquez	10	3	13	7	15	22	35	5	1
El Progreso	2	2	4		5	5	9	3	2
Quetzaltenango	5	11	16	4	16	20	36	3	4
Jalapa	3	4	7	4	5	9	16	3	1
Chimaltenango	2	14	16	1	5	6	22	3	6
San Marcos	20	21	41	9	30	39	80	3	3
Baja Verapaz	5	2	7		3	3	10	3	1
Petén	5	7	12	1	12	13	25	2	5
Sololá	0	1	1	1	9	10	11	1	
Totonicapán	1	3	4	1	3	4	8	1	5
Quiché	1	2	3	2	3	5	8	1	1
Alta Verapaz	5	6	11	2	3	5	16	1	2
Huehuetenango	0	5	5	2	4	6	11	1	7
Extranjeros	2	4	6	3	3	6	12	0	2
Total	231	521	752	121	381	502	1254	6	3

En cuanto a la distribución de la epidemia por grupos de edad, se observa que el 83.4% de los casos se concentró en las edades de 15 a 49 años. En los hombres, el grupo poblacional que registró un mayor número de casos es el de 25 a 29 años, con 188 (15.0%); por su parte, en las mujeres fue el grupo de 30 a 34 años, con 63 casos (5.0%). Es sumamente preocupante el número de casos en los niños (hasta catorce años), quienes reportaron un 4.8%.

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE VIH, POR GRUPOS DE EDAD (2016)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en información del Departamento de Epidemiología del MSPAS

TABLA 4. VIH Y VIH AVANZADO: CASOS POR VÍA DE TRANSMISIÓN, SEXO Y CLASIFICACIÓN (2016)

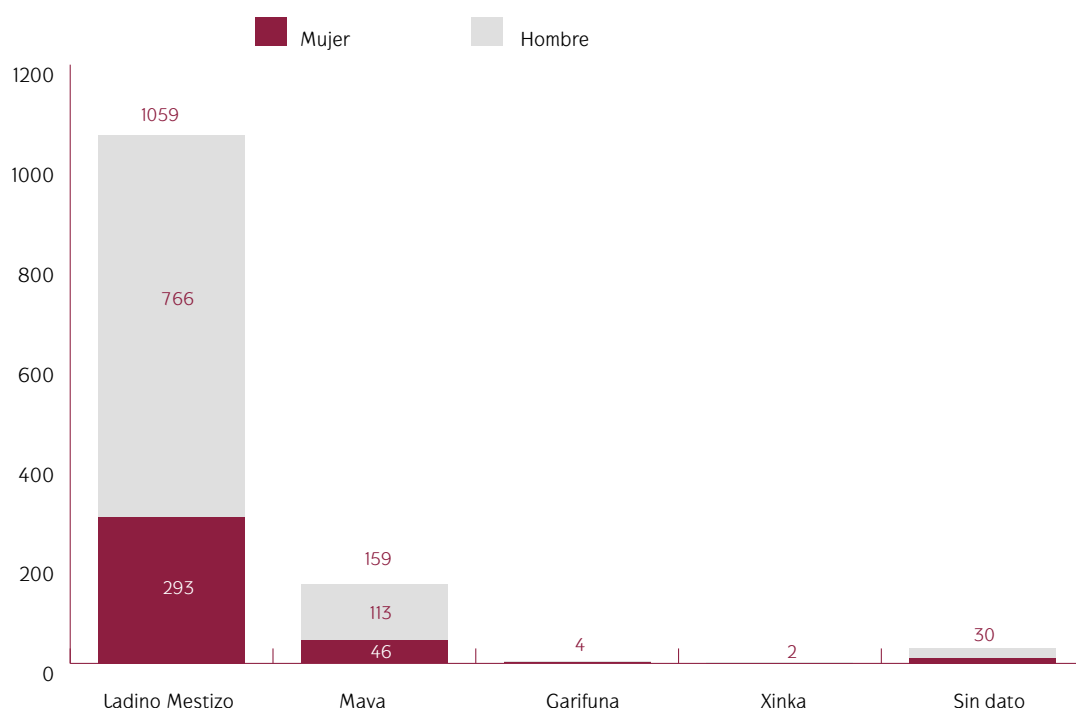
VÍA DE TRANSMISIÓN	VIH			VIH AVANZADO			TOTAL GENERAL
	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	
Sexual	219	502	721	110	360	470	1191
Madre-hijo	7	6	13	7	4	11	24
Heterosexual y UDI				1		1	1
Desconocido	5	13	18	3	17	20	38
Total	231	521	752	121	381	502	1254

Fuente: Icefi/Hivos, con base en información del Departamento de Epidemiología del MSPAS

La principal vía de transmisión de esta epidemia es la sexual, con 1,191 casos (95.0%). Le sigue la transmisión vertical (madre-hijo), con 24 casos (1.9%), una causa prevenible que debe buscar acercar a las madres a los servicios de salud y reforzar programas educativos sobre VIH.

Otro aspecto relevante es el número de casos por pueblo. Estos datos muestran una reducida cantidad de casos detectados en los pueblos indígenas: 165 casos, para el 13.2% del total. Una primera conclusión podría ser que estas poblaciones no están tan expuestas al virus debido a sus comportamientos y patrones culturales, sin embargo, evidencia reciente sugiere que el acceso de personas de los pueblos indígenas a los servicios de salud y a la prueba del VIH ha sido reducido. No obstante, se necesita profundizar más en esta temática y poder establecer por qué el VIH no afecta por igual a la población indígena.

GRÁFICA 7. VIH Y VIH AVANZADO: CASOS Y PORCENTAJE POR PUEBLOS Y SEXO



Fuente: Icefi/Hivos, con base en información del Departamento de Epidemiología del MSPAS

2.4.1 Prevalencia del VIH en Guatemala

Las primeras cifras tienen una condicionante muy importante, pues solo son un mecanismo de demanda, pero no de oferta. En tal sentido, registran únicamente a las personas con VIH que acuden de manera voluntaria a los servicios de salud y excluyen a otras personas con VIH. Por lo tanto, el sistema de reporte obligatorio del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) se basa en el número de casos de VIH y soslaya la prevalencia que, en términos epidemiológicos, limita la respuesta social de los servicios de salud por contener la epidemia (Segeplán, 2015). En este sentido, para 2015 las estimaciones de Onusida sobre los casos de VIH apuntan a que había 45,000 personas con VIH y 2,800 que presentaron nuevas infecciones a lo largo de ese año. En la población general la prevalencia de VIH se estimó en 0.5% y, en el caso de las nuevas infecciones, equivalía a 0.18 (Onusida, 2017).

Por sexo, los hombres de 15 años y más mostraron una mayor incidencia (27,000 casos) en relación con sus pares mujeres (17,000 casos). El mismo curso siguieron las nuevas infecciones, ya que los hombres reportaron 1,400 nuevos casos y las mujeres 1,100. En el grupo de niños de 0 a 14 años la incidencia de casos es de 1,800.

Nuevos datos provenientes del informe UNAIDS Data 2017 ³⁵ estiman que en Guatemala 46,000 personas vivían con VIH en 2016, lo cual equivale a una prevalencia del 0.5%. Los nuevos casos se ubicaron en torno a 2,900. Respecto a la incidencia en las poblaciones de riesgo, se estimó que, para ese mismo año, las trabajadoras sexuales tuvieron una incidencia del 1.6%; los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), del 8.0%; las mujeres transexuales, del 22.0%; y las personas privadas de libertad, del 0.7%. En cuanto al tratamiento, el 36.0% de la población diagnosticada estaba en tratamiento, mientras que el 25.0% había logrado la supresión viral (Onusida, 2017).

36

Otro importante indicador se basa en el número de muertes ocasionadas por sida, ya que esta infección «[...] produce una reducción de la vida productiva de los trabajadores, que afecta por igual a las familias y a la sociedad. También afecta a las empresas, al ejercer presión sobre las condiciones del mercado de trabajo, principalmente en segmentos calificados y especializados de la fuerza laboral» (Sidalac, 2000). En Guatemala, se produjeron 1,600 muertes a causa del sida.

TABLA 5. ESTIMACIÓN DE CASOS Y PREVALENCIA DEL VIH

INDICADOR	2015	2016*
Personas con VIH (adultos y niños)	45,000	46,000
Personas con VIH de 15 años y más	44,000	44,000
Mujeres con VIH de 15 años y más	17,000	17,000
Hombres con VIH de 15 años y más	27,000	27,000
Niños de 0 a 14 años de edad que viven con el VIH	1,700	1,800
Prevalencia de VIH en población general por 1,000 habitantes	0.5	0.5
Nuevas infecciones por VIH	2,800	2,900
Personas de 15 años y más con nuevas infecciones por VIH	2,500	2,600
Mujeres de 15 años y más con nuevas infecciones por VIH	1,100	1,100
Hombres de 15 años y más con nuevas infecciones por VIH	1,400	1,400
Prevalencia de nuevas infecciones por VIH en población general	0.18	0.18
Muertes anuales por sida	1,300	1,600

Fuente: Icfi/Hivos, con base en datos de Onusida (<http://aidsinfo.unaids.org/>)

* Según UNAIDS Data 2017.

2.4.2 Poblaciones con VIH que son clave en el marco de la epidemia

En Guatemala, la vigilancia de segunda generación señala que la epidemia de VIH se encuentra concentrada en poblaciones que por sus características tienen mayor riesgo de contagio que la población general. Estas poblaciones clave en la respuesta al VIH son: las mujeres trans (MT), los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) (Hivos, 2017). La *Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017*³⁶ (Guardado-Escobar, et al., 2017) mostró resultados similares en las prevalencias de VIH entre las poblaciones clave y en comportamientos, actitudes y prácticas en personas con VIH (PVIH), en comparación con la *Encuesta centroamericana de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS (ECVC)* realizada en 2013.³⁷ En 2016, se reportó una prevalencia de VIH del 24.0% en MT, y del 10.5% en HSH en la ciudad de Guatemala. La prevalencia de HSH es menor en Coatepeque (3.3%). En las MTS la prevalencia fue del 1.0% en la ciudad de Guatemala; del 3.0% en Escuintla y Puerto San José; y del 1.7% en Tecún Umán y Malacatán. De esa cuenta, la epidemia se mantuvo sin cambios significativos entre ambos estudios. En ese sentido, se tiene que las MT y los HSH concentran las prevalencias más elevadas de VIH; por su parte, las MTS reportaron una menor prevalencia.

37

TABLA 6. PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIONES CLAVE (2013 Y 2016)

POBLACIÓN	LUGAR	PREVALENCIA	
		2012-2013	2016-2017
Mujeres transgénero (MT)	Ciudad de Guatemala	23.8	24.0
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Ciudad de Guatemala	8.9	10.5
	Coatepeque	2.8	3.3
Mujeres trabajadoras sexuales (MTS)	Ciudad de Guatemala	1.1	1.0
	Escuintla/puerto San José	3.7	3.0
	Tecún Umán/Malacatán	2.0	1.7

Fuente: Icefi/Hivos, con base en en Guardado-Escobar et al. (2017)

Acerca de los indicadores de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones clave, se detallan a continuación los principales resultados de 2016:

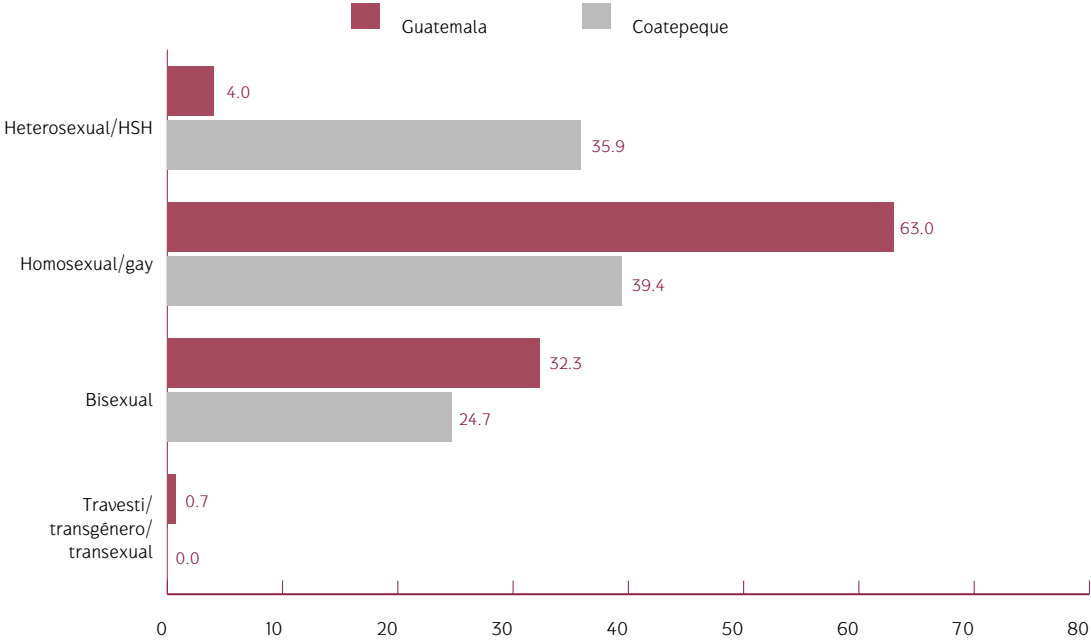
- a. **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH):** En Guatemala, los HSH son la población que concentra la segunda mayor prevalencia de VIH. La mayoría de los encuestados en Guatemala se autoidentificó como homosexual o gay (63.0%) y bisexual (32.3%). Por su parte, en Coatepeque, la mayoría se identificó como homosexual (39.4%); le siguen heterosexuales, con un 35.9%, y bisexuales, con un 24.7%. El contraste de los resultados de una mayor proporción de HSH con prácticas heterosexuales se debe probablemente a que la conducta homosexual abierta no sea socialmente aceptada en ciudades del

36 Véase en: <http://hivos.org.gt/wp-content/uploads/2017/08/Informe-linea-final-Tepinet-020817-1.pdf>.

37 Para efectos de comparabilidad de los resultados, la ECVC y el estudio Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala 2017 emplearon similares poblaciones, métodos de muestreo y tamaño de la muestra.

interior del país, como en el caso de Coatepeque. Así, los prejuicios sociales sobre la homosexualidad pueden jugar un papel muy importante en la toma de decisiones alrededor de la prevención del VIH entre los HSH (Guardado-Escobar et al., 2017:67).

GRÁFICA 8. AUTOIDENTIDAD SEXUAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES, POR CIUDAD (2016)



38

Fuente: Icefi/Hivos, con base en en Guardado-Escobar et al. (2017)

En cuanto a las prácticas sexuales de esta población, se tiene que solamente un 57.1% en Guatemala y un 49.6% en Coatepeque reportaron haber usado condón en su última relación sexual anal con un hombre. Esto supone importantes riesgos puesto que al menos el 29.5% de estas personas en Guatemala, y el 52.4% en Coatepeque, tuvieron relaciones sexuales con dos personas en el mismo período en los últimos seis meses.

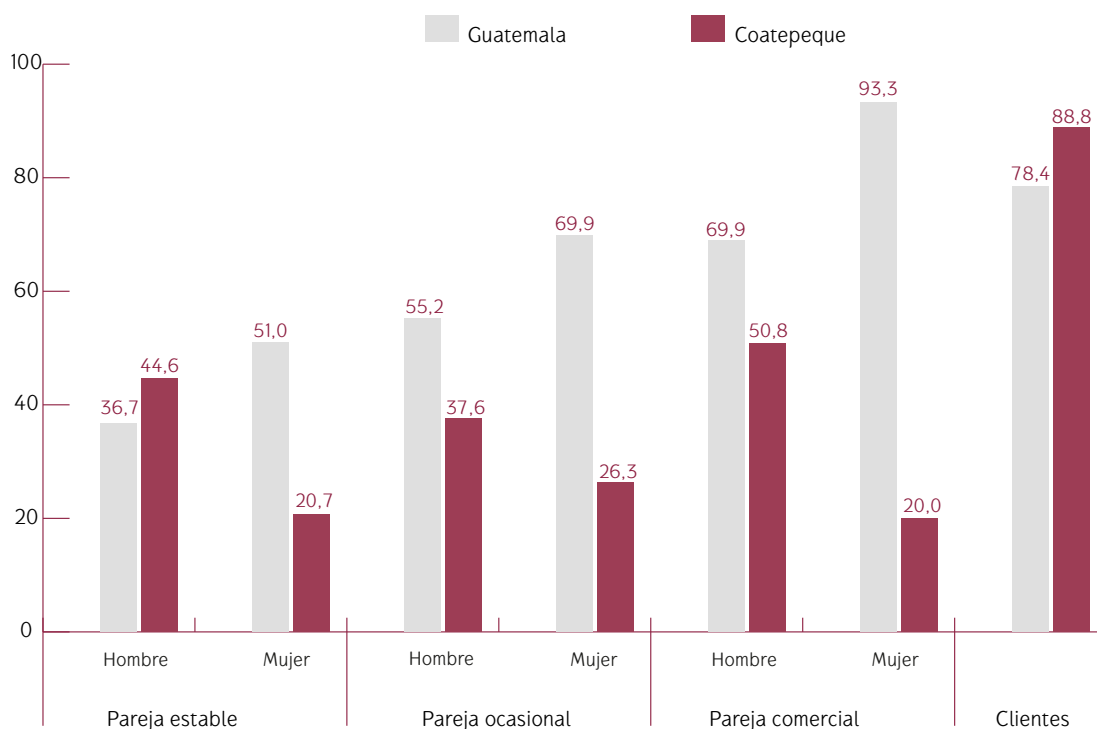
Hay que mencionar, además, que el uso consistente de condón con parejas sexuales en los últimos meses fue de moderado a bajo en Guatemala y Coatepeque (Guardado-Escobar et al., 2017: 66). Así, de los participantes que tuvieron una pareja estable hombre en los últimos 12 meses solamente un 36.7% en Guatemala, y un 44.6% en Coatepeque, usaron condón de manera consistente. Por su parte, los HSH que tuvieron una pareja ocasional hombre en los últimos 12 meses muestran importantes diferencias en el uso del condón, mientras en Guatemala lo utilizó más de la mitad (55.2%), en Coatepeque solamente lo hicieron 38 de cada 100 HSH. La misma situación se repite con los hombres que pagaron a un hombre por relaciones sexuales y los participantes que vendieron sexo, ya que aunque superan la mitad de participantes que usaron condón, el sexo sin protección supone conductas de alto riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.

De modo similar, «[...]cuando los HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres se puede producir la transmisión del VIH a la población femenina heterosexual, por lo que los HSH han sido considerados en algunas regiones del mundo como “población puente”» (BioMed Central, 2011).

De los HSH que se realizaron pruebas de VIH en los últimos meses, un 76.8% en Guatemala y un 61.0% en Coatepeque conocieron el resultado de su última prueba. La mayoría de participantes recibió consejería antes de la prueba y al recibir el resultado (65.1% en Guatemala y 74.2% en Coatepeque).

Asimismo, el 6.7% de los participantes en Guatemala y el 2.9% en Coatepeque se reportaron como una persona con VIH; de estos, la mayoría está asistiendo a control médico (84.9% en Guatemala y 100.0% en Coatepeque) y asistió en los últimos 12 meses. De las personas con VIH, alrededor del 80.0% en Guatemala y el 100.0% en Coatepeque consumen antirretrovirales.

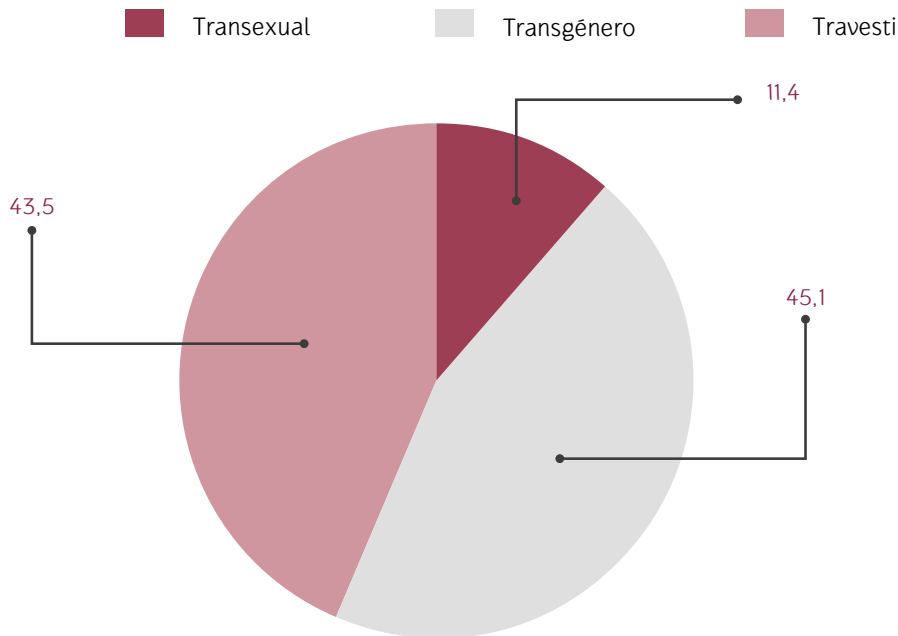
GRÁFICA 9. USO CONSISTENTE DE CONDÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES, POR CIUDAD (2016)



Fuente: Icfef/Hivos, con base en Guardado-Escobar et al. (2017)

b. Mujeres trans: En Guatemala, la población de mujeres trans es la que concentra la mayor prevalencia de VIH; de esa cuenta, una mujer trans tiene 24 veces más riesgo de adquirir el VIH que la población general. De las participantes, un 45.1% se consideraba transgénero; 43.5%, travesti; y 11.4%, transexual.

GRÁFICA 10. IDENTIDAD DE GÉNERO DE LAS MUJERES TRANS (2016)

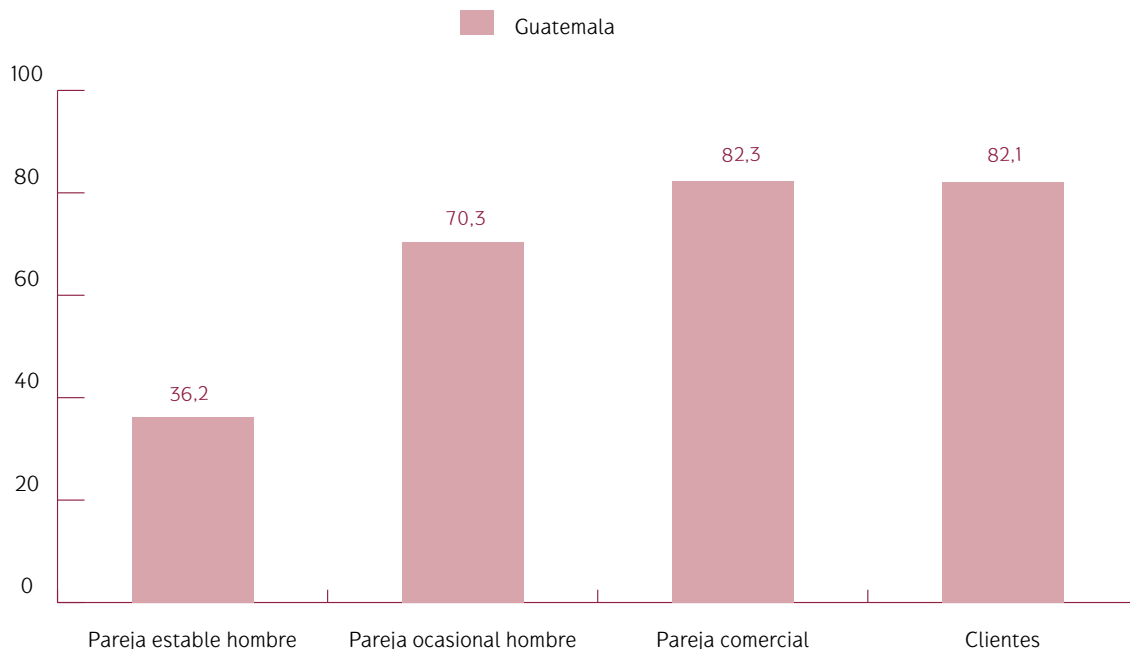


40

Fuente: Icefi/Hivos, con base en en Guardado-Escobar et al. (2017)

En cuanto a prácticas sexuales, un 84.9% usó condón en la última relación sexual anal con un hombre. Sin embargo, con parejas estables el uso consistente de condón en los últimos 12 meses solamente alcanzó al 36.2%, lo que denota que las MT usan condón más frecuentemente en las relaciones sexuales con parejas ocasionales (70.3%), comerciales (82.3%) y clientes (82.1%), que con sus parejas estables. Desde la perspectiva anterior, se tiene que el trabajo sexual representó la principal fuente de ingresos para el 26.9% de todas las MT encuestadas y que en algún momento de la vida el 78.8% (tres de cada cuatro) de las MT realizó trabajo sexual.

GRÁFICA 11. USO CONSISTENTE DE CONDÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN MUJERES TRANS



Fuente: Icefi/Hivos, con base en en Guardado-Escobar et al. (2017)

Otro hábito que fue evidenciado en el estudio fue el consumo de alcohol y drogas. La prevalencia en el consumo de bebidas en los últimos 30 días fue del 71.7%; y el consumo de drogas ilícitas en los últimos 12 meses fue del 43.1%. La droga de mayor consumo fue la cocaína/crack. Estos elementos son importantes pues constituyen factores de riesgo que han sido relacionados con el VIH; asimismo, el consumo de alcohol y sustancias puede tener consecuencias negativas en la salud tanto en individuos inmuno comprometidos por la infección por VIH como en personas negativas (Guardado-Escobar et al., 2017: 90).

De las MT encuestadas, un 83.8% se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses. De estas, el 98.9% conoció el resultado de la última prueba y el 47.7% recibió consejería antes y al recibir el resultado.

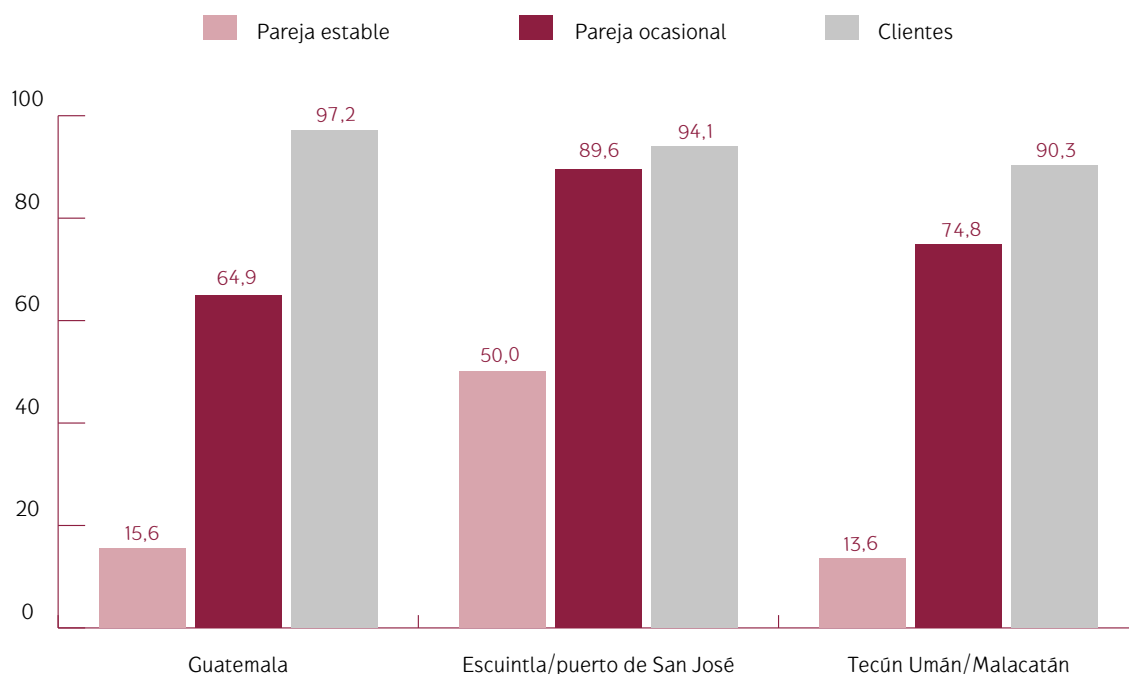
Asimismo, un 10.0% de las participantes se autoreportó como persona con VIH, asiste a control médico y toma medicamentos antirretrovirales debido a su condición.

c. Mujeres trabajadoras sexuales: En Guatemala, las mujeres trabajadoras sexuales son una población que, por su exposición, son susceptibles a la transmisión del VIH. En 2016, la prevalencia para este grupo alcanzó al 1.0% en Guatemala; al 3.0% en Escuintla/puerto de San José; y al 1.7% en Tecún Umán/Malacatán.

41

El uso consistente de condón durante los últimos 12 meses se diferenció por la vinculación con la pareja (estable, ocasional y cliente). Desde esta perspectiva, los datos parecen seguir una tendencia similar a la de otros grupos poblacionales y tienen importantes matices por lugar; mientras que en parejas estables el uso del condón no era una práctica muy recurrente en Guatemala (15.6%) y Malacatán (13.6%), sí lo fue para Escuintla, donde una de cada dos MTS usó condón. Ahora bien, se dio un uso más extendido de condón en parejas ocasionales y clientes, pero con importantes implicaciones para la salud de las personas debido a que tal uso es limitado.

GRÁFICA 12. USO CONSISTENTE DE CONDÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES



Fuente: Icfef/Hivos, con base en Guardado-Escobar et al. (2017)

Otro comportamiento que representa riesgo en este grupo poblacional deviene del consumo excesivo de alcohol. Desde esta perspectiva, el estudio de Guardado-Escobar et al. (2017:112) señala que «[...] el consumo excesivo de alcohol fue una constante en las MTS, la mayoría consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, 62.4%, 73.4% y 84.8% en Guatemala, Escuintla/Puerto San José y Malacatán/Tecún Umán respectivamente». En contraste, el consumo de drogas en los últimos 12 meses fue un tanto menor, representando a un 20.6, 16.4 y 32.0% de las MTS encuestadas en estos mismos lugares, respectivamente.

De las MTS entrevistadas, la mayoría se había realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses. De esta población, el 87.3, el 82.3 y el 82.5% pertenecían a Guatemala, Escuintla/puerto de San José y Malacatán/Tecún Umán, respectivamente.

La consejería antes y al recibir el resultado de la prueba es un indicador que muestra resultados divergentes, ya que oscila entre un 0% en Malacatán/Tecún Umán, un 39.8% en Escuintla/puerto de San José, y un 79.8% en Guatemala.

Esta información contribuye a la planeación estratégica y la definición de políticas de respuesta al VIH y, consecuentemente, a la orientación de recursos financieros para la viabilidad de las estrategias, ya que las MT tienen «[...] 24 veces más riesgo de adquirir el VIH que la población general en Guatemala» (Guardado-Escobar et al., 2017: 89).

2.4.3 Conocimientos, actitudes y comportamientos en relación con el VIH

En la VI Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015 (Ensmi 2014-2015) se adicionaron indicadores relacionados con las ITS, el VIH y el sida que contribuyen a prevenir estas infecciones en las poblaciones clave, así como en la población general. Además, en el informe se señala la importancia de la información para identificar brechas en los programas de prevención y atención, de manera que se puedan proponer acciones integrales, coordinadas y adaptadas a la población (MSPAS/INE, 2017). Así, esta información contribuye a la estrategia global de respuesta acelerada para acabar con la epidemia en el año 2030.

2.4.3.1 Conocimientos sobre VIH y formas de transmisión

Aproximadamente el 90.5% de la población de mujeres entre 15 y 49 años y el 95.4% de hombres del mismo grupo etario han escuchado sobre el VIH. No obstante, existen importantes divergencias en el conocimiento del VIH cuando se consideran variables como edad, etnia, nivel de educación y nivel de ingresos. Desde estas dimensiones existe una marcada falta de conocimientos entre las poblaciones más jóvenes, que se acentúa en los rangos de edad de 15 a 19 años (13.2% en mujeres y 7.7% en hombres).

Las diferencias más pronunciadas en los niveles de conocimiento son más evidentes por etnia, nivel de educación, quintil de ingresos y área de residencia. En la población indígena (82.8% en mujeres y 91.8% en hombres), sin educación (74.0% en mujeres y 85.3% en hombres), en el primer quintil de ingresos (71.4% en mujeres y 83.3% en hombres) y que vive en el área rural (85.9% en mujeres y 92.8% en hombres) la proporción de población que no ha escuchado hablar del VIH es mayor. Esto contrasta con sus pares no indígenas (97.6% en mujeres y 98.4% en hombres), con educación superior (99.8% en mujeres y 100.0% en

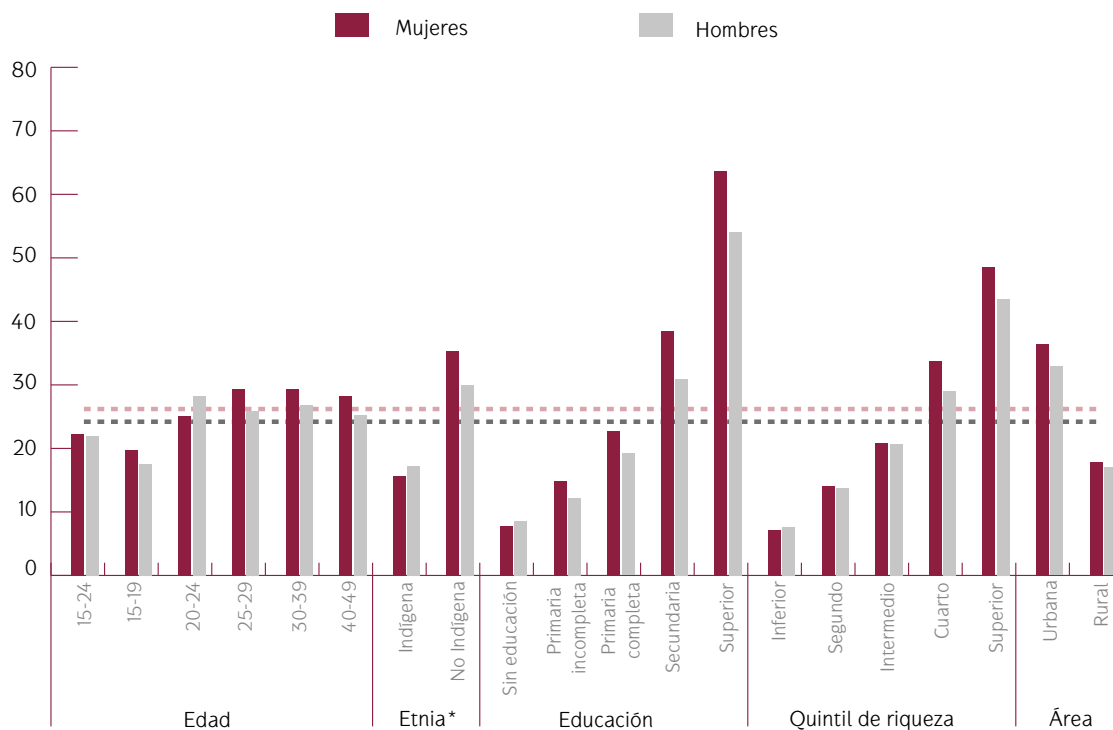
hombres), en el quintil superior de ingresos (99.5% en mujeres y 99.8% en hombres) y que viven en el área urbana (96.1% en mujeres y 98.5% en hombres), quienes muestran que la mayoría ha escuchado hablar del VIH.

De las principales formas de prevención del VIH que las personas identificaron son: en primera instancia, limitar relaciones sexuales a una pareja no infectada (80.2% en mujeres y 86.0% en hombres); le siguen usar condón cada vez que tienen relaciones sexuales (70.7% en mujeres y 75.5% en hombres) y la combinación de ambas, es decir, usar condón y limitar relaciones sexuales a una pareja no infectada (65.2% en mujeres y 69.4% en hombres).

Como se resalta, generalmente existe «[...] falta de información científicamente comprobada, que da lugar a creencias erróneas respecto a las formas de prevención y transmisión de VIH, que promueve acciones de estigma y discriminación hacia las personas con VIH»³⁸ (MSPAS/INE, 2017: 357). En este sentido, se tiene que el conocimiento comprensivo del VIH es mayor en las mujeres (26.2%) que en los hombres (24.0%), especialmente en los niveles de educación y quintiles de ingreso más altos.

El informe destaca que se debe promover intervenciones de educación integral en sexualidad para garantizar el conocimiento comprensivo del VIH, especialmente en la población adolescente y joven, la cual presentan los porcentajes más bajos de comprensión (MSPAS/INE, 2017).

GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15-49 AÑOS CON CONOCIMIENTO COMPRESIVO SOBRE EL VIH, SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERAL



Fuente: Icfef/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

38 Conocimiento comprensivo significa que sabe que el uso consistente del condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja no infectada pueden reducir el riesgo de contraer VIH; sabe que una persona que parece saludable puede tener VIH; y rechaza las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH.

En síntesis, el panorama acerca de los conocimientos sobre VIH y formas de transmisión muestra un escenario desalentador, pues aunque la prevalencia de VIH se concentra en población no indígena; lo cierto es que la prevención en pueblos indígenas, población sin educación, con bajos ingresos y del área rural es sumamente baja y determina el riesgo de infección, así como dificultad en la detección de este virus. La pobreza y bajo desarrollo humano, que afecta principalmente al área rural y la población indígena, se conciben como un caldo de cultivo que permea entonces en el poco conocimiento para prevenir el VIH.

2.4.3.2 Conocimiento de la transmisión de la madre al hijo o hija

En Guatemala, la segunda causa de transmisión de VIH es de madre a hijo(a) (TDMH). «Diversos estudios muestran que la transmisión del VIH de la madre al niño se produce en un 30% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto debido a exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico si no se realizan intervenciones para la prevención. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14 a 17% mayor de probabilidad para que el niño se infecte» (MSPAS, 2013: 4).

La tabla 7 provee información acerca del conocimiento sobre prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en hombres y mujeres. En general, el porcentaje de mujeres con conocimientos de esta clase es mayor; por ejemplo, el 43.0% de las mujeres sabe que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y que el riesgo de transmisión de la madre a la hija o hijo puede ser reducido si la madre toma medicamentos especiales (ARV) durante el embarazo, en comparación con el 35.0% de los hombres.

TABLA 7. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15-49 AÑOS CON CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL HIJO O HIJA (EN PORCENTAJES)

DESCRIPCIÓN	EL VIH PUEDE SER TRANSMITIDO DURANTE LA LACTANCIA	EL RIESGO DE TDMH PUEDE SER REDUCIDO SI LA MADRE TOMA MEDICAMENTOS ESPECIALES DURANTE EL EMBARAZO	EL VIH PUEDE SER TRANSMITIDO DURANTE LA LACTANCIA Y EL RIESGO DE TDMH PUEDE SER REDUCIDO SI LA MADRE TOMA MEDICAMENTOS ESPECIALES DURANTE EL EMBARAZO
Mujeres	75.4	47.6	43.1
Hombres	74.7	40.5	34.5

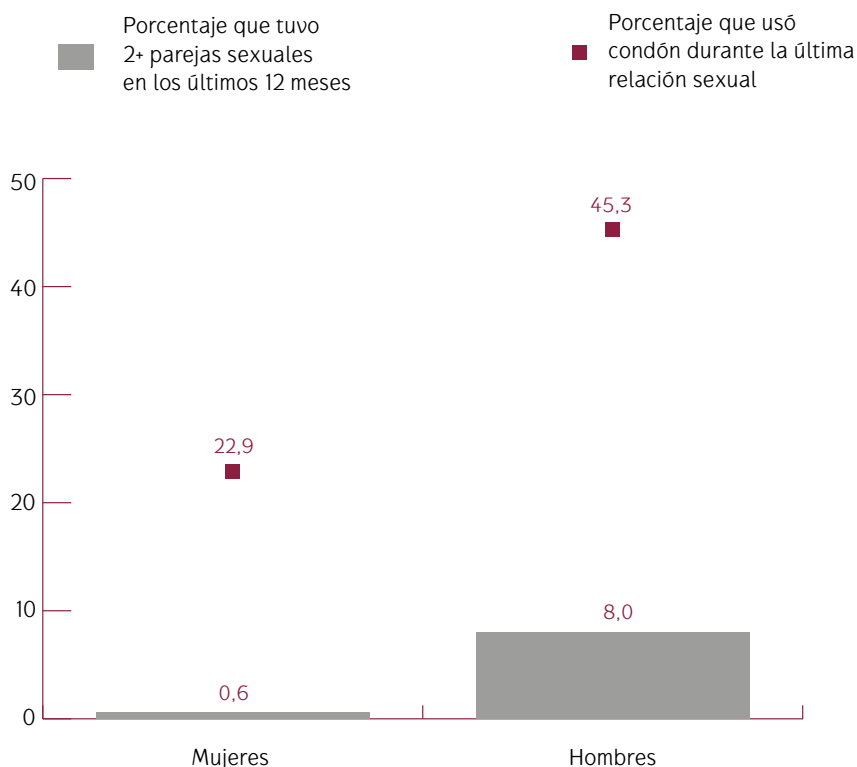
Fuente: Icefi/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

2.4.3.3 Prácticas sexuales

En la *Ensmi 2014-2015* se señala que para el diseño y monitoreo de programas de intervención que tengan como objetivo controlar la propagación de la epidemia de VIH es toral contar con información acerca de las múltiples parejas sexuales y la práctica del sexo protegido para prevenir ITS.

Desde la perspectiva anterior, la Ensmi aborda preguntas sobre las parejas que hombres y mujeres han tenido en su vida y en los 12 meses anteriores a la entrevista. Si bien un porcentaje mayor de hombres (8.0) que de mujeres (0.6) indicó haber tenido dos o más parejas sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta, un mayor porcentaje de hombres (45.3) usó condón durante la última relación sexual. Esta situación puede reflejar la posición de subordinación para la toma de decisiones personales en la que muchas mujeres guatemaltecas viven; por ejemplo, el 63% de las mujeres adolescentes casadas entre 15 y 19 años en Guatemala reportan que necesitan el permiso de sus maridos para usar métodos anticonceptivos (Guttmacher Institute, 2014). Por otro lado, la Ensmi 2008-2009, reporta que el 81.6% de los hombres guatemaltecos indicó que su esposa o compañera requiere pedir permiso para que pueda salir de su casa, 58.9% para utilizar metodos de planificacion familiar y 67.0% para administrar el dinero de la casa

GRÁFICA 14. MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES EN MUJERES Y HOMBRES DE 15-49 AÑOS



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

A ello puede agregarse que el número de hombres que pagó por relaciones sexuales alguna vez en la vida equivale a 15 de cada 100 hombres y a 3 de cada 100 durante el último año. De estos, el 79.9% indicó que usó condón en la última relación sexual pagada.

2.4.3.4 Cobertura de la prueba de VIH

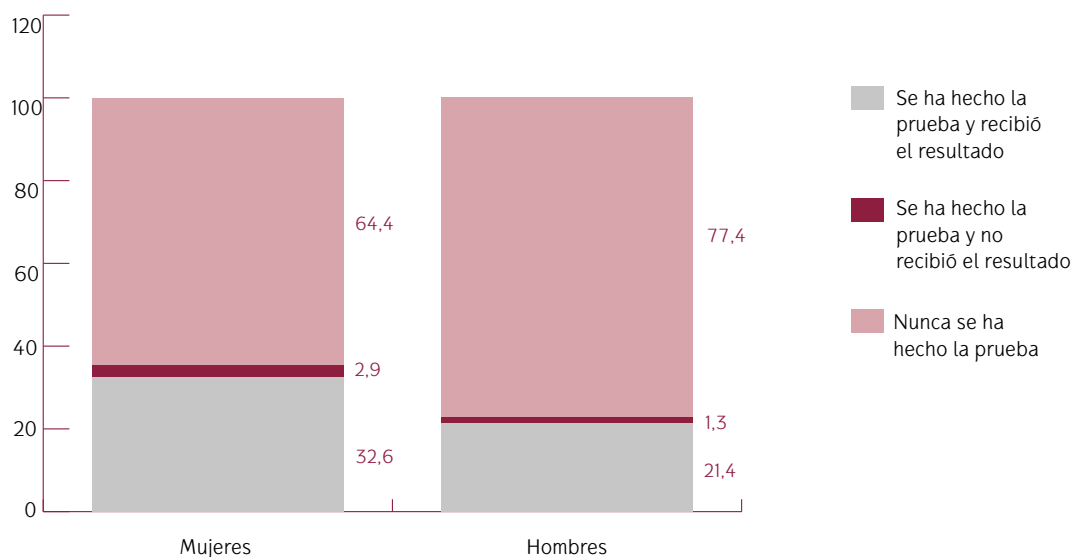
«La realización de la prueba de VIH y entrega de resultados son el inicio de la atención de las personas diagnosticadas con este virus» (MSPAS/INE, 2017: 388). En esa vía, el porcentaje de personas que sabe dónde hacerse la prueba del VIH pasó del 65.6 en 2008-2009, al 73.3, en 2014-2015, con una evolución más favorable en las mujeres, que

aumentaron el 8.7% y sucedieron a los hombres en esa variable que estudia la cobertura de la prueba del VIH.

A pesar de que 7 de cada 10 personas saben dónde hacerse la prueba del VIH, el 64.4% de mujeres y el 77.4% de hombres nunca se ha realizado la prueba. De quienes indicaron haberlo hecho, el 32.6% de mujeres y el 21.4% de hombres expresaron que se realizaron la prueba y obtuvieron el resultado; el resto (2.9% de hombres y 1.3% de mujeres) se efectuó la prueba pero no obtuvo el resultado. Lo anterior es clave, ya que la realización de la prueba de VIH logra su objetivo de prevención cuando se entrega el resultado y se respeta la confidencialidad de las personas (MSPAS/INE, 2017).

GRÁFICA 15. COBERTURA DE LA PRUEBA DEL VIH EN MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS

46



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

El caso de mujeres y hombres que se realizaron la prueba en los últimos 12 meses y recibieron los resultados es aún menor, pues representó el 8.0% en mujeres y el 7.9% en hombres, es decir, solamente 8 de cada 100 mujeres y hombres.

La cobertura de la prueba del VIH muestra importantes divergencias de acuerdo con su nivel de desagregación por edad, etnia, nivel de educación, nivel de ingresos y área. En el grupo de edad de 15 a 19 años se percibe una menor cobertura en la prueba de VIH (10.5% de mujeres y 3.6% de hombres se han realizado la prueba y recibieron los resultados), lo cual es manifestación de la restricción legal sobre la realización de la prueba en menores de edad.³⁹

En los pueblos indígenas, con menor nivel de educación, en el quintil más bajo y en el área rural la dinámica de menor cobertura en la prueba es una constante.

³⁹ De acuerdo con el artículo 23 de 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, las pruebas serológicas para el VIH que están indicadas en menores de edad requieren que los padres o representantes legales del menor permitan el procedimiento. Dichos padres o representantes deberán estar informados y prestarán su consentimiento escrito para la realización de la extracción sanguínea, salvo las excepciones previstas en la ley.

TABLA 8. COBERTURA DE LA PRUEBA DEL VIH EN MUJERES Y HOMBRES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES (EN PORCENTAJES)

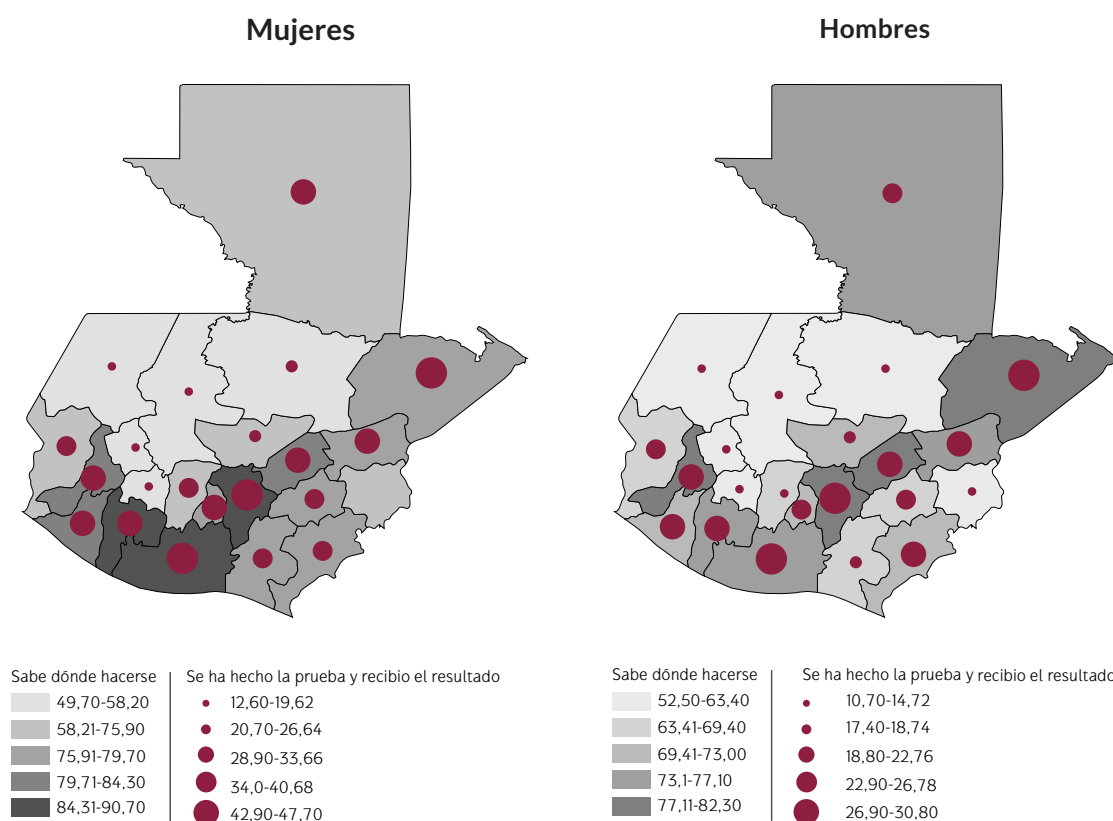
CARACTERÍSTICA	SABE DÓNDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH		SE HA HECHO LA PRUEBA Y RECIBIÓ EL RESULTADO		SE HA HECHO LA PRUEBA Y NO RECIBIÓ EL RESULTADO		SE HIZO LA PRUEBA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE LA ÚLTIMA PRUEBA	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
15-24	70.2	61.9	22.3	10.6	1.9	0.7	7.7	5.2
15-19	64.5	52.9	10.5	3.6	1.0	0.3	4.8	2.3
20-24	77.1	75.1	36.2	20.9	2.9	1.1	11.2	9.6
25-29	80.3	80.8	46.3	27.6	4.4	0.9	12.6	10.9
30-39	77.2	80.1	42.4	33.0	4.1	2.4	7.6	11.1
40-49	73.2	75.3	30.5	28.1	2.5	1.6	5.2	8.0
Indígena	60.5	61.7	22.3	15.2	2.4	0.8	5.7	5.3
No indígena	85.7	79.1	41.4	26.5	3.4	1.6	9.9	10.1
Sin educación	48.8	49.0	19.2	13.0	2.9	0.4	4.1	4.5
Primaria incompleta	65.8	59.8	27.9	14.0	3.3	1.1	6.7	5.1
Primaria completa	73.2	66.1	33.6	20.2	3.2	1.3	7.5	8.0
Secundaria	88.4	79.4	38.6	23.0	2.5	1.5	10.1	8.9
Superior	95.6	97.2	49.6	47.3	3.1	1.6	12.3	14.7

CARACTERÍSTICA	SABE DÓNDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH	SE HA HECHO LA PRUEBA Y RECIBIÓ EL RESULTADO	SE HA HECHO LA PRUEBA Y NO RECIBIÓ EL RESULTADO	SE HIZO LA PRUEBA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE LA ÚLTIMA PRUEBA				
Inferior	44.9	46.0	16.0	7.6	3.0	0.6	4.2	2.8
Segundo	63.6	61.6	22.8	13.2	3.1	0.5	6.0	5.5
Intermedio	76.2	71.7	31.4	19.1	3.0	1.6	7.9	7.1
Cuarto	86.6	80.4	41.4	25.5	3.0	1.4	10.4	10.6
Superior	91.7	87.8	46.3	36.1	2.7	1.8	10.3	11.7
Urbana	84.4	80.6	40.7	28.4	2.9	1.4	9.8	10.4
Rural	65.5	63.4	25.9	15.6	3.0	1.1	6.5	5.8
TOTAL	74.1	32.6	21.4	2.9	1.3	8.0	7.9	
15-49								

Fuente: Icef/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

A nivel geográfico se aprecian las diferencias en la cobertura de la prueba de VIH. Los departamentos con menor porcentaje de conocimiento sobre dónde hacerse la prueba son: Quiché (49.7% en mujeres y 63.4% en hombres); Alta Verapaz (54.8% en mujeres y 52.5% en hombres); Huehuetenango (54.9% en mujeres y 63.4% en hombres); Sololá (57.9% en mujeres y 58.8% en hombres) y Totonicapán (58.2% en mujeres y 62.7% en hombres). Al mismo tiempo, las personas de esos departamentos muestran escasos avances en el objetivo de la prevención del VIH, ya que el porcentaje que se ha hecho la prueba y recibió resultados es magro: Quiché (15.7% en mujeres y 11.0% en hombres); Alta Verapaz (21.3% en mujeres y 10.7% en hombres); Huehuetenango (16.2% en mujeres y 11.0% en hombres); Sololá (12.6% en mujeres y 12.1% en hombres) y Totonicapán (15.3% en mujeres y 13.7% en hombres).

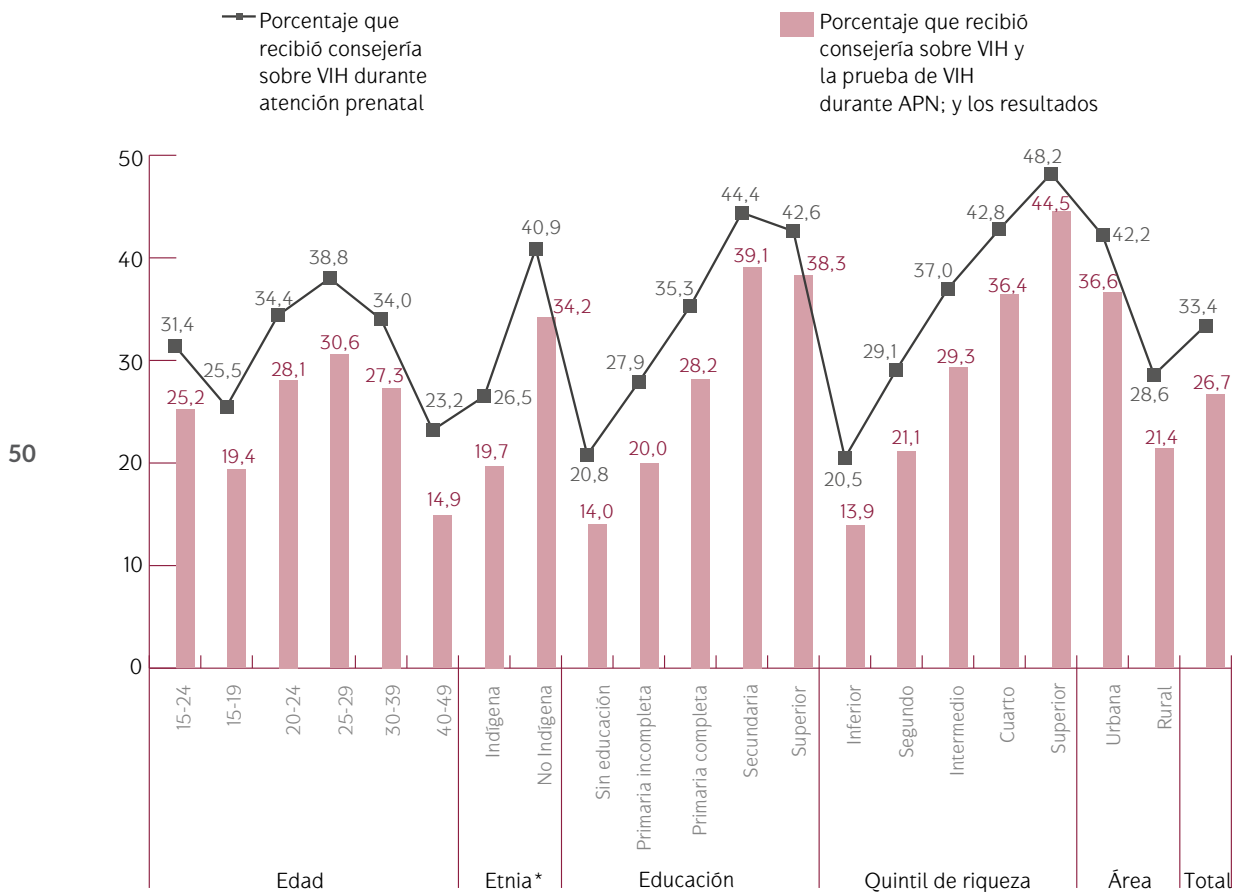
MAPA 1. COBERTURA DE LA PRUEBA DE VIH



Fuente: Icfep/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

En cuanto a las acciones de prevención de la transmisión del VIH de madre a hija(o), se tiene que del total de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en los dos años que precedieron la encuesta, el 33.4% refirió haber recibido consejería sobre VIH durante la atención prenatal, mientras que el 26.7% recibió sus resultados y consejería después de la prueba. Estas cifras de cobertura alcanzan a un mayor porcentaje de mujeres de 25 a 29 años y a mujeres no indígenas. En la situación contraria se encuentran las mujeres indígenas. Asimismo, persiste la dinámica de que menores niveles de escolaridad e ingresos conllevan a menores porcentajes de cobertura de consejería.

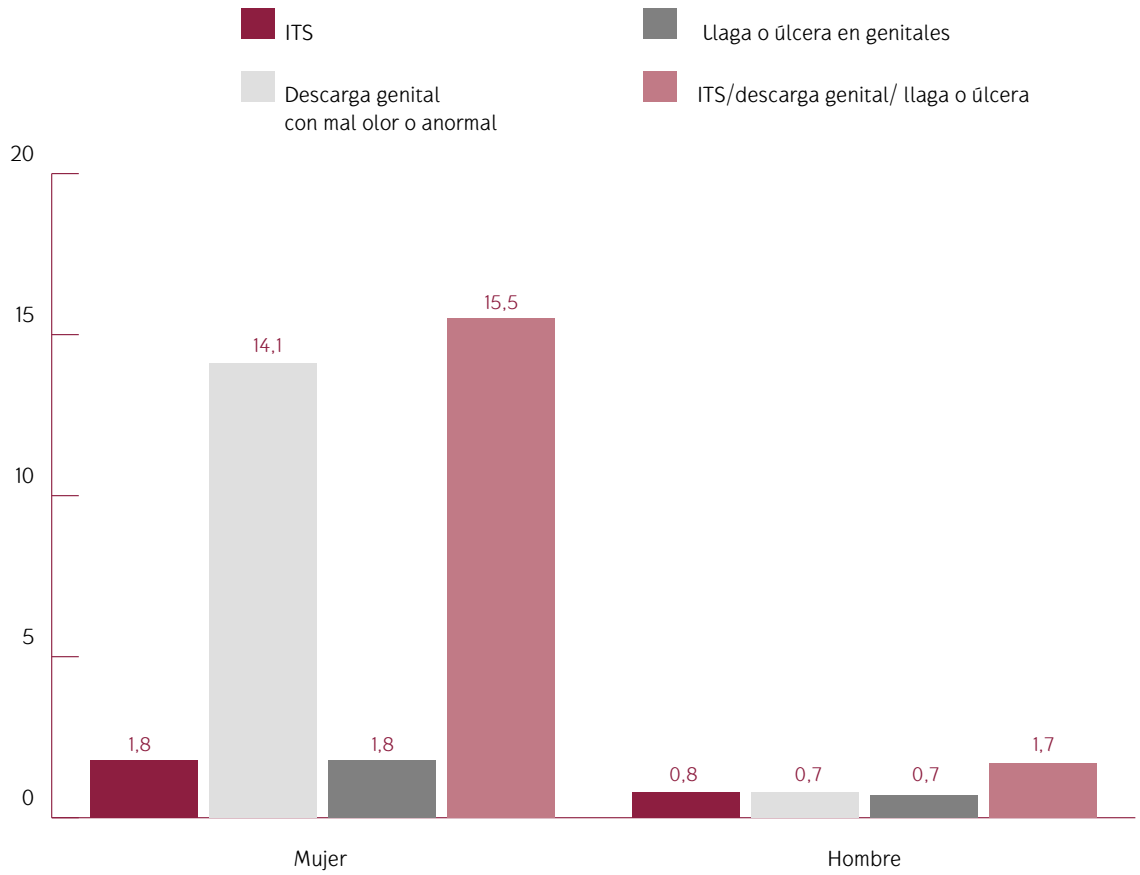
GRÁFICA 16. CONSEJERÍA A MUJERES EMBARAZADAS Y PRUEBA DEL VIH SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

Otra intervención relacionada con la prevención de infecciones del tracto urinario y una acción de prevención adicional para VIH en hombres es la circuncisión (MSPAS/INE, 2017). La encuesta refiere que, del total de hombres de 15 a 49 años, un 2.9% refiere estar circuncidado. Finalmente, se tiene el autoreporte de la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Este constituye «Una alerta temprana para la prevención del VIH, por lo que reconocer los signos y síntomas de las infecciones y acudir al médico para el respectivo diagnóstico y tratamiento, son las principales recomendaciones para mujeres y hombres con una vida sexual activa» (MSPAS/INE, 2017: 398). En la gráfica 17 se puede observar que, del total de mujeres y hombres de 15 a 49 años, el 15.5% de mujeres y el 1.7% de hombres declararon haber tenido alguna ITS, descarga genital/llaga o úlcera en los últimos 12 meses.

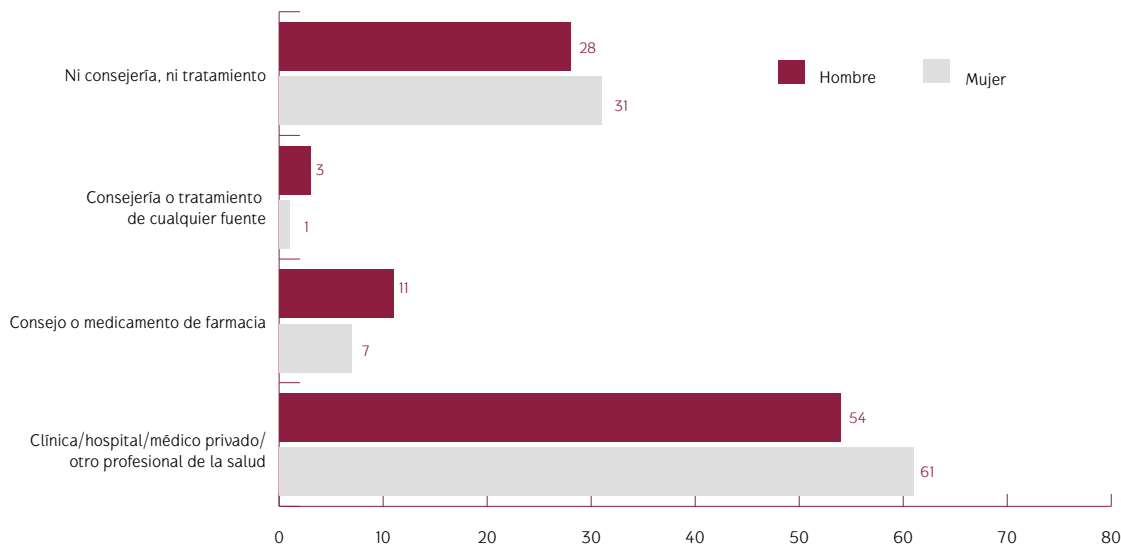
GRÁFICA 17. AUTOREPORTE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y SUS SÍNTOMAS



Fuente: Icfef/Hivos, con base en Ensmi 2014-2015

De las mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportaron haber tenido una ITS o síntomas asociados con esta clase de infección en los últimos 12 meses, casi 3 de cada 10 no recibieron ningún tipo de tratamiento. Un poco más de la mitad buscó ayuda médica.

GRÁFICA 18. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15-49 AÑOS QUE REPORTARON HABER TENIDO UNA ITS O SÍNTOMAS ASOCIADOS CON ITS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE BUSCARON CONSEJERÍA O TRATAMIENTO



52

Fuente: Ensmi 2014-2015

2.5 El VIH en Guatemala y la capacidad del sistema público de salud para la prestación de servicios vinculados con la prevención y atención del VIH

El MSPAS es responsable directo de las acciones en materia de salud, por lo que los datos de esta institución constituyen una fuente inigualable de información para comprender las distintas problemáticas asociadas con el tema. Los datos se centran en la organización, la infraestructura, los recursos humanos y el financiamiento.

2.5.1 La organización

El MSPAS se organiza de acuerdo con lo preceptuado en el *Reglamento Orgánico Interno de la institución, Acuerdo Gubernativo No. 115-99*. Esto implica la división en dos grandes niveles: el central y el ejecutor.⁴⁰ El primero de ellos se integra por el Despacho Ministerial y tres viceministerios: Administrativo Financiero, Técnico y de Atención Primaria y Hospitales (esta configuración dio inicio en septiembre de 2017; en el año previo solo existían tres viceministerios: Administrativo Financiero, Técnico y de Panificación y Políticas).

En la escala jerárquica sigue un grupo de entes asesores y de apoyo (Consejo Nacional de Salud, Consejo Técnico, Planificación Estratégica, Sistema de Información Gerencial, Asesoría Jurídica y Programa de Accesibilidad de Medicamentos, entre otros).

Además, cuenta con cuatro direcciones generales:

1. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS);

⁴⁰ Información con base en la memoria de labores del MSPAS de 2016 y el sitio web institucional.

2. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS);
3. Dirección General de Recursos Humanos en Salud (DGRH) y
4. Gerencia General Administrativo Financiera (GGAF).

En estas direcciones generales se acreditan y regulan los servicios de salud del país; se genera información epidemiológica para la toma de decisiones; se desarrollan los programas de atención de la salud, y se administran y coordinan los recursos humanos y financieros, así como los servicios de atención.

En cuanto al nivel ejecutor, cada departamento de la República cuenta con una dirección de área de salud (DAS), con excepción de Petén, Quiché y Guatemala, que tienen más de una DAS por poseer mayor población y dispersión en sus territorios. Cada DAS se divide a la vez en distritos municipales de salud (DMS) que, en su mayoría, tienen correspondencia con las municipalidades del país.

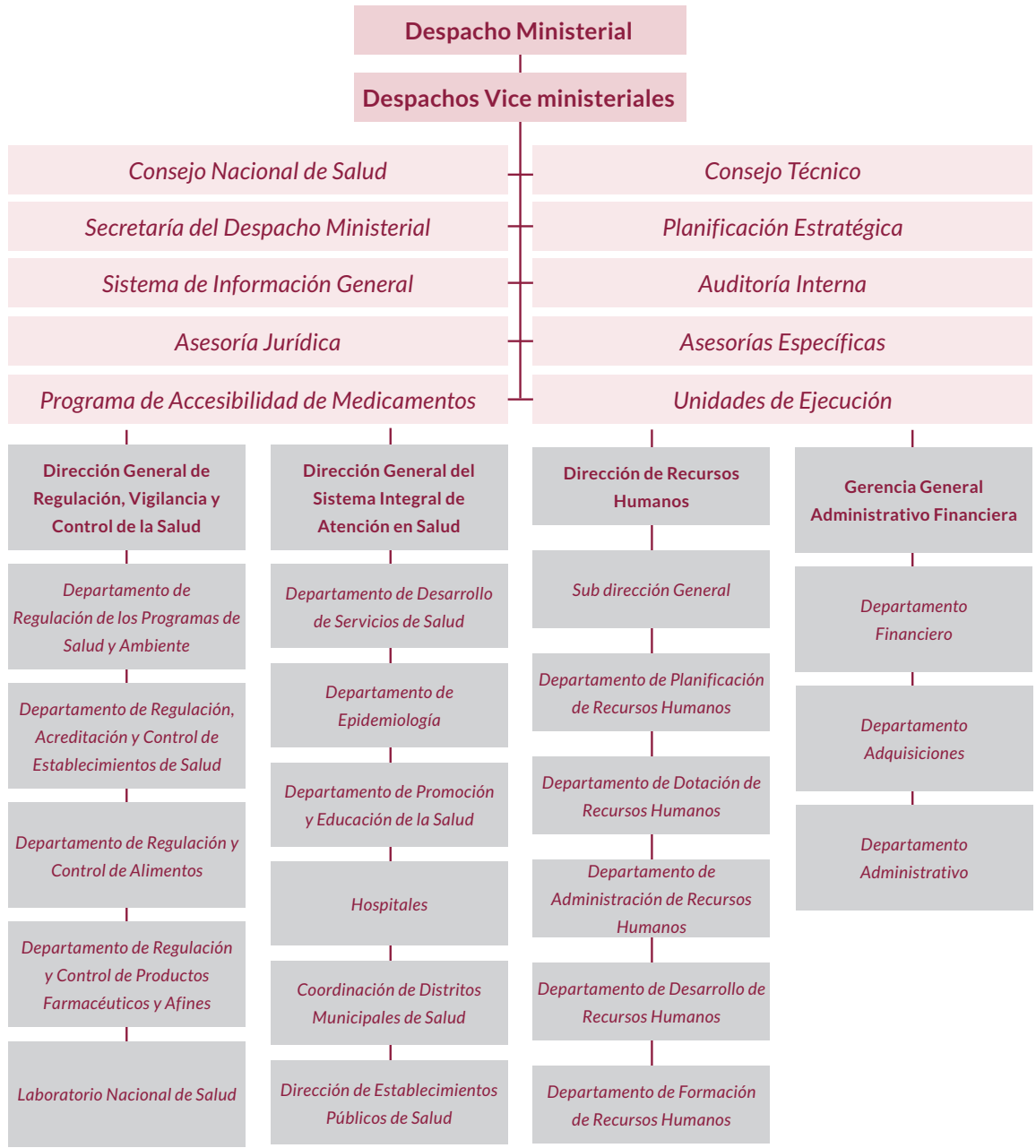
53

La atención se organiza por niveles:

1. El primer nivel corresponde a los puestos de salud, donde generalmente laboran una auxiliar de enfermería y, ocasionalmente, un estudiante de Medicina en su último año de carrera.
2. El segundo nivel está conformado por centros de salud (CS) en sus distintas modalidades (CAP, Caimi, CS tipo A, CS tipo B), donde laboran los médicos y médicas, enfermeras profesionales, laboratoristas y otros profesionales de la salud.
3. El tercer nivel corresponde a la red de hospitales.

La idea de esta organización es que en el primer nivel se desarrollen acciones preventivas y se atiendan los problemas de salud simples que pueden ser cubiertos por la auxiliar de enfermería, pero cuando se necesita una evaluación y tratamiento médico, las personas deben ser referidas, o acudir por sus propios medios, desde los servicios del primer nivel hacia el segundo nivel. Cuando requieren hospitalización o alguna consulta especializada, es preciso referir a las personas al tercer nivel.

FIGURA 3. ORGANIGRAMA DEL MSPAS



54

El sistema de referencia y respuesta aún es deficiente. No existe un sistema como tal que registre, monitoree y supervise las referencias entre servicios; de hecho, los pacientes reciben una nota de referencia que deben hacer llegar por sus propios medios al servicio al que son remitidos (sin la seguridad de que serán atendidos). A continuación, se presenta una tabla resumen con los datos mencionados:

TABLA 9. ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)

NIVELES	¿CÓMO ESTÁ INTEGRADO?	¿CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD?
Central	Ministro (a) y viceministros (as)	Conducir el Ministerio, proveer las políticas y lineamientos generales, fungir de intermediario entre la población y las autoridades de los organismos Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Gestionar y obtener los recursos necesarios para la atención de la salud, y administrarlos al ser obtenidos.
	Consejo de Salud	Asesorar al Despacho Ministerial en la tarea y constituir un espacio de discusión interinstitucional sobre las políticas y decisiones del Ministerio.
	Sistema de información	Obtener, procesar y analizar la información necesaria para la toma de decisiones administrativas, financieras y operativas en materia de atención en salud.
	Unidad de Planificación Estratégica	Planificar, evaluar y proveer asesoría.
	Auditoría Interna	Vigilar el buen uso de los recursos.
Central	Asesorías específicas	Asesorar proyectos específicos del Despacho Ministerial.
	Dirección General Administrativo Financiera	Administrar los recursos financieros del Ministerio, dirigir la asignación presupuestaria y los procesos de rendición de cuentas y coordinar las adquisiciones.
	Dirección General de Recursos Humanos	Administrar la planta de personal del Ministerio en términos de la planificación, la asignación de puestos, la formación y la capacitación.
	Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud	Ejercer funciones de regulación y vigilancia de los programas de atención a las personas; atención al medio; acreditación y control de los establecimientos de salud; regulación y control de alimentos; regulación y control de medicamentos y productos afines; y dirigir el Laboratorio Nacional de Salud.
	Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud	Desarrollo de los servicios; coordinar el Departamento de Epidemiología; promover la educación para la salud; coordinar la red de servicios de salud (incluyendo los hospitales, las áreas de salud y los distritos municipales de la salud).

NIVELES	¿CÓMO ESTÁ INTEGRADO?	¿CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD?
Ejecutor	Primer nivel: <ul style="list-style-type: none"> • Puestos de salud • Centros de convergencia • Unidades mínimas de atención 	Servicios con capacidades para realizar acciones preventivas generales (vacunación, educación en salud, cuidados prenatales, entre otros); con limitado margen de atención de enfermedades, pues generalmente cuentan con un (una) auxiliar de enfermería con equipo mínimo y medicamentos básicos, y que por lo general están distribuidos en regiones rurales con una lógica de uno por cada 2,000 habitantes (en teoría).
	Segundo nivel <ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud (CS) • Centros de atención permanente (CAP) • Centros de atención materna e infantil (Caimi) 	Servicios de mayor capacidad para la resolución de problemas; cuentan con personal médico, de enfermería y, ocasionalmente, laboratorio clínico, nutricionista, trabajadora social, técnicos de saneamiento ambiental. Poseen mayor equipamiento y surtido de medicamentos. Los CS atienden de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00 horas. La variante CAP cuenta, además de lo anterior, con capacidad para atender partos sin complicaciones. Brindan servicios las 24 horas del día los 365 días del año. La variante Caimi, además de lo anterior, cuenta con capacidad de realizar operaciones cesáreas y atender partos complicados.
Ejecutor	Tercer nivel <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales distritales • Hospitales departamentales • Hospitales regionales • Hospitales de referencia nacional • Hospitales de especialidades 	Constituyen la red nacional de hospitales, todos con capacidad de encamamiento y atención médica. Los hospitales distritales sirven a un distrito municipal de salud; los departamentales, generalmente a un área de salud; los regionales, a una región específica y, los de referencia nacional, situados en la ciudad de Guatemala, sirven a todo el país (San Juan de Dios y Roosevelt). Los hospitales de especialidades atienden su disciplina específica y son de referencia para todo el país (Hospital de Salud Mental, Hospital de Dermatología, Hospital Nacional de Ortopedia, Hospital San Vicente, Unidad Nacional de Oncología Pediátrica).

Fuente: Icefi/Hivos, con base en página web del MSPAS, informe de labores 2016.

Todos estos establecimientos están diseñados en una red de servicios que tiene como elemento integrador el llamado «sistema de referencia y contrareferencia». En la práctica, no fue posible localizar ningún documento que norme estas comunicaciones entre los servicios. Se estableció que el mencionado sistema consiste en una «hoja de referencia» en donde se consignan los datos de los pacientes remitidos a otro servicio, una breve historia del problema, los resultados de laboratorio u otros exámenes de gabinete realizados, y la razón del traslado. Si se trata de una urgencia, el paciente es llevado en una ambulancia

(cuando la hay), pero lo más frecuente es que sea el propio paciente el que asuma la responsabilidad de desplazarse hacia el servicio de referencia y entregar la hoja a quien supuestamente lo debe atender. Estas «hojas de referencia» en realidad no funcionan como un traslado, sino le dejan al médico o personal de salud que las recibe la total discrecionalidad de aceptar o no al paciente.

Esta situación revela otra particularidad de la organización que se convierte en una brecha a superar: el sistema de información. En la actualidad, el Sistema de Información Gerencial en Salud (Sigsa) recolecta datos de producción de servicios y estadísticas vitales. Lo hace mediante formatos que, en su mayoría, se llenan manualmente en cada servicio y se «elevan» al nivel superior para su consolidación y publicación. Aun se carece de una vinculación efectiva de esta información con otra relativa a gastos, recursos humanos e información epidemiológica recolectada por el departamento del ramo, el cual se encarga de la vigilancia de la salud-enfermedad y los riesgos. Todo el sistema 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. En cuanto a la información sobre VIH, en 2005 se introdujo un sistema de monitoreo de antiretrovirales en Guatemala (Mangua) en el cual se maneja de forma electrónica la ficha clínica de los pacientes afectados por el VIH y se monitorea su tratamiento antiretroviral (TARV), sin embargo, no se ha integrado al Sigsa, por lo que constituye una brecha a reducir.

Otro problema se relaciona con las prioridades de atención de la salud que se han desarrollado en los últimos 25 años: focalizar la atención en la población materna e infantil y en problemas de salud reproductiva y en las enfermedades inmuno prevenibles.

Esta focalización permeó el modelo de atención y se refleja en la organización de la atención. Si una persona de este grupo focalizado busca atención en el primer nivel, seguramente encontrará algún tipo de respuesta y, probablemente, si lo amerita, puede ser referida al segundo y tercer nivel de atención; por el contrario, si una persona fuera de este grupo prioritario, por ejemplo un hombre adulto, o un adulto mayor, o incluso, una mujer en edad fértil con problemas no reproductivos, acude a un puesto de salud con algún tipo de enfermedad crónica (supongamos VIH), difícilmente en el primer nivel será reconocido su problema; es probable que el personal del segundo nivel no tenga las competencias para diagnosticarlo y tratarlo y, por consiguiente, el único camino posible para esta persona es intentar llegar a la consulta externa de cualquier hospital con la esperanza de ser admitido como paciente. Si en el mejor de los casos lo logra, al ser atendido recibirá una serie de instrucciones e indicaciones para su seguimiento y será enviado de nuevo a su comunidad, donde los servicios no cuentan con las competencias para la tarea.

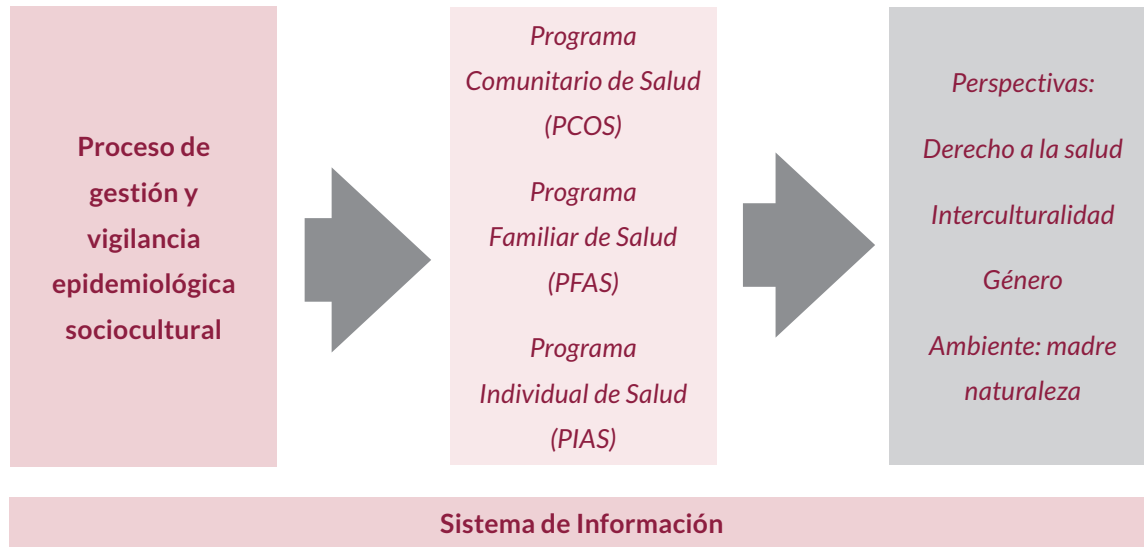
En el tercer nivel funcionan las unidades de atención integral de personas con VIH. Estas iniciaron en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios.

Como se ve, se hace necesaria una reestructuración del modelo de atención de las enfermedades y su seguimiento. Esto posiblemente implicaría refuncionalizar los CAP y Caimi e incrementar las capacidades del personal médico en esos servicios; o bien, crear un nuevo nivel de manejo ambulatorio de casos en relación con los hospitales locales con los cuales se debería trabajar de forma coordinada.

La administración del MSPAS que recién fue sustituida inició una reestructura del primer nivel de atención implementando el Modelo Incluyente de Salud (MIS), el cual reforma la atención del primer nivel mediante una nueva visión territorial, ampliando la atención mediante la horizontalización de los veintidós programas del MSPAS en solamente tres: los programas

individual, familiar y comunitario. Además, declara que la base filosófica y política del modelo es el derecho a la salud y desarrolla cuatro perspectivas fundamentales, que incluyen el ya mencionado derecho a la salud, el género, la interculturalidad y el respeto a la naturaleza.

FIGURA 4. MODELO INCLUYENTE DE SALUD (MIS)



58

El MIS se ha probado y desarrollado durante más de 15 años y ha demostrado su efectividad en mejorar las condiciones de salud de la población donde se ha usado. En los territorios donde se implementó se observó una reducción sustantiva de la mortalidad materna, mortalidad infantil, y un aumento de la cobertura de diversas intervenciones y producción de servicios.^{41, 42} Su implementación, sin duda, significa un avance importante; no obstante, se hacen más visibles las deficiencias en el segundo nivel, en especial porque el MIS desarrolla acciones preventivas y ha generado pocas capacidades de atención de enfermedades, ya que para esto se requiere el funcionamiento de la red completa. En entrevistas con funcionarios de alto nivel del MSPAS, de la administración anterior, se reveló que funcionó un equipo dedicado a tiempo completo al rediseño de la red de servicios, con énfasis en la definición de la estructura y funciones del segundo nivel. Al ser sustituida la administración del MSPAS por un nuevo equipo, todo lo actuado para la implementación del MIS, se derogó mediante el *Acuerdo Ministerial número 152-2017* donde, además de suprimir las acciones de implementación del MIS, se inicia un proceso cuyo objetivo es el diseño de un “nuevo modelo” de atención (sin argumentar en los considerandos las razones técnicas de la derogación). Junto con esto, se crean dos nuevas direcciones generales: la de gestión y la de hospitales.

Cuando las acciones preventivas han fallado y las personas enfrentan algún tipo de enfermedad, en el caso particular del diagnóstico de VIH, se convierten en la razón de ser de los servicios de atención, de acuerdo con el esquema presentado. Esto corresponde de forma directa al segundo y tercer nivel y, en menor grado, al primer nivel.

41 Véase en: Meredith P. Fort a, David Grembowski a, Patrick Heagerty b, Stephen S. Limc, Mary Anne Mercer, I Evaluation of a demonstration primary health care project in rural Guatemala: the influence of predisposing, enabling and need factors on immunization coverage, equitable use of health care services and application of treatment guidelines, *International Health* 4 (2012) 220-228.

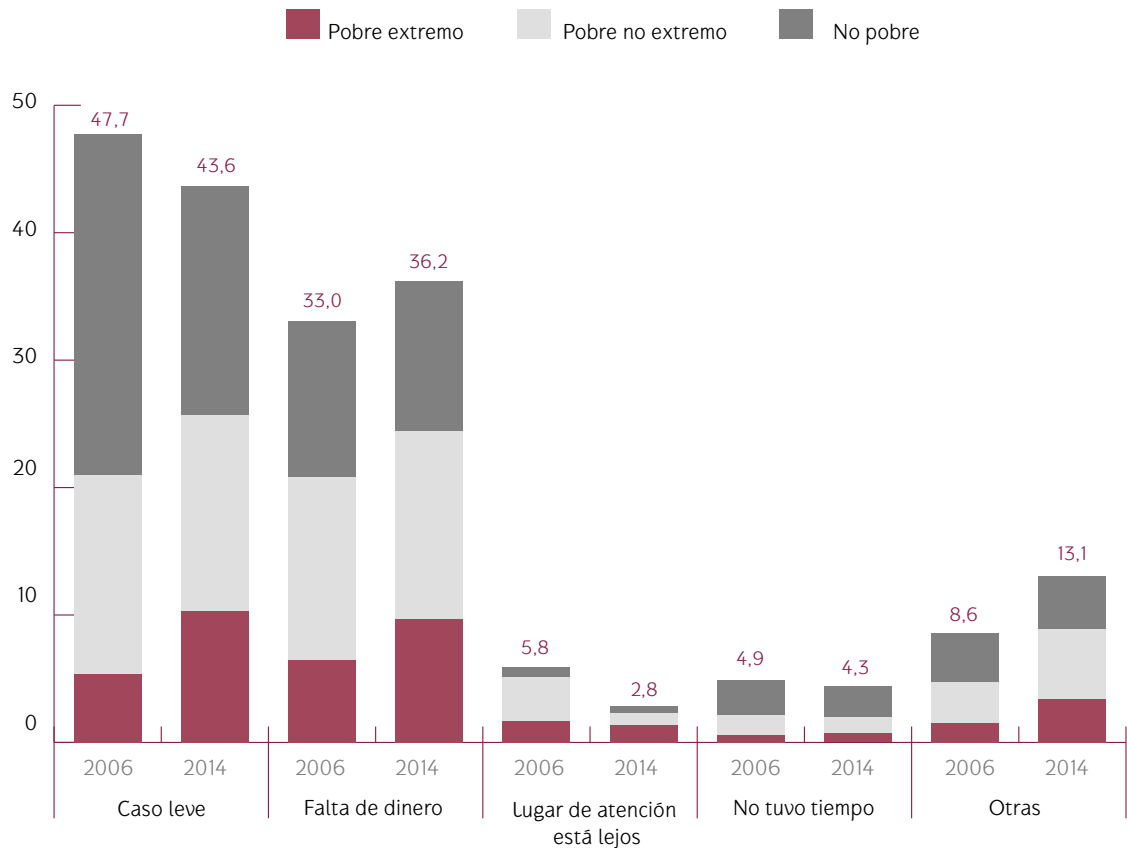
42 Véase en: Fort MP, Grembowski DE, Verdugo JC, Morales LC, Arriaga CA, Mercer MA, Lim SS. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(3):217-24.

De acuerdo con la *Encovi 2014*, el 12.0% de los entrevistados manifestó haber padecido alguna enfermedad en el mes anterior a la entrevista. Esto significa que si la población del país es de 17 millones, cada mes más de un millón de guatemaltecos y guatemaltecas se encuentran en la situación de necesitar servicios de atención médica. Por supuesto, muchas de estas personas no buscan una consulta por diversas razones.

La principal razón para no acudir a consulta es por considerar que el caso es muy leve como para buscar atención; según las *Encovi*, para el año 2006 esta razón fue invocada por el 47.7% de los entrevistados, mientras que en 2014 la cifra descendió al 43.6%.

La segunda razón fue el no tener dinero para cubrir los gastos relativos a la atención. En 2006 esta razón fue reportada por el 33.0%, mientras que en 2014 ascendió al 36.2%. Esto puede estar relacionado con los datos del incremento y profundización de la pobreza mostrados anteriormente. Las otras razones reportadas han mantenido una proporción menor al 6.0% en ambos períodos. Estos datos pueden observarse en la gráfica 19.

GRÁFICA 19. RAZONES PARA NO CONSULTAR AL ESTAR ENFERMOS SEGÚN LAS ENCOVI DE 2006 Y 2014



Fuente: Icefi/Hivos, con base en información de las *Encovi* de 2006 y 2014

Ante esta necesidad de atención, ¿a dónde han acudido las personas para buscar atención? De acuerdo con las *Encovi* de 2006 y 2014, el servicio más frecuentemente empleado es la clínica privada; sin embargo, en este caso se nota un importante descenso: en 2006 el 40.0% de la población utilizó esta clase de servicio, mientras que en 2014 la cifra descendió al 22.3%. Al parecer la utilización del centro o puesto de salud no se modificó en el período, al igual que los servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las farmacias particulares.

Donde se nota una diferencia —además del ya mencionado cambio relativo al uso de clínicas privadas— es en la utilización de los hospitales públicos, práctica que se incrementó del 11.8%, en 2006, al 18.3%, en 2014; asimismo, el acudir a los centros comunitarios se incrementó del 2.6%, en 2006, al 5.4%, en 2014. La utilización de otros servicios (presumiblemente terapeutas locales o medicina alternativa, por ejemplo) se incrementó del 1.5%, en 2006, al 12.5%, en 2014.

La información anterior corrobora el hecho de que existe un gran número de guatemaltecos y guatemaltecas que además de los servicios preventivos necesitan servicios curativos y de seguimiento de enfermedades. También es un hecho que, por diversas causas —entre ellas el aumento y la profundización de la pobreza—, las personas tienden a acudir con mayor frecuencia a los servicios públicos, particularmente hospitales y atención alternativa. Esta situación sin duda genera mayores presiones hacia los servicios y mayor utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos, lo que incide de forma directa en el abastecimiento de medicamentos y en la contratación de recursos humanos.

2.5.2 La infraestructura

¿Cuántos puestos, centros de salud y hospitales tiene Guatemala? En la tabla 10 se muestran los datos oficiales para 2016.

TABLA 10. NÚMERO Y TIPO DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

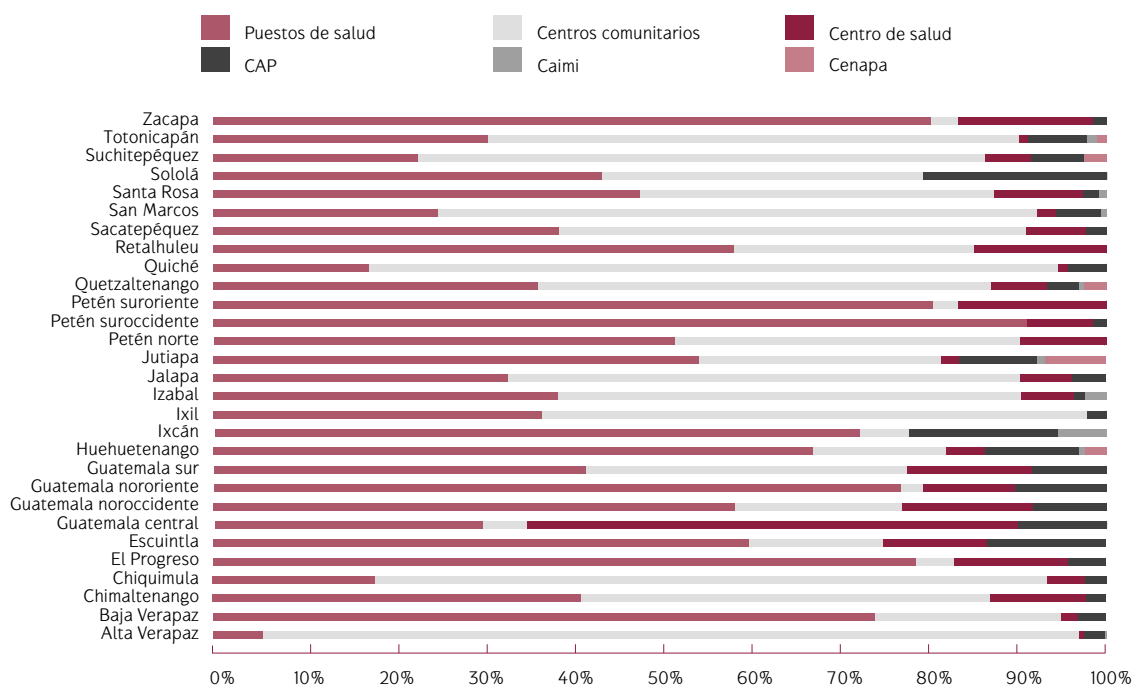
NIVEL	TIPO DE SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
Primero	Puestos de salud	1,167	74.3
	Centro de salud tipo A	53	3.4
	Centro de salud tipo B	277	17.6
Segundo	Centro de atención permanente	3	0.2
	Centro de recuperación nutricional	1	0.1
	Centro de atención materna	5	0.3
	Centro de urgencias médicas	7	0.4
Tercero	Hospitales	44	2.8
	Unidades de atención integral para VIH	15 *	0.8

Fuente: Memoria de labores MSPAS 2016

* Existen quince unidades de atención integral adscritas a hospitales nacionales, y tres en otras instituciones: IGSS, sanidad militar y Hospicio San José.

La tabla 10 utiliza las categorías oficiales de los servicios; sin embargo, en la práctica muchos —si no es que todos— los centros de salud tipo A son en realidad CAP, al igual que muchos centros de salud tipo B. Esta situación revela un problema que necesita ser atendido: el reglamento interno del MSPAS, que es el origen de este ordenamiento, necesita ser revisado y actualizado dadas las condiciones actuales. Este ordenamiento erróneo, o más bien desfasado de la situación actual, genera problemas de planificación y distribución del presupuesto. Su revisión se ha tornado urgente.

GRÁFICA 20. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN POR DEPARTAMENTO (2017)



Fuente: MSPAS (2017)

La gráfica 20 es muy ilustrativa, no solo del tipo de servicios con los que cuenta cada departamento, sino del problema de desfase existente con lo que preceptúa el Reglamento Orgánico Interno. Al parecer, los puestos de salud parecen ser los servicios más abundantes y presentes en cada departamento; no obstante, también se cuenta con un importante número de «centros comunitarios» (con el caso de Alta Verapaz como el más notorio, pues en él estos centros superan el 90.0% de los servicios). Los centros comunitarios son el resabio del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), en el cual la atención se brindaba en establecimientos que, en su mayoría, no eran construcciones formales pues se adaptaban espacios, se atendía en viviendas, o se destinaban aulas en escuelas o centros comunitarios de otro tipo para brindar atención. A pesar de la finalización del PEC, como se ve en la gráfica 20, estos lugares aún son considerados servicios de salud, por lo que es urgente una revisión y actualización de estos servicios para fines presupuestarios y de planificación.

En cuanto a la red de hospitales, los 44, con sus diferentes categorías, aportaban en 2014 la cantidad de 7,183 camas, es decir 0.44 camas por mil habitantes (cuando el estándar internacional es una cama por mil habitantes). El 47.0% de estas camas se ubica en dos departamentos: Guatemala y Sacatepéquez; el resto de departamentos cuenta, cada uno, con el 3.0%, en promedio, de las camas disponibles (MSPAS, 2016). Los datos muestran que la brecha de infraestructura en todos los niveles es amplia y su cierre se torna impostergable como un prerrequisito para cualquier esfuerzo por mejorar la salud de la población y lograr las metas planteadas para disminuir sustancialmente la epidemia de VIH.

2.5.3 Unidades de atención integral (UAI)

Además de la revisión de la clasificación de los servicios, lo más importante es la definición de las funciones de cada uno de ellos en el continuo de atención, es decir, dar respuesta a en dónde se atiende qué y cómo cada servicio se comunica con los otros integrantes de la red.

El sistema de servicios de salud en Guatemala cuenta con unidades de atención integral (UAI) para los pacientes con VIH. En la actualidad existen diecinueve clínicas que, en su mayoría, están adscritas a un hospital nacional. Estas clínicas iniciaron en el Hospital Roosevelt y el Hospital General San Juan de Dios, y luego se han ido expandiendo a otros centros hospitalarios. También se cuenta con una clínica en el IGSS, una en Sanidad Militar y una en el Hospicio San José. Estos servicios le brindan atención a 14,639 personas con VIH distribuidos en la forma siguiente:

TABLA 11. NÚMERO Y UBICACIÓN DE LAS UAI Y NÚMERO DE PERSONAS CON VIH RETENIDOS/ATENDIDOS (2015)

NO.	UBICACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS
1	Hospital Roosevelt, clínica de enfermedades infecciosas	4,398
2	Hospital General San Juan de Dios, clínica familiar Luis Angel García	2,692
3	Hospital Nacional de Antigua Guatemala	241
4	Hospital Nacional de Zacapa	447
5	Hospital Nacional de Escuintla	517
6	Hospital Nacional de Cobán	177
7	Hospital Nacional de Puerto Barrios (amistad Japón)	766
8	Hospital Infantil de Puerto Barrios (Elisa Molina)	70
9	Hospital Rodolfo Robles Quetzaltenango	719
10	Hospital Regional de Quetzaltenango	517
11	Hospital Nacional de Coatepeque	1,847
12	Hospital Nacional de Malacatán, San Marcos	486
13	Hospital Nacional de Huehuetenango	137
14	Hospital Nacional de Retalhuleu	197
15	Hospital Nacional de San Benito Petén	546
16	Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa	328
17	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ciudad de Guatemala	ND
18	Sanidad Militar, Ciudad de Guatemala	54
19	Hospicio San José, Sacatepéquez	500

De acuerdo con los lineamientos de OPS/OMS, la atención integral debe incluir las siguientes grandes actividades (OPS et al., 2001):

1. Manejo clínico (diagnóstico precoz y acertado, lo cual incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento)
2. Cuidados generales (promoción de prácticas de higiene y nutrición adecuadas, cuidados paliativos, atención domiciliaria y educación a los proveedores de atención en el hogar y a la familia, promoción de las medidas de precaución universal)
3. Consejo y apoyo emocional (apoyo psicosocial y espiritual, en especial disminución del estrés y la ansiedad; planificación de la reducción del riesgo y generar la capacidad de sobrellevar la enfermedad, de aceptar el estado serológico en cuanto al VIH y comunicación de esto a otras personas; vivir siendo VIH positivo y planificación para el futuro de la familia)
4. Apoyo social (información, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal)

63

Para lograr esta atención integral se debe considerar un continuo de atención a través de todos los servicios y niveles del sistema, es decir, se necesitan acciones de promoción, prevención y curación en el primero, segundo y tercer niveles de atención.

Es importante señalar que las UAI responden de forma integral a las necesidades de salud de las personas con VIH, y no solamente funcionan como un centro de provisión de tratamiento antirretroviral. Por el contrario, en estos espacios existen otros servicios para lograr la integralidad que se define más arriba.

Sin embargo, de acuerdo con los datos presentados, la Atención Integral se basa en cuidados en su mayoría de tipo hospitalario. Es previsible que ante situaciones cotidianas relativas al tratamiento, actos de discriminación y estigmatización, relaciones familiares, de trabajo, académicas y sociales, los servicios están distantes pues dependen de consultas en las UAI. Esto pone de relieve la necesidad de ampliar los servicios integrales hacia espacios comunitarios.

En cuanto al desempeño de las acciones de cascada emprendidas en estas UAI, la evidencia muestra que de los 14,462 personas ligadas a tratamiento en estas unidades, 13,728 reciben TARV, y de estos el 89.95% reciben medicamentos de primera línea, el 8.64% de segunda línea y el 0.59% de tercera línea (PNS, 2015).

La efectividad del tratamiento tiene varias dimensiones; en primer lugar se ha demostrado que en 2015, luego de 12 meses de tratamiento, el 82% de los pacientes estaba activo. En segundo lugar, la reducción de la Carga Viral a menos de 1000 copias se logró en el 82% de los hombres, el 79% de las mujeres y en poblaciones específicas las cifras son similares; en los HSH se mantuvo en 83.2% con menos de 1000 copias, mientras que en las Trans, y los niños la cifra ascendió a 90%.

Respecto a los costos de las UAI, hay que considerar tres categorías de gastos directos: el personal, los medicamentos (TARV antibióticos para infecciones oportunistas, otros) y los laboratorios.

De acuerdo a los estándares internacionales⁴³ el personal con el que debe contar una Unidad de Atención Integral es el que se detalla a continuación:

TABLA 12. ESTRUCTURA BÁSICA DE PERSONAL DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL

PERSONAL DE PLANTA BÁSICO DE LA UAI (para atender de 10 a 20 pacientes por día)	PERSONAL DE APOYO DEL HOSPITAL (no perteneciente a la UAI, pero adscrito a ella de forma rotativa)
	Médico internista
	Médico pediatra
(1) Médico coordinador de la UAI / médico de consulta	Médico ginecobstetra
(2) Enfermera profesional / auxiliar de enfermería	Químico biólogo
(3) Orientadora / orientador	Químico farmacéutico
(4) Educadora / educador	Auxiliar de laboratorio
(5) Auxiliar de farmacia	Nutricionista
(6) Digitador	Oftalmólogo
	Psicólogo(a)
	Trabajador(a) social
	Epidemiólogo

64

En cuanto a los medicamentos, se debe contar con suministros de TARV de primera, segunda y tercera línea. La proporción debe ser coherente con la realidad local; en el caso de Guatemala, de acuerdo a lo que ocurre en las UAI, el 90% de medicamentos para la TARV corresponde a los de primera línea, el 9% a los de segunda y el 1% a los de tercera. En cuanto a otros medicamentos, como antibióticos para tratamiento de infecciones oportunistas, no se cuenta con el dato.

El laboratorio debe contar con capacidades para pruebas rutinarias, inmunológicas y microbiológicas.

En cuanto al número de casos esperados, de acuerdo a la publicación UNAIDS Data Book 2017, la tasa de incidencia de VIH en Guatemala, para ese año es de 0.18 por cada 1000 habitantes, con intervalos de confianza entre 0.09 y 0.32⁴⁴ lo que equivale a 2,880 casos nuevos por año (entre 540 y 5,120). Un dato relevante es que en Guatemala, aun con el uso incrementado de TARV, se ha visto un incremento de las muertes relacionadas con VIH para el año 2016, pues se incrementó de menos de 1000 en 2005 a 1600 en 2016. Si a esto se suma que, de acuerdo a esta misma publicación, de todas las personas infectadas solamente el 65% conocen que están afectadas, 38% están en tratamiento y 25% han logrado la supresión viral, probablemente aún quedan unos años con la tendencia ascendente de la mortalidad.

43 Véase en: Informe Ejecutivo: “Caracterización y Desempeño de las Unidades de Atención Integral a personas con VIH en Guatemala”.

44 Véase en: UNAIDS Data Book 2017.

2.5.4 Los recursos humanos

Uno de los indicadores internacionales para medir la suficiencia de recursos humanos en salud es la densidad de profesionales con respecto a la población que debe ser atendida. El estándar señala que se necesitan 25 médicos, enfermeras profesionales y parteras por cada 10,000 habitantes. En el caso de Guatemala, en la tercera medición de metas regionales de recursos humanos en salud (MSPAS, 2016a) se estableció que para 2015 la densidad era de 15 profesionales de la salud por cada 10,000.

Otro indicador de distribución de recursos humanos en salud establece que el 40.0% o más de la fuerza laboral debe estar dedicada a la atención primaria en zonas de mayor postergación; sin embargo, en Guatemala el porcentaje en 2015 era del 15.0%.

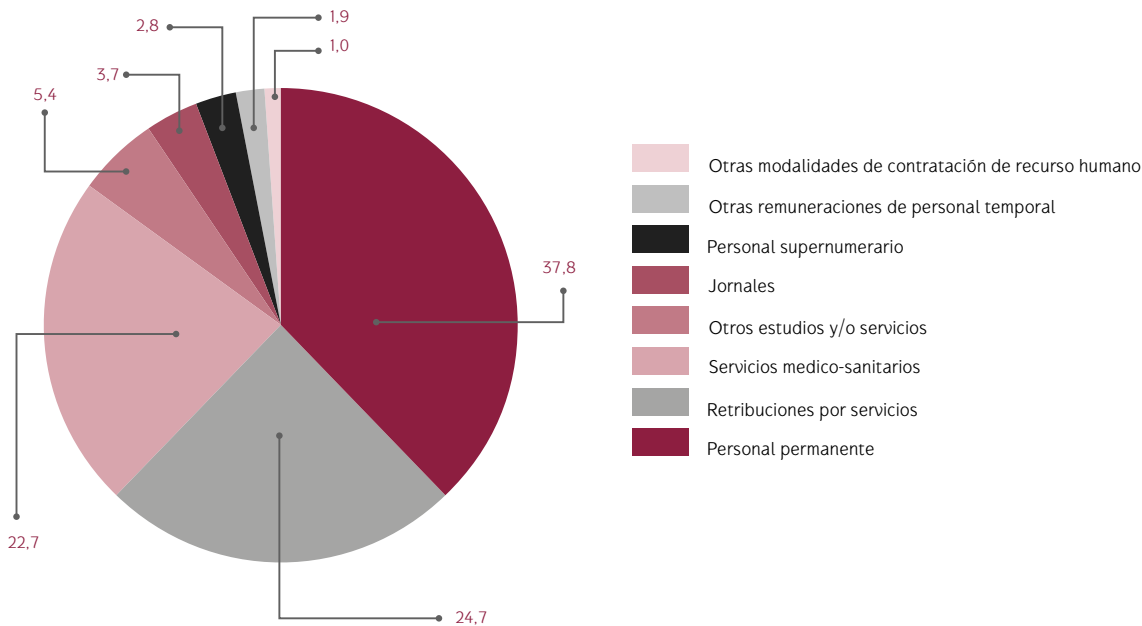
En cuanto a la integración de los equipos de salud, se ha estipulado que debe haber una enfermera profesional por cada médico; en Guatemala para el año 2015, la relación era de 1.52 enfermeras por cada médico.

Respecto a las competencias, lo indicado es que el 70.0% de los trabajadores de la salud ubicados en servicios vinculados con la atención primaria cuente con competencias de salud pública e interculturalidad. En Guatemala, para 2015, la medición estableció que solamente el 5.0% reunía estas características.

En cuanto a la necesidad de que al menos el 30.0% del personal sanitario sea reclutado en sus propias comunidades, la medición evidenció que, en Guatemala, para 2015, esta no era una consideración en los procesos de reclutamiento.

Una de las conclusiones de esta medición efectuada en 2015 señala que el 52.0% de los trabajadores de la salud se consideraba empleado en situación de precariedad laboral, es decir sin prestaciones laborales ni protección. La precariedad laboral inició en el sector salud en la década de los 90 como parte de las medidas de ajuste estructural promovidas por el Consenso de Washington y financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). Esto resultó en que una parte importante de los trabajadores del MSPAS no cuentan con un contrato que les permita alguna estabilidad laboral.

GRÁFICA 21. TIPO Y PROPORCIÓN DE LOS CONTRATOS LABORALES DEL MSPAS (2016)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Memoria de labores MSPAS 2016

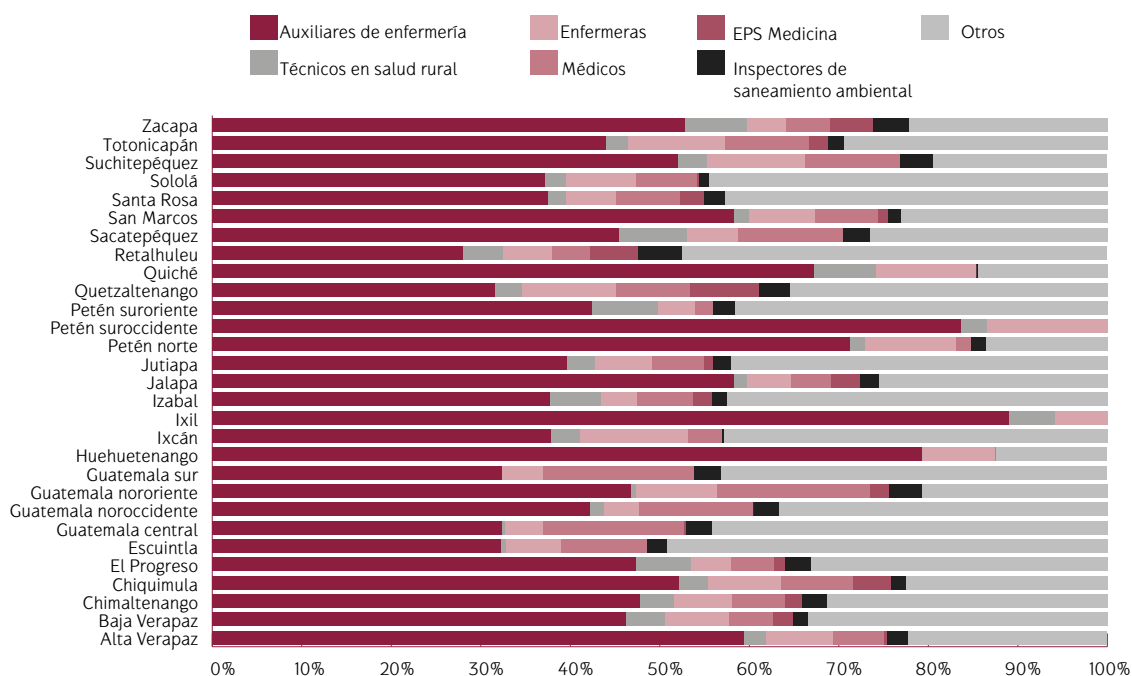
Como se observa en la gráfica 21, los tipos de contrato ⁴⁵ más numerosos corresponden a los renglones presupuestarios de personal permanente (011), retribuciones por servicios (036) y servicios medico-sanitarios (182). El primero es el contrato permanente y los dos siguientes son contratos temporales, con o sin prestaciones laborales (Minfin, 2004).

El hecho de no contar con prestaciones laborales ni con un contrato permanente genera problemas en el personal de salud: falta de certeza sobre su contratación, por lo que no es posible hacer planes de desarrollo personal o familiar (educación, compra o mejora de vivienda, por ejemplo), lo cual genera descontento, desmoralización de la fuerza laboral, alta rotación y atenta contra la eficiencia y efectividad. Sin duda, la regularización de los trabajadores en situación de precariedad es una necesidad dentro del MSPAS. En la gráfica 22 se examina la distribución de los recursos humanos del MSPAS en el territorio nacional.

De acuerdo con la gráfica 22, en todos los departamentos el personal más numeroso son las y los auxiliares de enfermería (AE). Áreas de salud como Petén suroccidente muestran que su personal está casi enteramente conformado por AE y enfermeras. El número de enfermeras(os), técnicos en salud rural (TSR), médicos, estudiantes de medicina en su Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) e inspectores de saneamiento ambiental (ISA) tiene proporciones variables en las distintas áreas de salud. Llama la atención que después de las AE, el personal más numeroso sea el consignado en la categoría de «otros»; este es personal administrativo y de apoyo (nutricionistas, educadores, pilotos, entre otros). Algunas áreas de salud, como la de Escuintla, tienen una proporción similar de personal asistencial, administrativo y de apoyo.

45 De acuerdo a la clasificación: un trabajador con contrato en el renglón 011 tiene relación de dependencia y prestaciones; los 021, 022, 031 tienen contratos con prestaciones pero necesitan ser renovados periódicamente; los contratos 029 no generan relación de dependencia y no tienen prestaciones; otras modalidades como el 189, 122 y 400 no solo no generan relación de dependencia sino utilizan la figura de compra o contrato administrativo.

GRÁFICA 22. TIPO DE PERSONAL DEL MSPAS POR ÁREA DE SALUD



Fuente: Icefi/Hivos, con datos del MSPAS

Casos similares ocurren en Retalhuleu, Sololá, Santa Rosa, Jutiapa, Izabal e Ixcán. Sin duda, se hace necesaria una revisión de funciones y ubicación de puestos, eliminando las redundancias y buscando la eficiencia y eficacia.

La idea de transferir las acciones realizadas en las UAI hacia las clínicas ambulatorias del segundo nivel obedece a que estas obviamente necesitan recursos humanos capacitados en estas tareas. Esto agrega un nivel de complejidad mayor a la atención integral y a la búsqueda del uso eficiente de los recursos.

2.5.5 Análisis del diseño y financiamiento del sector salud (2007-2015)

El financiamiento total de la salud está integrado por fondos públicos y privados. En 2015, el financiamiento total de la salud alcanzó los Q28,043.0 millones, equivalentes al 5.7% del PIB. Con relación a 2014, lo anterior representó una caída en términos nominales de Q764.0 millones (una tasa de variación de -2.7%) y, en términos macroeconómicos, del 0.60% del PIB. La reducción del financiamiento se explica en gran magnitud por la crisis política de 2015 ⁴⁶ que afectó al sector público y que concluyó en una baja ejecución presupuestaria, luego de los escándalos de corrupción.

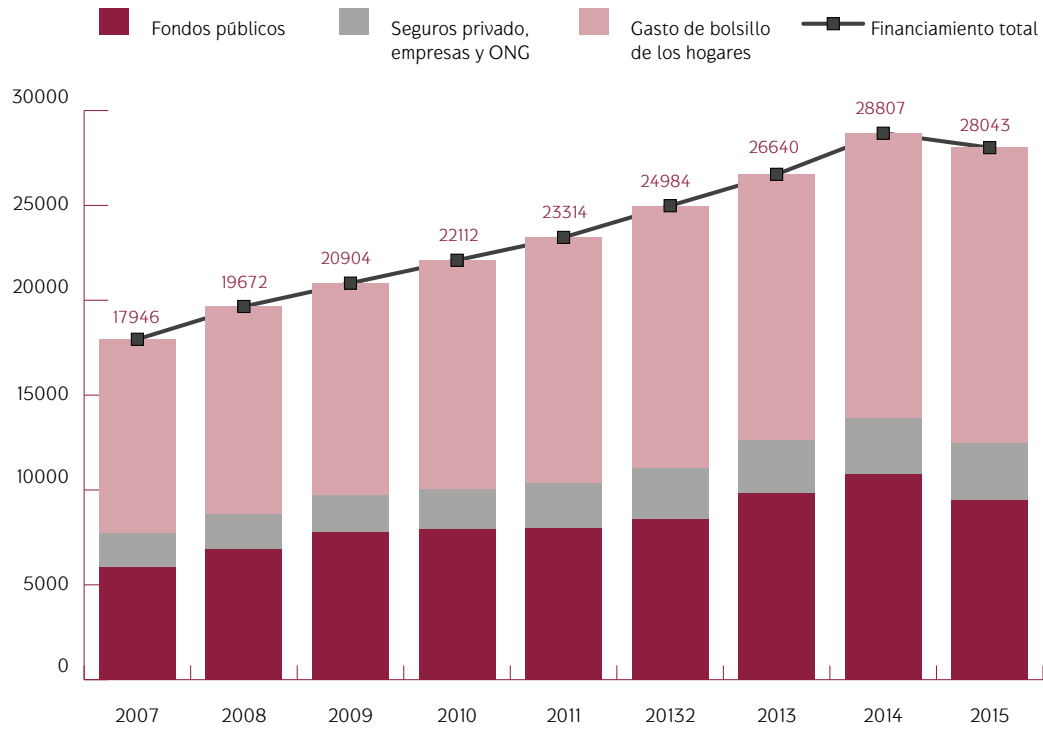
En cuanto a la composición del financiamiento de la salud, en promedio, durante el período comprendido entre 2007 y 2015, el 4.2% del PIB (64.8%) correspondió a fondos públicos y el 2.3% (35.2%) a financiamiento privado. La baja oferta en los servicios públicos supone importantes divergencias en el acceso al derecho a la salud, ya que una proporción tan alta de financiamiento orientado principalmente al gasto de bolsillo ocasiona en los hogares una alta carga económica, lo que afecta con mayor fuerza a la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. El gasto de bolsillo representó el 3.5% del PIB, en promedio.

⁴⁶ En 2015, investigaciones del Ministerio Público (MP) y la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (Cicig) develaron la existencia de varias redes de corrupción enquistadas en el Estado, ante lo cual se desataron manifestaciones ciudadanas, paros laborales, renunciaciones y despidos en todo el gabinete del Ejecutivo.

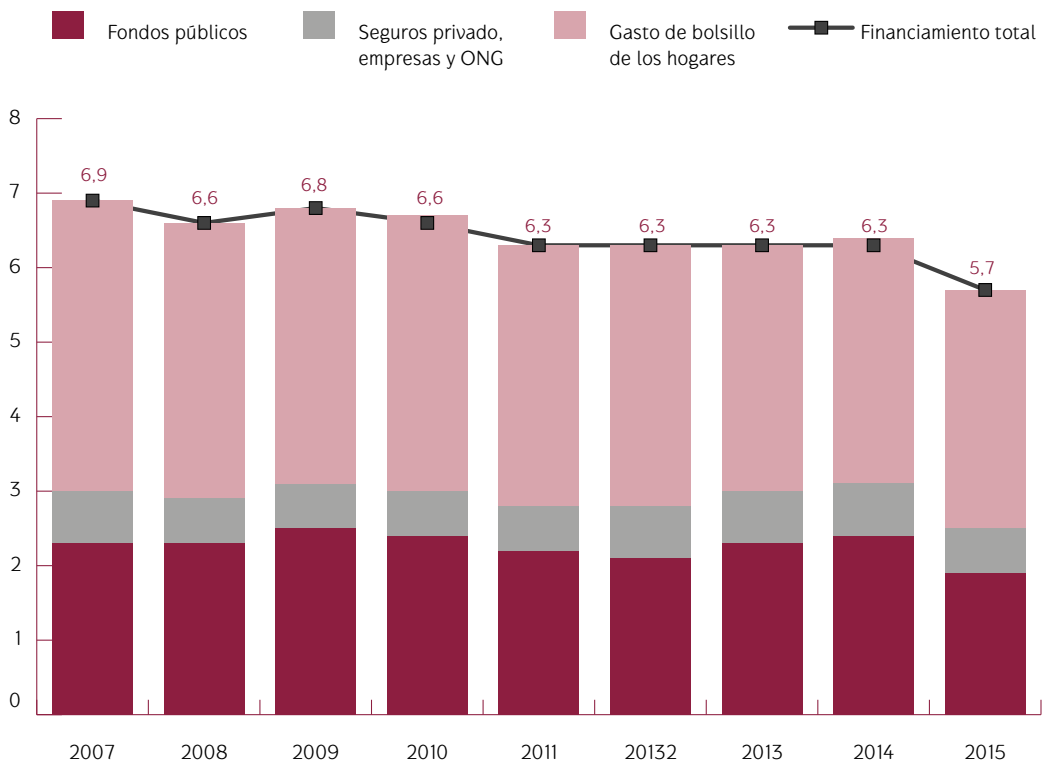
GRÁFICA 23. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD (2007-2015)

Millones de quetzales

68



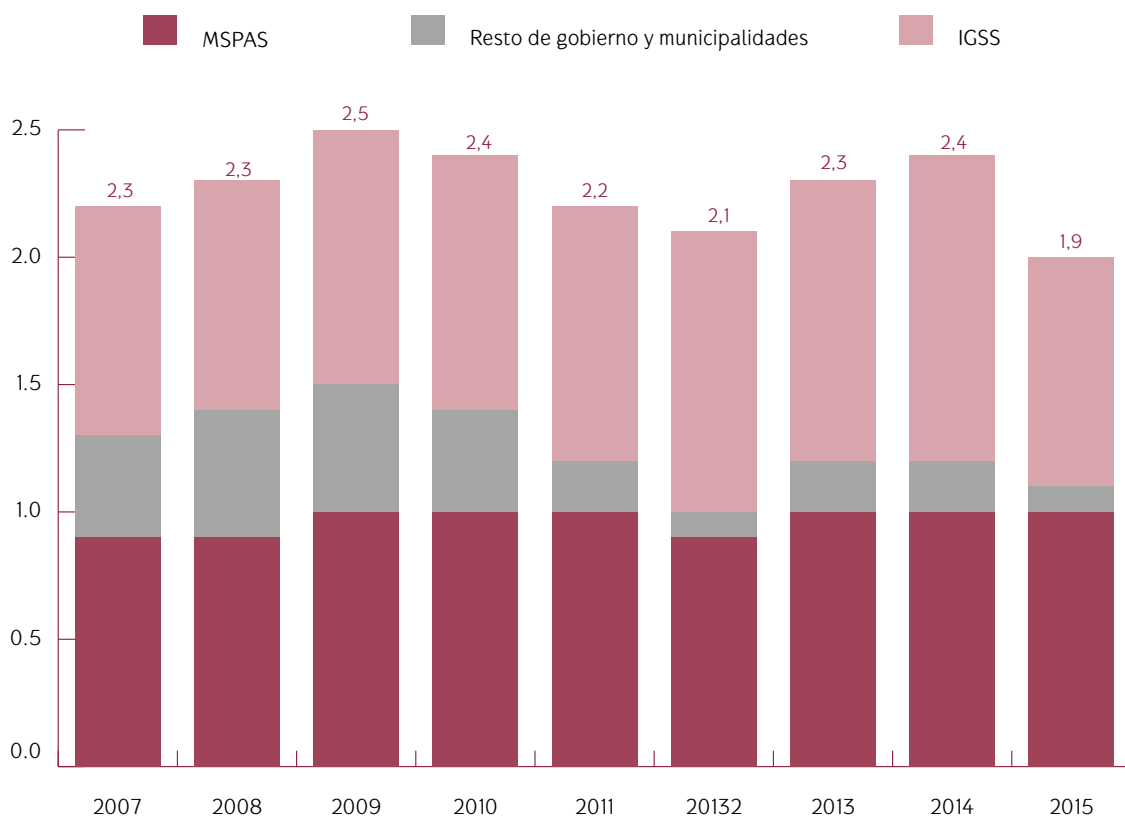
Como porcentaje del PIB



Fuente: Icefi/Hivos, con base en cifras de MSPAS/UPE (2016)

El financiamiento de la salud que proviene de fondos públicos se destina al MSPAS, el IGSS y el gasto que realiza el resto de instituciones públicas y municipalidades, tales como el Ministerio de la Defensa Nacional (Mindef) y el Ministerio de Gobernación (Mingob). El MSPAS —ente regulador de la salud en Guatemala que además debe proveer acceso universal a este bien público— mostró un comportamiento estático en su presupuesto, en torno al 1.0% del PIB. Esta situación restringe la transformación del sistema de salud pública y la ejecución sostenible de los programas a largo plazo. Por su parte, el IGSS, el otro importante actor que se encarga de proveer atención a los afiliados y sus beneficiarios, experimentó la misma tendencia que el MSPAS, situándose en alrededor del 1.0% del PIB. Es importante apuntar que mientras la cobertura del MSPAS es universal «teóricamente», pues debe ser para toda la población, la del IGSS solamente cubre a los trabajadores y sus familias.

GRÁFICA 24. FINANCIAMIENTO PÚBLICO DESTINADO A LA SALUD (COMO PORCENTAJE DEL PIB)



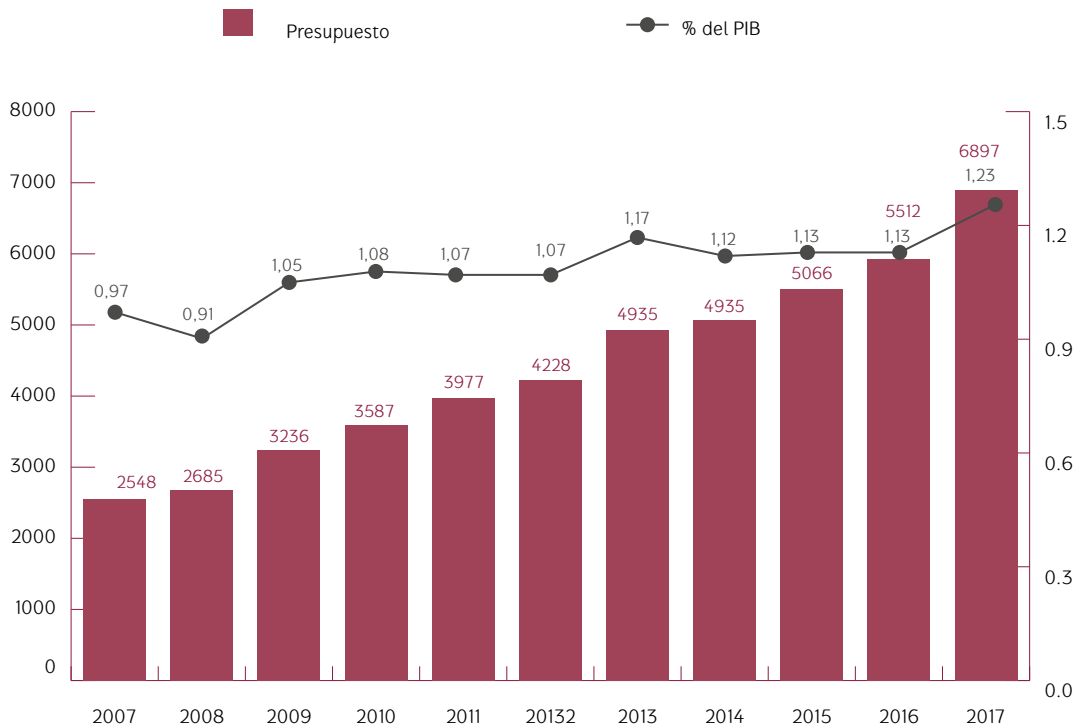
Fuente: Icefi/Hivos, con base en MSPAS/UPE (2016)

En un contexto en el que el gasto en salud significa tomar recursos destinados a cubrir otras necesidades, como alimentación, vivienda, transporte, este puede convertirse fácilmente en un gasto catastrófico para el hogar y acelerar o profundizar el empobrecimiento, particularmente en los hogares donde uno de sus miembros padece enfermedades crónicas como el VIH, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria y otros padecimientos que requieren medicamentos y controles durante toda la vida.

La ausencia de servicios —o las barreras de acceso— genera gastos de bolsillo y no contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población; por ello los servicios de salud accesibles, integrales y oportunos pueden convertirse en la más eficiente política social de los Gobiernos. Otra manera de analizar el financiamiento es mediante el examen del presupuesto del MSPAS.

GRÁFICA 25. PRESUPUESTO DEL MSPAS (2007-2017)

70



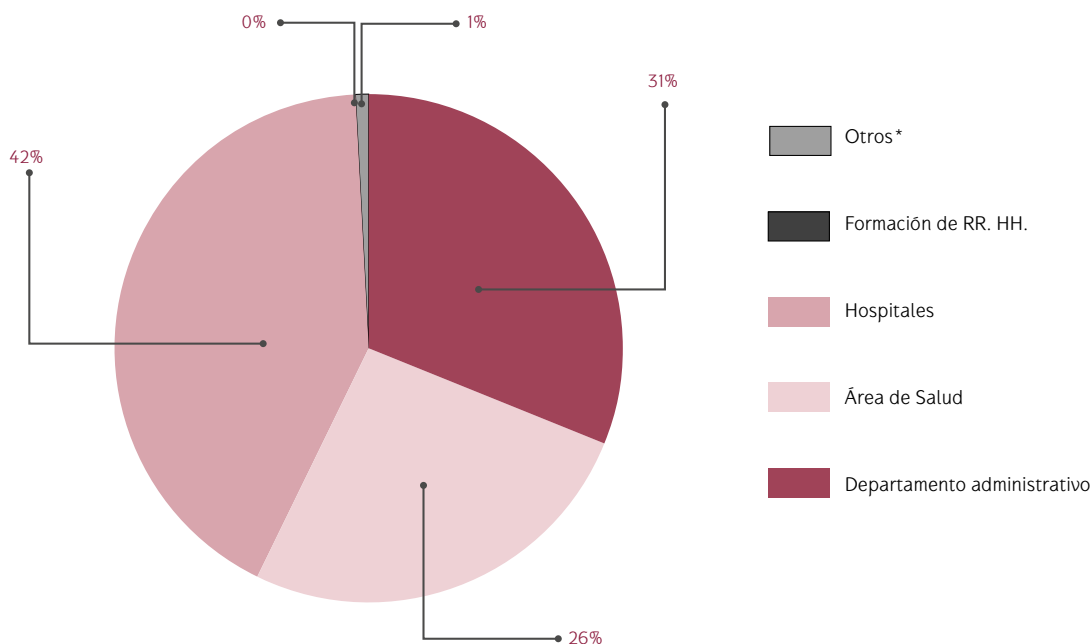
Nota: *Corresponde al presupuesto vigente a mayo de 2017.

Fuente: Icefi, con base en información proveniente del Sistema Nacional de Contabilidad Integrada (Sicoín), Ministerio de Finanzas Públicas (Minfín)

Como se observa en la gráfica 25, el presupuesto del MSPAS se ha mantenido en una proporción entre el 0,91 y el 1,23% como porcentaje del PIB, y aun cuando el monto se ha incrementado de Q2,548 millones, en 2007, a Q6,897 millones, en 2017, la realidad es que no ha crecido al ritmo que aumenta la población, o en la medida en que el perfil epidemiológico se vuelve más complejo, o que los costos se elevan y la inflación se incrementa.

Sumada a la escasez de recursos económicos, la distribución refleja las prioridades del MSPAS. La mayoría de los recursos (un 42,0%) se asigna a los hospitales y, de acuerdo con los datos oficiales, más del 40,0% de las camas hospitalarias se ubica en los departamentos de Guatemala y Sacatepéquez. Esto revela que puede existir una distribución perversa, que no solo deja sin recursos a otros hospitales, sino lo que es más grave, a las áreas de salud que requieren más apoyo para atender a importantes segmentos de la población que ya padecen problemas crónicos. Esto no quiere decir que solamente se necesite redistribuir; más bien se necesita, además, aumentar el presupuesto y hacer más eficiente el gasto.

GRÁFICA 26. DESTINO DEL GASTO PROMEDIO DEL PRESUPUESTO (2007-2017, EN PORCENTAJES)



Fuente: Icefi, con base en información del Sicoín/Minfín

2.6 Mecanismos públicos actuales para la prevención y atención del VIH y análisis del abordaje de la prevención y atención integral

A manera de marco conceptual de las intervenciones, se utiliza en este diagnóstico el esquema propuesto en los años cincuenta por Clark (1954), el cual ha servido desde esa época para ordenar las intervenciones destinadas a controlar los problemas transmisibles: la historia natural de la enfermedad.

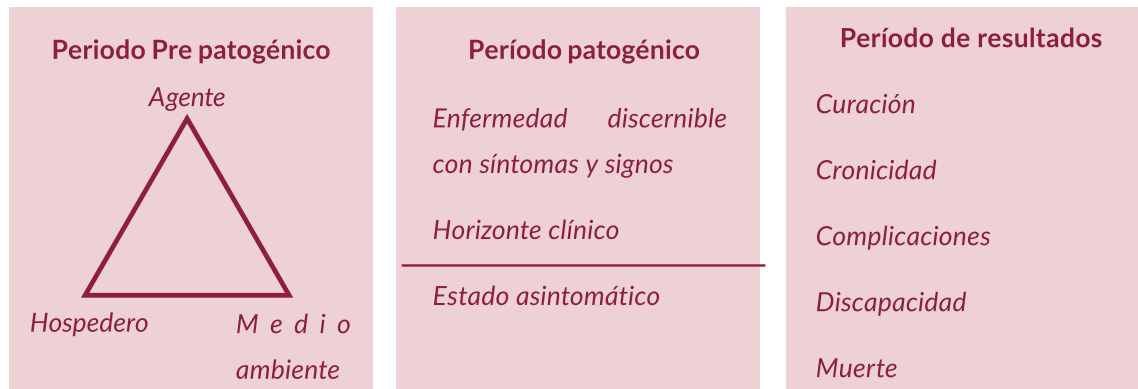
Según este esquema, las enfermedades transmisibles (como el VIH), si no se interviene, cursan tres períodos. El prepatogénico ocurre antes de la infección y en él concurren el agente productor de la enfermedad, el hospedero que alojará dicho agente y el ambiente correcto que los pone en contacto y permite su interacción. Una vez la infección se ha producido, existe un período en el que la enfermedad aun no es aparente, hasta atravesar el llamado horizonte clínico que es cuando aparecen los signos y síntomas; en la evolución natural de las enfermedades pueden ocurrir distintos resultados: la curación, el aparecimiento de complicaciones, la cronicidad del problema, la discapacidad o la muerte.

Las acciones para evitar que el agente infecte al hospedero se denominan acciones de prevención primaria. Una vez se ha producido la infección, las acciones son de prevención secundaria, cuyo objetivo es evitar la muerte, las complicaciones, la discapacidad y la cronicidad. Durante el período de resultados se llevan a cabo acciones de prevención terciaria que aseguran el seguimiento de los casos.

Durante el período prepatogénico, las acciones de prevención primaria utilizan tres estrategias: destruir al agente productor del problema, aumentar las defensas del hospedero o hacerlo inmune al agente, o alterar el ambiente que permite que interaccionen el agente y el hospedero. Durante el período patogénico las estrategias de prevención secundaria consisten en la detección temprana de casos mediante pruebas de tamizaje en la población

susceptible, así como en el tratamiento adecuado de los casos detectados durante el período de resultados; la estrategia esencial es el seguimiento de los casos para manejar la cronicidad, discapacidad y complicaciones.

FIGURA 5. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Fuente: Laevell & Clark (1954)

72

En el caso del VIH, las acciones de prevención primaria no tienen aplicación en la destrucción del agente productor pues su difusión es tan amplia y existen tantos casos no detectados que resulta imposible conocer en un momento determinado la ubicación y situación del agente productor. En cuanto a las acciones de disminución de la susceptibilidad del hospedero, aun cuando se han identificado poblaciones de riesgo, no se ha desarrollado la vacuna que inmunice contra el VIH. La estrategia restante en la prevención primaria del VIH es la alteración del ambiente que permita la interacción del agente con el hospedero; en este sentido, el uso de condón y lubricante en todas las relaciones sexuales, la PrEP (terapia preexposición al VIH) y la circuncisión masculina han demostrado su utilidad en la disminución del riesgo de adquirir la infección. Otras intervenciones en este sentido son una educación sexual y reproductiva que enfatice la necesidad de relaciones sexuales protegidas, así como la promoción del uso de condón en la población general, pero, sobre todo, en poblaciones clave: mujeres y hombres heterosexuales con una pareja que vive con VIH, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, trabajadoras del sexo y usuarios de drogas que comparten agujas hipodérmicas (casos poco registrados en Guatemala).⁴⁷

Cuando la infección se ha producido, las acciones de prevención secundaria tienen dos enfoques: la detección temprana de casos mediante la realización de la prueba diagnóstica y el tratamiento con terapia antiretroviral (TARV) en el 100.0% de los casos detectados. Una vez se ha iniciado el tratamiento, las acciones de prevención terciaria se establecen para asegurar un adecuado seguimiento de los casos, manejo de complicaciones y evitar la muerte. En la tabla 13 se presenta un resumen de lo hasta aquí expuesto con respecto a las intervenciones.

47 En el estudio Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, de Hivos (2017), se evidenció en poblaciones clave una baja incidencia de utilización de drogas ilícitas inyectadas. Desde esa perspectiva, el 4.0% de las mujeres trans en Guatemala se ha inyectado drogas ilícitas alguna vez en la vida; en hombres que tienen sexo con hombres este número fue del 1.6% en Guatemala y del 1.4% en Coatepeque; y en mujeres trabajadoras sexuales, solamente del 1.0% en Tecún Umán/Malacatán (Guatemala y Escuintla/puerto de San José no reportaron consumo de drogas bajo esta modalidad).

TABLA 13. INTERVENCIONES SEGÚN TIPO DE PREVENCIÓN

TIPO DE PREVENCIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES
Primaria	Evitar que se produzca la infección	Educación sexual y reproductiva temprana Promoción del uso de condones y lubricantes; evitar las relaciones sexuales desprotegidas Circuncisión masculina
Secundaria	Detección temprana de casos y tratamiento oportuno	Promoción de la prueba diagnóstica voluntaria Mejora del acceso a la prueba diagnóstica Tratamiento oportuno con ARV Tratamiento profiláctico con ARV para evitar la transmisión vertical Postexposición Preexposición
Terciaria	Evitar complicaciones y manejarlas y evitar la muerte prematura	Manejo de complicaciones Acompañamiento social y psicológico Aseguramiento de la adherencia al tratamiento Supresión de la carga viral

Fuente: Icefi/Hivos

Cada una de estas intervenciones requiere una serie de requisitos que se detallan en la tabla 14.

TABLA 14. INTERVENCIONES, REQUISITOS E INSUMOS

INTERVENCIÓN	CONDICIONES	INSUMOS
Educación sexual y reproductiva temprana	Contenidos aprobados en los pénsum de la educación primaria y básica	Materiales educativos Materiales para capacitación de maestros Recursos para la capacitación (salarios, viáticos, etc.) Materiales mediados en idiomas mayas
Tratamiento oportuno con ARV	Protocolos de tratamiento consensuados Planificación presupuestaria que incluya los costos de los ARV y el personal adecuado Convenios con proveedores de los medicamentos	Medicamentos ARV Materiales informativos Sistema de registro funcionando Homologación de atención en todas las UAI Insumos para seguimiento (CD4, IOS, otros)

INTERVENCIÓN	CONDICIONES	INSUMOS
Promoción del uso de condón y el evitar relaciones sexuales desprotegidas PrEP (preexposición)	Voluntad política de las autoridades del Ejecutivo (salud, educación, otros) Voluntad política del MSPAS para realizar la compra de ARV para los grupos focalizados en esta intervención	Materiales informativos Planes de divulgación Recursos para contratar medios Disponibilidad y acceso de condones en los servicios públicos Material informativo Orientación psicológica Compra de ARV Personal capacitado (orientador, médico, laboratorista, otros)
Circuncisión masculina	Establecer guía de atención por parte del MSPAS para realizar ese procedimiento	Costo de laboratorios de seguimiento Material informativo Insumos para realizar el procedimiento Personal capacitado
Promoción e implementación de la prueba diagnóstica voluntaria y mejora del acceso a dicha prueba	Programa estructurado dentro del MSPAS Voluntad política para la realización de esta iniciativa	Pruebas disponibles Materiales de divulgación Reactivos disponibles Sistema de notificación funcionando Aumento de la cobertura, disponibilidad y accesibilidad de la prueba
Tratamiento profiláctico para evitar la transmisión vertical	Protocolos definidos Planificación presupuestaria que incluya los medicamentos y las pruebas	Medicamentos ARV para la madre y el hijo/a Pruebas diagnósticas para las embarazadas Disponibilidad en los servicios de salud en los tres niveles de atención
Manejo de complicaciones, aseguramiento de la adherencia y acompañamiento social y psicológico	Protocolo de manejo y conformación de equipos multidisciplinarios en los servicios	Medios diagnósticos disponibles (laboratorio, imágenes diagnósticas, carga viral, otros) Medicamentos IOs Materiales educativos para adherencia Salarios del equipo multidisciplinario (procesos de formación constante)

Fuente: Icefi/Hivos

2.7 Un mirada técnica y fiscal a la propuesta

En Guatemala, el primer esfuerzo de estimación de flujos y gastos del VIH se realizó en 1999; surgió bajo el auspicio de la Iniciativa Regional sobre Sida para América Latina y el Caribe (Sidalac), como parte de una serie de proyectos para definir el impacto económico del VIH sobre los sistemas de salud. El caso particular de la estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH respondió al proyecto denominado «Cuentas Nacionales en VIH».

Para el efecto, la estimación del gasto se abordaba mediante la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que consiste en un análisis sistematizado bajo la estructura matricial de flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de los servicios de VIH (Valladares & Barillas, 2000). Todo este análisis ha contribuido a visualizar el esfuerzo nacional frente a la epidemia del VIH; no obstante, ha debido sortear una serie de debilidades en los sistemas de información sanitaria y contables, ya que se han encontrado dificultades en relacionar la incidencia de la enfermedad, el volumen de servicios producidos, el tipo de recursos empleados y el gasto que tales consumos representan.

Consecuentemente, el esfuerzo de medición del gasto en sida fue reconfigurado en 2006 a través de la metodología de Medición del Gasto en Sida (Megás), que representa la continuidad de sus predecesores, los informes desarrollados con la metodología de CNS de 1997 a 2003. Aunque Megás es consistente con los métodos estandarizados, las definiciones y las reglas de contabilidad que se usan en los Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN), y que además son aceptados internacionalmente dado que se apegan a principios financieros públicos aplicados al análisis presupuestario (PNS/MSPAS, 2010), se diferencia de sus predecesores al incluir a otros sectores fuera de los servicios de salud, tales como educación, justicia, DD. HH, y otras organizaciones públicas, privadas e internacionales.

A continuación se ofrece una perspectiva general de la estimación de flujos y gastos del VIH en Guatemala, por una parte con la metodología de las CNS y, por la otra, con Megás. En este sentido, se tiene que la estimación pasó de Q37.00 (USD 5.97) millones, en 1997, a Q385.34 (USD 50.46) millones, en 2015. Como un importante parteaguas en la lucha contra el VIH, se tiene en 2000 la aprobación de la Ley General del VIH que contiene la declaración del VIH como un problema de urgencia nacional y mandata la creación del Programa Nacional de Prevención y control de ITS y VIH en el MSPAS; además, se asignaron recursos para que el programa pueda ejecutar acciones en cumplimiento de la ley.⁴⁸ En este sentido, se observa un importante incremento del financiamiento público orientado a ese fin.

FIGURA 6. ESTIMACIÓN DE FLUJOS Y GASTOS DEL VIH

CNS				Informe final de la Medición del Gasto en Sida (Megás)											
Cuentas Nacionales en VIH 1997/1998 (2000)		Cuentas Nacionales en VIH 1999/2000 (2003)		Megás 2004 y 2005 (2006)		Megás 2006 (2010)	Megás 2007-2008 (2011)		Megás 2009-2010 (2012)		Megás 2011-2012 (2015 a)		Megás 2013- (2015 b)	Megás 2014- (2016 a)	Megás 2015- (2016 b)
1997	1998	1999	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Q37.00 (USD 5.97) millones	Q77.43 (USD 11.91) millones	Q75.30 (USD 10.19) millones	Q109.84 (USD 14.14) millones	Q154.38 (USD 19.39) millones	Q167.29 (USD 21.87) millones	Q224.50 (USD 29.50) millones	Q334.78 (USD 43.65) millones	Q388.20 (USD 51.35) millones	Q367.41 (USD 45.03) millones	Q371.42 (USD 46.08) millones	Q365.12 (USD 46.93) millones	Q416.75 (USD 53.23) millones	Q450.94 (USD 57.37) millones	Q429.17 (USD 55.52) millones	Q386.34 (USD 50.46) millones

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Valladares y Barillas (2000), Izazola, Arán, & Valladares (2003) y PNS/MSPAS (2010, 2011, 2012, 2015a, 2015b, 2016a y 2016b)

48 Véase el artículo 54 de 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.

a. Informe de la medición del gasto en sida: ⁴⁹

Megas tiene como finalidad determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH. Por lo tanto, se organiza a través de un proceso de recolección de información con organizaciones que participan en dicha respuesta. Hacia 2015, se había consolidado la captura de información, con base en los instrumentos previamente diseñados, de aproximadamente 145 organizaciones (PNS/MSPAS, 2016b).

Así, los resultados con la metodología Megas demuestran que, en 2015, el gasto en VIH alcanzó Q386.3 millones (equivalentes a USD50.5 millones). La cifra anterior supone una contracción acumulada del 14.8% con respecto a 2013, año en el que alcanzó su nivel más alto durante el período en estudio (Q450.9 millones).

76

La dimensión por fuente de financiamiento permite observar que la respuesta al VIH se distribuyó durante el período 2007 a 2015 entre fuentes públicas (59.5%), fondos internacionales (32.1%) y fuentes privadas (8.4%).

De las fuentes públicas es importante destacar la participación del gobierno central a través del MSPAS, que ha oscilado entre Q92.2 millones, en 2007, y Q136.0 millones, en 2015. Otra fuente de recursos públicos proviene de la participación del IGSS, que fluctuó entre Q128.1 millones, en 2007, a Q113.1 millones, en 2015, presentando su punto de mayor expansión en 2013, cuando aumentó en un 44.3%. En suma, es la fuente pública que más recursos destina a la respuesta nacional al VIH, aunque no ha sido un gasto que ha evolucionado en consonancia con el ritmo de las necesidades que requiere atender las ITS y el VIH, sino depende en gran medida de la mermada capacidad del Estado en asignar y priorizar recursos.⁵⁰

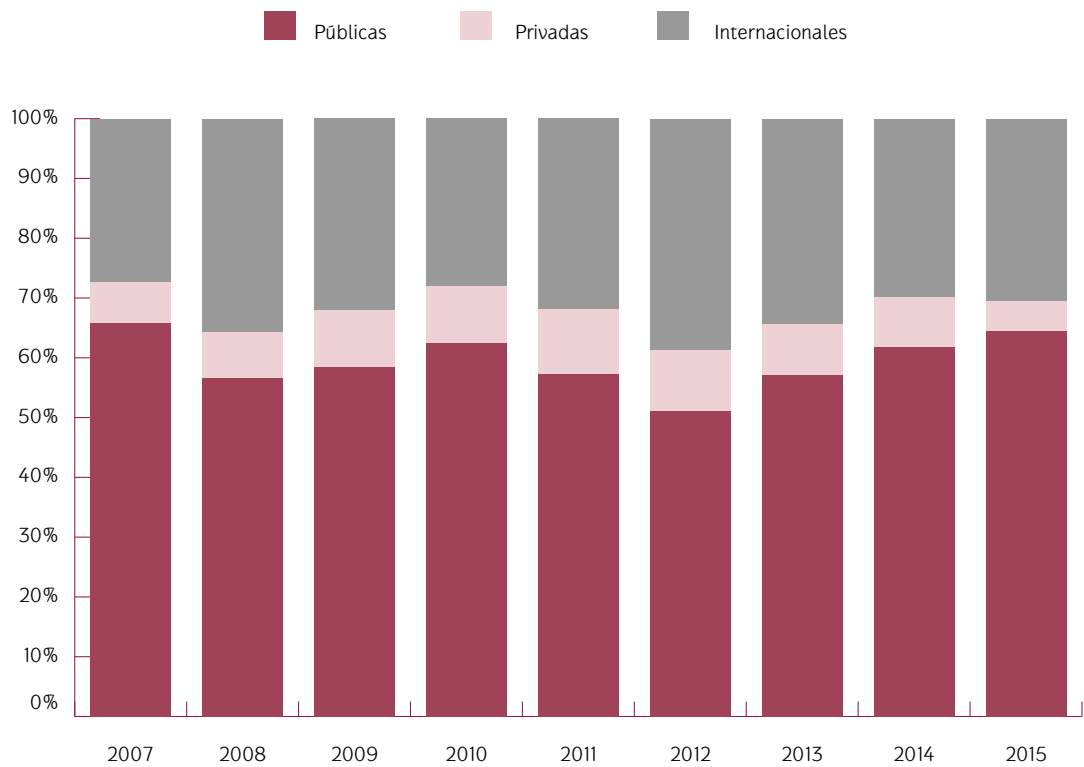
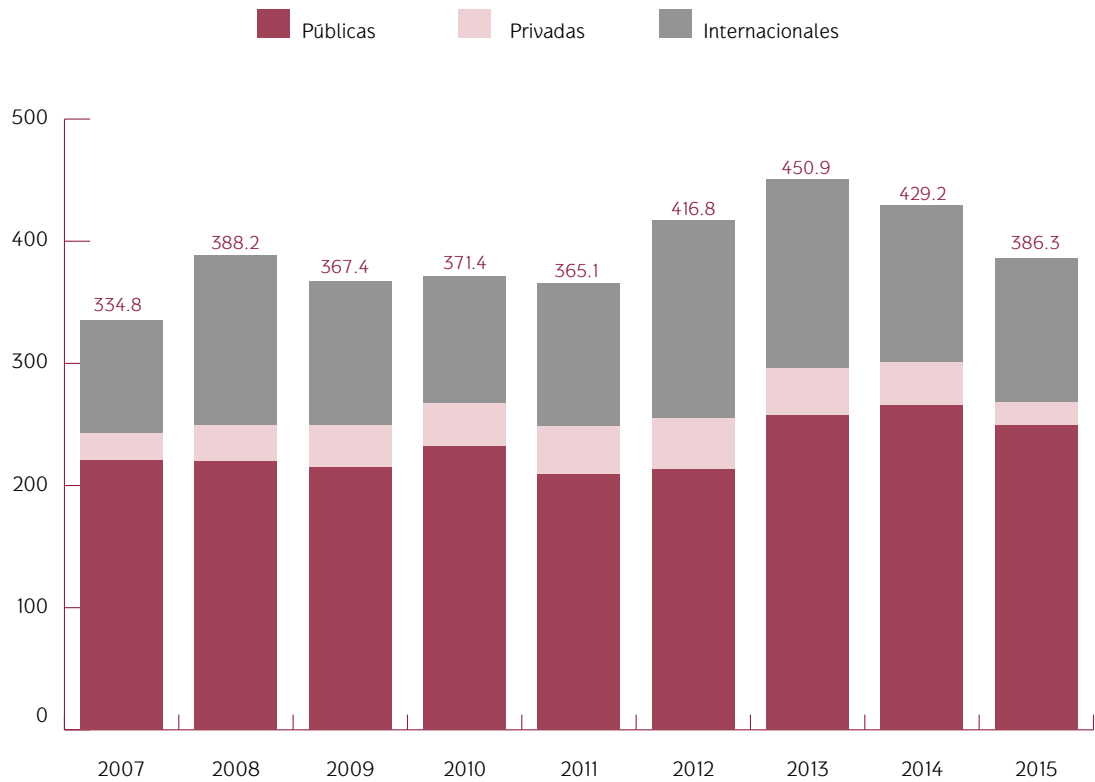
En cuanto al gasto internacional, las fuentes de organismos multilaterales (principalmente, el Fondo Mundial) y bilaterales redujeron paulatinamente su participación en los dos últimos años disponibles. Sin embargo, en 2015 todavía ambas fuentes representaron el 19.1 y el 10.6% del total del financiamiento de la respuesta al VIH, respectivamente.

El gasto privado provino sobre todo de fondos del hogar y, en los últimos tres años, de las instituciones sin fines de lucro. Aunque la participación de esta fuente se encuentra en descenso desde 2011, pues en ese año representó el 10.8% de financiamiento total, para luego pasar a representar el 4.9%, en 2015.

⁴⁹ Los datos fueron calculados para la moneda local dado el tipo de cambio provisto en los informes.

⁵⁰ Para un análisis más detallado de las rigideces del gasto (asignaciones que por diferentes mandatos el Estado debe realizar) puede consultarse el siguiente enlace: http://icefi.org/sites/default/files/contamos_21_.pdf.

**GRÁFICA 27. GASTO EN VIH POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO
(EN MILLONES DE QUETZALES Y ESTRUCTURA PORCENTUAL)**



Fuente: Icfi/Hivos, con base en PNS/MSPAS (2006,2010, 2011, 2012, 2015a, 2015b, 2016a y 2016b)

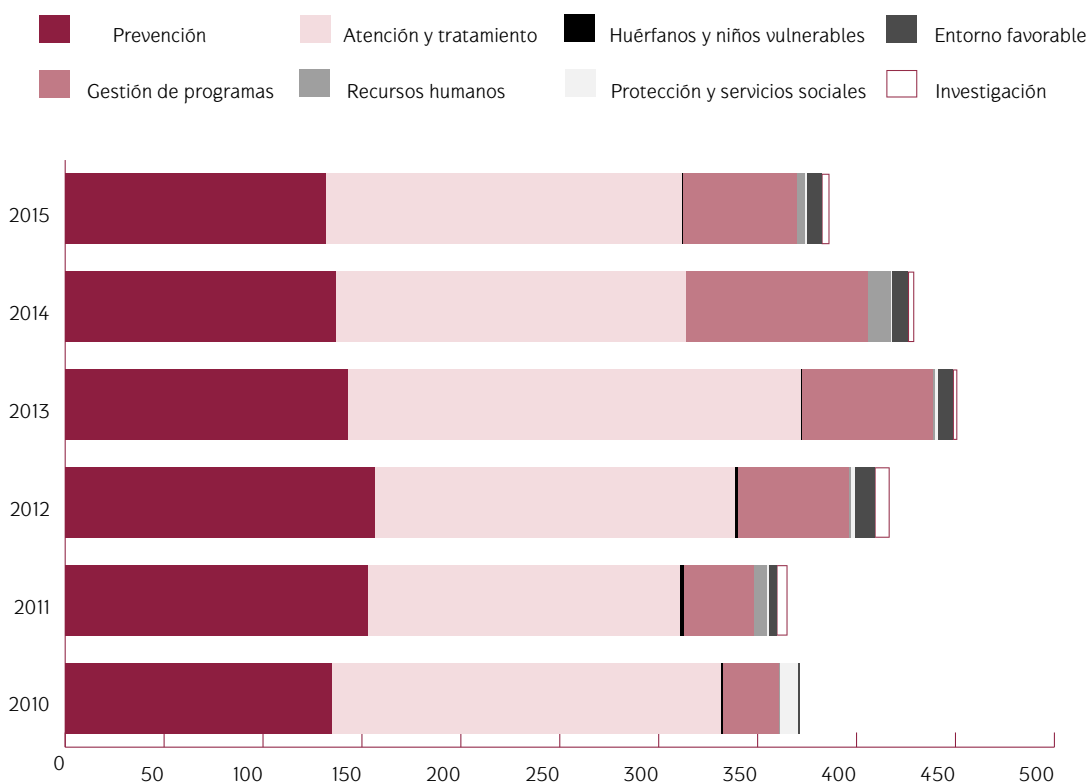
**TABLA 15. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA AL VIH
(CIFRAS EN MILLONES DE QUETZALES)**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gobierno central	92.2	97.7	124.6	105.7	119.1	119.6	122.7	121.0	136.0
IGSS	128.1	121.9	90.2	126.1	90.1	93.6	135.1	144.6	113.1
Total gasto público	220.3	219.6	214.8	231.8	209.2	213.2	257.8	265.6	249.1
Corporaciones con fines de lucro	-	-	0.4	0.6	-	-	-	0.2	0.2
Fondos de hogares	-	29.8	34.0	35.1	39.1	40.6	32.0	27.0	7.7
Instituciones sin fines de lucro	-	-	-	-	-	-	5.4	5.2	8.5
Fuentes privadas de financiación	-	-	-	-	0.4	1.4	0.5	2.9	2.6
Total gasto privado	22.7	29.8	34.4	35.7	39.5	42.1	37.8	35.3	19.0
Bilaterales	19.2	21.7	20.2	27.5	22.6	35.9	23.5	39.9	41.1
Multilaterales	54.3	99.0	79.0	58.8	32.3	51.9	128.7	84.7	73.9
Otras internacionales	18.3	18.1	18.9	17.5	61.6	73.7	3.1	3.8	3.2
Total gasto internacional	91.8	138.8	118.2	103.9	116.4	161.5	155.4	128.3	118.2
Total gasto por año	334.8	388.2	367.4	371.4	365.1	416.8	450.9	429.2	386.3

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Valladares y Barillas (2000), Valladares (2003) y PNS/MSPAS (2006,2010, 2011, 2012, 2015a, 2015b, 2016a y 2016b)

categorías de gasto, entre ellas: prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH (Onusida, 2009). En promedio, durante los últimos seis años el gasto en prevención alcanzó Q187.0 millones (46.4% del gasto total); le siguen atención y tratamiento, con Q142.5 millones (35.5%), y gestión de programas, con Q56.02 millones (13.7%). Estas categorías consolidan el 95.6% del gasto dirigido a la respuesta del VIH.

GRÁFICA 28. CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL VIH (MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en PNS/MSPAS (2006, 2010, 2011, 2012, 2015a, 2015b, 2016a y 2016b)

Ahora bien, como se señala en el informe Megas (2016b:34), «El gasto se distribuye por beneficiarios de acuerdo con los costos de cobertura y el tamaño de dichas poblaciones». De esa cuenta, en 2015 el 48.0% del gasto total se dirigió a personas con VIH. Las poblaciones clave se ubican en el cuarto puesto, con Q39.1 millones (10.1%).

Es importante matizar todo lo anterior, ya que la información proviene de dos enfoques metodológicos distintos para estimar el gasto público destinado al VIH. El primero, dado por las mediciones realizadas a través de las CNS y, el segundo, a partir de la información presupuestaria de los portales fiscales del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfín).

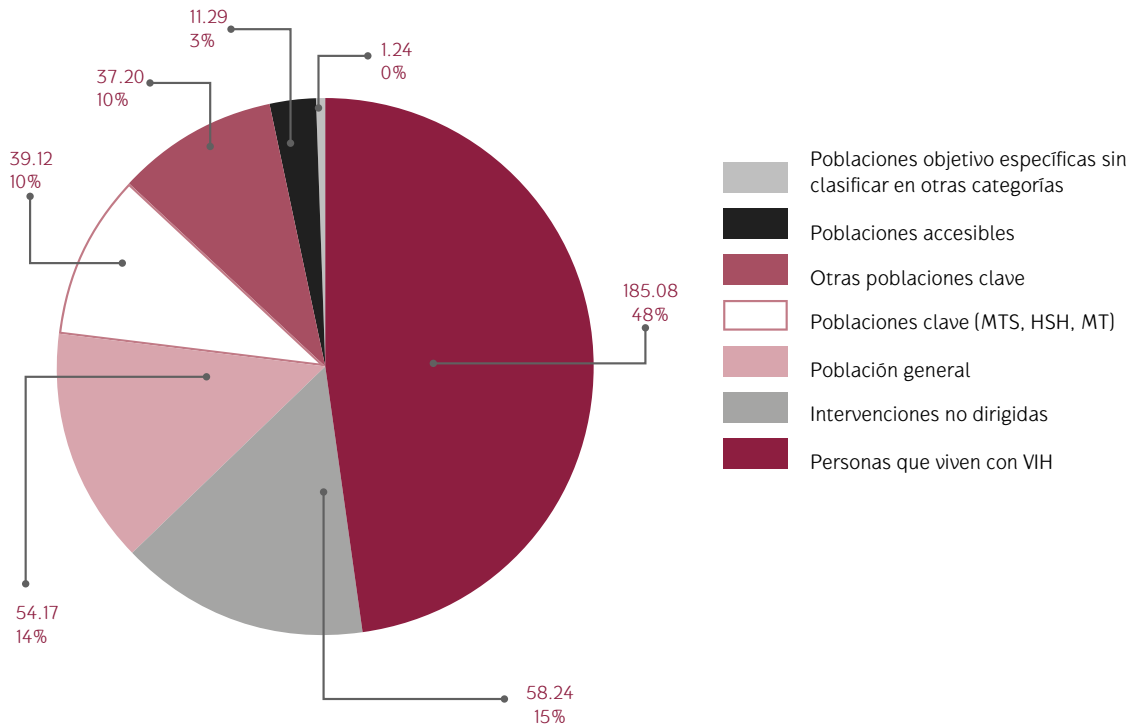
b. Presupuesto público destinado al VIH:

En primera instancia, se mapeó a las instituciones públicas que por mandato legal deben realizar acciones para la respuesta al VIH. Así, se tiene a las siguientes instituciones:



Considerando el contexto anterior y con base en la Ley de Acceso a la Información Pública, se procedió a solicitar información sobre las acciones vinculadas con el VIH y su asignación presupuestaria. Sin embargo, la mayoría de las instituciones respondió que realizan algunas actividades que no precisamente están relacionadas con alguna estructura presupuestaria para ese fin, sino que esos costos no se detallan y cuantifican.

GRÁFICA 29. GASTO EN POBLACIONES BENEFICIADAS (2015, EN PORCENTAJES)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en PNS/MSPAS (2016b)

TABLA 16. ACCIONES INSTITUCIONALES VINCULADAS CON EL VIH Y SU ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

INSTITUCIÓN	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO
MSPAS	Se refirió información del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (PNS) como ente rector a nivel nacional de la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, control, diagnóstico, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual, VIH y VIH avanzado.	El presupuesto destinado al PNS
IGSS	No se obtuvo información a partir de la solicitud de libre acceso a la información pública (LAIP).	No disponible
MINDEF	Promover cambios de comportamiento para reducir el número de nuevas infecciones de VIH en personal de alta en el Ejército de Guatemala mediante la implementación de un paquete de prevención combinada para 2007-2017.	<p>1) Se cuenta con un presupuesto asignado de quinientos quetzales (Q500.00) mensuales, según la Directiva No. DP-COMISIDA-EMDN-010-SAGE-2003, de fecha 19 de mayo de 2003, para gastos administrativos de la Comisión Militar del Sida (Comisida).</p> <p>2) La acciones de la Comisida son financiadas por las siguientes oenegés que apoyan la realización de diferentes talleres de capacitación:</p> <p>a.«Programa Nacional del Sida (PNS) [sic]»</p> <p>b. Asociación de Salud Integral del Sida (ASI)</p> <p>c. Organización Panamericana de Mercadeo Social (Pasmó)</p> <p>d. Programa de Prevención de VIH-SIDA del Departamento de Defensa de los Estados Unidos (DHAPP)</p>

INSTITUCIÓN	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO
MINEDUC	<p>a) La Dirección General del Currículo (Digezur) realizó un análisis al Currículo Nacional Base (CNB) de los ejes de la Reforma Educativa y su relación:</p> <p>Ejes de la Reforma Educativa: Vida en democracia y cultura de paz</p> <p>Eje del currículum: Equidad de género, de etnia y social</p> <p>Componentes: Género y autoestima; educación sexual; VIH-sida</p> <p>Subcomponentes: Género y poder</p> <p>Eje del currículum: Vida familiar</p> <p>Componentes: Organización y economía familiar, deberes y derechos de la familia, educación para la salud, prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar</p> <p>Eje del currículum: Vida ciudadana</p> <p>Componentes: Educación en población, formar una conciencia poblacional en los individuos, familias y en grupos diversos, de manera que sus decisiones y comportamientos contribuyan a la mejor calidad de vida de los ciudadanos</p> <p>En el componente de educación sexual, VIH y sida, el currículo propicia oportunidades de comunicación, comprensión y complementariedad para el conocimiento de las cualidades y las funciones de la sexualidad. De manera subsiguiente, en las mallas curriculares se aborda la temática expuesta en los niveles educativos primario, medio, ciclos básico y diversificado.</p>	a) No disponible

INSTITUCIÓN	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO
	<p>b) La subdirección de programas y proyectos de la Dirección General de Gestión de Calidad Educativa (Digecade) realizó acciones de promoción, educación e información para la salud en la prevención de ITS/VIH, de 2007 a 2017, con base en el Decreto 27-2000 en sus artículos 8 y 10. En ese sentido, el Comité de Educadores en Prevención del Sida (Coepsida), creado mediante Acuerdo Ministerial No. 4357 del 11 de julio de 1995, se estableció como una comisión especial en el Sistema Educativo Nacional cuyo objetivo primordial es trabajar en la prevención del VIH y sida como parte de la educación en salud. A partir de esa resolución, Coepsida ha desarrollado diversas acciones y proyectos implementando estrategias para informar y sensibilizar a la comunidad educativa sobre las infecciones de transmisión sexual, prevención de VIH, factores de riesgo, formas de transmisión y medidas de prevención, en coordinación con el MSPAS, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales. Estas acciones fortalecen la implementación del CNB a partir de los ejes transversales.</p>	<p>b) Durante varios años, hasta 2014, el presupuesto de Coepsida fue de Q1.45 millones; sin embargo, a la fecha se realizan acciones en el marco de la educación integral en sexualidad y prevención de violencia, con fondos de cooperación. En las direcciones departamentales de educación se fortalecen capacidades de los docentes y directores de centros educativos por gestión de los delegados del programa Coepsida a nivel local.</p>
CIV	<p>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, Decreto No. 27-2000, establece en su artículo 11 sobre difusión escrita, radial y televisiva, lo siguiente: «El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del Programa Nacional del Sida, realizará con la Oficina de Radio y Comunicación Nacional del Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, programas orientados a la difusión de información seleccionada para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual ITS/VIH, coordinando con los medios escritos, radiales y televisados a que se tenga acceso oficialmente, de acuerdo a los diferentes idiomas predominantes de cada región».</p>	No disponible

INSTITUCIÓN	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO
MINGOB	<p>a) El Sistema Penitenciario (SP) ha realizado acciones para la prevención de ITS, VIH y sida desde 2006 a través de oenegés que fueron apoyadas por el Fondo Mundial hasta 2014; a partir de ese año, hasta 2016, el Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo (Hivos) contrató a tres médicos, tres auxiliares de enfermería, un educador y un digitador para el Programa VIH-DGSP-Hivos para realizar la prevención y atención integral en ITS, VIH y sida. Desde noviembre del año 2016, el SP absorbió a este personal; además, al finalizar el convenio que dio vida a este programa se estipuló que el MSPAS sería el encargado de entregar medicamentos ARV, pruebas e insumos para realizar TVC y diagnóstico de ITS al Sistema Penitenciario. Ello, pese a la importancia que para las autoridades penitenciarias debe entrañar el aseguramiento de recursos.</p> <p>b) La Subdirección General de Salud Policial (SGSP) de la Policía Nacional Civil (PNC) realiza acciones para prevenir el VIH y cuenta con registros de 2014 a 2017.</p>	<p>a) No se cuenta con un presupuesto específico para VIH dentro del Sistema Penitenciario.</p> <p>b) No se tiene una partida financiera especial (rubro específico) en la SGSP.</p>
MINTRAB	En esta institución se trabaja en la planificación de actividades de información y capacitación sobre el tema. La entidad cuenta con una Política interna laboral de VIH que brinda lineamientos de actuación de este Ministerio en función del tema de VIH.	No se contemplan presupuestos específicos para el combate al VIH y sida.
CONJUVE	Realiza actividades con jóvenes sobre el tema. Cuenta con el apoyo de instituciones especializadas como el PNS.	No se cuenta con una partida específica para VIH.
SVET	La SVET no tiene entre su mandato realizar acciones para combatir el VIH.	No existe ningún programa y/o renglón de gasto para estos temas. Se realizan pruebas de VIH a las víctimas de violencia sexual que el MP remite a los albergues temporales especializados, pero estas son llevadas a cabo por el MSPAS.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en solicitudes de acceso a la información dirigidas a las instituciones mencionadas.

Ahora bien, desde la plataforma del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) se indagó en el presupuesto de egresos de las instituciones. De acuerdo con la Ley Orgánica del Presupuesto, los presupuestos de egresos utilizan una estructura

programática coherente con las políticas y planes de acción del Gobierno, que permita identificar la producción de bienes y servicios de los organismos, así como la incidencia económica y financiera de la ejecución de los gastos y la vinculación con sus fuentes de financiamiento.

De esa cuenta, en la estructura programática del presupuesto de egresos para el período 2007 a 2017 se buscaron las acciones relacionadas con el VIH. Como paso previo debe señalarse la distinción nuevamente entre una metodología de cuentas nacionales (utilizada por Megas) y la que corresponde con una medición contable a través del presupuesto público, ya que ambos abordajes metodológicos son diferentes y no son precisamente comparables.

En esa vía, tradicionalmente desde una estructura presupuestaria la asignación de los presupuestos públicos, su ejecución, el seguimiento y la evaluación han estado orientados principalmente a utilizar los recursos y ejecutar actividades. Así, a priori, solamente hay dos instituciones que realizan actividades relacionadas con el VIH: el Mineduc y el MSPAS. De las demás instituciones no es posible realizar una vinculación con alguna estructura presupuestaria para ese fin.

En el Mineduc se realizaron actividades de prevención del sida y la drogadicción con asignaciones desde 2007 a 2010; en 2011 no se logró identificar ningún rubro específico y, de 2012 a 2015, se presentan los servicios de educación con valores.⁵¹

Presupuesto de egresos

La técnica del presupuesto por programas indica qué bienes y servicios ponen las entidades públicas a disposición de las personas. Así, la asignación del gasto se hace utilizando diferentes niveles:

Programa: Agrupa todas las actividades necesarias para que las entidades públicas cumplan con los objetivos de la política pública planteados en la elaboración de cada presupuesto.

Subprograma: Provee información más detallada del programa. Así, esta categoría programática expresa toda acción presupuestaria cuya producción o provisión es terminal, pero fragmentaria.

Proyecto: Se caracteriza por desarrollar una parte importante de la inversión pública. Los proyectos básicamente se refieren a los trabajos que se realizan para aumentar la infraestructura física del país, es decir, construcción de carreteras, puentes, edificios públicos, etc.

Actividad u obra: Corresponde en términos generales a un proceso que culmina con un producto menor e indivisible. Por su parte, la obra es una categoría programática de mínimo nivel que se diferencia de la obra al actuar dentro de un proyecto.

Renglón: En cada una de las categorías programáticas se asigna el gasto a través de los renglones presupuestarios.

A este conjunto se le llama «estructura programática», la cual demuestra los bienes o servicios que están desarrollando las entidades públicas. Y, finalmente, la estructura programática se relaciona con clasificadores presupuestarios que dan mayor detalle al gasto.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Minfin (s/f)

51 Los valores se fomentan conforme al CNB; asimismo, se imparte una educación en salud preventiva con énfasis en ITS, VIH, violencia, drogodependencia y trata de personas.

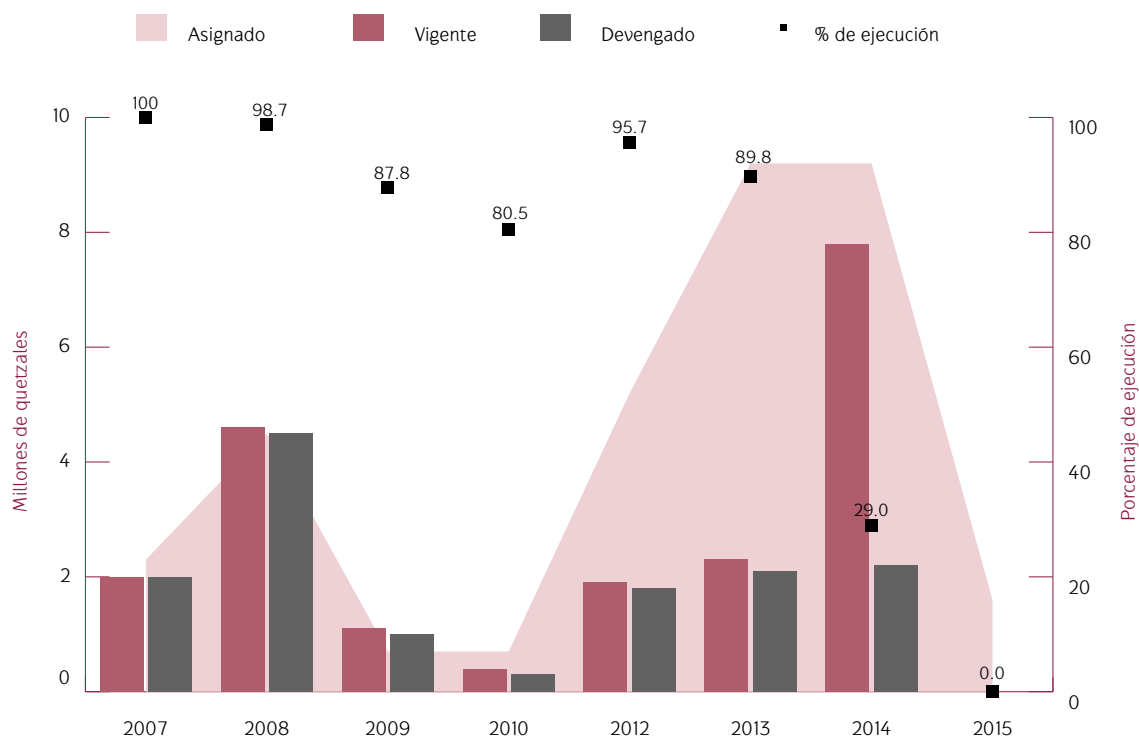
TABLA 17. ACTIVIDADES DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN DESTINADAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH

ACTIVIDAD U OBRA (DESCRIPCIÓN)	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015
Prevención del sida y la drogadicción	2.32	4.50	0.74	0.74	-	-	-	-
Apoyo a la educación sexual y prevención de la violencia y la drogadicción	-	-	-	-	5.15	-	-	-
Servicios de educación en valores	-	-	-	-	-	9.18	9.18	-
Servicios de educación en valores para niñas y adolescentes mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicios de educación en valores para niños y adolescentes	-	-	-	-	-	-	-	1.01
Servicios de educación en valores para niñas y adolescentes mujeres	-	-	-	-	-	-	-	0.55
Total	2.32	4.50	0.74	0.74	5.15	9.18	9.18	1.57

Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del Sicoín

Al analizar el presupuesto destinado por el Mineduc a actividades relacionadas con la prevención del VIH se evidencia que este ha presentado fluctuaciones muy importantes durante el período. En 2007 se devengaron Q2.0 millones (que representaron una ejecución del 100.0%), cantidad que un año más tarde se incrementó a Q4.5 millones (con un 98.7% de ejecución) y luego, en 2009 y 2010, se redujo paulatinamente a Q954,000 y Q336,900, respectivamente. A partir de 2013 se observa una brecha considerable entre el presupuesto asignado y el vigente (este último deviene de las modificaciones presupuestarias realizadas durante el ejercicio fiscal), por lo que al final del año los Q9.2 millones aprobados inicialmente se redujeron a Q2.3 millones, de los cuales solamente se gastaron efectivamente Q2.1 millones. Una situación más grave se presentó en 2014, cuando la ejecución cayó al 29.0%. En 2015 ni siquiera hubo ejecución. Desde otra perspectiva, cabe indicar que la totalidad de estos recursos tuvo como fuente de financiamiento los ingresos corrientes.

GRÁFICA 30. PRESUPUESTO DEL MINEDUC DESTINADO A ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL VIH



Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del Sicoín

En el MSPAS pueden identificarse las asignaciones realizadas al PNS, cuyo aporte ha pasado de un techo presupuestario de Q39.4 millones, en 2007, a Q65.3 millones, en 2013. La ejecución presupuestaria fue superior al 90.0%, lo que evidencia una gestión adecuada de los recursos financieros. Además, es importante mencionar que en 2009 Guatemala dejó de adquirir ARV a través del fondo estratégico de la OPS. Las oenegés que trabajan en VIH y sida adquieren y manejan directamente los insumos para los pacientes que tienen asignados (OPS/OMS, s/f: 123).

En 2014 se incrementó casi el doble de ese techo (Q125.1 millones); sin embargo, la ejecución comenzó a presentar problemas derivados, en primera instancia, de la falta de aprobación del presupuesto 2014 y sus fuentes de financiamiento, además de la posterior e inconsecuente ampliación del techo presupuestario financiado con ingresos corrientes, lo cual provocó un agujero fiscal. Por ello, se recurrió a recortes del gasto público en el último cuatrimestre del año y se observó una baja ejecución, principalmente en la salud.⁵² Por otra parte, la administración pública continúa enfrentando problemas en la planificación de los procesos de compras y contrataciones, provocando desabastecimiento recurrente en la dotación de medicamentos a pacientes con VIH (PDH, 2016: 260).

En 2015, la ejecución cayó a su nivel más bajo (57.1%) debido a la inestabilidad política y la débil recaudación tributaria. Todo lo anterior ocasionó contención en el gasto público y lentitud en los procesos administrativos y de gestión.

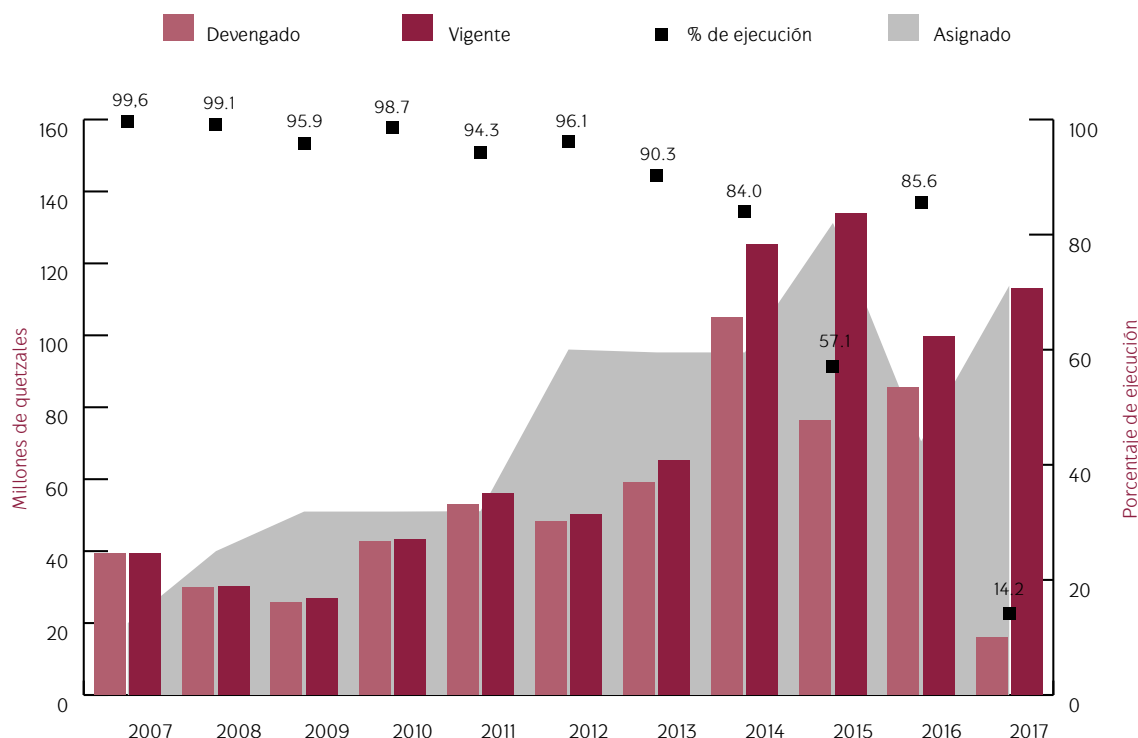
El año 2016 arrancó con una nueva administración de gobierno que tuvo importantes tropiezos y demostraciones de desconocimiento e impericia en la gestión pública. El

52 Para un análisis más detallado del contexto financiero y político de 2014 puede consultarse la decimonovena edición del Boletín ¡Contamos!, El Presupuesto para 2015: Los grandes desafíos para lograr resultados y retomar el camino para una mayor transparencia, disponible en: http://icefi.org/sites/default/files/contamos_19.pdf.

presupuesto devengado alcanzó los Q85.4 millones (lo que representó una ejecución del 85.6%).

Finalmente, en 2017 el presupuesto vigente del programa alcanzó los Q113.0 millones. Su ejecución estará determinada por los ajustes que puedan suscitarse dadas las reformas a la Ley de Contrataciones del Estado, ya que persiste una débil planificación, adaptación y gestión en los procesos de compra.⁵³

GRÁFICA 31. FINANCIAMIENTO DEL PNS* (EN MILLONES DE QUETZALES)



Nota: El presupuesto de 2017 se encuentra actualizado a junio de 2017.
Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del Sicoín

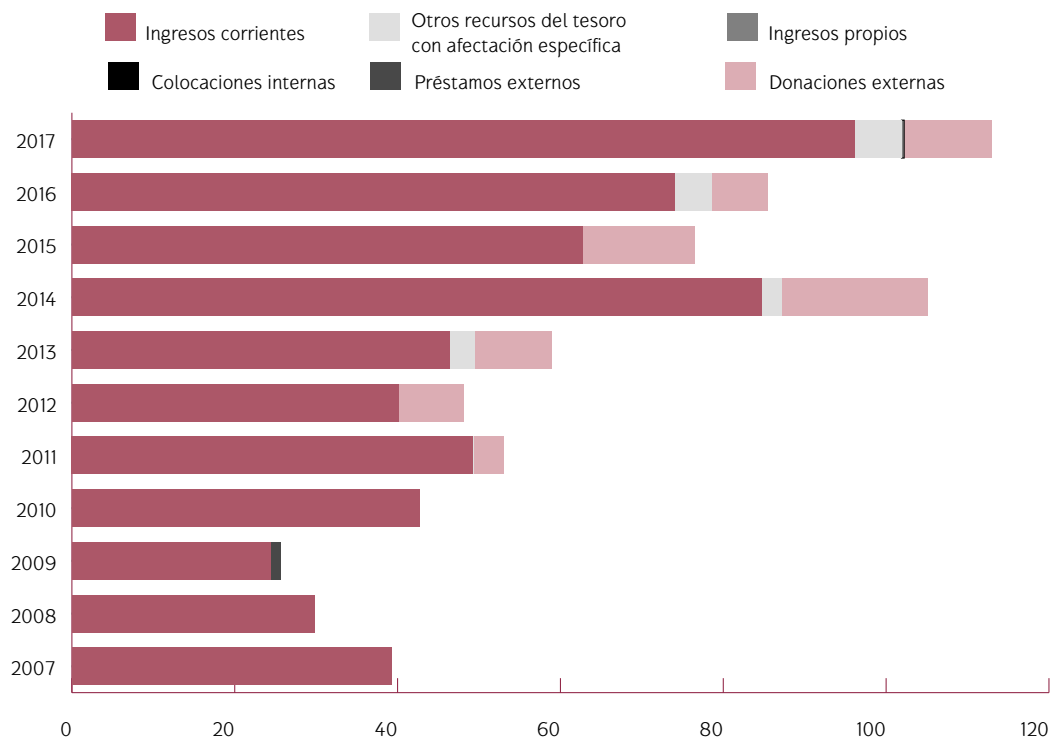
Los ingresos corrientes constituyen la principal fuente de financiamiento del PNS; en 2017, alcanzaron Q6.1 millones (85.1% del total). Desde 2011, las donaciones —que provienen casi exclusivamente⁵⁴ del Fondo Mundial (FM)— comenzaron a tener una importante participación en la compra de ARV y en la respuesta a la epidemia del VIH; estos recursos ascendieron a Q7.0 millones (3.7%) en 2011, se incrementaron y lograron su punto más alto en 2014, con Q17.9 millones (17.1%); posteriormente, su participación decreció y en 2017 sumaron Q10.8 millones (9.5%). Otra fuente de financiamiento con una itinerante participación son «Otros recursos del tesoro con afectación específica», los cuales provienen del impuesto al tabaco y sus productos.⁵⁵

53 Para un análisis más detallado puede consultarse el siguiente enlace: http://icefi.org/sites/default/files/presentacion_transparencia_versus_agilidad_18_may_2017_1.pdf.

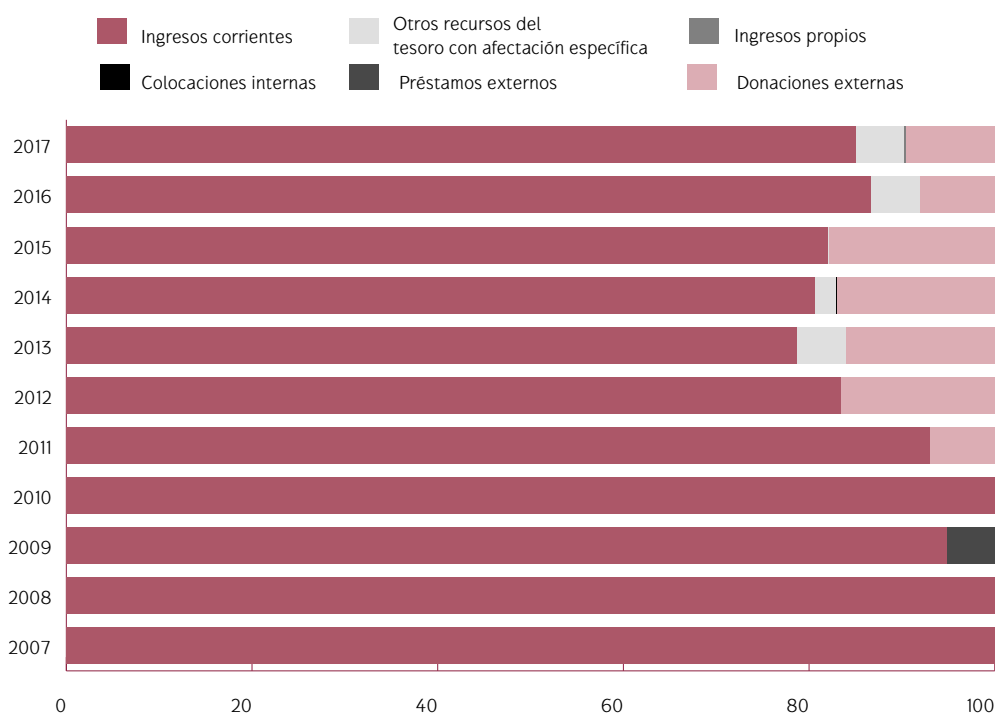
54 Con excepción de 2013, cuando la Cooperación sueca tuvo una participación de Q500,000 en el presupuesto del PNS.

55 En las reformas a la Ley de Tabaco y sus Productos (Decreto No. 117-97), se adicionó que «El monto del impuesto recaudado se destinará para financiar el presupuesto del sector Salud».

GRÁFICA 32. FINANCIAMIENTO DEL PNS* (EN MILLONES DE QUETZALES Y PORCENTAJES)



89



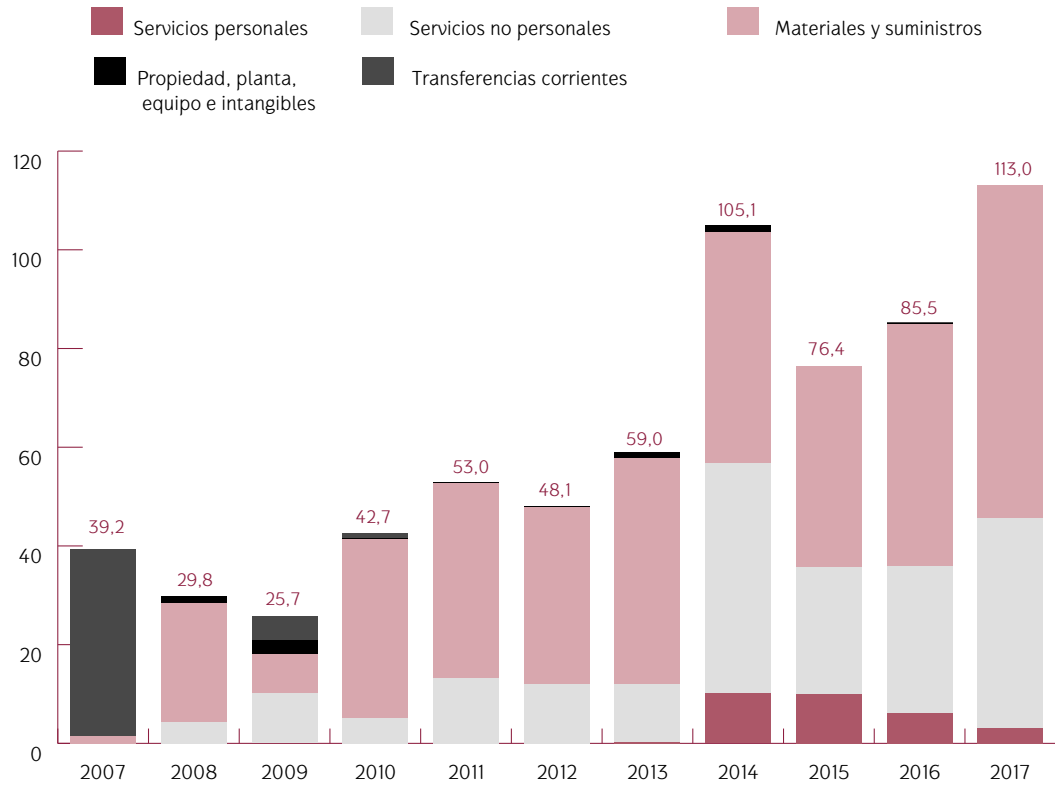
Nota: *El presupuesto de 2017 se encuentra actualizado a junio de 2017.

Fuente: Icefí/Hivos, con base en datos del Sicoín

La clasificación por grupo de gasto indica que el rubro que mayores recursos financieros representa para el PNS es el de materiales y suministros, por un monto de Q67.5 millones (59.7%) en 2017. De esa cantidad, se destinan Q35.8 millones a productos medicinales y farmacéuticos (relacionados con los medicamentos ARV). Por otro lado, en ese mismo año, se tienen Q42.4 millones (37.5%) en servicios no personales, lo cual obedece a la gran cantidad de personal contratado bajo el renglón 182 (que comprende retribuciones por servicios profesionales y técnicos médico sanitarios).

GRÁFICA 33. PRESUPUESTO DEL PNS POR GRUPO DE GASTO* (EN MILLONES DE QUETZALES Y PORCENTAJES)

90

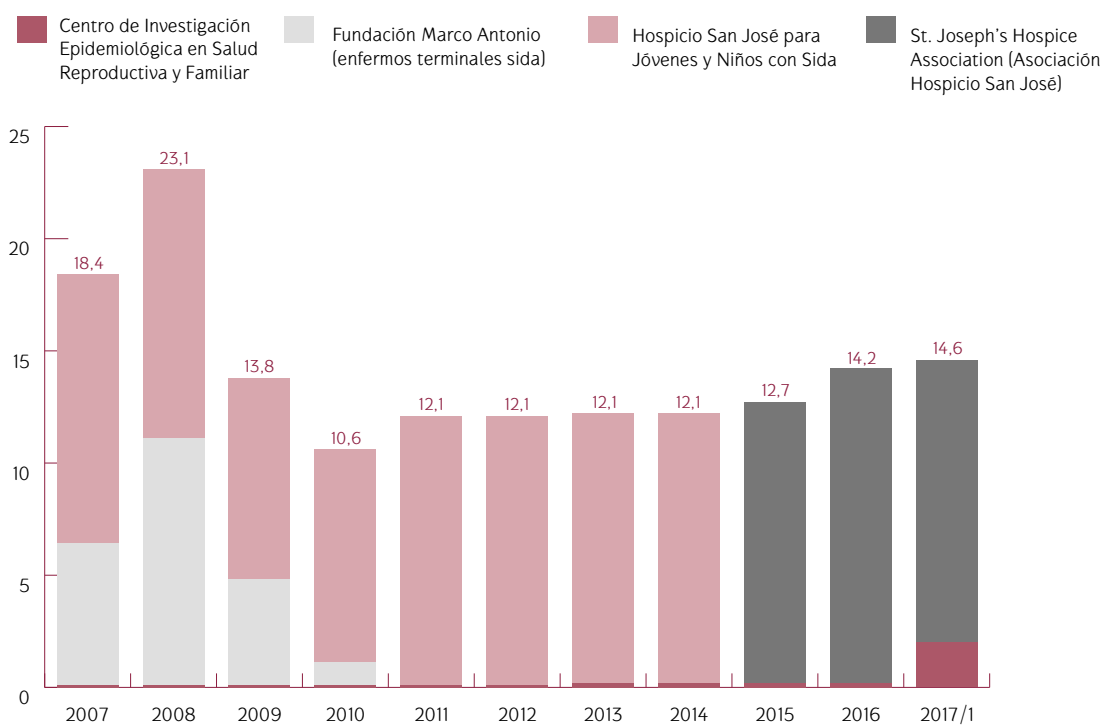


Nota: *El presupuesto de 2017 se encuentra actualizado a junio de 2017.

Fuente: Icfef/Hivos, con base en datos del SicoIn

Finalmente, otro rubro de gasto identificado proviene de las transferencias corrientes del MSPAS a otras instituciones de salud y asistencia social que realizan actividades relacionadas con el VIH. Así, se tienen los aportes realizados al Hospicio San José, a la Fundación Marco Antonio y al Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva y Familiar. Durante el período 2007 a 2017, el Hospicio San José ha recibido, en promedio, Q12 millones, mientras que la Fundación Marco Antonio recibió de 2007 a 2011 un monto total de Q23.0 millones, y el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva y Familiar, durante los dos últimos años, Q200,000.

GRÁFICA 34. TRANSFERENCIAS CORRIENTES A INSTITUCIONES DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL (EN MILLONES DE QUETZALES)



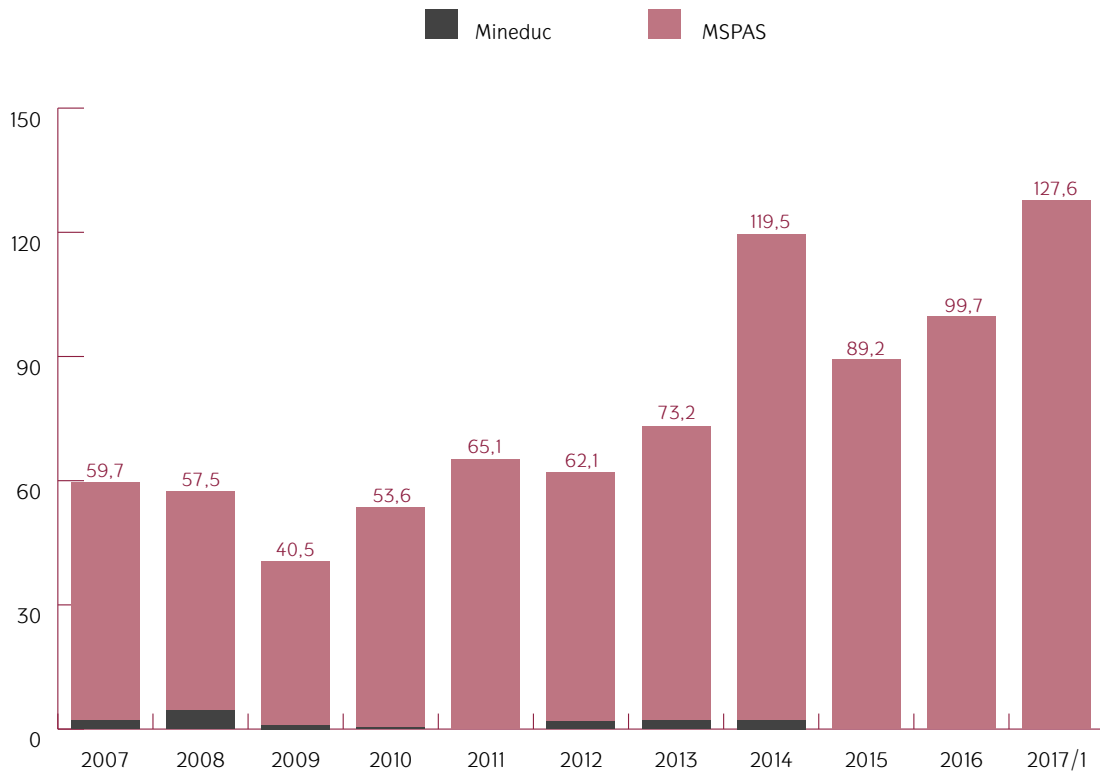
Nota: /1 Corresponde al presupuesto asignado en 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del Sicoín

En suma, los presupuestos públicos determinan en términos financieros la acción de los Estados y se conciben como hilos conductores para la materialización de las políticas públicas. Por ello, de la estructura programática que es posible vincular con acciones de VIH se tiene que más del 90.0% del monto se encuentra en el MSPAS; en 2017, alcanzó los Q127.6 millones. El resto corresponde al Mineduc.

GRÁFICA 35. PRESUPUESTO DEL GOBIERNO CENTRAL VINCULADO CON ACCIONES DE VIH (CIFRAS EN MILLONES DE QUETZALES)

92



Nota: /1 Corresponde al presupuesto asignado en 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en datos del Sicoín

c. Hacia un presupuesto basado en gestión por resultados

En 2004, en la Segunda Mesa Redonda sobre Resultados de Desarrollo celebrada en Marrakech, se definió la gestión por resultados como una «[...] estrategia de gestión centrada en el desempeño del desarrollo y en las mejoras sostenibles en los resultados del país. Proporciona un marco para mejorar la toma de decisiones, e incluye herramientas prácticas para la planificación estratégica, la programación y ejecución presupuestaria, el monitoreo y la evaluación de los resultados» (OCDE/DAC, 2008: 107).

A partir de 2012 se ha impulsado en las instituciones del sector público un enfoque de gestión por resultados (GpR) que conlleva a la definición de resultados estratégicos de gobierno para impulsar cambios sustanciales en la gestión pública y el logro consecutivo de mejoras en las condiciones de vida de los guatemaltecos (Minfín/Segeplán, 2013).

De manera que el Proyecto de presupuesto para el ejercicio fiscal 2013 se diseñó tomando en consideración la estrategia por resultados. Consecutivamente, la implementación contempla la integración del resultado al presupuesto y la definición de su estructura programática. Se presupuestan los productos y subproductos, con base en una estructura del costo de los insumos. Así, dicha formulación responde a una cadena de resultados que permite ordenar adecuadamente las relaciones causa-efecto que deben existir entre un objetivo estratégico, el programa que se llevará a cabo para lograrlo, los productos que las instituciones deberán desarrollar para ponerlo en marcha y los procesos e insumos requeridos (véase figura 7) (Minfín, 2013).

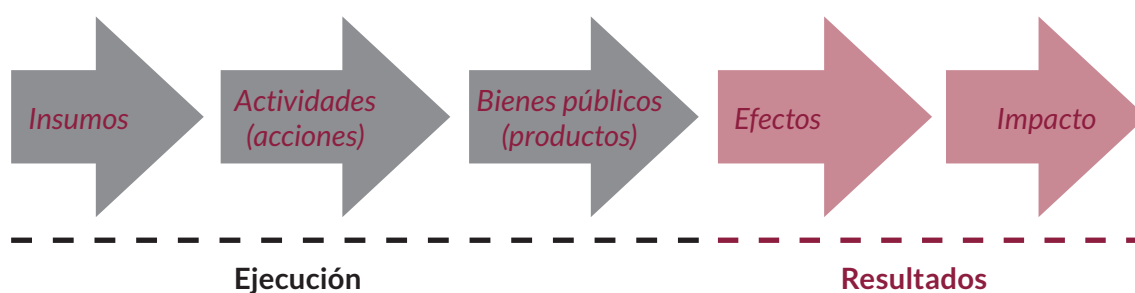
Gestión por resultados (GpR)

Este enfoque implica un cambio sustancial en la modalidad de gestión, tomando en cuenta que la planificación, la asignación presupuestaria, el seguimiento y la evaluación, así como la ejecución, tradicionalmente han estado orientados a implementar actividades y producir una rendición financiera que justifique el cumplimiento de la norma, premiando la ejecución independientemente de los logros. La GpR busca reemplazar el modelo burocrático tradicional por una gestión eficiente y eficaz para lograr un cambio real, que se concrete en la satisfacción de las necesidades del ciudadano, para lo cual es determinante realizar esfuerzos de formulación de resultados estratégicos.

Fuente: Minfín/Segeplán (2013)

Fuente: Minfín/Segeplán (2013)

FIGURA 7. ESLABONES DE LA CADENA DE RESULTADOS



93

De esta manera, el presupuesto público expresa los planes del Gobierno en el marco estratégico de una GpR que, para el caso, condujo a traducir las políticas en «[...] resultados finales, diseñar programas estratégicos, definir los productos que serán entregados al ciudadano objetivo, realizar ajustes en los sistemas informáticos para la vinculación plan-presupuesto y capacitar a las diferentes entidades del sector público sobre la estrategia adoptada» (Minfín, 2013: 17).

Seguidamente, los ajustes en los sistemas informáticos llevaron al diseño e implementación de un módulo denominado «Presupuesto por Resultados» (PpR) dentro del Sistema de Gestión (Siges). Algunos de los avances obtenidos se detallan en la figura 8.

FIGURA 8. AVANCES DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PPR)

Se definieron los programas orientados a apoyar los resultados estratégicos del Gobierno.

Se armonizaron los productos y subproductos en una estructura programática.

La programación se realizó desde los puntos de atención y se definieron listas estándar de insumos, con el objetivo de que las instituciones puedan identificar aquellos que resultan necesarios para su proceso de producción.

Formulación del presupuesto anual y multianual, a partir de los centros de costo.

Se armonizó el módulo para que alimente el Sistema de Contabilidad Integrada (Sicoín), a través del cual se puede contar con información confiable y en tiempo real.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Minfín (2013)

A1) Metodología para estimar el gasto en VIH con el PpR

Con base en los preceptos anteriores acerca del PpR, es posible indagar las acciones programadas para el combate al VIH. Para esto se tomó el marco propuesto por Laevell & Clark (1954), que permite ordenar las intervenciones destinadas a controlar los problemas transmisibles (véase figura 9).

FIGURA 9. INTERVENCIONES SEGÚN TIPO DE PREVENCIÓN

Primaria	<i>Evitar que se produzca la infección</i>
Secundaria	<i>Detección temprana de casos y tratamiento oportuno</i>
Terciaria	<i>Evitar y manejar complicaciones e impedir la muerte prematura</i>

Fuente: Icefi/Hivos

94

La estrategia para la reducción de la epidemia de VIH debe, de alguna forma, «competir» con otras condiciones crónicas que utilizan la misma red de servicios y cuyos insumos provienen de las mismas fuentes; de ahí que sea necesario advertir que, pese al avance en la elaboración de planes interinstitucionales que den respuesta conjunta a la demanda de los principales problemas sociales, «[...] continúa siendo un desafío para las entidades del Estado que todavía contemplan sus intervenciones a nivel institucional, sin considerar el panorama global para su accionar» (Minfín, 2016: 11). En este sentido, se han definido, en términos operativos, resultados estratégicos de gobierno a través de tres pactos, 56 así como resultados institucionales (que constituyen criterios orientadores al accionar institucional). De esa cuenta, dada la amplitud del sistema de salud descrito, en el presente documento se seleccionó como objeto de análisis el gobierno central, con especial énfasis en el MSPAS.

Por consiguiente, una aproximación a los resultados del MSPAS, con base en la metodología del PpR, permite determinar que el resultado 3 es el que está directamente vinculado con la respuesta hacia el VIH (tabla 18).

Consecuentemente, de este resultado se derivan productos y subproductos, lo cual permite clasificar las intervenciones de acuerdo con el marco propuesto. En los demás resultados de esta institución es posible vincular y clasificar intervenciones que, aunque no estén relacionadas directamente con el VIH, tienen incidencia en la prevención.

56 En 2012 se definieron tres pactos gubernamentales: a) Pacto Hambre Cero; b) Pacto por la Seguridad, Justicia y Paz; c) Pacto Fiscal y de Competitividad.

TABLA 18. RESULTADOS DEL MSPAS

RESULTADO	NOMBRE	RESULTADO ESTRATÉGICO	POBLACIÓN OBJETIVO	CAMBIO	TIEMPO MAGNITUD
0	Sin resultado	Institucional	Sin resultado	Sin resultado	Sin resultado
1	Para 2019 ha disminuido la mortalidad en la niñez en 10 puntos por cada mil nacidos vivos (de 35 muertes por mil nacidos vivos en 2015, a 25 muertes por mil nacidos vivos en 2019); y para 2019 ha disminuido la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de dos años en 10 puntos porcentuales (pasando del 41.7%, en 2015, al 31.7%, en 2019).	Estratégico	Niños y niñas nacidos vivos	Reducir	10 puntos porcentuales (de 35 muertes en 2015 a 25 muertes en 2019) en mortalidad de la niñez, y 10 puntos porcentuales en desnutrición crónica (del 41.7%, en 2015, al 31.7%, en 2019)
2	Mortalidad materna reducida en 20 puntos (de 113 muertes por cada cien mil nacidos vivos, en 2013, a 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos, en 2019)	Estratégico	Mujeres gestantes	Disminuir	De 113, en 2013, a 93, en 2019
3	En 2019 se ha incrementado en 3 puntos porcentuales el porcentaje de adultos y niños con VIH que están en tratamiento antirretrovírico 12 meses después del inicio del tratamiento (pasando del 92.0%, en 2014, al 95.0%, en 2019).	Institucional	Población vulnerable y población con infecciones de transmisión sexual o con VIH	Aumentar la sobrevida en adultos y niños con VIH que están en tratamiento antirretrovírico, 12 meses después del inicio del tratamiento	Para el año 2019, aumentar la sobrevida en 3 puntos porcentuales

RESULTADO	NOMBRE	RESULTADO ESTRATÉGICO	POBLACIÓN OBJETIVO	CAMBIO	TIEMPO MAGNITUD
4	En 2019 se ha incrementado la tasa de notificación por tuberculosis en todas sus formas en un 11.2% (pasando del 20.4%, en 2014, al 31.6%, en 2019).	Institucional	Total de la población	Aumentar la notificación de casos diagnosticados con tuberculosis en todas sus formas	Para 2019, aumentar en un 11.21% la notificación de casos de tuberculosis en todas sus formas
5	En 2019 ha disminuido la incidencia de malaria en 10 puntos porcentuales (del 50.1%, en 2010, al 40.1%, en 2019).	Institucional	Población de las áreas endémicas del país	Reducir el número de casos confirmados de malaria	Para 2019 reducir en 10 puntos porcentuales la incidencia de malaria

Se indagó en la estructura del PpR para delimitar alguna información sobre el resto de instituciones gubernamentales que no explicitan ningún resultado relacionado con la respuesta al VIH. De esa cuenta, se ha incluido en el análisis de PpR información presupuestaria provista por el Minfín, por conducto del Siges, que sigue la siguiente estructura (véase figura 10). Desde 2014 esta contiene cifras relativas al MSPAS;⁵⁷ para el resto de instituciones que por mandato deben ejercer alguna acción sobre el tema, desde 2015.

FIGURA 10. ESTRUCTURA DEL PPR PARA CLASIFICAR INTERVENCIONES EN VIH

Entidad/unidad ejecutora	<i>Dependencias administrativas, o subdivisiones de ellas, como los departamentos o secciones, que realizan las compras y transformación de los insumos</i>
Centro de costo	<i>Centros de atención y unidades administrativas de producción; por ejemplo, los centros de salud del MSPAS</i>
Actividad u obra	<i>Cada producto debe ser asociado a una categoría presupuestaria denominada «actividad»</i>
Resultado	<i>Cambio en las condiciones, características o calidad de vida de un grupo poblacional y/o de su entorno inmediato</i>
Producto	<i>Conjunto articulado de bienes y/o servicios que recibe la población beneficiaria con el objetivo de generar un cambio</i>
Subproducto	<i>Combinación de los insumos que durante el proceso productivo son transformados en bienes o servicios que se entregarán a la población</i>
Renglón	<i>Categoría de gasto que agrupa insumos para lograr productos</i>

Fuente: Icefi/Hivos, con base en información presupuestaria del Siges y Minfín (2013)

⁵⁷ En 2014 se incluyó en el Siges el Módulo de Ejecución Presupuesto por Resultados (PpR), que integró a los ministerios de Finanzas Públicas, Salud Pública y Asistencia Social, Economía, y Cultura y Deportes.

Es necesario agregar que subsisten importantes desafíos para el fortalecimiento progresivo de los sistemas informáticos, por lo que la información puede aún ser parcial, ya que la transición y adaptación del Siges por parte de las instituciones todavía es incipiente y presenta algunos desaciertos. No obstante, se está avanzando hacia la vinculación de la planificación y la presupuestación, lo que permitirá que «[...] las instituciones adopten la metodología en su totalidad y apliquen las técnicas correctas para la asignación de recursos e identificación de mejoras con intervenciones interinstitucionales en beneficio de la sociedad» (Minfin, 2016: 12). Además, se identifica una etapa posterior, que se concibe como total: el seguimiento y la evaluación; ambas acciones permitirán determinar y cuantificar los efectos e impactos alcanzados en la población.

Aunque el PpR permite vincular los insumos que constituyen una actividad, en la realidad todavía subsisten importantes desafíos para relacionar la información y su ejecución, por lo cual el análisis solo llegará hasta el nivel de renglón.

97

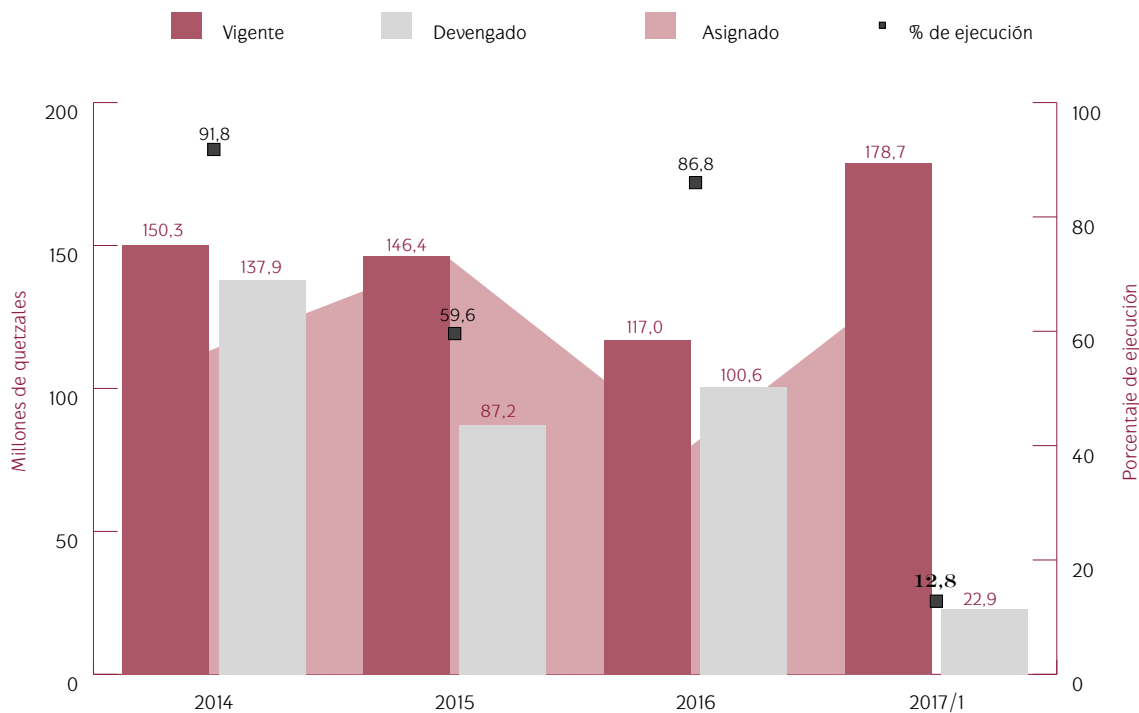
A2) Gasto destinado a VIH

El análisis del PpR destinado a VIH en las instituciones del gobierno central indica que, pese a los avances que pueda representar para el sector público y la población la utilización de una metodología basada en resultados, en realidad persisten importantes retos operativos. En esa dirección, el MSPAS ha transitado un trecho importante, ya que en el caso de otras instituciones las fichas de resultado, producto o subproducto no se reflejan en el presupuesto, o bien, su cadena de resultados no se orienta hacia ninguna acción en VIH.

De esa cuenta, los resultados de la observación del MSPAS indican que entre 2014 y 2016 el techo presupuestario destinado a VIH alcanzó, en promedio, los Q108.6 millones. De ese presupuesto se devengaron, en 2014, Q137.9 millones (equivalentes a una ejecución del 91.8%); en 2015 se alcanzó el nivel más bajo, de Q87.2 millones (59.6% de ejecución) y, en 2016, la cantidad devengada ascendió a Q100.6 millones (86.0% de ejecución). En 2017, este techo representó Q178.7 millones que, para ser ejecutados, deben sortear una serie de desafíos que van desde la débil planificación, hasta la poca capacitación y gestión administrativa en los procesos de compras y contrataciones, lo cual ha generado, entre otros, el desabastecimiento de ARV.⁵⁸

58 Véase en: <http://www.pdh.org.gt/noticias/noticias/item/9673-en-riesgo-16-mil-pacientes-con-vih.html>.

GRÁFICA 36. PRESUPUESTO DESTINADO A VIH (EN MILLONES DE QUETZALES)



Nota: /1 Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Siges

Además, el análisis del presupuesto desagregado por resultados permite precisar que el resultado con mayor presupuesto es evidentemente el tercero, que se vincula directamente con el PNS. Este resultado alcanzó los Q109.0 millones (79.0% del presupuesto destinado a VIH) en 2014; Q76.4 millones (87.6%) en 2015; Q85.5 millones (84.9%) en 2016, y Q113.0 millones (63.2%) en 2017.

Los demás resultados, aunque no estén directamente planificados en función del VIH, sí realizan un aporte, sobre todo en la prevención primaria. En ese sentido, conviene reconocer que en las intervenciones sanitarias resulta difícil discriminar alguna actividad, ya que el tema de la salud es amplio e integral, es decir, el cuerpo y los determinantes de la salud deben ser abordados en su integralidad.

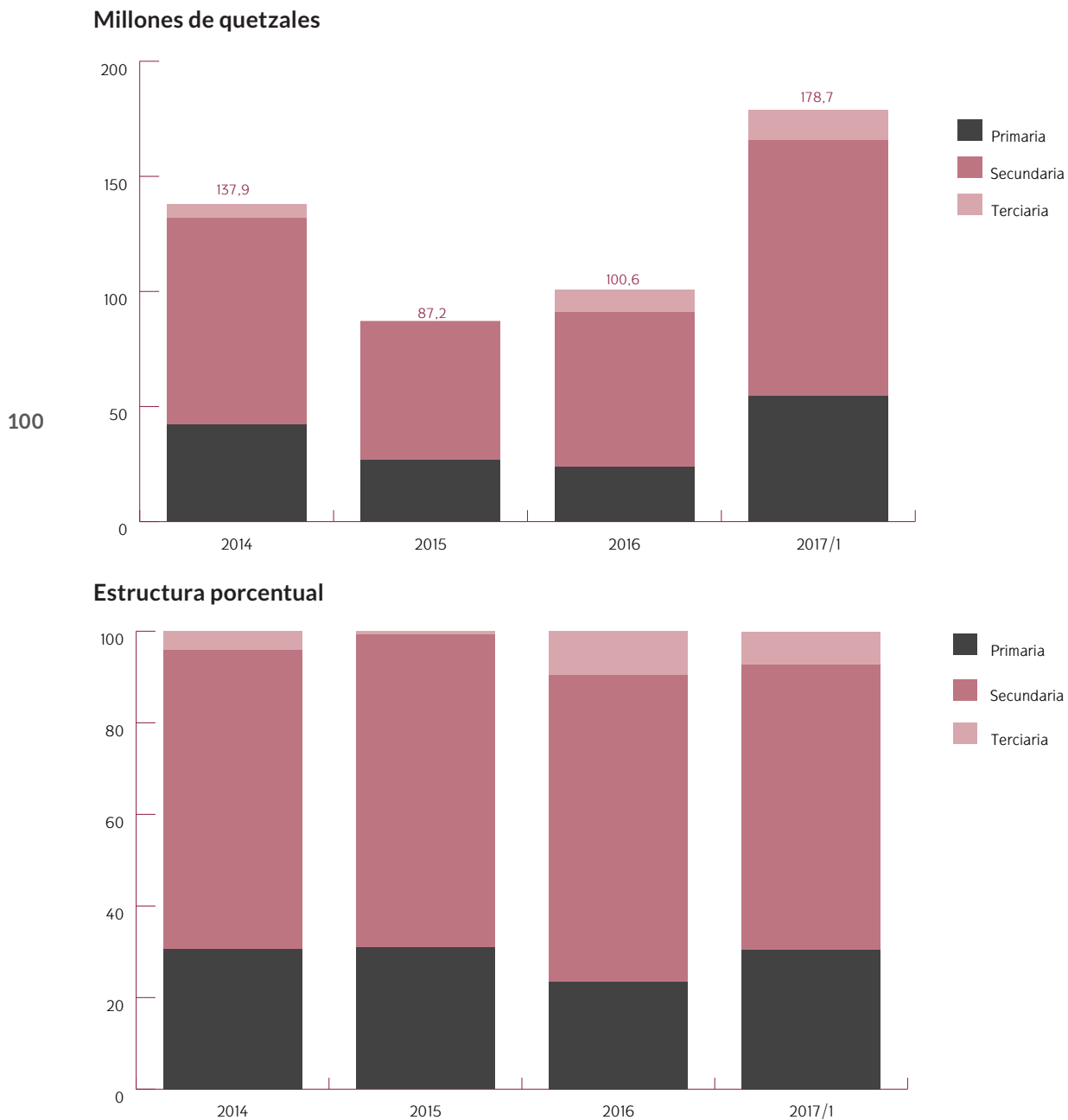
Con respecto a la clasificación del presupuesto del MSPAS por intervenciones, se advierten durante el período principalmente aquellas dirigidas a la prevención primaria, con un promedio de Q82.0 millones (65.6%). Le siguen las intervenciones secundarias, con un promedio de Q36.8 millones (28.9%)

TABLA 19. PRESUPUESTO DESTINADO A VIH (POR RESULTADOS)

CÓD.	RESULTADO	ESTRUCTURA PORCENTUAL							
		2014	2015	2016	2017/1	2014	2015	2016	2017
00	Sin resultado	0.5	0.1	-	20.0	0.33	0.06	-	11.19
02	Mortalidad materna reducida en 20 puntos (pasando de 113 muertes por cada cien mil nacidos vivos, en 2013, a 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos, en 2019).	27.7	10.1	14.6	45.2	20.06	11.55	14.50	25.31
03	En 2019 se ha incrementado en 3 puntos porcentuales el porcentaje de adultos y niños con VIH que están en tratamiento antirretrovírico 12 meses después del inicio del tratamiento (pasando del 92.0%, en 2014, al 95.0%, en 2019).	109.0	76.4	85.5	113.0	79.03	87.64	84.91	63.23
04	En 2019 se ha incrementado la tasa de notificación por tuberculosis en todas sus formas en un 11.2% (pasando del 20.4%, en 2014, al 31.6%, en 2019).	0.8	0.7	0.6	0.5	0.57	0.75	0.58	0.26
Total general		137.9	87.2	100.6	178.7	100	100	100	100

Nota: /1 Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017
Fuente: Icfi/Hivos, con base en Siges

GRÁFICA 37. PRESUPUESTO DEL MSPAS SEGÚN INTERVENCIONES.



Nota: /1 Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Siges

Siguiendo las líneas anteriores, en la tabla 20 se detalla la clasificación de las intervenciones y su vinculación con productos que impactan en la prevención de la epidemia. Así, puede verse que el producto «Persona atendida para la prevención de ITS/VIH» contribuye durante el período con cerca del 39.6%. Este producto se relaciona con la logística para la adquisición de medicamentos, entre ellos los ARV (véase anexo 1).

TABLA 20. PRESUPUESTO DEL MSPAS SEGÚN INTERVENCIONES Y PRODUCTO (EN MILLONES DE QUETZALES)

CÓD.	INTERVENCIÓN	CÓD.	PRODUCTO	2014	2015	2016	2017/1
		000-014	Población que recibe atención médica por enfermedades no transmisibles	0.46	-	-	-
		001-005	Suplementación con micronutrientes en el niño menor de 5 años	-	-	-	-
			Atención del parto institucional	8.72	-	-	-
1	Primaria	002-002	Mujer que recibe atención del parto institucional por personal calificado	-	-	5.99	33.87
			Mujer que recibe atención del parto institucional y comunitario por personal calificado	-	0.32	-	-
		002-005	Atención del parto institucional	5.01	-	-	-
		002-007	Mujer atendida durante el parto en la comunidad o institución de salud por personal calificado	-	4.10	-	-
			Mujer que recibe atención del parto comunitario por personal calificado	-	-	1.51	3.52
		003-001	Persona atendida para la prevención de ITS, VIH	-	8.85	6.71	3.23
1	Primaria		Prevención de ITS, VIH	27.96	-	-	-
		003-004	Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos al abordaje de la violencia contra la mujer	-	13.24	9.47	13.13
		003-005	Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos de las nuevas masculinidades	-	0.46	0.02	0.79
		000-011	Población con servicios de prevención y promoción de la salud	-	0.05	-	-
2	Secundaria	000-024	Niña de 10 a 11 años de edad vacunada contra el virus del papiloma humano	-	-	-	20.00

CÓD.	INTERVENCIÓN	CÓD.	PRODUCTO	2014	2015	2016	2017/1
002-001			Atención prenatal oportuna	12.47	-	-	-
002-004			Atención prenatal oportuna	1.47	-	-	-
002-004			Población con acceso a métodos de planificación familiar	-	2.10	5.64	6.09
002-009			Población con acceso a métodos de planificación familiar	-	3.56	1.46	1.75
003-001	2	Secundaria	Persona atendida para la prevención de ITS, VIH	-	44.61	39.32	62.02
			Prevención de ITS, VIH	46.44	-	-	-
003-002			Diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH	26.18	-	-	-
			Persona con diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH	-	7.22	14.89	11.75
003-003			Víctima/sobreviviente atendida por violencia sexual	-	1.46	5.42	-
			Víctima/sobreviviente atendida por violencia sexual	-	-	-	8.97
003-003	2	Secundaria	Víctimas/sobrevivientes atendidas por violencia sexual	2.54	-	-	-
004-002			Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis	0.79	-	-	-
			Persona con diagnóstico de la tuberculosis que recibe tratamiento	-	0.66	0.59	0.47
003-002	3	Terciaria	Diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH	5.90	-	-	-
			Persona con diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH	-	0.60	9.63	13.10
Total general				137.93	87.23	100.64	178.70

Nota: /1 Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017.

Fuente: Icefii/Hivos, con base en Siges

La tabla 21 provee información sobre los principales renglones de gasto asociados con las intervenciones destinadas a la respuesta frente al VIH. Se puede advertir que productos medicinales concentró, en promedio, el 30.4% del gasto. Le siguen servicios médico sanitarios, con un 25.0%; elementos y compuestos químicos, con un 13.1%; y útiles menores médico quirúrgicos, con un 4.9%. Estos cuatro elementos concentraron Q93.7 millones (un 73.4% del total de gasto en VIH).

TABLA 21. PRESUPUESTO DEL MSPAS DESTINADO A VIH (POR RENGLÓN, EN MILLONES DE QUETZALES)

Cód.	Renglón	2014	2015	2016	2017/ ¹	Estructura porcentual			
						2014	2015	2016	2017/ ¹
266	Productos medicinales y farmacéuticos	26.48	26.24	30.80	74.77	19.19	30.08	30.60	41.84
182	Servicios médico sanitarios	40.13	17.35	32.27	33.46	29.10	19.89	32.07	18.73
261	Elementos y compuestos químicos	21.08	10.82	12.08	22.49	15.28	12.40	12.00	12.59
295	Útiles menores médico quirúrgicos y de laboratorio	9.96	1.84	4.66	10.16	7.22	2.11	4.63	5.69
029	Otras remuneraciones de personal temporal	-	-	-	8.62	-	-	-	4.82
189	Otros estudios y/o servicios	10.47	4.28	4.26	5.99	7.59	4.91	4.23	3.35
081	Personal administrativo operativo	10.38	9.82	6.13	3.27	7.52	11.26	6.09	1.83
196	Servicios de atención y protocolo	0.93	0.68	0.10	2.75	0.67	0.78	0.10	1.54
171	Mantenimiento y reparación de edificios	1.77	1.13	0.19	1.85	1.28	1.30	0.19	1.03
036	Retribuciones por servicios	1.57	2.03	0.45	1.60	1.14	2.33	0.44	0.90
	Otros renglones	15.17	13.03	9.69	13.75	11.00	14.94	9.63	7.69
	Total general	137.93	87.23	100.64	178.70	100.00	100.00	100.00	100.00

Nota: /¹ Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Siges

Para detallar mejor los productos medicinales y farmacéuticos (renglón 266) que se destinan a intervenciones en VIH, se exploraron los insumos del PNS (16) durante 2017. Este análisis indica que, en buena medida, corresponden con ARV (tabla 22).

TABLA 22. PRESUPUESTO DESTINADO AL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (PNS), POR RENGLÓN 266 E INSUMOS

INSUMO	NOMBRE DEL INSUMO	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN	CANT. ASIGNADA	CANT. COMPROMETIDA	CANT. DEVENGADA	MONTO ASIGNADO	PORCENTAJE
549	Efavirenz + Emtricitabina + Fumarato Disoproxilo de Tenofovir	Comprimido 1 ()	Concentración: 600 + 200 + 300 mg; forma farmacéutica: comprimido; vía de administración: oral	88,146.00	0.00	0.00	17.40	48.64
955	Lopinavir + Ritonavir	Unidad 1 ()	Concentración: 200 mg + 50 mg; forma farmacéutica: tableta; vía de administración: oral	230,250.00	0.00	0.00	4.60	12.86
545	Efavirenz	Unidad 1 ()	Concentración: 600 mg; forma farmacéutica: tableta; vía de administración: oral	21,564.00	0.00	0.00	2.54	7.11
46908	Abacavir	Unidad 1 ()	Concentración: 300 mg; forma farmacéutica: tableta; vía de administración: oral	6,467.00	0.00	0.00	0.59	1.66
37152	Abacavir + Lamivudina	Unidad 1 ()	Concentración: 600 mg + 300 mg; forma farmacéutica: comprimido recubierto; vía de administración: oral	5,300.00	0.00	0.00	0.57	1.60

INSUMO	NOMBRE DEL INSUMO	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN	CANT. ASIGNADA	CANT. COMPROMETIDA	CANT. DEVENGADA	MONTO ASIGNADO	PORCENTAJE
1486	Zidovudina	Frasco 240 ml	Concentración: 10 mg / 1 ml; forma farmacéutica: suspensión / frasco; vía de administración: oral	10,264.00	0.00	0.00	0.47	1.30
901	Lamivudina/ Zidovudina	Unidad 1 ()	Concentración: 150 mg / 300 mg; forma farmacéutica: tabletas; vía de administración: oral	36,511.00	0.00	0.00	0.43	1.20
26485	Maraviroc	Frasco 60 ()	Concentración: 300 mg; forma farmacéutica: tableta; vía de administración: oral;	84.00	0.00	0.00	0.42	1.17
495	Didanosina	Unidad 1 ()	Concentración: 400 mg; presentación: tableta; vía de administración: oral	2,652.00	0.00	0.00	0.42	1.16
	Otros insumos						8.00	23.00
	Total						35.78	100.00

105

Fuente: Icfi/Hivos, con base en Siges

Finalmente, por centro de costo, el PpR permite vislumbrar que la mayor cantidad de recursos financieros se concentra en el Departamento Administrativo (desde donde se realizan muchas compras que posteriormente se distribuyen a las unidades ejecutoras), el segundo nivel de atención (que contempla a la población atendida mediante servicios de información, educación y comunicación sobre la importancia de la atención del parto institucional) y los hospitales (que concentran a las UAI). Desde esta perspectiva, para 2017 el presupuesto del Departamento Administrativo alcanzó los Q82.5 millones (46.2%); el segundo nivel de atención, los Q51.1 (28.6%), y los hospitales, Q40.5 millones.

TABLA 23. PRESUPUESTO DEL MSPAS DESTINADO A VIH, POR NIVEL DE ATENCIÓN

NIVEL	2014	2015	2016	2017/1	ESTRUCTURA PORCENTUAL			
					2014	2015	2016	2017/1
Departamento Administrativo	45.77	45.07	38.83	82.54	33.18	51.67	38.58	46.19
DAS	1.76	0.24	0.31	2.60	1.27	0.28	0.30	1.46
Primer nivel	0.59	0.80	0.36	1.98	0.43	0.92	0.36	1.11
Segundo nivel	32.04	17.17	24.04	51.06	23.23	19.68	23.89	28.57
Hospitales	57.30	23.95	37.11	40.52	41.54	27.46	36.87	22.68
UAI	0.47	-	-	-	0.34	-	-	-
Total general	137.93	87.23	100.64	178.70	100	100	100	100

Nota: /1 Corresponde al presupuesto vigente en junio de 2017.

Fuente: Icefi/Hivos, con base en Siges

3. El VIH en Guatemala en los próximos 10 años

107

3.1 Estimación de demanda de servicios con base en análisis prospectivo de tendencias esperadas (2017-2026) en la prestación de servicios que permitan la prevención y atención del VIH

La presente sección constituye un aporte para garantizar y asegurar la sostenibilidad de las estrategias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH en Guatemala para el período 2017-2026. En este sentido, se incluyen intervenciones para el abordaje de la epidemia centradas en la plena observancia de los derechos de las personas con VIH, y en el cumplimiento de los objetivos y compromisos que el Estado de Guatemala se ha planteado para el año 2020.

Las intervenciones enfatizan el rol del MSPAS como articulador de esfuerzos y responsable de garantizar el derecho a la salud. La sección presenta la metodología, las intervenciones costeadas y los costos totales.

3.2 Metodología

El *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2017-2021*, «[...]es el instrumento que organiza las propuestas de intervención a nivel nacional como respuesta a la problemática que representan las ITS y el VIH en el país» (MSPAS, 2016:11).

El plan se elaboró de acuerdo con la metodología de gestión por resultados (GpR), que plantea que la planificación y el presupuesto de las entidades gubernamentales deben orientarse a resultados (MSPAS, 2016). En sintonía con lo anterior, se decidió utilizar datos provenientes de este modelo de presupuestación por metas pues, aunque es reciente, impone una nueva forma de plantear costos para la gestión pública. Asimismo, el referido plan demanda intervenciones que deben vincularse con el presupuesto y, por ende, estipularse en términos financieros y con base en metas de cobertura planteadas en el horizonte temporal.

108

En la tabla 24 se puede observar, en el presupuesto de 2016, una gestión por resultados cuya finalidad es la prevención y tratamiento del VIH desde el MSPAS. La vinculación del presupuesto físico (metas) y financiero permite observar la evolución del cumplimiento del resultado estratégico relativo a VIH y que se interrelaciona a través de subproductos (intervenciones) y se ve de manera integral, en la cadena de resultados. Así, se observa falta de coordinación entre las metas físicas y la ejecución financiera, lo que genera baja ejecución que se exagera en su componente físico; lo anterior se puede observar a través de las barras siguientes.

TABLA 24. PRESUPUESTO POR GESTIÓN POR RESULTADOS VINCULADO A VIH/SIDA

SUBPRODUCTO (INTERVENCIÓN)	METAS FÍSICAS						EJECUCIÓN FINANCIERA (MILLONES DE QUETZALES)			
	Unidad de medida	Inicial	Vigente	Programado	Ejecutado	% de ejecución	Asignado	Vigente	Devengado	% de ejecución
Persona de mayor vulnerabilidad (Pemarv) que recibe condones (incluye consejería)	Persona	233,017	174,685	164,304	97,499	55.81	4.98	6.16	5.18	84.13
Mujer VIH positiva que recibe consejería sistémica post parto para efectuar seguimiento al niño expuesto	Persona	9,061	1,104	1,266	910	82.43	0.57	0.58	0.50	87.31
Persona adolescente, adulto, adulto mayor y mujer embarazada, capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/SIDA y el uso correcto del condón	Persona	1,212,376	823,855	836,392	542,445	65.84	1.62	1.72	1.53	88.82
Apoyo en la gestión administrativa en la prevención de ITS, VIH/SIDA	Evento	14	14	15	11	78.57	28.59	44.55	38.81	87.12
Persona/caso sospechoso de VIH con prueba diagnóstica, incluye orientación pre y post prueba	Persona	209,089	187,649	195,469	124,480	66.34	5.44	6.90	5.59	81.03

SUBPRODUCTO (INTERVENCIÓN)	METAS FÍSICAS						EJECUCIÓN FINANCIERA (MILLONES DE QUETZALES)			
	Unidad de medida	Inicial	Vigente	Programado	Ejecutado	% de ejecución	Asignado	Vigente	Devengado	% de ejecución
Mujer embarazada con diagnóstico de VIH	Persona	61,558	52,136	47,026	27,255	52.28	2.93	2.99	2.60	87.08
Mujer embarazada referida para tratamiento ARV triple terapia y/o resolución del embarazo por cesárea (prevención de la transmisión vertical)	Persona	1,613	390	433	167	42.82	1.51	1.47	1.48	100.26
Neonato, hijo de madre VIH positiva con tratamiento profiláctico	Persona	1,015	514	476	86	16.73	0.92	1.52	1.35	88.27
Paciente VIH positivo, con prueba diagnóstica de tuberculosis	Persona	1,105	561	482	241	42.96	0.72	0.83	0.74	89.44
Paciente VIH positivo recibiendo tratamiento quimio profiláctico con isoniacida	Persona	498	290	241	122	42.07	0.12	0.12	0.08	67.55
Paciente VIH positivo referido para tratamiento ARV triple terapia	Persona	6,691	10,460	7,719	6,205	59.32	7.70	10.24	8.82	86.12
Persona con diagnóstico y tratamiento de infección de transmisión sexual	Persona	92,441	117,436	119,604	78,758	67.06	4.04	4.77	3.87	81.18
Víctima/sobreviviente atendida por violencia sexual	Persona	5,516	5,261	4,805	3,043	57.84	3.57	6.87	5.42	78.82

SUBPRODUCTO (INTERVENCIÓN)	METAS FÍSICAS						EJECUCIÓN FINANCIERA (MILLONES DE QUETZALES)				
	Unidad de medida	Inicial	Vigente	Programado	Ejecutado	% de ejecución	Asignado	Vigente	Devengado	% de ejecución	
Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos al abordaje de la violencia contra la Mujer	Evento	2,520	2,701	1,312	834	30.88	7.52	11.05	9.47	85.73	
Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos de las nuevas masculinidades	Evento	4,553	4,353	1,306	697	16.01	0.29	0.03	0.02	69.05	
Total						70.53	99.79	85.46			

Fuente: Icef/Hivos con base en Siges

TABLA 25. COSTOS UNITARIOS DE INTERVENCIONES VINCULADAS AL VIH

SUBPRODUCTO (INTERVENCIÓN)	COSTOS UNITARIOS		
	Asignado	Vigente	Devengado
Persona de mayor vulnerabilidad (Pemarv) que recibe condones (incluye consejería)	21.39	35.27	53.16
Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática post parto para efectuar seguimiento al niño expuesto	62.75	520.87	551.76
Persona (adolescente, adulto, adulto mayor y mujer embarazada) capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/sida y el uso correcto del condón	1.34	2.09	2.82
Apoyo en la gestión administrativa para la prevención de ITS y VIH/sida	2,042,081.36	3,182,151.71	3,528,470.63
Persona/caso sospechoso de VIH con prueba diagnóstica, incluye orientación pre y post prueba	26.02	36.76	44.90
Mujer embarazada con diagnóstico de VIH	47.54	57.29	95.43
Mujer embarazada referida para tratamiento ARV triple terapia y/o resolución del embarazo por cesárea (prevención de la transmisión vertical)	938.76	3,779.23	8,849.13
Neonato, hijo de madre VIH positiva con tratamiento profiláctico	906.69	2,965.02	15,643.28
Paciente VIH positivo, con prueba diagnóstica de tuberculosis	649.06	1,471.48	3,063.49
Paciente VIH positivo recibiendo tratamiento quimio profiláctico con isoniacida	246.24	400.64	643.32
Paciente VIH positivo referido para tratamiento ARV triple terapia	1,150.66	978.83	1,421.05
Persona con diagnóstico y tratamiento de infección de transmisión sexual	43.65	40.64	49.19
Victima/sobreviviente atendida por violencia sexual	647.75	1,306.30	1,780.16
Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos al abordaje de la violencia contra la mujer	2,984.61	4,089.64	11,354.95
Servicio de apoyo a la institucionalización de los derechos de las nuevas masculinidades	64.57	6.91	29.78

Fuente: Icefi/Hivos con base en Siges

La eficacia de los presupuestos públicos es clave; por ello es preciso evaluar constantemente que las asignaciones financieras conduzcan a resultados. Así, en términos generales no basta realizar asignaciones presupuestarias sin contrastar los cambios y los resultados que hagan efectivos los derechos de las personas con VIH.

Las dificultades del ciclo presupuestario inciden en el corto plazo en el cumplimiento de metas anuales propuestas y, en el mediano, en la consecución de resultados. En términos financieros, ese desfase entre planificación y presupuesto implica brechas entre los costos unitarios al inicio del período fiscal y en la ejecución, ya que no precisamente existe correspondencia entre la programación del presupuesto y las metas, lo que deviene en que los costos de las intervenciones sean incrementales (por ejemplo, el costo de una persona que recibe consejería y condones estaba presupuestado a Q21.39 por persona, pero en realidad le costó al Estado Q53.16).

De los datos anteriores se puede inferir costos unitarios que, aunque presentan algunas dificultades en el registro de las metas físicas, configuran el *corpus* de información oficial provista por las unidades proveedoras de servicios que brindan atención. Esto supone un espacio para mejorar en el futuro la vinculación entre la parte física y la financiera y, con ello, los procesos de planificación y presupuestación. Cuando no fue posible obtener información del MSPAS se utilizaron datos de múltiples organizaciones relacionadas con el tema de VIH (por ejemplo, en el caso de las campañas de información).

Para el modelo de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida en Guatemala se incluyeron intervenciones trazadas a partir de las metas de cobertura definidas en diferentes fuentes de información disponibles, y luego analizadas prospectivamente a la luz de las metas consensuadas en los diferentes compromisos nacionales. Las intervenciones están, a la vez, desagregadas en acciones, lo cual revela un nivel de detalle más específico.

FIGURA 11. INTERVENCIONES DEL MODELO DE COSTEO

<p>Estrategia de comunicación social para el cambio de comportamiento. Campañas de social para prevención del VIH</p>	<p>Dotación de condones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Persona capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/SIDA y el uso correcto del condón Suministro de Condones 	<p>Eliminación de la transmisión materna infantil del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Mujer embarazada con diagnóstico de VIH Mujer embarazada referida para tratamiento ARV Neonato, hijo de madre VIH positiva con tratamiento profiláctico Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática post parto VIH positiva para efectuar seguimiento al niño expuesto
<p>Prueba de VIH. Persona/caso sospechoso de VIH con prueba diagnóstica, incluye orientación pre y post prueba</p>	<p>Diagnóstico y atención de ITS. Persona con diagnóstico y tratamiento de infección de transmisión sexual</p>	<p>Tratamiento de VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente VIH positivo referido para tratamiento ARV Ayuda alimentaria
<p>Enfermedades Oportunistas (TB). Tratamiento de enfermedades oportunistas</p>	<p>Profilaxis Post-exposición (PEP. Persona con tratamiento PEP</p>	<p>Profilaxis Pre Exposición (PReP. Persona de grupo de mayor riesgo con tratamiento de PReP</p>

3.3 Estrategia de comunicación social para el cambio de comportamiento

La comunicación desempeña una función esencial en la prevención de las ITS y el VIH. Los programas y estrategias diseñados para promover cambios en la conducta sexual han demostrado que la comunicación enfocada a poblaciones específicas podría tener un impacto importante para reforzar la prevención de las ITS-VIH/Sida (Centro Nacional de Prevención ITS-VIH/Sida, 2016).

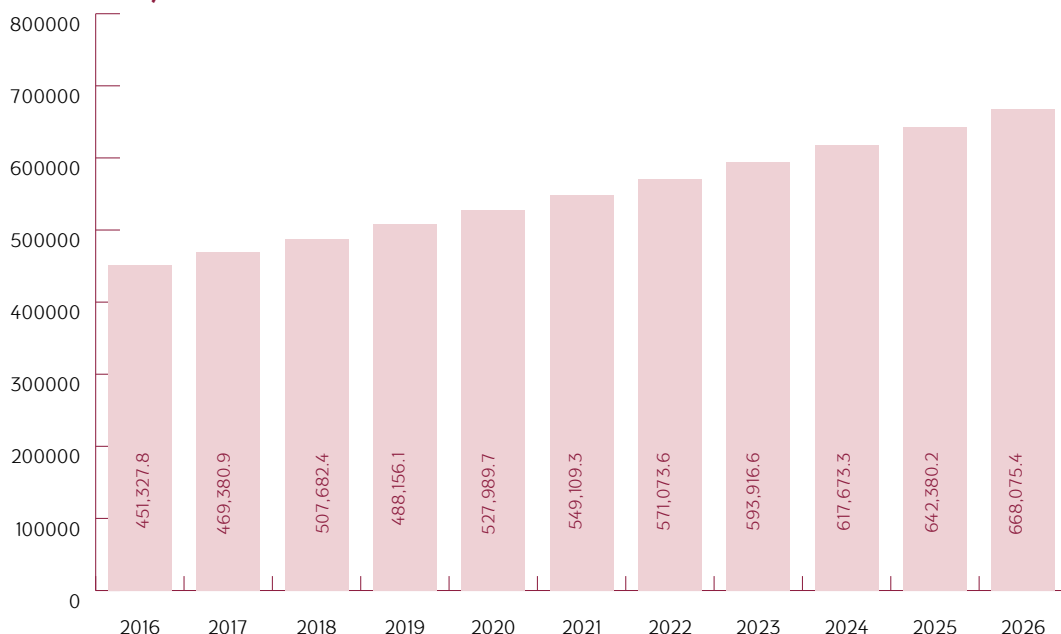
En el abordaje de temas de salud, la comunicación puede ser un recurso para la prevención de enfermedades como el VIH. De esa cuenta, es preciso estimar el costo por país para una campaña de medios masivos de comunicación.

De acuerdo con datos de Hivos, se tiene un costo aproximado por campaña a nivel nacional de USD30,000, lo que incluye pautas en mobiliarios urbanos para la presentación de información (Mupis); diseño de campaña con una empresa privada; fotografías con personal de las distintas poblaciones, así como seguimiento y colocación de la campaña en redes sociales (especialmente, en Facebook).

Según Schwartlander et al. (2001), es preciso considerar dos campañas al año cuando la prevalencia del VIH es de menos del 0.5%. En este sentido, se calculó el costo de dos campañas anuales en los medios de comunicación masiva: en 2017, por un monto de Q469,000; en 2021, por Q549,000; y en 2026, por Q668,000.

114

GRÁFICA 38. COSTOS DE UNA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOCIAL (EN QUETZALES CORRIENTES)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en Hivos (2017)

3.4 Dotación de condones

El uso del condón constituye una acción fundamental, efectiva y sostenible para la prevención del VIH y otras ITS, y es la tecnología más eficiente y disponible en la actualidad. En este sentido, es preciso acceder a condones de manera universal, y su uso debe promoverse de manera que se superen obstáculos de índole social, cultural y personal (MSPAS, 2012).

La oferta pública de condones del MSPAS se realiza por conducto del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS). Así, el MSPAS, en su papel rector de la salud, dirige esfuerzos con el fin de garantizar el acceso a servicios de salud y, en este caso, a condones de calidad y gratuitos, con acciones que orienten el cambio de comportamientos de riesgo y promuevan la adopción de estilos de vida saludables (MSPAS, 2012).

En ese marco, se estimaron costos de dos intervenciones: a) persona capacitada sobre formas de prevención de las ITS y el VIH/sida y el uso correcto del condón; b) suministro de condones. Para la cobertura de la primera intervención se consideró a la población general como línea de base; para la segunda, a personas en riesgo que requieren acceso a condones, así como previa orientación y consejería, con acciones educativas que demuestren cómo usarlos.

TABLA 26. INDICADORES PARA DEMANDA DE CONDONES

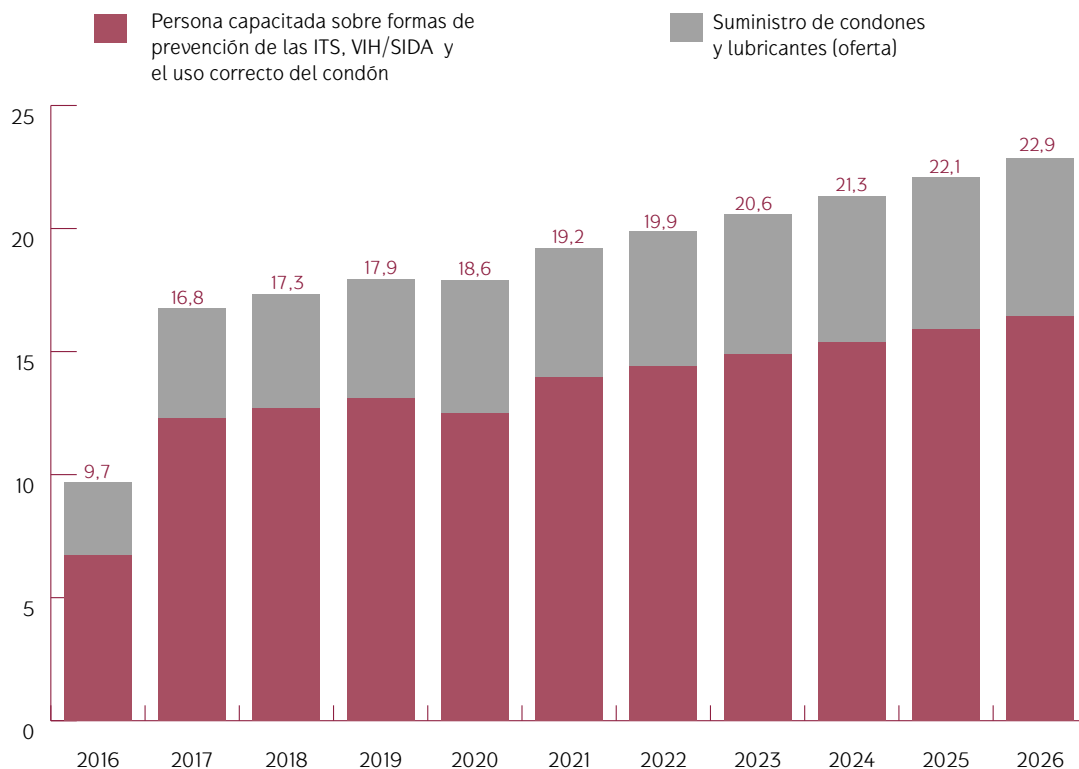
INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	META 2026	COMENTARIO
Porcentaje de HSH que usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja	57.9 (52.2-63.7)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 50)</i>	2016	90	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MT que usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja	73.5 (64.6-82.5)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 77)</i>	2016	90	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MTS que usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja	92.5 (87.5 - 97.5)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 101)</i>	2016	95	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que cree que los riesgos de contraer el VIH se pueden reducir al usar condones	70.7	<i>Ensmi 2014-2015(página 354)</i>	2014-2015	90	
Porcentaje de hombres de 15-49 años que cree que los riesgos de contraer el VIH se pueden reducir al usar condones	75.5	<i>Ensmi 2014-2015 (página 354)</i>	2014-2015	90	

Fuente: Icefi/Hivos

La otra intervención obedece a la necesidad de garantizar la oferta de condones para las personas que los requieran. En este sentido, el suministro de condones tomó como base el *Plan operativo anual 2017* que, en su estrategia de adquisiciones, contemplaba la compra de 13 millones de condones a un precio de Q0.30. Además, se incluyó la compra de lubricante de 125 g en tubo y lubricante de 7 ml en sachet. A estos insumos se les aplicó un incremento anual del 9.0% para el caso de los condones; del 2.0% para los lubricantes de 125 g; y del 15.0% para los lubricantes en *sachet*.

Así, se tiene que en 2016 las personas capacitadas sobre formas de prevención de las ITS, el VIH/sida y el uso correcto del condón tenían una asignación de Q6.7 millones, mientras que para el suministro de condones el monto era de Q3 millones. Posteriormente, hacia 2017 el costeo estableció que se requerirán Q16.8 millones (de los cuales el 73.0% es para capacitación y el restante 27.0% para el suministro de condones). En 2026, las estimaciones destacan que se demandan Q22.9 millones para esta intervención.

116 **GRÁFICA 39. COSTOS DE DOTACIÓN DE CONDONES (EN MILLONES DE QUETZALES)**



Fuente: Icefí/Hivos

3.5 Prevención y eliminación de la transmisión materno infantil del VIH

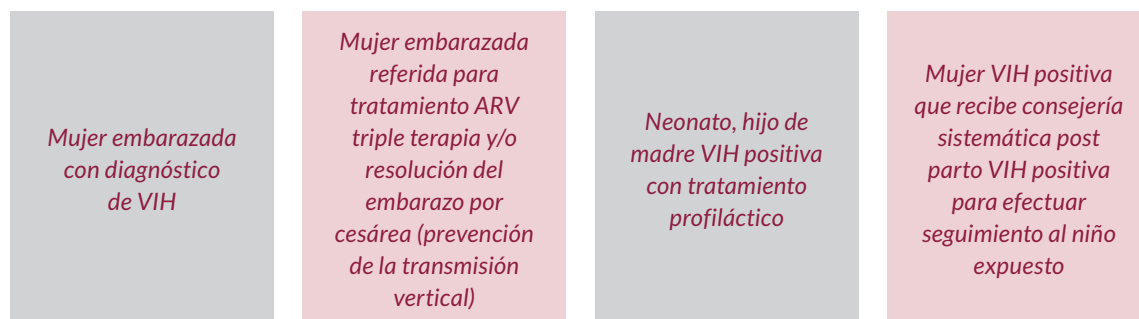
En 2016, la vía de transmisión de madre a hijo representó el 1.91% de los casos de VIH, así como una prevalencia del 0.33% de VIH en embarazadas (MSPAS, 2017: 31). El *Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida* refiere, en el modelo explicativo de las ITS y el VIH/sida, que la persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y la hepatitis B constituye una causa directa.

En este sentido, el costeo apuntó a la «Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH con estrategias nacionales planteadas en base a [sic] las estrategias globales», lo cual constituye el segundo lineamiento estratégico de dicho plan nacional. Además, este plan también retoma compromisos como el *Plan nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita 2013-2016*.

Para la prevención y eliminación de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH y la sífilis se identificaron cuatro acciones, tal como se observa en la figura 12.

117

FIGURA 12. ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH



Con base en la información disponible, se estimó la cobertura para cada de una de las intervenciones, para luego estimar las brechas y sus costos prospectivos hacia 2026. Así, en la tabla 27 se muestran los indicadores utilizados.

TABLA 27. INDICADORES DE PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	2026	DESCRIPCIÓN
Embarazos esperados (nacimientos)	394,819 (2016)	Proyecciones de población (INE, 2015)		358,845	
Porcentaje de partos atendidos en el sector público (MSPAS)	48.3	Ensmi 2015-2016 (página 218)	2016	65	
Porcentaje de los nacidos en los servicios públicos que recibe la prueba de VIH	13.60	Siges	2016	90	Con base en Siges se tiene que, en 2016, 27,255 mujeres embarazadas tuvieron acceso a la prueba de VIH y se estima que 200,095 partos ocurrieron en servicios públicos.
Cobertura de ARV en mujeres embarazadas (porcentaje)	19 (13-28)	UNAIDS (2017)	2016	100	En 2016, 240 mujeres recibieron tratamiento ARV por PTMI. Sin embargo, 1,200 necesitaban el mismo tratamiento.
Neonatos que reciben tratamiento	86 casos	Siges	2016	223 casos	Número de hombres que han recibido los resultados de la última prueba
Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática postparto para efectuar seguimiento al niño expuesto	910 casos	Siges	2016	1,200 casos	

Fuente: Icefi/Hivos

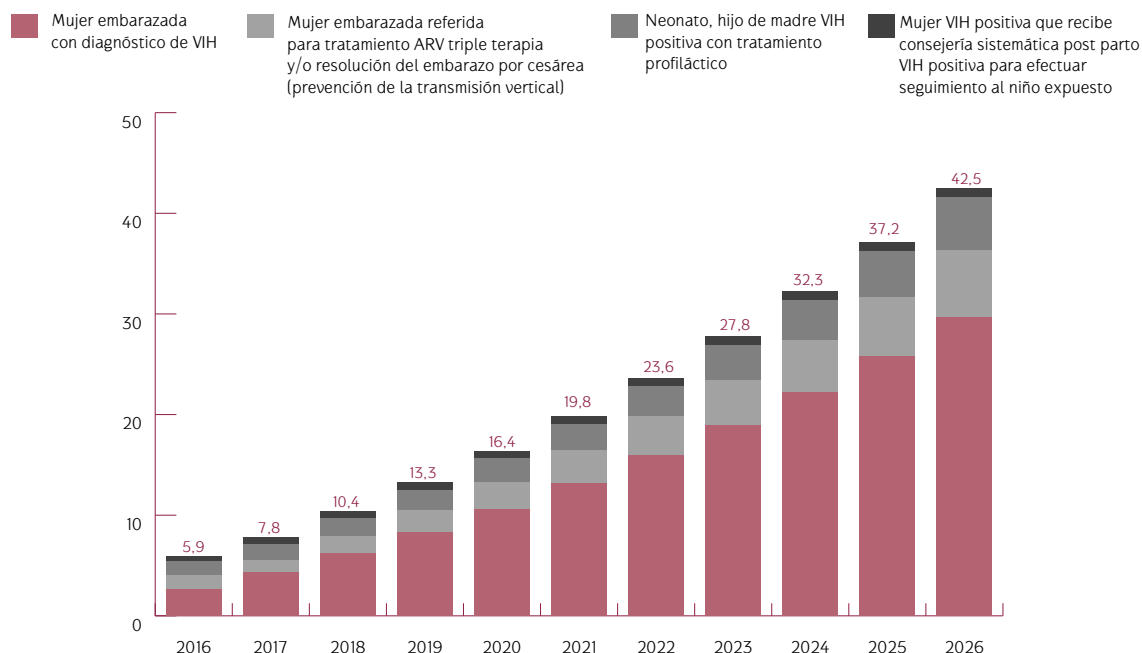
Las *Normas de atención integral en salud* enfatizan que toda embarazada, sin importar la edad, debe realizarse la prueba de VIH con orientación pre y post prueba (MSPAS, 2009). En consecuencia, una de las principales formas de prevención del VIH es el tamizaje para un diagnóstico temprano. Cuando se detecten casos de VIH, estos deben referirse a la Unidad de Atención Integral para Pacientes con VIH/Sida.

Además, el hijo(a) de madre VIH positiva debe recibir terapia antirretroviral (ARV) para la prevención de la transmisión, previa orientación a la madre, buscando adherencia al tratamiento. Las madres VIH positivas también deben recibir orientación post-parto.

En 2016, el presupuesto para estas intervenciones alcanzaba los Q5.9 millones. Las estimaciones indican que en 2017 se necesitarían Q7.8 millones y, en 2026, Q42.5 millones.

Una parte muy importante de estas intervenciones es la prueba de VIH para embarazadas, que pasará de Q2.9 millones (43.9% del total), en 2016, a Q29.7 millones (69.8%), en 2026

GRÁFICA 40. COSTOS DE PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH (2016-2026, EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

3.6 Prueba de VIH

La realización de la prueba de VIH y la posterior entrega de resultados son el inicio de la atención de las personas diagnosticadas con el virus. Desde esa perspectiva, se han planteado esfuerzos para promover el acceso universal a las pruebas de VIH, aunque con especial énfasis en los grupos en riesgo (HSH, MTS y MT), como una estrategia para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los nuevos casos, garantizando así la atención integral. Estos esfuerzos se conciben como la punta de lanza de una consecuente oportunidad para que las personas conozcan su estado serológico y puedan comenzar el tratamiento con ARV, si lo desean.

La tabla 28 muestra las líneas de base que serán utilizadas para determinar la cobertura de la prueba de VIH en los diferentes grupos poblacionales y sus consecuentes metas prospectivas.

TABLA 28. INDICADORES PARA PRUEBA DE VIH

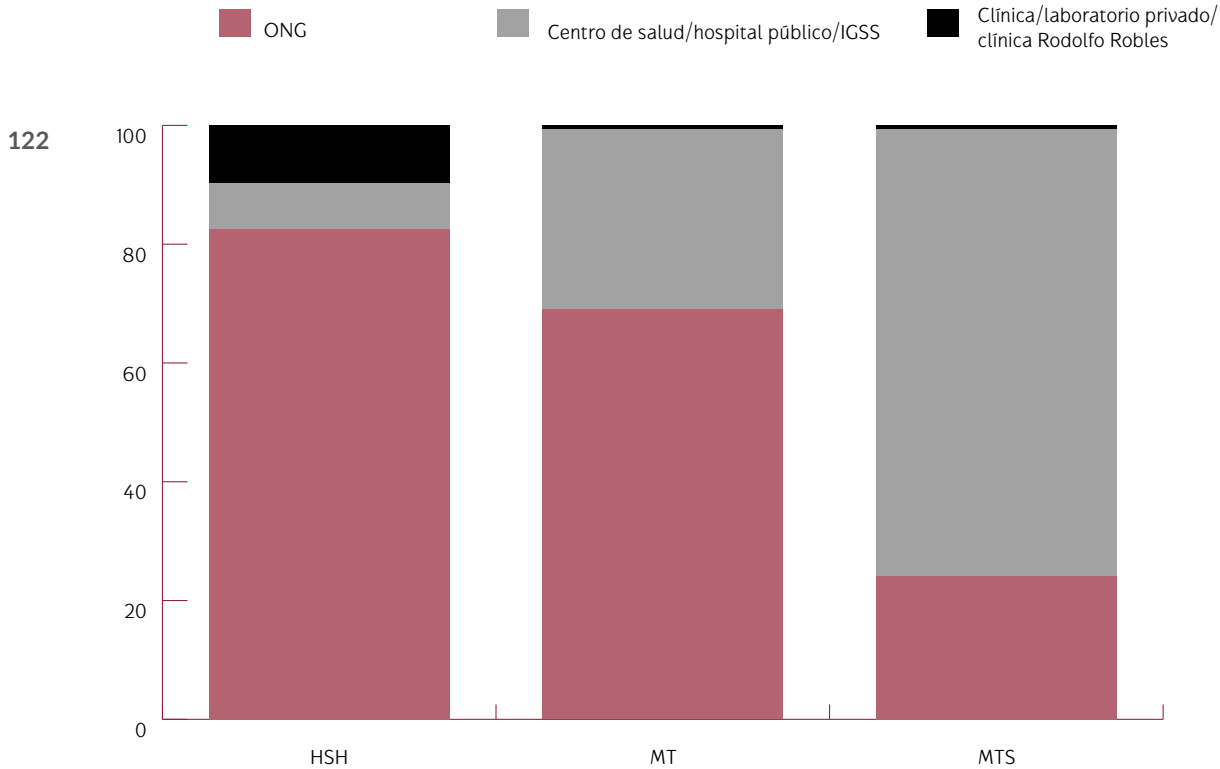
INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	META 2020	NÚMERO O NUMERADOR	DENOMINADOR	COMENTARIO
Porcentaje de HSH que se ha practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	76.8 (72.6-81.0)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 63)</i>	2016	90	Número de HSH que se ha sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte	Tamaño estimado de la población de HSH para el año previo al año de reporte	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala
Porcentaje de MT que se ha practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados	83.8 (77.0 - 90.6)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 86)</i>	2016	90	Número de MT que se ha sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte	Tamaño estimado de la población de MT para el año previo al año de reporte	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MTS que se ha practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	87.3 (80.7 - 94.0)	<i>Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017 (página 114)</i>	2016	90	Número de MTS que se ha sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte.	Tamaño estimado de la población de MTS para el año previo al año de reporte	Dado que se trata de una encuesta, no muestra datos representativos del país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de mujeres entre 15-49 años que se ha hecho la prueba (demanda satisfecha)	13.8	<i>Ensmi 2008-2009 (página 310)</i>	2009	37.7	Número de mujeres que ha recibido los resultados de la última prueba	Población 15-49 años que ha tenido relaciones sexuales	

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	META 2020	NÚMERO O NUMERADOR	DENOMINADOR	COMENTARIO
Porcentaje de hombres entre 15-49 años que se ha hecho la prueba (demanda satisfecha)	11.4	Ensmi 2014-2015 (página 393)	2009	47.7	Número de hombres que se ha recibido los resultados de la última prueba	Población 15-49 años que ha tenido relaciones sexuales	
Porcentaje de mujeres entre 15-49 años que nunca ha tenido relaciones sexuales	24.6	Ensmi 2014-2015 (página 100)	2014-2015				
Porcentaje de hombres entre 15-49 años que nunca ha tenido relaciones sexuales	18.2	Ensmi 2014-2015 (página 105)	2014-2015				

Fuente: Icefi/Hivos

Aunque las coberturas de las pruebas de VIH en los grupos de riesgo son relativamente altas, ello no obedece a un esfuerzo gubernamental; en efecto, en el caso de HSH y MT ello supone esfuerzos del sector gubernamental del 7.6 y el 30.4%, respectivamente, mientras que la ayuda provista por oenegés alcanzó el 82.6% para el caso de HSH, y del 69.0%, para el caso de MT. Esto evidencia el importante rol de las oenegés que han logrado suplir la ausencia del Estado y, tal como señala el director ejecutivo del Colectivo de Amigos contra el Sida (CAS), «CAS existe por el vacío del Estado para atender a las personas HSH y no entender sus necesidades con pertinencia».⁵⁹

GRÁFICA 41. LUGAR DÓNDE SE REALIZÓ LA ÚLTIMA PRUEBA DE VIH



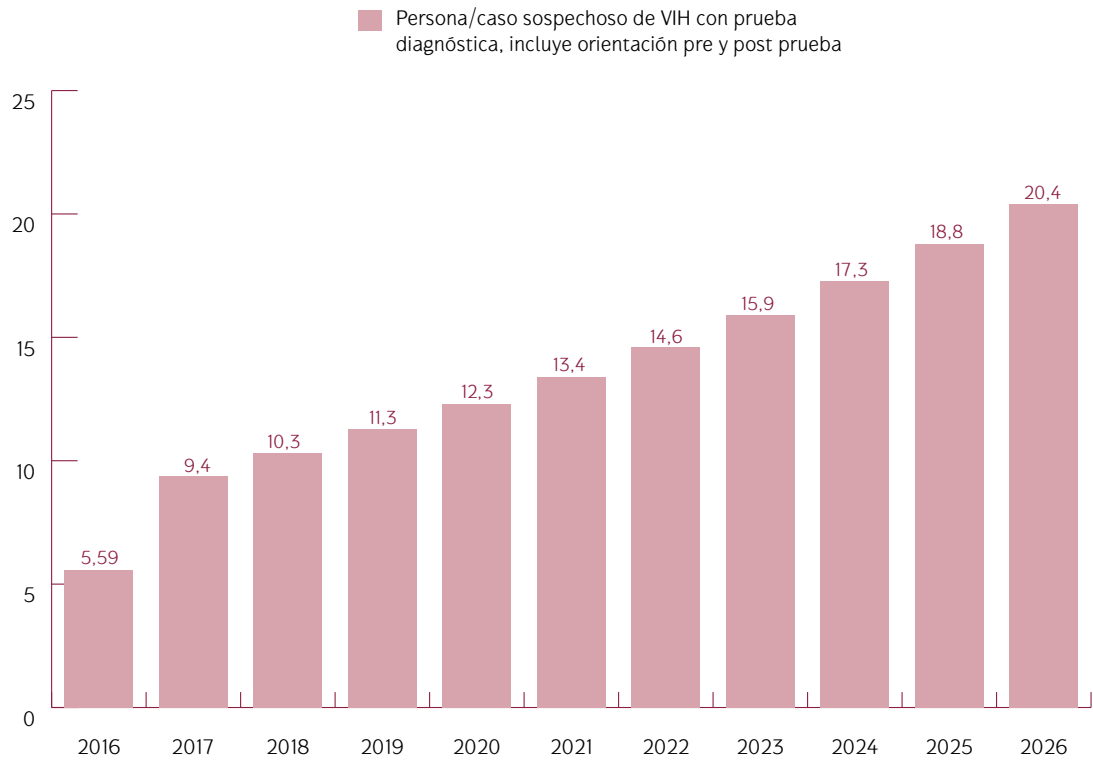
Fuente: Icefi/Hivos, con base en Guardado-Escobar et al. (2017)

El primer paso fue estimar la población de mujeres y hombres de 15 a 49 años y diferenciar entre población de mayor riesgo (HSH, MT y MTS). En este sentido, se tienen tasas de cobertura diferenciadas para cada grupo en particular, así como metas de expansión para aumentar la cobertura de la prueba de VIH en el sector gubernamental. De acuerdo con el Siges, la intervención «Persona/caso sospechoso de VIH con prueba diagnóstica, incluye[ndo] orientación pre y post prueba» alcanzó a 124,480 personas, lo que equivale a Q6.9 millones. Posteriormente, en 2017 se propone aumentar las pruebas a 201,198 personas, con un costo de Q9.4 millones; esta estrategia alcanzará, en 2026, a 306,865 personas, con un costo de Q20.4 millones.

Ahora bien, se necesita priorizar los esfuerzos en las poblaciones con mayor riesgo, sin abandonar a la población general que requiera de la prueba de VIH. Así se tiene que el MSPAS incrementa su cobertura en los grupos de mayor riesgo, los cuales pasan en 2017 de Q1.6 millones a 6.7 millones en 2026, siendo un incremento considerable en HSH.

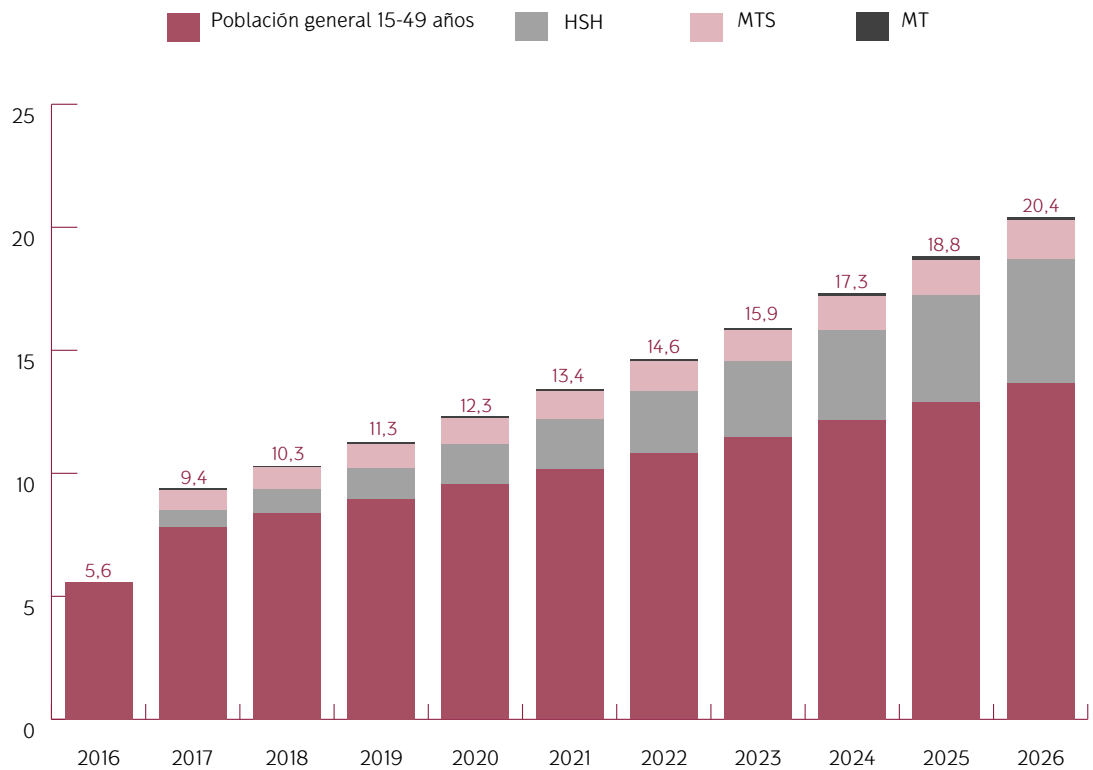
59 Entrevista el 10 de octubre de 2017 a César Galindo, director ejecutivo del CAS.

GRÁFICA 42. ESTIMACIÓN DE COSTOS DE LA PRUEBA DE VIH (EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

GRÁFICA 43. ESTIMACIÓN DE COSTOS DE LA PRUEBA DE VIH POR GRUPO (EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

3.7 Diagnóstico y tratamiento de ITS

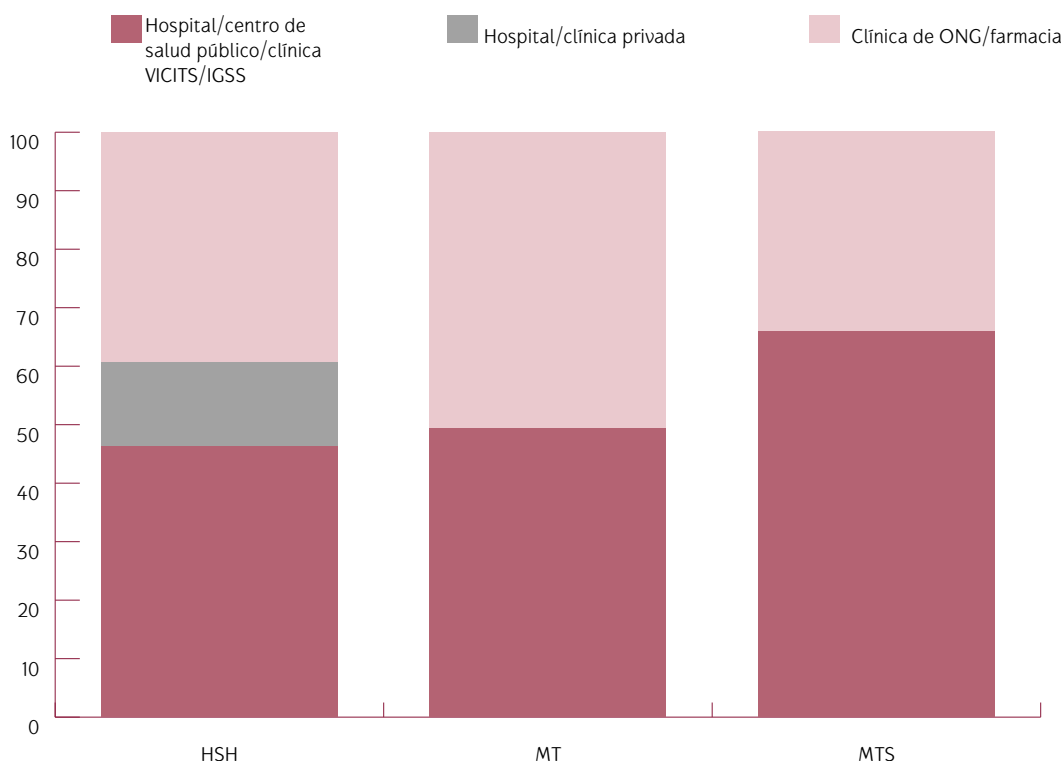
El diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) representa una oportunidad para la prevención en personas con enfermedades de transmisión sexual, contribuyendo a vincularlas con los servicios de salud pública. Asimismo, representa un primer nexo para aquellas personas que, dado su comportamiento sexual, pueden presentar riesgo de infectarse de VIH.

En este sentido, se costearon acciones dirigidas a determinar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, para su posterior tratamiento. El diagnóstico y tratamiento de ITS sigue los *Lineamientos para la orientación en ITS, VIH y sida* (MSPAS, 2008), en los cuales se intenta estandarizar la orientación institucional sobre este tipo de infección en todos los niveles de atención del MSPAS y en las oenegés que abordan el tema. Como primer paso, se construyeron indicadores para la cobertura de atención y tratamiento de ITS (tabla 29).

124

Es importante mencionar la baja cobertura de los servicios de atención pública en los grupos de mayor riesgo (HSH, MT y MTS) que buscaron atención por ITS. Al igual que con la prueba de VIH, las oenegés tuvieron un papel determinante para que las tasas de cobertura fueran altas en estos grupos. Sin embargo, se debe fortalecer la capacidad institucional del sector público, no sin antes implementar estrategias de atención diferenciadas con pertinencia cultural y de género en los servicios de salud. Es relevante mencionar, en este sentido, que los protocolos de atención no consideran la orientación sexual de las personas, lo cual constituye una debilidad porque las dinámicas sexuales de estas son distintas; así, por ejemplo, se debe considerar el sexo anal, entre otras prácticas. Esto es necesario para acercar a las personas a los servicios y que ellas obtengan una atención diferenciada.

GRÁFICA 44. LUGAR DE ATENCIÓN DE ITS (2016)



Fuente: Icefi/Hivos, con base en en Guardado-Escobar et al. (2017)

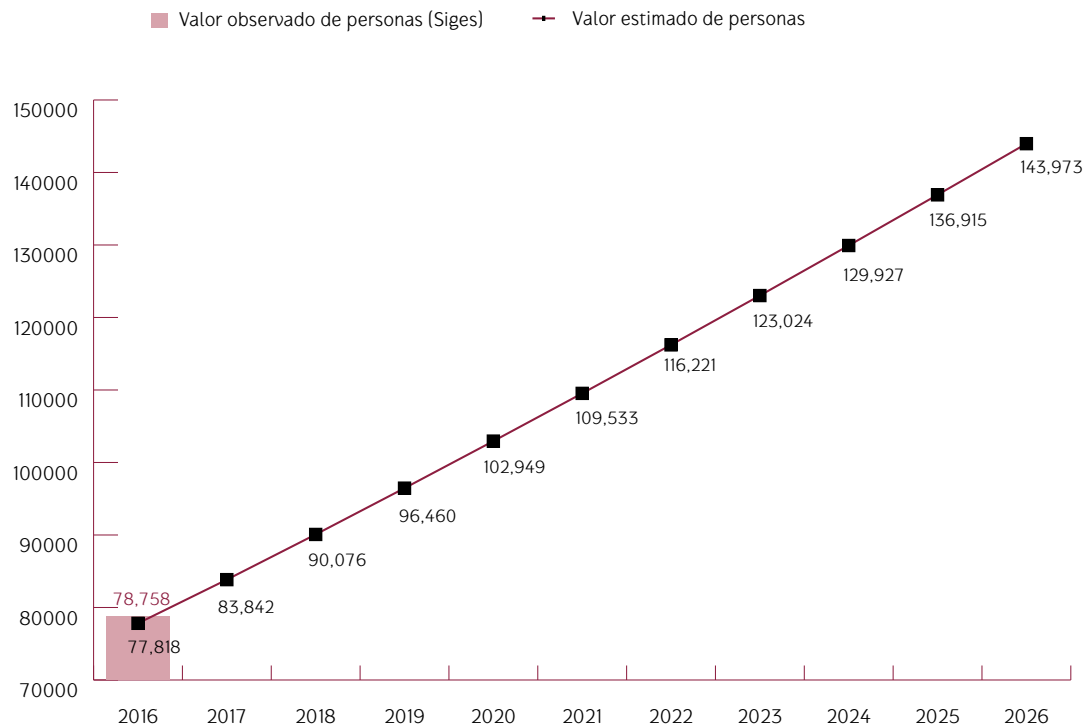
TABLA 29. INDICADORES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ITS

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	2026	COMENTARIO
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que informo haber tenido una ITS en los últimos 12 meses	1.8	Ensmi 2014-2015 (página 399)	2014-2015		
Porcentaje de hombres de 15-49 años que informó haber tenido una ITS/descarga genital/ llaga o úlcera en los últimos 12 meses	1.70	Ensmi 2014-2015 (página 399)	2014-2015		
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que reportó haber tenido una ITS o síntomas asociados con ITS en los últimos 12 meses, que buscó consejería o tratamiento en una clínica/hospital/médico privado/otro profesional de la salud	61.0	Ensmi 2014-2015 (página 398)	2014-2015	90	Se tratará de cubrir a la población que no recibió ningún tratamiento (31%)
Porcentaje de hombres de 15-49 años que reportó haber tenido una ITS o síntomas asociados con ITS en los últimos 12 meses, que buscó consejería o tratamiento en una clínica/hospital/médico privado/otro profesional de la salud	54.0	Ensmi 2014-2015 (página 398)	2014-2015	80	Se tratará de cubrir a la población que no recibió ningún tratamiento (28%)
Porcentaje de HSH que tuvo alguna ITS en los últimos 12 meses	12.6 (9.1 -16.0)	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 62)	2016		Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de HSH que buscó tratamiento la última vez que tuvo alguna ITS	96.7	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 62)	2016	100	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	2026	COMENTARIO
Porcentaje de MT que tuvo alguna ITS en últimos 12 meses	2.6 (0.0-0.5)	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 86)	2016		Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MT que buscó tratamiento la última vez que tuvo alguna ITS	100	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 86)	2016	100	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MTS que tuvo alguna ITS en últimos 12 meses	1.7 (0.7-2.7)	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 113)	2016		Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MTS que buscó tratamiento la última vez que tuvo alguna ITS	71.3	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 113)	2016	100	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de HSH que buscaron en un Hospital/centro de salud público/clínica VICITS/IGSS tratamiento la última vez que tuvieron alguna ITS	46.3	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 62)	2016	80	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MT que buscaron en un Hospital/centro de salud público/clínica VICITS/IGSS tratamiento la última vez que tuvieron alguna ITS	49.4	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 86)	2016	80	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.
Porcentaje de MTS que buscaron en un Hospital/centro de salud público/clínica VICITS/IGSS tratamiento la última vez que tuvieron alguna ITS	65.9	Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-Sida en Guatemala, 2017 (página 113)	2016	80	Dado que se trata de una encuesta no muestra datos representativos de país. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala.

Diversos estudios señalan la subestimación de las cifras y la baja calidad de los datos epidemiológicos de las personas, ya que se reflejan importantes variaciones entre un año y otro (GARPR, 2014). Tomando esto en cuenta, se partió de los datos reportados por el Siges en 2016 que señalan la atención de 78,758 personas con diagnóstico y tratamiento de ITS. Estos datos se pueden comparar con las estimaciones de las líneas de base (LB) que ofrecen un pronóstico de 77,818 personas atendidas el mismo año. En tal sentido, si se aumentan las tasas de cobertura se espera atender, en 2026, a 143,973 personas.

GRÁFICA 45. PERSONAS CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ITS



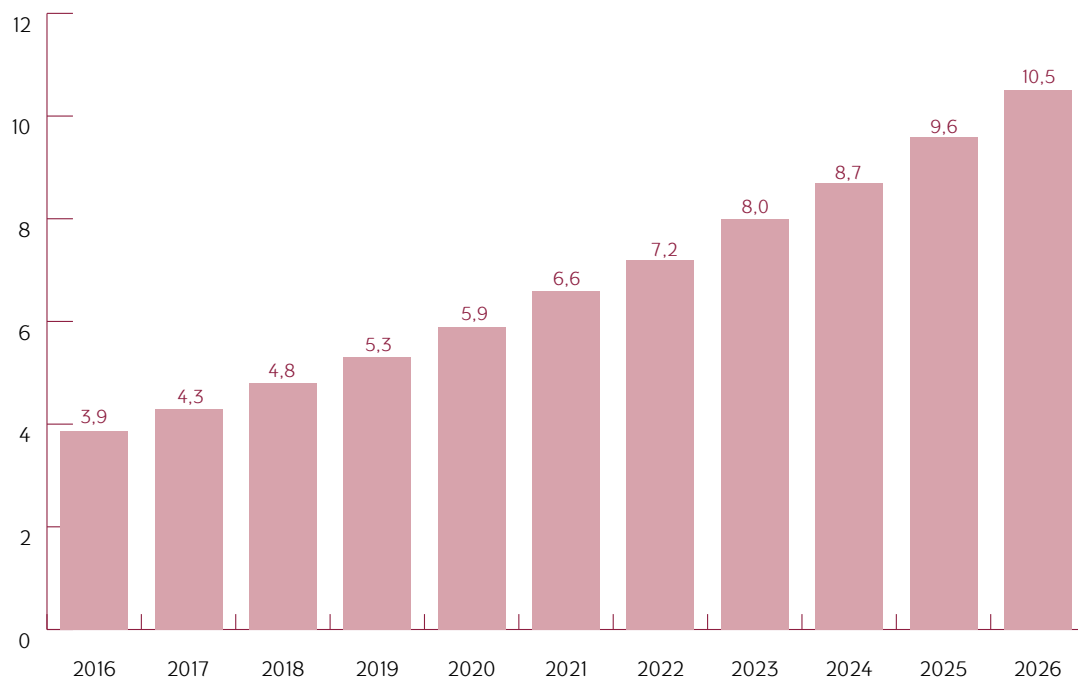
Fuente: Icefi/Hivos, con base en Siges

De los costos se tiene que, en 2017, se necesitarán aproximadamente Q4.3 millones, y Q10.5 millones en 2026. Además, si se cuenta con el compromiso de diferenciar la atención en los servicios se puede esperar un incremento en la cobertura del MSPAS, así como un aumento de personas de los grupos de mayor riesgo que, dada una mayor confianza, estarían acudiendo a los servicios.

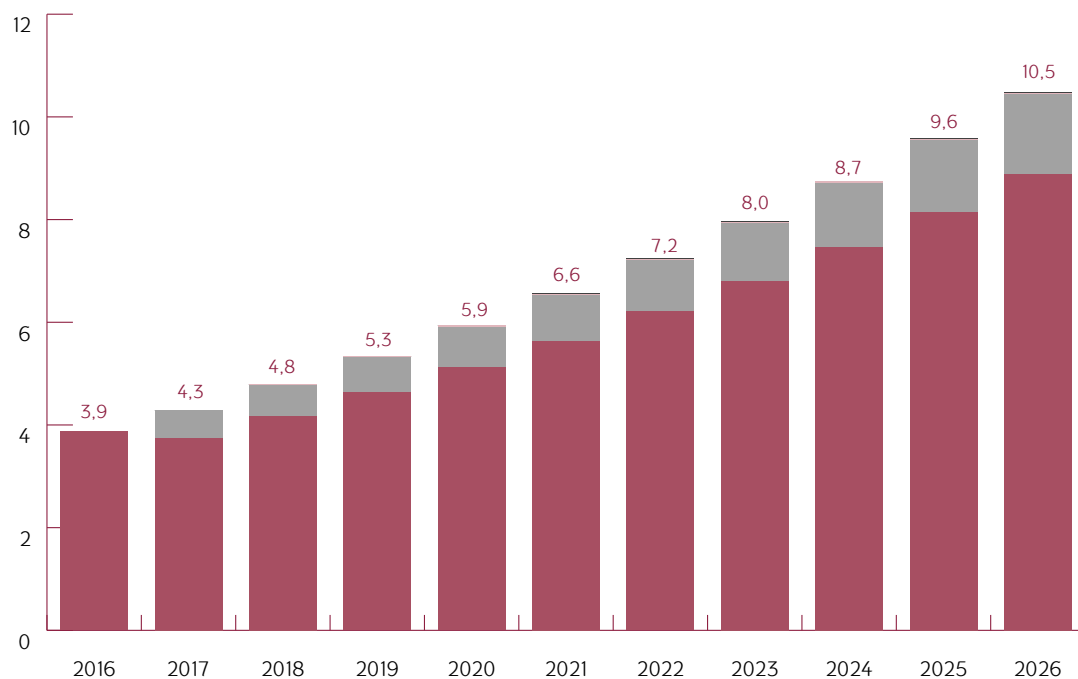
GRÁFICA 46. ESTIMACIÓN DE COSTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ITS (EN MILLONES DE QUETZALES)

■ Persona con diagnóstico y tratamiento de infección de transmisión sexual

128



■ Población general 15-49 años ■ HSH ■ MTS ■ MT



Fuente: Icfef/Hivos

3.8 Tratamiento del VIH

«Con la aparición de los primeros antirretrovirales a mediados de los noventa, se logra modificar drásticamente la evolución de la enfermedad, reduciendo la morbimortalidad en los pacientes. Actualmente los avances en el tratamiento antirretroviral (TAR) han contribuido a mantener y mejorar la supervivencia y el control clínico de la infección, evitando el progreso a fase sida e incrementando la calidad de vida de los pacientes con VIH» (MSPAS, 2013b).

En 2010, el *Informe de evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala* de la OPS/OMS expone que en la Ley de VIH se establece la responsabilidad del MSPAS en proporcionar atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a los protocolos establecidos. Así el MSPAS cuenta con *Guía de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas*, que contiene recomendaciones sobre los esquemas de medicamentos antirretrovirales de primera, segunda y tercera línea (MSPAS, 2013). Esta guía, además, toma en cuenta la eficacia de los medicamentos, así como los efectos adversos lo que representa una contribución para la mejora de la adherencia.

129

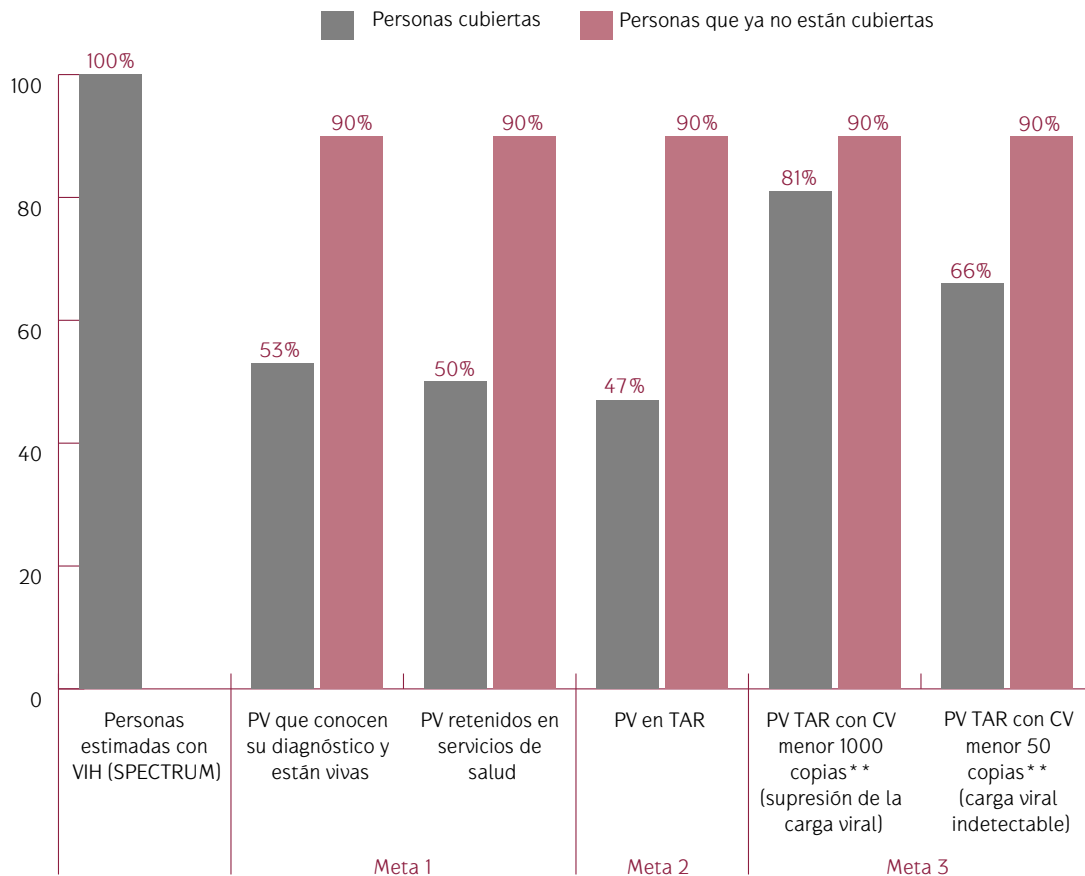
El *Informe nacional de la cascada del continuo de atención*⁶⁰, en 2015, documentó un estimado de 46,000 personas con VIH⁶¹, con 29,190 (53%) personas con VIH y que conocen su diagnóstico. De estas personas que conocen su diagnóstico 14,462 (50%) estaban retenidas en cuidado y 13,728 (47%) estaban en TAR. Y, de las personas con TAR, se encontraban 11,115 (20%) personas con carga viral <1000 copias/ml y 9033 (16%) con carga viral <50 copias/ml (PNS, 2017).

60 La cascada de servicios de atención del VIH, recopila datos desde el momento del diagnóstico, atención, retención, TAR, así como, su relación con el control de la carga viral.

61 Se ajustó el dato al cambio de metodología de Onusida.

GRÁFICA 47. CASCADA DEL CONTINUA DE ATENCIÓN

130



Fuente: Icefi/Hivos con base en PNS (2017)

Del total de pacientes en TAR (13,728), un 89.95% está en primera línea; un 8.64%, en segunda línea; un 0.59%, en esquemas complejos después de fallo múltiple, y un 0.82%, sin especificar. Estos datos pueden considerarse una primera aproximación a las estimaciones de las personas que reciben tratamiento, ya que resulta sumamente complejo obtener información sobre la cobertura de las personas en TAR a través de los años. Estos datos varían de acuerdo con la fuente e, incluso, se encuentran inconsistencias en una misma fuente.

Otra aproximación lo constituye las estimaciones de Onusida y las *Metas nacionales de acceso y diagnóstico y tratamiento*, que señalan una cobertura en el TARV del 55% y metas estimadas para el mismo.

Para efectos del presente costeo se obtuvo del PNS el número de personas elegibles que, a diciembre de 2016, recibían TAR. Esto constituye el punto de partida pues, como se señaló previamente, existen algunas inconsistencias entre las distintas fuentes, pero las metas a costear continúan siendo las mismas en el transcurso de los años. Así, se tiene que en la distribución de pacientes por esquema, el 93.5% de los pacientes adultos con TAR 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. En 676 pacientes pediátricos, el 76.9% se encuentra en 7 esquemas de primera línea; el 20.3%, en 18 esquemas de segunda línea; y el 2.8%, en 16 esquemas de tercera línea. En mujeres embarazadas, la mayoría (94.4%) se encuentra en 7 esquemas de primera línea.

TABLA 30. INDICADORES DE TRATAMIENTO DEL VIH

META PARA 2020	LÍNEA BASE 2016	METAS BIANUALES		
		2016	2018	2020
Que el 90.0% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico con respecto al VIH (90.0% de diagnosticados)	65 [44 - 91]	30,540 (60%)	42,880 (80%)	51,120 (90%)
Que el 90.0% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada (90.0% en tratamiento del VIH)	55 [37 - 77]	17,102 (70%)	27,447 (80%)	36,806 (90%)
Que el 90.0% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral (90.0% suprimido)	68 [46 - 95]	11,971 (70%)	21,957 (80%)	33,125 (90%)
Personas viviendo con VIH	46,000	50,900	53,600	56,800

Fuente: Icfef/Hivos con base en UNAIDS (2017) y MSPAS/PNS, Onusida y OPS/OMS (2015)

131

TABLA 31. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ARV (2016) DEL MSPAS

LÍNEA DE TRATAMIENTO	PACIENTES ADULTOS	PACIENTES PEDIÁTRICOS	MUJERES EMBARAZADAS	TOTAL	%
Primera línea de tratamientos	12,887	520	68	13,475	92.5%
segunda línea de tratamiento	802	137	4	943	6.5%
Tercera línea de tratamiento	138	19		157	1.1%
Total	13,827	676	72	14,575	100.0%

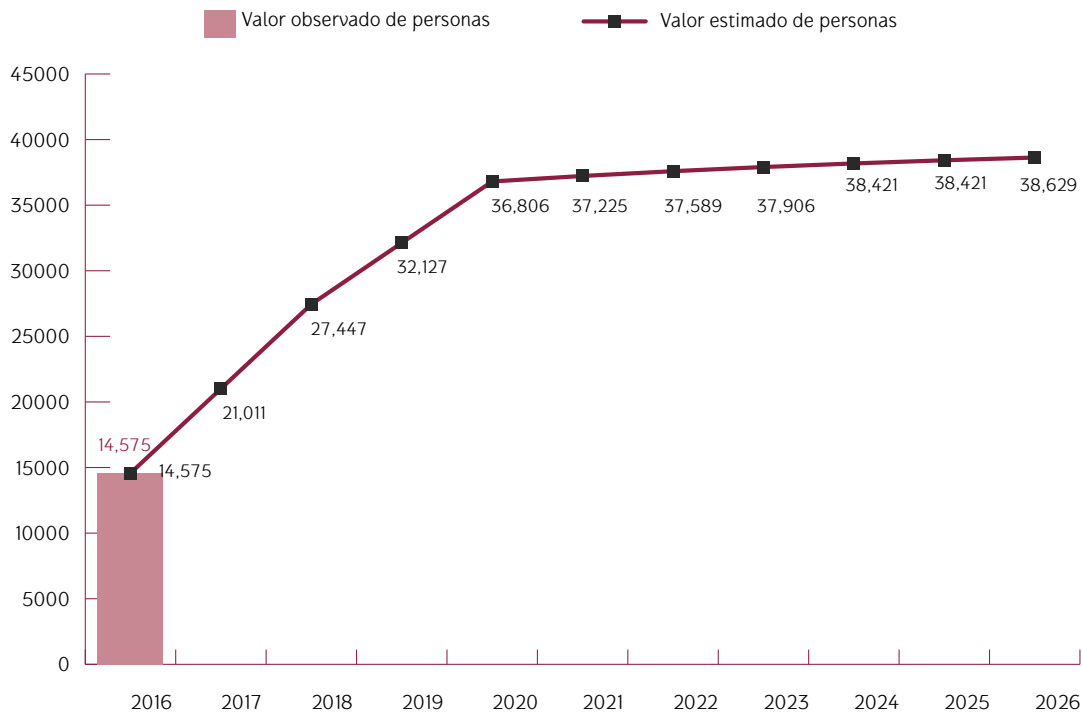
Fuente: Icfef/Hivos con base en PNS (2017)

Con base en estos indicadores, se ofrecen escenarios para conocer el número de personas que deberán ser cubiertas con TAR en los próximos años, tomando en cuenta la retención en el cuidado-sobrevivida a 12 meses del tratamiento. De enero a diciembre de 2014, se tuvo el 82.0% de sobrevivida a los 12 meses de iniciado el TAR. Este último elemento es sumamente importante ya que el inicio inmediato de TAR⁶², reduce la posibilidad de transmisión del VIH a otros (ONUSIDA, 2015).

62 Los ejercicios de modelaje y simulación muestran que con solo alcanzar el objetivo de tratamiento 90-90-90 se pueden evitar hasta un 60 % de las nuevas infecciones por el VIH para el 2020 (ONUSIDA, 2015).

GRÁFICA 48. ESTIMACIÓN DE LAS PERSONAS EN TAR

132



Fuente: Icefi/Hivos

Ahora bien, con respecto a las compras de ARV, se tiene que la adquisición de medicamentos se encuentra normada por la *Ley de Contrataciones del Estado, Decreto 57-92*, y su reglamento. En la ley se establecen varias modalidades de compra: licitación pública, cotización pública, contrato abierto, compra directa y casos de excepción. Como un caso de excepción se menciona la adquisición de medicamentos antirretrovirales al amparo de convenios o tratados internacionales suscritos con los organismos siguientes: la Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); agencias del Sistema de las Naciones Unidas (SNU); el Fondo Mundial (FM); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) o por negociación regional de precios que efectúe la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (Secomisca).

El contrato abierto es una modalidad ampliamente utilizada para la adquisición de estos medicamentos, lo cual permite obtener economías de escala, pues las compras se realizan a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Sin embargo, las variaciones en los precios nacionales de medicamentos de esquemas ARV marcan una gran diferencia con los precios internacionales. En este sentido, International Treatment Preparedness Coalition Latin America and Caribbean (ITPC-LATCA, 2015:6) señala que «[...] como consecuencia de las disposiciones de los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y los plazos de transición en ellos establecidos, el país, [sic] ha efectuado modificaciones en sus leyes nacionales, a efecto que las mismas queden por lo menos a su nivel; sin embargo, la protección que otorga el sistema de patentes produce compras a costos elevados».

Barreras de propiedad intelectual en Guatemala

Los estudios II y III realizados por ITPC-LATCA indican que Guatemala, en 2014, adquirió medicamentos ARV/VIH muy por encima de los precios internacionales de referencia dados por la OPS/OMS para ese mismo año, de la siguiente manera: Raltegravir (10 veces más), Darunavir (6 veces más), Saquinavir (4 veces más) y Lopinavir/Ritonavir (3 veces más). Todos ellos son medicamentos clave en los esquemas de segunda y tercera línea de tratamiento del VIH, pero se encuentran sujetos a propiedad intelectual.

En 2015, se realizaron compras del medicamento Lopinavir/Ritonavir 200 mg + 50 mg tableta por Q12.5 millones a precios de Q421.25 cada frasco de 120 tabletas. Si este medicamento se hubiera comprado en su presentación genérica a precio de referencia internacional al costo de cada frasco, es decir Q154.7, se hubiera invertido Q4.6 millones, lo cual hubiera representado un ahorro de Q7.9 millones (equivalentes al 63.0% de lo pagado).

Sin embargo, Lopinavir y Ritonavir son medicamentos que, como consecuencia de los acuerdos internacionales de propiedad intelectual (ADPIC), han quedado protegidos en el país con patente, creando de esta manera una situación monopólica.

Fuente: ITPC-LATCA

Lo anterior impacta en los precios de los medicamentos ARV al establecer condiciones monopólicas que no permiten la importación de versiones genéricas y limitan los mecanismos de adquisición que se pueden utilizar en el país. Con presupuestos limitados, esto puede impactar en la cobertura de atención de las personas con VIH (ITPC, 2013).

De acuerdo con el citado estudio de ITPC-LATCA, «[...] existen posibilidades jurídicas que permiten realizar acciones que conlleven a la adquisición de medicamentos de calidad a bajo costo y que permitirán avanzar en las acciones de atención para todas las personas con VIH en el país. La ley de Propiedad industrial ha establecido un límite al derecho de propiedad intelectual, regulando dentro de sus normas, el otorgamiento a las licencias obligatorias» (2016: 53). De esa cuenta, es necesario considerar la utilización de las licencias obligatorias para garantizar la adquisición de ARV en el país.

Los precios pagados por ARV se detallan en la tabla 32, en donde se indican en color gris los medicamentos protegidos por normas comerciales.

Para conocer cómo la compra de estos medicamentos ARV impacta en el presupuesto, Valverde (2016) obtuvo el consumo y costo total de ellos en la unidad de atención del Hospital Roosevelt. Los resultados indican que en 2016 casi el 66.4% del presupuesto de ARV se destinó a productos con licencia.

TABLA 32. PRECIOS DE LA ADQUISICIÓN DE ARV POR EL PNS (2016, EN QUETZALES CORRIENTES)

NO.	MEDICAMENTO	SIMPLIFICACIÓN	VALOR UNITARIO
1	Abacavir tabletas de 300 mg	ABC	91.2
2	Abacavir+Lamivudina tabletas (600+300 mg).	(ABC+3TC)	107.9
3	Darunavir tabletas de 600 mg	DRV	3,204.0
4	Didanosina cápsulas de 250 mg cap.	DDI 250	60.6
5	Didanosina cápsulas de 400 mg	DDI 400	156.9
6	Efavirenz tabletas de 600 mg	EFV	25.2
7	Efavirenz tabletas de 200 mg	EFV 200	34.2
8	Emtricitabina+Tenofovir tabletas de (200+300 mg)	(FTC+TDF)	43.2
9	Emtricitabina+Tenofovir+Efavirenz tabletas de (200+300+600 mg)	(FTC+TDF+EFV)	97.2
10	Etravirina tabletas de 200 mg .	ETR	3,202.8
11	Lamivudina tabletas de 150 mg	3TC	15.3
12	Lopinavir+Ritonavir tabletas de (200+50 mg)	(LPV+RTV)	496.3
13	Nevirapina tabletas de 200 mg	NVP	17.1
14	Ritonavir tabletas de 100 mg	RTV	60.0
15	Raltegravir tabletas de 400 mg	RAL	2,454.0
16	Saquinavir tabletas de 500 mg	SQV	2,842.4
17	Tenofovir tabletas de 300 mg	TDF	27.9
18	Zidovudina tabletas de 300 mg	AZT	42.2
19	Zidovudina+Lamivudina tabletas de (300+150 mg) .	(AZT+3TC)	52.2
20	Zidovudina+Lamivudina+Nevirapina tabletas de (300+150+200 mg)	(AZT+3TC+NVP)	64.8
21	Maraviroc tabletas de 300 mg	MRV	5,700.0

ARV protegidos por patente o protección de datos. No se puede importar su genérico aunque exista.

DDL: este ARV no está en los protocolos de OPS/OMS.

Genéricos precalificados

Fuente: Valverde (2016), con base en Departamento de Farmacia del PNS

TABLA 33. CONSUMO POR ARV EN TAR EN UAI DEL HOSPITAL ROOSEVELT (AÑO 2016)

NO.	MEDICAMENTO	SIMPLIFICACIÓN	VALOR UNITARIO	CONSUMO ANUAL (UNIDADES)	COSTO	ESTRUCTURA PORCENTUAL
1	Abacavir tabletas de 300 mg	ABC	91.2	3,004	273,964.8	2.2%
2	Abacavir+Lamivudina tabletas de (600+300 mg) .	(ABC+3TC)	107.9	810	87,415.2	0.7%
3	Darunavir tabletas de 600 mg.	DRV	3,204.0	173	554,292.0	4.4%
4	Didanosina cápsulas de 250 mg	DDI 250	60.6	1,019	61,792.2	0.5%
5	Didanosina cápsulas de 400 mg	DDI 400	156.9	1,029	161,429.5	1.3%
6	Efavirenz tabletas de 600 mg.	EFV	25.2	8,180	206,136.0	1.6%
7	Efavirenz tabletas de 200 mg	EFV 200	34.2	113	3,864.6	0.0%
8	Emtricitabina+Tenofovir tabletas de (200+300 mg)	(FTC+TDF)	43.2	6,492	280,454.4	2.2%
9	Emtricitabina+Tenofovir+Efavirenz tabletas de (200+300'600 mg)	(FTC+TDF+EFV)	97.2	25,036	2,433,499.2	19.1%
10	Etravirina tabletas de 200 mg	ETR	3,202.8	228	730,238.4	5.7%
11	Lamivudina tabletas de 150 mg	3TC	15.3	3,381	51,864.5	0.4%
12	Lopinavir+Ritonavir tabletas de (200+50 mg)	(LPV+RTV)	496.3	8,849	4,391,935.7	34.5%
13	Nevirapina tabletas de 200 mg	NVP	17.1	4,668	79,916.2	0.6%
14	Ritonavir cápsulas de 100 mg	RTV	60.0	633	37,980.0	0.3%

NO.	MEDICAMENTO	SIMPLIFICACIÓN	VALOR UNITARIO	CONSUMO ANUAL (UNIDADES)	COSTO	ESTRUCTURA PORCENTUAL
15	Raltegravir tabletas de 400 mg	RAL	2,454.0	346	849,084.0	6.7%
16	Saquinavir tabletas de 500 mg	SQV	2,842.4	630	1,790,712.0	14.1%
17	Tenofovir tabletas de 300 mg	TDF	27.9	2,971	82,950.3	0.7%
18	Zidovudina tabletas de 300 mg	AZT	42.2	873	36,849.3	0.3%
19	Zidovudina+Lamivudina tabletas de (300+150 mg)	(AZT+3TC)	52.2	8,524	444,952.8	3.5%
20	Zidovudina+Lamivudina+Nevirapina tabletas de (300+150+200 mg).	(AZT+3TC+NVP)	64.8	406	26,308.8	0.2%
21	Maraviroc tabletas de 300 mg	MRV	5,700.0	24	136,800.0	1.1%
Total	12,722,439.9	100.0%				

ARV protegidos por patente o protección de datos. No se puede importar su genérico aunque exista

DDL: este ARV no está en los protocolos de OPS/OMS

Genéricos precalificados

Fuente: Valverde (2016) con base en datos de la Unidad de Monitoreo de UAI. H. Roosevelt

Por línea de TAR, se puede observar a continuación los precios mínimo y máximo por línea, así como su valor promedio anual. Estos costos individuales serán la base para las proyecciones de costos de ARV.

Por línea de TAR, se puede observar en la tabla 34 los precios mínimo y máximo, así como su valor promedio anual. Estos costos individuales serán la base para las proyecciones de costos de ARV.

TABLA 34. PRECIOS DE TAR POR LÍNEA DE TRATAMIENTO (2016, EN QUETZALES CORRIENTES)

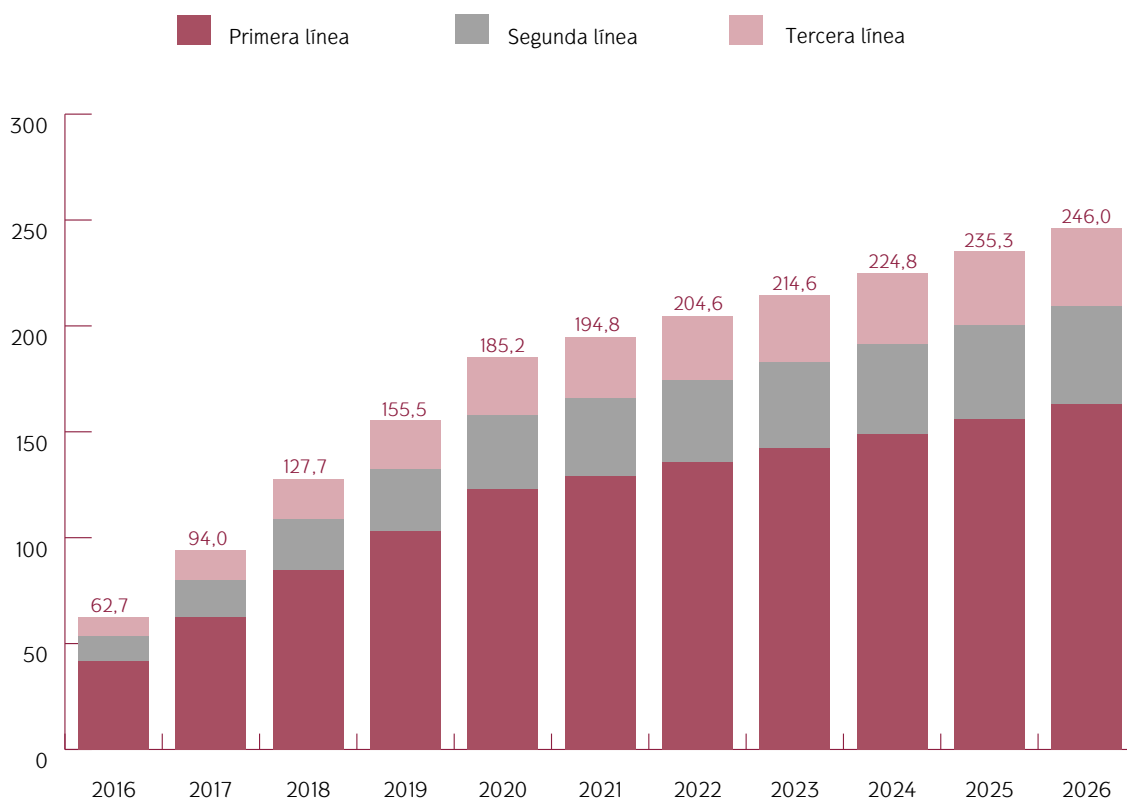
TRATAMIENTO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR PROMEDIO MES	VALOR PROMEDIO POR PVVS/AÑO
Primera línea de tratamiento	60.00	630.00	139.00	1,664.00
Segunda línea de tratamiento	78.00	3,391.00	857.00	10,291.00
Tercera línea de tratamiento	2,497.00	8,921.00	4,676.00	56,113.00

137

Fuente: Valverde (2016), con base en datos de la unidad de monitoreo de la unidad de atención del Hospital Roosevelt

Las estimaciones de costos indican que, hacia 2020, los tratamientos con ARV alcanzarán los Q185.2 millones y, en 2026, los Q246.0 millones. Predominan, en esta estimación, los esquemas de primera línea.

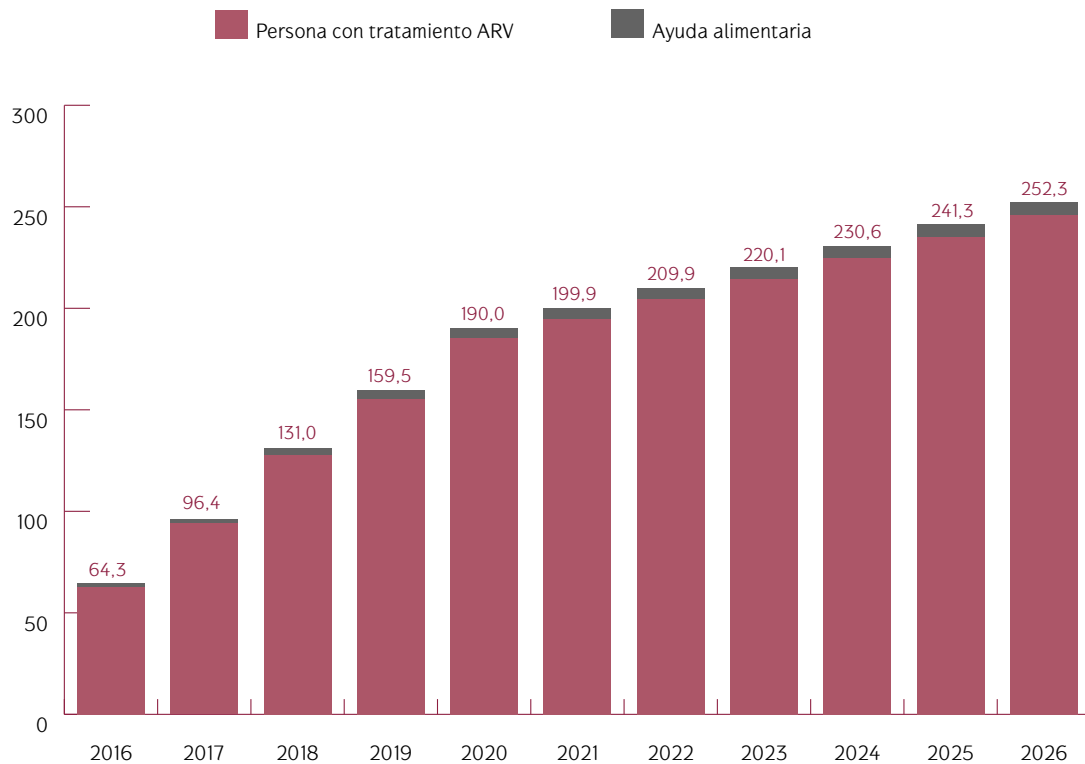
GRÁFICA 49. COSTOS DE ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ARV (EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

Además, se estimaron costos de ayuda alimentaria a partir de los datos provistos por la unidad de atención de referencia del Hospital Roosevelt, la cual señala que el 5.0% de las personas adultas atendidas presenta desnutrición. De ese total de personas con desnutrición, el 15.0% debe focalizarse, pues se encuentra en un mayor riesgo, dada su condición. En el caso de niños y niñas, se tiene que un 19.0% padece desnutrición y un 15.0% de ese total se encuentra en mayor riesgo. En ese marco, en la gráfica 50 se observa que los costos de la ayuda alimentaria ascendieron a Q6.4 millones en 2026.

GRÁFICA 50. COSTOS DE TRATAMIENTO DEL VIH (EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

3.9 Tratamiento de enfermedades oportunistas

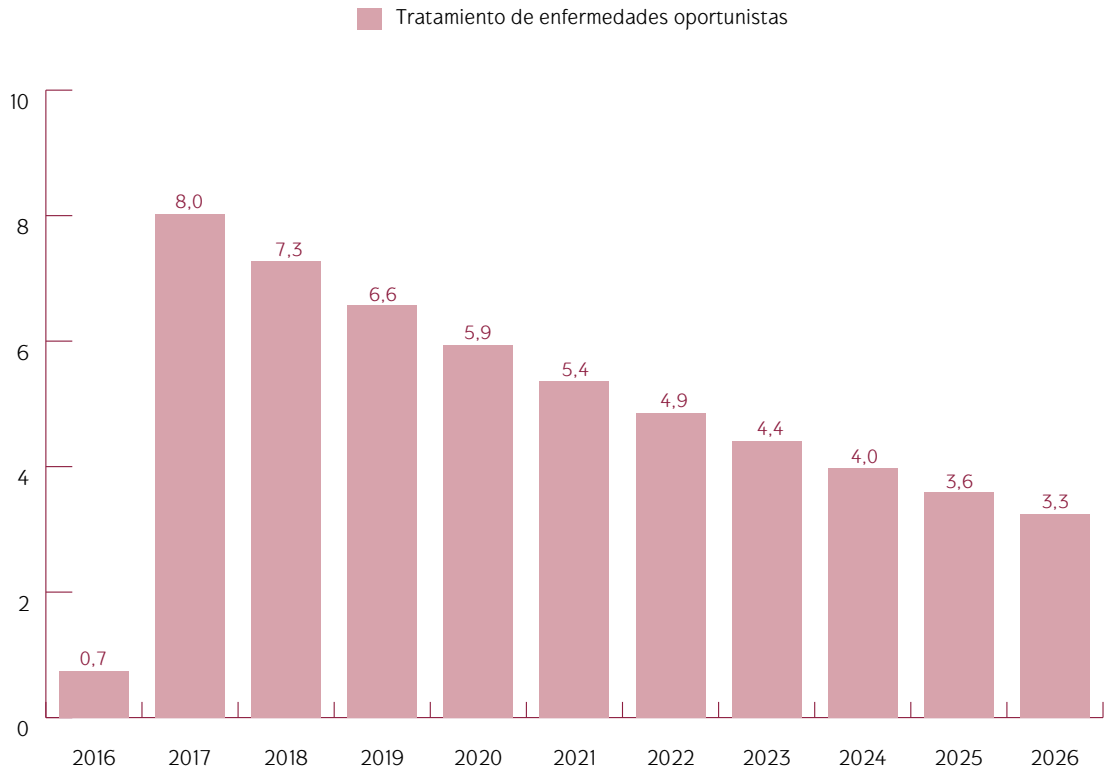
Las personas infectadas con VIH necesitan distintas clases de atención y tratamiento durante el curso de su enfermedad. Por ello, se estimaron costos para el tratamiento de enfermedades oportunistas, los cuales provienen de las acciones dirigidas a determinar la asociación de infecciones oportunistas como la tuberculosis en pacientes inmunodeprimidos (VIH).

Para estimar la demanda se utilizaron los supuestos del Modelo Goals, que aproxima la cantidad de personas que necesitan TAR multiplicando la cantidad de casos nuevos de sida en ese año por uno o dos⁶³ (The Futures Group International, 2001).

Las proyecciones de los costos de atención se muestran en la gráfica 51, la cual describe una lógica de reducción de casos de VIH, así como la supresión viral de las personas con mayor cobertura de TAR.

63 Cantidad que necesita tratamiento de infecciones oportunistas = nuevos casos de sida x (1 o 2)

GRÁFICA 51. COSTOS DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS (EN MILLONES DE QUETZALES)



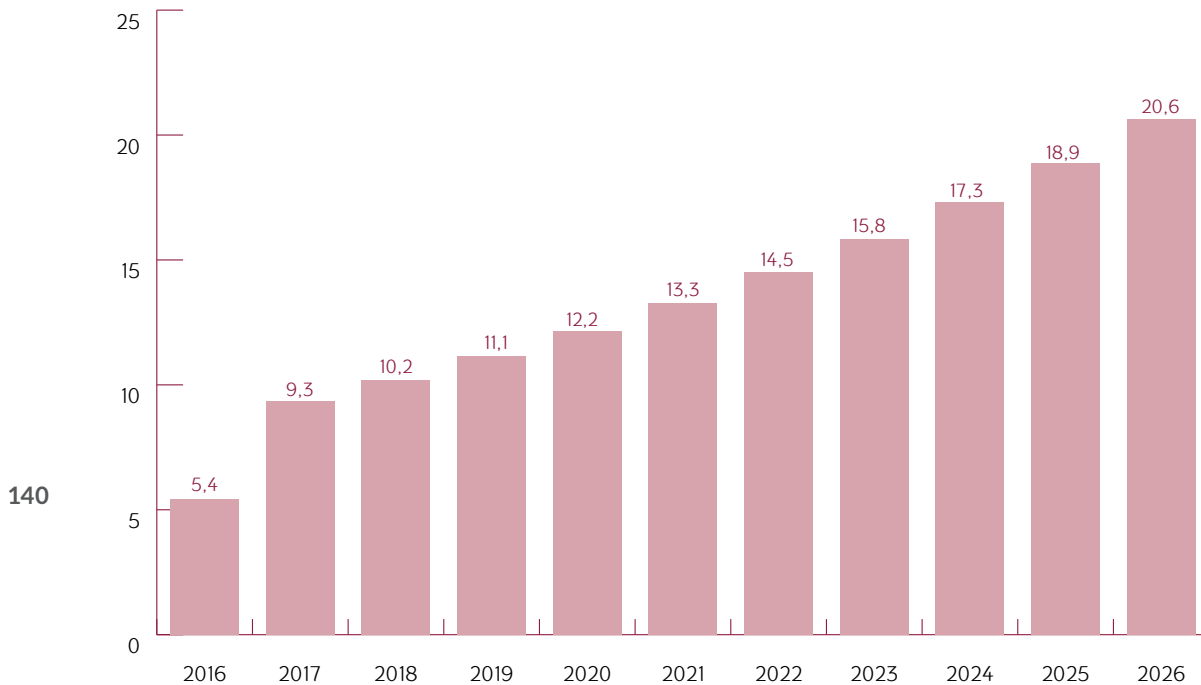
Fuente: Icefi/Hivos

3.10 Profilaxis post exposición (PEP)

Es una estrategia preventiva cuya finalidad es evitar la infección por VIH después de haber tenido lugar una cierta o probable exposición al virus. La OMS recomienda esta forma de profilaxis para los adultos y los niños que han estado expuestos a la infección, ya sea en el trabajo o en otro contexto.

Dado que no existe una línea de base, esta intervención se estimó conforme a las metas programadas en 2016 (4,805 personas) e incluidas en el Siges. Para expandir la cobertura se aplicó un 5.0% de incremento en ella; de esa cuenta, en la gráfica 52 se incluyen los costos de esta intervención.

GRÁFICA 52. COSTOS DE LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN, MILLONES DE QUETZALES



Fuente: Icefi/Hivos

3.11 Profilaxis preexposición (PrEP)

La profilaxis preexposición (PrEP) puede evitar que las personas se infecten de VIH. De acuerdo con el PEN 2017-2021, se espera iniciar la implementación de pruebas piloto de estas nuevas tecnologías de prevención en poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS), pues aunque se trata de tecnologías que no inhiben el riesgo de ITS, pueden prevenir los contagios de VIH.

La PrEP implica tomar un medicamento específico contra el VIH todos los días; el medicamento para el tratamiento de la infección por VIH que se receta actualmente para la PrEP es una pastilla combinada llamada «Truvada».

Reciente evidencia estadística ha demostrado que la PrEP es altamente efectiva para prevenir la transmisión del VIH; Lancet Hiv (2015) presenta una reducción del 86.0% del riesgo en las personas que tomaron PrEP en 13 clínicas de salud sexual en Inglaterra (Lancet HIV, 2015).

En la tabla 35 se muestran las coberturas de PrEP en Guatemala y se indica la ausencia de información para establecer la línea basal; solamente se incluye a 14 HSH recibiendo servicios de PrEP en CAS, cuyo porcentaje tiende a cero. Tampoco en el PEN se han establecido metas, por lo que para el presente ejercicio se ha fijado atender al 20.0% de la población en mayor riesgo.

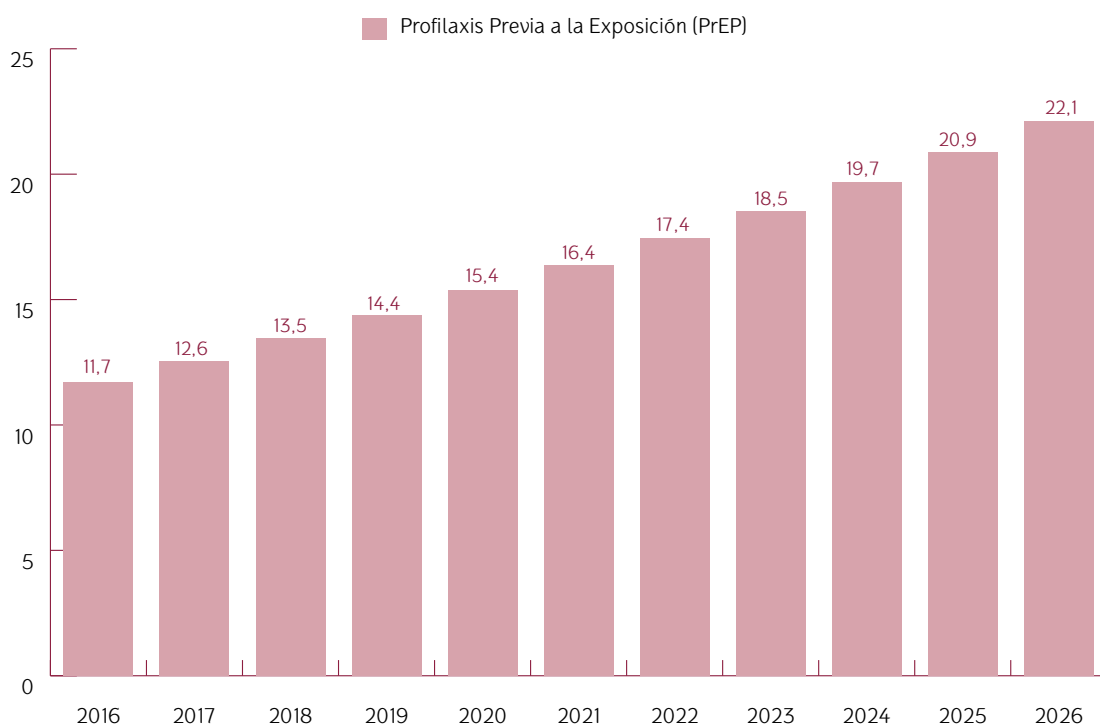
TABLA 35. INDICADORES DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (PREP)

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	FUENTE	AÑO	META 2026	COMENTARIO
Porcentaje de personas de poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS) recibiendo PrEP entre las personas alcanzadas por proyectos de prevención combinada	0.0%, a marzo de 2017, 14 HSH	PEN 2017-2021, página 111	2014-2015	5.0%	De acuerdo con PEN 2017-2021, en 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en 2017.

Se estima que para atender a ese 5.0% de la población que se encuentra en mayor riesgo, los costos anuales del medicamento ascienden a Q1,200. De esa cuenta, se necesitarán en 2017 unos Q12.6 millones; en 2021, Q16.4 millones; y hacia 2026, Q22.1 millones.

141

GRÁFICA 53. COSTOS DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: Icefi/Hivos

3.12 Costeo del modelo de intervenciones para la prevención, atención y tratamiento del VIH

Con base en las estimaciones anteriores, se considera que en los próximos años los esfuerzos del MSPAS deben representar Q272.4 millones (USD33.3 millones) en 2020, y Q388.9 millones (USD44.8 millones) en 2026. La prioridad macroeconómica (con relación al PIB) muestra una tendencia constante (0.04), que puede ser explicada en gran medida por el escalonamiento de las acciones que promueven la prevención y la reducción de la epidemia del VIH una vez controlada con esquemas de ARV.

TABLA 36. COSTEO DE INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH

INDICADOR	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Millones de quetzales corrientes	264.3	275.5	287.8	301.4	316.3	332.5	350.2	369.4	390.3	412.9
Millones de quetzales constantes (2016)	253.4	254.4	256.3	259.2	262.9	267.5	272.9	279.2	286.3	294.3
Millones de dólares	33.5	34.4	35.6	36.8	38.1	39.1	41.2	43.2	45.3	47.6
Como porcentaje del PIB	0.05	0.05	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04

Fuente: Icefi/Hivos

Por su parte, la tabla 37 incluye un agregado de las intervenciones y acciones, con sus costos respectivos.

TABLA 37. MATRIZ DE COSTEO DE INTERVENCIONES EN VIH

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Campañas de comunicación social para prevención del VIH Campañas de social para prevención del VIH	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7
Total estrategia de comunicación social para el cambio de comportamiento		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7
2	Dotación de condones Persona capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/sida y el uso correcto del condón	6.7	12.3	12.7	13.1	13.5	14.0	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4
Suministro de condones y lubricante		3.0	4.5	4.7	4.8	5.0	5.3	5.5	5.7	5.9	6.2	6.4
Total dotación de condones		9.7	16.8	17.3	17.9	18.6	19.2	19.9	20.6	21.3	22.1	22.9
3	Eliminación de la transmisión materna infantil del VIH Mujer embarazada con diagnóstico de VIH Mujer embarazada referida para tratamiento ARV	2.6	4.3	6.2	8.3	10.6	13.1	15.9	18.9	22.2	25.8	29.7
Mujer embarazada referida para tratamiento ARV		1.5	1.3	1.7	2.2	2.7	3.3	3.9	4.5	5.2	5.9	6.7

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
	Neonato, hijo de madre VIH positiva con tratamiento profiláctico	1.3	1.5	1.8	2.0	2.3	2.6	3.0	3.4	3.9	4.5	5.2
	Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática post parto para efectuar seguimiento al niño expuesto	0.5	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
	Total eliminación de la transmisión materna infantil del VIH	5.9	7.8	10.4	13.3	16.4	19.8	23.6	27.8	32.3	37.2	42.5
4	Prueba de VIH	5.6	9.4	10.3	11.3	12.3	13.4	14.6	15.9	17.3	18.8	20.4
	Total de pruebas de VIH	5.6	10.3	11.3	12.3	13.4	14.6	15.9	17.3	18.8	20.4	
5	Diagnóstico y atención de ITS	3.9	4.3	4.8	5.3	5.9	6.6	7.2	8.0	8.7	9.6	10.5
	Total de diagnóstico y atención de ITS	3.9	4.3	4.8	5.3	5.9	6.6	7.2	8.0	8.7	9.6	10.5

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
6	Paciente VIH positivo referido para tratamiento ARV	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7
	Ayuda alimentaria	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Total tratamiento de VIH		62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7	62.7
7	Tratamiento de enfermedades oportunistas	0.7	8.0	7.3	6.6	5.9	5.4	4.9	4.4	4.0	3.6	3.3
	Total de enfermedades oportunistas	0.7	8.0	7.3	6.6	5.9	5.4	4.9	4.4	4.0	3.6	3.3
8	Profilaxis post-exposición (PEP)	5.4	9.3	10.2	11.1	12.2	13.3	14.5	15.8	17.3	18.9	20.6
	Total de profilaxis post-exposición (PEP)	5.4	9.3	10.2	11.1	12.2	13.3	14.5	15.8	17.3	18.9	20.6
9	Profilaxis pre exposición (PReP)	11.7	12.6	13.5	14.4	15.4	16.4	17.4	18.5	19.7	20.9	22.1
	Total Profilaxis pre exposición (PReP)	11.7	12.6	13.5	14.4	15.4	16.4	17.4	18.5	19.7	20.9	22.1
Total general		106.1	162.7	201.9	235.9	272.4	289.5	307.3	326.2	346.0	366.9	388.9

4.

Propuestas para la movilización de recursos públicos para el financiamiento de la prevención y atención del VIH en Guatemala (2017-2026)

147

Es común la polémica entre diferentes segmentos sociales en torno a la necesidad de disponer de una mayor cantidad de recursos para atender la suficiencia fiscal del país. La polémica se vuelve más agria cuando se aborda la manera de obtener dichos recursos. En todo caso, se trata de un debate que ha sido particularmente agudo en el entorno actual, ya que recientes acciones de la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (Cicig) y el Ministerio Público (MP) han puesto al descubierto una serie de sofisticadas redes de corrupción de agentes públicos y privados que han estado utilizando los recursos públicos para su propio beneficio, apartándose del bien común.

Algunos sectores, con un enfoque más práctico pero muchas veces menos científico, caen en actitudes extremas: por un lado, recomiendan evitar el incremento en la disponibilidad de recursos públicos hasta que no concluyan las investigaciones de corrupción y no se hayan creado mecanismos apropiados para evitar dichas prácticas; por el otro, proponen de forma inmediata una reforma tributaria que dote de más recursos al país.

En cierta forma, ambas posiciones presentan aspectos correctos. En primer lugar, es indispensable el combate a la corrupción y la optimización del uso de los recursos disponibles actualmente, lo cual se puede lograr con el fortalecimiento de los cuerpos de seguridad y justicia del país mediante una revisión permanente de los procesos y procedimientos disponibles para la adquisición de bienes y servicios y, especialmente, mediante la mejora de los procesos de contratación del recurso humano que presta sus servicios a la población guatemalteca. La optimización en el uso de los recursos en esta dimensión pasa indiscutiblemente por la reforma a la *Ley del Servicio Civil*, cuya ausencia de facto ha permitido que todos los organismos

e instituciones, argumentando «autonomía», hayan establecido mecanismos que han facilitado la discrecionalidad en la toma de decisiones y, en muchos casos, el apareamiento de corrupción. En este campo, es imperioso evaluar sin demora las «prestaciones adicionales» de las que disponen muchos funcionarios públicos, pues implican sobresueldos por la tarea que realizan; muchas de ellas —como el uso de vehículos, contratación de seguros privados, consumo de combustible, alimentación en la oficina, entre otros— debieran transparentarse para que, de aprobarse, formen parte de las remuneraciones efectivas de los servidores públicos, evitando prácticas de asignación como las actuales. También resulta impostergable la verificación permanente del cumplimiento de la *Ley de Contrataciones del Estado*, cuya inobservancia en el pasado ha dado lugar a numerosos casos de corrupción como los que actualmente se persiguen en el país y que se reflejan de alguna forma en la posición 136 que ocupa Guatemala en el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) de 2016, con una calificación total de 28 puntos (Transparency International, 2017).

148

El grupo que propone la urgencia de aprobar una reforma tributaria para disponer de una mayor cantidad de recursos tiene razón en el sentido de que no puede condenarse a una población necesitada de servicios públicos a la espera de concluir los procesos de erradicación de la corrupción y de fortalecimiento de la transparencia, dado que en muchos casos tal espera implica pérdida de vidas o de oportunidades de desarrollo futuro. Pero sus integrantes también cuentan con un argumento válido al mencionar que históricamente el país ha adoptado esa estrategia sin que haya habido resultados concretos. En efecto, Guatemala se ha convertido, conforme lo establecen los datos del *World Economic Outlook* del Fondo Monetario Internacional (FMI) para octubre de 2017, en el cuarto país a nivel mundial con el gasto de gobierno general más bajo, reportando apenas un 12.1% del PIB, mientras que el promedio mundial se ubica en el 34.0% (con una desviación estándar del 16.9%).

El dato anterior es contundente en el sentido de que Guatemala necesita gastar más para atender las necesidades de la población, además de potenciar el fortalecimiento de la productividad de los factores de producción y construir un camino sostenible hacia el desarrollo económico. Sobre este particular, Gaspar et al. (2016: 30) concluyen en su investigación *Tax Capacity and Growth: Is there a Tipping Point?* que, a partir de las estimaciones efectuadas, resulta razonable suponer la necesidad de una carga tributaria mínima del 12.75% del PIB para iniciar la construcción del camino hacia el desarrollo económico, sin embargo, también advierten que, atendiendo a la volatilidad de dicho indicador, su recomendación sería que los países dispusieran de niveles de alrededor del 15.0%.

No obstante la polémica, parece ser que el acuerdo más importante (aunque no precisamente alcanzado por consenso) gira en torno a que el país necesita más recursos para promover el desarrollo social y económico; por ello, en las siguientes páginas se hará una presentación muy sucinta de los espacios fiscales disponibles en Guatemala, especialmente los relacionados con el campo tributario y que definitivamente implican la necesidad de voluntad política para su explotación.

4.1 El sistema tributario guatemalteco

Antes de iniciar la discusión en torno a los componentes y participantes del sistema tributario, es pertinente recordar que en 2016 los ingresos tributarios representaron el 93.0% de los ingresos totales del país, dejando el restante 7.0% a ingresos no tributarios y a los exiguos ingresos de capital. Por ende, es claro que la única fuente real de ingresos públicos deviene

del establecimiento de impuestos; de esa cuenta, ante las crecientes necesidades del país resulta inevitable regresar a la discusión sobre la recaudación tributaria.

Siguiendo la información del *World Economic Outlook* (2017) del FMI, si se ordenara la recaudación del gobierno general de todos los países del mundo, Guatemala, con una carga tributaria del 11.0% (sin incluir seguro social), estaría ubicada en la posición 187 entre los 193 países de los cuales se dispone registro. El promedio de la recaudación mundial, conforme dicho informe, se ubicaría en un 29.9% del PIB, con una desviación estándar de 17.5 puntos.

En general, cuando se discute el sistema tributario de un país se comenta sobre la legislación tributaria, la carga tributaria y, en menor medida, la dificultad de pagar impuestos; sin embargo, existe poca investigación en Guatemala sobre el cumplimiento de los principios tributarios en los impuestos vigentes; sobre la dimensión real de la base tributaria; las condiciones de la moral tributaria de los guatemaltecos, y la productividad real frente a la evasión de impuestos. En parte, esta responsabilidad proviene del desconocimiento de que el sistema tributario es el conjunto de instituciones y sistemas que permiten al Estado obtener los recursos necesarios para financiar sus programas, por lo que, para el caso guatemalteco, el sistema involucra al Ministerio de Finanzas Públicas (Minfín), al Congreso de la República, a la Superintendencia de Administración Tributaria (SAT) y, por supuesto, al contribuyente.

149

El ente que debiera liderar el sistema tributario del país es el Minfín que, para empezar, debiera tener claramente establecida la política tributaria, identificando los niveles óptimos tributarios y las distorsiones que, derivadas del establecimiento de los impuestos, tienen las decisiones de los agentes económicos.

Entre las tareas que no realiza este ministerio se encuentran la evaluación del nivel de productividad tributaria, de manera que se pueda determinar si la forma como el impuesto establecido funciona es la más apropiada, o si los mecanismos que utiliza la administración tributaria son los más proclives a obtener buenos resultados. El Minfín tampoco efectúa una evaluación permanente de los gastos tributarios otorgados, particularmente los referidos a incentivos tributarios a la inversión y a los beneficios derivados de su otorgamiento. Además, el propio ministerio, ante la carencia absoluta de una política tributaria definida, no evalúa las no sujeciones que tienen los impuestos, por lo que deja mucho espacio a la planificación fiscal, particularmente la internacional. Finalmente, el Minfín no lleva a cabo —aun cuando ello debiera formar parte de sus responsabilidades— una evaluación de las características de la base tributaria y del impacto que sobre ella tiene la informalidad.

El Congreso de la República, atendiendo al principio de legalidad contenido en la *Constitución Política de la República de Guatemala*, debiera tener una participación más activa, no precisamente en el campo de la propuesta, que debiera estar del lado del Minfín, pero sí en la evaluación del funcionamiento del sistema. Lamentablemente, en la práctica la carencia de fundamentos técnicos en los congresistas hace que su misión se limite tanto a aprobar con restricciones, y muchas veces con errores, lo planteado por el Minfín, como a proponer reformas tributarias que tienden a beneficiar a sectores específicos. El trabajo del Congreso en el sistema tributario guatemalteco, lejos de contribuir al bienestar del país, es claramente una muestra de política partidista en donde se busca beneficiar a pequeños segmentos empresariales y sociales, brindándoles tratamientos especiales tributarios.

Por su parte, la administración tributaria —que tiene varios propósitos concretos en la gestión de los impuestos— carece de un apropiado sistema de medición, además de que la evaluación de su tarea se ha limitado históricamente al cumplimiento de la meta de recaudación, cuando su principal función gira tanto en torno a la facilitación en el trámite

y pago de las obligaciones tributarias como en torno a la creación de riesgo para mejorar el cumplimiento voluntario —lo cual conlleva en forma directa a la reducción de la evasión de los impuestos, que debiera ser el verdadero indicador de cumplimiento de sus funciones—. En la práctica, el funcionamiento de la SAT es tan opaco que la entidad únicamente se limita a publicar los datos de recaudación, aunque la mayor parte de los indicadores que generarían una apropiada evaluación se desconoce y, por ende, gran parte de su aparente éxito se ha basado en los últimos años en un cuestionable manejo mediático.

Finalmente, no debe olvidarse que el sujeto pasivo del sistema tributario es el contribuyente, y que este, atendiendo a la aprobación de regulaciones que establecen el pago de recursos monetarios, reaccionará haciendo todo lo posible por evitar el pago de impuestos. Entre los sujetos pasivos, un papel importante es ocupado por las cámaras empresariales, en especial por el Comité Coordinador de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras (Cacif). Este último tiene una participación activa en la formulación de la legislación tributaria, logrando con bastante éxito el acomodo de la normativa tributaria a su funcionamiento, lo cual ha permitido a sus agremiados eludir el pago de impuestos, por supuesto, sin violentar la ley.

150

El funcionamiento de los cuatro entes, las limitaciones de algunos y las capacidades de reacción de otros, se denotan en la trayectoria tributaria del país, por lo que cada uno de los participantes incide en los diferentes indicadores que tratan de medir algún aspecto de la realidad impositiva, la cual constituye una responsabilidad de todos, en alguna medida.

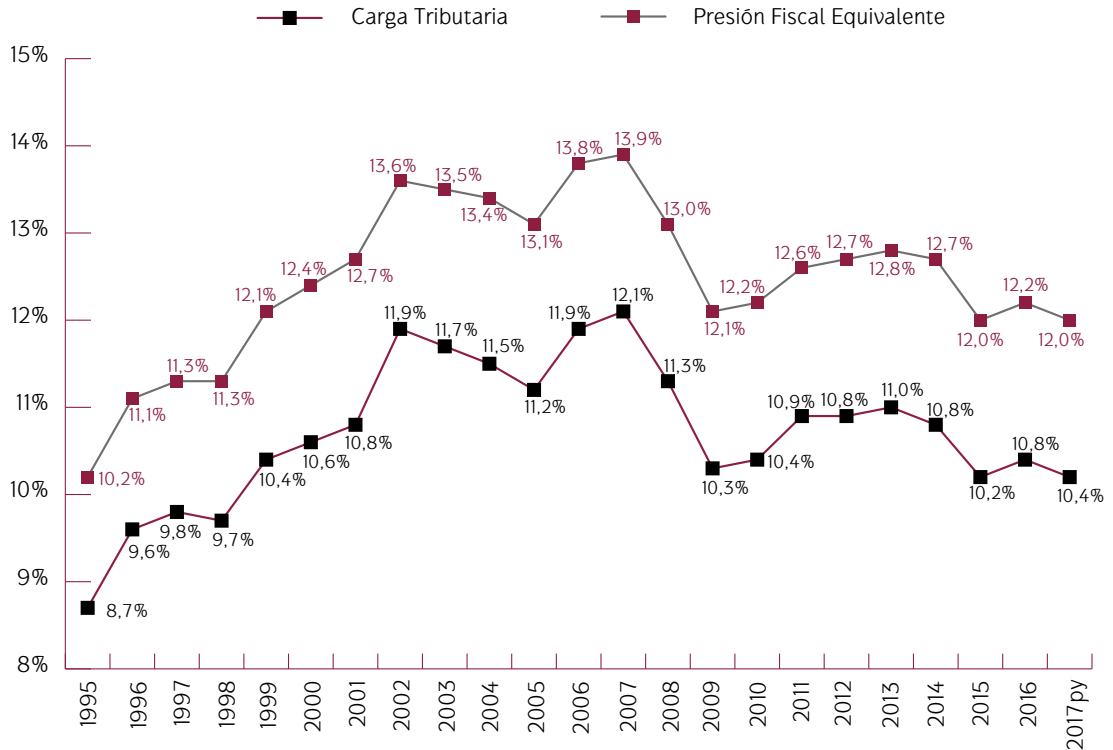
La legislación tributaria da vida a quince impuestos principales, más la contribución al seguro social que no tiene la calidad de universal. De los dieciséis tributos mencionados, once son administrados por la SAT (a pesar de que la ley les ordena que deben controlar todos los impuestos estatales), uno por las municipalidades del país, dos por el Instituto Guatemalteco de Turismo (Inguat), uno más por el Ministerio de Energía y Minas y, por supuesto, la cuota del Seguro Social guatemalteco.

La carga tributaria derivada de la capacidad ejecutiva del Estado de establecer contribuciones para financiar sus programas presenta un promedio del 10.8% en los últimos diez años, reportando su punto más alto en 2007, cuando se registró un 12.1% en parte como consecuencia de la implementación de la Ley Antievasión. El punto más bajo se dio en 2015, año de la crisis política derivada de la captura y posterior encarcelamiento del presidente y vicepresidenta de la República, cuando se registró un 10.2%, por debajo del 10.3% reportado en 2009, cuando se contempló el efecto de la crisis financiera internacional.

Por su parte, la presión tributaria equivalente —que incluye la recaudación del impuesto único sobre inmuebles, el impuesto sobre hospedajes y las contribuciones a la seguridad social— reporta una trayectoria similar, aunque ligeramente superior a la carga tributaria tradicional.

Este índice muestra como punto más alto el 13.9% alcanzado en 2007, aun cuando también, siguiendo la trayectoria de la carga tributaria, reporta solo un 12.2% en 2016.

GRÁFICA 54. CARGA TRIBUTARIA Y PRESIÓN TRIBUTARIA EQUIVALENTE (1995-2016)

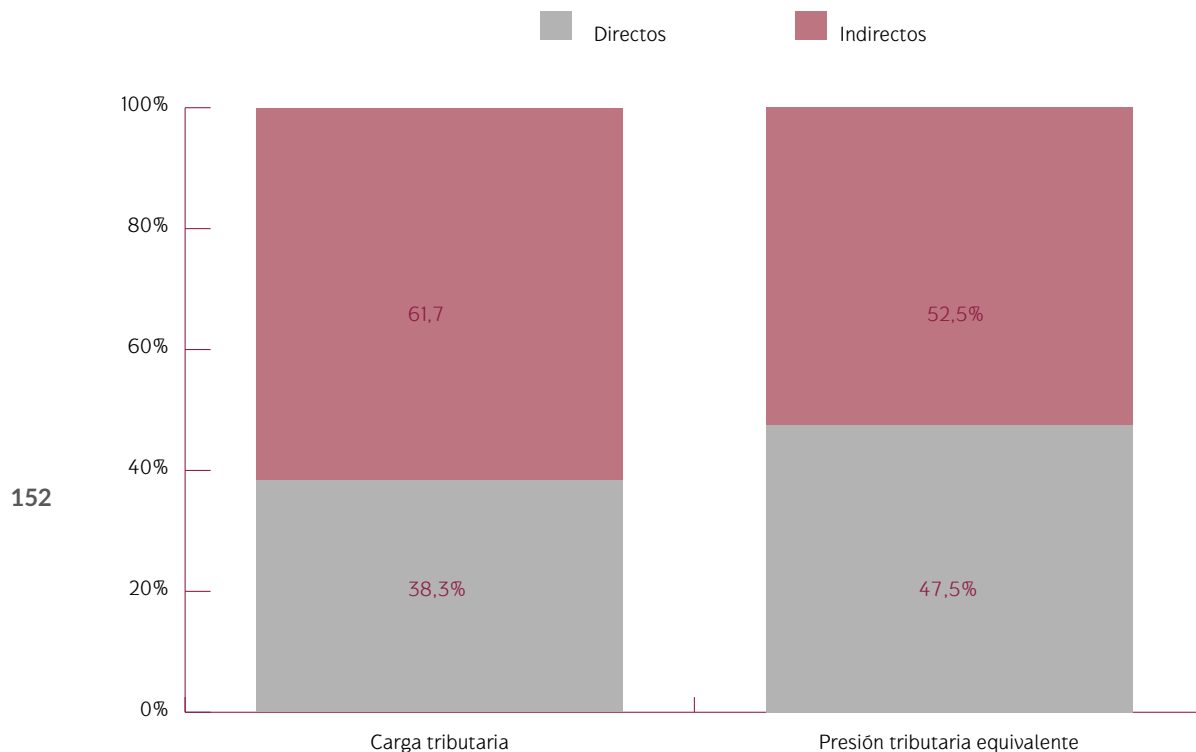


Fuente: Icefi, con base en datos de la Superintendencia de Administración Tributaria (SAT)

De los impuestos mencionados, stricto sensu solo existen cuatro que pueden considerarse impuestos directos: el impuesto sobre la renta (ISR), el impuesto de solidaridad, las regalías e hidrocarburos compartibles (que, en esencia, no constituyen un impuesto, pero el Minfín las califica de esa forma) y el impuesto sobre herencias, legados y donaciones. También son directos, aunque no los administra la SAT, el impuesto único sobre inmuebles (salvo aquellos casos cuando la municipalidad reporta no tener la capacidad de hacer los cobros correspondientes) y las cuotas al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). En la práctica, la aplicación del impuesto sobre circulación de vehículos también puede considerarse como patrimonial, debido a que su base de cálculo se relaciona en mayor proporción con el valor del vehículo; no obstante, el Minfín acostumbra a incluirlo entre los impuestos indirectos.

Cuando la recaudación proviene primordialmente de impuestos indirectos se establece que la estructura tributaria es regresiva; en ese sentido, se puede concluir preliminarmente que tanto la carga tributaria como la presión tributaria equivalente del país presentan estructuras regresivas, en donde al menos teóricamente el mayor impacto del pago de impuestos lo soportan en forma proporcional los grupos de menores ingresos. Los datos al cierre de 2016 muestran que, omitiendo la discusión en torno al impuesto de circulación de vehículos, el 61.7% de los impuestos contenidos en la medición de la carga tributaria se considera indirecto, aunque este porcentaje se reduce hasta el 52.5% cuando la medición se realiza a partir de la presión tributaria equivalente.

GRÁFICA 55. ESTRUCTURA TRIBUTARIA (2016)



Fuente: Icefi con datos del Ministerio de Finanzas Públicas y de la Superintendencia de Administración Tributaria

Sobre la regresividad del sistema tributario guatemalteco, un estudio realizado por el Icefi y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (Icefi/FIDA, 2016) muestra que, al aplicar el Índice de Kakwani con datos de 2011, la tributación del país es en general regresiva, tanto en el ámbito rural como en el urbano.

TABLA 38. PROGRESIVIDAD TRIBUTARIA MEDIDA POR EL ÍNDICE DE KAKWANI (2011): CLASIFICACIÓN EN ÁREAS RURAL Y URBANA

TIPO DE IMPUESTOS	ÍNDICE DE KAKWANI	
	Rural	Urbano
Impuestos directos	0.530301	0.408255
Impuestos indirectos	-0.070066	-0.126039
Todos los impuestos	-0.005589	-0.010934

Fuente: Icefi / FIDA (2016)

Es interesante observar que, a nivel general, aunque la tributación es regresiva, resulta tener un impacto menor en el área rural, lo cual puede ser consecuencia de la relativa desgravación existente en el impuesto al valor agregado (IVA), que contempla la exención del cobro del impuesto en las compras que se realizan en los mercados cantonales, más abundantes en el interior del país.

El referido estudio también presenta una evaluación de la incidencia de los impuestos directos, incluyendo la contribución al seguro social. En ese sentido, determina que el mayor impacto,

aunque relativamente pequeño, se concentra en los tres deciles superiores; por su parte, el mayor impacto de los impuestos indirectos se concentra en los ocho deciles inferiores.

En cuanto a la procedencia de la recaudación y atendiendo a un comentario muy generalizado sobre el hecho de que para mejorar la recaudación del país debe fortalecerse el control en las aduanas, es importante comentar que, como consecuencia de la suscripción de una buena cantidad de tratados de libre comercio con diferentes países del mundo, la importancia de los impuestos al comercio exterior ha disminuido en forma sostenida desde hace varios años. Como se observa en la gráfica 56, en 2016 únicamente el 27.9% del total recaudado provino de impuestos relacionados con la importación de bienes; sin embargo, de dicho valor solo el 4.3% corresponde al cobro de derechos arancelarios a la importación, por lo que el restante 23.6% es producto del anticipo del cobro del IVA que se realiza en las aduanas del país. El arancel medio promedio observado en 2016 fue de únicamente el 2.13%, mientras que el 80.3% del valor de las importaciones ingresó al país con un arancel cero.

GRÁFICA 56. IMPORTANCIA DE LOS IMPUESTOS AL COMERCIO EXTERIOR DEL TOTAL RECAUDADO (2004-2016)

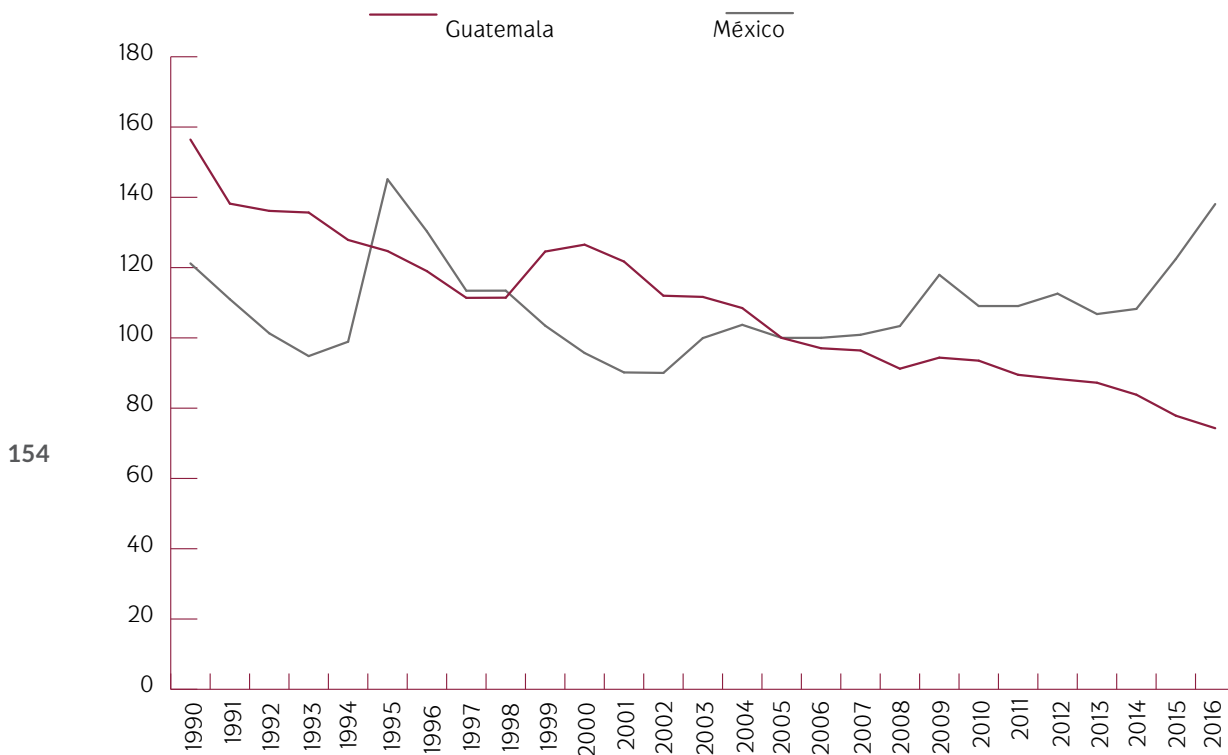


Fuente: Icefi, con base en datos del Minfin

En consecuencia, no parece que el control en aduanas sea el mejor mecanismo para elevar la recaudación debido a que el impuesto que estaría dejándose de pagar en todo caso sería el IVA, el cual de todas formas es un impuesto interno.

Esta conclusión no implica que en Guatemala no exista una cantidad creciente de productos que ingresan de contrabando, especialmente como consecuencia de la apreciación del quetzal experimentada en los años pasados y la depreciación del peso mexicano. Esta situación ha llevado a que los productos que consume la mayor parte de guatemaltecos pueda adquirirse en el mercado del vecino país a un precio sustancialmente más barato, convirtiendo la importación de dichos bienes en un buen negocio, incluso aunque se pagaran los impuestos de internación.

GRÁFICA 57. GUATEMALA Y MÉXICO: ÍNDICE DEL TIPO DE CAMBIO EFECTIVO REAL (1990-2016)



Fuente: Icefi, con base en datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal)

La gráfica 57 muestra que, especialmente a partir de 2004, el tipo de cambio del quetzal se ha alejado significativamente de la tendencia del peso mexicano, lo cual se agravó a partir de 2014. En consecuencia, gran cantidad de productos del vecino país ingresan, pero no necesariamente lo hacen a través de las aduanas guatemaltecas, sino por medio de los numerosos pasos no autorizados. Estos productos se destinan al consumo y representan una seria competencia para los productores locales, ocasionando un impacto muy significativo en la tributación nacional.

Para combatir este fenómeno, el esfuerzo del Gobierno y de la SAT, de manera equivocada, ha sido tratar de evitar el ingreso de los productos por medio del control de las fronteras, cuando se trata de productos que en su mayoría se destinan a ventas en el sector informal del país. Por ello, la única forma de reducir el consumo de productos mexicanos de contrabando —además de replantear la política monetaria del Banco de Guatemala (Banguat), que ha estado dirigida por su *inflation targeting* desde la década de los noventa del siglo pasado y que incluso ha causado una restricción al crecimiento económico del país— es fortaleciendo el control en los centros de consumo. Por ello, el control del contrabando y la defraudación aduanera, lejos de necesitarse en las aduanas, debe realizarse en los centros de consumo y debe ser una tarea de Estado comandada por la SAT.

4.2 Las filtraciones del sistema tributario guatemalteco

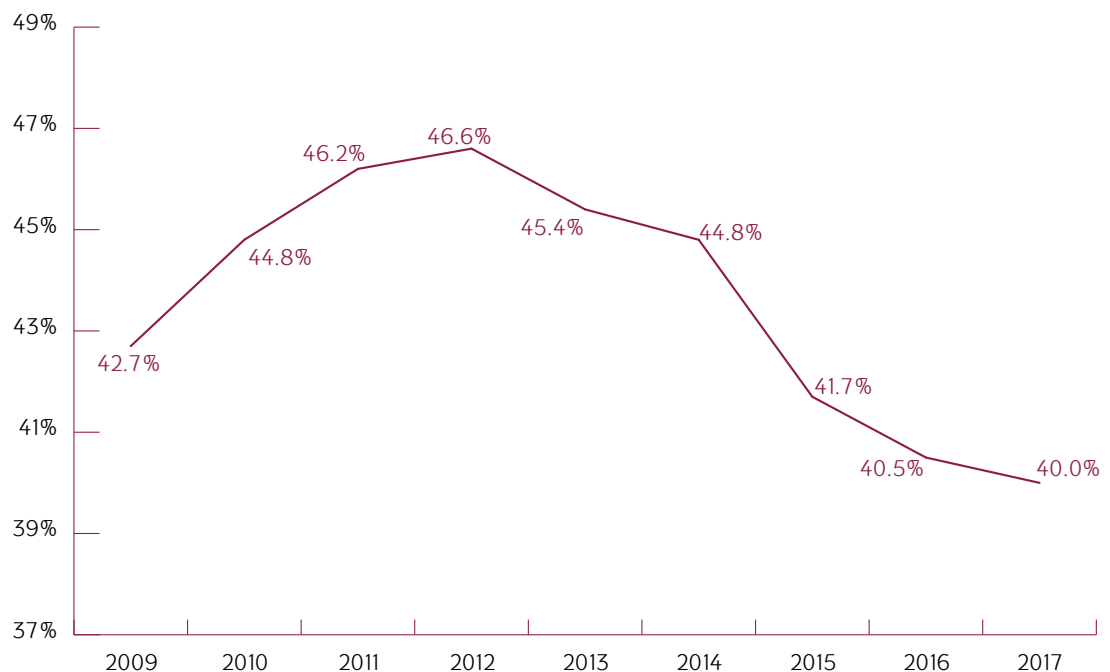
Se definen como filtraciones del sistema tributario guatemalteco los elementos o características de él que hacen que su productividad no alcance los valores planificados conforme la definición de su base gravable. Un ejemplo claro de esta situación es el IVA, cuya base general es el consumo privado del país, más una cantidad adicional que realizan como

consumidor final las entidades gubernamentales y las organizaciones no lucrativas. Por ello, prácticamente y si no existieran filtraciones, la recaudación del IVA debiera oscilar en alrededor del 12.0% del consumo privado calculado por el Banguat. Sobre este particular es pertinente indicar que, debido a que este banco carece de una apropiada medición de la informalidad económica como consecuencia de la dificultad estadística derivada, en la práctica el consumo privado —especialmente el financiado mediante las remesas procedentes del resto del mundo y realizado en productos de contrabando, como los mencionados en la sección anterior— no queda debidamente registrado, por lo que dicha variable puede estar subestimada. Por esta razón, resulta prácticamente equivalente utilizar como medida para la productividad del IVA el porcentaje que se recauda sobre el PIB o sobre el consumo privado.

Es necesario indicar que, para el investigador tributario, el uso de indicadores de productividad tributaria es importante porque le permite conocer la tendencia de la variable sujeta de evaluación, aun cuando el valor efectivo pueda ser diferente.

Sobre este tópico, conviene indicar que, conforme la serie histórica de los últimos años, se observa un deterioro significativo de la productividad del IVA con respecto al PIB, lo que implica indiscutiblemente una pérdida de las capacidades de la administración tributaria para lograr una mejora recaudatoria. En el período 2009-2017, los datos muestran un punto máximo de productividad en 2012, cuando se reportó un nivel de efectividad del 46.6%; sin embargo, siguiendo la trayectoria tributaria y a partir del pronóstico de recaudación del Icefi, se estima que dicho valor cerrará en alrededor del 40.0% en 2017, lo que implica que solo para este año la pérdida de productividad implicó que se dejaran de percibir cerca de Q4,227.7 millones.

GRÁFICA 58. PRODUCTIVIDAD APARENTE DEL IVA (2009-2017)



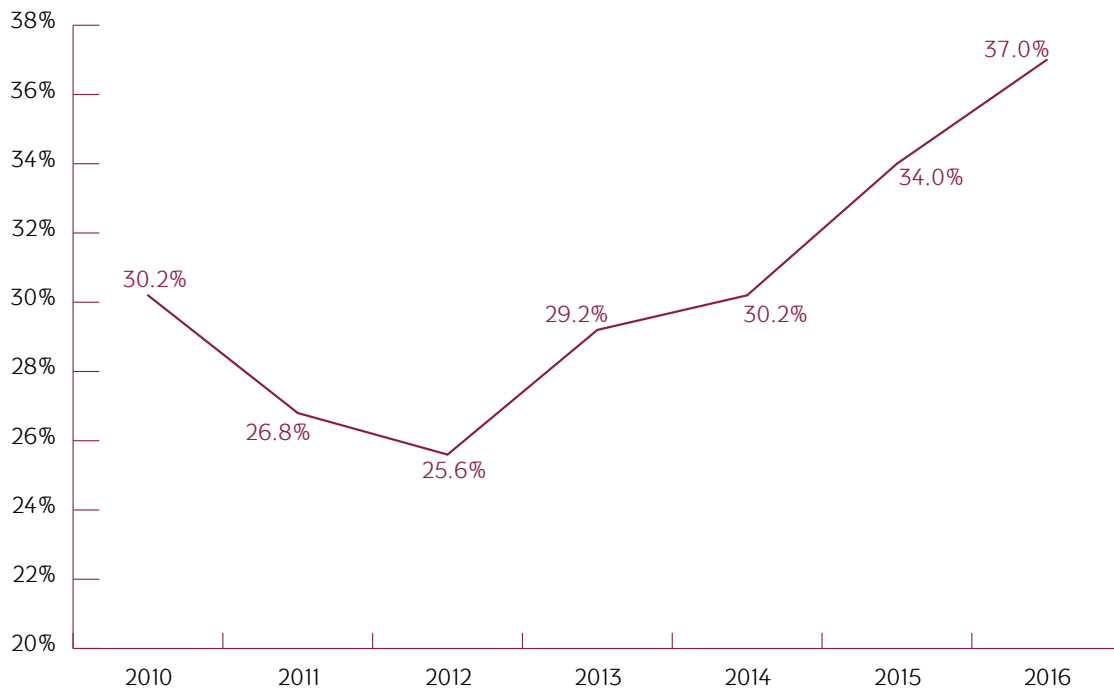
Fuente: Icefi, con base en datos del Minfín y la SAT

La reducción de la productividad en este impuesto es símbolo inequívoco de una de dos cosas: el aumento del otorgamiento de privilegios fiscales o la evasión del impuesto.

Si se sigue ese patrón y se toma en cuenta una estimación realizada por la misma SAT, cabe señalar que el nivel de evasión del IVA se ha incrementado en forma sostenida desde 2012, cuando se registraba un grado de incumplimiento por el orden del 25.6%; sin embargo, se estima que al cierre de 2016 dicho valor había alcanzado un 37.0%, lo que implica una reducción de la recaudación efectivamente realizada como consecuencia del debilitamiento de las capacidades institucionales de la SAT en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones. El valor no recaudado por la SAT, unos Q13,800.0 millones, equivale al 2.6% del PIB.

Al igual que con la evasión del ISR, una parte muy significativa de la evasión del IVA es ocasionada por la informalidad económica del país que, en gran medida, es alimentada por el contrabando de bienes.

GRÁFICA 59. NIVEL DE INCUMPLIMIENTO TRIBUTARIO DEL IVA (2010-2016)



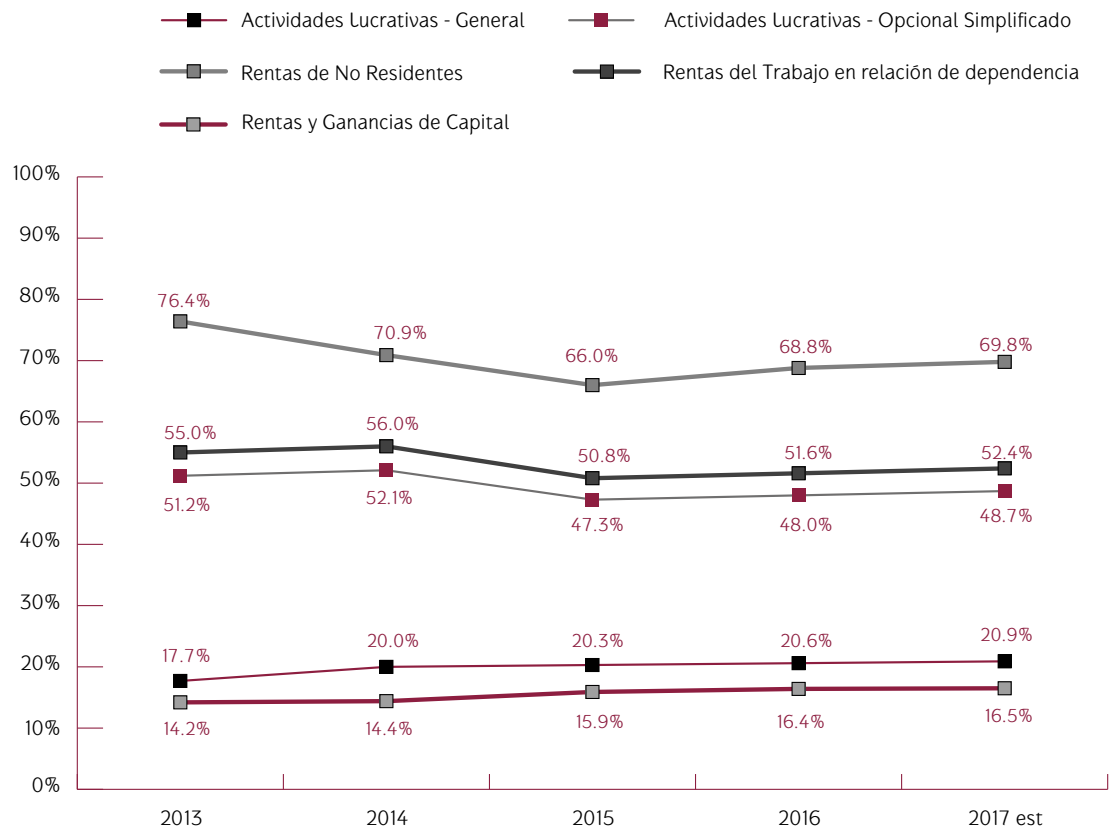
Fuente: Icefi, con base en datos de la SAT

El análisis del ISR es bastante más complicado dadas las características propias de este impuesto; sin embargo, es posible realizar una aproximación a su productividad general y a las productividades específicas de cada uno de los regímenes que lo conforman. Para una mayor comprensión, debe recordarse que la productividad se concibe como el porcentaje de cobro efectivo que se realiza en un impuesto del monto que debiera cobrarse a partir de la base teórica del mismo. En el caso del ISR, la base teórica de los regímenes existentes es los diferentes tipos de renta que hay.

Así, el cálculo permite establecer que, en 2017, el valor estimado de la productividad del ISR es del 29.0% de su base potencial, luego de haber reportado un 29.2%, en 2016, y un 29.3%, en 2014; por ello, se puede afirmar que aun cuando se han anunciado muchas mejoras en la administración de este impuesto, en esencia su rendimiento se ha mantenido constante. Pese a que el valor general es de mucha utilidad, resulta más importante medir la productividad de cada uno de los regímenes que conforman el sistema y que de alguna forma muestran las áreas del impuesto en donde los sujetos pasivos están obligados a pagar una mayor proporción de su renta total en forma de impuestos.

Conforme a los datos obtenidos, la productividad del régimen de actividades lucrativas, forma de pago general, constituye la más grande del país, pues según estimaciones del Icefi ha mejorado en el período que va de 2015 a 2017, pasando del 20.3 al 20.9% del potencial esperado. Se estima que dicha mejora se debe en gran medida a la estrategia que adoptó la administración tributaria en 2016, cuando procedió a enjuiciar a muchos deudores tributarios. Por su parte, el régimen simplificado de actividades lucrativas reporta una productividad del 48.7%, que aun cuando mejoró en comparación con el 47.3% de 2015, sí presenta un retroceso con respecto al 52.1% de 2014, lo cual puede estar relacionado con un deterioro en los controles de facturación, similar a lo que sucede con el IVA.

GRÁFICA 60. PRODUCTIVIDAD DE LOS DIFERENTES RÉGIMENES DEL ISR (2013-2017 EST*)



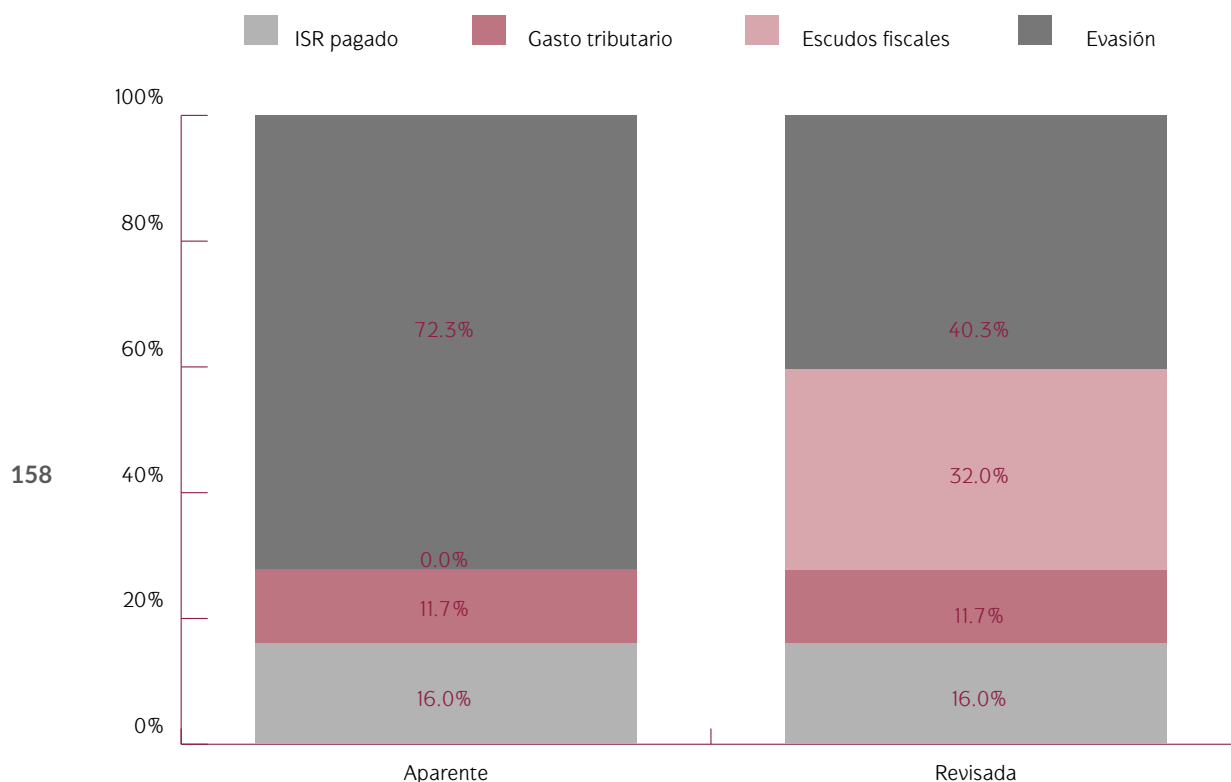
* Estimado

Fuente: Icefi, con base en datos del Banguat, Minfin y SAT

Finalmente, el otro régimen importante, el de trabajadores en relación de dependencia reporta los niveles de productividad más altos históricos, 16.5 por ciento, como consecuencia de la madurez del nuevo sistema que eliminó gran parte de las deducciones existentes, aun cuando disminuyó la tasa aplicable de impuesto.

Respecto a la evasión del ISR, no existe información sobre que la SAT practique dicha evaluación, sin embargo, Icefi realizó una medición en 2012 en donde se determinó que el nivel efectivo de evasión en el régimen de actividades lucrativas oscila en alrededor del 40.3% del potencial, alrededor de Q.20,455.0 millones en 2012 (5.2% del PIB).

GRÁFICA 61. NIVEL DE INCUMPLIMIENTO TRIBUTARIO DEL ISR, EN EL EJERCICIO FISCAL DE 2012



Fuente: Icefi, con base en cifras de la SAT

La estimación de la evasión del ISR dejó en claro un elemento muy importante que ha sido discutido en los círculos especializados en la temática. Cuando una persona no especializada hace el cálculo del nivel aparente de la evasión del ISR, el cálculo por lo general indica que dicho monto se encuentra cercano al 70.0% del total —de hecho, el cálculo aparente para 2012 realizado por el Icefi fue del 72.3%—; sin embargo, el valor efectivo se reduce drásticamente debido a que en la legislación tributaria existe una buena cantidad de deducciones que, en forma de escudos fiscales, reducen de manera muy significativa el valor de pago efectivo por parte de los contribuyentes calificados en el régimen de actividades lucrativas.

La primera aproximación que realizó el Icefi establece que cerca del 32.0% del potencial teórico es deducido por los empresarios «cumpliendo con lo establecido por la ley», es decir, mediante el uso de deducciones que han sido definidas a su conveniencia, entre ellas gastos en publicidad por celebraciones navideñas (como explosiones de fuegos artificiales, habilitación de árboles navideños); donaciones de terceros; deducciones de intereses por préstamos de entes relacionados; deducción de gastos por actividades de responsabilidad social empresarial vinculada con el mantenimiento de escuelas, jornadas de vacunación, pláticas a la población, entre otras actividades similares. Una de las más significativas deducciones es el tratamiento especial otorgado al sector construcción, en donde la base del cálculo del ISR está reducida hasta el 70.0% de las ventas, teóricamente por la construcción de infraestructura de bienestar colectivo a los habitantes de los condominios construidos.

La utilización de escudos fiscales —que no se consideran necesarios para que las empresas produzcan bienes y servicios— es uno de los mecanismos preferidos por los grupos empresariales para reducir el pago de impuestos. Así, solo en 2012, período analizado por el Icefi, esta práctica implicó que se dejaran de pagar Q16,200.0 millones (un 4.1% del PIB de ese año).

Otra filtración importante del ISR es los movimientos de capital que realizan los empresarios utilizando planificación fiscal internacional, entre ella, los precios de transferencia para esconder ganancias obtenidas en el país. Esta práctica forma parte de los mecanismos de evasión tributaria calculada, pues implica ingresos que debieron reportarse en el país, pero que los empresarios —empleando argucias contables y legales, así como aprovechando agujeros fiscales, muchas veces dejados intencionalmente en la legislación vigente— hacen aparentar como recursos que no fueron generados en el territorio guatemalteco. En la práctica, el uso de estos mecanismos representa defraudación tributaria porque implica el uso de técnicas específicas para engañar a la administración tributaria. En ese sentido, esta dinámica exige que la SAT fortalezca su capacidad de inteligencia tributaria para combatir eficientemente el flagelo.

Las prácticas anteriores encuentran su sustento en la carencia de un régimen mundial del ISR, que permita al Estado de Guatemala reclamar la tributación de ganancias realizadas fuera del territorio nacional. La explicación es relativamente sencilla: si las personas residen en el territorio nacional, hacen uso de sus recursos, se benefician de la estructura del Estado, u obtienen otros beneficios por vivir en este país, deben contribuir al mantenimiento del Estado como lo hacen los demás. En el ISR, la renta territorial solo beneficia a los grandes empresarios que tienen la capacidad de mover sus capitales con el fin expreso de evitar el pago de impuestos.

Esto último es particularmente importante debido a que no todos los flujos de capital pueden considerarse inapropiados o con el propósito de evitar el pago de impuestos. Hay flujos normales de capital que los empresarios honestos desarrollan con el fin de expandir sus negocios, lo que es completamente válido. Lo que no es válido es colocar los recursos en el resto del mundo para evitar pagar impuestos y, consecuentemente, no contribuir con el mantenimiento del Estado.

De acuerdo con un informe del Global Financial Integrity (GFI, 2015), Guatemala presenta un promedio anual de USD2,436.0 millones en flujos comerciales de evasión y elusión tributarias, mientras que reporta USD187.0 millones anuales por concepto de *hot money*. GFI emplea este último concepto para identificar los flujos de recursos que han salido del país para colocarse en el exterior y que provienen de transacciones ilícitas, entre ellas el contrabando, el tráfico de drogas, corrupción, trata de personas, etc. Los datos previos implican que solo en estos dos factores de flujos ilícitos, si se aplica la tasa del ISR del 25.0% vigente, se estaría dejando de percibir un poco más de Q5,000.0 millones anuales (un 1.0% del PIB). Aun así, la carencia de acuerdos de intercambio efectivo de información impide calcular de manera más estricta cuánto deja de percibir el país por concepto de ISR aplicado a inversiones financieras, porque no se conoce cuál es el rendimiento de las inversiones en el exterior, además de que no hay datos concretos del monto absoluto del capital de guatemaltecos en el exterior.

En general, por cada dólar estadounidense que Guatemala permite que se vaya del país debido a la utilización de precios de transferencia (normalmente subfacturación - sobrefacturación de exportaciones/importaciones), deja de percibir lo siguiente: si se trata de subfacturación de exportaciones o sobrefacturación de importaciones, se pierde el 25.0% del ISR por cada quetzal de flujo, lo que implicaría que por cada dólar de subfacturación se perdería, al tipo de cambio actual, alrededor de Q1.85 por concepto de ISR. Si se trata de subfacturación de importaciones y utilizando el arancel promedio efectivo, por cada dólar de subfacturación se dejaría de percibir alrededor de Q1.04 por concepto de IVA e impuestos específicos. Por supuesto, mucho de esto se utiliza en el sector informal, donde regularmente también se pierde el ISR.

En la actualidad, una de las prácticas más comunes de elusión fiscal por medio de planificación fiscal internacional es la utilización de un *loophole* que existe en el ISR, el cual hace que los dividendos paguen el 5.0% del ISR si el beneficiario del pago es un residente guatemalteco. Por ello, numerosas entidades azucareras y bancarias, entre otras, hacen que el que reciba los dividendos sea un residente extranjero y, por ende, no pague ISR; en esta situación, por cada dólar de dividendos se deja de percibir el equivalente a Q0.37 en el ISR (5.0% base). Por su parte, cuando los guatemaltecos colocan en *off-shores* su dinero, aparentando que están en un territorio aduanero diferente y, consecuentemente no pagando el ISR por intereses, entonces el efecto es que por cada dólar de intereses percibidos se deja de pagar el equivalente a Q0.74 en ISR (10.0% base).

Finalmente, como una gran filtración tributaria se encuentra el monto del gasto tributario otorgado por el Estado en forma de tratamientos tributarios diferenciados a diferentes sectores socioeconómicos o grupos empresariales en el país. Conforme la matriz de beneficiarios publicada por la SAT (2017), el gasto tributario para el año 2016 alcanzó los Q12,048.7 millones, equivalentes al 2.3% del PIB. No obstante, la anterior parte del gasto tributario ha sido ofrecida a los pobladores del país, tanto para reforzar el principio de justicia tributaria, como para simplificar la administración de los impuestos. Por ello, recalculando los valores, se puede concluir que los incentivos tributarios a la inversión que podrían no tener una justificación concreta (aunque parte de ellos fueron definidos en la *Constitución Política de la República de Guatemala*, lo que hace más difícil su eliminación) ascienden a Q6,013.9 millones (1.2% del PIB). A dicho monto habría que adicionar los valores de tratamientos tributarios a las iglesias, ONG que son utilizadas como fachadas para actividades mercantiles, cooperativas, entre otros, lo cual resta la generalidad al impuesto y no contribuye a fortalecer la justicia tributaria en Guatemala.

Sin el afán de ser exhaustivos, las filtraciones mencionadas condicionan las posibilidades del país de alcanzar un nivel tributario mayor. En efecto, dichas filtraciones representan un 15.2% del PIB, es decir, alrededor del 150.0% de la tributación actual. Por consiguiente, combatirlas representa con claridad el camino que debe seguirse. La responsabilidad, en este sentido, recae en las autoridades centrales del país, lideradas por el Minfín y la SAT.

TABLA 39. GUATEMALA. ESTIMACIÓN DEL PESO DE ALGUNAS FILTRACIONES TRIBUTARIAS. EN PORCENTAJES DEL PIB

FILTRACIÓN TRIBUTARIA	% DEL PIB
Evasión del IVA	2.6%
Evasión del ISR	5.2%
Escudos fiscales en el ISR	4.1%
Gasto tributario	2.3%
Flujos ilícitos de capitales	1.0%
Total	15.2%

Fuente: Icefi

Si dichas filtraciones se sumaran a la carga tributaria esperada para 2017, se tendría una capacidad tributaria total del 25.4%, por lo que el esfuerzo tributario actual sería de solo el

40.2%. Sobre estos valores es pertinente recordar el estudio *Understanding Countries' Tax Effort*, de Fenocchietto y Pessino (2013), en el que ambos autores determinan a partir de una muestra econométrica que la capacidad tributaria mínima de Guatemala para 2011 era del 23.7% del PIB, por lo que, con datos de dicho año, el esfuerzo tributario era del 44.7%, porcentaje totalmente convergente con la evaluación actual realizada por el Icefi, dado que en los últimos años se ha observado un deterioro significativo de la administración tributaria. Además, la economía ha mantenido su ritmo de crecimiento económico expandiendo la frontera de producción nacional.

4.3 Posibles espacios fiscales en materia tributaria

De la sección anterior se colige que existen amplios espacios que pueden ser explotados por las autoridades fiscales del país para mejorar la tributación sin la necesidad de incrementar las tasas vigentes. Debe aclararse, no obstante, que alcanzar este cometido es más una tarea de mediano, que de corto plazo. También es importante identificar que, en estas dimensiones, para mejorar la tributación resulta imprescindible la existencia de voluntad política definida y decidida, porque de lo contrario resultará imposible obtener los recursos esperados.

Por ello, si con el propósito de financiar cualquier programa de bienestar social se definen estrategias que permitan la mejora en la recaudación como consecuencia de un programa real de fortalecimiento tributario en las dimensiones descritas, se podría disponer de resultados como los siguientes:

- a. Reducción de un punto en la evasión del IVA, lo cual representaría aumentar la recaudación en 0.07% del PIB, equivalente a unos Q393.4 millones, a precios de 2017.
- b. Reducción de un punto en la evasión del ISR sobre las empresas, lo cual representaría aumentar la recaudación en un 0.13% del PIB, equivalente a unos Q722.3 millones, a precios de 2017.
- c. Eliminación de los incentivos tributarios a la inversión, que han demostrado no tener beneficio directo sobre la sociedad guatemalteca. Los candidatos de mayor nivel en esta sección son los tratamientos especiales a zonas francas y maquilas, que no han redituado lo esperado en materia de producción y empleo. También habría que evaluar los tratamientos especiales a cooperativas; a las iglesias; a la adquisición de cédulas hipotecarias por parte del sistema bancario; a la generación de energía eléctrica que disfrutaban los sectores azucareros y a los oenegés. Esta última decisión es discutible porque definitivamente se afectará a oenegés que producen bienestar para el país aunque, en la práctica, muchas de ellas constituyen fachadas de empresas mercantiles que generan y distribuyen ganancias. El total del gasto tributario que podría obtenerse con la decisión política mencionada sería de alrededor del 1.47% del PIB, unos Q2,800.0 millones a precios de 2017.
- d. Reducción de los escudos fiscales que se encuentran contenidos en la *Ley del Impuesto sobre la Renta*, lo cual fue el propósito original de la reforma de 2012. Dichos escudos fueron evaluados por la Comisión Preparatoria del Diálogo Fiscal y reducidos en 2012 con la vigencia del *Decreto Legislativo 10-2012, Ley de Actualización Tributaria*, pero todos fueron reestablecidos y, en algunos casos, ampliados en el Decreto 19-2013, que incluyó una serie de ventajas tributarias a los grupos empresariales, especialmente a la construcción. Este último sector logró, por su vinculación con el partido de gobierno, reducir la base para el pago de sus obligaciones a solo el 70.0% del valor facturado. Si

dichos escudos fiscales fueran reducidos nuevamente, por ejemplo en un punto del ISR, se podría obtener una recaudación adicional del 0.13% del PIB, equivalente a unos Q717.2 millones.

- e. Finalmente, la decisión política de combatir los flujos ilícitos de capitales pasa por revisar nuevamente el Decreto 10-2012, cuyos elementos eliminados o sustraídos permiten diversos manejos de capital sin el correspondiente pago de impuestos. Aun cuando es deseable la adopción del principio de renta mundial, sería suficiente con avanzar en el restablecimiento del precio de mercado para la determinación de precios de transferencia y la generalización del uso del sexto método de verificación; ambos aspectos permitirían a la SAT aplicar precios de mercado a las exportaciones del país, evitando subfacturación. Si se lograra reducir un punto de los actuales flujos ilícitos de capital, la recaudación se incrementaría en Q56.0 millones (a precios de 2017).

162

Es pertinente enfatizar que el impulso de todos estos cambios requieren indiscutiblemente voluntad política, no solo para discutirlos, sino para convencer al Congreso de la República de adoptar las modificaciones legales necesarias. Sin embargo, para combatir la evasión del ISR y el IVA es suficiente con la voluntad política del Organismo Ejecutivo y la SAT, por lo que hacerlo se convierte en el primer camino a seguir. En este sentido, es importante recordar que, en muchos casos, las verificaciones de evasión en ambos impuestos están conectadas, por lo que para obtener un aumento en la recaudación de ambos tributos sería suficiente con la profundización de la tarea fiscalizadora de la SAT, especialmente en las áreas en donde existe gran cantidad de contrabando o comercialización de productos informales.

También es importante comentar que la recaudación adicional del ISR que se obtenga no tiene una restricción presupuestaria específica, es decir, carece de destino específico. Por ese motivo, constituye el camino más recomendable para incrementar los fondos de los programas de desarrollo o protección social. No obstante, habrá que tomar en consideración que el aumento marginal de la recaudación implicará aumentos adicionales a aquellos entes con ingresos vinculados a los ingresos ordinarios o corrientes del Estado, lo cual deberá tomarse en consideración para la programación correspondiente. En el caso del IVA, las restricciones son mayores, pues un porcentaje de la recaudación del impuesto ya tendría destinos específicos, conforme lo definido legalmente.

Sin embargo, dado que el trabajo de mejorar la recaudación en ambos impuestos es el mismo, hacerlo constituye el mejor camino a seguir en el corto plazo, sin descuidar la posibilidad de avanzar en la reducción de las demás filtraciones tributarias que existen en la actualidad.

4.4 Análisis de las posibilidades políticas de lograr movilizar recursos públicos para el VIH

A. Antecedentes y contexto: Un final de 2017 turbulento que deja incertidumbre para 2018

El final del año 2017 se caracterizó por las secuelas de la crisis política que generó la acción emprendida el 27 de agosto por el presidente Jimmy Morales al intentar expulsar al titular de la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (Cicig), declarándolo non grato. Otro elemento de la crisis fue el fallido intento de la mayoría de diputados de alterar el *Código Penal* en una reforma que favorecía la impunidad. Eventualmente, estas actuaciones de los organismos Ejecutivo y Legislativo, contrarias al esfuerzo guatemalteco contra la corrupción

y la impunidad, se han llegado a conocer coloquialmente como el «Pacto de Corruptos», el cual mina severamente la ya deteriorada legitimidad y falta de credibilidad de ambos organismos de Estado.

La gravedad del «Pacto de Corruptos» ha quedado evidenciada en secuelas importantes que están afectando el desempeño de los organismos Ejecutivo y Legislativo. Por un lado, además de enfrentar el enojo creciente de la ciudadanía, el Ejecutivo ha enfrentado desorden dentro del Gabinete de Gobierno con la renuncia de funcionarios altos y medios en rechazo abierto y público a las acciones del presidente Jimmy Morales. De particular importancia fue la renuncia de la ministra de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Lucrecia Hernández Mack, junto a su equipo completo de viceministros, mandos medios y técnicos, quienes impulsaban el Modelo Incluyente en Salud (MIS), entre otros. Además, presentaron su renuncia la ministra y los ministros de las carteras de Trabajo y Previsión Social, Gobernación y Finanzas Públicas, aunque poco después —y atendiendo a llamados de la comunidad internacional y el sector privado empresarial relativos a permanecer en sus cargos en aras de mantener algún grado de estabilidad dentro del Gobierno— finalmente declinaron su renuncia y, con ello, el presidente Morales no las aceptó.

163

La renuncia de Hernández al MSPAS supuso una pérdida muy importante para las posibilidades de elevar la prioridad de los programas de atención a las personas que viven con VIH. Esta preocupación se vio reafirmada ante la postura del sucesor de Hernández al frente de este ministerio, Carlos Soto Menegazzo, quien públicamente declaró su intención de ya no continuar con el MIS,⁶⁴ otorgándole prioridad al tercer nivel de atención en salud, por encima del primero. Un cambio de prioridades que, a su vez, quedó evidenciado en la estructura programática del presupuesto del MSPAS recomendado para 2018 en la propuesta originalmente presentada por el Ejecutivo al Congreso a inicios de septiembre de 2017,⁶⁵ en contraste dramático con el dictamen favorable que para ese proyecto emitió la Comisión de Finanzas Públicas y Moneda (CFPM) del Congreso de la República a mediados de octubre.⁶⁶

La crisis de legitimidad del Ejecutivo se conjugó con la del Legislativo justamente en el proceso de discusión y cabildeo para la aprobación del proyecto de presupuesto para 2018. Pese a que la CFPM siguió una política de puertas abiertas y transparencia en las audiencias públicas para recibir insumos y realizar discusiones técnicas sobre la propuesta del Ejecutivo, lamentablemente el dictamen favorable que la CFPM finalmente emitió no sólo desoyó y desechó la abundancia de recomendaciones técnicas que recibió de las organizaciones de la sociedad civil y de los centros de pensamiento, incluido el Icefi, sino que introdujo alteraciones graves que tornaron la versión dictaminada del proyecto de presupuesto en una propuesta peligrosa y dañina, especialmente para el orden de prioridades dentro del MSPAS.

Pero además de las graves alteraciones técnicas que sufrió en el dictamen de la CFPM, las negociaciones políticas para la aprobación del proyecto de presupuesto para 2018 se «empaquetó» con las negociaciones para la integración de la nueva junta directiva del Congreso de la República. Estas negociaciones demostraron la acción intensa del *Pacto de Corruptos*, en los que tanto el jefe de bancada del oficialista Frente de Convergencia Nacional (FCN-Nación), Diputado Javier Hernández, y el propio hijo del alcalde municipal de la Ciudad

64 Véase <http://www.prensalibre.com/guatemala/politica/modelo-incluyente-en-salud-ya-no-continuará>

65 Véase el análisis y las recomendaciones del Icefi sobre la versión original del proyecto de presupuesto para 2018, disponible en línea en <http://www.icefi.org/publicaciones/elementos-de-analisis-y-propuesta-del-icefi-para-fortalecer-el-proyecto-de-0>

66 Véase el addendum al documento referido en la nota anterior, disponible en línea en <http://www.icefi.org/publicaciones/addendum-nota-de-coyuntura-no-08-2017>

de Guatemala, Diputado Álvaro Enrique Arzú Escobar, ambos figuras notorias del *Pacto de Corruptos*, figuraron como candidatos para presidir el Congreso en 2018.

En noviembre de 2017 en el Congreso de la República se identificó una alianza oficialista integrada por las bancadas de FCN-Nación, del Movimiento Reformador (MR), de la Alianza Ciudadana (AC), de la Unión del Cambio Nacional (UCN), de Visión con Valores (Viva), del Partido de Avanzada Nacional y la bancada TODOS, con acercamientos de la bancada del Partido Unionista (PU). Sin embargo, hacia el final de ese mes, las tensiones y negociaciones a lo interno de esta alianza fueron intensas, fijando como objetivos de la negociación aspectos a incluir en el presupuesto para 2018 (claramente atendiendo los intereses que representan cada una de las agrupaciones, diputadas y diputados de la alianza oficialista), y la integración de la junta directiva del Congreso. La intensidad de estas tensiones y negociaciones fue evidente ya que se prolongaron hasta los últimos días del mes, justo al vencimiento del plazo límite constitucional para decidir la aprobación o no del presupuesto.

164

Sin embargo, pese a que el martes 28 y el miércoles 29 de noviembre la alianza oficialista con el apoyo de algunos diputados independientes⁶⁷ se mantuvo cohesionada y sugería que tendría éxito para terminar de aprobar el presupuesto el jueves 30,⁶⁸ de forma sorpresiva, ese jueves 30 la bancada TODOS decidió romper la alianza oficialista, y con ello fracasó el intento de aprobación del presupuesto, con lo cual en 2018 se ejecutará el presupuesto de 2018, según lo norma la Constitución Política de la República. Pocos días después, los remanentes de la alianza oficialistas sufrieron otro revés al fracasar en sus intentos por elegir una junta directiva del Congreso de la República que respondiera a sus intereses.

Estos acontecimientos de la arena política tienen implicaciones serias para las posibilidades políticas de movilizar en 2018 recursos para los programas de VIH, debido a que:

- En el Ejecutivo se tiene, por un lado, la crisis aguda de legitimidad y la posición agresiva del presidente Jimmy Morales en detrimento de la lucha contra la corrupción y la impunidad en Guatemala; por el otro, se asiste al fracaso en el intento por aprobar el proyecto de presupuesto para 2018, lo cual limitará severamente el espacio de acción y maniobra del Gobierno. En particular, los programas de VIH podrían resultar negativamente afectados por la inacción, la falta de voluntad política o la falta de capacidad —técnica y política— para actuar del MSPAS y el Minfín. Existe incertidumbre sobre la forma y prioridades que este último ministerio seguirá en el proceso de adecuar el presupuesto de 2017 para ejecutarlo en 2018.
- En el Legislativo, los fracasos de la alianza oficialista en sus intentos por aprobar el proyecto de presupuesto y la elección de Junta Directiva para 2018 abrieron vacíos de poder y generaron mucha incertidumbre en cuanto a la correlación de fuerzas políticas dentro del Congreso. También, con respecto a cómo estas fuerzas se reacomodarán en las posiciones de poder y gobernanza parlamentaria, tales los casos de la Presidencia, la Junta Directiva, las presidencias de comisiones de trabajo y posibles cambios en la Instancia de Jefes de Bloque. En particular, destaca el conflicto surgido entre las bancadas TODOS y la oficialista FCN-Nación al retirarse la primera de la alianza y revertir su apoyo a la aprobación del proyecto de presupuesto. Esta acción prácticamente dejó a la alianza sin los votos requeridos para la mayoría simple, lo cual podría incluso prolongar la elección

67 Electos por los partidos Libertad Democrática Renovada y Patriota, desaparecido luego de las sanciones impuestas por el Tribunal Supremo Electoral luego de probárseles varias anomalías y la comisión de delitos electorales.

68 Por formalidades del proceso parlamentario de aprobación, se requerían tres sesiones ordinarias realizadas en tres días distintos, uno para cada una de las tres lecturas requeridas para la aprobación de una iniciativa de ley que no sigue el procedimiento de urgencia nacional.

de la Junta Directiva hasta enero de 2018. No debe descartarse la posibilidad de que otras fuerzas políticas también decidan abandonar la alianza oficialista, lo que significaría un reacomodo mayor entre los aliados del Gobierno. Quizás y aún más grave, esto deja en un nivel de incertidumbre la elección de los presidentes de las comisiones de trabajo del Congreso, las cuales resultan críticas para movilizar, en 2018, recursos para los programas de VIH: la CFPM y la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social (CSPAS). También deberían considerarse de interés las comisiones de Previsión y Seguridad Social, de Derechos Humanos y de Desarrollo Social.

B. Incertidumbre en el reacomodo de las fuerzas políticas obligará, en 2018, a redoblar los esfuerzos de vigilancia, incidencia y auditoría social activa

La incertidumbre que para el inicio de 2018 dejan los antecedentes y el contexto político de finales de 2017 hace imposible planificar acciones políticas claras y concretas en pro de la movilización de recursos públicos hacia los programas de VIH. Por ejemplo, como se explicó en la sección anterior, el hecho de que sea muy incierto el proceso político para la elección de las presidencias de comisiones de trabajo del Congreso de la República claves como la CFPM y la CSPAS ni siquiera permite identificar los interlocutores con quienes realizar posibles acercamientos.

165

Por el lado del Ejecutivo, es necesario esperar, como primer paso, que el Minfín defina, y ojalá publique, su plan para adecuar el presupuesto de 2017 a las realidades y necesidades de 2018. Una vez superada esta etapa, un segundo paso sería que el MSPAS defina y publique la adecuación de la estructura programática de su presupuesto a las necesidades y acciones que decidirá priorizar en 2018, para con ello, solo entonces, proceder a decidir el tipo de acción política a seguir.

Independientemente de esta incertidumbre y de la espera obligada frente al reacomodo de las fuerzas políticas en el Congreso de la República y los ajustes en los presupuestos por parte del Ejecutivo, es posible realizar algunas acciones en el inicio de 2018. Estas acciones serían necesarias para preparar el camino y sacar el mejor provecho una vez se abran ventanas de oportunidad para incidir en la movilización de recursos para los programas de VIH. Entre tales acciones se recomiendan las siguientes:

- Articular una alianza de organizaciones de la sociedad civil con interés en los programas de VIH, fijando como objetivo la movilización de recursos públicos para ellos. Mientras la alianza sea más diversa será mejor, lo cual implica, de ser posible, a organizaciones con distintos posicionamientos políticos, alcanzando idealmente a las afines al sector privado empresarial. Un criterio para la articulación de la alianza podría ser la disposición de apoyar propuestas específicas y concretas, por ejemplo, el dictamen favorable de la CSPAS y la aprobación de la iniciativa de ley número de registro 5126, Ley de Respuesta al Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Marco de los Derechos Humanos, entre otras (si las hubiese).
- Desde esta alianza diversa pero con un objetivo común, en enero de 2018 cabe iniciar una campaña pública manifestando la demanda ciudadana porque la CSPAS y la CPFM sean presididas por diputadas o diputados alejados del «Pacto de Corruptos», sensibles a la prioridad que debe otorgársele a los programas de VIH y dispuestos a comprometerse a observar políticas de trabajo de puertas abiertas, inclusión y transparencia. En particular, solicitar la disposición de recibir propuestas de la alianza y, si fuera el caso, solicitar el dictamen favorable de la CSPAS a la iniciativa 5126.

- También, desde esta alianza diversa, lograr una reunión con el ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Carlos Soto Menegazzo, y entregarle un pliego de solicitudes, haciéndole ver la necesidad de elevar la prioridad de los programas de VIH. Además, si corresponde, la alianza podría pedirle al ministro Soto una opinión técnica favorable, además de su participación activa y decidida para solicitar a la CSPAS dictamen favorable, y al Pleno del Congreso, la aprobación de la iniciativa 5126.
- La alianza diversa debería, además, lograr una reunión con el ministro de Finanzas Públicas, Julio Héctor Estrada, con el objetivo de solicitarle apoyo para elevar la prioridad presupuestaria y financiera de los programas de VIH, y entregarle por canal formal y oficial una solicitud escrita relativa a que la cartera de Finanzas asuma el compromiso de no reducir, y si las capacidades financieras del Estado lo permiten, más bien incrementar las asignaciones presupuestarias para esos programas. Entre el pliego de peticiones al Minfín podría incluirse una opinión técnica favorable en apoyo a la aprobación de la iniciativa 5126, así como, en caso decida presentarse al Congreso de la República, una iniciativa de ley con readecuaciones o ampliaciones presupuestarias, propuestas y recomendaciones específicas.
- Iniciar cuanto antes acercamientos con las diputadas y diputados que no integran el «Pacto de Corruptos», reconociéndolos como personas sensibles e identificadas con la necesidad de priorizar los programas de VIH, y sopesando la posibilidad de que se conviertan en aliados potenciales. Además del acercamiento, es importante proponer a estos diputados y diputadas que busquen presidir o integrar las comisiones de trabajo clave en el Congreso, entre ellas, prioritariamente, la CFPM y la CSPAS. También deberán realizarse eventos públicos o conferencias de prensa invitando a estas diputadas y diputados aliados, para sensibilizarlos, identificarlos públicamente como aliados o comprometerlos a que brinden su apoyo a las discusiones, acciones y decisiones parlamentarias que surjan.

Al haberse definido la Presidencia, la Junta Directiva y, sobre todo, las comisiones de trabajo del Congreso —en especial la CFPM y la CSPAS, como se ha reiterado—, y luego de que el Ejecutivo presente su propuesta de readecuación o ampliación del presupuesto de 2017 para adaptarlo a las realidades de 2018, se recomiendan las acciones siguientes:

- La alianza diversa de organizaciones de la sociedad civil debe iniciar acercamientos con las presidencias de la CFPM y la CSPAS, demandando espacios de participación y presentación de propuestas. En particular, solicitar a la CSPAS el dictamen favorable a la iniciativa 5126. Estas acciones, dirigidas a las presidencias de las comisiones de trabajo del Congreso de la República, deberán acompañarse con el uso intensivo de los medios de comunicación y las redes sociales para divulgar las demandas por espacios de participación, el posicionamiento, planteamientos y propuestas de la alianza diversa, con especial énfasis en la divulgación de demandas o propuestas específicas y concretas.
- La alianza debe procurar mantener un perfil mediático constante, con acciones o eventos que reciban cobertura periodística, por lo menos una vez al mes. Esta acción generará un valioso reconocimiento público, con el cual, llegado el caso, se podrá ejercer presión sobre la CFPM y la CSPAS, o el Minfín o el MSPAS. Para el efecto, además de eventos públicos y conferencias de prensa cuando la situación lo amerite, se recomienda hacer una gira de visitas a directores de medios y editores, así como desayunos informativos para sensibilizar a reporteros que cubren el Congreso de la República, el MSPAS o el Minfín, o que hayan demostrado interés y/o sensibilidad frente al tema de VIH.

- Recomendar al Minfín y al MSPAS desarrollar un plan de capacitación en materia de adquisiciones públicas y administración financiera especialmente diseñado para los programas de VIH, que fije como meta la profesionalización y capacitación con alto nivel de especialización de las y los funcionarios encargados de las adquisiciones públicas y la administración financiera. La alianza podría evaluar la posibilidad de que para este plan de capacitación se cuente con el apoyo del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), o de alguna de las universidades del país.
- Una vez hechas las readecuaciones y adaptaciones presupuestarias, solicitar al MSPAS que publique y divulgue sus planes operativos para los programas de VIH. La alianza debería hacer público un análisis crítico de estos planes, divulgándolo en un documento ejecutivo.
- Articular, en el seno de la alianza diversa de organizaciones de sociedad civil, las capacidades para ejercer auditoría social efectiva de los planes operativos, metas y resultados de los programas de VIH, y elaborar reportes ejecutivos periódicos (idealmente en forma trimestral) del seguimiento a estos instrumentos y, en general, de la auditoría social ejercida.
- Realizar por lo menos un evento en el que la alianza diversa busque apoyos entre los miembros de la comunidad internacional, con énfasis en los más sensibles y comprometidos con temas de derechos humanos y financiamiento del gasto social, o directamente comprometidos con temas de VIH. Este evento buscaría comprometer apoyos cuando la situación lo amerite.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. En un país de renta media como Guatemala, con las cifras de prevalencia, los costos asociados al tratamiento de la enfermedad y su peso dentro del presupuesto nacional (que llega a ser de menos del 1.0%), el financiamiento de programas que mejoren la situación del VIH no tiene como limitante la restricción presupuestaria, sino la voluntad política. ¿Acaso el país no puede destinar, en promedio, Q500.0 millones al año para mejorar la situación de las personas que viven con VIH/sida?
2. Las características de la epidemia de VIH le confieren una complejidad considerable en la que no solo los muy estudiados factores biológicos intervienen. En la diseminación de la enfermedad intervienen factores sociales, económicos, políticos y culturales que deben ser considerados de forma sistémica.
3. En aras de la eficiencia y efectividad, pero sobre todo de la sostenibilidad, toda intervención desarrollada en el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (PNS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) requiere ser incorporada a los procesos de atención desde una perspectiva integral y no segregada del resto de programas, que al final utilizan el mismo aparato administrativo, el mismo sistema de logística, los mismos procesos de compras y contrataciones, y los mismos recursos humanos.
4. En cuanto a las intervenciones para la atención de una epidemia, cualquiera que esta sea, se requiere una serie de acciones que se inscriben en tres criterios: disminuir la presencia del agente, en este caso del VIH; aumentar la capacidad de resistencia inmunológica del paciente, con vacunas, por ejemplo; o interrumpir la transmisión modificando el ambiente donde se logran encontrar el agente productor y la persona susceptible. En el caso de la epidemia de VIH, en la cual no se puede suprimir la presencia del virus y no existe vacuna

efectiva, la única alternativa de contención de la epidemia es modificar las conductas de riesgo mediante acciones de prevención primaria y tratar los casos para reducir las oportunidades de contagio.

5. Entre las características de la epidemia de VIH en Guatemala resalta el hecho de que en las poblaciones de predominancia indígena, con una economía familiar deprimida, donde la población tiene poco acceso a la educación y a los servicios de salud, las estimaciones de prevalencia son bajas, en comparación con otras regiones del país menos deprimidas. Esto abre la interrogante de si esta estimación de la prevalencia en esas regiones es real o si está subestimada.
6. En el período comprendido entre 2007 y 2016, el PNS ha tenido un techo presupuestario de Q669.9 millones para acciones relacionadas con VIH, monto del cual solamente se devengaron Q564.5 millones (un 84.3% de ejecución). Lo anterior implica ineficacia del gasto público y, por consiguiente, espacios para promover mecanismos de coordinación institucional que coadyuven a mejorar los procesos y acciones para garantizar el derecho a la salud y la reducción del VIH.
7. La situación de la política fiscal en Guatemala es compleja, pero la sostenibilidad del gasto en VIH pasa forzosamente por conocer las necesidades y retos futuros, para con ello realizar acciones de incidencia que legitimen y justifiquen la búsqueda de fuentes de financiamiento. Desde esa perspectiva, se estima que se necesitarán Q272.4 millones en 2020 y Q388.9 millones en 2026.
8. Existen amplios espacios que pueden ser explotados por las autoridades fiscales del país para mejorar la tributación sin la necesidad de incrementar las tasas vigentes, aunque obtener mejoras en este sentido constituye más una tarea de mediano, que de corto plazo. Se estima que los espacios fiscales de que dispone el Estado de Guatemala en el mediano plazo para asegurar el financiamiento relacionado con VIH y cualquier programa de bienestar ascienden a un 15.2% del PIB; ello si se adoptan los cambios legales y se toman las decisiones políticas necesarias propuestas en el documento. Entre las filtraciones que socavan la recaudación se tienen: evasión del IVA (2.6% del PIB), evasión del ISR (5.2% del PIB), escudos fiscales en el ISR (4.1% del PIB), gasto tributario (2.3% del PIB) y flujos ilícitos de capitales (1.0% del PIB).
9. El fracaso por aprobar el proyecto de presupuesto para 2018 limitará severamente el espacio de acción y maniobra del Gobierno. En particular, los programas de VIH podrían resultar negativamente afectados por la inacción, la ausencia de voluntad política o la falta de capacidad de actuación —tanto técnica como política— del MSPAS y el Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin). En este sentido, se tiene incertidumbre sobre la forma y prioridades que el Minfin seguirá en el proceso de adecuar el presupuesto de 2017 para ejecutarlo en 2018.

Recomendaciones

1. Adoptar un enfoque sistémico en el afrontamiento de la epidemia de VIH, es decir, que en el diseño de las intervenciones se consideren todos los aspectos relacionados con la producción de la epidemia, tales como lo social, cultural, político y económico, y en donde la segregación de servicios y la competencia por los recursos sean limitadas.
2. El modelo de costeo desarrollado sobre la base de la metodología de gestión por resultados permite identificar las brechas de eficacia y efectividad de este gasto público. En ese sentido, es necesario que el Estado de Guatemala siga profundizando en esta

metodología para disminuir las brechas entre lo efectivamente devengado al final del año y lo asignado a inicios del período fiscal. A su vez, este modelo debería replicarse en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Esto implica incluir en el plan estratégico y en los planes operativos del MSPAS acciones que permitan a la red de servicios abordar las necesidades particulares del PNS, sin segregar los procesos y sin volverlos exclusivos.

3. Si bien en Guatemala la epidemia de VIH no ha llegado a niveles alarmantes como en África Subsahariana y considerando que el monto anual que se requiere para atender el flagelo no implica grandes esfuerzos presupuestarios, el país no debe darse el «lujo» de tener un gasto en VIH tan insostenible año tras año. Esto significa que las inversiones para este grupo poblacional no deberían reducirse, sino incrementarse anualmente y, en caso se llegase al extremo de experimentar una reducción, debe contarse con un plan para restituir los ingresos que dejaran de percibirse en un período fiscal determinado.
4. Guatemala ha realizado bastante investigación en materia de cuentas nacionales en VIH, así como en financiamiento de esta enfermedad y del sector salud; sin embargo, existen pocos (o nulos) estudios sobre la eficacia del gasto público en VIH, es decir, estudios que den respuesta a la interrogante sobre qué cambios positivos provoca este gasto en sus beneficiarios, en qué cuantía y con qué criterios de equidad. Algunas de las respuestas frente a estas interrogantes podrían dilucidarse mediante un estudio sobre la eficacia del gasto público en VIH.
5. Incrementar las acciones de atención primaria (tales como la educación sexual y reproductiva en ambientes escolares y laborales) con más vehemencia y recursos que los actuales y, sobre todo, desarrollar acciones con pertinencia intercultural, considerando que los materiales y procesos de educación sobre la epidemia deben incluir versiones mediadas en idiomas mayas.
6. Desarrollar acciones que reduzcan la influencia de la industria farmacéutica en el diseño e implementación de las intervenciones y aumentar el número de patentes liberadas. A la vez, incrementar las capacidades de producción de medicamentos de las entidades públicas con el objeto de mejorar la accesibilidad a ellos.
7. Para la eliminación de las filtraciones en el sistema tributario se necesita voluntad política definida y decidida, no solo para discutir estos temas, sino para convencer al Congreso de la República de adoptar aquellos cambios legales que sean necesarios. Para combatir la evasión en el ISR y el IVA es suficiente con la voluntad política del Organismo Ejecutivo y la Superintendencia de Administración Tributaria (SAT), por lo que este combate se convierte en el primer camino a seguir.
8. Por el lado del Ejecutivo, es necesario esperar como primer paso que el Minfín defina y publique su plan para adecuar el presupuesto de 2017 a las realidades y necesidades de 2018. Una vez superada esta etapa, un segundo paso sería que el MSPAS defina y publique la adecuación de la estructura programática de su presupuesto a las necesidades y acciones que decidirá priorizar en 2018, para con ello, solo entonces, proceder a decidir el tipo de acción política a seguir.

Referencias bibliográficas

173

Bornschein, D. (2017). *Antecedentes: El caso de las migraciones en Guatemala, causas y cifras*. Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso).

Castellanos, P. (1998). «Los modelos explicativos del proceso de salud-enfermedad: Los determinantes sociales». En F. Martínez (editor), *Salud pública* (págs. 81-102). México: McGraw-Hill Interamericana.

Centro Nacional de Prevención ITS-VIH/sida. (2016). *Guía para los comunicadores sociales VIH/sida*. Cuba. Disponible en: <http://temas.sld.cu/vihsida/estrategia-cubana-en-respuesta-a-la-epidemia-de-vihsida/campanas-y-comunicacion-social/>.

Clark, Gurney (1954). *Natural History of Syphilis and Levels of Prevention*.

Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (2009). *La gestión para resultados en el nuevo marco de la cooperación internacional para el desarrollo*. España.

Fenochietto, R., & Pessino, C. (2013). *Understanding Countries' Tax Effort*. IFM Working Papers.

Frenk, J. (1994). *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).

Gaspar, V., & Jaramillo, L. (2016). *Tax Capacity and Growth : Is there a Tipping Point?* IFM Working Papers.

Guardado-Escobar, M.E.; Ortega, S.; García, Z.Y. (2017). *Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH-sida en Guatemala, 2017*. Guatemala: Hivos, Tephinet, MSPAS.

Guttmacher Institute. (2014). *Sexual and Reproductive Health of Young Women in Guatemala*. New York.

Icefi/Unicef (2011). *El remedio de nuestro males. Análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021*. Guatemala: Serviprensa.

INE (2015). *Encuesta nacional de condiciones de vida 2014*. Guatemala [en línea, en formato PDF], disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/12/11/vjNVdb4IZswOj0ZtuivPlcaAXet8LZqZ.pdf>. Recuperado el 30 de noviembre de 2016.

INE (marzo de 2016). *Encuesta nacional de empleo e ingresos 2016 (ENEI I)*. Guatemala [en línea, en formato PDF], disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/09/22/PKdhtXMmr18n2L9K88eMIGn7CcctT9Rw.pdf>. Recuperado el 30 de noviembre de 2016.

ITPC (2013). *II Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARVs) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Guatemala.

ITPC-LATCA (2015). *Estudio sobre barreras legales en Guatemala de la propiedad intelectual aplicada a la adquisición de medicamentos ARV para VIH*. Guatemala.

Irías, J. (2002). *Catálogo de términos y sus definiciones utilizadas en administración financiera y administración tributaria*. Guatemala.

Izazola, J., Arán, D., & Valladares, R. (2003). *El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Lancet HIV (2015). *PrEP: why are we waiting?* Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018\(15\)00185-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018(15)00185-X.pdf)

MfDR (2004). *Managing for Development Results*. Disponible en: <http://www.managingfordevelopmentresults.org/2ndRoundtable.html>.

Minfin (2004). *Manual de clasificaciones presupuestarias para el sector público de Guatemala, Acuerdo Gubernativo 215-2004*. Guatemala: Ministerio de Finanzas Públicas.

Minfin (2013). *Proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos del Estado para el ejercicio fiscal 2013*. Guatemala: Ministerio de Finanzas Públicas.

Minfin (2016). «Presupuesto general de ingresos y egresos del Estado para el ejercicio fiscal 2016 y multianual 2016-2018». En *Metodología de la Gestión por Resultados*. Guatemala.

Minfin (s/f). *Aprendiendo aspectos básicos sobre el presupuesto*. Guatemala [en línea, en formato PDF], disponible en: http://consultaciudadana.minfin.gob.gt/Documents/Aprendiendo_Aspectos_B%C3%A1sicos_del_Presupuesto%20v1.1.pdf.

Minfin/DTP (2013). *ABC de gestión por resultados*. Guatemala.

Minfin/DTP (2013a). *Manual de clasificaciones presupuestarias para el sector público de Guatemala*. Guatemala.

Minfin/Segeplán (2013). *Guía conceptual de planificación y presupuesto por resultados para el sector público de Guatemala*. Guatemala.

- MSPAS (2008). *Lineamientos para la Orientación en ITS, VIH y sida*. Guatemala: DGRVCS/PNS.
- MSPAS (2009). *Normas de atención integral en salud para el primero y segundo nivel*. Guatemala: DRPAP.
- MSPAS (2013a). *Plan nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita 2013-2016*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS (2013b). *Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala*. Guatemala: DRPAP/PNS.
- MSPAS (2016). *Análisis de la situación de salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS (2016a). *Tercera medición de metas regionales de recursos humanos para la salud. Informe final, Desafíos de Toronto*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS (2016b). *Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida, Guatemala 2017-2021*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS/INE (2017). *VI Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015. Informe final*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS/UPE (2016). *Cuentas nacionales de salud: Financiamiento de la salud en Guatemala período 1995-2015*.
- OCDE/DAC (2008). *Buenas prácticas emergentes en la gestión para resultados en el desarrollo*. Tercera edición, Washington D.C.
- Onusida (2009). *Megas, medición del gasto en sida: Clasificación y definiciones*. Ginebra: Onusida.
- Onusida (2015). *Invertir en Prevención del VIH*. Ginebra [en línea, en formato PDF], disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_es.pdf Recuperado el 30 de noviembre de 2016.
- Onusida (2016). *Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala*. Guatemala: Serviprensa.
- Onusida (4 de octubre de 2017). *AIDSinfo*. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/#>.
- Onusida (2017). *UNAIDS DATA 2017*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- OPS, OMS, Onusida y IAPAC (2001). *Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/sida en las Américas*. Informe resumido [en línea, en formato PDF], disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_summary_span.pdf.
- OPS/OMS (s/f). *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala*. Guatemala.
- PNS/MSPAS (2010). *Medición del gasto en sida Guatemala 2006*. Guatemala: USAID.
- PNS/MSPAS (2011). *Informe final de la medición del gasto en sida 2007 y 2008*. Guatemala: Proyecto GTM5R 103 Holanda.
- PNS/MSPAS (2012). *Informe final de la medición del gasto en sida en Guatemala 2009 y 2010*. Guatemala: USAID/PASCA.

PNS/MSPAS (2015a). *Informe final de medición del gasto en sida Guatemala 2011-2012*. Guatemala: USAID.

PNS/MSPAS (2015b). *Informe final de la medición del gasto en sida 2013*. Guatemala: USAID/PASCA.

PNS/MSPAS (2016a). *Informe final de medición de gasto en sida, Megas 2014*. Guatemala: USAID.

PNS/MSPAS (2016b). *Informe de la medición del gasto en sida, Megas 2015*. Guatemala: USAID.

PNUD (2016). *Mas allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe nacional de desarrollo humano 2016*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PNS (2017). *Informe Nacional de la Cascada del Continuo de Atención en VIH, medición del indicador sobrevida, Guatemala 2015*. Guatemala: USAID.

176

Procurador de Derechos Humanos (2016). *Informe anual circunstanciado: Situación de los derechos humanos y memoria de labores 2015*. Guatemala [en línea, en formato PDF], disponible en: http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/Informes%20Anuales/iac_2015._f0.pdf.

Schwartzlander, B., et al. (2001). *Resource Needs for HIV/AIDS*. Science 29 de junio 2001, 292, 2434-2436.

Puras, J. (2014). *Manual sobre gestión para resultados de desarrollo*. Madrid: Fundación Humanismo y Democracia.

Segeplán (2015). *Informe final de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Guatemala: Segeplán.

Sidalac (2000). *Guía técnica para la estimación de cuentas nacionales en VIH/sida*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

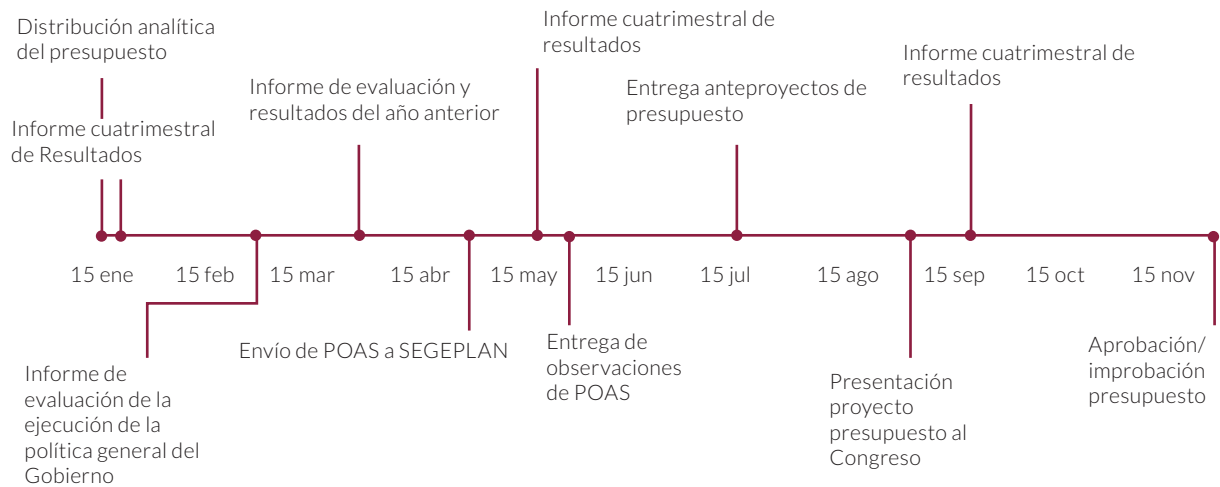
Solís, M. (2012). *Informe de evaluación de la política 638-2005 (Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la respuesta a la epidemia del sida)*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

The Futures Group International (2001). *Modelo Goals: Para calcular los efectos de las decisiones sobre asignación de recursos respecto del logro de metas del Plan estratégico sobre el VIH/SIDA*. USAID.

Transparency International (2017). *Corruption Perceptions Index 2016*. TI.

Valladares, R., & Barillas, E. (2000). *Cuentas nacionales en VIH/sida: Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/sida, Guatemala 1997/1998*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.

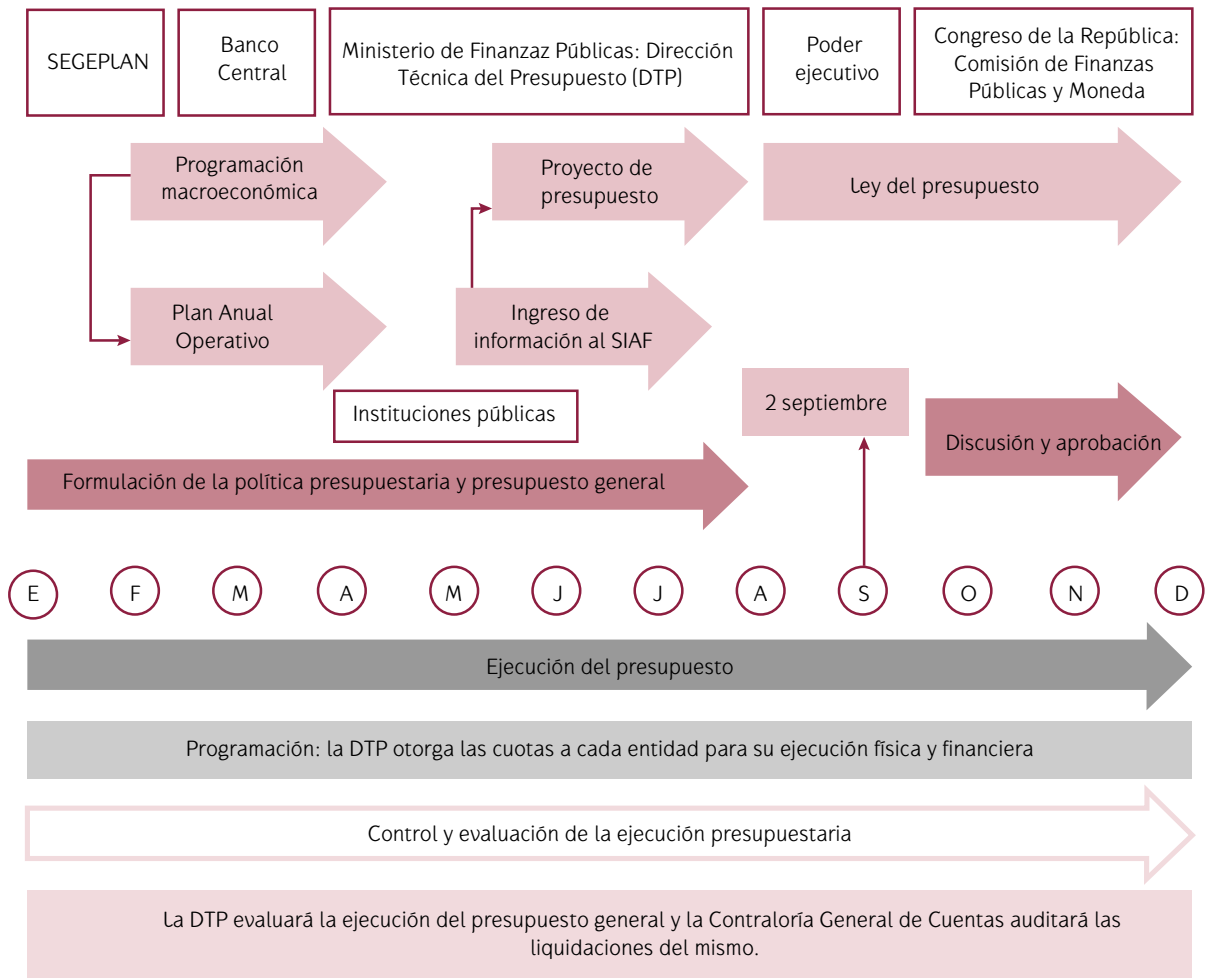
anexos



FECHA	HITO	OPORTUNIDAD DE TRABAJO
15-ene.	Distribución analítica del presupuesto	Identificar la distribución programática del presupuesto para el próximo periodo fiscal
20-ene.	Informe cuatrimestral de resultados	Cada cuatrimestre Segeplan, presenta al Congreso de la República un informe del cuatrimestre anterior, este informe se debería estudiar para conocer los avances, obstáculos y retroceso que el programa de VIH esté experimentando
28-feb.	Informe de evaluación de la ejecución de la política general del Gobierno	Con este informe inicia el ciclo de presupuesto cada año, y sirve de base para la formulación del presupuesto del próximo año.
30-mar.	Informe de evaluación y resultados del año anterior	
30-abr.	Envío de POAS a Segeplan	En abril de cada año se debe solicitar a Segeplan los POAS del tema de VIH para el próximo año para identificar las áreas que se deban reforzar.
20-may.	Informe cuatrimestral de resultados	
30-may.	Entrega de observaciones de POAS	De igual manera entre abril y mayo se puede hacer incidencia en Segeplan para que ellos sugieran a las entidades de Estado respectivas las correcciones que hayan que hacer en materia de actividades para el VIH
15-jul.	Entrega anteproyectos de presupuesto	Este proceso es difícil conocerlo pues es cuando el Ministerio de Finanzas debe de integrar todos los presupuestos institucionales en uno sólo, pero se esperaría que el ejercicio de revisión de los POAS en abril y mayo haya sido efectivo
2-sep.	Presentación proyecto presupuesto al Congreso	Se inicia la fase de cabildeo en el Congreso con las Comisiones de Salud, Derechos Humanos, Finanzas y del Menor y la Familia.
20-sep.	Informe cuatrimestral de resultados	
30-nov.	Aprobación / improbación presupuesto	

GUATEMALA: CRONOGRAMA DEL PRESUPUESTO

178



Fuente: Icefi/Banco mundial sobre la base de la Ley Orgánica del Presupuesto



con el apoyo de:



El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

ISBN: 978-9929-674-59-2



9 789929 674592