

EVALUACION
PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LA RESPUESTA
DEL SISTEMA DE SALUD
AL VIH EN GUATEMALA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

EVALUACION
PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LA RESPUESTA
DEL SISTEMA DE SALUD
AL VIH EN GUATEMALA



ISBN 978 - 99922 - 963 - 8 - 7

*La OPS/MS se reserva todos los derechos legales de reproducción de este documento.
Se autoriza la reproducción o traducción, siempre y cuando se cite la fuente.*

EVALUACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD AL VIH EN GUATEMALA

PRESENTACIÓN.....	11
RESUMEN EJECUTIVO.....	13
1. EL MÉTODO DE LA EVALUACIÓN.....	19
1.1 Marco conceptual.....	21
1.2 Etapas de la evaluación.....	24
2. CONTEXTO NACIONAL.....	29
2.1 Situación de la economía y el desarrollo social.....	31
2.2 Situación de salud.....	33
2.3 El marco de los compromisos internacionales.....	34
2.3.1 Compromisos internacionales, organizados por componente del sistema de salud.....	35
2.3.2 Convenios y declaraciones internacionales de Derechos Humanos y VIH.....	36
2.4 El marco jurídico, político y estratégico.....	38
2.4.1 Marco jurídico y de Derechos Humanos.....	38
2.4.2 Plan Nacional de Salud.....	40
2.4.3 Agenda Nacional de Salud 2007-2020.....	40
2.5 Compromiso nacional en el PEN.....	42
3. CARACTERIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA.....	45
3.1 Epidemiología del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).....	49
3.2 Epidemiología de la infección por VIH.....	55
3.3 Epidemiología de la infección por sífilis.....	62
4. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA AL VIH.....	65
4.1 Hitos en la respuesta nacional.....	67
4.2 La organización de los actores en la respuesta del sistema de salud.....	69
4.2.1 Organización para la atención y gestión del MSPAS en VIH.....	72
4.2.2 El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS).....	75
4.2.3 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).....	78
4.3 Modelo de atención al VIH y sida.....	78
4.3.1 El modelo de atención en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	79
4.3.2 El modelo de atención en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)..	82

4.4	Análisis de la respuesta por componente programático.....	83
4.4.1	Prevención.....	83
4.4.1.1	Prevención en la población objetivo del PEN.....	84
4.4.1.2	Prevención en otros grupos definidos en el PEN.....	90
4.4.2	Atención integral.....	92
4.4.2.1	Cobertura de tratamiento ARV.....	92
4.5	Oportunidades perdidas y sus consecuencias financieras.....	93
4.5.1	Oportunidades perdidas en los bancos de sangre.....	94
4.5.2	Costos de oportunidades perdidas en PTMH.....	95
4.6	La respuesta a la epidemia de VIH y sida en el marco de los Derechos Humanos.....	96
5.	RESUMEN DE HALLAZGOS E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LIMITANTES EN EL SISTEMA DE SALUD.....	107
5.1	Rectoría y gobernanza.....	109
5.2	Financiamiento y aseguramiento.....	112
5.3	Organización y provisión de servicios.....	116
5.4	Recursos Humanos.....	119
5.5	Medicamentos y tecnologías.....	120
5.5.1	Protocolos de tratamiento (ARV) y lista de medicamentos.....	120
5.5.2.	Uso racional de medicamentos.....	121
5.5.3	Política y gestión del suministro de medicamentos.....	122
5.5.4	Mecanismos de compra e impacto en el costo del ARV.....	124
5.5.5	Sangre segura.....	128
5.6	Sistemas de información y vigilancia.....	130
6.	RECOMENDACIONES.....	135
6.1	Rectoría y gobernanza.....	137
6.2	Financiamiento y aseguramiento.....	138
6.3	Organización y provisión de servicios.....	140
6.4	Recursos humanos.....	143
6.5	Medicamentos y tecnología.....	144
6.5.1	Medicamentos.....	144
6.5.2	Bancos de sangre.....	145
6.6	Sistemas de información y vigilancia.....	146
6.7	Recomendaciones para cautelar los Derechos Humanos.....	148
6.8	Recomendaciones priorizadas.....	149
Anexo I	155
	Áreas y establecimientos de salud visitados	
Anexo II.....		157
	Personas entrevistadas	

Anexo III.....	158
Participantes en la evaluación	
Anexo IV.....	160
Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos	
Anexo V.....	162
Resumen de leyes relacionadas con la salud y la respuesta nacional al VIH y sida	
Anexo VI.....	165
Estimación de niños infectados por exclusión y por oportunidades perdidas	

Nota: Las cifras se presentan en US\$, para lo cual se utilizó los mismos tipos de cambio que en el MEGAS y que provienen del Banco de Guatemala como sigue: 2004=7.96; 2005=7.65; 2006=7.61; 2007=7.61 y 2008=7.61

ABREVIATURAS

ARV	Antirretrovirales
CAI	Centros de Atención Integral
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CONASIDA	Comisión Nacional de Sida
HSC	Hombres que tienen sexo con hombres
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCP-G	Mecanismo Coordinador de País de Guatemala
ME	Mujeres Embarazadas
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MSF	Médicos sin Fronteras
MTS	Mujeres trabajadoras del sexo
MVVS	Mujeres viviendo con VIH y sida
OBC	Organizaciones de Base Comunitarias
ONG	Organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH, Sida
PEN	Plan Estratégico Nacional

PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida
PMTBS	Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre
PPL	Personas privadas de libertad
PTMH	Prevención de la transmisión madre-hijo
PVV	Personas con VIH
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadoras(es) del sexo
UDI	Usuarios de drogas inyectables
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

Durante el año 2008, el Programa Nacional para la Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida de Guatemala (PNS) con la activa participación de la cooperación internacional, realizó una serie de esfuerzos orientados a mejorar el conocimiento de la epidemia y fortalecer la respuesta necesaria para alcanzar las metas contenidas en el Objetivo número 6 de las Metas del Milenio, el cual señala: Combatir el VIH y Sida, el paludismo y otras enfermedades. Entre estas actividades se realizó el estudio sobre el perfil epidemiológico integrado sobre VIH y Sida, se condujo un análisis de implementación de la Política Nacional y el análisis de la estructura organizativa del Ministerio de Salud, una estimación del costo del Plan Estratégico Nacional, y se continuó perfeccionando los ejercicios de Medición del Gasto en Salud (MEGAS).

Como parte de estos esfuerzos tendientes a obtener información relevante para mejorar la efectividad de la respuesta, el MSPAS solicitó a la Organización Panamericana de la Salud cooperación para realizar una evaluación que -en el marco del Plan Estratégico Nacional 2006-2010- permitiera identificar los progresos, obstáculos, brechas y retos que enfrenta el país para alcanzar las metas propuestas. En respuesta a esta solicitud, la OPS asumió la coordinación técnica del ejercicio de evaluación de la respuesta del Sistema de Salud ante la epidemia de VIH, la cual se reporta en este documento. Convocó a un grupo de expertos en diversos temas propios a la respuesta programática al VIH, así como a temas referentes al sistema de salud. Se trabajó en estrecha colaboración con el MSPAS/PNS, IGSS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, USAID, CDC, y otros socios representantes de la sociedad civil. El proceso de planificación del ejercicio y recolección de información se inició durante el último trimestre de 2008 y la etapa de análisis en el país se llevó a efecto a partir de febrero de 2009.

Este documento contiene los principales hallazgos del estudio y un conjunto de conclusiones y recomendaciones que se estiman adecuadas para el fortalecimiento de la respuesta al VIH y sida, así como para la elaboración del nuevo Plan Estratégico Nacional para el período 2011-2015.

La OPS agradece el espíritu de colaboración de cada una de las entidades y personas que participaron en las distintas etapas de esta evaluación, y confía en que la información que aquí se entrega sea útil para la toma de decisiones hacia la construcción de una respuesta sostenida al VIH en Guatemala.

RESUMEN EJECUTIVO

La Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala es el segundo estudio de este tipo que se ha llevado a cabo por parte de OPS, a nivel latinoamericano en este tema. El producto esencial esperado es que los hallazgos y recomendaciones de la evaluación sean utilizados para tomar decisiones, a nivel político, gerencial y programático; dichas decisiones estarán enfocadas en mejorar la efectividad en la utilización de los recursos que el país ha movilizados para alcanzar la meta de acceso universal a prevención, tratamiento y cuidados de ITS y VIH.

El informe de la evaluación consta de cinco capítulos. El primero de ellos, El método de evaluación explica las etapas de la investigación, así como el marco conceptual que orientó el trabajo. La evaluación se inició con la recopilación y revisión de documentación disponible, posteriormente se recolectó información en campo, para ello se tomó una muestra de las áreas de salud, de los municipios y los establecimientos, también se entrevistó a usuarios del sistema de salud. En la recolección de información se contó con el apoyo del personal de Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS). Luego de recoger la información necesaria, ésta se analizó y se elaboró el informe. El informe fue difundido y validado por medio de reuniones con los participantes en la evaluación.

En el segundo capítulo, Contexto nacional, se presentan los principales datos contextuales que son el punto de referencia en el que se ubica la epidemia de VIH en Guatemala. Estos datos se refieren principalmente a la economía y el desarrollo social de Guatemala. La economía guatemalteca no ha escapado al impacto de la crisis financiera internacional. La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) se redujo de 5.7% en 2007, a 4% en 2008 y para el presente año el último ajuste a la proyecciones del Banco de Guatemala la ponen entre 1 y 2%. A la caída de los ingresos por exportación, se suman las condiciones más severas de acceso al crédito y la reducción de las remesas familiares del exterior. En estas circunstancias, se hace aún más imperiosa la necesidad de mejorar la calidad de la inversión que el país está haciendo en el control de la epidemia del VIH, tanto con recursos públicos como externos no reembolsables. Los programas sociales de gobierno, presentan oportunidades para fortalecer la respuesta al VIH. En este capítulo es posible hallar una serie de datos esenciales para comprender la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala. Aquí se encuentran los principales compromisos que Guatemala ha asumido ante entidades y organismos internacionales en materia de VIH y sida. Existen compromisos definidos en las áreas de rectoría y gobernanza; financiamiento y aseguramiento; organización y provisión de servicios; medicamentos y tecnología; sin embargo, no fue posible identificar compromisos claros en las áreas de recursos humanos e información y vigilancia, aunque se reconoce la importancia de ambos componentes en el esfuerzo por alcanzar una mejor respuesta a la epidemia de VIH.

En el tercer capítulo, Caracterización de la epidemia de VIH y sida, se identifican las características de la epidemia de VIH y sida en Guatemala por medio de un panorama general sobre el efecto que ha tenido en la población guatemalteca y en poblaciones en mayor riesgo. Se resalta que la situación de la epidemia se describe como concentrada; aunque en algunas zonas geográficas, la epidemia se presenta como generalizada por la alta prevalencia de mujeres embarazadas. Esto requiere que se utilicen estrategias diferenciadas por zona geográfica. Además, el 60% de los casos se concentran en el grupo de edad entre 20 y 39 años, siendo las mujeres uno de los grupos de mayor riesgo. Hasta ahora, 70.64% de los casos se concentra en la etnia ladina, aunque este dato puede verse influido por el bajo porcentaje de la etnia maya que tiene acceso a servicios de diagnóstico. Se encontró que los departamentos con mayor número de casos reportados son: Guatemala, Izabal, Escuintla, Petén, San Marcos, Retalhuleu y Quetzaltenango.

En el cuarto capítulo, Caracterización de la respuesta al VIH, se presenta un análisis detallado de la forma en que el sistema de salud guatemalteco ha respondido a la epidemia, así como las debilidades que es posible identificar en el mismo. Es importante señalar que dicha respuesta comenzó a ser ofrecida por la iniciativa privada no lucrativa y con colaboración de la comunidad internacional, de alguna forma, esto explica que la respuesta se haya desarrollado de una manera atomizada y fragmentada desde su origen. La participación del sector público se inició en 1991 con la creación del Programa Nacional de Control y Prevención de ITS, VIH y Sida (PNS). El sistema de salud se caracteriza por ser segmentado y la respuesta la VIH se ve afectada y limitada por ello, presentando un modelo de atención diferente al que sigue el sistema de salud. La rectoría de las acciones nacionales para el control de VIH y sida es responsabilidad del PNS. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) atiende operativamente el VIH por medio de los centros de salud y las unidades de atención integral. El IGSS, por su parte, provee atención a sus afiliados y familiares beneficiarios. En esta evaluación se pudo comprobar que en el modelo de atención del MSPAS, el usuario que ingresa al sistema no sigue una ruta crítica inequívoca, dicha ruta no está determinada por la pertinencia y calidad de atención, sino por el punto de entrada al sistema. Por otra parte, el MSPAS y el IGSS utilizan protocolos diferentes en el tratamiento de los pacientes, lo cual resulta en que el MSPAS tenga que usar protocolos de costa más alto cuando le son transferidos pacientes del IGSS. Los puntos críticos en los que el sistema de salud pierde la oportunidad de identificar e informar a la persona en su condición de VIH+ son: en los bancos de sangre a donde acuden donadores; en la prevención de la transmisión de madre a hijo, y en el sistema para informar a las personas que se hacen la prueba acerca del resultado de la misma.

En el quinto capítulo se presenta un Resumen de hallazgos e identificación de factores limitantes en el sistema de salud. Se describe las limitaciones y debilidades encontradas, las cuales se agrupan de acuerdo a los seis componentes del sistema de salud que identifica la OMS y que el Fondo Mundial ha adoptado para el financiamiento de intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud.

En lo referente a rectoría y gobernanza, la evaluación pudo constatar que el PNS ha visto afectada su dirección estratégica debido al sistema de provisión de servicios fragmentado y segmentado, asimismo, la cooperación externa, con frecuencia, no está

alineada con los planes y estrategia nacionales. Si bien los hallazgos se presentan por componente del sistema de salud, es necesario tener presente que muchos de ellos tienen sus causas en las dificultades expuestas en el componente de rectoría y gobernanza.

En el financiamiento y aseguramiento, los datos disponibles en el país indican que no será posible mantener, menos aún ampliar, una respuesta sostenida al VIH, si ésta se sigue entregando con las características que ha tenido hasta ahora. La sostenibilidad de la respuesta es un motivo de preocupación permanente, particularmente porque la capacidad de la respuesta depende de los recursos de donación externos que, por definición, son transitorios. No se conoce de un plan concreto del Estado guatemalteco para proveer los recursos que le den continuidad a las acciones que en la actualidad son desarrolladas y otras que en el futuro sean necesarias. El análisis demuestra que existe espacio para utilizar los fondos externos de una manera más conducente a una respuesta económicamente sostenible.

En la organización y provisión de servicios se resalta que la respuesta al VIH se da, igual que en el resto del sistema de salud, de manera fragmentada y segmentada. El factor limitante clave en la capacidad de respuesta al VIH es el hecho que ésta se da con una organización y modelo de atención diferente del que se sigue en el sistema de salud. Por ejemplo, la disponibilidad de servicios apropiados para la atención de VIH y sida se concentra en la capital del país y principales centros urbanos, y por lo tanto, no se garantiza la integralidad y continuidad de la atención en todos los niveles de la red de servicios. La prevención de la transmisión madre-hijo se ve limitada debido a que no hay disponibilidad universal de insumos, ni capacidad técnica para realizar en toda embarazada la toma de muestra y prueba para VIH y sífilis con adecuada calidad. En algunos servicios estatales persisten actitudes de homofobia, discriminación, maltrato, demora o negación de la atención a personas afectadas con VIH y sida, todo lo cual se constituye en barreras al acceso.

Con respecto a los recursos humanos, se encontró que no existe suficiente personal, tanto en el MSPAS como en el PNS, en las distintas disciplinas necesarias para dar una adecuada respuesta, no hay una planificación de recursos humanos y se carece de un proceso sistemático de selección, dotación y retención del personal de salud. Los recursos humanos que trabajan en VIH, en general, tienen condiciones contractuales diferentes a las del resto de personal del sistema público.

En medicamentos y tecnología, se hizo evidente que hay espacio para mejorar la gestión y el uso racional de medicamentos. Se constató que, a pesar de existir un protocolo de tratamiento y lineamientos para su uso, los proveedores de servicios utilizan diferentes protocolos de tratamiento en función de la fuente de financiamiento y no de acuerdo a un criterio clínico. Esto genera problemas en el manejo de la epidemia debido a la aparición de drogoresistencia y uso innecesario de protocolos de mayor costo. Este es un tema que necesita ser abordado desde la rectoría. Un punto importante fue la constatación de la buena experiencia, en términos de contención de costos, que representó para el MSPAS firmar el convenio de adhesión al Fondo Estratégico con OPS/OMS. Sin embargo, en el 2009, el Estado dejó temporalmente de adquirir ARV por este medio.

La evaluación presenta un cálculo de costos del protocolo de atención pediátrico y los de adultos en primera y segunda línea, utilizando los precios del Fondo Estratégico y los de compra local. En todos los casos, la comparación indica que el costo en la segunda opción es, como mínimo, tres veces más alto que cuando el país compró a través del Fondo Estratégico. En este componente se analiza la situación de bancos de sangre y se encontró que no existe una ruta definida para dar seguimiento al donador que resulta seropositivo, con lo cual se pierde la oportunidad de dar tratamiento integral.

En los sistemas de información y vigilancia se halló que el sistema de vigilancia de casos de VIH y sida es de primera generación y pasivo. La estructura del sistema de vigilancia y monitoreo está muy atomizada, sin que exista una línea de coordinación claramente definida entre las instituciones, ni un ente que articule estas estructuras del sistema. Este es un caso claro de limitaciones cuyo abordaje queda en el ámbito de la rectoría y gobernanza para hacer cumplir los procedimientos de reporte establecidos.

En las Recomendaciones consignadas en el capítulo sexto, de nuevo se recurre a los componentes del sistema de salud como esquema orientador. En este apartado se pueden encontrar las principales recomendaciones que se derivan del estudio y que se espera sean útiles para la toma de decisiones de las autoridades del MSPAS, como ente rector del sector salud y como responsable en la mejora de la efectividad de la respuesta del sistema de salud a la epidemia. También se encuentra un cuadro resumen (6.8, Pág. 127) con las recomendaciones priorizadas acompañadas de la identificación de las autoridades responsables de su implementación, así como del nivel de actuación al que pertenecen.

En rectoría y gobernanza, se recomienda fortalecer al PNS en lo relativo a la dirección estratégica de la respuesta al VIH, a las capacidades técnico-científicas y normativas, así como en el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones nacionales desarrolladas por cualquier institución en el país, tal como lo establece el PEN 2006-2010 y otros documentos rectores. La capacidad de respuesta del sistema de salud al VIH también se verá renovada por otras acciones que el gobierno lleva a cabo para el fortalecimiento del papel rector del MSPAS como autoridad nacional de salud. En términos del marco legal y las políticas que sustentan el trabajo en VIH y sida se requiere un reconocimiento explícito de las diferencias de género para establecer un enfoque de derechos humanos que responda a los instrumentos internacionales a fin de promover la creación de un contexto social libre de prejuicios y discriminación hacia las personas afectadas por la epidemia y los grupos en riesgo. Se reconoce también la necesidad de que la cooperación externa se alinee con los planes y estrategias nacionales lo que en la actualidad reviste muchas debilidades.

Las recomendaciones en financiamiento y aseguramiento están en la línea de mejorar la calidad de la inversión a través de las recomendaciones que se presentan en los otros componentes, particularmente en organización y provisión de servicios. Un tema que se resalta es la necesidad de que se reconozca que una acción clave para lograr una respuesta sostenida será dar una mayor prioridad a las intervenciones de prevención entre las personas no infectadas y la

incorporación de las intervenciones pertinentes, como parte de la atención integral a la persona con VIH para que asuma un papel activo y responsable en la interrupción de la transmisión del virus. El componente de organización y provisión de servicios presenta la mayor cantidad de recomendaciones; entre ellas resaltan: ofrecer cobertura universal con servicios de atención para VIH, sida en forma descentralizada, con equidad y calidad, teniendo como eje la priorización de las poblaciones más vulnerables; además, establecer estándares de calidad para la atención integral en VIH, sida y sífilis congénita, a fin de garantizar la calidad de la atención. Se recomienda mejorar la provisión de insumos y la capacidad técnica necesaria en todas las unidades donde exista atención para el parto y cuando no haya capacidad técnica para el procesamiento de pruebas, se debe asegurar la referencia a otro establecimiento. Es necesario desarrollar, estandarizar y hacer ampliamente disponibles para su aplicación, protocolos unificados de tratamiento. Además debe ser supervisada por el PNS y las instancias nacionales y departamentales la aplicación correcta del protocolo y su cumplimiento.

En lo que respecta a recursos humanos, se recomienda, entre otras sugerencias, la incorporación de los temas de ITS, VIH y sida en los contenidos curriculares, tanto de programas técnicos, como universitarios, así como reforzar la educación de la población para el control de ITS, VIH y sida con base en la provisión de información objetiva, científicamente fundamentada y adecuada para las poblaciones y grupos meta, acompañada de procesos de aprendizaje interactivo, orientados al desarrollo de destrezas y actitudes necesarias para enfrentar la epidemia. También se propone que el aseguramiento de recursos externos destinados al financiamiento de los recursos humanos en ITS, VIH y sida sean incorporados directamente al presupuesto nacional e invertidos en tal actividad.

En lo que se refiere a medicamentos y tecnologías, se recomienda la elaboración de una Política Nacional de Medicamentos que exprese y priorice las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico con el fin de asegurar el acceso, calidad, eficacia, seguridad y uso racional de los medicamentos. Se considera urgente la actualización de los protocolos de atención a personas con VIH, sida, mujer embarazada y niño(a), los cuales datan de 2005, para ello se recomienda trabajarlos conjuntamente con todas las instituciones involucradas en la atención y deberá tomarse como referencia las recomendaciones de la OPS/OMS. Además, se recomienda la unificación de la Guía de Atención elaborada por el IGSS en el 2009 con los protocolos nacionales, los cuales deberían de ser de uso nacional. En bancos de sangre, la recomendación crítica es institucionalizar un sistema de referencia y respuesta de los donadores rechazados permanentemente y los seropositivos para VIH, para lo cual se recomienda elaborar, en colaboración con el PNS, un flujograma o algoritmo para el personal de los bancos de sangre, con la información completa de pasos a seguir con el donante seropositivo en VIH y los centros de referencia a donde se puede enviar.

En el componente sistemas de información y vigilancia se propone asegurar que toda la información sea recibida y procesada por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS, de acuerdo a normas nacionales para la notificación y establecer los nexos

correspondientes entre el SIGSA, la Dirección de Epidemiología del MSPAS y el PNS. Es importante diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación, que sea permanente y comparable en el tiempo, que garantice el registro y análisis adecuados y oportunos de factores de riesgo, así como la vigilancia de la incidencia, prevalencia y mortalidad por ITS, VIH, sida en los diversos grupos étnicos y sociales del país y oriente la aplicación estratégica de esta información.

Se cierra el capítulo de Recomendaciones, con el tema de Derechos Humanos. En éste se recomienda, entre otras acciones, considerar la revisión de la Ley de VIH para dar acceso a la prueba voluntaria a los menores de 18 años, sin requerir consentimiento de un tutor, de forma que se pueda asegurar una mejor protección de su derecho a la salud. También se propone institucionalizar el tema de VIH y Derechos Humanos a partir del desarrollo de actividades de abogacía ante la PDH para la constitución de una defensoría que dé atención y priorice las acciones asociadas con esta temática a nivel de país.

Con estas recomendaciones, la evaluación cumple con el objetivo de brindar la orientación e información para la toma de decisiones conducentes al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud nacional al VIH y sida.



**EL MÉTODO
DE LA
EVALUACIÓN**



1. EL MÉTODO DE LA EVALUACIÓN

Ubicación temática

Este capítulo abarca tanto el marco conceptual como las etapas de la evaluación. En el marco conceptual se resaltan aspectos que orientaron el estudio tales como:

- Se evaluó el sistema bajo el principio de que la utilización de recursos en salud debe estar orientada a lograr la máxima rentabilidad social.
- La evaluación respondió a la pregunta: ¿Cuáles son los “cuellos de botella” en el sistema de salud para lograr el máximo – técnicamente posible - en prevención, cuidado y tratamiento del VIH, con los recursos disponibles?

El resultado principal de la evaluación es que los hallazgos encontrados y las recomendaciones sean utilizados para tomar decisiones, tanto en lo político, lo gerencial como en lo programático, encaminadas a mejorar la efectividad de la utilización de los recursos en el tema de VIH.

En las etapas de la evaluación se consignan cuatro etapas que brindan una descripción ordenada del proceso de evaluación, lo cual incluye acciones como la recopilación y revisión de documentos, las fuentes de información a las que se recurrió, áreas geográficas, los componentes programáticos que sirvieron para el análisis de la información y cómo se elaboró el informe.

1.1 Marco conceptual

El marco conceptual de la evaluación se basa en la noción que la utilización de recursos en salud o en desarrollo humano en general- debe estar orientada por el principio de lograr la máxima rentabilidad social. El criterio de rentabilidad social de la inversión en VIH exige la provisión de una adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia, al mismo tiempo que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus entre los grupos de alto riesgo y hacia la población en general.

La pregunta de la evaluación es ¿cuáles son los “cuellos de botella” en el sistema de salud para lograr el máximo –técnicamente posible- en prevención, cuidado y tratamiento del VIH, con los recursos disponibles? Para responder a este cuestionamiento se ha realizado una investigación desde la perspectiva del sistema de salud¹, orientada a analizar cuan adecuada es la respuesta que el sistema de salud está entregando, para lo cual se revisa el nivel, composición y calidad de los servicios que se están proveyendo, en comparación con las necesidades que emanan de las características de la epidemia, el nivel de recursos disponibles y las metas establecidas en el país.

¹WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes-WHO's framework for action. Geneva 2007. El concepto de sistema de salud “incluye a todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primaria es promover, recuperar o mantener la salud. Esto incluye tanto los esfuerzos para influenciar los determinantes de salud, como las actividades orientadas directamente a mejorar la salud...”

La evaluación incluye un análisis indicativo del contexto y del proceso que se sigue para la selección y provisión de los servicios a la población, con el fin de identificar tanto los factores que facilitan, como los que limitan una utilización más efectiva de los recursos y que, por lo tanto, impiden entregar una respuesta más adecuada a la epidemia. Efectividad, en este marco, se entiende como la capacidad de cerrar las brechas y acercarse a las metas del acceso universal. El concepto de “acceso universal” utilizado es el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OPS), el que se refiere a: “... establecer un ambiente en el cual las intervenciones de prevención, tratamiento, cuidados y apoyo estén disponibles, accesibles y a precios viables para todas las personas que lo necesiten. Esto cubre un amplio rango de intervenciones que están dirigidas a individuos, hogares, comunidades y países”².

El producto esencial esperado es que los hallazgos y recomendaciones de la evaluación sean utilizados para tomar decisiones en los niveles de política, gerencial y programático enfocadas a mejorar la efectividad en la utilización de los recursos que el país ha movilizado para alcanzar la meta de acceso universal a prevención, tratamiento y cuidados de ITS y VIH.

Para analizar el desempeño del sistema de salud se utilizó un marco analítico organizado en torno a los seis componentes del sistema de salud identificados por la OMS³ y los ejes programáticos en que se organiza la respuesta a las ITS, VIH y sida. El marco de análisis se sintetiza en la figura 1.1.

En las columnas se presentan las dos grandes categorías programáticas: prevención y atención integral. En términos generales, la metodología separa el tema de prevención en dos que están dirigidos a grupos poblacionales y uno al ambiente de servicios de salud. Entre los primeros se encuentran las poblaciones en mayor riesgo y las poblaciones vulnerables. El Plan Estratégico Nacional (PEN) identifica como poblaciones objetivo al primer grupo más las mujeres en atención prenatal, e identifica a la población vulnerable como otros grupos poblacionales a atender. El análisis se hizo para cada uno de estos componentes, en función de las características de la epidemia en el país; intentando identificar los puntos en el proceso productivo en que se producen los “cuellos de botella” para la efectividad de la respuesta.

En las filas se ubican los componentes del sistema de salud y el enfoque transversal de Derechos Humanos. El análisis programático se cruza con el del sistema a fin de identificar los factores que limitan tanto el cumplimiento de la política como la pertinencia y efectividad de la respuesta. Sobre esta base, se presentan los hallazgos y las recomendaciones organizadas en torno a los componentes del sistema de salud, para consideración de la autoridad nacional de salud.

²WHO. PRIORITY INTERVENTIONS. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. August 2008.

³Estos son los seis componentes definidos por la Organización Mundial de la Salud OMS (2007) y asumidos por el Fondo Mundial para la elaboración del componente de “fortalecimiento de sistemas de salud” en las propuestas de financiamiento para VIH, TB y malaria.

Figura 1.1
 Marco de análisis de la respuesta de salud ante vih

Componentes del sistema de salud	Componentes de la respuesta programática en el Plan Estratégico Nacional																					
	Prevención						Atención Integral															
	Poblaciones prioritarias		Otras poblaciones a atender				PTMI	Personas con HIV	ITS	TB/HIV												
IISH	ME	TSC	Clientes	ITS	Niños de la calle	Grupos étnicos					Móviles	PPL	Jóvenes que presentan prácticas de riesgo									
Rectoría y gobernanza	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
Financiamiento y aseguramiento	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Org. y provisión de servicios	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Recursos humanos	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Medicamentos y tecnología	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Sistemas de información y vigilancia	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Intersectorialidad	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Derechos Humanos Estigma y discriminación	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→

BRECHAS PROGRAMÁTICAS

1.2 Etapas de la evaluación

Primera etapa. Recopilación y revisión de documentación

En esta etapa se efectuó una detallada recolección y revisión de documentación que permitiera caracterizar la dimensión y tendencias de la epidemia, así como de la respuesta del sistema de salud, todo relevante al enfoque y objetivos de la evaluación. Se encontró abundancia de información disponible sobre VIH y sida en Guatemala, producida tanto por instituciones nacionales, como por agencias internacionales de cooperación. Sin embargo, en algunos temas se encontraron importantes vacíos del conocimiento –como en lo relativo a la epidemiología del VIH y sida–, mientras que en otros se identificaron inconsistencias entre las diversas fuentes revisadas, por lo que fue necesario efectuar entrevistas a funcionarios clave de la Dirección de Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida (PNS), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de la Fundación Visión Mundial Guatemala (Receptor Principal de los fondos provenientes del Fondo Mundial) y de la oficina local de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para complementar o aclarar dudas vinculadas a la información disponible.

A partir de la información recolectada se elaboró un documento de referencia que sirvió de orientación a los miembros nacionales y externos del equipo técnico responsables por la evaluación. La documentación se organizó en seis grandes categorías –administración, epidemiología, financiamiento, estudios, informes y manuales, legislación y política y tratamientos– y estuvo disponible para el equipo evaluador en un sitio de trabajo virtual (“sharepoint”).

Segunda etapa. Obtención de información en terreno

Se realizó una recolección de información cualitativa en el nivel descentralizado, para obtener una apreciación de los elementos facilitadores y las limitantes para el cumplimiento de las políticas y el logro de las metas, para lo cual se seleccionó una muestra de conveniencia que permitiera dar cuenta de la diversidad, tanto de los tipos de intervención y sus proveedores, como de las poblaciones objetivo (usuarios) a las que se intenta atender. Se seleccionaron áreas de salud, municipios, establecimientos según los siguientes criterios:

Áreas de salud: la muestra fue seleccionada incluyendo cinco áreas intervenidas⁴ (Quetzaltenango, Izabal, Escuintla, Petén norte y Guatemala central) y dos áreas sin intervención (Totonicapán y Quiché). En cada área de salud se tuvieron entrevistas con sus autoridades, y además, se visitó a una selección de unidades de atención (hospitales y centros de salud), de tal forma de captar información de toda la gama de proveedores, usuarios e intervenciones que se entregan en el área.

⁴En Guatemala, se llama “área intervenida” al área de salud que, habiendo sido priorizada debido a su alta prevalencia de VIH, ha sido sujeto de una preparación específica para dar una respuesta sistematizada al VIH y cuenta con apoyo técnico y financiero específico para tal propósito.

Municipios: se seleccionó un municipio dentro de cada área de salud (excepto en Quetzaltenango donde se escogieron dos), a saber: Quetzaltenango, Coatepeque, Puerto Barrios, Totonicapán, Santa Cruz del Quiché, Escuintla, San Benito y Guatemala. Dentro de ellos se seleccionaron los establecimientos que permitieran obtener la diversidad que se buscaba cubrir, según proveedores, usuarios e intervenciones.

Establecimientos: se seleccionó una muestra de hospitales y centros de salud que permitieran captar: a) tipos de proveedores (público, privado y seguridad social); b) tipos de intervenciones (prevención, atención integral, cuidados y apoyo)⁵; c) usuarios, por sus características dentro de la población objetivo⁶; y d) etnias.

Los hospitales, centros de salud y ONG seleccionados fueron:

Departamento	Hospitales	Centros de Salud	ONG
Quetzaltenango	-Rodolgo Robles -Regional de Quetzaltenango Juan José Ortega	-Centro de Salud de Quetzaltenango	-Proyecto Vida
Izabal	-Amistad de Japón Guatemala Elisa Martínez	-Centro de Salud de Puerto Barrios	-Proyecto Vida
Totonicapán	-Nacional de Totonicapán	-Centro de Salud de Totonicapán	
Escuintla	-Nacional de Escuintla	-Centro de Salud de Escuintla	-Fundación Barcelona
Petén	-San Benito	-Centro de Salud de Flores	-Asociación Gente Positiva
Quiché		-Centro de Salud de Santa Cruz	
Guatemala	-Roosevelt -Maternidad del Amparo -Maternidad de Pamplona -Pediatria de la z.9	-Centro de ITS de la zona 3	-Fundación Marco Antonio -Asociación de Salud Integral (ASI)

⁵Atención integral para PTMH, adultos y niños con VIH e ITS; y grupos en mayor riesgo (trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres)

⁶Personas con TB, mujer embarazada, niños con VIH expuestos y en riesgo, personas adultas con VIH, población general en riesgo, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, población general expuesta a ITS, personas privadas de libertad y víctimas de violencia sexual.

En el anexo I se presenta un cuadro con los establecimientos, municipios y áreas abordadas en el trabajo de campo.

Con el fin de enriquecer la información obtenida se realizó el estudio *Análisis de la respuesta de salud al VIH y sida desde los aspectos de género* utilizando como guía la matriz que aportó GEH/OPS en grupos de trabajadoras de casa particular y maquilas, mujeres privadas de libertad, mujeres víctimas de violencia sexual y MTS.

Tercera etapa. Análisis de la información

La evaluación se concentró en un análisis de la efectividad de la respuesta del sistema –medida por la capacidad para cerrar las brechas- vis a vis el nivel y composición de la inversión. Para describir este enfoque se ha acuñado la expresión de “análisis de la calidad de la inversión”⁷

La etapa de análisis se condujo durante una semana de trabajo intenso en el país⁸, con participación de actores nacionales –principalmente funcionarios de la Dirección de Programas del MSPAS, del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) del MSPAS y del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS), así como socios en cooperación: de ONUSIDA, USAID/PASCA y UNICEF. En el Anexo III se encuentra la lista de participantes.

El análisis se hizo de manera secuencial y en torno a dos ejes: primero, uno referido a los componentes programáticos de la respuesta, en el cual se analizó la forma en que cada uno de ellos efectivamente se estaba entregando. Se identificaron los puntos de fortaleza y desafíos y se dio un conjunto de recomendaciones. En segundo lugar, a la luz de los hallazgos del análisis del sistema, se valoró la factibilidad de implementar estas recomendaciones programáticas y los “cuellos de botella” en el sistema para llevarlas adelante.

Entre los componentes programáticos se identificaron: prevención, co-infección y tratamiento y cuidados, cada uno con las siguientes subdivisiones:

***Prevención:**

- Transmisión sexual
- UDI
- PTMH y sífilis congénita
- En el ambiente de provisión de salud (PPE) y procedimientos de sangre segura
- Prueba y consejería
- Co-infección

⁷La inversión en VIH, Sida se refiere a todos los recursos financieros destinados a financiar la respuesta del sistema de salud a la epidemia de VIH y sida. Por lo tanto, incluye gastos de capital y gastos corrientes.

⁸El análisis de la información se complementó con algunas entrevistas. En el Anexo II se presenta la lista de personas entrevistadas.

***Tratamientos y cuidados:**

- VIH
- Pediátrico
- Adulto
- ITS

Considerando que la información epidemiológica de Guatemala sugiere una situación de epidemia concentrada, donde la transmisión es fundamentalmente sexual y los grupos de mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres y los(as) trabajadores(as) sexuales, el análisis de las estrategias e intervenciones de prevención entre estos grupos debió ser más exhaustivo, con el propósito de identificar las dificultades que se enfrentan para reducir la transmisión, tanto dentro de estos grupos, como hacia la población en general, con la cual una parte de este grupo de mayor riesgo también tiene relaciones sexuales.

Al final de esta etapa, el equipo de evaluación presentó los hallazgos y recomendaciones preliminares de la evaluación al Ministro de Salud.

Cuarta etapa. Elaboración y diseminación del informe

La elaboración del documento estuvo a cargo de un consultor, quien preparó una versión preliminar con el insumo de los participantes en la evaluación. Esta versión fue sometida a sucesivas revisiones en aras de buscar la producción de un documento que, sintetizando la información disponible en los diferentes estudios y documentos revisados, reportara con fidelidad los hallazgos de la evaluación y presentará de una manera sucinta las recomendaciones a la autoridad nacional de salud.

Este documento se finalizó tomando en cuenta las deliberaciones, comentarios y sugerencias que se hicieron en un taller de validación en el que participaron el MSPAS, IGSS, Visión Mundial, OPS, ONUSIDA, UNICEF Y UNFPA.

2

**CONTEXTO
NACIONAL**



2. CONTEXTO NACIONAL

Ubicación temática

Para comprender de mejor manera los hallazgos y recomendaciones del informe, es necesario partir de los datos contextuales en los que se ubica la epidemia de VIH en Guatemala.

En este capítulo se exponen datos cuantitativos actualizados de la economía y del desarrollo social de Guatemala, se incluyen datos relacionados con los actuales programas sociales del gobierno.

También se brindan datos sobre la situación de salud en Guatemala, los cuales están especialmente relacionados con la mujer.

Existe una sección sobre los compromisos internacionales asumidos por el país y esta parte se presenta desglosada por los componentes del sistema de salud. Estos son: rectoría y gobernanza; financiamiento y aseguramiento; organización y provisión de servicios; recursos humanos; medicamentos y tecnología; y sistemas de información y vigilancia. Esta organización de la información contextual es importante, ya que las recomendaciones que se encuentran en el capítulo siete están clasificadas de la misma forma, por lo que puede contrastarse la información de la cual se parte y a la cual se llega al final del informe.

Además, se encuentra un apartado sobre el marco jurídico, político y estratégico que abarca los derechos humanos; descripciones sobre el Plan Nacional de Salud; sobre la Agenda Nacional de Salud 2007-2020; y el compromiso del Plan Estratégico Nacional 2006-2010, con una síntesis muy ilustrativa del mismo.

2.1 *Situación de la economía y el desarrollo social*

La economía guatemalteca no ha sido una excepción al impacto de la crisis financiera internacional. La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) se redujo de 5.7% en 2007, a 4% en 2008 y para el presente año el último ajuste a las proyecciones del Banco de Guatemala la ponen entre 1 y 2%. Según las proyecciones del Banco Mundial revisadas a fines de marzo se espera que para 2009 el PIB de la región de Latinoamérica, naturalmente con diferencias por países, tenga una caída de 0.6%, después de un crecimiento de 4.3% en 2008.

A la caída de los ingresos por exportación, se suman las condiciones más severas de acceso al crédito y la reducción de las remesas familiares del exterior. En 2008, se estimaba que 1.5 millones de guatemaltecos vivían en Estados Unidos y que en ese año enviaron unos US\$4,300 millones en remesas familiares, beneficiando a alrededor del 30 por ciento de la población guatemalteca⁹.

⁹Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Las autoridades gubernamentales que asumieron en enero de 2008 dieron prioridad a la política social, el desarrollo rural, la promoción de las pequeñas y mediana empresas, la seguridad pública y la administración de justicia, para ello elaboraron un presupuesto para 2009 con mayores asignaciones en esas áreas prioritarias. El efectivo cumplimiento de lo programado en estos temas prioritarios se ve amenazado, como consecuencia de las medidas de austeridad y contención del gasto público que ha sido necesario tomar con posterioridad al Programa de Recuperación Económica de comienzos de año. Entre otros, existe el desafío de cumplir con la disposición de proveer todos los servicios del MSPAS sin cobro a los usuarios, ya que el incremento de presupuesto del MSPAS previsto para 2009 debió ser reducido como parte del programa de ajuste del gasto público.

En estas circunstancias, se hace aún más imperiosa la necesidad de mejorar la calidad de la inversión que el país está haciendo en el control de la epidemia del VIH, tanto con recursos públicos como externos no reembolsables.

Los programas sociales de gobierno, presentan oportunidades para fortalecer la respuesta al VIH. El Consejo de Cohesión Social coordina la acción del gobierno en 45 municipios con una extensión proyectada a 145. Los municipios fueron priorizados por criterio de pobreza, razón por la cual no coinciden con los más afectados por la epidemia. Sin embargo, si se considera que estos municipios corresponden a aquellos postergados y con barreras al acceso a los servicios de salud, sería recomendable analizar la conveniencia de implementar acciones de detección y prevención de VIH.

Otros programas presidenciales relevantes son: “Mi Familia Progresá”, “Escuelas Abiertas para Jóvenes en Riesgo”, “Comedores Solidarios” y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, en donde existe un espacio para la prevención y el control del VIH y sida.

- El programa “Mi Familia Progresá” se ejecuta en los municipios seleccionados por el programa de Cohesión Social y consiste en dar a las familias seleccionadas transferencias condicionadas a que los niños asistan a la escuela y se presenten a recibir las intervenciones en el centro de salud. El acercamiento de las madres a los centros de salud es una oportunidad para reforzar los programas educativos sobre VIH y la promoción del tamizaje voluntario con consejería durante el embarazo; incluso el abordaje de la temática de VIH ha sido una estrategia que se ha implementado para promover la búsqueda de los servicios de salud.

- Las “Escuelas Abiertas para Jóvenes”, es un programa que fomenta la utilización de las instalaciones escolares por parte de los adolescentes durante los fines de semana para el desarrollo de actividades lúdicas y recreativas, metodologías que favorecen crear un clima apropiado para el desarrollo de actividades de prevención de VIH.

- Los “Comedores Solidarios” ofrecen alimentación a personas de escasos recursos financieros a un precio nominal. Este espacio ofrece oportunidades para educar a personas que tienen dificultades en el acceso a la salud y a los planes educativos orientados a la promoción de la salud, al cambio de comportamiento y a la adopción de estilos de vida saludables.

Además de lo anterior, otra oportunidad la constituye la recientemente aprobación e implementación de la Ley para el control del Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer, uno de cuyos efectos esperados es el empoderamiento de las mujeres para la toma autónoma de sus decisiones. Este programa puede ser complementado con educación específica para fortalecer el poder de decisión de la mujer sobre su propio cuerpo y su sexualidad, contribuyendo esto a la reducción de la prevalencia del VIH, en la medida en que la mujer esté más empoderada para negociar las condiciones en las cuales desea tener una relación sexual.

El 22% de la población reside en el departamento de Guatemala, al mismo tiempo hay un alto nivel de dispersión poblacional. Se estima que en el país hay más de 20,000 comunidades con menos de 2,000 habitantes. La informalidad en el campo laboral se estima en 67%, lo cual corresponde a los trabajadores que no pertenecen a una empresa o no están en planilla en una finca o no están inscritos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). La cobertura de la seguridad social ha disminuido en el período 1994-2008, debido a que la afiliación no ha crecido al mismo ritmo que la PEA. Esto es consistente con los datos que reportan crecimiento del sector informal de la economía, para la cual no hay mecanismos que hagan posible la afiliación, a pesar de que la Ley Orgánica del IGSS establece que se debe proveer cobertura a todos los trabajadores del país.

Aún cuando Guatemala ha incrementado en la última década el índice de desarrollo humano (IDH), desde un valor de 0.583 en 1994 hasta 0.702 en 2006, su posición relativa en la escala mundial es decreciente; y en relación a la región de Latinoamérica se mantiene constante en las últimas posiciones.

El gasto público en salud en relación al PIB es de 2,3% y el destinado al MSPAS, de 0.9%. En relación al gasto del gobierno central, el MSPAS tiene una asignación del 6.82% del mismo.

Las características y condiciones de vida de la población ponen demandas específicas y desafíos al diseño e implementación de una respuesta adecuada a la epidemia y al perfil social de la población. Para el año 2007, la población total se estimó en 13,344,770 de habitantes, de los cuales 51.2% son mujeres, 41% son indígenas de 23 etnias, con diversos idiomas; y 51.8% viven en el área rural. Un poco más del 40% de la población es menor de 15 años. La tasa de analfabetismo es de 33% entre las mujeres ladinas y 40.4% entre las indígenas. Más del 50% de las personas vive en condiciones de pobreza y cerca del 16 % en condiciones de indigencia.

2.2 Situación de salud

No obstante los progresos en la reducción de algunos indicadores de salud como mortalidad infantil y mortalidad materna durante la década de los noventa, Guatemala continúa teniendo una de las peores situaciones de salud en América Latina. La desnutrición moderada y grave no ha variado en los últimos cinco años, presentando una prevalencia de 49% en el grupo de 3 a 59 meses, esta cifra es 3% mayor que la encontrada en los años 1998 y 1999.

La razón de mortalidad materna registrada en el año 2000 fue de 153 x 100,000 NVR. Las principales causas de muerte materna fueron hemorragia y sepsis. La mortalidad materna es tres veces superior en las mujeres indígenas y afecta más a las mujeres analfabetas.

En materia de acceso a los servicios de salud, mientras la cobertura de atención del parto institucional en mujeres ladinas es de 57%, en mujeres indígenas es de sólo 19%.

Si bien toda mujer tiene el derecho a procrear y establecer una familia, la mayoría de ellas no han accedido a una prueba diagnóstica de VIH y no saben cuál es su estado serológico antes de decidir quedar embarazada, por lo que los proveedores de salud deben promocionar tanto la prueba de VIH como la planificación familiar, puesto que el conocimiento de su diagnóstico le puede ayudar a la mujer embarazada a tomar las medidas oportunas para mantener un buen estado de salud y prevenir la transmisión vertical o a decidir no embarazarse. Los servicios de planificación familiar en la mayoría de las clínicas de atención integral no se encuentran incorporados, y las MVVS no cuentan con una segunda protección como método dual.

La falta de seguridad ciudadana es un problema que provoca gran número de lesionados que demandan servicios relativamente complejos de tipo quirúrgico, rehabilitación física y psicológica. Durante el año 2008, se reportó más de 6,000 defunciones por causas violentas.

La violencia contra las mujeres en el ámbito intrafamiliar o en el ámbito público es un fenómeno que ha crecido en los últimos años y afecta principalmente a mujeres, niñas, adolescentes y adultos mayores. Existe evidencia¹⁰ que las personas afectadas por violencia son también más vulnerables al VIH, porque reduce la capacidad de negociación del condón con la pareja: *“porque en las relaciones marcadas por la violencia el hablar de sexo seguro nos pone en riesgo de sufrir más agresiones e incluso riesgo de perder la vida”*.¹¹ *“Muchas mujeres viven en una condición de subordinación sexual.” “... a veces nosotras sabemos que las mujeres nos tenemos que proteger y tenemos que usar un condón pero porque vivimos con un hombre machista no podemos optar a decirle mirá, utilizá un condón, porque nos rechazan y ellos nos rechazan el usar un condón aun sabiendo que somos positivas”* (Testimonio de mujer con VIH-MVVS)

2.3 El marco de los compromisos internacionales

Guatemala, igual que todos los países, es signataria de un número de acuerdos internacionales, que si bien tienen diferentes grados de obligatoriedad, dan lineamientos que afectan a la respuesta del sistema de salud al VIH. En un intento por organizar este marco, el equipo de evaluación agrupó los diferentes acuerdos según sus implicaciones en cada uno de los ejes del sistema de salud, que se utilizan en esta evaluación y se presentan por separado los que dan el marco para el respeto a los derechos humanos.

¹⁰UNIFEM, CIM, PAHO. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. 2008. 18-20 pp.

¹¹Ibid.

2.3.1 *Compromisos internacionales, organizados por componente del sistema de salud*

El principal compromiso internacional está dado por las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La meta 6.a establece que “haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH y sida en 2015” y la meta 6.b indica “Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y sida de todas las personas que lo necesiten”.

En rectoría y gobernanza. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida –ONUSIDA- creado en 1996, apoya y fortalece la capacidad estatal de respuesta ampliada a la epidemia y estimula la mayor participación de todos los actores de las sociedades mundiales en el trabajo de prevención.

ONUSIDA establece la necesidad nacional de cumplir con “Los 3 unos”:

- Un marco de acción o plan estratégico nacional (PEN).
- Una autoridad nacional, con representación de todos los sectores, visión integral del país y enfocada en el logro de resultados e impactos.
- Un sistema nacional de monitoreo y evaluación, ejecutado en forma efectiva.

Guatemala cuenta con un PEN, tiene una autoridad nacional que es el PNS y se ha relanzado la CONASIDA a mediados del 2008 como entidad coordinadora de otros sectores aunque todavía muy incipiente, y se trabaja en el diseño de un sistema de monitoreo y evaluación. Sin embargo, aún queda espacio para avanzar en el fortalecimiento de su capacidad de rectoría y gobernanza de “Los 3 unos”.

El compromiso adquirido por los Estados miembros en la Sesión Especial sobre VIH y sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas –UNGASS- en 2001, establece el cumplimiento de 18 indicadores básicos, de los cuales hay varios relacionados con la rectoría de la respuesta.

- Existencia de un plan estratégico para el control de la epidemia del VIH y sida.
- Disposición de leyes y reglamentaciones que protejan los derechos humanos de las personas que viven con VIH y sida.
- Índice de esfuerzo del programa de VIH y sida.

En financiamiento y aseguramiento. Existe el compromiso con UNGASS de verificar el cumplimiento del compromiso nacional relacionado con garantizar la disponibilidad de fondos nacionales para el control de la epidemia. También en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de Integración Centroamericana se adquiere el compromiso de mantener e incrementar los recursos financieros provenientes de fuentes nacionales destinados a la respuesta al VIH y sida.

Existe el compromiso adquirido para la ejecución en cinco años de la donación proveniente del Fondo Mundial por un total de US\$ 40,921,917 orientado a la implementación a nivel de país de

un proyecto de VIH y sida. Proyecto que a la fecha se encuentra en el quinto año de implementación.

En organización y provisión de servicios. El compromiso adquirido en UNGASS establece la existencia de una política o estrategia general para fomentar la información, educación, comunicación, las intervenciones en salud, la ampliación del acceso a servicios y productos básicos de prevención, atención y apoyo integrales para el VIH y sida, con interés particular en los grupos vulnerables.

El financiamiento otorgado por el Fondo Mundial compromete al país a dirigir acciones efectivas hacia las poblaciones más vulnerables y en las áreas de mayor prevalencia de VIH y sida en el país.

Los compromisos adquiridos en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) establecen la necesidad de reenfocar los esfuerzos para la prevención del VIH y sida, incluyendo programas específicos dirigidos y diseñados con la participación activa de los grupos más vulnerables al VIH y de las personas con VIH o sida, así como lograr avances importantes en la consecución de la meta de acceso a tratamiento universal en el año 2010 y crear una red de cooperación entre los países del SICA.

En recursos humanos. No se identifican compromisos específicos a nivel internacional para el desarrollo de programas de formación y capacitación de recursos humanos en VIH y sida. Sin embargo, sí los hay en relación con la educación de la población general, tales como el que se establece en UNGASS y que se refiere a la necesidad de tener una política para fomentar la información, educación y comunicación sobre VIH y sida.

En medicamentos y tecnología. En la Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana (RESSCAD) 2003, se adquirió el compromiso de desarrollar una iniciativa subregional para garantizar la disponibilidad -a bajo costo- de medicamentos e insumos necesarios para resolver los problemas de compra de antirretrovirales, así como solicitar a OPS/OMS el apoyo técnico y la movilización de recursos para el desarrollo de esta iniciativa. En relación al desarrollo tecnológico, en la reunión COMISCA 2004, se acuerda solicitar a SICA y OPS continuar con los esfuerzos de concretar la negociación conjunta de insumos de laboratorio para pruebas diagnósticas de VIH.

En sistemas de información y vigilancia. Aún cuando no se ha identificado un compromiso internacional específico en esta área, la disponibilidad de sistemas de información y vigilancia es clave para el alcance y reporte de los compromisos antes mencionados.

2.3.2 Convenios y declaraciones internacionales de Derechos Humanos y VIH

Los derechos de las personas con VIH o sida están protegidos por instrumentos internacionales vinculantes sobre derechos humanos de carácter más genérico, que regulan el derecho a la salud, entre otros derechos. No obstante y debido al impacto del VIH en las sociedades de todos los países¹², son numerosas las declaraciones y estándares de distinto alcance y naturaleza que se

han promulgado en los últimos años, que afectan la forma en que se debe regular y proteger los derechos humanos en el ámbito específico del VIH y sida.

El principal estándar a aplicar en las políticas o prácticas administrativas de los países, alcanzado mediante un amplio consenso internacional es el de las *Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos*¹³, que se elaboraron en 1996 y de las que en el año 2006 se publicó una nueva versión consolidada. En el anexo IV se presenta una descripción de estas directrices.

A pesar de que estas directrices no tienen carácter vinculante para los Estados, puesto que no poseen la fuerza de un tratado, sí suponen una guía imprescindible para el cumplimiento de los derechos humanos en un mundo con VIH. Este es el instrumento que se utilizó en esta evaluación para interpretar las normas generales de derechos humanos y analizar si las políticas nacionales son o no consistentes con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que examina y emite directrices para la aplicación del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hizo un análisis sobre la salud en su Observación General número 14¹⁴, estableciendo que los elementos del derecho a la salud son los de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y no discriminación.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en sus resoluciones 1999/49 y 2001/51¹⁵ estableció que la expresión “cualquier otra condición” que se incluye en todos los tratados de derechos humanos, cuando se hace referencia a la no discriminación, debe ser interpretada en el sentido de que incluye también la no discriminación por razón de estado de salud, incluyendo el VIH y sida; y ha confirmado que la discriminación en base al estado serológico de la persona, real o supuesto, está prohibido por los estándares de derechos humanos.

En 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas, reunida en Sesión Especial sobre VIH/sida, emitió la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida¹⁶, la que contiene un epígrafe específico sobre el respeto a los derechos humanos, con énfasis en la necesidad de eliminar el estigma del VIH y sida y la discriminación hacia las personas con VIH y de los miembros de los grupos más vulnerables al VIH. Hace mención específica a la estrecha relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales, como el derecho a la educación, derecho de sucesión, derecho al trabajo, protección jurídica, derecho a la vida privada y otros. Asimismo, hace énfasis en la necesidad de eliminar las desigualdades entre los sexos y la necesidad de ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva. Además, menciona la prioridad de atacar la vulnerabilidad de algunos grupos y la necesidad de fomentar su participación en el diseño e implementación de políticas públicas, así como la mitigación de los efectos sociales y económicos del VIH y sida.

¹²Este impacto es de tal magnitud que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas declaró el VIH y sida como una amenaza a la seguridad internacional en su Resolución 1308, de 17 de julio de 2000.

¹³Naciones Unidas (1997). *Directrices internacionales sobre VIH/sida y Derechos Humanos*. Resolución 1997/33, UN Doc. E/CN.4/1997/150 (1997). Ver Anexo IV. ¹⁴Doc. E/C.12/2000/4, párr. 11. ¹⁵Doc. E/CN.4/2001/51 y E/CN.4/1999/49. ¹⁶Resolución aprobada por la Asamblea S-26/2.

En el ámbito interamericano, la Declaración de Nuevo León¹⁷, emitida en la Tercera Cumbre de las Américas en 2004, establecía el compromiso de hacer frente al estigma, la discriminación y el temor que disuaden a las personas de someterse a la prueba y acceder al tratamiento y atención.

2.4 El marco jurídico, político y estratégico

El derecho de la población a la salud y el deber del Estado de proveerla están consagrados en la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985¹⁸.

2.4.1 Marco jurídico y de Derechos Humanos

El Código de Salud¹⁹, reitera la obligación del Estado de velar por la salud de la población, con principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad y da al MSPAS el papel de coordinar a las entidades del sector²⁰ a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Referido a la organización y administración de los servicios y programas, establece que será desconcentrada y descentralizada, según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. Así mismo, establece las acciones a desarrollar para el control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y sida; y norma la coordinación de actividades, planes, programas y utilización de recursos entre el MSPAS y el IGSS, con el fin de lograr la ampliación de cobertura, mejorar la eficiencia, la eficacia y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos en el sector.

Desde el punto de vista legal, existen las normativas que regulan y garantizan la protección al VIH. Entre estos instrumentos, se destacan: (a) la Constitución Política de la República (1985) que reconoce el derecho a la salud, entre otros derechos humanos, (b) la declaratoria del VIH y sida como asunto de interés público, (c) creación de una entidad responsable de la política nacional, (d) financiamiento de la política y de sus programas, (e) establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica y (f) previsión de la participación de la sociedad civil. Las principales leyes relacionadas a la salud en Guatemala y al control del VIH y sida se resumen en el anexo V.

En el año 2000 en que se aprueba la *Ley General para el Combate del VIH/SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA*²¹ (en adelante, Ley de VIH), se consolida un proceso de esfuerzos de la sociedad civil y del gobierno por

¹⁷Declaración de Nuevo León. Cumbre Extraordinaria de las Américas. Monterrey, México. 13 de enero de 2004.

¹⁸Artículo 8 Decreto Legislativo 90-97 del Congreso de la República Código de Salud de Guatemala, se entiende por sector salud al 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.

¹⁹Decreto legislativo 90-97, octubre 1997.

²⁰Ibid.

²¹Ley General para el Combate del VIH/SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA. Congreso de la República de Guatemala. Decreto Número 27-2000-06-26

elaborar una legislación en materia de VIH que declare a la epidemia como asunto de interés público; y se crea como figura legal el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS).

La promulgación de esta ley fue un hito en la ampliación de la respuesta al VIH, más allá de la provisión de servicios de salud. Reconoce de manera explícita derechos fundamentales, ya reconocidos en las legislaciones nacional e internacional de derechos humanos y libertades fundamentales; razón por la cual contribuye a disminuir la discriminación ya que ésta pasa a ser sancionable.

La ley declara al VIH como un problema social de urgencia nacional y define el objeto de la ley, el cual lo centra en la garantía del respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas. Se desarrolla así una legislación referente al ejercicio de los derechos fundamentales en el marco del VIH, con lo que se da respuesta al problema de la ignorancia o incluso negación de estos derechos por parte de las instituciones, tanto públicas como privadas, así como por gran parte de la sociedad. La legislación en Guatemala garantiza: (a) no discriminación, (b) confidencialidad, (c) autonomía, (d) intimidad personal, (e) libertad y movilización, (f) no aislamiento, (g) acceso a y recepción de información, (h) salud y atención integral, (i) trabajo, (j) educación y (k) recreación.

Sin embargo, es importante resaltar que la misma dinámica de formulación legal da lugar a la posibilidad de discriminación arbitraria en el momento de aplicar la legislación, debido a que tiene una serie de códigos, leyes y reglamentos que se contradicen entre sí. Por ejemplo, un patrón puede obligar a un empleado contratado o a contratar a que se haga una prueba de VIH, sobre la base del Código de Trabajo (artículo 203), aunque la legislación en VIH y sida (artículos 22 y 43 de la ley del VIH, sida) dice lo contrario. Este tipo de contradicciones debería ser resuelto en el corto plazo. Finalmente, el mayor obstáculo es la ausencia de mecanismos jurídicos y de un sistema de justicia fuerte para el cumplimiento de la Ley del VIH y de las normas internacionales de derechos humanos. El artículo 202 bis del Decreto 17-73 Código Penal tipifica el delito de discriminación, el cual es aplicable para el caso del VIH y sida.

El marco político y estratégico que se tomó como referencia para el análisis en esta evaluación está dado por el Plan Nacional de Salud que define las políticas y líneas estratégicas que orientan el quehacer del MSPAS y que son clave para una sólida respuesta al VIH y por los objetivos estratégicos en la Agenda Nacional de Salud. Una síntesis del plan nacional se presenta en el cuadro 2.1.

2.4.2 Plan Nacional de Salud

Cuadro 2.1 Plan Nacional de Salud - Políticas y Estrategias	
Política	Líneas estratégicas
Rectoría	Propiciar la coordinación interinstitucional e intersectorial, para ser más eficiente y eficaz en las acciones de salud y garantizar la gestión territorial de la salud, el presupuesto por resultados, el desempeño institucional y la mejora de la calidad, fomentando la descentralización y desconcentración financiera y funciones del nivel central al nivel ejecutor.
Mejora y Ampliación del la cobertura de atención	Implementar un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada, con pertinencia cultural; implementar y desarrollar la gestión de los servicios de salud, orientados a garantizar su calidad, implementar un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo para mejorar la coordinación intra e interinstitucional y fortalecer la vigilancia de la salud, promoviendo el desarrollo de las estructuras actuales.
Promoción y fortalecimiento de acciones que garanticen la accesibilidad de medicamentos	Establecer, promover y aplicar el marco normativo para la utilización de medicina genérica para garantizar el acceso; apoyar la implementación de consultorios y farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales abastecidas por el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) y garantizar la gratuidad de los medicamentos en los servicios públicos.

2.4.3 Agenda Nacional de Salud 2007-2020

En el camino hacia la construcción del Plan Nacional de Salud, a través de un amplio consenso de consulta nacional, se elaboró la Agenda Nacional de Salud 2007-2020²². En ella se plantean objetivos estratégicos e intervenciones que pueden tener un gran impacto en fortalecer la respuesta del sistema de salud al VIH; debido a que una vez implementadas tienen el potencial de resolver varias de las limitaciones que se identificaron durante la evaluación y que se presentan en la sección de análisis de situación. En el cuadro 2.2 se presenta los objetivos estratégicos de la agenda y se plantean los posibles impactos que el alcance de ellos tendría sobre la epidemia.

²²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Agenda Nacional de Salud 2007-2020, agosto 2008.

Cuadro 2.2

Objetivos estratégicos de la Agenda Nacional de Salud 2007 - 2020 y su impacto previsto sobre el trabajo en VIH y sida

Objetivo estratégico	Implicaciones para el trabajo en VIH y sida
1. Desarrollar un sistema nacional de salud en el cual se ejerzan de manera efectiva las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios.	Facilitar y hacer más eficiente el desarrollo de acciones interinstitucionales e intersectoriales para la prevención y atención integral al VIH y sida.
2. Desarrollar un marco institucional para el financiamiento de la salud que aumente la protección social, efectividad y equidad en el uso de recursos dentro del sistema de salud.	Asegurar que en forma equitativa y vigilando la efectividad de la inversión, se asignen los recursos necesarios para el trabajo en VIH y sida.
3. Integrar y enfocar los esfuerzos públicos y privados con énfasis hacia la reducción de la mortalidad materna e infantil y la desnutrición.	El trabajo general en el área materno-infantil fortalece y viabiliza la implementación de la prevención y control de la transmisión madre-hijo.
4. Reorientar el modelo de atención a la promoción de estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades y la prestación de servicios efectivos y satisfactorios de recuperación y rehabilitación de salud.	Apoyar el desarrollo de acciones integrales para las actividades de prevención de la transmisión del VIH.
5. Desarrollar el recurso humano en salud para que responda en la cantidad, competencia y pertinencia cultural, al tipo y distribución de las necesidades de salud, a las orientaciones del modelo de atención y a las regulaciones e incentivos del sistema de salud.	Apoyar el desarrollo de los recursos humanos en el campo de VIH, en varios niveles de formación, así como su disponibilidad según requerimientos locales.
6. Organizar sistemas de gestión territorial de la salud que den respuestas específicas a las necesidades de los habitantes y sean coordinados por las formas participativas del gobierno local.	La participación y auditoría social en el campo del VIH han sido importantes en el país y el alcance de este objetivo fortalece su quehacer para la planificación, implementación y monitoreo de las acciones.
7. Fundamentar la planificación, y la evaluación de las intervenciones para promover y proteger la salud en espacios y mecanismos de participación y auditoría social.	La modernización de la infraestructura de servicios, particularmente en los departamentos y áreas rurales del país, es una necesidad importante de satisfacer para mejorar la respuesta a la epidemia.
8. Recuperar, ampliar y modernizar la infraestructura de servicios de salud para alcanzar la cobertura universal y garantizar el acceso a servicios de calidad en todo el territorio nacional.	Dado que una de las Metas del Milenio se refiere específicamente al problema del VIH y sida, el apoyo al alcance de éstas es también un apoyo al trabajo en VIH.
9. Incrementar los recursos financieros asignados a salud, para reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad y, viabilización de los objetivos de la Agenda Nacional de Salud, los Acuerdos de Paz, las Metas del Milenio.	

2.5 Compromiso nacional en el PEN

En el Plan Estratégico Nacional (PEN) para el período 2006-2010, elaborado por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida, con la participación de múltiples grupos y organizaciones nacionales y de cooperación internacional, se presentan los objetivos estratégicos para el control de la epidemia, las poblaciones objetivo y los ejes temáticos. Como parte de este proceso en el año 2008 se llevó a cabo un proceso de asignación de las metas del PEN para cada componente y se estimó el costo relacionado con el alcance de las mismas.

El contenido del PEN orientó el proceso de análisis de esta evaluación. Sólo para referencia en el Cuadro 2.3 se presenta una síntesis del mismo.

Cuadro 23 Síntesis del PEN

Objetivos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabilidad del Estado -Responsabilidad individual -Igualdad de todas las personas ante la ley
Ejes Temáticos	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención -Atención integral -Entorno -Monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica -Fortalecimiento institucional
Poblaciones Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> -Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) -Trabajadores sexuales, masculinos y femeninos -Clientes(as) de los trabajadores y las trabajadoras del sexo -Mujeres en atención prenatal -Personas con infecciones de transmisión sexual. -Poblaciones móviles: <ul style="list-style-type: none"> *Camioneros, sobre todo aquellos que se mueven en la denominada “ruta del sida”. *Agricultores migrantes. *Migrantes hacia Estados Unidos (nacionales o extranjeros) en su paso por el país. *Agentes viajeros.
Otros grupos poblacionales a atender	<ul style="list-style-type: none"> -Personas privadas de libertad. -Personal uniformado que permanece reclutado -Niños y niñas en situación de calle -Adolescentes y jóvenes que manifiestan prácticas de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> *Activos sexualmente *Que trabajan en maquilas *Que viven solos o en situación de pobreza y *Que tienen escaso nivel educativo -Grupos étnicos con conductas de riesgo, como la población indígena migrante en época de cosecha, que pernocta en las ciudades por motivo de comercio o que ha salido del país durante una temporada; y los garífunas de la costa atlántica guatemalteca.
Poblaciones para atención integral	<ul style="list-style-type: none"> -Personas con VIH o sida -Personas que padecen infecciones de transmisión sexual (ITS) -Personas con tuberculosis -Mujeres embarazadas infectadas con VIH
Metas en el PEN	<ul style="list-style-type: none"> -El PEN en su versión original no incluyó una sección que especificara las metas a alcanzar durante el periodo. -En 2008, con ocasión del estudio de estimación de costos del PEN fue necesario establecer metas. -Las metas se plantearon en concordancia con los objetivos del PEN, metas UNGASS y compromisos de acceso universal; ajustadas de acuerdo a la opinión y consenso de las organizaciones participantes. -El reporte del costeo indica que las metas establecidas son ambiciosas, pero factibles.



Resumen de puntos importantes del capítulo

- **Rectoría y gobernanza.** ONUSIDA establece la necesidad de que el país cumpla con “Los 3 unos”. En este sentido, Guatemala ya cuenta con un Plan Estratégico Nacional (PEN), tiene una autoridad nacional: el PNS y se ha relanzado la CONASIDA; y está trabajando en el diseño de un sistema único de monitoreo y evaluación. Financiamiento y aseguramiento. El gobierno de Guatemala ha mantenido su compromiso de asegurar financiamiento para atender el tema de VIH.
- **Organización y provisión de servicios.** El Estado mantiene el compromiso adquirido con UNGASS, realiza acciones relacionadas con el Fondo Mundial y ha adquirido compromisos sobre este tema en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de gobierno de los Países del Sistema de Integración Centroamericana (SICA).
- **Recursos humanos.** Aunque no hay compromisos sobre la capacitación de recursos humanos, sí hay compromisos sobre la educación a población en general.
- **Medicamentos y tecnología.** Existe el compromiso de desarrollar una iniciativa subregional para garantizarla disponibilidad de medicamentos a bajo costo y en relación a tecnología, se realizan esfuerzos para concretar una negociación sobre insumos de laboratorio para pruebas diagnósticas de VIH.
- **Información y vigilancia.** No existen un compromiso identificable; sin embargo, la disponibilidad de sistemas es clave para alcanzar los compromisos que se han mencionado anteriormente.
- **VIH y Derechos Humanos.** En Guatemala, existe un marco jurídico que garantiza la no discriminación, la confidencialidad, autonomía, la intimidad personal, la libertad y movilización, el no aislamiento, el acceso y recepción de información, la salud y atención integral, el trabajo, la educación y la recreación. Existen algunas contradicciones entre la Ley de VIH con otras leyes, que deberán ser resueltas a corto plazo.

3

**CARACTERIZACIÓN
DE LA EPIDEMIA
DE VIH Y SIDA**



3. CARACTERIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA

Ubicación temática

Una vez establecido el panorama de salud, en términos de datos contextuales y de política pública y estratégica, se pasa a identificar las características de la epidemia de VIH y sida en Guatemala.

Este capítulo nos da una visión general de la forma en que la epidemia ha afectado a la población guatemalteca y a sectores poblacionales de alto riesgo. Permite, además, identificar los vacíos de información que existen con respecto a la incidencia de la epidemia.

Este capítulo aporta datos acerca de la morbilidad por sida en el período 1984-2008; sobre la tasa de incidencia acumulada por departamento de la república; información según sexo, grupo de edad, etnia; así como la mortalidad por sida del año 2006 a nivel nacional.

En la epidemiología de la infección por VIH, se aportan datos por departamentos de la república, según sexo, etnia y vía de transmisión. Se puede hallar las estimaciones y proyecciones de VIH en población general y una descripción en grupos de alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras del sexo, así como usuarios de drogas inyectables. Se encuentra información sobre otros grupos de riesgo como el personal militar, personas privadas de libertad, jóvenes en riesgo social y donadores de sangre. El capítulo se cierra con el tema de epidemiología de la infección por sífilis.

Datos generales

Con base en la información epidemiológica agregada que se maneja en el país, la situación del VIH se describe como una epidemia concentrada²³. No obstante, la información desagregada indica que hay zonas en que el VIH presenta características de epidemia generalizada debido a la alta prevalencia que se encuentra en mujeres embarazadas. Esto sugiere la pertinencia de tener estrategias diferenciadas de acuerdo a las características propias de cada zona geográfica y de cada grupo poblacional.

De acuerdo al reporte de casos nuevos en los últimos años, la epidemia se está intensificando en los grupos de población adolescente y joven, también en mujeres.

Los departamentos con población más afectada o mayor seroprevalencia son aquellos que colindan con la carretera Interamericana.

²³Una epidemia concentrada se define como aquella en que la transmisión del VIH se ha establecido en uno o más de los grupos de población en mayor riesgo (HSH, TSC, UDI o clientes de TS); sin embargo, el VIH es escasamente transmitido fuera de ellos, excepto sus parejas sexuales. En ausencia de cambios de conducta o reducción de cofactores como prevalencia de ITS, la transmisión del VIH continuará entre los grupos de más alto riesgo. La transmisión será más rápida en contexto de uso de drogas inyectables y sexo anal no protegido. El tamaño de la población en mayor riesgo y el grado de conductas de riesgo determinará el número de nuevas infecciones.

Consideraciones en el uso de la información epidemiológica

Previo a presentar el análisis epidemiológico del VIH y sida es necesario aclarar que éste enfrenta una serie de obstáculos, particularmente en lo concerniente a la captura y sistematización de la información nacional²⁴, cuyo abordaje y solución deben priorizarse, a fin de tener información objetiva y oportuna, con base en la cual conducir la respuesta a la epidemia.

El PNS establece, desde su creación, un sistema pasivo de notificación y reporte de los casos de sida diagnosticados en los servicios de salud estatales y en las clínicas particulares, el cual, hasta 1996, es alimentado primordialmente por los datos que aporta la red nacional de salud. A partir de ese año se inicia una búsqueda activa de casos y se hacen cambios en el personal y el sistema de vigilancia epidemiológica, con lo que hay mejorías en el flujo y calidad de información, sin embargo, aún persisten serias deficiencias que requieren atención. Se destacan las siguientes:

- El sistema de vigilancia es pasivo y de primera generación.
- Hay dos fuentes de información sobre morbilidad por VIH y sida, cuyos datos no se comparten: el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS y el Departamento de Epidemiología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)²⁵. El reporte de casos de estas y otras instituciones no está estandarizado.
- Los datos de mortalidad por sida provienen de dos fuentes: el SIGSA y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los reportes de defunciones del SIGSA se efectúan en base a registros del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), que no garantizan cobertura nacional, por lo que hay un significativo sub-registro en esta fuente. Los datos del INE, sin embargo, provienen de los registros civiles de las Municipalidades y se basan en certificados de defunción. Se considera que este dato refleja con mejor calidad el número de defunciones en el país.
- El proceso de notificación de casos de VIH y sida todavía presenta fallas importantes en la detección, diagnóstico, registro y seguimiento. Aún cuando la notificación de casos de VIH y sida es obligatoria, el PNS estima que hay un sub-registro nacional de 50%²⁶.
- En el caso de población general no existen programas de tamizaje, excepto para mujeres embarazadas y los donantes de sangre, por lo que los datos de prevalencia de VIH que se manejan no son representativos de ésta.
- No hay datos de seroprevalencia de VIH en grupos indígenas y poblaciones móviles.
- En el caso de HSH, MTS y otras poblaciones en mayor riesgo, hay estudios específicos de la prevalencia porcentual de VIH en estos grupos.

²⁴Entrevistas a Licda. Mariel Castro, Directora Programa Nacional de VIH/sida/ITS del MSPAS y Dr. Paul Chinchilla, Director Departamento de Epidemiología del IGSS.

²⁵Información del Dr. Paul Chinchilla, Director de Epidemiología del IGSS, indica que el IGSS no ha reportado sus casos al MSPAS; y que no es sino, hasta fecha reciente, en que se firmó un convenio al respecto, que aún no se ejecuta. Entrevista personal, enero 2009.

²⁶Ministerio de Salud y Seguridad Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA en Guatemala. Noviembre 2004.

3.1 Epidemiología del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Morbilidad por sida

a) Tendencia nacional, 1984 – 2008

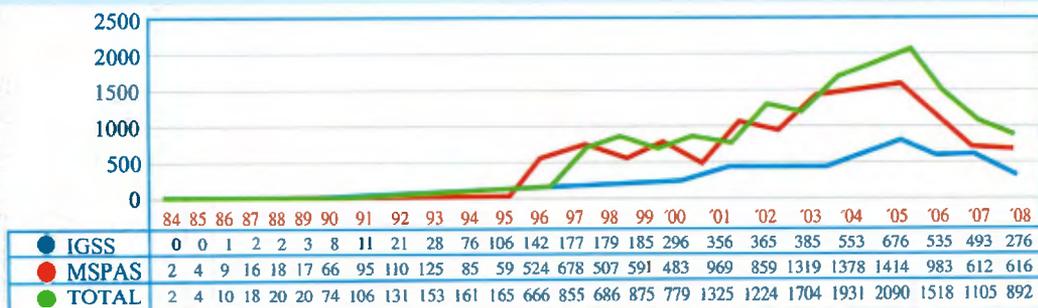
En Guatemala se registra el primer caso de sida en 1984²⁷; en un guatemalteco con residencia habitual en Estados Unidos; y no es sino hasta 1988 en que se diagnostican los dos primeros casos en personas adultas residentes en el país. En 1990 se diagnostican los dos primeros casos nacionales, ambos en menores de cuatro años con historia de haber sido transfundidos y en 1993 se identifican los primeros tres casos de transmisión vertical.

El número total de casos reportados en el país desde el inicio de la epidemia, hasta octubre de 2008, es de 15,035, de los cuales 11,644 (77%) han sido notificados al MSPAS y 4,107 son personas afiliadas al IGSS (23%) y registrados por separado únicamente en esa institución.

La incidencia anual de casos presenta un ascenso relativamente lento hasta 1995, con un promedio menor a 100 y un número acumulado a esa fecha de 606; sin embargo, la tendencia se modifica marcadamente a partir de 1996, cuando hay un incremento notable, de manera que en ese año el número es casi 10 veces mayor que en el previo. Este evento inesperado se considera que es debido, en parte, al mejoramiento en la notificación de casos al MSPAS; pero llama la atención que en los años siguientes se mantiene la tendencia al incremento, que no se modifica hasta 2006, lo que no sería razonable atribuirlo sólo a una mejor detección. En 2006 ocurre el fenómeno inverso, pues hay una súbita disminución en la incidencia anual, que persiste hasta la fecha, la cual se considera relacionada, en su inicio, a deficiencias en el reporte de casos, pues ese año ocurrió una importante huelga médica en los hospitales del MSPAS; sin embargo, el descenso continuó después de esa fecha y el mismo fenómeno se registró en los pacientes afiliados al IGSS. El sistema no retira del registro de casos a las personas que han fallecido, lo que lleva a la dificultad de apreciación de la disminución de la prevalencia del VIH.

Figura 3.1

Número anual de casos notificados de SIDA, según total y por MSPAS e IGSS, 1984-OCT.2009 Guatemala. Fuentes: Informe casos VIH Y SIDA, CNE, MSPAS, oct.2008; y Memoria Labores IGSS, 2006 e información (2007 y 2008), Depto. Epidemiología IGSS



²⁷Situación de la epidemia de VIH/sida en Guatemala. Sergio Aguilar, M.D., M.P.H. Proyecto de Acción SIDA de Centro América, 1999.

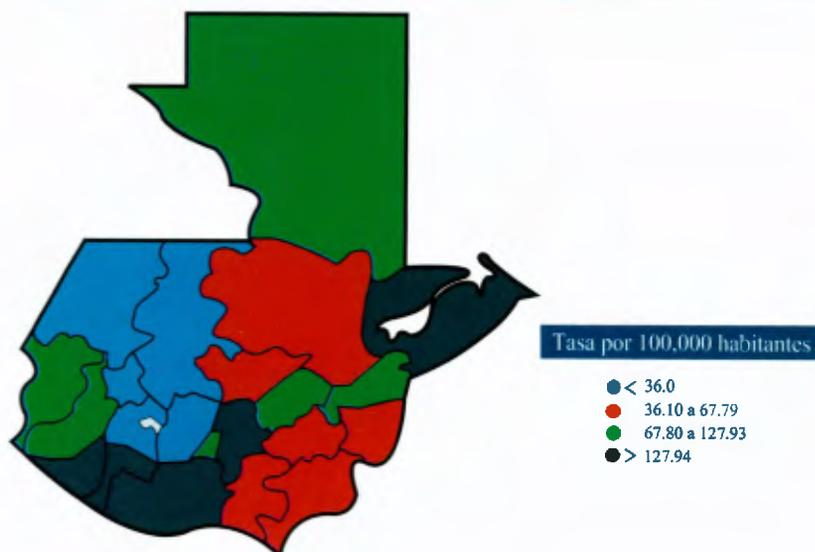
El IGSS no dispone de información desglosada por edad, sexo u otras variables²⁸, lo que es una severa limitante para el análisis y la comparación entre poblaciones. La información que sigue es procedente del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS y se refiere exclusivamente a los casos notificados a esa instancia.

b) Tasa de incidencia acumulada por departamento de la república

La tasa de prevalencia acumulada en el país, de 1984 a octubre 2008, es de 116 casos por 100,000 habitantes. Sin embargo hay una marcada concentración de casos en seis departamentos, localizados en el sur, suroeste y parte central del país, donde residen el 39% de las personas con sida, a saber: Escuintla (203.9), Suchitepéquez (194.9), Retalhuleu (187.7), Guatemala (179.02), Izabal (166.0) y Sacatepéquez (125.5). Por otro lado, se observa que la mayoría de los departamentos del altiplano guatemalteco tienen prevalencias por debajo del promedio nacional, llegando a registrarse niveles inferiores a 50 x 100 000 en Baja Verapaz (48.6), Alta Verapaz (40.8), Chimaltenango (37.5), Sololá (28.43), Totonicapán (22.48), El Quiché (22.24) y Huehuetenango (10.5).

Existe el planteamiento de un corredor epidemiológico de alta incidencia de casos de sida que sigue la ruta de las principales vías terrestres comerciales, pues al distribuir en un mapa los departamentos del país, según su tasa de incidencia acumulada, se establece un “corredor”, que une Puerto Barrios, en la costa atlántica, con el Puerto de San José, en el pacífico; y continúa hasta la frontera con México. Este “corredor” sigue la ruta de las principales carreteras del país, las que unen departamentos con poblaciones urbanas importantes y son las más utilizadas para el transporte de personas y el tráfico de productos entre ellas, entre ambas costas y con las vías hacia México, Honduras, El Salvador y Belice. El mapa a continuación muestra las tasas por departamento.

Figura 3.2
Tasa de incidencia acumulada, según departamento, 1984-octubre2009, Guatemala



²⁸Dr. Paul Chinchilla, Director Depto. Epidemiología IGSS.

c) Según sexo y grupo de edad

La distribución de casos por grupo de edad muestra que en los comprendidos entre 20 y 39 años se concentran un poco más del 60 % de los casos. Hay un primer pico de 4.9% en el grupo de 0 a 4 años, el cual corresponde a transmisión vertical. El grupo que tiene más casos es el de 25 a 29 años, con 19.2%. Considerando que la enfermedad se manifiesta 7 a 8 años después de la infección, esto nos dice que el momento de la infección inicial ocurre entre los 17 y 21 años, en la época de la adolescencia y edad adulta temprana.

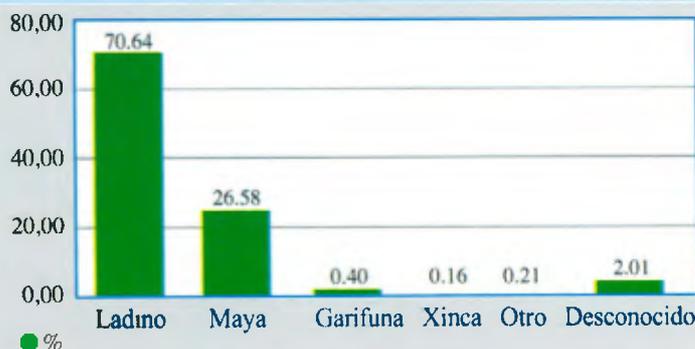
Entre los grupos etáreos jóvenes, como el de 15 a 24 años (18% de los casos de sida), la razón hombre/ mujer es de 1.4; pero ésta se incrementa a medida que se aumenta la edad, de manera que, por ejemplo, entre 35 y 39 años llega a 2.97 y en el grupo de 50 a 54 alcanza un valor de 3.32. Es importante señalar el nivel diferencial de riesgo de las mujeres de acuerdo a los grupos etáreos, siendo las jóvenes las de mayor riesgo, debido a su exposición temprana a la violencia sexual. De acuerdo a la ENSMI 2002 las mujeres comprendidas entre las edades de 15-49 años reportan haber sido abusadas cuando tenían 12 años o más en un 4.1%. Las que habían sido abusadas antes de los 12 años fueron el 2.9%, de ellas el 10.4% había sido violada antes de los 7 años y de este grupo, en el 71.1% el acto fue cometido por un familiar, amigo o conocido.

Las mujeres de los otros grupos etáreos sufren otros tipos de vulnerabilidad ante el control de sus parejas u otros ya que siguen dependiendo de la voluntad masculina para salir de casa y acudir al médico como lo revela la ENSMI 2002 en mujeres de 15-49 años en un 23.9% de las cuales el 79.9% necesita permiso para salir de casa y el 62.2% para acudir al médico.

d) Según etnia

Se reporta el mayor porcentaje de casos en la etnia ladina (70.64%), que es la que predomina en las áreas metropolitanas y costeras, donde se presenta la mayor prevalencia de sida. Sin embargo, debe destacarse que en la etnia maya se registra un poco más de la cuarta parte de los casos; y considerando los factores de limitación geográfica y cultural de esta población, en relación con el acceso a los centros de salud y por tanto a la prueba de VIH, este porcentaje podría ser una subestimación de la prevalencia real en este grupo étnico.

Figura 3.3
Distribución porcentual de casos acumulados de SIDA,
2004-2007, según etnia, Guatemala
Fuente: Unidad Informática, Centro Nacional de Epidemiología



Los datos que se presentan por grupos étnicos no reflejan la dimensión del problema dentro de su composición étnica debido a que no se analiza con base en la población total del grupo étnico, de tal forma que oculta la prevalencia real de la epidemia.

Mortalidad por sida, año 2006

a.Nacional

La información de mortalidad por sida proviene de los certificados de defunción que por ley deben ser llenados y remitidos a los Registros Civiles de cada municipio. Esta información es analizada, sistematizada y publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

No obstante, el tema de la notificación de mortalidad por sida es un aspecto crítico para Guatemala ya que es muy baja, lo cual obedece entre otras razones a:

- a) El estigma y la discriminación hacia los familiares de la persona fallecida por sida.
- b) Las funerarias cobran un servicio más caro si la causa de muerte fue sida.
- c) Las personas que elaboran los certificados de defunción en su mayoría no son médicos e indican como causa de muerte la infección oportunista y no sida.
- d) Los flujos de información para la notificación de fallecimientos al registro civil aún son débiles.
- e) Las Clínicas de Atención Integral no cuentan con recursos y capacidad instalada para desarrollar un programa de seguimiento a los pacientes inactivos, que incluya visitas domiciliarias, lo cual entre otros aspectos podría redundar en beneficios para conocer las causas exactas del abandono del tratamiento: limitados recursos financieros, deterioro físico, efectos secundarios de los medicamentos, fallecimiento, etc.

Para 2006²⁹, el INE reporta la mortalidad total y por sida, según sexo, que se presenta en el cuadro a continuación.

Cuadro 3.1

Mortalidad total y por sida, año 2006, según sexo, Guatemala

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala

Causa	Número	Porcentaje
Defunciones por todas las causas	65,535	100 %
Total defunciones en hombres	38,208	58.3 %
Total defunciones en mujeres	27,327	41.7 %
Defunciones por sida (B20-B24)	692	1.0 %
Defunciones por sida en hombres	487	0.7 %
Defunciones por sida en mujeres	205	0.3 %
Relación M/F de la mortalidad	2.38	

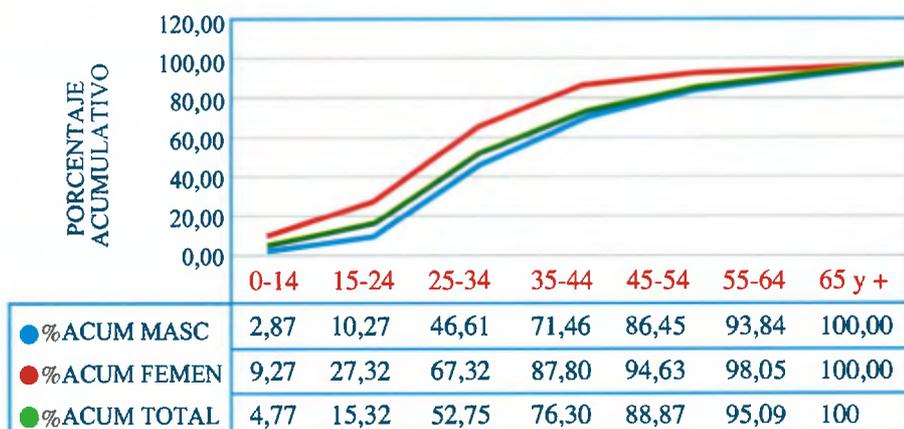
²⁹Instituto Nacional de Estadística.
Mortalidad en Guatemala, según CIE X.
Año 2006.

b. Según sexo y grupo de edad

El análisis de la mortalidad proporcional por grupo de edad y sexo (ver gráfica siguiente) muestra que el 53% de las muertes por sida ocurre antes de los 35 años de edad; y que el 76% ocurre en menores de 45 años. Es de notar que las mujeres tienen mortalidad más temprana que los hombres, lo que podría reflejar un aumento de la vulnerabilidad ante el VIH o falta de acceso al tratamiento en este género.

Esto tiene directa relación con el acceso a la información que tienen las mujeres, quienes aun desconocen mucho en cuanto al comportamiento de la epidemia, tal y como lo analiza la respuesta obtenida en la ENSMI: a nivel urbano 3 de cada 10 mujeres, desconocen que existen portadores asintomáticos del VIH. (ESMI, 2002)

Figura 3.4
MORTALIDAD PORCENTUAL ACUMULATIVA POR SIDA,
SEGÚN TOTAL Y POR EDAD Y SEXO, AÑO 2006.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Mortalidad 2006, CIE X. B20-B26



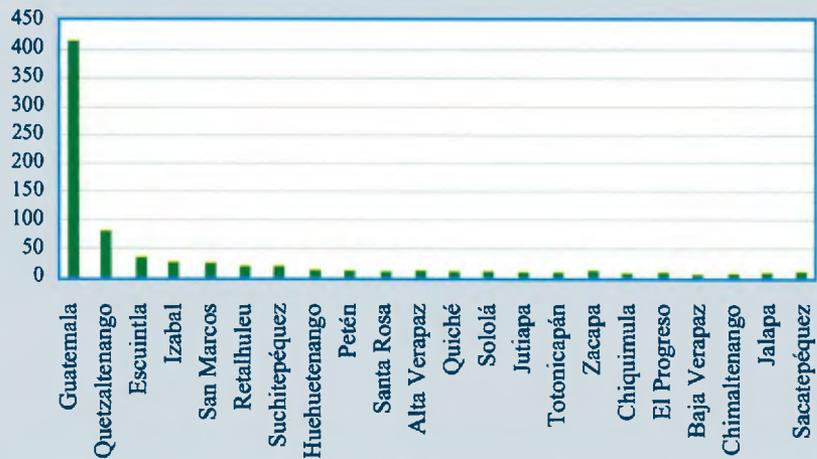
c. Según departamentos de residencia y registro

La frecuencia de mortalidad por departamento varía según se utilice el dato del departamento donde ocurre la defunción o el de residencia habitual. El departamento con mayor número de muertes, tanto por lugar de ocurrencia, como por residencia, es Guatemala, que es el que tiene mayor población en el país y donde se concentra la mayor cantidad de recursos de atención para el sida, por lo que hay mucha migración hacia el mismo en busca de atención. El análisis de las muertes según departamento de residencia muestra que, después de Guatemala, los departamentos con mayor número de muertes son, en su orden, San Marcos, Quiché y Santa Rosa; pero estos departamentos figuran en lugares más bajos en el reporte de defunciones por lugar de ocurrencia, lo que indica que hay migración hacia otros departamentos, principalmente Guatemala y Quetzaltenango, para recibir tratamiento.

Figura 3.5

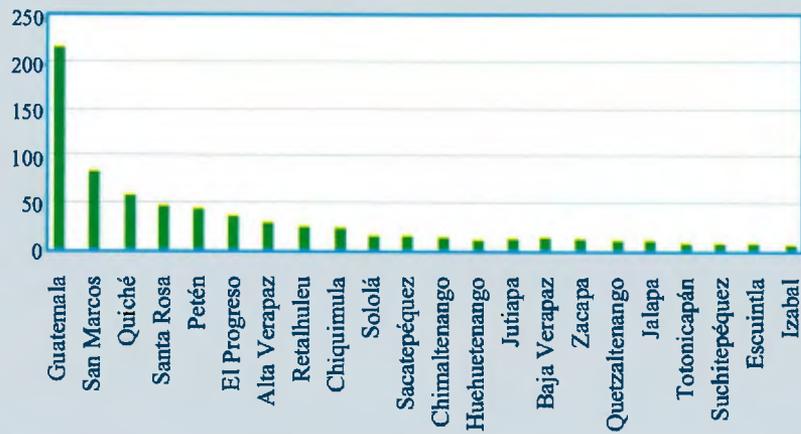
Número de defunciones por SIDA según departamento donde se registra la defunción, Guatemala, 2006.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Mortalidad Nacional 2006
CIE X. B20-B26



Número de defunciones por SIDA según departamento de residencia del difunto, Guatemala, 2006

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Mortalidad Nacional 2006
CIE X. B20-B26



3.2 Epidemiología de la infección por VIH

En población general

Tendencia nacional 2004-2008

La información sistemática sobre casos de VIH registrada por el CNE / PNS comienza en 2003; pero aún en la actualidad se estima que hay un subregistro no menor del 50%, debido a la falta de reporte de varias instituciones, incluyendo establecimientos del Ministerio de Salud.

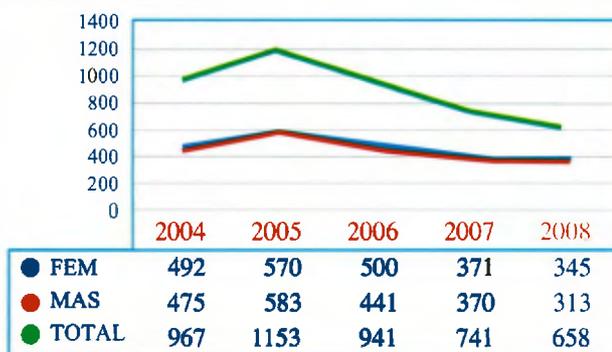
Hay 218 servicios del MSPAS, distribuidos en todas las áreas de salud, que ofrecen consejería pre y post-prueba y el 40% (87) de ellos realiza la prueba rápida para VIH. Debe considerarse que, aunque se promociona la realización de la prueba de VIH en embarazadas, la cobertura nacional no pasa del 15%. En el resto de la población no se promueve o realiza el tamizaje de VIH sistemáticamente, por lo que todas las pruebas realizadas son por demanda espontánea.

Cabe señalar que los HSH no se ven reflejados en las acciones que implementa el sistema nacional de salud por su concepción heterosexual y limitada apertura a la diversidad sexual.

El número anual de casos registrados de VIH ha variado entre un máximo de 1153 en 2005, a un mínimo de 658 en 2008.

Figura 3.6

Casos anuales notificados de VIH, años 2004-2008, según total y sexo, Guatemala. Fuente: Informe de notificación casos VIH Y SIDA. Centro Nacional de Epidemiología, PNS, MSPAS, Dra. Judith García, octubre 2008



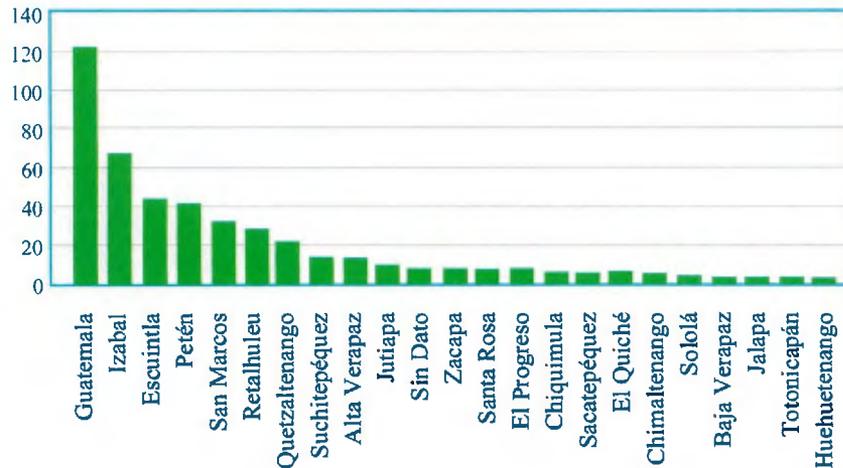
Según departamento de la república

Los departamentos que concentran el mayor número de casos son, en su orden: Guatemala, Izabal, Escuintla, Petén, San Marcos, Retalhuleu y Quetzaltenango. El resto de los departamentos suman el 21% de los casos.

No se dispone de información sobre las distribuciones por sexo y etárea de casos de VIH por departamento, ni de su tendencia histórica, lo que nos da una idea de la fragilidad del sistema de información y las limitaciones a la capacidad de interpretación de los datos.

La gráfica siguiente muestra el número de casos acumulados según departamento.

Figura 3.7
Casos de VIH notificados en enero 1984 a junio 2008,
según departamento de residencia



Según etnia

Este concepto se aborda por autodefinición de la persona, de acuerdo a algunas características clave asociadas a etnia. Hasta el año 2004 Guatemala comienza a registrar esta variable en el análisis del comportamiento de la epidemia de VIH.

El grupo ladino es el más afectado o el que más ha accedido a las pruebas de detección en el país. Es probable que el bajo porcentaje en la etnia maya sea sólo un reflejo del bajo acceso de esta población a los servicios diagnósticos. De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano, el tamaño de la población maya es más grande que el de la población ladina. En las otras etnias los porcentajes parecen ser compatibles con el tamaño de las respectivas poblaciones. No obstante, no se puede indicar la seroprevalencia en las etnias por no contarse con la base poblacional de las mismas.

Figura 3.8
Distribución porcentual de casos de VIH
según etnia, acumulado 2004-2007 Guatemala.
Fuente: Unidad de Informática, Centro Nacional
de Epidemiología



En mujeres embarazadas, 1990-2006

El estudio MERTU/CDC (2002-2003) efectuado en 12 departamentos, mostró una prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (ME) de 0,49%, pero en 2 de ellos fue ligeramente superior a 1%: Retalhuleu y San Marcos. En 2006, en el estudio de Línea de Base del Fondo Mundial se encontró prevalencia de 0,33%, mientras que en estudios contenidos en el Reporte Epidemiológico del Fondo Mundial, la prevalencia en la ciudad de Guatemala varió entre 0.37% y 0.74%, mientras que en Coatepeque se registró la cifra mayor de 1.17%.

En 2007 se tamizaron un total de 43.754 ME, de acuerdo al informe preliminar del Monitoreo de las Intervenciones de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a (PTMH)³⁰ del Ministerio de Salud Pública, entre las cuales se diagnosticaron, según informes de datos programáticos, 203 nuevos casos de VIH+, para una prevalencia nacional de 0,46%. La prevalencia entre regiones mostró muy pequeñas variaciones: la más baja fue de 0.43% en nororiente y la mayor fue de 0.47% en la región sur. Es importante destacar que, considerando que en el país habían 297 713 ME en 2007, el porcentaje de cobertura nacional de ME con tamizaje para VIH es de sólo 15%.

Estos estudios, sumados a los de prevalencia en grupos de riesgo en los mismos departamentos o zonas geográficas (descritos más adelante), nos orientan hacia la clasificación de la epidemia en generalizada en algunos lugares y concentrada en otras.

Según vía de transmisión

La principal vía de transmisión es la sexual, la que es responsable por el 94.26% de los casos de VIH. Le siguen la transmisión vertical madre-hijo, con 4.99% y la vía transfusional, con menos del 1% de los casos, la que se estudia en mayor profundidad en la sección sobre sangre segura de este informe.

Figura 3.9

Casos acumulados de SIDA según vía de transmisión, en porcentaje, 1984-oct.2009, Guatemala

Fuente: Informe de notificación casos VIH Y SIDA Centro Nacional de Epidemiología, PNS, MSPAS, Dra. Judith García.



³⁰Monitoreo de las Intervenciones de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a (PMTH), MSPAS, 2008.

Estimaciones y proyecciones de VIH en población general

Las últimas estimaciones y proyecciones realizadas en el país, para los años 2010 y 2015, fueron hechas en 2005 y se presentan en el cuadro³¹ y gráfica que siguen:

Cuadro 3.2

Estimaciones y proyecciones de VIH y SIDA, Guatemala, 2005

Fuente: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO INTEGRADO SOBRE VIH Y SIDA, GUATEMALA, 2008. Dra. E. Judith García, CNE-MSPAS, Licda. Mariel Castro, PNS VIH/SIDA-MSPAS., Dr. Miguel Aragón López, CDC/GAP/CAP

Categoría	Año		
	2005	2010	2015
Total personas con VIH	61 000 (37 a 100 mil)		
Prevalencia 15 a 49 años	0.9 (0.5 a 2.7)	1.16	1.55
Personas >15 años con VIH	59 000 (Rango de 35 a 97 mil)	81 560	123 480
Personas > 15 años con nuevas infecciones	7 350	9 740	12 880
Mujeres > 15 años con VIH	16 000 (8.3 a 29 mil)		
Muertes en personas > 15 años	3 460	1 550	3 650
Niños < 15 años con VIH	2 700	3 830	4 300
Niños < 15 años con nuevas infecciones	550	435	380
Muertes en niños < 15 años	109	103	138

Figura 3.10

Estimaciones y proyecciones de VIH y Sida, Guatemala 2005

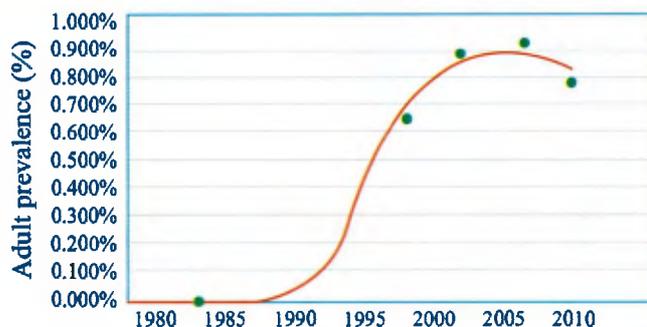


³¹Perfil epidemiológico integrado sobre VIH y Sida, Guatemala, 2008. Dra. E. Judith García, CNE-MSPAS, Licda. Mariel Castro, PNS VIH/SIDA-MSPAS., Dr. Miguel Aragón López, CDC/GAP/CAP

El Centro Nacional de Epidemiología, con el apoyo de proyecto CDC/GAP/CAP, está actualmente revisando las estimaciones para 2007 y los datos preliminares hablan de una prevalencia en adultos (15-49 años) de 0.68%, de los cuales, el 39.8% son mujeres. Se estima un total de 41,899 personas con VIH. Los rangos nacionales, en un escenario de calidad media, de acuerdo al modelo, indican una prevalencia entre 0.42% y 1.38%.

La gráfica que sigue, sobre la proyección de la epidemia, muestra estabilización en el número de casos alrededor del año 2000 y luego un suave descenso.

Figura 3.11
Proyecciones de la prevalencia anual de VIH en adultos (15-49 años) Guatemala 2007
Fuente: Ejercicio de estimaciones de VIH para Guatemala, año 2007. Centro Nacional de Epidemiología, PNS, MSPAS



En grupos de alto riesgo

Los más recientes estudios sobre prevalencia de VIH en grupos de alto riesgo son del período 2003-2006. Los que se han utilizado en esta revisión son el Estudio Multicéntrico³² de 2003; y los estudios de Línea de Base³³ y el Reporte Epidemiológico del Fondo Mundial³⁴ de 2006.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 2003-2007

En este período, la seroprevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres ha oscilado desde un mínimo de 11.5% en 2003, según el Estudio Multicéntrico, hasta un máximo de 18.33% en 2006, de acuerdo a la línea de base del Fondo Mundial; sin embargo, las poblaciones estudiadas fueron diferentes, lo que limita la comparación.

³²Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC). Mayo 2003. USAID / Proyecto PASCA. Informe técnico preparado por: Dra. Zonia Pinzón, Dr. Ramón Jeremías Soto H y Dr. Sergio Aguilar.

³³Estudio Línea de base, Fondo Mundial, 1997. Iniciativa "Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA en grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias". Elaborado por Gestión y Tecnología en Salud y Desarrollo (GETSA) y Mecanismo Coordinador de País (MCP-G). "Grant number": GUA-304-G01-H

³⁴Reporte Epidemiológico, Fondo Mundial, enero a junio 2006. Iniciativa "Intensificación de las Acciones de Prevención y Atención Integral del VIH-SIDA en Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala" "Grant number": GUA-304-G01-H. RP Visión Mundial, Guatemala.

Mujeres trabajadoras del sexo (MTS), 1987-2006

Los primeros estudios de seroprevalencia de VIH en MTS fueron efectuados en 1987 y 1988 en la ciudad de Guatemala, donde no se encontraron casos positivos; luego, en 1988, en Quetzaltenango, donde se halló prevalencia de 1.04%. En los años siguientes, la tendencia fue hacia el aumento en prácticamente todas las poblaciones estudiadas, hasta 2006. Por ejemplo, en Puerto Barrios llegó a 11.1% en 1998 –el valor más alto registrado-; y en 2003, en el departamento de Guatemala, según el Estudio Multicéntrico, fue de 4.50%. Se encontró también en éste que en las MTS ambulantes la prevalencia se incrementa a 14.9%, mientras que en las fijas es de 3.6%.

Sin embargo, varias mediciones hechas en 2006 reportan una disminución en la tendencia. En los estudios de Línea de Base y Reporte Epidemiológico ASI, del Fondo Mundial, se reportan prevalencias de 1.09% y 1.83% respectivamente. El porcentaje mayor de ese año es de 3.6%, identificado por el Reporte Epidemiológico/ FUNDAMACO³⁵.

Usuarios de drogas inyectables (UDI)

No se dispone de información al respecto.

Estimaciones de VIH en poblaciones de alto riesgo, 2007

Las estimaciones que se presentan a continuación son del Centro Nacional de Epidemiología, para 2007.

Cuadro 3.3

Estimaciones de prevalencia de VIH para 2007 en poblaciones de alto riesgo (PAR)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, MSPAS, 2008

Grupo de alto riesgo	Talla Poblaciones		Prevalencia VIH (%)	
	Baja	Alta	Baja	Alta
HSH	87.112	145.187	11,50	18,30
Mujeres trabajadoras del sexo (MTS)	6.453	48.398	3,40	7,40
Cientes hombres de MTS	214.877	365.871	1,70	3,70
UDI	9.195	15.326	0,50	1,00

³⁵El grupo de estudio proviene de “FUNDAMACO”: Fundación Marco Antonio. También se consultó: Quiñonez Azmitia, E. A. “Seroprevalencia de HIV en personal Militar”. Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala 1990. Flores, L. E.; Medema, O.; Espinoza, M.A.; Monzón; Arathoon, E. Identificación de factores de riesgo para VIH/ETS en el Ejército de Guatemala. Revista del Colegio Médico, Vol. 4, Guatemala, 1994. Páginas 4-9. Velásquez, M.R. Seroprevalencia de VIH en personal militar de las bases de Quetzaltenango. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala 1996.

Esta información es de gran utilidad cuando se dispone de multiplicadores que pueden estimar el tamaño poblacional de los/las que están en riesgo, para así poder planificar la distribución de necesidades; pero por otro lado no se dispone de las estimaciones departamentales o locales de estas proyecciones (donde estén enfocadas las actividades), por lo que es necesario trabajar en ellas.

En otros grupos de riesgo

a) Personal militar

La seroprevalencia de VIH en reclutas y personal militar muestra tendencia creciente de 1990 a 1999 que va desde 0.72, hasta 1.8, como se muestra en la siguiente gráfica. No se dispone de datos más recientes.

b) Personas privadas de libertad

El Reporte Epidemiológico ASI del Fondo Mundial de 2006 informa de una prevalencia de 0.67% en personas privadas de libertad.

c) Jóvenes en riesgo social

Un importante grupo de riesgo es el de los “jóvenes en riesgo social”, el cual es caracterizado en la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el cambio de comportamiento como aquellos jóvenes que no cuentan con las condiciones, medios, recursos e información para el autocuidado, especialmente en lo relacionado a la explotación sexual, la prevención y atención de las ITS, VIH y sida. En el país el abordaje de estos jóvenes se ha circunscrito a los siguientes contextos: focos de niñez y juventud en situación de calle, institucionalizados (huérfanos, conflicto con la ley, migrantes), zonas marginales y asentamientos, entre otros. La seroprevalencia reportada para el grupo comprendido entre las edades de 15 a 24 años, es de 3.3%³⁷. Sin embargo, el Modelo de Atención Integral del adolescente reporta una seroprevalencia promedio para el período de julio 2007 a diciembre 2008 de 6.11%.

d) En donadores de sangre

Durante 2006 y 2007 se atendieron 91,039 y 106,618 candidatos a donadores respectivamente en todo el país. En 2007 el 72% fueron aceptados y de ellos, el 94% fueron donadores familiares y/o de reposición; el 6% voluntarios altruistas no remunerados y el 0.09% donadores autólogos. El número de unidades tamizadas en 2006 fue de 69,417 y en 2007, de 76,485

³⁷Jóvenes en Riesgo Social (JRS) JRS: Las instituciones seleccionadas que trabajaban con JRS de la calle fueron: APREDE, Casa Alianza, MOJOCA y Casa Yeshúa. REMAR fue seleccionada como una de las organizaciones que podía participar en el estudio; sin embargo, sus representantes expresaron su negativa de participar, porque indicaron que ellos tienen su propio sistema de vigilancia y control del VIH/SIDA en los JRS.

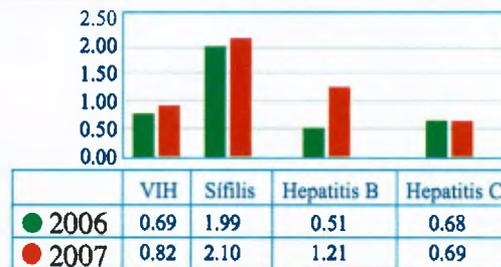
En 2006 se encontró un porcentaje de positividad para VIH de 0.69; para sífilis, de 1.99; para hepatitis B, de 0.51 y para hepatitis C, de 0.68. En 2007, la seropositividad se incrementó en todas las pruebas: para VIH subió a 0.82%, con un rango de 0.28% a 2.49%; para sífilis a 2.10%; para hepatitis B a 1.21% y para hepatitis C a 0.69% (ver gráfica que sigue).

En relación con la seropositividad a VIH de la sangre donada, los hospitales de Puerto Barrios, San Marcos, Jalapa, Chimaltenango y Santa Cruz del Quiché, muestran los niveles más altos, que varían entre 2,49 y 1,73.

La mayoría de tamizajes, procesamientos y transfusiones de sangre se realizan en los siguientes bancos de sangre: a) del MSPAS: Hospitales San Juan de Dios, Roosevelt, Nacional de Quetzaltenango y Nacional de Cobán; b) del IGSS: Hospitales General de Accidentes, de Enfermedad Común y de Gineco-obstetricia; c) el privado Moscoso; y d) el Hospital de las Fuerzas Armadas.

La prevalencia de VIH en donadores es alta en comparación con otros países, de ahí la importancia de la implementación de una estrategia de promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre y la centralización del tamizaje, para asegurar la calidad de la sangre y sus componentes.

Figura 3.12
Seropositividad a VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C en donadores de sangre, años 2006 y 2007, Guatemala



3.3 Epidemiología de la infección por sífilis

Se han efectuado estudios en poblaciones seleccionadas (HSH, MTS y ME) sobre prevalencia de sífilis, los que se resumen en el cuadro que sigue. Lo relativo a sífilis en embarazadas se presenta en mayor detalle en la sección sobre Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH).

El Estudio Multicéntrico (EMC) de prevalencia de VIH e ITS en HSH encontró, en 2003, una prevalencia de 13.3% de sífilis; mientras que en 2006, la línea de base del Fondo Mundial, reportó 6% de prevalencia. Aunque las muestras de estos estudios fueron diferentes, los datos nos dicen que estas personas padecen de infecciones de transmisión sexual agudas, lo que representa un

comportamiento de riesgo reciente para adquirir tales infecciones, que es el mismo para adquirir el VIH.

En el EMC se vio que el 18.8% es positivo para una u otra entidad (sífilis o VIH), en tanto el 3% posee las dos al mismo tiempo. Entre el total de HSH con diagnóstico de sífilis, el 15.6% resultó positivo para VIH y entre los 19 VIH positivos, el 26.3% también tiene una prueba positiva de sífilis. Esta asociación es estadísticamente significativa, de tal manera que aquellos HSH con sífilis tienen 2.7 más probabilidad de estar infectados con VIH.

En donadores de sangre, la prevalencia de sífilis fue de 1.99 en 2006 y de 2.1 en 2007.

Los datos mostrados de infecciones de transmisión sexual nos indican el riesgo existente en el país de relaciones sexuales sin protección, lo que aunado a los déficits en conocimientos acerca de los mecanismos de transmisión del VIH y/o las formas de prevención de la infección, pueden llevar a un aumento de casos. En este sentido, es importante destacar que el estudio ASI encontró que el 77% de las trabajadoras del sexo no utilizan condón con sus parejas habituales; y que el 3.4% de ellas son positivas para VIH. En la misma dirección, MERTU describe que en mujeres embarazadas, sólo el 65% reconoce que el uso del condón previene la transmisión del VIH y consideran la fidelidad como un factor de protección para la transmisión.

Estos datos nos dan una idea de las necesidades de información de las poblaciones en mayor riesgo y por otro lado de la necesidad del siguiente paso que es el cambio de comportamiento.

Hay otros datos de ITS que serían de utilidad para visualizar el riesgo de transmisión, como tener el diagnóstico confirmado de gonorrea por cultivo, pero desafortunadamente no se cuenta con ellos.



Resumen de puntos importantes del capítulo

- La situación de VIH en Guatemala se describe como una epidemia concentrada. Sin embargo, en algunas zonas, el VIH presenta características de epidemia generalizada por la alta prevalencia entre mujeres embarazadas.
- Los grupos de adolescentes y jóvenes, y el de mujeres, muestran una participación creciente en el número de casos nuevos reportados. Esto requiere de estrategias diferenciadas por zona geográfica y por grupo poblacional.
- El PNS estima que hay un sub-registro de casos, a nivel nacional, de 50%.
- La distribución de casos por grupo de edad muestra que en los comprendidos entre 20 y 39 años se concentran un poco más del 60% de los casos.
- Hay un nivel diferencial de riesgo de las mujeres de acuerdo a los grupos etáreos, siendo las jóvenes las de mayor riesgo, debido a su exposición temprana a la violencia sexual.
- El mayor porcentaje de casos se reporta en la etnia ladina (70.64%).
- Es probable que el bajo porcentaje en la etnia maya sea sólo un reflejo del bajo acceso de esta población al tamizaje voluntario con consejería pre y post prueba de VIH.
- Los departamentos que concentran el mayor número de casos, son, en orden: Guatemala, Izabal, Escuintla, Petén, San Marcos, Retalhuleu y Quetzaltenango.
- La principal vía de transmisión es la sexual, la que es responsable del 94.26% de los casos de VIH; le siguen, la transmisión vertical madre-hijo con 4.99% y la vía transfusional con menos del 1%.

4

CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA AL VIH



4. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA AL VIH

Ubicación temática

En este capítulo se hace un análisis detallado de la forma y procedimientos que el sistema de salud emplea para dar respuesta al VIH en relación con las poblaciones que ya fueron identificadas en el capítulo anterior.

Dentro de esta caracterización resaltan varios esquemas que permiten ilustrar por ejemplo, la respuesta nacional; la organización de los actores en dicha respuesta; los niveles de atención y gestión del MSPAS; el organigrama del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS); y las posibles rutas en la red de prestación de servicios al VIH.

También es importante señalar que el análisis va acompañado de un apartado de oportunidades perdidas en donde se sintetizan las debilidades detectadas en la respuesta al VIH y que merecen especial atención, ya que serán posteriormente abordadas en las recomendaciones.

Los temas abordados en este capítulo son: los hitos en la respuesta nacional; la organización de los actores en la respuesta del sistema de salud; el modelo de atención al VIH y sida; el análisis de la respuesta por componente programático; las oportunidades perdidas y sus consecuencias financieras; y la respuesta a la epidemia de VIH y sida en el marco de los derechos humanos. Cabe destacar que el análisis de esta respuesta en el marco de derechos humanos toma como esquema de análisis las doce directrices internacionales sobre el VIH y sida y los Derechos Humanos, las cuales se pueden encontrar en el anexo IV de este informe.

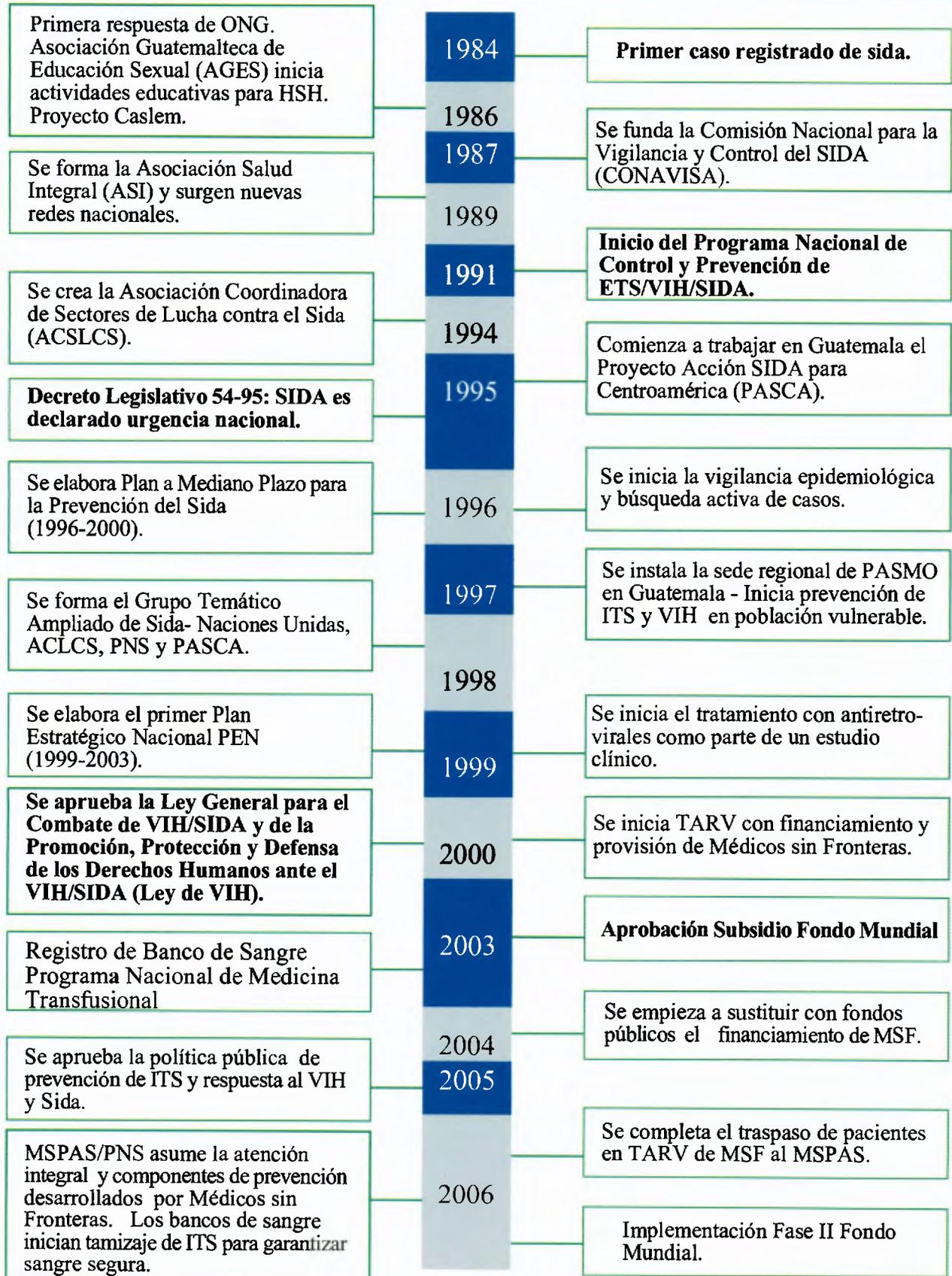
El inicio

Habiéndose registrado el primer caso de sida en 1984, la respuesta nacional se inicia dos años después por acción del sector privado sin fines de lucro. La incorporación de otros actores y los papeles que se van asumiendo, de alguna manera, explica las discordancias que se encuentran en la actualidad. Por tal motivo se presenta una síntesis de la evolución de la respuesta.

4.1 *Hitos en la respuesta nacional*

La respuesta al VIH comenzó a ser ofrecida por la iniciativa privada no lucrativa y con colaboración de la comunidad internacional. La participación del sector público se inicia en el año 1991, con la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS). Así, el VIH se reconoce como un problema que pasa a formar parte de las prioridades del quehacer del Estado. Originalmente, el PNS formó parte del Departamento de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero a partir de 1994 se constituyó como una entidad separada dentro del MSPAS. En la figura 4.1 se presenta una síntesis de los principales eventos.

Figura 4.1
Línea de tiempo de la Respuesta Nacional



4.2 La organización de los actores en la respuesta del sistema de salud

La respuesta se da en un sistema de salud que, habiéndose estudiado en múltiples ocasiones, ha sido caracterizado como segmentado y fragmentado, incluso a lo interno del propio MSPAS. Esto significa que las instituciones que lo conforman se financian y funcionan separadamente, con gran dificultad para coordinarse y para crear los enlaces básicos funcionales entre ellas, y atienden a un grupo de población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados³⁸. En términos de accesibilidad, se estima que un 15 a 20% del total de la población tiene grandes dificultades para el acceso a los servicios de salud. Esta exclusión es mayor en las poblaciones indígenas y rurales.

La atención de la población se efectúa principalmente por las instituciones del subsector público. El MSPAS tiene una cobertura poblacional del orden del 60%, el IGSS cubre a alrededor del 17% de la población y existe una proporción menor de población cubierta por los Ministerios de Defensa y Gobernación, algunos servicios específicos de salud son proporcionados por algunas municipalidades y finalmente algunas instituciones autónomas tienen sistemas de aseguramiento autónomos, como es el caso de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El subsector privado con fines de lucro, que está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el MSPAS atiende a no más del 10% de la población. El sector privado sin fines de lucro, que está compuesto por alrededor de mil ONG y los proveedores de medicina tradicional, atienden un porcentaje menor, aunque se reconoce que no hay datos precisos para estimar tal cobertura.

El programa de extensión de cobertura fue institucionalizado en el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y está actualmente bajo la dirección del viceministerio técnico del MSPAS. El SIAS cubre aproximadamente 3.3 millones de habitantes, ubicados en su mayoría en los departamentos con mayor concentración de población indígena.

Estas condiciones limitan todo el quehacer del sistema de salud. La efectividad de su respuesta al VIH, se ve aun más afectada por que la entrega se realiza con una organización y modelo de atención diferente y, en algunos casos, con orientaciones discordantes de aquellas que se dan para mejorar el desempeño del sistema.

En la respuesta a la epidemia del VIH participa una multiplicidad de actores. El PNS es responsable de conducir e integrar planes y acciones conducentes a orientar el trabajo complementario de ellos, a fin de lograr la mayor efectividad y equidad en los resultados. La Ley de VIH ordena la creación de la Comisión Nacional Multisectorial; la que ha sido reemplazada por la “Comisión Nacional de Sida” (CONASIDA), nombrada por Decreto Gubernativo. CONASIDA tiene carácter multisectorial y funciona como ente de coordinación técnica. En la figura 4.2 se presenta un esquema de la organización de la respuesta para el desempeño de las funciones de provisión y financiamiento, en el marco del CONASIDA.

³⁸OPS y USAID. Perfil de los Sistemas de Salud de Guatemala. Febrero 2007.

La atención del MSPAS al VIH y sida, se extiende operativamente hasta los centros de salud, ya que a nivel de puestos y de la extensión de cobertura es muy escasa o poco formalizada la cartera de servicios para el VIH. El IGSS provee atención a sus afiliados y familiares beneficiarios.

En relación con la participación del sector privado sin fines de lucro, se cuenta con más de 40 instituciones no gubernamentales y existe una amplia representación de grupos afectados por el VIH, tanto por pertenecer a los grupos de más alto riesgo o por ser VIH+. Aunque se reconoce la participación del sector privado con fines de lucro, ésta no ha sido estimada por falta de información, lo mismo ocurre con las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía. Adicionalmente, se recibe cooperación técnica de instituciones y organismos de cooperación internacional, bilaterales y multilaterales.

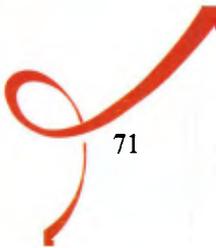
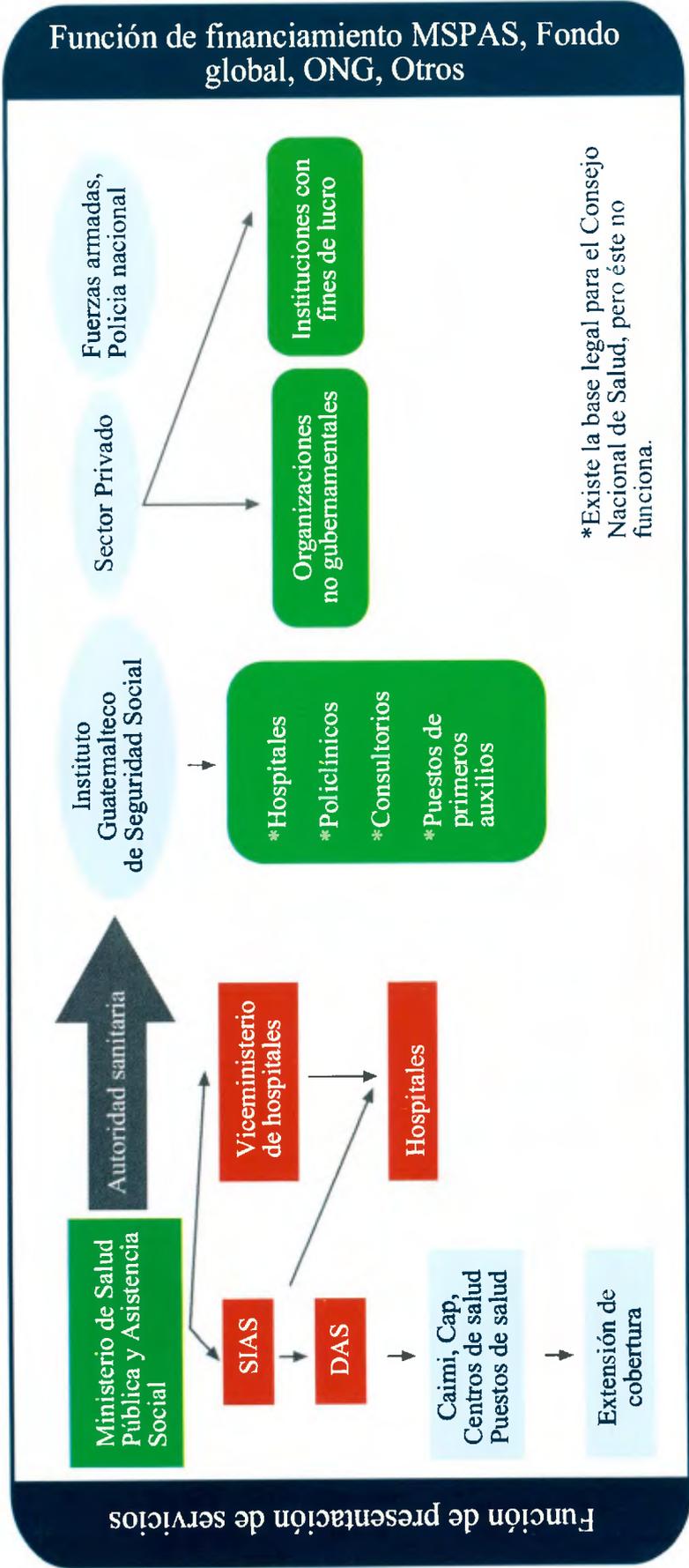
El financiamiento proviene de fuentes nacionales y externas. El financiamiento nacional proviene principalmente del sector público a través del presupuesto del PNS y transferencias a dos ONG que trabajan en VIH y sida: Fundación Marco Antonio y Hospicio San José. El IGSS financia la atención de sus beneficiarios. En el sector privado, las contribuciones vienen de algunas ONG nacionales y del gasto de bolsillo de las personas que buscan atención en el sector privado con fines de lucro.

El financiamiento externo proviene de organismos multilaterales y bilaterales. El financiamiento internacional, proviene de varias entidades, siendo el Fondo Mundial para el Combate del Sida, la Tuberculosis y la Malaria el principal contribuyente. No obstante, los incrementos del presupuesto nacional para VIH en los últimos años, el aporte del Fondo Mundial es más alto que el presupuesto público. Hasta fecha reciente, la inversión en los tratamientos antirretrovirales (TARV) contó con un financiamiento sustancial de Médicos sin Fronteras (España, Suiza y Francia). El destino del gasto se concentra en la atención de pacientes con TARV.

El PNS tiene la secretaría técnica (ver esquema), posición que le permite influir sobre la toma de decisiones y guiar la respuesta nacional a la epidemia, interinstitucional e intersectorial; y también participa en el Mecanismo Coordinador de País del Fondo Mundial, aunque en una posición minoritaria (a la fecha, con 2 de 18 votos).

Consejo Nacional de Salud

Función de coordinación CONASIDA

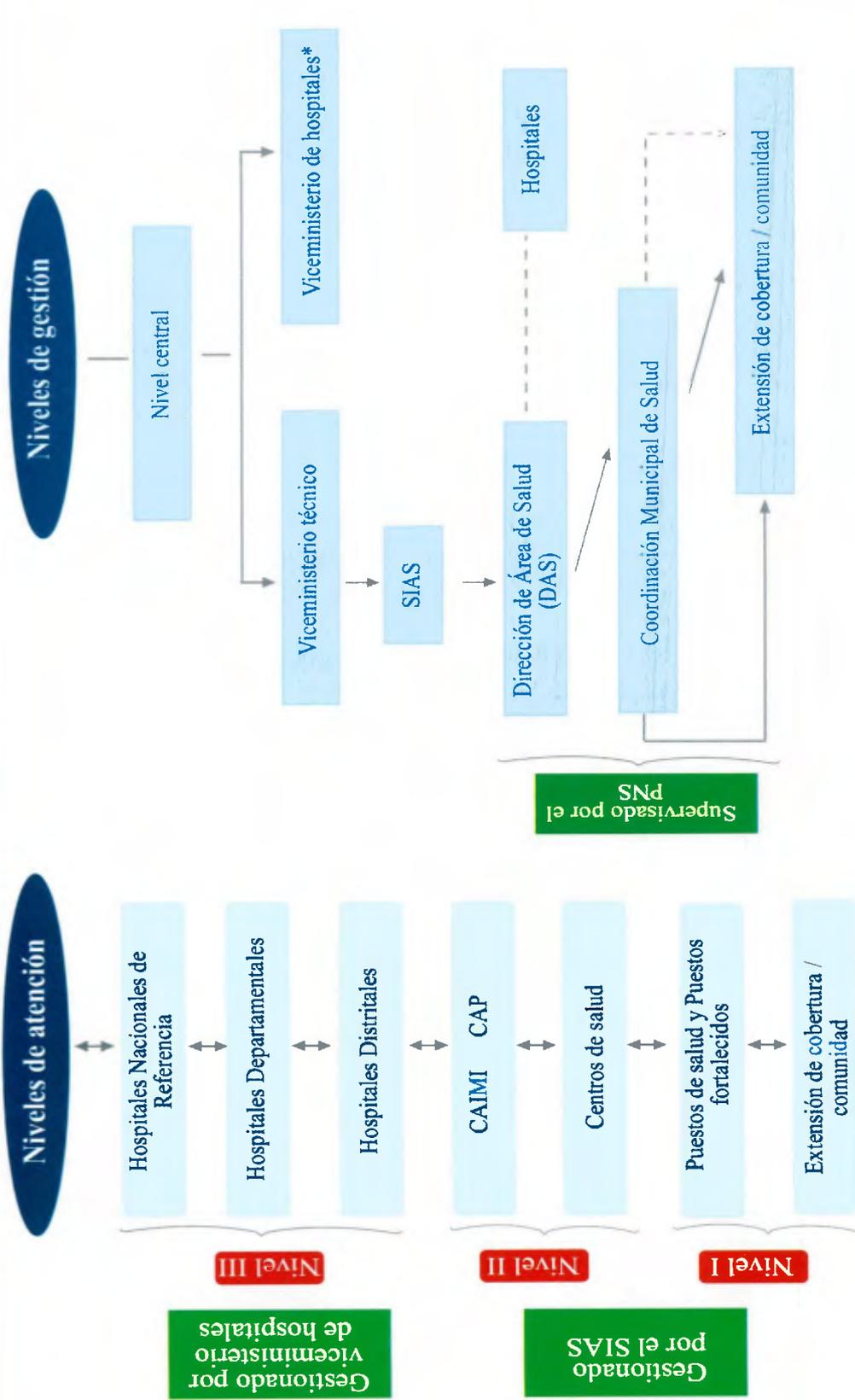


4.2.1 Organización para la atención y gestión del MSPAS en VIH

Considerando que el MSPAS tiene la función de rectoría del sector y de la respuesta al VIH, el análisis incluyó una revisión de los arreglos organizacionales del MSPAS y del modelo y organización de respuesta al VIH desde el sistema de salud, ya que ellos afectan directamente la gestión de los recursos, supervisión y resultados. El MSPAS tiene una estructura funcional extendida y compleja, con varios niveles jerárquicos y muchas estructuras subordinadas en cada nivel. Como consecuencia, existe una línea de mando muy larga que, junto a la centralización existente, crea dificultades para la coordinación y seguimiento de las acciones. El MSPAS tiene un organigrama administrativo que, por su propia naturaleza, no da cuenta de los flujos de la organización y toma de decisiones. En esta sección se sintetiza sólo los aspectos relevantes a la capacidad de respuesta al VIH.

La organización del MSPAS establece una separación entre la función normativa y la de gestión operativa; y de los mecanismos de supervisión y verificación del cumplimiento de normas. Los nexos, relaciones y jerarquía entre los gestores y proveedores del sistema (modelo de gestión y mecanismos de coordinación asistencial) no siempre son explícitos y claros. Un paralelismo con implicaciones importantes para la continuidad de la atención -entre otros muchos factores relacionados con el desempeño- es la existencia de un viceministerio que gestiona los hospitales; mientras que los establecimientos de primer y segundo nivel son gestionados por las Direcciones de Áreas de Salud, que a su vez se reportan al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). En la Figura 4.3 se presenta la organización que se da en el MSPAS para la provisión de atención y la gestión en cada uno de esos niveles.

Figura 4.3
Niveles de atención y gestión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es la encargada de la elaboración de las normas técnicas para la implementación de los programas así como para su vigilancia, control, supervisión y evaluación. Además, dicta los lineamientos para el registro, acreditación y autorización de los servicios de salud; y es responsable por la aplicación y/o control del régimen de sanciones establecido por la Comisión de Infracciones Sanitarias. En esa condición, define las normas para el manejo del VIH a través del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas.

El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) es la dependencia responsable de dirigir y conducir a las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) y el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de atención de las personas en el I y II nivel de atención. En la práctica, sólo ejerce su autoridad en el primer y segundo nivel de atención, ya que los hospitales (tercer nivel) dependen directamente del viceministerio de hospitales, ambas unidades son gerencias separadas en el MSPAS.

El SIAS articula el funcionamiento de los distintos establecimientos que conforman la red de servicios ubicados en las jurisdicciones de las áreas y distritos de salud; y supervisa, monitorea y evalúa la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas, dictadas por las dependencias reguladoras del MSPAS para la prestación y gerencia de los servicios. Entre sus responsabilidades están las de establecer los mecanismos de coordinación y comunicación entre las dependencias del nivel central del MSPAS y el nivel ejecutor y la conducción del proceso de programación local de los servicios. El SIAS ejecuta el Programa de Extensión de Cobertura y tiene a su cargo el desarrollo de acciones de promoción y educación para la salud.

Las acciones que define o desarrolla el PNS se ejecutan a través de los servicios de salud que dependen del SIAS o de la Coordinación de Hospitales. La provisión de servicios del Ministerio de Salud se desarrolla en tres niveles de atención, definidos según su complejidad, los que se entrelazan a través del sistema de referencia-respuesta.

En el primer nivel se ofrecen servicios institucionales, a través de Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria del MSPAS; y servicios prestados por administradoras y prestadoras, de carácter no gubernamental y contratadas por el propio MSPAS, previa certificación por el mismo. Esta modalidad de prestación ha permitido la extensión de cobertura a la población identificada como postergada. La atención en este nivel está definida como canasta básica, la cual consiste de 26 servicios, 8 están dirigidos a la atención de la mujer, 8 a niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). En el tercer nivel se ubican los centros hospitalarios: distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional.

El crecimiento de la oferta de atención, particularmente a las poblaciones indígenas y rurales ha sido lento, tanto en función de las necesidades de la población como de las posibilidades que ofrece el desarrollo tecnológico. El reciente aumento de la oferta de atención en el marco de la estrategia gubernamental de Cohesión Social y la creación o fortalecimiento de algunos establecimientos

para poblaciones o atenciones priorizadas (CAIMI, Casa Materna, CUM) son intervenciones que permiten empezar a cubrir esta brechas.

La infraestructura pública del tercer nivel no ha tenido cambios sustanciales en los últimos años, pero el I y II nivel están teniendo un gran desarrollo tanto en su número como capacidad resolutive. En febrero 2007 existían 1304 establecimientos de atención ambulatoria y 43 hospitales. La clasificación más reciente de establecimientos (2008) establece las categorías de Centros Comunitarios (CC) de Salud, Puestos de Salud (PS), Puestos de Salud Fortalecidos, 9 tipos diferentes de Centros de Salud³⁹, Hospitales Distritales, Generales Departamentales, Regionales y Nacionales de Referencia.

Llama la atención el elevado número de estas categorías de establecimientos de salud; lo que muestra una diversidad de oferta que debe representar dificultades tanto para los usuarios, como para la gestión de suministros y recursos humanos. Algunas de estas categorías especiales de establecimientos surgieron de intervenciones concretas realizadas a través de proyectos con apoyo de préstamos o agencias de cooperación.

La simplificación de las categorías, homologación de establecimientos (aumentando su capacidad resolutive para equiparlos) con base en el Modelo de Atención (diseñado a partir de las necesidades de la población) y bajo el criterio de organización de redes integradas de servicios (con responsabilidad sobre poblaciones/territorios) se identifica como un factor crítico para poder cumplir con las Políticas y Lineamientos Estratégicos para la Salud 2008-2012.

4.2.2 *El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS)*⁴⁰

La misión⁴¹ del PNS es “organizar procesos de gestión, normatización, investigación epidemiológica, capacitación y planificación en el componente de ITS, VIH y sida en Guatemala, mediante la integración y coordinación intra e intersectorial”. Su visión establece que el PNS responde a una prioridad nacional a nivel técnico y político; y coordina intervenciones oportunas de forma integrada con los sectores público y privado, con la finalidad de disminuir factores de riesgo para adquirir el VIH u otras ITS”.

La rectoría de las acciones nacionales para el control del VIH, sida es responsabilidad del PNS, el cual se establece como prioritario y responsable por la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento para el control de las ITS, VIH y sida, así como por la garantía al respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

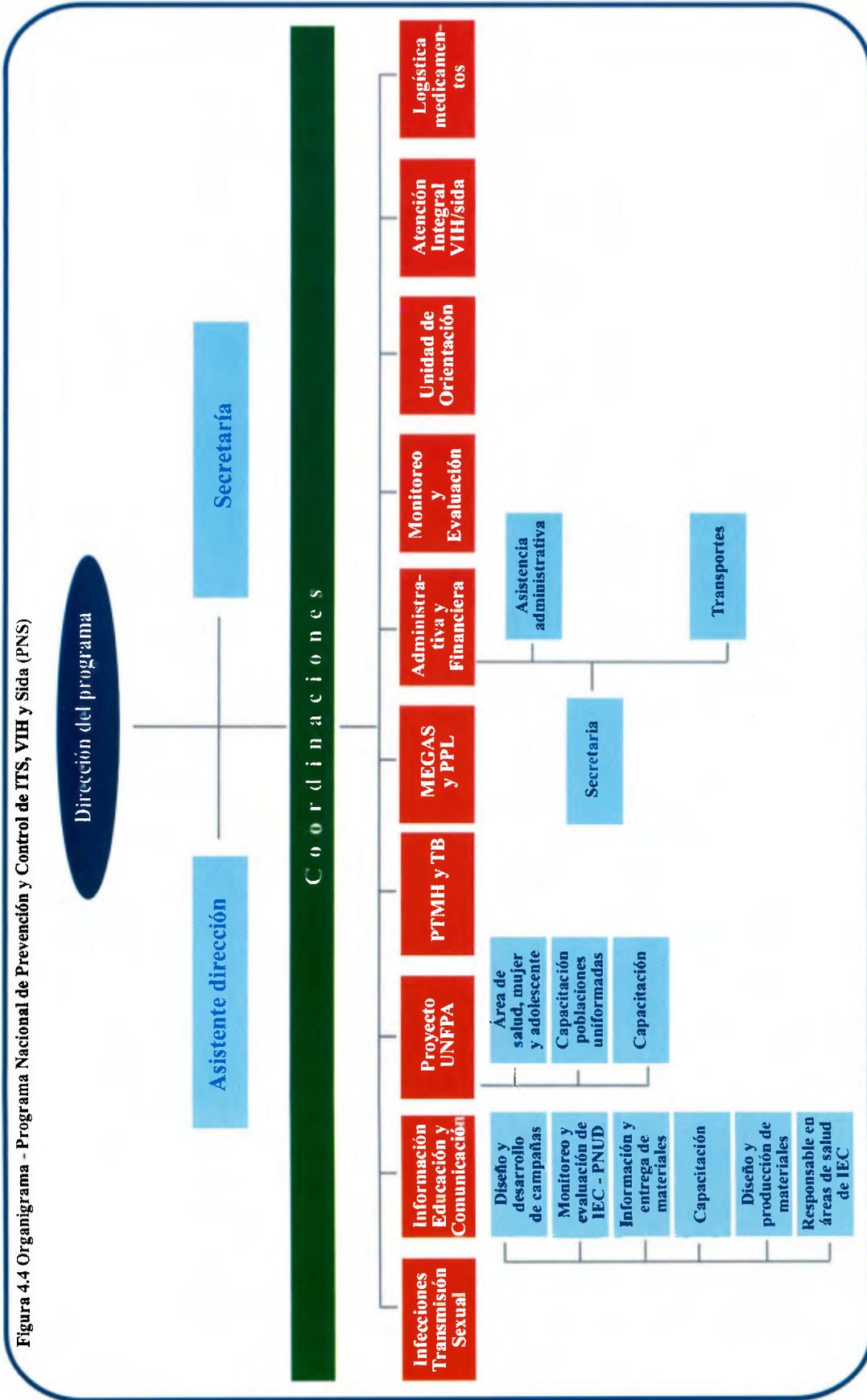
³⁹Centros de Salud Tipo B, Centro de Salud para Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA), Centro de Salud Tipo A, Centros de Atención médica Permanente (CAP), Centro de Atención Integral con énfasis Materna Infantil (CAIMI), Casa Materna, Centro de Urgencias Médicas (CUM), Clínica Periférica, Maternidades Periféricas.

⁴⁰Creado como figura legal por el decreto legislativo 27-2000.

⁴¹Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. <http://www.drpap-mspas.gob.gt/programas/>

La organización del PNS (ver organigrama en la figura 4.4), presenta las mismas características de estructura extendida que tiene el MSPAS. Esta estructura no responde directamente a la función o apertura programática, ya que está condicionada por las contribuciones externas que vienen atadas a ámbitos específicos. En muchos casos, una casilla en el nivel de “coordinación” de la estructura, corresponde a una sola persona. Una organización alternativa, que tiene el potencial de ser más efectiva, sería organizar el PNS de acuerdo a los ejes temáticos del PEN, e integrar formalmente (de manera funcional) en la estructura a otras instancias del MSPAS. El establecimiento de vínculos similares con otras instituciones públicas, como el IGSS y el Ministerio de Educación, podría ser un importante elemento para fortalecer la respuesta nacional, más allá del sistema de salud.

A pesar de que en el MSPAS existe una coordinación de programas dentro de la Dirección de Regulación, de la cual también forma parte el PNS, lo extenso y complejo de las estructuras (del Ministerio y del Programa) no contribuyen a la coordinación y a la garantía de resultados con base en una programación conjunta. Especial atención merece que no haya una estructura directamente responsable del eje temático de fortalecimiento institucional.



4.2.3 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

La cobertura poblacional del IGSS es muy reducida. En el año 2007, sólo el 25.94% de la población económicamente activa estaba afiliada a la Seguridad Social. El número de afiliados era 1,073,458 y la población protegida total (afiliados y familiares), de 2,384,643. El número de esposas o compañeras protegidas fue de 424,000 y el de hijos menores de 5 años, de 629,664. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%) Escuintla y Suchitepéquez. El IGSS administra dos programas de salud: (a) accidentes, con cobertura nacional y (b) enfermedad y maternidad, que está pendiente de extender la cobertura a los departamentos de El Progreso, Santa Rosa y Petén.

El Instituto tiene cinco centros de atención integral para VIH y sida en la ciudad capital y dos de atención materna en las ciudades de Escuintla y Mazatenango, todos con equipos multidisciplinarios y adecuada tecnología, donde se ofrecen diagnóstico, consejería pre y post prueba y tratamiento o referencia a una unidad de tratamiento. Éstos son: Hospital de Enfermedad Común de la Zona 9, para casos pediátricos; Servicio de Consulta Externa "La Autonomía", responsable por el diagnóstico, tratamiento y seguimiento ambulatorio de casos de afiliados adultos; Servicio de Infectología de "La Verbena", responsable por el tratamiento hospitalario de los casos; Hospitales de Gineco-obstetricia de la ciudad capital, Escuintla y Mazatenango, responsables por la atención de embarazadas; y Hospital de Accidentes, que se responsabiliza por el diagnóstico de casos derivados de accidentes laborales, usualmente entre el personal de salud.

Tienen derecho de acceso en caso de enfermedad el trabajador afiliado, el desempleado por un periodo limitado sujeto a requisitos de contribución previa, y los hijos menores de cinco años. Tienen derecho a atención por maternidad la trabajadora afiliada y la cónyuge o compañera del afiliado. Esta última no tiene acceso al programa de enfermedad. Por lo tanto, en caso de ser VIH+ recibirá la atención para la prevención de la transmisión de madre a hijo, y una vez que dé a luz deberá acudir al MSPAS para su atención integral

En relación al VIH y sida, el IGSS ofrece cobertura integral y gratuita a todos sus afiliados y beneficiarios.

4.3 Modelo de atención al VIH y sida

El modelo de atención es un instrumento de conducción política de las acciones de un sistema y define los siguientes elementos:

- Principios y valores para la atención. Por ejemplo, universalidad, integralidad, cuidado continuo, énfasis en la prevención.
- Las garantías explícitas definidas como las intervenciones a que la población tendrá acceso, para satisfacer las necesidades de salud y la atención a la demanda para problemas específicos.
- Poblaciones objetivo y criterios de focalización.
- Ámbitos en los que se brindará la atención. Se define si éstos incluyen exclusivamente los establecimientos de salud u otros ámbitos como el hogar, la comunidad y la escuela.

- Políticas para reducir o eliminar las barreras sociales, financieras y geográficas que enfrenta la población para acceder a los servicios. Por ejemplo, enfoque intercultural, gratuidad y desconcentración.

A partir del modelo de atención se definen los de gestión y provisión de servicios y se establecen estándares para todas las acciones (normas, protocolos, procedimientos).

Reconocer el derecho de todos los ciudadanos al más alto nivel posible de salud, requiere de hacer explícitos todos estos elementos; sin embargo, en el curso de esta evaluación no se pudo corroborar la existencia de un modelo de atención en salud propiamente dicho en ninguna de las instituciones estatales.

4.3.1 *El modelo de atención en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*

La característica de mayor consecuencia en términos de efectividad de la respuesta al VIH se centra en que se entrega con un modelo de atención a VIH diferente del que sigue el sistema de salud. La cobertura en prevención –ITS, TVC- está limitada a un número de Áreas de Salud (22 de 29) que se priorizaron de acuerdo a la información disponible sobre la situación epidemiológica del VIH y en las áreas no se ofrece la atención en la totalidad de los servicios, sino que la cobertura es parcial. La atención se entrega en Unidades Integrales de Atención, que son exclusivas para atender VIH y por lo tanto, se producen todas las dificultades ya conocidas en los programas de inserción vertical⁴³; estas Unidades tienen tres propósitos: (a) Ampliar la cobertura al número de personas que viven con VIH y sida (b) Mejorar el acceso al tratamiento antirretroviral de las personas que lo necesitan y (c) Complementar las acciones de promoción, información, educación y prevención implementadas a nivel regional en el sistema de Salud Pública.

La decisión de proveer atención para VIH a un grupo selecto de áreas de salud es tema de preocupación desde la perspectiva de derechos humanos, ya que afecta al principio de acceso geográfico, dejando fuera de la atención a importantes grupos de población. En los grupos focales se expresó que las poblaciones ubicadas en localidades geográficamente [y culturalmente] aisladas (en ingenios, plantaciones, localidades indígenas, pueblos y villas distantes) tienen acceso limitado no solamente a servicios y programas, sino incluso a información básica. Del mismo modo, los informes de avances sobre los compromisos de UNGASS reportan que las intervenciones a los grupos poblacionales con mayor riesgo, como es el de hombres tienen sexo con hombres, se están concentrando casi exclusivamente en la capital.

Este problema era conocido al momento de elaborar el Plan Estratégico Nacional 2006-2010, razón por la cual, uno de sus objetivos es ampliar la descentralización geográfica y administrativa de los servicios de atención integral, para asegurar el acceso universal.

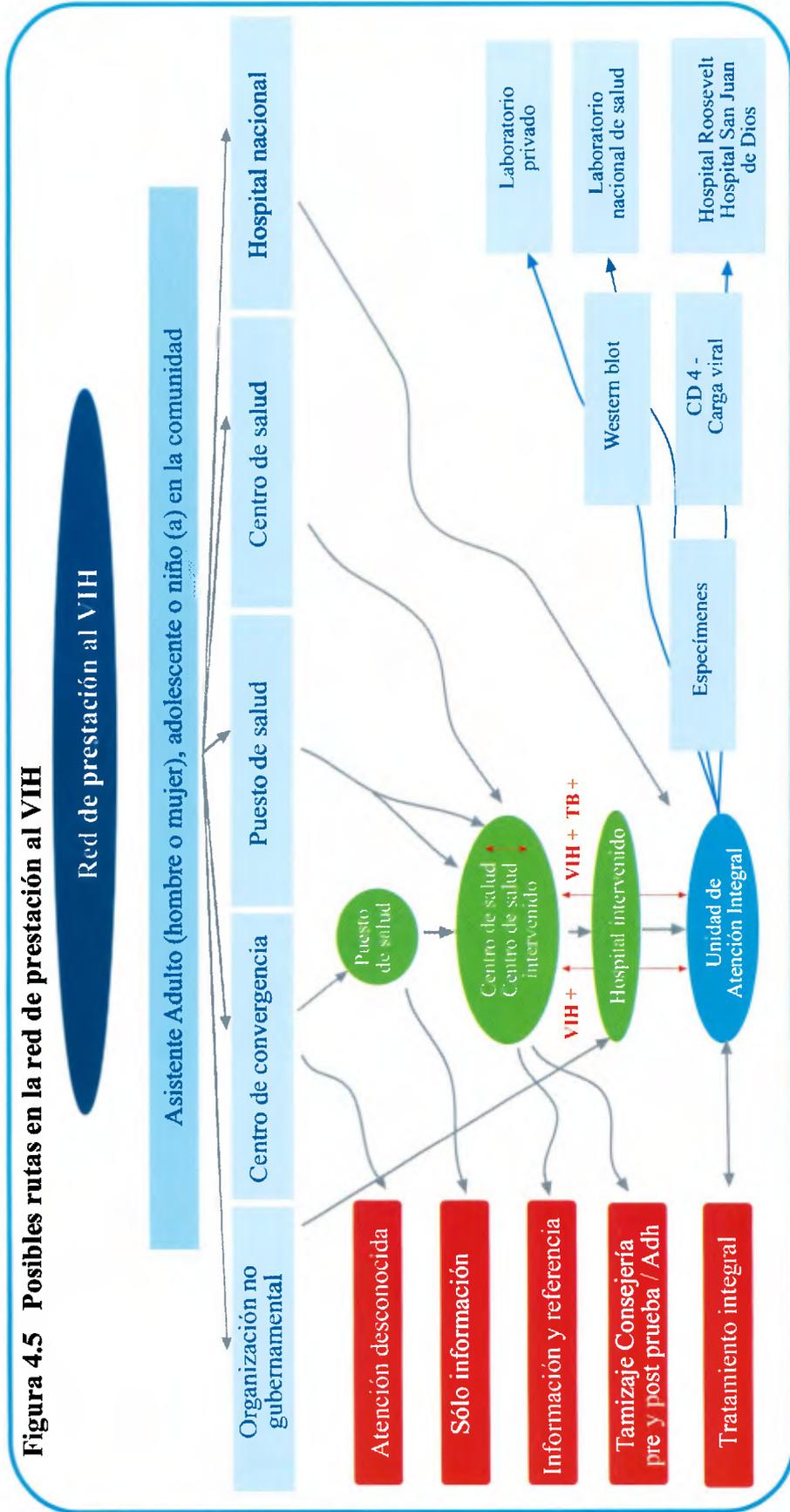
⁴³Estas dificultades se refieren a falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad de la atención, variación de la calidad de la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales y falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. OPS. Serie La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2008.

Aunque en los últimos años se ha implementado la descentralización, con presencia creciente en las áreas rurales, no existen programas dirigidos a los grupos con una lengua distinta de la española, lo cual refuerza la percepción de que el problema del VIH es propio de la cultura no indígena.

La propuesta de reforma a la Ley de VIH plantea la creación de CONASIDA departamentales, acción que sin duda contribuirá a la ampliación del acceso geográfico a la atención integral, a través del fortalecimiento de la capacidad de la incidencia política y técnica en los niveles departamentales.

Durante el proceso de la evaluación, el equipo se dio a la tarea de representar de un modo gráfico la manera en que la red responde a los diferentes tipos de usuarios que se presentan al sistema de salud en busca de atención para el VIH. Es interesante notar que esta tarea constituyó un desafío, ya que las propias personas trabajando en los diferentes puntos de la red no tenían una visión inequívoca de la ruta crítica que sigue la persona una vez dentro del sistema. En lo que sí hubo consenso fue en que la ruta que se siga no está determinada por condiciones relacionadas con la pertinencia y calidad de la atención, sino por el punto de entrada al sistema. Las gráficas que se presentan en este reporte son producto del consenso grupal y muestran las diferentes rutas a que puede someterse la persona. En estas circunstancias, se identificaron varias instancias en las cuales el sistema pierde la oportunidad de dar atención a personas infectadas y dar adecuada prevención para reducir la velocidad de transmisión del virus.

En la Figura 4.5 se presenta un esquema del flujo de atención para la atención de VIH en los servicios del MSPAS.



4.3.2 *El modelo de atención en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)*

El IGSS detectó el primer caso de sida en un afiliado en 1986, dos años después del inicio de la epidemia; y a partir de 1990 ha registrado un incremento permanente, aunque a partir de 2006 ha disminuido el número de casos detectados.

El Instituto cuenta con la infraestructura necesaria para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico y de laboratorio de los casos; y ha establecido coordinación en algunas áreas con el PNS, con organismos internacionales que trabajan este tema y con organizaciones de pacientes y otras que se dedican a la promoción y prevención. La responsabilidad por el trabajo en VIH y sida en el IGSS recae en la Subgerencia de Prestaciones en Salud. El Seguro Social maneja su propio sistema de información epidemiológica y no comparte información con el SIGSA del MSPAS. Un indicador que resume la incidencia de casos en afiliados al IGSS es el que se ha elaborado con base en el número de casos atendidos, que señala que ésta es de 1.6 casos diarios.

Todo afiliado al IGSS, en cualquier lugar del país, tiene acceso a la prueba de VIH. Ésta se realiza en todas las unidades del IGSS de la ciudad capital, Quetzaltenango, Huehuetenango y otros centros urbanos importantes; sin embargo, en 11 departamentos se recurre a servicios contratados por no disponerse de la tecnología en los servicios locales. El IGSS le garantiza a sus afiliados, su esposa durante el embarazo y parto y sus hijos menores de 5 años, el acceso a pruebas diagnósticas y medicamentos antirretrovirales. La institución no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, que prevea el apareamiento y control de factores de riesgo o que promueva una búsqueda sistemática de casos, particularmente en los grupos de más alto riesgo.

El hecho de que los servicios del IGSS ofrezcan cobertura temporal a las cónyuges y a los hijos de sus afiliados sólo hasta los cinco años de edad, crea dificultades para la continuidad de la atención y crea una sobrecarga para la coordinación del sistema público, ya que debe hacerse cargo de proveer tratamiento a las cónyuges fuera del embarazo y a los niños mayores de cinco años de edad. No obstante, en los casos en que la persona que se traspaesa del IGSS al MSPAS requiere tratamiento y cuidado por estar infectada con VIH, las consecuencias pueden ser aún más críticas. En efecto, la cónyuge embarazada que se detecta en el IGSS como VIH positiva recibirá tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión de madre a hijo, pero no recibirá tratamiento de antirretrovirales para ella misma provistos por el IGSS, una vez haya dado a luz. Del mismo modo, el niño infectado recibirá tratamiento con aseguramiento del IGSS sólo en los primeros cinco años de su vida.

Al efecto evidente de la transferencia de la responsabilidad financiera al MSPAS, se suma que durante la evaluación se confirmó que el IGSS entrega el tratamiento con ARV siguiendo protocolos diferentes de los recomendados por el MSPAS. Esta práctica no se sustenta en evidencia de calidad o efectividad, sino en la noción que el IGSS está en condiciones de proveer aquellos protocolos más caros. En consecuencia, el MSPAS se ve enfrentado a asumir un costo más alto por paciente atendido y al requerimiento de manejar una mayor diversidad de drogas. A todo esto se agrega que el manejo de protocolos diferenciados también tiene efectos negativos en el control de la epidemia.

El IGSS, en coordinación con instituciones nacionales e internacionales, desarrolla talleres integrales de prevención, consejería, adherencia al tratamiento y sensibilización, a nivel de la ciudad capital y en programas de extensión de cobertura, como los de Escuintla y Suchitepéquez.

En respuesta a la epidemia de VIH y sida, el decreto legislativo 54-95 le ordenó al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que implementara en todo el país “un sistema de monitoreo empresarial basado en la metodología, condiciones y medio ambiente de trabajo, para la prevención del VIH, sida y las ITS, creando el sistema adecuado para que la información, capacitación y/o atención llegue a todos sus afiliados en el territorio nacional”. Hasta la fecha no se tiene conocimiento de que este sistema se haya desarrollado.

4.4 *Análisis de la respuesta por componente programático*

4.4.1 *Prevención*

En el PEN se reconoce la importancia de la prevención a través de intervenciones dirigidas a los grupos poblacionales que tienen mayor riesgo de exposición a VIH y otros agentes causales de ITS; y que por razones diversas tienen una vulnerabilidad aumentada. De acuerdo a la documentación disponible, estas intervenciones se han concentrado en la capital del país, de tal manera que su número es relativamente limitado en el interior. En los grupos focales se expresó la percepción de que el PNS no ha prestigiado la prevención como “el eje central de sus acciones” y que ello resulta inquietante porque esta posición es vista como “falta de visión de lo que podría ocurrir si no se contiene el crecimiento de la epidemia en el país”

La Ley de VIH ordena al Ministerio de Salud realizar programas por los medios de comunicación masiva para difundir información sobre prevención de la transmisión del VIH. Éstos se han efectuado desde 2004, con niveles variables de intensidad; sin embargo, se reporta que una debilidad ha sido que las campañas se han concentrado en poblaciones de habla hispana, aun cuando en el país se hablan 23 idiomas autóctonos⁴⁶.

La “Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamiento” (IEC/CC) incluye componentes de movilización y participación comunitaria, utilización de los medios masivos y alternativos de comunicación y coordinación de esfuerzos de los diferentes sectores implicados. La estrategia suministra lineamientos unificados a nivel nacional, para la ejecución de actividades de promoción de prácticas saludables para prevenir el VIH e ITS e indica que el punto de partida del trabajo en IEC/CC es la “integración intersectorial”. Sin embargo, la falta de una instancia de coordinación intersectorial efectiva, especialmente con el sector educación, ha sido un desafío para ello.

La estrategia de IEC/CC carece de algunos elementos necesarios para llevarla a cabo en los niveles nacional y local, tales como un planteamiento oficial, basado en evidencia, en materia de salud sexual y reproductiva; las prácticas de prevención que se están promoviendo y la evidencia

⁴⁶Programa Nacional de ITS, VIH, SIDA. Informe sobre los avances en la Declaración de UNGASS. Guatemala. Diciembre 2005.

disponible para endosarlas; y los requerimientos para que ellas sean efectivas. La estrategia hace referencia a factores estructurales que aumentan la vulnerabilidad, entre los que se incluyen: la construcción social de los roles de género, los valores y actitudes relacionados con la sexualidad, así como el estigma y discriminación; sin embargo, no brinda directrices concretas sobre cómo hacer frente a estos temas en los procesos de promoción de prácticas para la prevención de VIH e ITS.

Tanto en el PEN, como en la estrategia IEC/CC, se subraya la importancia del monitoreo y evaluación de las intervenciones realizadas, procesos que son absolutamente necesarios para justipreciar los avances del trabajo en prevención, ponderar el nivel de avance hacia metas claramente definidas y, en la medida de lo posible, cuantificables, así como para documentar lecciones aprendidas y hacer ajustes conforme sea necesario. Parece, no obstante, que los procesos de monitoreo y evaluación están muy focalizados en cuantificación de procesos, más que en el impacto de las intervenciones. Esta situación puede obedecer a uno o varios de los siguientes factores: a) falta de una definición precisa de metas cuantificables; b) dificultades de los sistemas para recabar información relevante y pertinente en tiempo oportuno; c) largos plazos transcurridos hasta que los efectos de cambio de comportamiento son observables en la dinámica de la epidemia; d) falta de definición de eventos trazadores o hitos que sirvan como indicadores subrogados de avance.

Por lo que respecta a intervenciones puntuales dirigidas a reducir la eficiencia de la transmisión, se mencionan en los planes tres, que están bastante bien caracterizadas y caen bajo responsabilidad directa del sector salud, a saber: a) detección y manejo integral de infecciones de transmisión sexual, b) oferta de prueba voluntaria y c) orientación y consejería y aplicación de protocolos para prevenir la transmisión de madre a hijo. Aunque también se menciona el uso adecuado y sistemático del condón, como un método efectivo para reducir la exposición al VIH y otros patógenos, no hay referencias a un sistema de programación de estimación de requerimientos por grupos, compra, promoción, distribución y monitoreo del mismo.

Las intervenciones dirigidas a realizar cambios de comportamiento, tampoco están bien caracterizadas, ni sustentadas en modelos que hayan demostrado su efectividad. Las acciones se agrupan bajo denominaciones muy genéricas (“charlas”, “motivación”, “concientización”), sin definir en qué consisten esas acciones, ni cuáles son los cambios o prácticas buscados (por ejemplo: reducción en el número de parejas, adopción del uso del condón, dilación del inicio de la actividad sexual, exclusividad sexual mutua, abstinencia sexual o exclusión de la penetración en el repertorio de actividades sexuales).

En los grupos focales se opinó que se privilegia excesivamente el uso de medios masivos y material escrito, cuando hay “limitado acceso” a esos medios y altos índices de analfabetismo que restringen los efectos buscados a través de estrategias de información pública.

4.4.1.1 Prevención en la población objetivo del PEN

El PEN define como población objetivo a HSH, TS y sus clientes y mujeres en atención prenatal. A pesar de la prioridad que se ha asignado a estos grupos, el estigma y la discriminación del que

son objeto, obstaculizan el contacto con los servicios de salud; y, como señala el mismo PEN, hay poca voluntad política para hacer accesibles los servicios de atención en VIH a los mismos.

- **Hombres que tienen sexo con hombres**

La epidemia en Guatemala se ha caracterizado como concentrada, lo que significa que este grupo tiene la prevalencia más alta. En consecuencia, reciben una alta proporción de los recursos destinados a tratamiento. Lo mismo que a nivel nacional, el gasto en VIH en este grupo está concentrado en tratamiento. No existe información que permita conocer con precisión la distribución de los recursos para prevención entre los diferentes grupos priorizados. Sin embargo, algunos informes de la sociedad civil, indican que este grupo recibe la menor proporción de los fondos destinados a la respuesta al VIH y que las intervenciones existentes muestran una falta de comprensión de los contextos de vulnerabilidad, lo que podría afectar su eficacia, pues las comunidades de diversidad sexual son más complejas que la simple dicotomía de “heterosexual – hombre que tiene sexo con hombre”⁴⁷.

El estudio *Caracterización comentada de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS, VIH y SIDA en cuatro poblaciones de la ciudad de Guatemala*⁴⁸ (2000), concluyó que los travestis, trabajadores sexuales, hombres trabajadores sexuales y HSH en el centro de la ciudad de Guatemala son personas con alto índice de migración y alto intercambio de parejas sexuales, practican su sexualidad de manera relativamente clandestina y no tienen fácil acceso a los servicios de salud o información adecuada para tomar medidas de prevención de ITS, VIH y sida. Además, sufren marginación y estigmatización por sus prácticas sexuales y constituyen un puente epidemiológico para el resto de la población. Estas características hacen particularmente difícil desarrollar medidas efectivas de prevención, sobre todo por los obstáculos sociales y prejuicios que aún persisten en el país.

En el reporte a UNGASS se presentan altos niveles de prueba VIH (más del 90%) y uso de condón (cerca del 90% usó condones con su último cliente (pareja comercial) y cerca de 80% usó condón en su última relación anal con pareja masculina) en este grupo. Sin embargo, se explica que estos datos se basan en la información de la encuesta de PASMO 2007, que se hizo entre la población objeto de sus intervenciones. Por lo tanto, estas cifras son indicativas de la efectividad de esos proyectos en particular, pero no representan la situación del grupo HSH.

La legislación de VIH sólo protege los derechos de este grupo desde el momento en que se convierten en personas con VIH⁴⁹.

⁴⁷Organización de apoyo a una sexualidad integral frente al sida (OASIS). Investigación previa al establecimiento del Task Force en HSH y TCS en Guatemala. Guatemala, 2003; OASIS, Guatemala, el rostro de la homofobia. Guatemala, 2006.

⁴⁸Caracterización comentada de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS, VIH Y SIDA en cuatro poblaciones de la ciudad de Guatemala. OASIS, ASI Y PASCA, agosto 2000.

⁴⁹Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Diagnóstico del marco jurídico guatemalteco sobre VIH/Sida. Guatemala. Noviembre 2003.

- **Trabajadoras y trabajadores del sexo y sus clientes**

Si bien la información reciente parece indicar que las intervenciones en este grupo han sido efectivas --el Estudio de Línea de Base para el proyecto del Fondo Mundial realizado en 2006, donde se encontró que el 95,9% de MTS usó condón en su última relación con una pareja comercial; pero solamente el 11,5% usó condón en su última relación con pareja regular-- durante la evaluación y específicamente en el grupo focal con persona de este grupo se reportó que los factores de riesgo e impedimentos para usar el condón no han cambiado sustancialmente. Entre estos factores se mencionó la retribución económica por el no uso del condón y la situación de vulnerabilidad frente al cliente que usa la violencia, situaciones que redundan en una muy limitada capacidad de los trabajadores y trabajadoras del sexo para mantener relaciones sexuales protegidas.

Los programas de atención a trabajadoras del sexo del Ministerio de Salud incluyen exámenes periódicos de ITS y VIH. De la realización de estos exámenes depende la actualización del carné que faculta a las trabajadoras del sexo para ejercer su trabajo, por lo que deben ser considerados exámenes obligatorios. Esta disposición entra en contradicción con la Ley de VIH, que protege el derecho al trabajo de todas las personas con VIH y prohíbe la obligatoriedad de la prueba de VIH, con las únicas excepciones del artículo 20, entre las cuales no se encuentran las trabajadoras del sexo.

Las prohibiciones de trabajo sexual callejero y la falta de regulación del trabajo sexual en general pueden empujar a las trabajadoras del sexo a una mayor situación de marginación, por su miedo a ser descubiertas y sancionadas, lo que dificultaría su acceso a los servicios de salud y por lo tanto el cumplimiento de su derecho a la salud.

Se ha encontrado que la financiación que se dedica a estos grupos sobre la financiación total de la respuesta al VIH queda muy lejos de ser proporcional al grado en que se ven afectados. Se debe tener en cuenta además que la financiación para ellos generalmente proviene de fuentes internacionales, porque la prioridad que se les otorga en los presupuestos nacionales es siempre mínima.

- **Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH)**

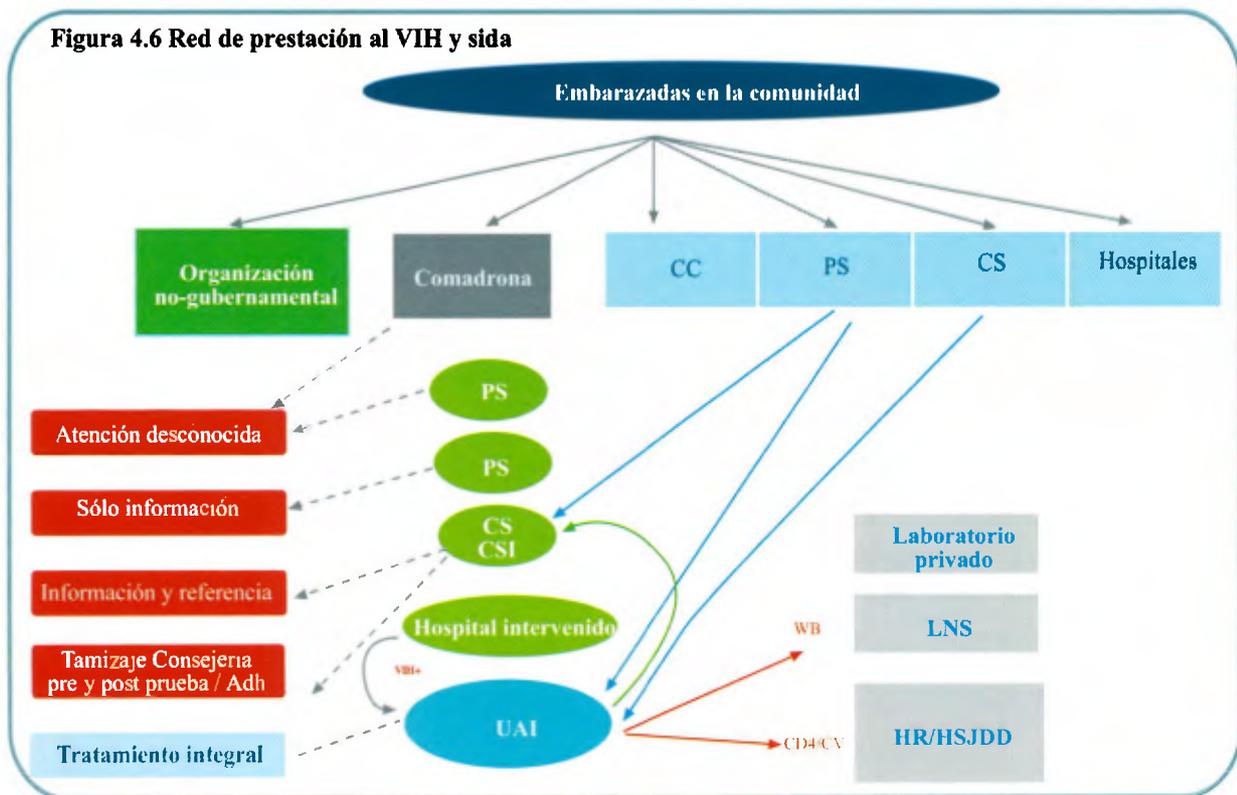
El PNS es responsable de “establecer estrategias sistemáticas de intervención para disminuir la posibilidad de que madres que viven con el VIH o sida transmitan el virus a sus recién nacidos(as), a través de la detección temprana del VIH en el control prenatal, el acceso a antirretrovirales profilácticos para embarazadas con VIH y la aplicación de normas para la atención del parto”.

Las intervenciones para PTMH se iniciaron en el año 1998 sólo entre mujeres VIH+ que se embarazaban. En el año 2002 se crea en el PNS la Unidad de Transmisión Vertical y en 2003 --con el apoyo y participación de UNICEF- se inicia la búsqueda activa de embarazadas. Estas intervenciones se intensifican con la implementación del proyecto “Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala”,

financiado por el Fondo Mundial. A finales del 2006 se contaba con 61 distritos de salud que ofertaban servicios de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH, los cuales se han incrementado durante el transcurso del 2007 y 2008 hasta contar en diciembre de este último año, con 181 distritos o servicios de salud (incluyen hospitales) en donde se efectúan intervenciones de prevención de la transmisión madre-hijo al VIH.

• **Oportunidades perdidas en la PTMH**

Se considera que el sistema de salud pierde la oportunidad de interrumpir la transmisión del virus de la madre al hijo, cuando la embarazada VIH+ (ME+) se presenta al sistema de salud y no recibe todas las acciones contempladas en el protocolo para la prevención de la transmisión de madre a hijo. La baja cobertura de la atención prenatal en Guatemala pone una seria dificultad al control de esta transmisión. Por lo tanto, en estricto rigor las oportunidades perdidas se refieren sólo al número de mujeres que -habiéndose presentado al sistema de salud durante el embarazo- tendrán hijos que nacerán con VIH o se infectarán durante la lactancia. Los niños infectados en estas circunstancias conforman el número de casos prevenibles. En la figura 4.6 se muestra el flujo que sigue la ME en el sistema y los puntos en que puede perderse.



El equipo de evaluación hizo el ejercicio de estimar el número total de niños infectados y la parte de ellos que corresponde a casos prevenibles. Considerando que la información epidemiológica del VIH en el país no tiene cifras incuestionables, para efectos de esta estimación se trabajó con los datos que el país reportó a UNGASS para el año 2007.

Se estimó un número de niños probablemente infectados, utilizando 0.8% como prevalencia entre las ME⁵⁰. En estas circunstancias habrá 3,200 niños expuestos. Considerando una efectividad de la infección de 30% durante el embarazo y la lactancia, se estima que el número de niños infectados sin intervención sería de 960. De estos niños, 576 se perderán debido a la falta de acceso a atención prenatal. Es decir, dan cuenta de uno de los efectos de la exclusión. De los 384 cuyas madres pasan por el sistema de salud, se perderán 271 debido a que la madre no recibe la prueba. Finalmente, se perderá un niño por falta de TARV profiláctico a la madre. Debido a falta de información, no fue posible dar seguimiento al protocolo completo. En consecuencia, esta cifra está subestimada ya que no se consignan los niños que pudieron perderse al momento del nacimiento por falta de parto por cesárea, si la carga viral así lo demanda, o por no provisión de ARV al recién nacido. El tema de sustitución de la lactancia materna tampoco fue considerado.

En síntesis se estima que en el año 2007 se produjeron 272 casos entre ME que tuvieron acceso al sistema de salud. Adicionalmente, se estima que 576 niños resultarían VIH+ por ser parte de la población excluida. Esta cifras, que se presentan en el cuadro 4.1, dan cuenta de una protección efectiva máxima de 11.5% en la PTMH, tal como se muestra en la figura 4.7.

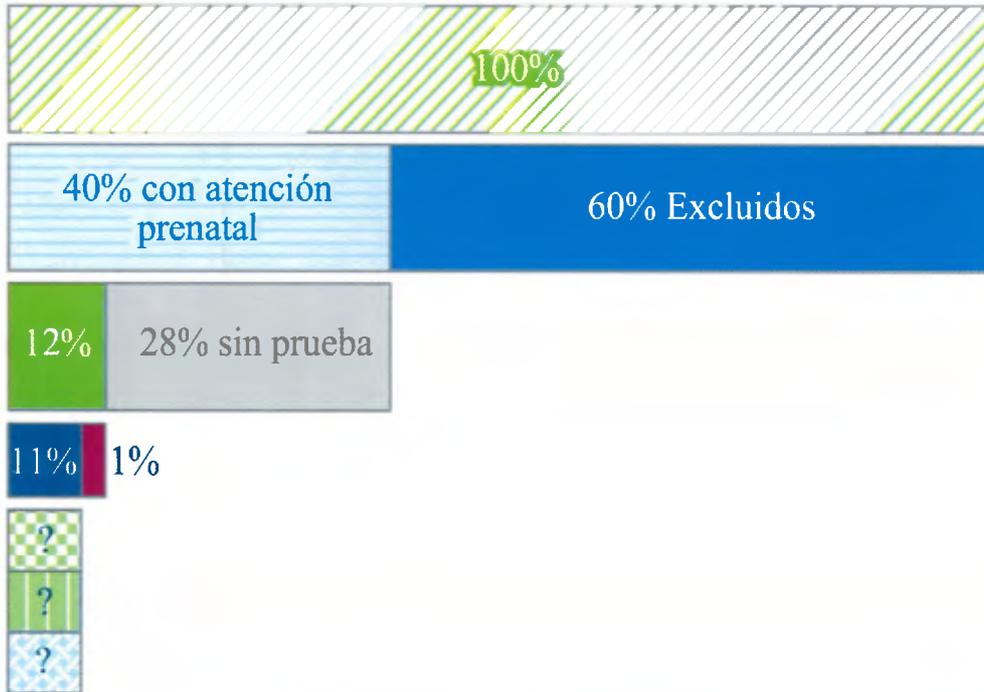
Cuadro 4.1
 Resumen de estimación de niños probablemente infectados en 2007

Número de nacidos vivos estimados	400,000
ME+ estimadas = Número de niños expuestos	3,200 (1)
Estimación de niños infectados sin intervención	960 (2)
Niños infectados. Perdidos por no cobertura de atención prenatal	576 (3)
Niños infectados. Perdidos en el sistema por falta de prueba a la ME.	271
Niños infectados. Perdidos en el sistema por falta de TARV profiláctico a la madre identificada VIH+	1

- (1) Supuesto: 0.8% de prevalencia en la población general
 (2) Supuesto: 30% de eficacia de la transmisión durante el embarazo, parto y lactancia.
 (3) 60 de exclusión en la atención prenatal

⁵⁰Esta tasa corresponde al mínimo reportado, en los diferentes estudios, en la población general. Por lo tanto se puede estar subestimando el número de niños probablemente infectados. En algunas zonas del país se ha encontrado una prevalencia de hasta 1.4% entre ME.

Cuadro 4.7
Secuencia de pérdidas de niños probablemente infectados



-  Niños probablemente infectados sin intervención. (30% de los exp.)
-  Niños infectados perdidos por no cobertura de atención prenatal.
-  Niños infectados perdidos en el sistema por falta de prueba a la ME
-  Niños infectados perdidos en el sistema por falta de TARV profiláctico a la madre VIH+
-  Niños infectados perdidos durante el parto sin cesárea - sin dato
-  Niños infectados perdidos por falta de ARV al recién nacido - sin dato
-  Niños infectados perdidos por no sustitución de la leche materna - sin dato

4.4.1.2 Prevención en otros grupos definidos en el PEN

•Adolescentes y jóvenes

El grupo de “jóvenes en riesgo social” tiene una elevada prevalencia de VIH, que llega al 3.3%, según el Estudio de Línea de Base del Fondo Mundial. Este grupo incluye jóvenes en situación de calle, con condiciones sociales, hábitos y conductas que los exponen a prácticas sexuales de riesgo y otras que facilitan la transmisión del VIH. La prevención en este grupo requiere de un abordaje dirigido a prevenir la exposición a sus factores de riesgo específicos, que incluya el abordaje de los determinantes sociales. Los jóvenes no tienen opciones por su posición marginal en las sociedades, 20% viven en indigencia y 47,4% en pobreza (CEPAL 2008). Finalmente, los jóvenes además tienen mayor vulnerabilidad biológica.

El tema de adolescencia (10-19 años) y juventud (15-24 años) se trata como una categoría vertical de grupos etáreos. Sin embargo, en un país con una población joven como es el caso de Guatemala, la adolescencia y la juventud constituye una categoría transversal; así el 30% de las trabajadoras(es) del sexo o más son jóvenes entre 15-19 años y 30% de HSH son jóvenes. Las conductas de los jóvenes están interrelacionadas con alcohol, drogas, sexo, tabaco y violencia, todos factores que requieren un abordaje desde la promoción de la salud y los determinantes sociales.

Para 2008 el sistema de información epidemiológica de Guatemala reporta que en los nuevos casos de VIH notificados entre hombres, el grupo de 15 a 19 años da cuenta del 5.6% y el grupo de 22 a 29 años aporta con el 25.1%. Entre las mujeres, el grupo de 15 a 19 años da cuenta del 8.6% y el grupo de 20 a 29 años aporta con el 38.2%. Aunque el grupo de población de 25 a 29 años no es parte del grupo denominado ‘juventud’, se ha incluido en este reporte ya que su aparición como ‘nuevo caso de VIH’ constituye un trazador de que la infección se está adquiriendo durante la etapa de adolescencia y edad adulta temprana. Estas cifras son elocuentes para llamar la atención a la urgencia de intensificar los esfuerzos de prevención efectiva entre adolescentes y jóvenes. Dentro del total de casos nuevos en grupo de 15 a 29 años (1,056 casos), las mujeres contribuyen con el 49.8%. La situación de casos nuevos de sida, reporta un panorama similar. Entre las mujeres, el grupo de 15 a 29 años constituye el 31% y entre los hombres este grupo conforma el 30.8%, la población adolescente y joven está excluida de la prevención.

No obstante estas prevalencias, adolescentes y jóvenes del país están en gran medida excluidos de la prevención del VIH, ya sea porque no se les considera suficientemente maduros como para tener relaciones sexuales y por lo tanto se evita tratar el tema con ellos; o porque los servicios de salud no están lo suficientemente cercanos o éstos no cuentan con las infraestructuras que ellos necesitan, operan en horarios que no les son adecuados o porque los menores de 18 años necesitan el consentimiento de padres y tutores para acceder a la prueba de VIH. En el acceso a condones no hay prohibición, sino que la ley lo establece.

El contexto político y legal en el país no es favorable para que las y los adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y ciudadanos y especialmente son una barrera para el acceso a servicios y a intervenciones de prevención. La legislación y políticas de VIH no tienen en cuenta las especificidades del grupo de adolescentes y jóvenes, lo que compromete seriamente el

cumplimiento de los derechos básicos del mismo. Además, las escasas políticas y programas que contemplan acciones específicas para procurar el respeto a los derechos de adolescentes y jóvenes están aún muy limitados al ámbito urbano y a la población que ya cuenta con un acceso mínimo a servicios básicos, por lo que las poblaciones rurales o más marginadas quedan fuera de su cobertura. El contexto cultural en una Guatemala multicultural y multiétnica es clave, la sexualidad y sus componentes son tema tabú de alta sensibilidad política, los roles de género aun son hegemónicos, especialmente en el tema de la masculinidad. El tema de género en adolescentes y jóvenes es clave por el desempoderamiento de las mujeres adolescentes y porque los adolescentes hombres son socializados en un modelo hegemónico de masculinidad y excluidos de los esfuerzos de prevención en general y en situación social de riesgo, en especial.

El análisis de la información desagregada por edad, sexo, etnia y otras variables de los determinantes sociales es clave para poder priorizar las intervenciones y tener impacto en adolescentes. Así mismo, se debe además resaltar la importancia de la coordinación con otros actores para trabajar la prevención con adolescentes y jóvenes como es el Ministerio de Educación y las Municipalidades para el seguimiento y puesta en marcha de acciones en cumplimiento de la Declaración de México y al Plan Salud Educación. El ejercicio de cobertura realizado por Population Council muestra que las actividades no están llegando a población entre 10 y 14 años, si no más bien en etapas tardías de la adolescencia. Esto es importante al hablar de prevención e impacto. Otro aspecto importante de resaltar es la necesidad de fortalecer la coordinación inter-programática a lo interno del MSPAS en lo que respecta a VIH y adolescentes/jóvenes. Existen espacios abiertos de trabajo que pueden ser aprovechados por el PNS. Si bien el grupo de adolescentes y jóvenes es un grupo prioritario en el PEN esto no se refleja en el planteamiento de estrategias (más allá de las campañas).

Personas privadas de libertad (PPL)

La Constitución Política de Guatemala reconoce el derecho de las personas privadas de libertad a ser tratadas con igualdad y la Ley de VIH establece que estas personas gozan de todos los derechos fundamentales no restringidos por condena y ordena que se promuevan acciones de prevención y educación en VIH en los centros penitenciarios. La legislación establece, además, la necesidad de poner en práctica políticas y actividades educativas en estos centros, tanto para las personas privadas de libertad, como para sus familias y el personal que en ellos trabaja; y, asimismo, se proveerá de métodos de prevención en este ámbito y los programas preventivos educativos deberán estar disponibles para los menores institucionalizados, de acuerdo a sus necesidades. También ordena que cuando se requiera de atención sanitaria no disponible en los centros penitenciarios, ésta deberá ser ofrecida en el lugar adecuado.

Estas disposiciones no se comenzaron a hacer realidad hasta el inicio de la implementación de la propuesta del Fondo Mundial en 2004. En principio, todas las personas que son detectadas positivas al VIH en un centro penitenciario tienen acceso a los tratamientos. Sin embargo, el cumplimiento se ha visto dificultado debido a que los jueces no dan permiso a las PPL para acudir a sus citas en las CAI. Con el proyecto financiado por el FM se contrataron 3 médicos y 3 enfermeras para que sirvieran de puente entre el SP y las CAI a fin de garantizar la TARV a las PPL VIH+. Se están implementando programas de prevención del VIH en 11 de los 19 centros penitenciarios.

Sin embargo, las organizaciones no gubernamentales consultadas señalan aspectos negativos en el cumplimiento de la legislación antes aludida, tales como la violación sistemática de la confidencialidad, la capacitación insuficiente del personal, tanto administrativo como de seguridad, y la exigencia de favores personales a las personas privadas de libertad con VIH para recibir su tratamiento antirretroviral. Se recogen denuncias, asimismo, de ataques a personas transgénero con VIH en centros de privación de libertad por parte de otros internos.

Además, se considera que falta un programa eficaz de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las mujeres privadas de libertad.

4.4.2 Atención integral

4.4.2.1 Cobertura de tratamiento ARV

En el curso de la evaluación fue difícil encontrar información inequívoca en relación a la evolución del número de personas en TARV a través de los años. En general, la información se maneja sobre la base de las metas institucionales o metas de proyectos subvencionados por el Fondo Mundial. Por esta misma razón, con frecuencia se reporta como cobertura el alcance de metas de proyectos. Estos datos varían de acuerdo a la fuente e incluso se encuentran inconsistencias en una misma fuente. Esta situación dificulta la agregación de los datos para tener un aproximado de cobertura a nivel nacional.

De acuerdo a las estimaciones utilizadas para el costeo del PEN, en el año 2008 se esperaban 20,916 personas entre adultos y niños que requerían TAR.

Reforzando el modelo de atención y registros paralelos que se lleva en el país, las estadísticas de TARV se presentan de acuerdo a la fuente de financiamiento a la cual se carga el costo de la atención del paciente, como se muestra en el cuadro 4.2 y en la figura 4.8. En 2007 el MSPAS muestra un incremento sustancial de pacientes en TARV, debido a que a partir de ese año se inician las transferencias financieras del MSPAS a la Fundación Marco Antonio y al Hospicio San José y, en consecuencia, los pacientes atendidos por estas instituciones se empiezan a reportar, como parte del MSPAS.

Cuadro 4.2
Número de pacientes en ARV por fuente de financiamiento
2005-2208 (1)

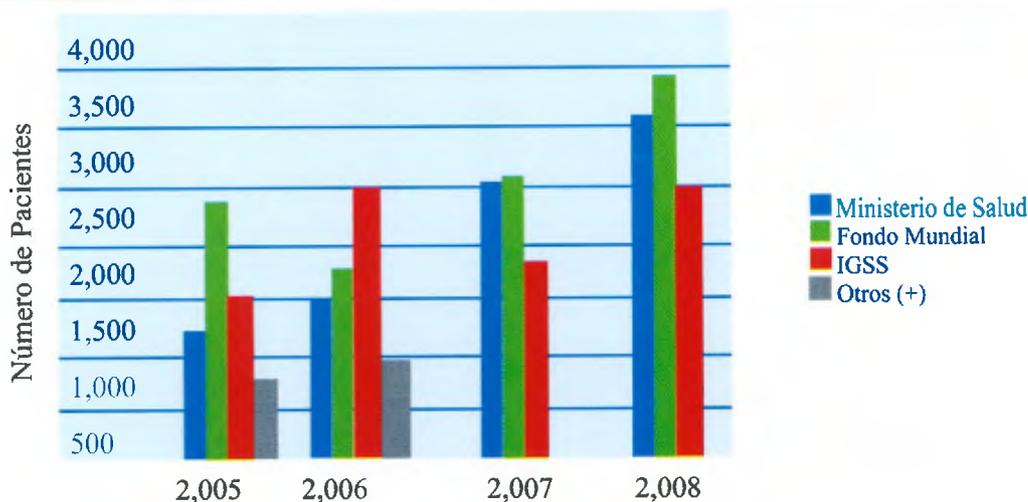
Institución	2005	2006	2007	2008
MSPAS	1212	1518	3063	3092
Fondo Mundial	2310	2190	3110	3460
IGSS	1500	2518	2293	2293
Otros (2)	780	947	0	0
TOTAL	5802	7173	8466	8845

(1)Esta composición y cifras totales son diferentes de los que se presentan en el informe MEGAS 2004 y 2005 e informe UNGASS. Sin embargo, son los últimos datos entregados por el PNS con motivo de la evaluación.

(2)Incluye Clínica Yaloc de la Fundación Marco Antonio & Hospicio San José en 2005 y 2006. A partir de 2007, estas instituciones reciben transferencias financieras del MSPAS y se reportan como tal.

Figura 4.8

Evolución de pacientes en TARV por fuente de financiamiento, 2005-2008



Existe multiplicidad de protocolos de atención y su aplicación está determinada por las fuentes de financiamiento. Este tema se analiza en la sección 5.5.2 sobre el uso racional de medicamentos.

4.5 Oportunidades perdidas y sus consecuencias financieras

El concepto de “oportunidades perdidas” da cuenta de aquellas instancias en que, a pesar de haberse dado las circunstancias propicias para entregar una respuesta adecuada, el sistema de salud falla en hacerlo. En la respuesta al VIH, se encontraron algunas instancias en que se pierde la oportunidad de identificar e informar a la persona su condición de VIH+. Como consecuencia, se afecta negativamente su calidad de vida ya que no se le entrega el tratamiento correspondiente; y se pierde la oportunidad de que la persona infectada modifique su conducta y se reduzca la circulación del virus. Además del efecto en las personas, esto genera una carga financiera al sistema de salud que podría haberse evitado.

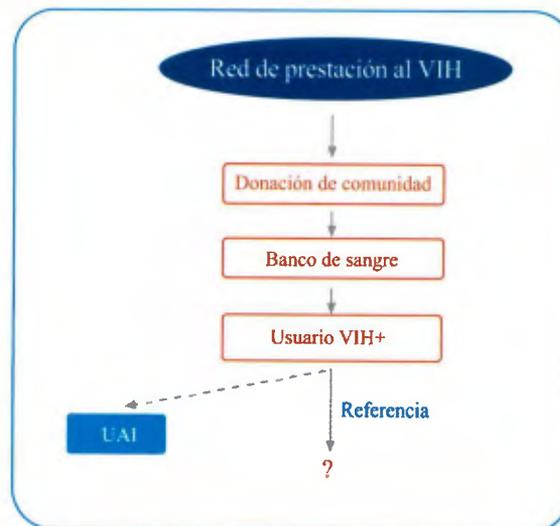
La falla en identificar a personas VIH+ siempre tiene el efecto de debilitar las acciones de control de la epidemia. Durante la evaluación se identificaron tres puntos críticos que ameritan atención de la autoridad sanitaria: bancos de sangre, prevención de la transmisión de madre a hijo y sistema para informar a las personas que se hacen la prueba, el resultado de la misma. Sobre los dos primeros, se analizó el proceso que se sigue para la provisión del servicio, lo cual permitió encontrar los puntos en que se dan las deficiencias y el impacto en resultados. Sobre esta base se procedió a estimar los costos adicionales al sistema de salud, como consecuencia de estas limitaciones. En relación al sistema de información de resultados de pruebas, se recogió información que sugiere la necesidad de revisar el proceso. No obstante, no fue posible recolectar información sólida que permitiera estimar el efecto en resultados ni en costos financieros.

4.5.1 Oportunidades perdidas en los bancos de sangre

En la sección en que se reporta la prevalencia de VIH+ entre donadores de sangre se han documentado las siguientes seropositividades para las pruebas para el año 2007: (a) VIH: 0.82%; (b) Sífilis: 2.1%; (c) Hepatitis B: 1.21% y (d) Hepatitis C: 0.69%. En todos los casos las cifras son más altas que las observadas en el año 2006. En lo que respecta al VIH, no existe un protocolo escrito para referir a la persona a un lugar en que se le dé adecuado seguimiento.

Con la idea de encontrar un protocolo 'de facto' que reflejara la práctica o la ruta más probable del donador, el equipo de evaluación hizo la consulta en las diferentes instancias del sistema de salud y encontró que no existe un mecanismo para buscar e informar al donante. En consecuencia, tampoco hay un protocolo conducente a captar a la persona para la atención integral al VIH. Cuando circunstancialmente, la persona conoce su estado, si es preactiva, se presentará a buscar atención en una Unidad de Atención Integral. Sin embargo, en lo que se refiere a indicaciones establecidas por el sistema de salud, al final se encuentra un gran signo de interrogación tal como se representa en la ilustración que sigue.

Red de presentación al VIH



Durante la sesión de presentación de los resultados preliminares de la evaluación, el MSPAS atribuyó el incremento de seropositividad al hecho que se estaba mejorando la capacidad de diagnóstico, tal como se espera siempre que se mejoran los sistemas de vigilancia. Sin embargo, en este caso en particular, los hallazgos reiteran los riesgos que se encuentran en un sistema que no está basado en la donación voluntaria y también hablan de la necesidad de fortalecer el sistema de selección del donador.

En el año 2007 se recolectaron y sometieron a prueba de VIH 76,485 unidades, de las cuales 627 reaccionaron de manera positiva. No existen registros de posterior contacto del sistema de salud con esas personas. Reconociendo que el Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre (PMTBS) no tiene como mandato el tratar directamente con las personas afectadas por el VIH, este hallazgo confirma que la respuesta al VIH debe ser -por naturaleza- sistémica. Sólo en el año 2007 el sistema perdió la oportunidad de dar respuesta a 627 personas VIH+ que habiéndolas tenido presente en sus propias instalaciones, las dejó ir en la ignorancia sobre su estado con respecto al virus.

Desde el punto de vista del manejo del problema del VIH, esta situación es crítica tanto por razones puramente de salud pública como por razones financieras. Desconociendo su estado de VIH, estas personas continuarán siendo un agente de expansión del virus. Aunque en esta evaluación no se hizo el intento de estimar cuántos nuevos casos se podrían esperar a partir de estas 627 personas, con certeza se puede afirmar que ese número es mayor que cero. Todos los casos que se produzcan como consecuencia de la ignorancia de estas personas sobre su estado de seropositividad dan cuenta de oportunidades perdidas para interrumpir la transmisión del virus; y hacen resaltar la relevancia de tener un manejo con perspectiva del sistema de salud, con un mandato y alcance más amplio que el del PMTBS.

Los costos adicionales más significativos en el sistema de salud estarán conformados por la provisión de atención a estas personas que, no recibiendo un tratamiento oportuno, llegarán con infecciones oportunistas graves de acuerdo a la historia natural de la enfermedad. Además se deberá asumir el costo de dar atención y tratamiento a terceras personas cuya infección pudo haberse evitado si existiera una práctica clara de referencia, acceso a consejería y seguimiento clínico para el donador seropositivo. No habiendo hecho el ejercicio de estimar el número de personas que potencialmente se infectarán a partir de estas 627, no es posible entregar una cifra total.

Un segundo elemento de costo financiero da cuenta de un desperdicio de recursos que se produce como consecuencia de malas prácticas en el proceso que se sigue hasta la colecta de la sangre, que eventualmente deberá ser descartada. Es interesante notar que, debido a que el tema de sangre no es responsabilidad del PNS, este costo está fuera de aquellos que se contabiliza como parte de la respuesta al VIH, a pesar de constituir una carga financiera efectiva al sistema de salud.

La Guía de Estimación de Costos en Bancos de Sangre, presenta una metodología que entrega el valor promedio de cada unidad transfundida para un periodo determinado. A partir del uso de esta guía se estima que el costo directo de cada unidad desechada es de US\$ 56.00⁵¹. Por lo tanto, en el año 2007 el sistema de salud asumió un desperdicio de US\$ 35,112 por concepto de unidades desechadas por VIH.

4.5.2 Costos de oportunidades perdidas en PTMH

En la sección sobre mecanismos de compra y de ARV se presenta la metodología para estimar el costo ARV para la atención en los primeros 15 años de vida. Considerando que Guatemala ha usado las opciones de comprar a través del Fondo Estratégico de la OPS y la de hacerlo en la modalidad de compra local, la estimación se hizo tomando en cuenta ambas opciones. Para la primera se usó los precios a los cuales el país compró durante el año 2008 a través del Fondo Estratégico de la OPS y para la segunda se usó los precios que se reporta en el sitio de Internet de Guatecompras para 2009. El costo de ARV toma valores de US\$ 25,483 en el primer caso y US\$ 140,222 en el segundo. A esto se suma el costo de otros servicios que forman parte de la atención integral⁵². Este costo en 15 años asciende a US\$ 5,340, de acuerdo a las cifras que se utilizó en el costeo del PEN.

⁵¹Documento OPS CD48/11

⁵²El protocolo incluye: dos veces por año consulta externa y exámenes de carga viral, recuento linfocitario con CD4, de sangre (fórmula y recuento) y de bioquímica sanguínea.

El cuadro 4.4 presenta un resumen del rango de costo que deberá asumir el sistema de salud si, efectivamente, se hace cargo de la atención integral de estos niños.

Cuadro 4.4. Costo de oportunidades perdidas en PTMH

Resumen de la estimación del costo de atención a los casos prevenibles de niños infectados por transmisión madre a hijo 2007 (primeros 15 años de vida) (en US\$)

Cuadro 4.4.
Costo de oportunidades perdidas en PTMH
Resumen de la estimación del costo de atención a los casos prevenibles de niños infectados por transmisión madre a hijo 2007 (primeros 15 años de vida) (en US\$)

		Costo por caso de 0 a 15 años	Casos evitables	COSTO TOTAL en 15 años
Consulta y exámenes		5,340	272	1,452,480
Costo de ARV (dos opciones)	Con Fondo Estratégico	25,483	272	6,931,376
	Con compra local	140,222	272	38,140,384
Costo debido a oportunidades perdidas en PTMH	Con Fondo Estratégico	8,383,856		
	Con compra local	39,592,864		

4.6 La respuesta a la epidemia de VIH y sida en el marco de los derechos humanos.

El tema de derechos humanos en el abordaje de la respuesta se ha considerado como un eje transversal en este ejercicio de evaluación. Sin embargo, debido a la trascendencia del tema, en esta sección se resumen aspectos esenciales que se desean resaltar, los que no son tratados en otras partes del reporte.

El análisis se ha realizado en base a lo dispuesto en las *Directrices Internacionales sobre VIH y Derechos Humanos* antes mencionadas, de las cuales se han seleccionado las que atañen de una manera especial al control de la epidemia de VIH y sida.

a. Primera y segunda directrices: sobre la creación de comisiones intersectoriales y la consulta a las comunidades

La participación social en el diseño e implementación de políticas y programas de salud es un principio reconocido en los instrumentos normativos y políticos de la respuesta al VIH en Guatemala. Sin embargo, se reconoce que, aun cuando hay significativa participación en los grandes centros urbanos y los ámbitos nacionales de decisión, todavía no se concreta semejante participación en áreas rurales de todo el país, lo que puede ser debido, en parte, a los altos niveles de estigma que aún pesan sobre las personas con VIH y los miembros de los grupos más afectados, lo que impide que consigan asociarse y exigir sus derechos, debido al predominio de creencias y enfoques sociales tradicionales y conservadores; mientras que en las grandes ciudades el estigma se diluye y la discriminación es menos feroz. Esta serie de circunstancias tienen un efecto directo sobre el ejercicio del derecho a la participación⁵³ de las personas que viven fuera de las áreas urbanas y también sobre la consecución del acceso universal.

Una acción relevante de CONASIDA en 2008 es haber propuesto al Congreso de la República, a través de la Comisión Nacional de la Mujer, una serie de reformas legales al Decreto 27-2000, que se ajustan mejor a las condiciones y necesidades actuales, las que incluyen la participación expresa de la sociedad civil, con enfoque de género y de diversidad sexual; así como que se deberán tomar en consideración la pluriculturalidad de los cuatro pueblos de Guatemala y las necesidades de los grupos más vulnerables y expuestos a la epidemia. Éstas están aún pendientes de discusión y aprobación⁵⁴.

b. Tercera directriz: sobre la voluntariedad de la prueba de VIH

La Ley de VIH en Guatemala da un amplio margen de excepciones a la voluntariedad de la prueba, pues señala que ésta podrá ser obligatoria en los casos en que así lo considere conveniente el médico tratante; y añade dos casos específicos a la excepción del criterio del médico tratante, que se refieren a los menores y a las personas con emergencias médicas. Se incluyen además otros supuestos nuevos, como la obligatoriedad de realizarse la prueba a las víctimas de violencia sexual, a toda mujer embarazada y a personas que presten servicio cívico militar. La ley vulnera así el principio de seguridad jurídica, por el cual todas las personas deberán saber a qué les obliga la legislación, al crear la autoridad de hacer la prueba según criterio del médico tratante; y además, podría afectar desproporcionadamente a los grupos vulnerables de trabajadoras del sexo y de hombres que tienen sexo con hombres, de cuyas características se podría argumentar que coinciden con lo dispuesto por la ley. Parecería más lógico que la prueba del VIH se equiparase a cualquier método de diagnóstico de otra afección, para la que se solicita el consentimiento del paciente. De lo contrario, se podría producir una vulneración del derecho a la igualdad.

⁵³Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos N° 32/05. Petición 642/03. Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH/sida. Guatemala. 7 de marzo de 2005

⁵⁴Información verbal. Licda. Mariel Castro, Directora del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.

En correspondencia con la legislación internacional, la Ley de VIH prohíbe expresamente la realización de la prueba para autorizar el ingreso al país, el acceso a bienes y servicios, a trabajo, a formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica; y además prescribe que ésta no deberá ser considerada como causal de la rescisión de un contrato laboral, exclusión de un centro educativo, evacuación de una vivienda o salida del país, tanto de personas nacionales como extranjeras. Sin embargo, existen en el país múltiples denuncias de infracción a la mencionada legislación. Ejemplos son: las denuncias de rechazo de inscripción en centros educativos por condición de VIH y la orientación sexual y los informes sobre realización de la prueba obligatoria en diversas instituciones, como la Escuela Nacional de Enfermería, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los seguros médicos, el Órgano Judicial y empresas farmacéuticas. Un grupo focal de hombres que tienen sexo con hombres, con el que se trabajó durante esta evaluación, reportó que se había obligado a todos los hombres de una maquila del país, con apariencia homosexual, a someterse a la prueba de VIH.

Otra excepción que hace la ley, la cual viola los derechos ciudadanos, es la obligatoriedad que tienen de hacerse la prueba las trabajadoras del sexo, para permitirles ejercer su trabajo, pues el resultado de la misma debe constar en su carné de salud, para que los propietarios de los locales donde se desempeñan o la policía les permitan trabajar.

c. Quinta directriz: sobre la prohibición de la discriminación

La Ley de VIH cumple con la legislación internacional al recoger expresamente la prohibición de discriminar a las personas con VIH en muy diversos ámbitos, es contundente y no deja lugar a dudas, sin embargo, el informe sobre los avances de UNGASS en Guatemala manifiesta que “el estigma y la discriminación siguen siendo un obstáculo infranqueable en el país”⁵⁷.

Prueba de lo anterior es que se encuentran numerosas denuncias de personas discriminadas por su condición de VIH positivas, tanto en el ámbito público como el privado, lo que es indicativo de que hacen falta políticas y acciones decididas contra la discriminación, que se ejecuten en todos los ámbitos en que se pueda presentar. Estas discriminaciones no sólo vulneran las leyes que las prohíben, sino que afectan el disfrute de otros derechos fundamentales, como el de la igualdad, la protección de la honra y la dignidad, lo que a su vez puede desembocar en una violación de otros derechos, como el derecho a la salud, el trabajo y la vivienda.

En el sector privado de salud⁵⁸ existen informes de discriminación basada en la condición de VIH o hacia los colectivos más afectados y hay testimonios de hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo que se consideran responsables del trato que reciben solamente por tener una apariencia diferente a los demás. Se encuentra también que la atención que reciben estas personas en ocasiones no es de la calidad adecuada y simplemente son remitidas a ONG especializadas.

⁵⁷Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA. Informe sobre los avances en la Declaración de UNGASS. Guatemala. Diciembre 2005.

⁵⁸Estigma y Discriminación en los Servicios de Prueba de VIH con orientación en el Sector Privado en Guatemala.

Una investigación realizada en trabajadoras del sexo⁵⁹ dio como resultado que un 97% de ellas expresó la necesidad de eliminar las barreras en la administración de justicia, que les hacen perder la confianza para interponer denuncias sin miedo a represalias; y un 70% declaró haber sido discriminada alguna vez por ser trabajadora del sexo, siendo las instancias gubernamentales, en el 43% de las ocasiones, las más discriminatorias. También manifestaron que son discriminadas en los centros de salud y se les recrimina su comportamiento⁶⁰.

Asimismo, el grupo focal de trabajadoras del sexo con el que se trabajó durante esta evaluación manifestó multitud de quejas sobre el trato discriminatorio recibido en los servicios de salud, ya sea en la atención específica para este grupo, como en la atención general sobre diferentes afecciones de salud. Cabe destacar la excepción que supone el Centro de Salud de Atención a ITS de la zona 3, que cuenta con personal sensibilizado y capacitado (aunque no con los recursos financieros suficientes) para dar una atención integral de calidad a las personas que se acercan al centro, entre las cuales se encuentran numerosas trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y niños y jóvenes en situación de riesgo social.

La Ley de VIH, en su artículo 40, obliga a la persona con un diagnóstico positivo a comunicárselo a su pareja habitual o casual y el artículo 24 del reglamento de la ley establece un plazo de diez días para que la persona informe a su pareja. El artículo 25 prevé que el médico u otro personal de salud deberán comunicar el resultado positivo de una persona a su pareja, si la persona no lo hiciera. En este caso, la misma legislación contiene disposiciones que pueden resultar en discriminación.

En tal sentido, las directrices internacionales sobre VIH, sida y derechos humanos indican que se debe facultar al personal de salud para valorar la situación y tomar una decisión, pero no establecer la obligación, pues se podría afectar el derecho a la honra y la dignidad e incluso otros derechos fundamentales posteriormente si la violación de la intimidad deriva en una discriminación. En cuanto a la contribución de esta obligación a la prevención de la infección, es más bien dudosa, pues debido al miedo a la discriminación y a la reacción de la pareja, es probable que niegue la existencia de dicha pareja, si no tiene la intención de comunicárselo. Una asesoría de calidad puede contribuir a dicho resultado en mayor medida⁶¹.

El Código de Trabajo establece que no se podrán tomar medidas correctoras contra los trabajadores para privarlos de alguno de sus derechos reconocidos, prohibiendo así el despido por causa del VIH. Sin embargo, el mismo Código, en su artículo 63, recoge la obligación del trabajador de someterse a reconocimientos médicos a instancias del empleador, para comprobar que no padece ninguna incapacidad permanente o enfermedad “contagiosa o incurable”.

⁵⁹Asociación de Salud Integral. Resultados de la investigación Violación de Derechos Humanos de Trabajadoras del sexo en un contexto de vulnerabilidad ante el VIH y las ITS. Guatemala, agosto 2005.

⁶⁰Asociación de Salud Integral. Resultados de la investigación Violación de derechos humanos de trabajadoras del sexo en un contexto de vulnerabilidad ante el VIH y las ITS. Guatemala, agosto 2005.

⁶¹ONUSIDA. Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Ginebra, 2007.

Se han recogido testimonios en todos los grupos focales organizados durante la evaluación sobre la vulneración del derecho al trabajo como una de las más frecuentes relacionadas con el VIH, ya sea en forma de pruebas obligatorias para ingreso o de despidos, una vez que se hace pública la condición de VIH positivo del trabajador.

El hecho de que estas violaciones de la legislación sean tan comunes, a pesar de que las normas son claras al respecto, es reflejo de dos debilidades. Una, la falta de políticas estatales sobre VIH en los lugares de trabajo y otra, la falta de mecanismos de vigilancia del cumplimiento de estas normas, articulándolas con las normas laborales generales del país. Ello, unido a la obligatoriedad de reconocimientos médicos del Código de Trabajo.

Durante siete meses del año 2005 se mantuvo en los medios de comunicación masiva una campaña contra la discriminación de las personas con VIH, la cual tuvo una presencia mucho mayor en los grandes núcleos urbanos y ladinos. Al respecto se considera que debe haber una adaptación de estas campañas al medio rural, multiétnico y plurilingüe de Guatemala, para que tengan un impacto significativo en las poblaciones rurales e indígenas, las que ya de por sí sufren un alto grado de marginación.

Se han observado algunos esfuerzos para utilizar los medios de comunicación masiva para realizar campañas contra la homofobia. Sin embargo, estas iniciativas han encontrado un apoyo institucional mucho menor, lo que ha provocado que su cobertura haya sido muy limitada, aunque se trata de intervenciones imprescindibles para acabar con la forma de discriminación que provoca los niveles de infección más altos.

Una circunstancia que puede estar provocando una discriminación arbitraria se refiere a que las personas con VIH están siendo incluidas en protocolos de tratamiento antirretroviral diferentes, dependiendo de la fuente de financiación del mismo, hecho que responde a la necesidad de cumplir con las metas establecidas para la ejecución de los recursos del Fondo Mundial. En concreto, informa el PNS, las personas que entran en tratamiento financiado por el Fondo Mundial tienen acceso a tenofovir y emtricitabina, mientras que las personas que acceden a tratamientos financiados por el Estado no lo tienen. Dado que esta diferencia en el acceso no está basada en ninguna necesidad objetiva de la persona con VIH, se puede estar afectando el derecho a la igualdad, que puede degenerar en una afectación del derecho a la salud.

d. Sexta directriz: sobre el desabastecimiento de antirretrovirales

Las personas con VIH del país han sufrido repetidos desabastecimientos desde que se comenzaron a ofrecer los antirretrovirales, lo cual es una vulneración grave al derecho a su salud que, de mantenerse en el tiempo, podría desembocar en la vulneración de otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida, al trabajo, a la vivienda y otros.

La primera situación de desabastecimiento ocurrió en 1999, cuando el primer grupo de pacientes que fue tratado en el país, lo hizo como sujeto de un estudio clínico financiado por una compañía farmacéutica.

Al finalizar la investigación, el tratamiento fue discontinuado, por lo cual varios de los pacientes demandaron con éxito al gobierno, basados en su derecho a la salud, con lo que lograron reanudar la terapia a fines del año 2000.

En agosto de 2003, tras agotar los recursos administrativos y jurisdiccionales de Guatemala, un numeroso grupo de pacientes con sida, a los que se les había negado el acceso a antirretrovirales, envió una petición a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en la que se alegaba que el Estado guatemalteco estaba vulnerando varios de sus derechos fundamentales⁶². La Comisión declaró la petición admisible y otorgó las medidas cautelares a los peticionarios en abril de 2004, obligando al Estado a proporcionar los medicamentos antirretrovirales.

En 2004 hubo un desabastecimiento importante de antirretrovirales en el IGSS, por lo que las personas afectadas emprendieron acciones ante los tribunales y la Procuraduría de Derechos Humanos. El 8 de agosto de 2005, esta última emitió una condena moral al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por la violación del derecho a la salud de sus afiliados; y ese mismo año, la Sala Tercera de la Corte de Apelaciones de Trabajo y Previsión Social, tras una solicitud de la Procuraduría de Derechos Humanos, ordenó al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social proporcionar atención médica a los afiliados que la necesitaban.

En el año 2006 la sociedad civil planteó una solicitud similar ante la Procuraduría de los Derechos Humanos por una repetición de la situación de desabastecimiento. Existe en la actualidad un amparo por parte de la PDH a favor de las personas con VIH en caso de que hubiera desabastecimientos, pero éstos no se han dado desde 2007.

El Ministerio de Salud informa que no se dieron desabastecimientos de antirretrovirales desde 2007. No obstante, de acuerdo con información recibida de la Procuraduría de los Derechos Humanos, sí se dieron desabastecimientos de antirretrovirales en enero de 2008, lo que provocó denuncias de las personas afectadas⁶⁴.

Se informa también de hallazgos de medicamentos vencidos en junio de 2008 en el IGSS.

e. Séptima directriz: sobre los servicios de asistencia jurídica, educación y resolución de conflictos en derechos humanos

Guatemala tiene instituciones de asistencia jurídica para casos relacionados con la infección por VIH. La Procuraduría de Derechos Humanos cuenta con este tipo de servicio y dispone de una unidad con funciones dedicadas a la defensa y promoción de los derechos en su relación con el VIH y con el femicidio. Existen además instituciones no gubernamentales que cuentan con servicios similares, los que llegan así a parte de la población que no accede a las instituciones estatales, ya sea por su marginación de los servicios públicos o por la inaccesibilidad geográfica a los mismos.

⁶³Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos N° 32/05. Petición 642/03. Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas afectadas por el VIH, sida. Guatemala. 7 de marzo de 2005

⁶⁴Entrevista con la Licda. Johanna Castillo, responsable de VIH de la Procuraduría de los Derechos Humanos el día 12 de febrero de 2009.

Queda, sin embargo, mucho por recorrer aún hasta que estas instituciones se coordinen de forma tal que se ofrezca una asistencia jurídica integral a las personas que acuden por sus servicios.

En este sentido, el fortalecimiento de la Red Jurídica se plantea como necesario para garantizar el acceso a la justicia de las personas afectadas.

En relación con la sensibilización del poder judicial sobre las cuestiones jurídicas y éticas del impacto del VIH, sida, no se han socializado en el país, con los miembros del sistema judicial, los instrumentos nacionales e internacionales de protección de los derechos de las personas con VIH y de las pertenecientes a los grupos más afectados, aunque sí se ha capacitado en VIH al personal del organismo judicial, a través del departamento de recursos humanos.

Las organizaciones e instituciones entrevistadas afirman que se formalizan pocas denuncias sobre violaciones de derechos humanos relacionadas con el VIH, lo que se debe principalmente a cuatro factores: 1) porque se ha visto cómo la legislación sobre VIH y sida contiene disposiciones que en sí mismas vulneran los derechos fundamentales, lo que limita en gran medida la posibilidad de que las personas que las sufren puedan acudir a la justicia a solicitar reparación por el daño causado; 2) porque existe un gran desconocimiento de los derechos que amparan a las personas con VIH o al resto de la población frente al mismo, ya que son pocas las estrategias de promoción de derechos que se implementan en las zonas del país en que se hablan lenguas diferentes del español, así como entre los grupos más afectados por la epidemia y en muchos casos, debido a que las mismas instituciones o personas que están violando los derechos desconocen que lo están haciendo; 3) porque la Ley de VIH, que es la que recoge la protección específica de los derechos de las personas con VIH, no contempla sanciones para su incumplimiento, por lo que se debería remitir a la legislación general sobre derechos humanos, pero no se prevén los mecanismos de articulación entre esta legislación especial y la legislación general (cabe resaltar que la reforma planteada a la Ley de VIH viene a paliar parcialmente esta deficiencia, pues ofrece un mecanismo más detallado de articulación de la legislación sobre VIH con la legislación general); y 4) por la falta de proactividad de las instituciones responsables de vigilar el cumplimiento de las normas. En la mayoría de los casos, estas instituciones adoptan, probablemente por falta de recursos, un papel reactivo, que solamente incorpora los procedimientos previa denuncia de la persona afectada. Sería deseable un papel de inspectoría por parte del Estado más destacado, así como una mayor inversión en la difusión de los derechos humanos relacionados con el VIH por parte de estas instituciones.

Cabría esperar que la carga de denuncias ante los tribunales fuera alta, debido al alto grado de incumplimiento de la Ley de VIH que se denuncia por parte de la sociedad civil, pero no lo es. Esto puede deberse al estigma y la discriminación, que provocan miedo de las personas afectadas de denunciar sus casos, lo que estaría afectando en este caso al derecho de acceso a la justicia. Cabe destacar, en este sentido, que no se ha encontrado ninguna sentencia judicial condenatoria por violación de las leyes de VIH, a pesar de que se promulgaron estas normas hace ya varios años y que los incumplimientos son múltiples.

f. Undécima directriz: sobre la responsabilidad del Estado de vigilar la aplicación de los derechos humanos

Por parte del Estado, la vigilancia al respeto, cumplimiento y protección de los derechos humanos de las PVV y de los grupos vulnerables a la epidemia de VIH y sida es responsabilidad de la institución del Procurador de los Derechos Humanos. Esta instancia cuenta actualmente con un Programa de Derechos Humanos que depende directamente del despacho del Procurador y desde donde se abordan algunas acciones que se ejecutan tanto a nivel de la sede central como de manera descentralizada a través de las auxiliaturas departamentales. Sin embargo, una de las dificultades que se ha constatado es la institucionalización del tema de VIH y sida en la PDH, dado que no se ha creado una defensoría que aborde específicamente este tema, el cual ha estado vinculado al área de planificación y desarrollo, a la Defensoría de la Persona Discapacitada, a la Unidad de Salud, hasta la creación del programa mencionado anteriormente.

El Programa de DDHH y VIH, no responde a las prioridades establecidas por el país en el componente de DDHH y VIH y sida, y las coordinaciones con los actores involucrados (MCP-G, Red Legal, Alianza Nacional de PVV, OBC, ONG) son muy débiles en la actualidad.

El MCP-G en el marco de la iniciativa “Intensificación de las acciones de prevención y atención integral al VIH y sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala” contempló la implementación de las acciones vinculadas a DDHH a través de la PDH. Es así como durante el período que se extiende de junio 2005 hasta abril 2007 se logró:

- Realizar un diagnóstico sobre el conocimiento de las personas de 7 auxiliaturas departamentales respecto a la temática de VIH y sida.
- Desarrollar siete mapas departamentales de instituciones y organizaciones que trabajan o constituían potenciales aliados para el trabajo en el tema de DDHH y VIH y sida.
- Crear redes a nivel local de DDHH y VIH y sida, con un mínimo de articulación y funcionamiento.
- Diseñar un sistema electrónico para el registro, monitoreo y seguimiento de las denuncias por violación a los derechos humanos de las PVV y de los grupos más vulnerables a la epidemia.
- Capacitar a siete auxiliaturas departamentales.

Sin embargo, pese a los primeros avances en el tema, en el año 2008 el Procurador de los Derechos Humanos rescindió el acuerdo suscrito con Visión Mundial Guatemala, en su calidad de Receptor Principal de los fondos provenientes del Fondo Mundial.

En el país se están documentando un número bajo de denuncias por violaciones a los derechos humanos, lo que se considera debido, en esencia, a: a) el estigma que aún pesa sobre el VIH, que provoca que las personas no quieran que salga su situación a la luz por miedo a la discriminación; b) la ausencia de sanciones a las instituciones o personas que contravengan las legislaciones sobre VIH; y c) porque debido a la naturaleza mayoritariamente urbana de las instituciones centrales de recogida de denuncia y la escasa difusión que se hace de ellas y de sus funciones en el área rural, el acceso está muy restringido para las poblaciones de esas áreas.

La Red Regional de Derechos Humanos y VIH, capítulo Guatemala, desarrolló un Protocolo para la recepción de las denuncias de las violaciones de los derechos humanos en relación con el VIH, que pretende dar uniformidad a la recolección de los datos, para facilitar una posterior sistematización a nivel nacional. No obstante, este protocolo aún no se ha implementado.

La propuesta de reforma a la Ley de VIH plantea una nueva función para CONASIDA, que sería la de velar por la aplicación de las sanciones administrativas pertinentes a las personas jurídicas o individuales que contravengan las disposiciones de la ley en la materia. Se le otorga así a la CONASIDA una función de vigilancia del cumplimiento de sanciones. Se trata de un paso adelante, aunque dado el bajo número de sanciones que se consiguen, quizá los resultados en la práctica no sean de gran magnitud.



Resumen de puntos importantes del capítulo

- La respuesta al VIH tiene su origen en la iniciativa privada y con colaboración de la comunidad internacional. La participación del sector público se inicia en 1991 con la creación del Programa Nacional de Control y Prevención de ITS, VIH y Sida (PNS).
- El sistema de salud se caracteriza por ser segmentado y fragmentado, lo cual limita su quehacer. La respuesta al VIH se ve afectada por una organización y modelo de atención diferente al que sigue el sistema de salud. La atención de MSPAS al VIH se extiende operativamente hasta los centros de salud y el IGSS provee atención a sus afiliados y familiares beneficiarios.
- Las intervenciones de prevención están concentradas en la ciudad capital y aquellas dirigidas a lograr cambios de comportamiento no están bien caracterizadas ni se sustentan en evidencia de efectividad. El equipo de evaluación coincide con la percepción de algunos actores en el sentido que la respuesta del sistema de salud no ha privilegiado la prevención como eje central.
- Existe multiplicidad de protocolos de atención y su aplicación está determinada por las fuentes de financiamiento.
- La rectoría de las acciones nacionales para el control del VIH y sida es responsabilidad del PNS, el cual se establece como prioritario y responsable por la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento para el control de las ITS, VIH, y sida, así como por la garantía al respeto, promoción, protección y defensa de los derechos de las personas afectadas por estas enfermedades.
- En el modelo de atención del MSPAS, el usuario que ingresa al sistema no sigue una ruta crítica inequívoca, la ruta que sigue no está determinada por criterios de pertinencia y calidad de atención sino por el punto de entrada al sistema.
- En relación con el VIH y sida, el IGSS ofrece cobertura integral y gratuita a todos sus afiliados y beneficiarios. Entrega el TAR siguiendo protocolos diferentes de los recomendados por el MSPAS, lo cual se traduce en que al momento de transferir pacientes al MSPAS (niños(as) mayores de 5 años y mujeres fuera de la atención materna) el MSPAS debe usar protocolos con un costo más alto por paciente atendido.
- Se detectaron tres puntos críticos en los que el sistema de salud pierde la oportunidad de identificar, informar y dar tratamiento a la persona en su condición de VIH+, estos son: en prevención de la transmisión de madre a hijo, en los donadores en los bancos de sangre y en el sistema para informar a las personas que se hacen la prueba, el resultado de la misma.
- El costo de entregar atención durante los primeros 15 años de vida a los niños con VIH como consecuencia de las oportunidades perdidas se ubica en un rango de entre US\$ 8.3 y 39.6 millones (dependiendo de la modalidad de compra de los ARV).

5

**RESUMEN DE HALLAZGOS
E IDENTIFICACIÓN DE
FACTORES LIMITANTES
EN EL SISTEMA DE SALUD**



5. RESUMEN DE HALLAZGOS E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LIMITANTES EN EL SISTEMA DE SALUD

Ubicación temática

En el capítulo anterior quedaron identificadas algunas de las debilidades, especialmente en el apartado de oportunidades perdidas. En este capítulo, los factores limitantes detectados se reorganizan de acuerdo a los componentes del sistema de salud, es decir: rectoría y gobernanza; financiamiento y aseguramiento; organización y provisión de servicios; recursos humanos; medicamentos y tecnologías; sistemas de información y vigilancia.

Estos componentes del sistema de salud ya habían sido abordados en el capítulo de contexto nacional, como un punto de partida del informe de la evaluación; y volverán a constituirse en un esquema orientador para presentar las recomendaciones de la evaluación en el capítulo siete.

5.1 Rectoría y gobernanza⁶⁵

Analizando los momentos históricos a partir de cuando comienza la epidemia, se puede constatar que la respuesta nacional estuvo en sus inicios determinada, primariamente, por influencias externas al país, así como por iniciativas locales, de organizaciones no gubernamentales y otras agrupaciones no relacionadas al MSPAS.

No hubo un proceso social y político interno de cara a la epidemia, a partir del cual se estableciera una línea clara de rectoría y gobernanza. Se considera que esta situación contribuyó, en gran medida, no sólo a crear la atomización de la respuesta que ocurre en la actualidad, sino también a limitar la visión estratégica del sistema de salud en respuesta a las características de la epidemia y a generar dificultades para la coordinación.

A consecuencia de lo anterior, entre otras razones, los esfuerzos de las múltiples instituciones que laboran en VIH, sida no están perfectamente alineados con los planes y estrategias nacionales, a pesar de los ingentes esfuerzos del PNS y el MSPAS, para optimizar la coordinación de acciones.

Una de las políticas del Plan Nacional de Salud es la de rectoría de la salud bajo la responsabilidad del Ministerio. Aun cuando el PNS es el ente rector del trabajo en esta área, se ha encontrado

⁶⁵La rectoría y gobernanza incluye asegurar la existencia de marcos estratégicos de política que se combinan con supervisión efectiva, formación de coaliciones, regulación, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas.

que su capacidad de dirección estratégica también se ve afectada por que enfrenta un sistema de provisión de servicios fragmentado y segmentado, sin enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, cada uno de los cuales tiene una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados⁶⁶ y fuentes diferentes de financiamiento, nacionales e internacionales.

Como ilustración de lo anterior, se ha podido comprobar que hay aspectos claves de la función de rectoría que han estado a cargo de proyectos o agencias de cooperación, no precisamente como apoyo técnico, de facilitación del proceso o de generación de capacidades nacionales, sino más bien cumpliendo una función de sustitución. A manera de ejemplo, se presenta el caso del Mecanismo Coordinador de País de Guatemala (MCP-G) donde a pesar de que el MSPAS está representado, en ocasiones se toman decisiones sobre líneas de fortalecimiento, prioridades y cobertura de los servicios que no se corresponde con las prioridades establecidas en el PEN, estando estas decisiones más relacionadas con los intereses particulares de los sub-receptores de los recursos financieros del Fondo Mundial.

El PNS, con la cooperación de varias instituciones nacionales e internacionales ha elaborado, desde el año 1999 varios Planes Estratégicos Nacionales (PEN), para diferentes periodos históricos. En la actualidad está vigente el PEN 2006-2010, el cual cuenta con metas y fue costeado en el 2008. Este ejercicio de costeo permite prever las inversiones y gastos que deberán efectuarse, para cumplir con sus metas propuestas al 2010.

Sin embargo, aunque el PEN establece líneas específicas de acción para cumplir con sus metas, en la realidad, éstas no son seguidas de forma rigurosa por las múltiples instituciones que se ocupan de la provisión de servicios para la atención de ITS, VIH y sida, así como para la PTMH, tanto estatales (IGSS, Sanidad Militar, USAC), como no estatales (organizaciones no gubernamentales y servicios privados), pues éstas responden a sus propias metas y estrategias; y su actuar está en general desintegrado de las formas y recursos para la atención provistos por los servicios del MSPAS.

La adecuación de la visión estratégica del PEN, en relación con el tipo y características de la epidemia, se considera que es todavía limitada, pues no asigna suficiente atención a las poblaciones rurales, las etnias mayas, poblaciones móviles y los grupos de jóvenes. La información epidemiológica sobre el estatus de la seroprevalencia en estas poblaciones es aún muy incipiente en el país, sin embargo estos grupos poblacionales son a los que se asocia mayores factores de riesgo para la adquisición de ITS, VIH y sida.

La coordinación de la respuesta, como ya se ha mencionado, es responsabilidad del PNS y del MSPAS; y éste la efectúa con base en dos instancias: la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) y el MCP-G.

⁶⁶Organización Panamericana de la Salud. Perfil de sistemas de salud de Guatemala. Washington, D.C: OPS, 2007

CONASIDA es un organismo colegiado asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuya creación es de vital importancia para la formulación y divulgación de la Política de Atención Integral contra el VIH y sida y la formulación de propuestas y estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial, como lo establece el artículo 13 de la Ley del VIH.

Por su parte, el MCP-G es un ente multisectorial responsable de la articulación del sector gubernamental con la sociedad civil, lo cual incluye al Receptor Principal, agencias de cooperación internacional y universidades. Entre sus funciones destaca la definición de estrategias de país orientadas a la prevención y tratamiento del VIH, malaria y tuberculosis, así como la formulación y seguimiento a la implementación de las iniciativas financiadas por el Fondo Mundial en el país. En Guatemala, la toma de decisiones estratégicas consensuadas en este espacio ha sido difícil dado que un gran número de instituciones que están representadas en este espacio son sub-receptores de los fondos provenientes del Fondo Mundial, por lo que los intereses institucionales y las variadas capacidades median la definición de la estrategia de país. Este factor debilita la rectoría del PNS, dado que el voto del MSPAS ocupa una posición claramente minoritaria respecto a las restantes instituciones que tienen derecho a voz y voto.

La cooperación externa con frecuencia no está alineada con los planes y estrategias nacionales, como se ilustró anteriormente. Además se registran casos de interferencia de organismos internacionales que participan en el financiamiento de acciones en el campo de ITS, VIH y sida, tanto para la toma de decisiones relativas a ampliación de cobertura, como en la designación de pacientes a protocolos de atención, lo que debilita marcadamente la capacidad de conducción y respuesta técnica y científica del PNS.

Hasta ahora, el seguimiento de las acciones por el MSPAS se ha circunscrito principalmente a la evaluación de los avances en la implementación de los proyectos financiados a través del Fondo Mundial en el contexto del Mecanismo de Coordinación de País de Guatemala. Esto, aunado al complejo y poco previsible funcionamiento de CONASIDA -que debería ser responsable de conducir la acción multisectorial- es un reflejo de las limitaciones existentes para una gobernanza efectiva. Una debilidad de la rectoría es la ausencia de una instancia que aglutine a todos los actores involucrados en la respuesta y ejecute los recursos financieros provenientes de la cooperación internacional, así como la falta de mecanismos claros, sistemáticos y de utilidad para la rendición de cuentas de las contribuciones internacionales.

La participación y control social en el país son en general débiles, lo que también ocurre en la respuesta al VIH en particular. Sin embargo, ha habido en los últimos años importantes avances en la organización de grupos sociales vulnerables o afectados por la epidemia, los que comienzan a tener importante incidencia en el curso de los acontecimientos.

Los principales proyectos de reforma en el país en los últimos 15 años se concentraron en el diseño e implementación de una estrategia de ampliación de cobertura para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la descentralización financiera, pero éstos no impactaron en la cobertura del VIH y sida, ni en el incremento del aseguramiento.

Se considera que un factor favorable para el trabajo en VIH y sida es que el accionar de los actores nacionales involucrados en la respuesta al VIH y sida ha logrado captar el interés político, lo que se ha manifestado a través del apoyo de la Primera Dama de la República para el relanzamiento de CONASIDA y en el papel de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) en su coordinación.

5.2 *Financiamiento y aseguramiento*⁶⁷

El componente de financiamiento en el sistema de salud, además de referirse al nivel absoluto de recursos y a su composición en términos del aporte que hace cada una de las fuentes de financiamiento, pone especial atención en que los fondos se asignen y ejecuten con criterios de efectividad y eficiencia; de tal modo de asegurar que la población reciba el máximo de beneficios técnicamente factible de lograr con ese monto de recursos. La sostenibilidad de la respuesta es un motivo de preocupación permanente, particularmente porque, hasta ahora, la capacidad de la respuesta del sistema de salud de Guatemala ha dependido de los recursos de donación externos.

Los datos disponibles en el país en las tres fuentes principales de información: Cuentas Nacionales de Sida, Medición del Gasto en Sida (MEGAS) y Costeo del PEN , indican que no será posible ampliar y mantener una respuesta sostenida al VIH, si ésta se sigue entregando con las características que ha tenido hasta ahora. El equipo de evaluación analizó estos datos de manera conjunta con la información disponible sobre las características de la epidemia y la respuesta desde el sistema de salud.

El documento de costeo del PEN, presenta una estimación del costo de entregar las acciones de prevención, y atención integral en el periodo de duración del PEN. Esta valoración se hizo de acuerdo al conjunto de intervenciones que se estaba entregando a la fecha y a las metas que –durante el mismo proceso- se estableció para los años 2008 a 2010. En síntesis, el documento indica que (a) “la brecha en recursos se incrementará a US\$ 62 millones para 2010, con un total de US\$ 118 millones en el periodo de los cinco años”, (b) “...la implementación de las intervenciones definidas en el documento y priorizadas por el país serán un reto...” y (c) la existencia de la brecha financiera “hace indispensable la búsqueda de fuentes de financiamiento adicionales.”

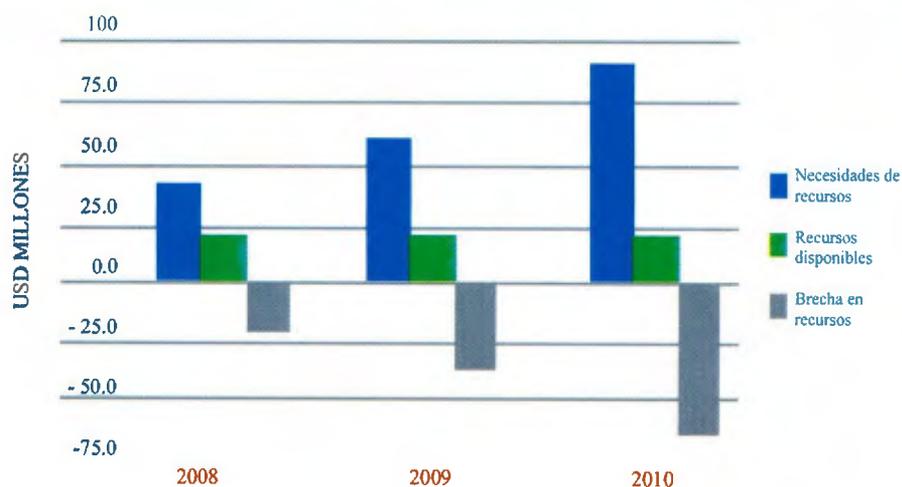
En la Figura 5.1 se reproduce la representación gráfica que se presenta en el documento de costeo del PEN.

⁶⁷Un buen sistema de financiamiento de salud recauda fondos suficientes para la salud, de forma tal que asegura que las personas pueden usar los servicios necesarios y están protegidos de gastos catastróficos o del empobrecimiento asociado con la obligación de pagar por esos servicios. Proporciona incentivos para proveedores y usuarios para una utilización de recursos con eficiencia y efectividad.

⁶⁸USAID y MSPAS. Costeo del Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida. Guatemala, junio 2008

Figura 5.1

Se reproduce la representación gráfica que se presenta en el documento de costeo del PEN, en el mismo se diferencia entre la estimación de recursos necesarios y recursos disponibles para implementar las actividades del PEN en Guatemala, 2006-2010 (Millones US\$)



Al reconocer que los recursos financieros son limitados, esta evaluación demostró que, aun sin hacer modificaciones estructurales a la modalidad de la respuesta, hay mucho espacio para mejorar la calidad de la inversión que se está ejecutando en VIH en el país. A modo de ejemplo, se reitera la existencia de oportunidades perdidas en el sistema de salud y cabe hacerse la pregunta: ¿por qué una ME+ que tiene acceso a un parto dentro del sistema de salud, sale de ahí con un niño infectado con VIH o sífilis congénita?; el tema de mejorar la racionalidad en el uso de medicamentos y su efecto en el aumento innecesario de costos pasa por un fortalecimiento del papel rector en la supervisión de la aplicación de los protocolos.

La estimación de costos unitarios en el PEN, está determinada por la modalidad en que se han entregado las intervenciones o, en general, la forma en que se han llevado a cabo las actividades intermedias. Por ejemplo, un tema que constituye un desafío a la capacidad de respuesta y que, por lo tanto, amerita atención es el de la formación del personal de salud para la atención al VIH; en el mismo documento se presenta una estimación del costo de capacitación para prestar atención ART y se da una cifra de US\$ 538 como el costo por día de capacitación.

Otro tema de mayor envergadura es el de la organización y modelo de la respuesta al VIH y su desvinculación con la organización y modelo de atención del sistema. El costeo del PEN supone que la respuesta al VIH en el sistema de salud seguirá siendo de carácter vertical, sin integración al resto del sistema y que, en consecuencia, se continuará construyendo instalaciones especiales. Esto se refleja en algunos renglones de costo como “costo de la apertura de un nuevo centro de PVC (US\$ 13,458)” y “Costo para un nuevo centro de atención integral (US\$ 244,839)”. Hasta ahora, el financiamiento de estas instalaciones ha sido provisto por la donación del Fondo Mundial, la cual está destinada específicamente a atender la problemática del VIH y por lo tanto esos recursos no tienen un uso alternativo en otras acciones de salud para la población de Guatemala. Sin embargo, los recursos financieros del sector público sí tienen usos alternativos y, por lo tanto, la continuación de este modelo de atención vertical estará efectivamente distraendo fondos que tienen un costo de oportunidad en dar respuesta a otros problemas prioritarios de la salud pública.

En términos de las fuentes de financiamiento, la información muestra que en los primeros años el financiamiento específico al VIH descansó casi exclusivamente en la cooperación externa. Sin embargo, en términos de utilización de recursos el sistema público estuvo destinando recursos humanos, financieros y físicos al tratamiento de patologías asociadas con la condición de VIH. La atención a infecciones oportunistas, TB, problemas asociados a malnutrición y otros como consecuencia de la condición –a menudo desconocida- de seropositividad al VIH ha consumido un nivel de recursos que no se ha cuantificado. Aun a la fecha, no obstante el gran esfuerzo que se ha hecho para entrenar a las personas que alimentan la información al MEGAS, existe la tendencia a sub-estimar el gasto en estos rubros.

Una de las fortalezas que se encuentra en la respuesta al VIH en el país es haber iniciado un proceso anual de rastreo del flujo de financiamiento y medición del nivel y composición del uso de recursos destinados al VIH. A partir del año 2002, el país cuenta con información estructurada proveniente de las estimaciones del gasto y fuentes de financiamiento. Para los años 2002 y 2003 la información proviene de las Cuentas Nacionales de Sida y a partir de 2004 el país inicia el ejercicio anual de Medición del Gasto en Sida (MEGAS). La metodología de MEGAS, desarrollada por ONUSIDA, es consistente con los métodos estandarizados, las definiciones y las reglas de contabilidad que se usan en los Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN). Por lo tanto, en el ejercicio se contabiliza tanto los recursos destinados específicamente al VIH (por ejemplo, compra de ARV con recursos externos) como aquellos que, de hecho, se consumen en la provisión de atención al VIH (por ejemplo, se valora el recurso humano –financiado por el MSPAS- que en la práctica se destinó a la atención de infecciones oportunistas). Es este último componente el que aun parece estar subestimado, a la luz de las dificultades reportadas. Durante la evaluación se pudo apreciar el esfuerzo que realiza el PNS para entrenar a las diferentes entidades que deben proveer información fidedigna para conducir este ejercicio. Sin embargo, esta función también se ve limitada por la falta de personal en el PNS ya que se ejecuta sólo con una persona sin dedicación exclusiva para desarrollar una tarea que, normalmente, requiere de un equipo con capacidad de estimar y analizar la información financiera, en conjunto con los de producción, para entregar información que oriente o informe las decisiones gerenciales y de política. Este análisis es lo que permite obtener una apreciación sobre la calidad del gasto en VIH y la viabilidad financiera de mejorar y sostener la respuesta.

Sin embargo, la información disponible de MEGAS en Guatemala, aun cuando es indicativa, todavía no posee el nivel de precisión para hacer un análisis exhaustivo e inequívoco. Según lo reporta el propio PNS, la calidad de la información ha ido mejorando. Por ejemplo, la información ingresada al sistema de MEGAS de agente a proveedor que cumplió con certificación por la fuente subió de 67% en 2004 a 78% en 2005; pero la necesidad de adaptar información entregada por la primera fuente, que se refiere a entidades que entregaron informes financieros sin cumplir con la solicitud de llenar los formularios provistos por el PNS, pasó de 25% en 2004 a 17% en 2005. Al mismo tiempo, existen discrepancias en la información que se reporta sobre producción. A modo de ejemplo, cabe citar las diferentes cifras que se manejan en el país sobre el número de personas en TARV.

No obstante las limitaciones en la información, es posible afirmar que el financiamiento público para el VIH ha aumentado progresivamente, registrando un aumento superior a 100% entre 2004

y 2009, tal como se presenta en la Figura 5.2. Esto aumento, sin embargo, incluye el total de recursos que -de acuerdo a la metodología de MEGAS- se estima que el MSPAS destinó al VIH.

En la Figura 5.3 se presenta el volumen de recursos que recibe el PNS en relación al total que se reporta para el MSPAS. En el mismo periodo, el presupuesto del PNS ha tenido un aumento progresivo, llegando en 2007 a un monto equivalente a cinco veces el de 2004. Es relevante notar que este aumento se da de manera simultánea con el inicio de la ejecución de la donación del Fondo Mundial. De tal manera que las cifras dan cuenta del compromiso por parte de las autoridades financiera y sanitaria para complementar este importante volumen de recursos que pone a la disposición del país el Fondo Mundial.

En términos de destino del gasto, alrededor del 80% del presupuesto del PNS se asigna a la atención clínica integral, incluidos los estudios de laboratorio para diagnóstico y seguimiento del tratamiento antirretroviral. En estas circunstancias, quedan pocos recursos para las otras actividades del programa y, por lo tanto, las acciones de prevención y otras acciones de áreas técnicas se financian con recursos internacionales.

Figura 5.2
Evolución del Financiamiento para VIH MSPAS y Fondo Mundial
2004-2007 (En miles de US\$)

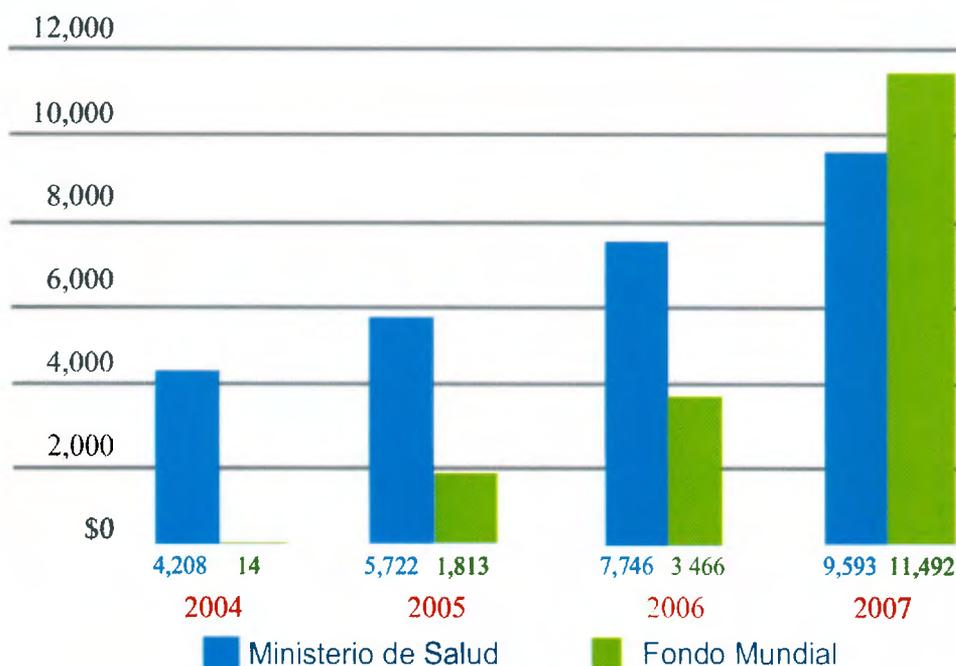
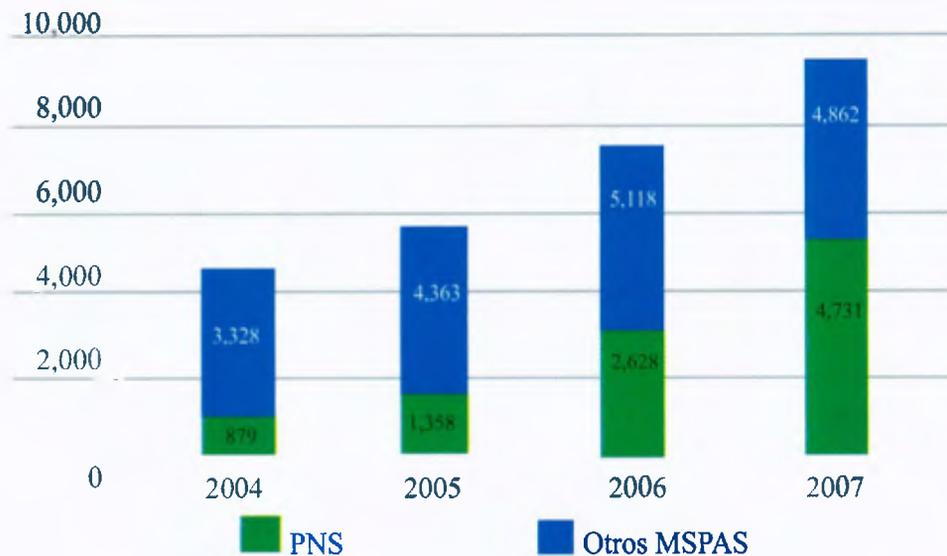


Figura 5.3
Composición del Financiamiento MSPAS 2004-2008 (En miles de US\$)



Para los años 2008 y 2009, el presupuesto nacional transfiere al sector privado sin fines de lucro, recursos específicos para el tratamiento de pacientes con sida. En esos años el presupuesto reporta transferencias por US\$ 1.45 millones (11 millones de Quetzales) a la Fundación Marco Antonio que atiende a adultos con sida y US\$ 1.58 millones (12 millones de Quetzales) al Hospicio San José para el cuidado de jóvenes y niños con sida.

Aún cuando se dispone de instrumentos para planificar las inversiones necesarias a corto y mediano plazo, como el ejercicio de costeo del PEN, no se conoce de un plan concreto del Estado guatemalteco para proveer los recursos que le den continuidad a las acciones que en la actualidad son desarrolladas y otras que en el futuro sean necesarias, financiadas tanto por fondos nacionales y por diversos organismos internacionales de cooperación. El análisis demuestra que existe espacio para utilizar los fondos externos de una manera más conducente a una respuesta económicamente sostenible.

5.3 Organización y provisión de servicios⁷⁰

El sistema de provisión de servicios de salud en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado. Las instituciones que lo conforman se financian y funcionan separadamente, cuentan con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados y no tienen enlaces funcionales entre ellas.

La atención de la población se efectúa principalmente por instituciones del subsector público. Se estima que la cobertura del MSPAS⁷¹ alcanza en la actualidad el 71% de la población total,

de la forma siguiente: 46% (5.6 millones de personas) institucionales y 25% (3.3 millones de personas) por medio de extensión de cobertura (prestadoras de servicios de salud y administradoras de servicios de salud). Ésta es seguida por la del IGSS, que llega al 17% de la población.

Se estima que un 10% del total de la población no tiene acceso a los servicios de salud y que este porcentaje se incrementa marcadamente en las poblaciones indígenas y rurales. Por ejemplo, la cobertura de atención del parto institucional en mujeres ladinas es de 57%, mientras que en mujeres indígenas es de sólo 19%.

Otra de las políticas del Plan Nacional de Salud es la de mejora y ampliación de la cobertura de atención. En relación con la implementación de esta política, el MSPAS está haciendo esfuerzos para ofrecer atención ambulatoria de 24 horas en los municipios que han sido priorizados por sus niveles de pobreza; y en 2008, el gobierno decretó que todos los servicios del MSPAS son de carácter gratuito, indistintamente de su complejidad o procedencia, incluyendo gastos de diagnóstico y medicamentos. No obstante estos importantes avances, no se han creado aún las condiciones concretas de derecho que garanticen la disponibilidad de tales servicios en forma oportuna y gratuita, como tampoco hay mecanismos legales para que los ciudadanos puedan exigirlos. El efectivo cumplimiento de ambos compromisos enfrenta en la actualidad una situación adversa, pues, a pesar de que el MSPAS incrementó su presupuesto para 2009, éste fue reducido posteriormente por el gobierno central, como medida para contrarrestar la reducción en los ingresos fiscales que se presentó durante el último año.

A pesar de la existencia de un documento sobre el Modelo de Atención Integral 2007, durante la evaluación se pudo verificar que las decisiones sobre la localización de la oferta de servicios (por ejemplo, disponibilidad de prueba con consejería, prevención de transmisión vertical, atención integral a la persona VIH positiva) no se toman de una forma sistemática. La información epidemiológica, que debiera ser el principal orientador para asegurar que la respuesta sea adecuada a las características de la epidemia, en algunos casos pasa a ser un criterio secundario a otros como disponibilidad de recursos específicos. No obstante que el PEN 2006-2010 prevé la estandarización de la aplicación de los protocolos de atención a las personas con VIH, se confirmó que no todas las Unidades de Atención Integral trabajan con los mismos protocolos de atención. Ambos aspectos están muy influenciados por los objetivos de proyectos que se desarrollan con diversas fuentes de financiamiento, en su mayoría internacionales.

⁷⁰Buenos servicios de salud son aquellos que brindan intervenciones de salud –atención personal y no personal– de forma eficaz, segura y con calidad a todos los que la necesitan, dónde y cuándo es necesario, con desperdicio mínimo de recursos. Este componente del sistema de salud fundamental se ocupa de cómo los insumos y servicios se organizan y administran, para garantizar el acceso, la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención a las necesidades de salud, a través de diferentes ubicaciones y con el transcurso del tiempo. Los temas principales son: organización de redes de proveedores, comprender la perspectiva y demanda del usuario de los servicios, conjuntos integrados de prestaciones garantizadas, manejo de la infraestructura y logística.

⁷¹Memoria epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004.

Aun cuando se hacen esfuerzos para lograr una verdadera integración de los servicios de VIH y sida en la estructura del MSPAS, la disponibilidad de servicios apropiados para la atención de VIH y sida se concentra en la capital del país y principales centros urbanos, por lo que no se pueden garantizar la integralidad y el continuo de la atención en todos los niveles de la red de servicios, lo que hace parte de una línea estratégica de la segunda política del Plan de Salud. En este aspecto es de notar que las direcciones de áreas de salud, distritos y hospitales –aun cuando tienen la autoridad para adoptar decisiones en respuesta a las necesidades y brechas a nivel local- no tienen previsto en sus planes operativos anuales (POAS) el desarrollo de estrategias basadas en metas locales e institucionales para actividades de ITS, VIH y sida, ni tampoco prevén los recursos financieros y otros necesarios para ello. Se ha encontrado además escasa coordinación entre los programas de ITS, VIH, sida y PTMH con los servicios nacionales de salud reproductiva, planificación familiar y tuberculosis.

El trabajo en las áreas de salud y los hospitales se ve con frecuencia afectado, tanto por la reducida disponibilidad de recursos financieros, técnicos y humanos. En algunas direcciones de áreas de salud se evidencian dificultades para manejar la privacidad de la información sobre ITS, VIH y sida en su red de servicios; y se han identificado instancias donde no se ha informado a los y las pacientes sobre los resultados de sus exámenes; y otras, donde no se les ha dado el seguimiento requerido según normas.

En relación con la prevención de la transmisión madre-hijo, es notable que no hay, en la totalidad de servicios de atención del parto del MSPAS, disponibilidad universal de insumos ni capacidad técnica para realizar en toda embarazada toma de muestra y prueba para VIH y sífilis con adecuada calidad; o cuando no haya capacidad técnica para su procesamiento, para referirla al establecimiento adecuado.

En lo concerniente a la relación formal de las comunidades con los gestores/proveedores de servicios o establecimientos de salud, no hay mecanismos que en forma regular se apliquen para facilitar y estimular su participación en la planificación, evaluación y fiscalización de los servicios de ITS, VIH y sida.

Aspectos relevantes relacionados con la calidad de atención son la inexistencia de estándares de calidad que se apliquen en forma sistemática y uniforme para la atención integral de ITS, VIH, sida y sífilis congénita en centros de referencia y laboratorios dedicados a esta labor y que no hay disponibilidad de los protocolos de atención en cada uno de los establecimientos de atención.

Se ha comprobado que persisten en algunos servicios estatales, pero particularmente en los privados, actitudes de homofobia, discriminación, maltrato, demora o negación de la atención a personas afectadas con VIH y sida.

5.4 Recursos humanos⁷²

Se reconoce que tanto en el MSPAS, como en el PNS, hay un significativo déficit cuantitativo en el número de recursos humanos de varias disciplinas: medicina, enfermería, psicología, comunicación social, administración/gerencia, entre otras; así como que existe marcada inequidad en su distribución en el país. Otra limitante es que la mayoría del personal del PNS presta sus servicios profesionales bajo contrato y con financiamiento externo.

Esto tiene un negativo efecto en la capacidad de acceso de las poblaciones rurales e indígenas, las que con frecuencia se ven afectadas por situaciones de escaso compromiso y baja capacitación del personal de salud para trabajar en ellas y desenvolverse con efectividad en el marco de sus contextos socio-culturales y lingüísticos.

A pesar de esta situación, el MSPAS y el PNS en lo particular, no disponen de una planificación de recursos humanos que muestre las necesidades de éstos y las brechas a superar, para responder al perfil epidemiológico nacional, con criterios de equidad y calidad; y no existe tampoco un proceso sistemático de selección, dotación y retención del personal de salud, que asegure su disponibilidad y calidad. Reviste particular importancia la ausencia de políticas explícitas y estándares cuantitativos/cualitativos de cumplimiento obligatorio por el personal.

A lo anterior se une, por un lado, el reducido presupuesto del MSPAS para responder a la situación de salud del país; y por otro, en forma contradictoria, que hay un elevado número de recursos humanos contratado en base temporal con fondos de proyectos, lo que no garantiza su permanencia en el sistema ni estimula su desarrollo; además, de que perciben una remuneración más alta que el personal de planta. Esto crea sentimientos adversos hacia ellos y desmotiva al personal permanente.

Los trabajadores del tercer nivel del MSPAS, así como los comunitarios y voluntarios que trabajan para el programa de extensión de cobertura del Ministerio, tienen muy escasa o nula responsabilidad en la prestación de los servicios y la respuesta al VIH y sida; y no se conoce de alguna estrategia en curso para incorporar tales funciones a su perfil de desempeño.

Existen pocos incentivos para el personal de salud, más allá de ocasionales aumentos salariales, usualmente resultantes de negociaciones de conflictos laborales; y la oferta de algunas actividades de capacitación en servicio, cuyo énfasis es la enseñanza de aspectos técnicos. En relación a las sanciones, éstas se aplican según reglamentos de los servicios y del Ministerio de Trabajo; pero la mayor parte de las veces éstas no se hacen efectivas, debido a lo extenso y complejo de los procesos administrativos.

⁷²El buen desempeño del personal sanitario implica trabajar y responder de manera justa y eficiente para lograr los mejores resultados posibles de salud, con los recursos disponibles y en circunstancias particulares (es decir, se cuenta con personal suficiente, bien distribuido, que es competente, receptivo y productivo). La fuerza de trabajo en salud de un país consta de los proveedores de servicios de salud, los gestores y los trabajadores de apoyo. Incluye tanto el sector privado, como el personal sanitario del sector público, a trabajadores no retribuidos y asalariados y cuadros legos y profesionales.

Aún cuando el PNS, en cumplimiento de uno de los objetivos del plan estratégico nacional, ha fomentado la inclusión de la temática de VIH y sida, para diversas carreras en universidades y otros centros educativos del país, todavía no se adopta un proceso educacional sistemático, que incida positivamente en la formación de profesionales.

El sector privado, por su parte, ha desarrollado diplomados a través de una facultad de medicina privada, para preparar a personal médico, equipos multidisciplinarios y activistas para la atención integral de VIH y sida; y en 2006, la Procuraduría de Derechos Humanos y el PNS, llevaron a cabo un diplomado en derechos humanos con énfasis en VIH y sida y cultura de paz; sin embargo no se dispone de evaluaciones que midan el impacto de los mismos, ni se conoce de planes de seguimiento para ellos. Fuera de la capital también se han impartido algunos diplomados, incluyendo el eje de derechos humanos, a profesionales del área rural, pero de nuevo, se carece de evaluaciones.

5.5 Medicamentos y tecnologías⁷³

5.5.1 Protocolos de tratamiento (ARV) y lista de medicamentos

La Ley de VIH establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en proporcionar atención integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a los protocolos establecidos. Referido a éstos, el reglamento de la ley menciona que serán desarrollados y actualizados periódicamente por el MSPAS, con la participación y asistencia de organizaciones técnicas, científicas, académicas y la sociedad civil.

El MSPAS cuenta con un protocolo de tratamiento, vigente desde 2002, que debería ser utilizado en todos los servicios que tienen dentro de su cartera la atención de pacientes con VIH y sida. El protocolo se ha definido tomando en consideración la factibilidad económica además de la eficacia de los medicamentos. Por su parte el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social emitió en 2008 la Guía clínica basada en la evidencia del tratamiento y manejo de pacientes pediátricos y adultos infectados con VIH/SIDA. Además de esto, se encontró que los proveedores de servicios (incluyendo las Unidades de Atención Integral que pertenecen al MSPAS) utilizan diferentes protocolos de tratamiento en función de la fuente de financiamiento.

El MSPAS tiene listados de medicamentos por nivel de atención y el IGSS, por su parte, cuenta con la Lista Básica de Medicamentos. Todas las listas incluyen los ARV y los medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades oportunistas.

El Ministerio tiene un departamento de farmacovigilancia que se encuentra a cargo de hacer el monitoreo de los ARV, tal es el caso de la eliminación del nelfinavir del mercado, medicamento

⁷³Un sistema de salud en buenas condiciones de funcionamiento garantiza el acceso equitativo a los medicamentos, las vacunas y las tecnologías esenciales, garantizando su calidad, inocuidad, eficacia y costo-efectividad y su uso científicamente sólido y de mayor beneficio en relación a su costo. El tema de sangre segura y reducción de transmisión de VIH por esta vía, debería ser analizado dentro de este componente, considerando las vinculaciones con el componente de rectoría y gobernanza.

sobre el cual el programa nacional lleva un registro de los pacientes que fueron tratados con ese producto.

Por otro lado, el seguimiento en cada reconsulta clínica que se efectúa en las distintas unidades de atención, depende de la acuciosidad del médico y la disponibilidad real de medios diagnósticos (que es limitada). El protocolo del MSPAS establece que se realicen pruebas de monitoreo de respuesta a la terapia de manera regular⁷⁴ con recuentos de CD4 y carga viral y se mida la adherencia con base en datos clínicos y conteo de pastillas.

5.5.2. *Uso racional de medicamentos*

Aunque durante la evaluación no fue posible identificar una razón de carácter clínico o científico que justificara la existencia de protocolos diferenciados para pacientes de características similares, al momento de reportar el número de pacientes en ARV, el PNS lo hace separando por fuente de financiamiento e indica que los protocolos son diferentes.

En la práctica, existe un sistema de cupos en la asignación de pacientes a protocolos de tratamiento, para lo cual se han ofrecido dos justificaciones: la primera, se refiere a la necesidad de cumplir con las condiciones de ejecución de los recursos del Fondo Mundial, que incluye, entre sus metas, el número de personas en ARV y a la preocupación que habrían manifestado los hospitales porque no estaban llegando a esas metas. En estas circunstancias, se tomó la decisión de que todos los pacientes nuevos en tratamiento se incorporarían con los esquemas “del Fondo”, con acceso a tenofovir y emtricitabina, medicamentos que no se utilizaban en los casos tratados por el MSPAS. La segunda se refiere a que el PNS estableció, alrededor de julio 2007, que, con el objetivo de hacer una planificación con base en la disponibilidad de TAR y garantizar la entrega de antirretrovirales, se fijaría un máximo de pacientes que las Unidades de Atención Integral podrían incorporar cada mes con los esquemas que el MSPAS considera que puede financiar. Tal número se fijó en un rango de entre 17 y 30 pacientes nuevos en ARV por mes en cada hospital.

Respecto a la distribución de pacientes por esquema, en la actualidad el 98% de los pacientes adultos con TAR se encuentra en 8 esquemas con medicamentos de primera línea y el 2% restante en 11 esquemas con medicamentos de segunda línea.

En 166 pacientes pediátricos el 58% se encuentran en 7 esquemas con medicamentos de primera línea y el 42% en 17 diferentes esquemas con medicamentos de segunda línea.

Los 853 pacientes atendidos por el IGSS un 4% son mujeres embarazadas en esquema de primera línea, 5% pacientes adultos con esquema de primera línea, 48% con esquema de segunda línea y 42% con tratamiento de rescate. Esta institución cuenta con un protocolo propio de atención integral.

⁷⁴De acuerdo al Protocolo de TARV de 2002: entre las 12 y 16 semanas, a las 24 semanas y posteriormente cada 6 meses o cuando la evidencia clínica lo requiera (nueva infección oportunista o síntomas generales atribuibles al sida).

5.5.3 Política y gestión del suministro de medicamentos

Política de suministro de medicamentos

El Código de Salud, establece disposiciones en cuanto a regulación y vigilancia sanitaria de la producción, importación, exportación y comercialización de medicamentos y el reglamento de medicamentos.

La Ley del VIH establece, la responsabilidad del MSPAS y el IGSS de proveer servicios de atención a las personas que viven con el VIH. En el artículo 48 se dicta que bajo la coordinación del PNS se establecerá una comisión con participación del Programa de Accesibilidad a Medicamentos (PROAM), los Ministerios de Finanzas Públicas y de Economía, para desarrollar un programa que permita, a nivel nacional e internacional, la adquisición de medicamentos antirretrovirales de calidad, a precios accesibles. Sin embargo, esta comisión no funciona en la actualidad.

El acuerdo gubernativo 712-99 especifica lo referente a la vigilancia de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se importan o fabrican en el país. Para su cumplimiento, el Ministerio cuenta con un Departamento de Registro y Control de Medicamentos y un Laboratorio Nacional de Salud, encargado de realizar pruebas de control de calidad. Sin embargo, para el caso de productos de fabricación nacional, las normas de buenas prácticas de manufactura están desactualizadas en relación a las aceptadas internacionalmente.

Las líneas estratégicas para la implementación de la política de “promoción y fortalecimiento de acciones que garanticen la accesibilidad de medicamentos” del Plan Nacional de Salud, plantea, entre otras medidas, el establecimiento, promoción y aplicación del marco normativo para la utilización de medicamentos genéricos a fin de asegurar el acceso, así como la garantía de gratuidad de los medicamentos en los servicios públicos.

Gestión del suministro de medicamentos

Cada una de las instituciones de salud que atiende a pacientes con VIH y sida efectúa la gestión del suministro de medicamentos conforme a su propia normativa.

Para las instituciones estatales, la adquisición de medicamentos está normada por lo establecido en la ley de compras y contrataciones del Estado (decreto 57-92) y su reglamento. Tal marco legal establece tres herramientas para efectuar las compras de insumos: licitaciones, cotizaciones y contrato abierto (negociación de precios y compra descentralizada). Desde 1997 a la fecha, las tres instituciones públicas de salud adquieren un gran porcentaje de sus medicamentos utilizando el contrato abierto, lo que les ha permitido obtener economías de escala en los primeros cuatro años de ejecución de éste.

En marzo 2001 el MSPAS firmó con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud un convenio de adhesión al Fondo Estratégico, cuya utilización comenzó a partir de 2005, con la compra de antirretrovirales para el PNS.

Durante el taller del Fondo Estratégico para los Países Andinos, en 2006, el representante del MSPAS de Guatemala manifestó que el país había tenido una experiencia muy favorable en la utilización del Fondo Estratégico como mecanismo de adquisición y resaltó las ventajas principales de participar en éste, así: a) calidad de los productos, b) precios competitivos, c) entrega oportuna y d) apoyo técnico en la adquisición y manejo de los productos. Así mismo, destacó el efecto positivo que ha propiciado la vinculación del país al Fondo Estratégico de la OPS en los precios de los medicamentos para VIH y sida en el mercado farmacéutico nacional.

El IGSS es la institución pública que tiene el mayor gasto global en medicamentos en el país, que en 2006 llegó a cerca de 700 millones de quetzales, lo que constituyó el 25% del gasto total en medicamentos del sector, porcentaje que está muy por encima del gasto del MSPAS, que fue alrededor de 5%, aún cuando la cobertura poblacional del primero es mucho menor. La mayor inversión que hace el IGSS es en terapia antirretroviral para el tratamiento de las PVV y mujeres embarazadas seropositivas.

También en 2005, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social firmó el convenio de participación con el Fondo para Insumos Estratégicos de OPS y comenzó a adquirir medicamentos a través de ese mecanismo, con lo que pudo disminuir el costo de éstos, particularmente en los rubros de antirretrovirales y productos oncológicos. De tal manera, que en mayo 2006, el IGSS informó que la compra de antirretrovirales para el tratamiento del VIH y sida realizada a través del Fondo Estratégico por valor de 10 millones de dólares le generó un ahorro aproximado de 3 millones de dólares. En el informe anual de labores del ejercicio 2006, se mencionó que la adquisición internacional de medicamentos a través del convenio IGSS/OPS/OMS, permitió un ahorro de recursos, además de asegurar la calidad de los mismos. En julio de 2006 Guatemala manifestó su decisión de intensificar su participación en el Fondo Estratégico.⁷⁵

En el informe anual de labores 2007 del IGSS se menciona que en dicho año se logró contener el gasto en la adquisición de medicamentos, debido a la utilización de mecanismos de contención de costos, como el desarrollo de la capacidad institucional para realizar eventos de licitación y cotización; y la adquisición de medicamentos a través de OPS/OMS, que ese año ascendió a Q17.5 millones.

A partir del 2009 Guatemala dejó de adquirir ARV a través del Fondo Estratégico de OPS. Las ONG que trabajan en VIH y sida, adquieren y manejan directamente los insumos para los pacientes que tienen asignados. En el presupuesto de 2009 el Estado dio un aporte de Q 11 millones a la Fundación Marco Antonio y Q12 millones al Hospicio San José (jóvenes y niños con sida). También los fondos del Fondo Mundial, gestionados a través de la Fundación Visión Mundial Guatemala, se ejecutan según los objetivos y normas del Fondo. Todos los programas tienen establecidos elementos de control de pacientes, inventarios y despachos, con las diferentes unidades ejecutoras, incluidas algunas Unidades de Atención Integral que pertenecen a la red del MSPAS.

⁷⁵Fondo Estratégico Mini-Boletín #9, Julio de 2006.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Sanidad Militar realizan independientemente el suministro de medicamentos en sus respectivas unidades o servicios. Cada institución programa y cuenta con los recursos financieros para su abastecimiento.⁷⁶

La información de suministros en el MSPAS se maneja por medio del Sistema general para anticoncepción y medicamentos trazadores, según las normas de atención del primer y segundo nivel de atención, denominado BRES.

5.5.4 Mecanismos de compra e impacto en el costo del ARV

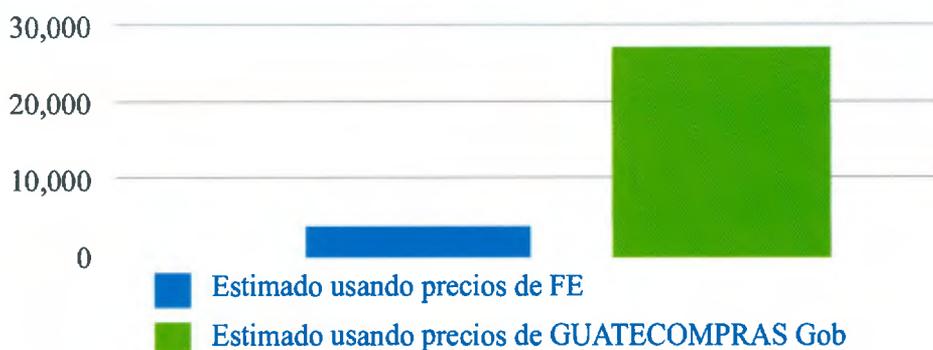
Durante la evaluación se hizo el ejercicio de estimar el costo de los ARV en el protocolo del tratamiento a niños. Para estimar los requerimientos de ARV por caso pediátrico, se tomó como punto de partida el protocolo propuesto por la OMS, el cual fue ajustado en consulta con la Coordinación de Tratamiento y Atención del PNS a fin de asegurar pertinencia con la realidad nacional. La estimación se hizo desde los dos meses hasta los 15 años de edad, utilizando rangos que permitieran incorporar adecuadamente la evolución del peso y por lo tanto las dosis de ARV⁷⁷. Una vez identificados los requerimientos de ARV se procedió a valorar de acuerdo a los precios con que el país compró durante el año 2008. Considerando que el país está regresando a la modalidad de compra local, pareció pertinente valorar este tipo de compra utilizando los precios registrados en Guatecompras para el año 2009. Como es de esperar, la diferencia de costo aumenta junto con el nivel de complejidad del tratamiento (ver cuadro 6.1). En el caso que los ARV se adquieran con la modalidad de compra local, el costo por niño en el periodo es de \$140,222 comparado con un costo de \$25,483 cuando los ARV se compran a través del FE/OPS. Esta comparación se muestra en la figura 5.3.

Cuadro 5.1

Costo de ARV por línea de tratamiento en niños de 2 meses a 15 años según mecanismo de compra a precios corrientes.

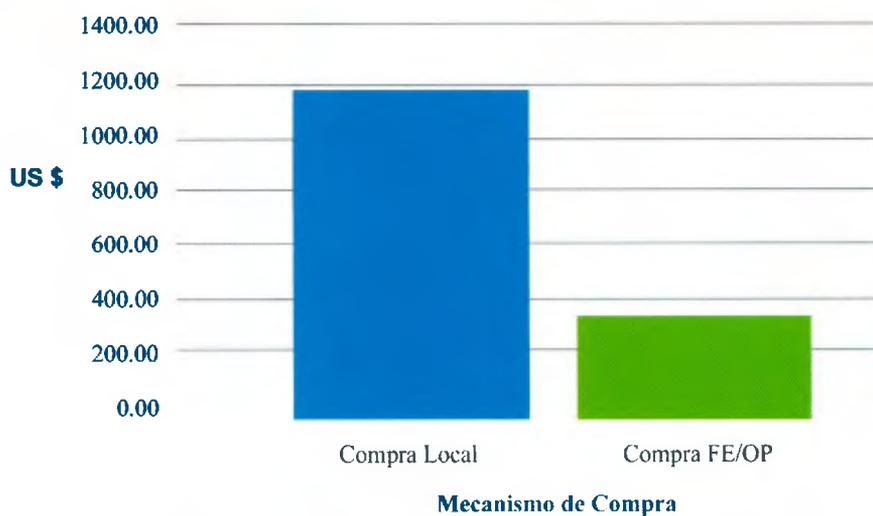
Línea de Tratamiento	Edad	Precio Fondo Estratégico (2008)	Precio Guatecompras (Gob) (2009)
1ª. AZT+3TC+NVP	2 meses- 5 años	\$1,294.55	\$4,265.46
2ª. ABC+ddI+LPV/r	5 años- 8 años	\$4,312.59	\$28,193.16
3ª. D4t+3TC+LPv/r+SQV	8 años-15 años	\$19,876.07	\$107,763.71
Total		\$25,483.21	\$140,222.33

Figura 5.3
 Costo de ARV de dos meses a 15 años según mecanismo de compra



De igual forma se comparó el precio anual de ARV por paciente en TARV; de acuerdo al mecanismo de compra utilizado por el Ministerio de Salud en el año 2005 de compra local y en los años 2006-2008 FE/OPS.

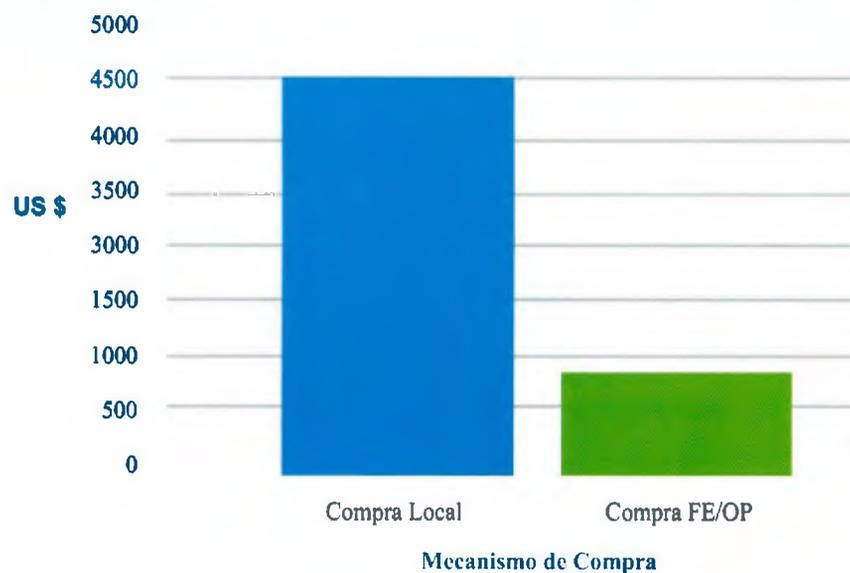
Figura 5.4
 Costo por año esquema 1a. línea AZT+3TC+EFV
 Compra Nacional vs. Compra FE



Como se observa en la figura, el costo a nivel local es aproximadamente tres veces más alto a lo obtenido por el Fondo Estratégico, es decir se pudo haber dado tratamiento ARV de primera línea a tres pacientes más con los precios obtenidos utilizando el mecanismo del Fondo.

Para el caso de los pacientes adultos con esquema de tratamiento de segunda línea se observa que la compra nacional de los ARV de este esquema fue 3 veces más alta que el obtenido mediante el fondo estratégico.

Figura 5.5
Costo por año esquema 2a. línea ABC+3TC+EFV
Compra Nacional vs. Compra FE



Reglamentos para el suministro de medicamentos e insumos de ITS, VIH y sida

Existen y se están aplicando normas que rigen la gestión de medicamentos en cuanto a cuantificación y programación de necesidades, almacenamiento y distribución. Se tiene establecido un sistema de control de inventarios conocido con el nombre de BRES, el cual es aplicado en todos los servicios de atención del Ministerio de Salud. Independientemente, el IGSS y las otras instituciones que dan atención a pacientes con VIH y sida tienen establecida su propia normativa.

En relación a la calidad de medicamentos el artículo 96 de la Constitución Política de Guatemala, delega esta responsabilidad al Estado y en el Código de Salud es el Ministerio de Salud el encargado de velar por la calidad de los medicamentos. Esta función la ejerce por medio del Departamento de Registro y Control de Medicamentos el que aplica el reglamento del Acuerdo Gubernativo 742-97. Dos acciones permiten vigilar la calidad del medicamento: la autorización

sanitaria del fabricante o comercializador y de la comercialización del producto y la inspección de las Buenas Prácticas de Manufactura. Independientemente a lo establecido legalmente durante el proceso de compra se establece la presentación de los documentos mencionados anteriormente y se tiene establecido un programa de monitoreo de la calidad del medicamento, el cual incluye verificación de aspectos legales y de etiquetado en la entrega y control de calidad al azar de los medicamentos recibidos en el Laboratorio Nacional de Medicamentos.

En relación con precios de medicamentos, en 1987 Guatemala entra en un sistema económico basado en el libre comercio, eliminándose la compilación de precios indicativos y otras formas de control de precios.

Existen investigaciones del mercado de medicamentos como la utilizada por los fabricantes y comercializadores de medicamentos, la cual es realizada por IMS (*Pharmaceutical Information Resource*) que publica entre datos del mercado farmacéutico en unidades y en moneda US\$ por país.

Otra información que hace referencia a medicamentos es la que aparece en la encuesta de hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadística, en la cual existen indicadores del gasto en salud y el gasto de medicamentos en el grupo familiar, otro recurso de información lo constituye las cuentas nacionales de salud, donde uno de los indicadores analizados es el gasto en medicamentos.

En Guatemala desde el año 2000 se emitió la Ley de Propiedad Industrial en la cual se contempla la protección de patentes a moléculas nuevas de medicamentos por 20 años, y la protección de información no divulgada (datos de prueba) en el registro de medicamentos nuevos la cual del 2000 al 2003 era de 15 años, sin embargo en el 2004 por medio de una reforma a la ley se baja la protección a 5 años.

La firma del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos incorporó cambios en el marco legal de protección de la propiedad intelectual más restrictivos que los establecidos en el Acuerdo de los Derechos de Propiedad Intelectual vinculados al Comercio, establecido por la Organización Mundial del Comercio. Ejemplos de estas normas lo constituyen la incorporación de una nueva definición de producto nuevo, la vinculación entre el registro de la propiedad intelectual y la autoridad reguladora de medicamentos y la extensión del periodo de la patente por retrasos administrativos. El Ministerio de Salud ha elaborado un reglamento que norma lo anterior.

Entre los medicamentos con protección por patente se encuentran 7 productos, ninguno de ellos es ARV. Con protección de datos de prueba por un periodo de 15 años se encuentran 24 productos y entre estos se encuentra el ARV lopinavir/ritonavir (Kaletra) medicamento que podrá tener competidores hasta noviembre de 2015. Con protección de 5 años se tienen aproximadamente 60 medicamentos de los cuales 4 son antiretrovirales como puede verse en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2
ARV con protección de datos de prueba

Medicamento	Vencimiento	Nombre de Marca	Fabricante
FOSAMPRENAVIR CALCICO	1/11/2010	TELZIR	Glaxo Wellcome Operations
DARUNAVIR ETANOLATO	3/15/2012	PREZISTA	Janssen Ortho LLC
FUMARATO DISOPROXIL	9/18/2013	VIREAD	NYCOMED ORANIEMBURG GMBH
TENOFOVIR	9/18/2013	TRUVADA	NYCOMED ORANIEMBURG GMBH

Los medicamentos e insumos sanitarios adquiridos con fondos provenientes del Fondo Mundial, están sujetos en el país al pago de impuestos, con la única excepción de los antirretrovirales. Esta medida impacta negativamente la inversión dado que el monto derivado del pago de impuestos puede ser invertido en la satisfacción de otras necesidades enmarcadas en las líneas de trabajo priorizadas por el proyecto, máxime cuando los recursos financieros provienen de una donación y no representan ningún compromiso financiero para el país.

Información para el uso racional de los medicamentos:

En la encuesta los prestadores de servicios y los usuarios manifestaron la falta de disponibilidad de información objetiva y apropiada sobre medicamentos, basada en evidencia. El IGSS ha elaborado una guía de atención basada en evidencia la cual está dirigida a prescriptores.

Si bien es cierto existe un programa nacional de farmacovigilancia, éste no tiene establecido ningún programa de seguimiento fármaco-terapéutico que monitoree la respuesta clínica, reacciones adversas e interacciones, la adherencia al tratamiento y otros problemas relacionados con medicamentos utilizados en el tratamiento de pacientes con VIH y sida.

5.5.5 Sangre segura

Aunque hay una ley específica y un Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, no existe aún una política nacional explícita sobre este tema, ni se ha establecido una Comisión Nacional que promueva y ordene el involucramiento interinstitucional, para el cumplimiento de las normas nacionales y la regulación de muchos aspectos, como la especulación de precios del costo de la sangre y sus componentes por los bancos privados.

En 2003 se creó, por acuerdo ministerial⁷⁸, el registro de bancos de sangre; pero no es sino hasta 2006, que los 47 bancos de sangre del país, tanto públicos, como del IGSS y privados, proveen datos en forma sistemática. No obstante, el registro de los bancos de sangre del MSPAS aún es primariamente sobre papel, ya que no existe un sistema de información digitalizado en la red de servicios, lo que hace difícil la obtención de la información y la trazabilidad de los donadores que fueron rechazados permanentemente en la entrevista, así como los donadores VIH+. Por ello, no se tiene conocimiento de por qué ha sido diferido un donador y si ha sido seropositivo al VIH.

A la falta de sistematización y difusión de la información se une el hecho de que en las diversas instancias del programa se ha comprobado que hay escaso análisis y utilización de los datos para sustentar la toma de decisiones, así como que hay falta de recurso humano capacitado, tanto a nivel técnico, como gerencial.

El Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre del MSPAS, con apoyo de la OPS, ha venido desarrollando acciones a fin de mejorar la calidad del tamizaje de la sangre recolectada. El reporte UNGASS 2007 informa que en los años 2006 y 2007, todas las unidades de sangre en el país fueron tamizadas con criterios de calidad asegurada.

Un vacío importante es que no existe un sistema de referencia institucionalizado de los bancos de sangre hacia las unidades de atención de VIH y sida, para dar respuesta a los donadores seropositivos a VIH; e incluso algunos bancos de sangre desconocen a dónde referir al donador, por lo que se pierde la trazabilidad en este nivel, lo que produce la existencia de un alto número de oportunidades perdidas en la identificación y el seguimiento de casos.

La mayoría de donadores son familiares o de reposición, lo que implica mayor riesgo de transmisión del VIH. El predominio de este tipo de donadores y la existencia, en bancos de sangre no pertenecientes al Ministerio de Salud, de mecanismos de control de calidad no garantizados, hace que se multiplique el peligro de transmisión del VIH. Ya existe la estrategia nacional de promoción de la donación voluntaria y altruista (DVA) de sangre, pero ésta aún no se ha aprobado u oficializado, difundido, ni implementado. Sólo se están haciendo acciones aisladas de DVA a nivel nacional.

Aunque se fracciona la sangre en componentes para su buen uso, se considera que no lo suficiente. Sin embargo, sobre este aspecto se debe destacar que no se tiene información confiable de todo el fraccionamiento que se hace a nivel nacional, pues la información que llega es parcial. Algunos bancos de sangre del MSPAS no tienen datos al respecto, mientras que muchos bancos privados no informan.

Existe una interesante iniciativa nacional para la regionalización o centralización del tamizaje y fraccionamiento en diez bancos de sangre en el país, con lo que se podría mejorar el tamizaje, el seguimiento de casos positivos, el fraccionamiento y la calidad de la sangre, pero ésta aún no ha sido institucionalizada.

⁷⁸Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Ministerial SP-M-2035-2003

5.6 *Sistemas de información y vigilancia*⁷⁹

Se ha encontrado que el sistema de información y vigilancia de ITS, VIH y sida del PNS muestra vacíos y limitaciones, que impiden tener una imagen exacta y oportuna de la epidemia. Entre estas dificultades cabe mencionar las siguientes:

- El sistema de vigilancia de casos de VIH y sida es de primera generación –vigila el apareamiento de casos y no la existencia de factores de riesgo-; y pasivo -no hay búsqueda activa de casos, sólo registra casos notificados.
- El monitoreo y seguimiento de los casos es usualmente deficiente.
- Los datos de mortalidad registrados en el Sistema Gerencial en Salud (SIGSA) no coinciden con los del Instituto Nacional de Estadística, obtenidos a través de los certificados de defunción. En el interior del país a veces son los jueces, la policía, o los enfermeros los que emiten el certificado de defunción, desconociendo la causa real de muerte al consignarla en el acta.
- Los sistemas de información de VIH y sida de varias instituciones, no están integrados entre sí, ni con el SIGSA o la Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS, lo que produce un deficiente registro de los casos, aspecto que puede ocasionar subregistro o duplicación de registros, con las implicaciones negativas que esto tiene para la planificación e implementación de acciones.
- Hay deficiencias notables en el análisis epidemiológico de los casos reportados de VIH en la población general, pues no hay información relativa a edad, sexo, área de residencia, conocimientos y conductas sexuales, entre otras variables importantes.
- Se han diseñado algunos estudios de vigilancia de segunda generación en una forma tal que dificulta su comparación con estudios subsiguientes, lo que hace cuestionar la utilidad de la información obtenida.
- No se llevan a cabo en forma sistemática estudios que sean representativos, tanto de la población general, como de las poblaciones vulnerables y en mayor riesgo, que registren las variables relevantes para el control de la epidemia (sexo, existencia de embarazo, grupo de edad, etnia, lugar de residencia, clase social, ocupación, conductas sexuales, entre otras), con base en los cuales se puedan calcular con precisión tasas de incidencia y prevalencia y efectuar proyecciones, que permitan orientar el trabajo sobre un conocimiento epidemiológico concreto.
- La información acerca de la seroprevalencia de ITS, VIH y sida en grupos indígenas y poblaciones móviles es escasa, fragmentada y no representativa del medio nacional.

⁷⁹Un sistema de información y vigilancia en buenas condiciones de funcionamiento garantiza la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fidedigna y oportuna por parte de los encargados de adoptar las decisiones a diferentes niveles del sistema de salud, sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema y el estado de salud.

- Hay poca información epidemiológica sobre la población de adolescentes; sin embargo, los existentes sugieren que este grupo pudiera estar siendo afectado en una forma relevante, aunque silenciosa.

- El informe de las ITS está siendo realizado consignando diagnósticos sindrómicos, basados en apreciación clínica, que no han sido comprobados por exámenes de laboratorio, lo que lleva a una falsa apreciación de la carga de ITS.

- La estructura del sistema de vigilancia y monitoreo está muy atomizada, de esta cuenta se identifican cuatro instancias vinculadas a esta área: SIGSA, Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) y Unidad de Monitoreo y Evaluación del PNS, sin que exista una línea de coordinación entre ellas claramente definida, ni un ente que articule estas estructuras del sistema.

Aunado a las deficiencias en el manejo de la información, existe poca difusión sobre la epidemiología de la epidemia y su aplicación a la planificación de la respuesta y el desarrollo de políticas es muy limitado en diferentes niveles. Un claro ejemplo de ello es que no se han utilizado las proyecciones de VIH, sida para el establecimiento de metas en el PEN.

Una limitante importante en el desarrollo de las actividades de vigilancia e investigación de ITS, VIH y sida es el bajo nivel de financiamiento que éstas tienen, con la consecuente carencia de recursos humanos y materiales en el PNS para su exitosa implementación.

El país está perfectamente informado sobre los objetivos y metas acordadas internacionalmente (UNGASS, ODM, etc), sin embargo, los propios problemas del sistema de información en el país, limitan la capacidad de análisis para la evaluación de éstas.



Resumen de puntos importantes del capítulo

•**Rectoría y gobernanza.** La forma en que se dio inicio a la respuesta al VIH en Guatemala, ha contribuido a crear atomización y ha limitado la visión estratégica del sistema de salud. El Programa Nacional de ITS, VIH y Sida es el ente rector en esta área y ha visto afectada su dirección estratégica debido al sistema de provisión de servicios fragmentado y segmentado. También se ha comprobado que la cooperación externa, con frecuencia, no está alineada con los planes y estrategias nacionales. La participación y control social en el país son en general, débiles, lo que también ocurre en la respuesta al VIH en particular.

•**Financiamiento y aseguramiento.** Los datos disponibles en el país indican que no será posible ampliar y mantener una respuesta sostenida al VIH, si ésta se sigue entregando con las características, de diseño e implementación, que ha tenido hasta ahora. El elemento clave en mejorar las posibilidades de sostenibilidad de la respuesta es la revisión de la organización y modelo de atención al VIH y su desvinculación con la organización y modelo de atención del sistema. En términos de implementación, un aumento de recursos financieros no resolvería los problemas de ineficiencia que se encontraron en los componentes programáticos de prevención y tratamiento, ni los que se describe en los otros componentes del sistema de salud en este capítulo. A modo de ejemplo: en el componente de tratamiento es crucial mejorar la racionalidad en el uso de medicamentos, lo cual pasa por un fortalecimiento del papel rector en la supervisión de la aplicación de los protocolos. Aunque hay limitaciones en la información, es posible afirmar que el financiamiento público para el VIH ha aumentado progresivamente, registrando un aumento superior a 100% entre 2004 y 2009. No se conoce de un plan concreto del Estado guatemalteco para proveer los recursos que le den continuidad a las acciones que en la actualidad son desarrolladas con fondos externos y otras que en el futuro sean necesarias.

•**Organización y provisión de servicios.** El sistema de provisión de servicios de salud en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado. Las instituciones que lo conforman se financian y funcionan separadamente, cuentan con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados y no tienen enlaces funcionales entre ellas. Hay limitaciones en la cobertura de los servicios, especialmente a población indígena y rural. Aunque ha habido avances en la atención ambulatoria y la gratuidad del servicio, no se han creado aún las condiciones concretas de derecho que garanticen la disponibilidad de tales servicios en forma oportuna y gratuita, como tampoco hay mecanismos legales para que los ciudadanos puedan exigirlos. La disponibilidad de servicios apropiados para la atención de VIH, sida se concentra en la capital del país y principales centros urbanos, por lo que no se garantiza la integralidad y continuidad de la atención en todos los niveles de la red de servicios. Hay escasa coordinación entre los programas de ITS, VIH y Sida y los servicios nacionales de salud reproductiva, planificación familiar y tuberculosis. En la prevención de la transmisión madre-hijo no hay



Resumen de puntos importantes del capítulo

disponibilidad universal de insumos ni capacidad técnica para realizar en toda embarazada la toma de muestra y prueba para VIH y sífilis con adecuada calidad. No hay estándares de calidad que se apliquen en forma sistemática y uniforme par la atención integral de ITS, VIH y Sida en centros de referencia y laboratorios. En algunos servicios estatales persisten actitudes de homofobia, discriminación, maltrato, demora o negación de la atención a persona afectadas con VIH, sida.

•**Recursos humanos.** No existe suficiente personal, tanto en el MSPAS como en el PNS, en las distintas disciplinas necesarias para dar una adecuada respuesta y no existe una planificación de recursos humanos, también carecen de un proceso sistemático de selección, dotación y retención del personal de salud. . En las áreas rurales e indígenas con frecuencia el personal tiene bajo compromiso y poca capacitación. Hay un elevado número de recursos humanos contratado temporalmente con fondos de proyectos. Existen pocos incentivos para el personal de salud. Aún no se adopta un proceso educativo sistemático para la formación de profesionales desde el MSPAS y el PNS. El sector privado ha desarrollado diplomados a través de una facultad de medicina privada.

•**Medicamentos y tecnologías.** Desde el 2002, el MSPAS cuenta con un protocolo de tratamiento que debería ser utilizado en todos los servicios. El IGSS emitió su propia guía en el 2008. Los proveedores de servicios utilizan diferentes protocolos de tratamiento en función de la fuente de financiamiento. El PNS reporta el número de pacientes en ARV separándolos por fuente de financiamiento e indica que los protocolos son diferentes. Cada una de las instituciones de salud que atiende a pacientes con VIH, sida efectúa la gestión del suministro de medicamentos conforme a su propia normativa. El MSPAS tuvo una buena experiencia al firmar un convenio de adhesión al Fondo Estratégico con OPS/OMS, lo cual le trajo varias ventajas, entre ellas, mejores precios en los medicamentos. En el 2009, Guatemala dejó de adquirir ARV a través de este fondo. Se hizo un cálculo de costos para atender pacientes pediátricos de 2 meses a 15 años de edad y el costo utilizando el Fondo Estratégico es mucho más favorable que la compra local. El IGSS es la institución pública que tienen el mayor gasto global en medicamentos en el país aun cuando su cobertura poblacional es menor que la del MSPAS. Los medicamentos e insumos sanitarios adquiridos con fondos provenientes del Fondo Mundial están sujetos al pago de impuestos, con la única excepción de los antirretrovirales. Esta medida impacta negativamente la inversión. Existe falta de disponibilidad de información objetiva y apropiada sobre medicamentos, basada en evidencia.

•**Sistemas de información y vigilancia.** El sistema de vigilancia de casos de VIH y sida es de primera generación y pasivo. Los sistemas de información de VIH y sida de varias instituciones no están integrados entre sí, ni con el sistema de información gerencial en salud o el Centro de Nacional de Epidemiología del MSPAS. La estructura del sistema de vigilancia y monitoreo está muy atomizada, sin que exista una línea de coordinación claramente definida entre las instituciones, ni un ente que articule estas estructuras del sistema.

6

RECOMENDACIONES



6. RECOMENDACIONES

6.1 Rectoría y gobernanza

El punto de partida para el afianzamiento de la rectoría del PNS debe ser la garantía del derecho fundamental al goce de la salud de toda la población, sin discriminación alguna, como ha sido consignado en la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley de VIH y otros instrumentos, convenios y compromisos nacionales e internacionales, que comprometen la labor del Estado sobre el tema.

En este aspecto, se recomienda que el marco legal y las políticas que sustentan el trabajo en VIH y sida consideren en forma explícita las diferencias de género y tengan un enfoque de derechos humanos, que responda a los instrumentos internacionales, particularmente a las Directrices Internacionales sobre VIH y Derechos Humanos, de forma que se evite toda vulneración de derechos como el derecho a la igualdad, a la salud, a la honra y la dignidad, entre otros. Asimismo, debe valorarse la posibilidad de reformar el Código de Trabajo en lo que respecta a la prueba de VIH obligatoria para los empleados.

De particular importancia es que el PNS sea capaz de asegurar que la dirección estratégica para la respuesta al VIH, tal como está establecida en el PEN 2006-2010 y otros documentos del programa, sea respetada por todas las organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en este campo; así como que ejecute con eficiencia y eficacia la autoridad legal que el Estado le otorga para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones nacionales desarrolladas por cualquier institución.

El desarrollo de la rectoría y establecimiento de una clara línea de gobernanza por el PNS requiere que éste promueva, oriente y viabilice la amplia participación del Estado y la sociedad civil en las acciones para el control de la epidemia, las que desde 2005⁸⁰ se reconocen como prioridad nacional; y, para ello, debe convencer a y obtener el apoyo de todos los actores nacionales relevantes, en especial de los altos niveles políticos; así como promover la creación de un contexto social libre de prejuicios y discriminación hacia las personas afectadas por la epidemia y sus grupos en riesgo. El trabajo del actual gobierno sobre la base del concepto de cohesión social es una oportunidad para lograr ese propósito.

El PNS requiere, en forma inmediata, reforzar y desarrollar a plenitud su cobertura nacional y sus capacidades técnico-científicas y administrativas. Esto adquiere particular importancia ante el compromiso del PNS de asumir el papel de receptor principal de los nuevos recursos financieros que se gestionan ante el Fondo Mundial. Esta ampliación de cobertura debe hacerse afianzando sus capacidades de conducción, orientación y coordinación de las múltiples instituciones que trabajan en la respuesta al VIH, las que con frecuencia responden a sus propios objetivos y no a los del PEN, para optimizar la efectividad e impacto de sus acciones.

⁸⁰En 2005 se aprueba la Política Pública respecto a la Prevención de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la que se considera que ha sido útil para reorientar el compromiso gubernamental y fortalecer la respuesta nacional.

Para lograr lo anterior, se requiere un esfuerzo del PNS para hacer explícitas las metas y funciones de los diferentes actores y de los elementos clave para la dirección estratégica, lo que en la actualidad no se ha establecido con claridad. En este sentido, es importante destacar que se considera que, tanto los vacíos de información existentes sobre aspectos epidemiológicos esenciales del VIH y sida, así como la concentración de la respuesta en las principales áreas urbanas del país, no han permitido sentar las bases para la elaboración de una adecuada visión estratégica, cuyo alcance y adecuación respondan a las características específicas de la epidemia.

El ejercicio de costeo del PEN, basado en metas específicas, podría ser un instrumento útil para orientar la planificación de inversiones. En este aspecto, se recomienda al PNS establecer mecanismos de rendición de cuentas para el control de las diferentes contribuciones de fuentes internacionales y nacionales que reciben las instituciones que trabajan en VIH y sida, pues éste es indispensable para comprobar que las inversiones se están haciendo en la forma más efectiva y enmarcadas en las directrices y prioridades del PEN.

Se considera que es particularmente importante alinear la cooperación externa con los planes y estrategias nacionales, lo que en la actualidad reviste muchas debilidades. Sin embargo, para un desarrollo efectivo y estable de tal tarea por el PNS, se sugiere que el MSPAS fortalezca su función de conducción de tal cooperación, lo que requiere del concurso de otras entidades gubernamentales, como la Secretaría General de Planificación de la Presidencia, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Finanzas, para establecer marcos generales de armonización y alineamiento de la cooperación.

La actual reactivación de CONASIDA, a iniciativa de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), se considera una buena oportunidad para constituir una coalición funcional alrededor de una línea estratégica común que, bajo la rectoría del PNS, pero sin detrimento de la participación social en la toma de decisiones y sobre todo en el control de los resultados obtenidos, brinde una dirección estratégica a la respuesta nacional, integrando en un solo organismo a todas las instituciones que trabajan en el área y al Mecanismo Coordinador de País de Guatemala, formado por requerimiento del Fondo Mundial. El Ministerio de Salud debe asegurar que se facilite una participación efectiva de las personas con VIH y de los grupos más afectados por la epidemia en el CONASIDA, así como de las comunidades en los servicios de atención.

La coalición antes mencionada debe facilitar y estimular la participación social en todos los departamentos del país, particularmente de las poblaciones de zonas rurales y etnias indígenas, que actualmente carecen de organización y orientación para el trabajo en VIH y sida, a fin de viabilizar su participación en el desarrollo de acciones, en forma equitativa a sus necesidades y enmarcadas en las características sociales, culturales y lingüísticas propias de ellas.

6.2 Financiamiento y aseguramiento

Reconociendo que el nivel de recursos es limitado, que la respuesta desde el sistema de salud aun tiene una alta dependencia de la cooperación externa no reembolsable y que el análisis que se hace

en los otros componentes del sistema de salud revela limitaciones para un uso efectivo y eficiente de los recursos y que, por lo tanto, se identifica espacios para mejorar la calidad de la inversión en VIH en diferentes puntos del proceso de entrega de los servicios; la principal recomendación es que la viabilidad de una respuesta sostenida pasa necesariamente por una revisión de la organización de la respuesta y del modelo de atención. Estas recomendaciones están en consonancia con las políticas y líneas estratégicas del Plan Nacional de Salud que busca implementar un modelo de atención y gestión integral que garantice la continuidad de la atención, con criterios de equidad y pertinencia cultural.

Una tarea ineludible, es la necesidad de introducir mecanismos para reducir los costos de provisión sin afectar la calidad, que es la definición de mejoría en la eficiencia. Las estimaciones de costeo del PEN entregan el valor financiero para cubrir el costo de recursos humanos, insumos, equipamiento e inversiones en infraestructura necesarios para la entrega de las intervenciones que permitan alcanzar las metas. Por lo tanto, el desafío no se limita sólo a los recursos financieros, sino a la capacidad que tenga el país para captar, capacitar y mantener al recurso humano, sin generar dicotomías con los trabajadores de la salud atendiendo otros problemas también de alta prioridad. En términos de insumos, el país ha experimentado diferentes modalidades de compra de medicamentos y, tal como se ha reportado en este documento, las diferencias de costo para un mismo producto son considerables. Aunque en esta evaluación no se analizó el tema de costo y distribución del equipamiento, en relación a lo pertinente para dar una adecuada respuesta a la epidemia, sería recomendable revisarlo con el propósito de ver formas de optimizar. El componente crítico de costo es el de las construcciones nuevas de unidades de atención integral. Ya se ha comentado que una de las consecuencias de crear clínicas separadas contribuye a estigmatizar a la persona que busca atención y, quizá, contribuya a su discriminación tanto por parte de otros usuarios como del propio personal de salud.

Las cifras de gasto en tratamiento que provienen del MEGAS revelan que, como es de esperar, una alta porción del gasto se destina a la compra de tratamientos ARV. Esto no es sorprendente a la luz de los costos tanto de los medicamentos como del gasto en infraestructura que se comentó anteriormente. Sin embargo, el país no estará en condiciones de mantener el paso, ni desde el punto de vista financiero ni de la capacidad del sistema de salud para atender a los nuevos casos. Este tema se comentó en extenso en la sección de prevención y en la atención a los grupos en mayor riesgo y vulnerables. Lo que se intenta retomar aquí es el reconocimiento que una acción clave para lograr una respuesta sostenida será dar una mayor prioridad a las intervenciones de prevención entre las personas no infectadas y la incorporación de las intervenciones pertinentes, como parte de la atención integral, a la persona con VIH para que asuma un papel activo y la responsabilidad en la interrupción de la transmisión del virus.

El país cuenta con una política de gratuidad al acceso a los servicios y tratamiento del VIH, en las zonas geográficas priorizadas. A fin de lograr y garantizar el acceso universal de toda la población y de todo el territorio a las atenciones de VIH y sida, sería recomendable ampliar la disponibilidad de servicios al VIH. Una opción de financiamiento a explorar es la reasignación de recursos como consecuencia de un modelo más integrado o de reducción de costos en las intervenciones actuales.

Se recomienda desarrollar y aprobar un marco legal apropiado de garantías esenciales que permitan empoderar a los ciudadanos en la exigencia de las atenciones y resguardar el ejercicio del derecho a la salud garantizando la respuesta de los servicios y el acceso universal y real a la atención.

6.3 Organización y provisión de servicios

Se recomienda poner mayor atención en el diseño global del sistema de salud, a fin de aumentar su cobertura con equidad, eficiencia y eficacia, en concordancia con los lineamientos estratégicos para el sector salud, su marco filosófico respecto a la salud pública y sus principios, elementos y valores. Dentro del sistema de salud se debe implementar el modelo de atención general en salud del MSPAS, que sea explícito y se difunda ampliamente en todas las instituciones y organismos del sector, para lograr una adecuada coordinación y afianzar la rectoría del Ministerio. Después de establecer el modelo de atención general en salud, corresponde desarrollar el modelo de atención para las ITS, VIH, sida, la PTMH y la erradicación de la sífilis congénita, el cual debe articularse con el primero, en todos sus niveles e instancias de atención y con las siguientes características básicas:

- Trabajar por el control y extinción del estigma, la homofobia, la discriminación y el maltrato, particularmente por parte del personal de los servicios de salud, para lo cual se recomienda reforzar las capacidades de las instituciones de defensa de los derechos humanos en relación con el VIH, incluyendo las instituciones supervisoras de los servicios de salud.
- Desarrollar un amplio proceso de abogacía ad hoc proactivo, para disminuir las barreras de acceso a los servicios e intervenciones para el control de la epidemia.
- Priorizar las actividades preventivas en todo el país.
- Ofrecer cobertura universal con servicios de atención para VIH y sida, en forma descentralizada, con equidad y calidad, teniendo como eje la priorización de las poblaciones más vulnerables.
- Utilizar el enfoque de atenciones según etapa de vida.
- Estimular y facilitar el tamizaje de VIH para todas las poblaciones en mayor riesgo.
- Tener estándares de calidad para la atención integral en ITS, VIH, sida y sífilis congénita, a fin de garantizar la calidad de la atención.
- Proveer servicios de atención con la adecuada complejidad según nivel y etapa de vida.
- Para la provisión de atenciones que no requieran necesariamente especialización, que éstas sean desarrolladas por el personal no especializado de cada establecimiento, dentro de su rutina, debidamente capacitado; y no especializar personal en las acciones que no lo requieran.

Se debe fortalecer la capacidad del PNS para el desarrollo de todas sus acciones, con priorización de las medidas preventivas específicas, según grupo de riesgo, como medida esencial para el control de la epidemia.

Su quehacer debe estar basado en la evidencia científica y el respeto a los derechos humanos, tener objetivos puntuales y susceptibles de medición que respondan a la dinámica de la epidemia (dimensiones, ubicación, grupos afectados, tendencias, otras) y contar con amplia participación interinstitucional e intersectorial,

En apoyo a lo previo, se recomienda efectuar una reorganización administrativa del PNS de tipo matricial, con base en categorías administrativas y otras derivadas de sus responsabilidades y objetivos, que le den mayor racionalidad y efectividad a su quehacer.

El PNS debe revisar el asesoramiento y la supervisión de las áreas de salud y los hospitales, para mejorar, entre otras acciones, el desarrollo de actitudes y la creación de aptitudes del personal de éstas para priorizar el tema, asegurar la disponibilidad de financiamiento y proveer atenciones y servicios según lo establecido por el programa y las necesidades poblacionales e institucionales locales.

En su relación con los servicios nacionales de salud, es esencial para el PNS asegurar que las direcciones de áreas de salud (DAS), como administradoras y ejecutoras de la red de servicios, los distritos y hospitales nacionales, hagan uso de su delegación para prever en sus planes operativos anuales (POA) metas, objetivos y actividades concretas en el tema de ITS, VIH, sida, PTMH y el respectivo financiamiento. Tal programación debe responder a los contextos locales e institucionales de las DAS.

La descentralización de actividades del PNS, con la participación de las DAS, como se ha expuesto antes, y de otras instituciones locales, debe traducirse en una expansión del tamizaje y el tratamiento de ITS, VIH, sida y sífilis congénita en toda la red de servicios, en línea con la APS, con enfoque intercultural y multilingüe y en centros de atención integral ubicados lo más cerca posible de la población que necesita ser tamizada y atendida.

El proceso de descentralización debe también establecer los mecanismos que faciliten la participación de los usuarios en la evaluación regular de los servicios que prestan las atenciones de VIH, a fin de monitorear la calidad y ajustar los horarios de atención y disminuir los tiempos de espera, especialmente para el sistema de referencia.

Se recomienda también incrementar la coordinación entre los programas de VIH y sida con salud materna, salud sexual y reproductiva y tuberculosis, para expandir cobertura y hacer un uso más racional de los recursos. Esto también se beneficiaría de una mayor coordinación entre en PNS y SIAS.

En todas las unidades donde exista atención para el parto, se debe garantizar la existencia de insumos y la capacidad técnica para realizar en toda embarazada la toma de muestra para VIH y sífilis y su procesamiento, con adecuados estándares de calidad; así como que las pacientes sean

informadas de sus resultados y tengan el seguimiento necesario. Cuando no haya capacidad técnica para el procesamiento en alguna unidad de atención, se debe asegurar su referencia a otro establecimiento.

Es necesario protocolizar, a nivel nacional, el manejo de la paciente HIV positiva, que llega a atención de parto sin haber tenido control prenatal previo, con utilización de AZT intravenoso y tratamiento para el recién nacido hasta la 8ª. semana de vida, disponible en al menos los hospitales nacionales.

Además de la atención ya provista a los grupos de mayor riesgo por el PNS, se recomienda particularmente el desarrollo de programas dirigidos a hombres adultos jóvenes y de mediana edad, ya que éstos, por diversas razones, suelen tener mayor exposición a riesgo: consumo de alcohol, rol masculino estereotipado que incluye multiplicidad de parejas sexuales, negación de su vulnerabilidad, rechazo al uso del condón, reticencia a buscar servicios de atención de salud. Se debe asegurar, en el trabajo con estos grupos, su plena participación en los correspondientes planes y programas, para lo cual se recomienda desarrollar una respuesta multisectorial, con intervenciones en múltiples niveles (escuela, barrio, calle, centro recreativo y de trabajo, servicio de salud y otros), según población objetivo identificada. Los programas de educación en sexualidad, por ejemplo, deben efectuarse, tanto en la escuela, como fuera de ella (50% de jóvenes en general están fuera del sistema escolar y 70% de los más vulnerables); y entregar habilidades para el retraso del inicio de las relaciones sexuales, reducir el número de parejas y uso consistente de condón.

Se estima necesario fortalecer los procesos de capacitación de miembros de la comunidad y representantes de organizaciones de la sociedad civil, bajo la dirección y coordinación del PNS, para la educación de pares, brindar apoyo emocional, hacer modelaje positivo y facilitar procesos de aprendizaje de destrezas y desarrollo de actitudes de autocuidado y solidaridad.

En relación con los procesos de IEC que se lleven a cabo, éstos deben garantizar la unidad y coherencia de mensajes, para así evitar disonancias y contradicciones, así como estar basadas en teorías de cambio de comportamiento, fundamentadas en evidencia científica y tener enfoque de derechos y equidad de género.

Se recomienda apoyar la propuesta de reforma de la Ley de VIH que establece, en su artículo 13, que se debe tener en cuenta la laicidad del Estado a la hora de impartir educación sexual en las escuelas, lo que contribuirá a impulsar la prevención basada en la evidencia, sin prejuicios ni sesgos de orden religioso; y establece, además, que esta educación deberá tener en cuenta el respeto a los derechos humanos.

Se deben desarrollar, estandarizar y hacer ampliamente disponibles para su aplicación, protocolos unificados de tratamiento, que eviten resistencias innecesarias a los antirretrovirales (ARV) y a los medicamentos para las infecciones oportunistas (IO), basados en evidencias científicas actualizadas, tanto para el tratamiento de la infección con VIH, como para la co-infección VIH, TBC e IO, aplicables en todos los niveles de atención, independientemente de quién provea o financie el tratamiento.

Se recomienda que los directores de establecimientos, de las áreas de salud y el PNS realicen muestreos al azar de las historias clínicas de los pacientes con VIH; VIH, TBC; y VIH, IO, a fin de verificar la aplicación de los protocolos. La supervisión rutinaria por el PNS debiera incorporar la auditoría del tratamiento; y las instancias nacionales y departamentales deberían tener la responsabilidad de evaluar de forma periódica el cumplimiento de los mismos.

Se considera necesario complementar el manejo sindrómico de las ITS con el diagnóstico etiológico de las mismas, en el nivel de atención que ofrezca las oportunidades para realizarlo o refiriendo las muestras a los sitios de vigilancia centinela de ITS.

En relación con la identificación de genotipo en los casos de sida, que facilite el tratamiento de rescate, se recomienda aprovechar las capacidades de referencia regional del laboratorio del Instituto Gorgas de Panamá, para el envío de muestras.

6.4 Recursos humanos

Se considera necesario que el MSPAS efectúe una planificación de recursos humanos para la salud a partir de un análisis epidemiológico nacional integral, que muestre las necesidades de recursos humanos y las brechas a superar, tanto en número, como en los diversos niveles de formación, especialidades y distribución en el país; así como de los recursos necesarios y disponibles para su desarrollo.

Es necesario asegurar que el personal del MSPAS efectúe la provisión de servicios guiado por el derecho a la salud, la no discriminación, el enfoque de género, la privacidad y confiabilidad y la participación activa de los usuarios, para lo cual se deben diseñar e implementar políticas explícitas y estándares cuantitativos/cualitativos, de cumplimiento obligatorio por el personal.

Se recomienda que el PNS aumente su personal, el cual se considera insuficiente para cumplir con sus responsabilidades. Tal aumento debe estar fundamentado en un proceso de planificación que, a partir de la información epidemiológica nacional y con base en el conocimiento concreto de la epidemia y las metas y actividades del PEN, estime las necesidades y tipos de recursos humanos necesarios para el país, considerando su distribución equitativa por niveles de atención y grupos en riesgo en el país. Para lograr lo anterior, sería necesario reforzar los programas de capacitación en servicio y de formación donde los gestores y proveedores de las atenciones de ITS, VIH y sida adquieran las necesarias competencias y actitudes.

Para establecer un exitoso programa de capacitación en servicio, se recomienda que el PNS y el SIAS unan sus esfuerzos para la planificación y ejecución del mismo, donde se favorezca el ejercicio de la supervisión capacitadora, integrada al desarrollo teórico pertinente. Se recomienda que el PNS establezca un enfoque de intervención matricial por equipos para el área de supervisión, que asegure la asesoría y supervisión integral de las DAS y los hospitales, tanto en los componentes clínicos, como en los normativos del PEN.

Se desea destacar que el contenido de la capacitación debería ir más allá de los aspectos técnicos, de derechos humanos y humanísticos de la educación del personal, para incluir la capacitación en la promoción de procesos de aprendizaje y el desarrollo de habilidades y actitudes en la población; y también estar dirigido, tanto a profesionales y técnicos de la salud y educación, como a los promotores comunitarios, miembros de organizaciones de la sociedad civil y otros actores relevantes.

Para el mejoramiento de la formación en los temas de ITS, VIH y sida, es necesario hacer esfuerzos mayores para la incorporación de los mismos en los contenidos curriculares, tanto de programas técnicos, como universitarios, donde se incluyan sus aspectos esenciales epidemiológicos, sociales, psicológicos, económicos, biológicos y otros, así como los contenidos del PEN.

Se recomienda, además, reforzar la educación de la población para el control de ITS, VIH y sida, basada en la provisión de información objetiva, científicamente fundamentada y adecuada para las poblaciones y grupos meta, acompañada de procesos de aprendizaje interactivo, orientados al desarrollo de destrezas (como de toma de decisiones, uso de condón, negociación de términos de la relación sexual, búsqueda de servicios, comunicación con la pareja) y actitudes (como de protección, auto-cuidado, responsabilidad, respeto, solidaridad) necesarias para enfrentar la epidemia.

Un aspecto importante a resaltar es la conveniencia que el sistema de salud desarrolle una carrera para el trabajador sanitario, como un elemento esencial para optimizar la atención general al usuario, la cual debería no sólo contribuir a la solución de los problemas de competencia y actitud del personal, sino también a controlar su excesiva rotación y mejorar su estabilidad laboral y disponibilidad. Como complemento a lo anterior, se recomienda incorporar todos los recursos humanos que están bajo contratos temporales al régimen de estabilidad laboral del MSPAS y ubicarlos, según sus capacidades y las necesidades de los servicios, en la gestión de los establecimientos de salud.

El PNS debe asegurar que los recursos externos destinados al financiamiento de los recursos humanos en ITS, VIH y sida sean incorporados directamente al presupuesto nacional e invertidos exclusivamente en esta actividad, bajo su dirección técnica.

6.5 Medicamentos y tecnología

6.5.1 Medicamentos

Es necesario la elaboración de una Política Nacional de Medicamentos que exprese y priorice las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico con el fin de asegurar el acceso, calidad, eficacia, seguridad y uso racional de los medicamentos.

Debe actualizarse el marco legal vigente relacionado con la vigilancia de la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos para que la autoridad pueda cumplir con su responsabilidad de garante de la calidad y el usuario tenga confianza que los medicamentos cumplen con los estándares esperados.

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud debe regular y normar todo lo relacionado con la gestión del suministro de medicamentos, que comprenda la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso racional de los medicamentos, para que sea cumplido por las diferentes instituciones del sector salud para que con ello se evite que cada institución implemente sus propios mecanismos y controles y se esté dando un servicio desigual e inequitativo.

Es urgente la actualización de los protocolos de atención a pacientes con VIH y sida que data del 2002, para ello se recomienda trabajarlo conjuntamente con todas las instituciones involucradas en la atención del paciente con VIH y sida. Deben tomarse como referencia las recomendaciones de la OPS/OMS y la Guía de Atención elaborada por el IGSS en el 2009. Dicho protocolo debe de ser de uso nacional y no exclusivo del Ministerio de Salud y ser monitoreado en su aplicación.

Luego de considerar los ahorros alcanzados con la utilización de herramientas como el Fondo Estratégico para la adquisición de medicamentos antirretrovirales se recomienda solventar los problemas de origen legal manifestados, a fin de que las instituciones que atienden pacientes con VIH y sida hagan un mejor uso de los recursos financieros y amplíen la cobertura a pacientes que requieren tratamiento ARV.

Debido a que Guatemala cuenta con una regulación en propiedad intelectual más restrictiva que puede afectar el acceso a medicamentos ARV, se recomienda revisar y establecer medidas como las recomendadas en la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

Se recomienda la elaboración de un plan de trabajo para garantizar el uso racional de medicamentos en pacientes con VIH, sida que defina acciones para el prescriptor y otro personal de salud involucrado en la dispensación del medicamento y aquellas dirigidas al usuario para favorecer el buen uso de los medicamentos y su adherencia.

Se recomienda que el Programa Nacional de Farmacovigilancia conjuntamente con el Programa Nacional de ITS, VIH y Sida establezca un programa específico para el reporte de reacciones adversas y otros problemas relacionados con medicamentos que reciben las PVV, y que se implemente a nivel de país un sistema para el monitoreo y seguimiento de la farmacoresistencia desde una perspectiva de salud pública.

6.5.2 Bancos de sangre

Se considera que dos aspectos fundamentales para mejorar el funcionamiento de los bancos de sangre, en lo relativo a la calidad de la sangre y el reporte y seguimiento de casos VIH+ son la elaboración e implementación de una Política Nacional de Bancos de Sangre y la activación inmediata de la Comisión Nacional de Medicina Transfusional, con la participación de todos los sectores implicados, para la actualización de las normas y estándares y la vigilancia por su aplicación en todos los bancos de sangre del país, estatales y privados.

En lo relativo a la organización y el trabajo de los bancos de sangre, se recomienda implementar las siguientes medidas:

- Llevar a cabo la estrategia de regionalización de los bancos de sangre, lo que facilitará el aseguramiento de la calidad de la sangre y sus componentes.
- Desarrollar, en forma urgente, un sistema único de notificación digitalizado para la red de bancos de sangre, que sirva para nutrir la información del PNS y del Centro Nacional de Epidemiología que permita la trazabilidad de los donadores.
- Institucionalizar un sistema de referencia y respuesta de los donantes rechazados permanentemente y los seropositivos para VIH, para lo cual se recomienda elaborar, en colaboración con el PNS, un flujograma o algoritmo para el personal de los bancos de sangre, con la información completa de pasos a seguir con el donante seropositivo en VIH y los centros de referencia a donde se pueda enviar.
- Para el mejoramiento de la calidad de la sangre se deben hacer mayores esfuerzos para oficializar e institucionalizar la estrategia nacional de promoción de la donación voluntaria de sangre.
- Hacer un mayor fraccionamiento de la sangre y sus componentes, para darle un uso más racional a la misma.

De particular importancia es el fortalecimiento del recurso humano del Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, tanto a nivel técnico como de liderazgo gerencial.

6.6 Sistemas de información y vigilancia

La adecuada orientación del trabajo en ITS, VIH y sida en el país por el PNS requiere de mejorar los sistemas de información y vigilancia, a fin de tener una visión fidedigna y oportuna de la epidemia y sus proyecciones, para lo cual se recomiendan dos acciones fundamentales, que son: la optimización del manejo epidemiológico de la información sobre VIH y sida; y relacionado con lo anterior, el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación.

Se considera que la optimización del manejo epidemiológico requerirá del PNS y el SIGSA, el desarrollo de las siguientes acciones, entre otras:

- Sistematización de los procesos de recolección y análisis de la información epidemiológica sobre ITS, VIH y sida en todo el país, en lo relativo a su incidencia y prevalencia, según grupo de riesgo y por variables específicas, que garantice la cobertura nacional y calidad de la información.
- En apoyo a lo anterior, efectuar una vigilancia rigurosa del cumplimiento de la obligatoriedad de reportar al MSPAS todos los casos identificados de ITS, VIH, sida, tanto en instituciones estatales, como en no gubernamentales y privadas.

- Establecimiento, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, de una vigilancia y análisis permanente de la mortalidad por sida, según variables pertinentes.
- Asegurar que toda la información sea recibida y procesada por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS, de acuerdo a normas nacionales para la notificación y establecer los nexos correspondientes entre el SIGSA, la Dirección de Epidemiología del MSPAS y el PNS.
- Diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación, que sea permanente y comparable en el tiempo, que garantice el registro y análisis adecuados y oportunos de factores de riesgo, así como la vigilancia de la incidencia, prevalencia y mortalidad por ITS, VIH y sida en los diversos grupos étnicos y sociales del país que oriente la aplicación estratégica de esta información.
- Disponer de un equipo humano competente para el buen desarrollo de los sistemas de información y vigilancia y el análisis epidemiológico.

El mejoramiento del análisis epidemiológico de VIH y sida en el país, basado en información oportuna, veraz y pertinente, debe acompañarse de un proceso de difusión de carácter nacional, dirigido a todas las instituciones y niveles que trabajan en ITS, VIH y sida, para la aplicación de éste a la planificación local e institucional y el diseño de políticas.

Es necesario, además, mejorar la investigación sobre ITS, VIH y sida en el país, con enfoque integral –genérico, social, étnico, económico y biológico, entre otras categorías- y dirigida a apoyar la planificación y el desarrollo de acciones para el control de la epidemia.

Se requiere priorizar el desarrollo de estudios centinelas o trazadores en las poblaciones indígenas, poblaciones móviles, jóvenes y adolescentes, para mejorar el conocimiento sobre la evolución de la epidemia en ellas y responder en forma apropiada con la provisión de servicios integrales.

En los departamentos más afectados por la epidemia se recomienda ampliar los estudios de vigilancia centinela en HSH, TCS, clientes de trabajadores (as) sexuales, y embarazadas; para orientar la planificación en los mismos.

Las apreciaciones de tamaños poblacionales en grupos de riesgo tienen que ser más elaboradas, para poder disponer de datos que fundamenten el establecimiento de metas y la planificación estratégica para alcanzarlas.

El informe de las ITS está siendo realizado consignando diagnósticos etiológicos basados en apreciación clínica, que no han sido comprobados por exámenes de laboratorio, lo que lleva a una falsa apreciación de la carga de ITS, por lo que se recomienda su vigilancia centinela.

Es necesario asignar los recursos financieros para el desarrollo de un sistema nacional de información en ITS, VIH y sida, para la implementación de la vigilancia epidemiológica de segunda generación y el desarrollo de investigaciones.

6.7 Recomendaciones para cautelar los Derechos Humanos

- Promoción del cumplimiento de las funciones del CONASIDA en lo que se refiere al foro para la participación intersectorial en el diseño y ejecución de las políticas públicas sobre VIH y sida.
- Respecto a la reforma de la Ley de VIH, deberá incluir sanciones a su incumplimiento y procedimientos para la denuncia y la sanción, que hagan ejecutivas sus disposiciones.
- Asimismo, deberían revisarse las propuestas que se plantean para adicionar excepciones a la voluntariedad de la prueba del VIH y extender a grupos poblacionales concretos. La única excepción acorde con las disposiciones internacionales de derechos humanos son aquellas que permiten por orden judicial en un proceso penal. El consentimiento se entiende implícito en el acto de donación de sangre.
- Considerar la reforma del artículo 63 del Código de Trabajo, que podría interpretarse a favor de una permisividad de la prueba para acceder a un puesto de trabajo, lo cual vulneraría disposiciones internacionales para la protección de derechos fundamentales.
- La uniformidad de los protocolos de atención a personas con VIH, también es un instrumento de protección a los Derechos Humanos, de forma que no pueda haber personas favorecidas con protocolos que proporcionen un tratamiento de mayor calidad.
- Deben incrementarse los esfuerzos en el área de la prevención, especialmente los dirigidos a los grupos más afectados, hasta hacerlos proporcionales a su grado de afectación.
- Debe considerarse la revisión de la Ley de VIH para dar acceso a la prueba voluntaria a los menores de 18 años, sin requerir consentimiento de un tutor, de forma que se pueda asegurar una mejor protección de su derecho a la salud.
- Deben ampliarse los esfuerzos de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento hacia la población no hispanohablante, de forma que se beneficien en igual medida que la población hispanohablante.
- Deben promoverse campañas masivas contra el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y hacia los grupos más afectados, especialmente hacia los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras del sexo.
- La atención brindada en el Centro de Salud número 3 de la capital guatemalteca podría servir como modelo de atención a los grupos más afectados en el resto de instalaciones de salud del país.
- Favorecer los procesos de institucionalización de la temática de derechos humanos y VIH y sida en la institución del Procurador de los Derechos Humanos, a partir de la creación de una defensoría específica para el tema.

•Reanudación del compromiso de la PDH frente a las iniciativas y propuestas que se definan a nivel de país en materia de derechos humanos y VIH y sida, a fin de garantizar la sostenibilidad de las acciones y una respuesta más integral a la epidemia.

6.8 Recomendaciones priorizadas

Las recomendaciones anteriores se han reorganizado en el siguiente cuadro, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Factibilidad de la recomendación según contexto político y legal del país.
- Prioridad de la recomendación.
- Nivel de actuación.
- Responsable de dar seguimiento a la recomendación.

Este cuadro tiene como objetivo facilitar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones de este estudio.

EJE	PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES	NIVEL	RESPONSABLE
Rectoría y Gobernanza	1. Fortalecimiento del PNS en lo relativo a la dirección estratégica de la respuesta al VIH, las capacidades técnico-científicas y normativas, así como en el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones nacionales desarrolladas por cualquier institución en el país, tal como lo establece el PEN 2006-2010 y otros documentos rectores.	Político y Legal	Congreso de la República de Guatemala
	2. Reforzamiento y desarrollo del componente de cobertura nacional. Esta ampliación de cobertura debe hacerse afianzando las capacidades de conducción, orientación y coordinación de las múltiples instituciones que trabajan en el tema, para optimizar la efectividad e impacto de las intervenciones.	Estratégico	MSPAS
	3. <input type="checkbox"/> El marco legal y las políticas que sustentan el trabajo en VIH/sida deben considerar de forma explícita las diferencias de género y tener un enfoque de derechos humanos, que responda a los instrumentos internacionales, particularmente a las Directrices Internacionales sobre VIH y Derechos Humanos a fin de promover la creación de un contexto social libre de prejuicios y discriminación hacia las personas afectadas por la epidemia y los grupos en riesgo.	Político y Legal	Congreso de la República de Guatemala
	4. <input type="checkbox"/> Promoción, orientación y viabilización de la participación del Estado y de la sociedad civil en las acciones para el control de la epidemia, las que desde 2005 se reconocen como prioridad nacional; y, para ello, debe obtener el apoyo de todos los actores nacionales relevantes, en especial de los altos niveles políticos.	Estratégico	Estado y Sociedad Civil
	5. <input type="checkbox"/> Alineamiento de la cooperación externa con los planes y estrategias nacionales, lo que en la actualidad reviste muchas debilidades.	Estratégico	MSPAS y PNS
	6. <input type="checkbox"/> Establecimiento de mecanismos para la rendición de cuentas orientadas al control de las contribuciones de fuentes internacionales y nacionales para el trabajo en VIH/sida, a fin de comprobar que las inversiones se están haciendo de forma efectiva y enmarcadas en el PEN.	Operativo	MSPAS y PNS
Financiamiento y aseguramiento	1. Revisión de la organización de la respuesta y del modelo de atención para el planteamiento de una respuesta sostenida.	Estratégico	MSPAS y PNS
	2. Financiamiento de las atenciones tanto básicas como integrales al VIH/sida con fondos nacionales y cuando sea pertinente, complementarla con recursos internacionales, por ello es urgente incrementar el gasto nacional público de este componente.	Político y Estratégico	Congreso de la República de Guatemala y MSPAS
	3. Introducción de mecanismos para reducir costos y optimizar el gasto de provisión sin afectar la calidad y la disponibilidad de servicios al VIH. Una opción a esto es la reasignación de recursos vinculados a un modelo integrado de reducción de costos en las intervenciones actuales.	Estratégico y Operativo	MSPAS y PNS
	4. Desarrollo y aprobación de un marco legal y de derechos humanos que ofrezca las garantías esenciales para empoderar a los ciudadanos en la exigencia de las atenciones y resguarde el ejercicio del derecho a la salud garantizando la respuesta de los servicios así como el acceso universal y real a la atención.	Legal	Congreso de la República de Guatemala y PDH
	5. Reconocimiento que una acción clave para lograr una respuesta sostenida será dar una mayor prioridad a las intervenciones de prevención entre las personas no infectadas y la incorporación de las intervenciones pertinentes, como parte de la atención integral, a la persona con VIH para que asuma un rol activo y responsabilidad en la interrupción de la transmisión del virus.	Estratégico	PNS

EJE	PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES	NIVEL	RESPONSABLE
Organización y provisión de servicios	1. Proveer servicios de atención con la adecuada complejidad según nivel y el enfoque de atenciones según etapa de vida.	Estratégico	MSPAS
	2. Priorizar las actividades preventivas en todo el país y facilitar el tamizaje de VIH para todas las poblaciones en riesgo	Estratégico	MSPAS
	3. Ofrecer cobertura universal con servicios de atención para VIH/sida, en forma descentralizada, con equidad y calidad, teniendo como eje la priorización de las poblaciones más vulnerables	Estratégico	MSPAS
	4. Tener estándares de calidad para la atención integral en VIH/sida/ITS/sifilis congénita, a fin de garantizar la calidad de la atención.	Técnico y normativo	MSPAS
	5. Trabajar por el control y extinción del estigma, la homofobia, la discriminación y el maltrato, particularmente por parte del personal de los servicios de salud, para lo cual se recomienda reforzar las capacidades de las instituciones de defensa de los derechos humanos en relación con el VIH, incluyendo las instituciones supervisoras de los servicios de salud	Político	MSPAS
	6. Para la provisión de atenciones que no requieran necesariamente especialización, que éstas sean desarrolladas por el personal no especializado de cada establecimiento, dentro de su rutina, debidamente capacitado; y no especializar personal en las acciones que no lo requieran.	Técnico	MSPAS
	7. Aseguramiento para que las DAS, como administradoras y ejecutoras de la red de servicios, los distritos y hospitales nacionales, hagan uso de su delegación para prever en sus planes operativos anuales (POA) metas, objetivos y actividades concretas en el tema de ITS/VIH/sida/PTMH y el respectivo financiamiento. Tal programación debe responder a los contextos locales e institucionales de las DAS.	Estratégico	MSPAS
	8. Establecer en el proceso de descentralización los mecanismos que faciliten la participación de los usuarios en la evaluación regular de los servicios que prestan atención al VIH, a fin de monitorear la calidad, ajustar los horarios de atención y disminuir los tiempos de espera, especialmente para el sistema de referencia.	Político	SIAS Y MSPAS
	9. Efectuar una reorganización de los servicios de salud en base a categorías administrativas y otras derivadas de sus responsabilidades y objetivos, que le den mayor racionalidad y efectividad a su quehacer	Estratégico	SIAS Y MSPAS
	10. Fortalecimiento de la capacidad instalada de los servicios de salud para el desarrollo de todas sus acciones, con priorización de las medidas preventivas específicas, según grupo de riesgo, como medida esencial para el control de la epidemia.	Estratégico	PNS Y MSPAS
	11. Revisión del proceso de asesoramiento y supervisión de las áreas de salud y hospitales, para mejorar el desarrollo de actitudes y la creación de aptitudes en el personal a fin de priorizar el tema de VIH, asegurar la disponibilidad de financiamiento y proveer atenciones y servicios según lo establecido por el Programa y las necesidades poblacionales e institucionales locales.	Técnico y normativo	SIAS Y MSPAS
	12. Promover en la línea de las APS, el enfoque intercultural y multilingüístico.	Político y estratégico	MSPAS
	13. Incrementar la coordinación entre los programas de VIH/sida con salud materna, salud reproductiva y tuberculosis, para expandir cobertura y hacer un uso más racional de los recursos.	Político y estratégico	DRPAP
	14. Mejorar la provisión de insumos y la capacidad técnica necesaria en todas las unidades donde exista atención para el parto. Cuando no haya capacidad técnica para el procesamiento de pruebas, se debe asegurar la referencia a otro establecimiento.	Estratégico	MSPAS
	15. Es necesario protocolizar, a nivel nacional, el manejo de la paciente HIV positiva, que llega a atención de parto sin haber tenido control prenatal previo.	Técnico y normativo	PNS Y MSPAS
	16. Desarrollo de programas específicos dirigidos a hombres adultos jóvenes y de mediana edad, ya que éstos, por diversas razones, suelen tener mayor exposición a factores de riesgo. Se debe asegurar la plena participación de estos grupos en el desarrollo de los planes y programas.	Estratégico y técnico	PNS Y MSPAS
	17. Fortalecimiento de los procesos de capacitación de miembros de la comunidad y representantes de organizaciones de la sociedad civil, bajo la dirección y coordinación del PNS.	Estratégico	PNS
	18. Los procesos de IEC-CCC deben garantizar la unidad y coherencia de mensajes, evitar disonancias y contradicciones, estar basados en teorías de cambio de comportamiento, fundamentadas en evidencia científica y tener enfoque de derechos y equidad de género.	Técnico	PNS
	19. Apoyo a la propuesta de reforma de la ley de VIH/sida, que establece, en su artículo 13, que se debe tener en cuenta la laicidad del Estado a la hora de impartir educación sexual en las escuelas, lo que contribuirá a impulsar la prevención basada en la evidencia, sin prejuicios ni sesgos de orden religioso; y establece, además, que esta educación deberá tener en cuenta el respeto a los derechos humanos.	Político	CONASIDA
	20. Se deben desarrollar, estandarizar y hacer ampliamente disponibles para su aplicación, protocolos unificados de tratamiento. Además debe ser supervisada por el PNS y las instancias nacionales y departamentales la aplicación correcta del protocolo y su cumplimiento.	Técnico y normativo	PNS
	21. Se considera necesario mejorar el diagnóstico etiológico de las ITS, para complementar el diagnóstico realizado a través del manejo sindrómico de las mismas, así como entrenar y estandarizar al personal de salud en la aplicación de este enfoque.	Estratégico y técnico	LNS, PNS Y MSPAS
	22. En relación a la identificación de genotipo en los casos de sida, que facilite el tratamiento de rescate, se recomienda aprovechar las capacidades de referencia regional del laboratorio del Instituto Gorgas de Panamá, para el envío de muestras.	Estratégico	MSPAS

EJE	PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES	NIVEL	RESPONSABLE
Recursos Humanos	1. Favorecer el ejercicio de la supervisión capacitante, integrada al desarrollo teórico pertinente	Estratégico y técnico	PNS y SIAS
	2. Incorporación de los temas de ITS/VIH/sida en los contenidos curriculares, tanto de programas técnicos, como universitarios, así como reforzar la educación de la población para el control de ITS/VIH/sida, en base a la provisión de información objetiva, científicamente fundamentada y adecuada para las poblaciones y grupos meta, acompañada de procesos de aprendizaje interactivo, orientados al desarrollo de destrezas y actitudes necesarias para enfrentar la epidemia. □	Técnico y estratégico	PNS y universidades
	3. Incremento del personal, el cual se considera insuficiente para cumplir con sus responsabilidades. Tal aumento debe estar fundamentado en un proceso de planificación que, a partir de la información epidemiológica nacional y en base al conocimiento concreto de la epidemia y las metas y actividades del PEN, estime las necesidades y tipos de recursos humanos necesarios para el país, considerando su distribución equitativa por niveles de atención y grupos en riesgo en el país. □	Estratégico y político	SIAS y MSPAS
	4. Asegurar que el personal efectúe la provisión de servicios guiado por el derecho a la salud, la no discriminación, el enfoque de género, la privacidad y confiabilidad y la participación activa de los usuarios, para lo cual se deben diseñar e implementar políticas explícitas y estándares cuantitativos/cualitativos, de cumplimiento obligatorio por el personal. □	Político	MSPAS
	5. Aseguramiento de los recursos externos destinados al financiamiento de los recursos humanos en ITS/VIH/sida sean incorporados directamente al presupuesto nacional e invertidos en tal actividad, bajo su dirección.	Político	UDAF
	6. Desarrollo de la carrera profesional para el trabajador sanitario, como un elemento esencial para optimizar la atención general al usuario, la cual debiera no sólo contribuir a la solución de los problemas de competencia y actitud del personal, sino también a controlar su excesiva rotación y mejorar su estabilidad laboral y disponibilidad. □	Estratégico	MSPAS
Medicamentos y tecnologías	1. Elaboración de una Política Nacional de Medicamentos que exprese y priorice las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico con el fin de asegurar el acceso, calidad, eficacia, seguridad y uso racional de los medicamentos	Político y estratégico	MSPAS
	2. Actualización del marco legal vigente relacionado con la vigilancia de la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos para que la autoridad pueda cumplir con su responsabilidad de garante de la calidad y el usuario tenga confianza que los medicamentos cumplen con los estándares esperados	Político y estratégico	MSPAS
	3. Es urgente la actualización de los protocolos de atención a personas VIH/SIDA, Mujer embarazada y Niño los cuales datan del 2005, para ello se recomienda trabajarlos conjuntamente con todas las instituciones involucradas en la atención; para esto debe tomarse como referencia las recomendaciones de la OPS/OMS. Además se recomienda la unificación de la Guía de Atención elaborada por el IGSS en el 2009 con los protocolos nacionales, los cuales debieran de ser de uso nacional. □	Técnico y normativo	PNS
	4. Debido que en Guatemala cuenta con regulación en propiedad intelectual más restrictiva que puede afectar el acceso a medicamentos ARV se recomienda revisar y establecer medidas como las recomendadas en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. □	Político	PNS y MSPAS
	5. Establecer un programa específico de reporte de reacciones adversas y otros problemas relacionados con medicamentos que reciben los pacientes con VIH/SIDA	Estratégico	PNF y PNS
	6. Se recomienda la elaboración de un plan de trabajo para garantizar el uso racional de medicamentos en pacientes con VIH/SIDA que defina acciones para el prescriptor y otro personal de salud involucrado en la dispensación del medicamento y aquellas dirigidas al usuario para favorecer el buen uso de los medicamentos y su adherencia. □	Estratégico	PNS

EJE	PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES	NIVEL	RESPONSABLE
Bancos de sangre	1. En lo relativo a la organización y el trabajo de los bancos de sangre, se recomienda implementar las siguientes medidas: a) Implementar la estrategia de regionalización de los bancos de sangre, a fin de asegurar la calidad de la sangre y sus componentes. b) Desarrollar, en forma urgente, un sistema de información único digitalizado para la red de bancos de sangre, que sirva para nutrir la información del PNS y permita la trazabilidad de los donadores. c) Institucionalizar un sistema de referencia y respuesta de los donantes rechazados permanentemente y los seropositivos para VIH, para lo cual se recomienda elaborar, un flujograma o algoritmo para el personal de los bancos de sangre, con la información completa de pasos a seguir con el donante seropositivo en VIH y los centros de referencia a donde se pueda enviar. d) Para el mejoramiento de la calidad de la sangre se deben hacer mayores esfuerzos para oficializar e institucionalizar la estrategia nacional de promoción de la donación voluntaria de sangre. e) Hacer un mayor fraccionamiento de la sangre y sus componentes, para darle un uso más racional a la misma.	Estratégico	PNMT y BS
	2. Fortalecimiento del recurso humano del Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, tanto a nivel técnico como de liderazgo gerencial. □	Político y Estratégico	PNMT y BS
	3. Elaboración e implementación de una Política Nacional de Bancos de Sangre y la activación inmediata de la Comisión Nacional de Medicina Transfusional, con la participación de todos los sectores implicados, para la actualización de las normas y estándares y la vigilancia por su aplicación en todos los bancos de sangre del país, estatales y privados.	Político	MSPAS
Sistemas de información y vigilancia	1. Sistematización de los procesos de recolección y análisis de la información epidemiológica sobre ITS/VIH/sida en todo el país, en lo relativo a su incidencia y prevalencia, según grupo de riesgo y por variables específicas, que garantice la cobertura nacional y calidad de la información.	Estratégico	CNE
	2. Vigilancia rigurosa del cumplimiento de la obligatoriedad de reportar al MSPAS todos los casos identificados de ITS/VIH/sida, tanto en instituciones estatales, como en no-gubernamentales y privadas.	Técnico y Estratégico	USME y CNE
	3. Establecimiento, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, de una vigilancia y análisis permanente de la mortalidad por sida, según variables pertinentes	Técnico y Estratégico	MSPAS
	4. Asegurar que toda la información sea recibida y procesada por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS, de acuerdo a normas nacionales para la notificación y establecer los nexos correspondientes entre el SIGSA, la Dirección de Epidemiología del MSPAS y el PNS	Técnico y Estratégico	SIGSA y PNS
	5. Diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación, que sea permanente y comparable en el tiempo, que garantice el registro y análisis adecuados y oportunos de factores de riesgo, así como la vigilancia de la incidencia, prevalencia y mortalidad por ITS/VIH/sida en los diversos grupos étnicos y sociales del país y oriente la aplicación estratégica de esta información	Técnico	CNE y PNS
	6. Disponer de un equipo humano competente para el buen desarrollo de los sistemas de información y vigilancia y el análisis epidemiológico.	Estratégico	CNE y MSPAS
	7. Plan nacional de difusión de la información, dirigido a que todas las instituciones y niveles que trabajan en ITS/VIH/sida, utilicen dicha información en la planificación local e institucional y en el diseño de políticas.	Estratégico	MSPAS
	8. Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación.	Técnico y Estratégico	CNE y PNS
Derechos Humanos	1. Considerar la revisión de la Ley de VIH para dar acceso a la prueba voluntaria a los menores de 18 años, sin requerir consentimiento de un tutor, de forma que se pueda asegurar una mejor protección de su derecho a la salud.	Político	CONASIDA
	2. Institucionalizar el tema de VIH y DDHH a partir del desarrollo de actividades de abogacía ante la IPDH para la constitución de una defensoría que de atención y priorice las acciones asociadas a esta temática a nivel de país	Político y Estratégico	PDH
	3. La uniformidad de los protocolos de atención a personas con VIH, también es un instrumento de protección a los Derechos Humanos, de forma que no pueda haber personas favorecidas con protocolos que proporcionen un tratamiento de mayor calidad. □	Estratégico	PNS
	4. Deben promoverse campañas masivas contra el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y hacia los grupos más afectados, especialmente hacia los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras del sexo. □	Político	PNS
	5. Promoción del cumplimiento de las funciones del CONASIDA en lo que se refiere a foro para la participación intersectorial en el diseño y ejecución de las políticas públicas sobre VIH/sida	Político	Vicepresidencia de la República
	6. Considerar la reforma del artículo 63 Código de Trabajo, que podría interpretarse a favor de una permisividad de la prueba para acceder a un puesto de trabajo, lo cual vulneraría disposiciones internacionales para la protección de derechos fundamentales	Político	Congreso de la República de Guatemala
	7. Deben ampliarse los esfuerzos de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento hacia la población no hispanohablante, de forma que se beneficien en igual medida que la población hispanohablante. □	Político y Estratégico	PNS



ANEXOS



ANEXO I

Áreas y establecimientos de salud visitados

ÁREAS	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTOS
Quetzaltenango	Quetzaltenango	Área de Salud
		Hospital Robles (coinfección TB-VIH)
		Quetzaltenango (Hospital AI para PTMH y Pediatría)
	Coatepeque	Hospital Juan José Ortega (AI para PV, PTMH y Pediatría)
		Centro de Salud (AI para ITS)
		Proyecto Vida (Prevención en PV)
Izabal	Puerto Barrios	Hospital de la Amistad Japón-Guatemala (AI para PV y PTMH)
		Hospital Elisa Martínez (AI Pediatría)
		CS Puerto Barrios
		Proyecto Vida (Prevención en grupos en contexto de vulnerabilidad Migrantes, TS, HSH)
		Área de Salud
Totonicapán (Area no intervenida)	Totonicapán	Área de Salud
		Hospital de Totonicapán
		CS de Totonicapán
Quiché (Area no intervenida)	Santa Cruz del Quiché	Área de Salud
		Hospital Nacional de Santa Elena
		Centro de Salud Santa Cruz

ÁREAS	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTOS
Escuintla	Escuintla	Área de Salud
		Fundación Barcelona (Prevención y AI para ITS)
		Hospital Nacional de Escuintla
		Centro de Salud de Escuintla
Petén Norte	San Benito	Área de Salud
		Hospital de San Benito
		Centro de Salud de Flores (PTMH y AI para las ITS)
		Gente Positiva Prevención TS, HSH y PV, AI, ITS en grupos en contexto de vulnerabilidad TS, HSH)
Guatemala Central	Guatemala	Área de Salud
		Hospital Roosevelt (AI para PTMH y PV) (maternidad no representa a país)
		Fundación Marco Antonio (AI para ITS y PV, Cuidados paliativos, prevención para grupos en contexto de vulnerabilidad TS, HSH)
		Centro de ITS, zona 3 (AI para ITS)
		Maternidad Amparo zona 7 (PTMH)
		IGSS Gerencia de Servicios Médicos
		IGSS (maternidad Pamplona (AI PTMH),
		IGSS Infectología zona 7 (AI para PV),
		IGSS pediatría zona 9 (AI para niños)
		ASI (Prevención y AI ITS en grupos en contexto de vulnerabilidad TS, TSH)

ANEXO II

Personas entrevistadas

- Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre
Ernesto Choc.
- Centro de ITS
Jeannette Ochomogo, Directora.
- Programa de Cáncer, Programa Nacional de Salud Reproductiva
Erick Álvarez, Coordinador.
- Programa de Nutrición
Virginia Moscoso, Coordinadora
- Centro Nacional de Epidemiología
Judith García
- SOSEP/CONASIDA
Alma Maldonado
Catalina Muñiz
- Procuraduría de los Derechos Humanos
Johanna Castillo
- ONUSIDA
Pilar Marin, Coordinadora de Proyecto
- Asociación Gente Nueva
Hugo Valladares, Representante

ANEXO III

Participantes en la evaluación

Viceministerio de Hospitales

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

- Roberto Santizo, Asesor

Programa Nacional de ITS, VIH, Sida

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Mariel Castro, Directora del Programa Nacional de ITS, VIH, Sida
- Ilcia Rebeca García M, Coordinadora Unidad de Orientación
- Juan Fernando Palacios M, Coordinador de la Atención Integral
- José Mérida Marroquín, Encargado de Monitoreo de Procesos de IEC
- Perla Urzúa, Coordinadora de Monitoreo y Evaluación
- Fabiola Chen, Coordinadora Transversales
- Rosemary Beltrán, Coordinadora MEGAS
- Fernando Robles, Coordinador Normas ITS
- Oscar Godoy, Coordinador IEC
- Claudia Samayoa, Coordinadora Proyecto
- Miguel Tó, Coordinador de las Unidades de Coinfección TB/VIH y de la Unidad de PTMH

Sistema Integrado de Atención en Salud, -SIAS-

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Carmina Reynosa, Asistente Técnico
- Rodolfo Zea, Supervisor

Enlace entre Visión Mundial y el Programa Nacional de ITS, VIH, Sida

- Marco Antonio Mena, Coordinador

ONUSIDA, Guatemala

- Pilar Marin, Coordinadora de Proyecto ONUSIDA - Holanda
- Pablo Moreira, Consultor Nacional de Monitoreo y Evaluación del Proyecto ONUSIDA - Holanda
- Beatriz Hernández, Consultora Nacional - Analista de Programas
- Patricia Rivera, Asesora de MyE
- David Ruiz, Oficial de Comunicación
- Andrea Luque, Asistente de Comunicación

USAID/PASCA, Guatemala

- Fernando Cano, Representante de País

UNICEF

- Arletty Pinel, Consultora

OPS/OMS Sede

- Mario Cruz Peñate, Asesor Fortalecimiento Sistemas de Salud
- Matilde Pinto, Asesora Principal Economía y Planificación en Salud
- Rafael Mazín, Asesor Regional en Prevención y Atención de VIH y sida

OPS/OMS Subregión Centroamérica

- María Dolores Pérez Rosales, Asesora Subregional de ITS, VIH y sida
- Diego Postigo, Asesor DDHH y VIH
- Víctor Mejía, Asesor Temporal en Vigilancia Epidemiológica
- Elsa Palou, Asesora Temporal en Tratamiento y Cuidado

OPS/OMS-Guatemala

- Fernando Amado, Asesor Salud Familiar y Comunitaria
- Karelía Ramos, Consultora Nacional de ITS, VIH y Sida
- Rigoberto Centeno, Asesor Sistemas y Servicios de Salud
- Ana Cecilia Escobar, Consultora Nacional de Salud de Adolescentes
- Lily Caravantes, Consultora Género y Etnia
- Miguel Garcés, Consultor

ANEXO IV

Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos

Primera directriz

Los Estados deberían establecer un marco nacional efectivo para responder al VIH y sida, que permita una actuación coordinada, participativa, transparente y responsable que aplique las funciones de política y programas sobre el VIH y sida de todas las ramas del gobierno.

Segunda directriz

Mediante apoyo político y financiero, los Estados deberían procurar que se consulte a las comunidades en todas las fases de la formulación de la política y la ejecución y evaluación de los programas relativos al VIH y al sida, y que las organizaciones de la comunidad puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y derechos humanos.

Tercera directriz

Los Estados deberían analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH y sida, para que las disposiciones sobre las enfermedades de transmisión casual no se apliquen indebidamente al VIH y sida y que estas disposiciones concuerden con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Cuarta directriz

Los Estados deberían reexaminar y reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de derechos humanos y que no se apliquen indebidamente a los casos de VIH y sida ni se utilicen contra los grupos vulnerables.

Quinta directriz

Los Estados deberían promulgar o robustecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a los grupos vulnerables, las personas con el VIH y sida y los discapacitados, velar por el respeto de la vida privada. La confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles prontos y eficaces.

Sexta directriz

Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles.

Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH y sida,

incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas.

Los Estados deberían tomar estas medidas tanto en los niveles nacionales como internacionales, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.

Séptima directriz

Los Estados deberían aportar y apoyar los servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con el VIH y sida, facilitar asistencia jurídica gratuita para ejercer esos derechos, ampliar el conocimiento de las cuestiones jurídicas que plantea el VIH y utilizar, además de los tribunales, otros medios de protección como los ministerios de justicia, defensores cívicos (Ombudman), las oficinas de denuncias sanitarias y comisiones de derechos humanos.

Octava directriz

En colaboración con la comunidad y por conducto de ella, los Estados deberían fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades causantes de esa vulnerabilidad mediante el diálogo con la comunidad y en particular mediante servicios sociales y de salud especiales y apoyando a los grupos de la comunidad.

Novena directriz

Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH y sida en actitudes de comprensión y aceptación.

Décima directriz

Los Estados deberían velar por que el sector público y el privado generen códigos de conducta sobre las cuestiones del VIH y sida que concierten los principios de derechos humanos en códigos de deontología profesional, dotados de procedimientos para aplicar y hacer cumplir esos códigos.

Undécima directriz

Los Estados deberían crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH, en particular los de las personas que viven con el VIH, sus familiares y sus comunidades.

Duodécima directriz

Los Estados deberían cooperar a través de todos los programas y organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el ONUSIDA, para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de los derechos humanos en esta materia y establecer procedimientos eficaces para proteger los derechos humanos en el contexto del VIH en el plano internacional.

ANEXO V

Resumen de leyes relacionadas con la salud y la respuesta nacional al VIH y sida⁸¹

No.	TIPO	NOMBRE	RELACION CON SALUD
		Constitución política de la república de Guatemala	Reconoce la primacía de la persona humana como sujeto y fin del orden social; reconociendo a la familia como génesis primario y fundamental de los valores espirituales y morales de la sociedad y del estado como responsable de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, como garantía del derecho fundamental de goce de la salud, sin discriminación alguna.
Decreto 90-97	Decreto	Código de salud	Regula el derecho que todos los habitantes de la república tienen a la redención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, sin discriminación. Garantiza la rectoría del ministerio de salud pública y asistencia social.
Acuerdo 115-99	Acuerdo gubernativo	Reglamento orgánico del ministerio de salud Pública y asistencial social	Regula la organización y funciones del ministerio de salud pública y asistencia social y sus dependencias.
Decreto 27-2002	Decreto	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	Declara la infección por el virus de inmunodeficiencia humana- VIH- síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA- como un problema social de urgencia nacional. Regula el rol y funciones de los diferentes actores relacionados con la respuesta nacional al VIH.
Decreto 317-2002	Decreto	Reglamento 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	Regula la aplicación y operación del decreto 27-200: 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
638-2005	Política Pública	Política Pública 638-2005 Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual - ITS y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida -sida-	Define la política de estado con respecto a la respuesta nacional al VIH y a la prevención de ITS.
Decreto 295	Decreto	Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-	Regula la organización y funciones del IGSS.
Decreto 07-2007	Decreto	Ley de regulación del ejercicio de la enfermería.	Regula el ejercicio de la enfermería en la república de Guatemala
Acuerdo 376-2007	Acuerdo gubernativo	Reglamento para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud.	Regula los mecanismos y los procedimientos para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud.
Decreto 87-97	Decreto	Ley de servicios de medicina transfusión y bancos de sangre	Declara de interés público todas las actividades relacionadas con la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y manejo de sangre humana y sus componentes derivados. Crea y organiza "Comisión Nacional de servicios de medicina transfusión y bancos de sangre", como un panel de asesores que desarrollará los estándares y procedimientos técnicos para la administración sanitaria de sangre. Describe la composición y las funciones de la comisión. Deroga el decreto 27-95 del congreso de la república.
Acuerdo 43-98	Acuerdo ministerial		Crea la comisión nacional de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre. Su organización está prevista en el artículo 3 del decreto 87-97 del congreso de la república.

⁸¹León, Laura. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH en Guatemala. USAID, 2008.

No.	TIPO	NOMBRE	RELACION CON SALUD
Acuerdo 75-2003	Acuerdo gubernativo	Reglamento de la ley de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre.	Acuerdo gubernativo 75-2003 del 30 de enero del 2003 emitido por el presidente de la república emite el reglamento de la ley de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre en el que se refiere a los estándares de calidad que deberán mantenerse tanto en las instalaciones como en el personal encargado de manipular la sangre, al mismo tiempo normará todo lo relativo a la administración, clasificación, acreditación y control de los servicios a medicina transfusional y bancos de sangre. Deroga al mismo tiempo el acuerdo gubernativo 145-2000 del 6 de abril del 2000. (37 ARTICULOS; PP2-4)
Decreto 64-98	Decreto	Reformas a la ley de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre	Modifica a los artículos 4 16 Y 20 del decreto 87-97 del congreso de la república, conocido como la ley de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre. Los cambios se refieren a la integración de la comisión nacional de servicios de medicina transfusional y bancos de sangre, funciones, definición de fraccionamiento de sangre y análisis para el diagnóstico de SIDA y otras enfermedades.
Decreto 87-2005	Decreto	Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planeación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva.	Tiene como objetivo asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleva entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.
Decreto 1441	Decreto	Código de trabajo	Regula los asuntos relacionados con la higiene y seguridad en el trabajo, las apelaciones de trabajo y la prevención social.
Decreto 3-85	Decreto ley	Ley del Instituto Nacional de Estadística	Garantiza la rectoría del INE para formular la política estadística nacional, así como planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades del sistema de estadística nacional.
Decreto 17-73	Decreto	Código penal	Regula los asuntos relacionados con los delitos contra la salud.
Decreto 106	Decreto ley	Código civil	Define la protección legal de la personal desde su concepción siempre y cuando nazca en condiciones de viabilidad.
Decreto 12-2002	Decreto	Código municipal	Desarrolla los principios constitucionales referentes a la organización, gobierno, administración funcionamiento de las municipalidades, siendo una de las principales competencias: velar por el cumplimiento y observaciones de las normas de control sanitario para garantizar la salud de los habitantes del municipio.
Decreto 42-2001	Decreto	Ley de desarrollo social	Crea el marco jurídico para implementar 74 los procedimientos legales y políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del estado, encaminada al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno.
Decreto 14-2002	Decreto	Ley general del descentralización	Desarrolla el deber constitucional del estado de promover en forma sistemática la descentralización económica y administrativa, para lograr un adecuado desarrollo del país, en forma progresiva y regulada, para trasladar las competencias administrativas, económicas, políticas y sociales del organismo ejecutivo al municipio, además instituciones del estado, en diversas áreas incluyendo de la salud.

No.	TIPO	NOMBRE	RELACION CON SALUD
Decreto 70-86	Decreto	Ley preliminar de regionalización	Organiza el territorio nacional en regiones de desarrollo, con el objetivo de descentralizar la actividad gubernamental.
Decreto 11-2002	Decreto	Ley de consejos de desarrollo urbano y rural	Regula la participación de la población maya, hinca y garífunas y la no indígena, en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de planificación democrática del desarrollo social
Decreto 32-2005	Decreto	Ley del sistema de seguridad alimentaria	Establece la política de seguridad alimentaria y nutricional de la república de Guatemala, dentro del marco de las estrategias de reducción de pobreza que se definan y de las políticas globales, sectoriales, en coherencia de la realidad nacional.
Acuerdo 351-2006	Acuerdo gubernativo	Modifica varios artículos del acuerdo gubernativo 12-99 del 17 de septiembre de 1999 que contiene el reglamento para el control sanitario de los medicamentos y productos afines.	Modifica varios artículos del acuerdo gubernativo 712-33 del 17 de septiembre de 1999 que contiene el reglamento para el control sanitario de los medicamentos y productos afines.

Estimación de niños infectados por exclusión y por oportunidades perdidas

Estimación de niños infectados por no cobertura de atención prenatal (año 2007)

Embarazos sin atención prenatal	240,000
Madres VIH+ sin ninguna prevención.....	1,920 (1)
Niños infectados. Perdidos por no cobertura de atención prenatal (2).....	576

(1) *Supuesto: 0.8% de prevalencia en la población general*

(2) *Supuesto: 30% de eficacia de la transmisión durante el embarazo, parto y lactancia.*

Estimación de niños infectados hijos de madres que reciben atención prenatal sin prueba de VIH (2007)

Embarazos con atención prenatal	160,000
Madres VIH+.....	1,280 (1)
Número de pruebas a embarazadas.....	47,000 (2)
Madres sin prueba.....	113,000
Madres VIH+ no identificadas	904 (1)
Niños infectados. Perdidos en el sistema por falta de prueba (3).....	271

(1) *Supuesto: 0.8% de prevalencia en la población general*

(2) *Reporte UNGASS 2007*

(3) *Supuesto: 30% de eficacia de la transmisión durante el embarazo, parto y lactancia.*

Estimación de niños infectados hijos de madres VIH+ que no reciben tratamiento

Madres VIH+ con prueba.....	376 (1)
Madres en tratamiento ARV.....	373
Madres VIH+ sin tratamiento ARV.....	3
Niños infectados. Perdidos por falta de tratamiento a la madre identificada VIH+ (2).....	1

(1) *Supuesto: 0.8% de prevalencia en la población general*

(2) *Supuesto: 30% de eficacia de la transmisión durante el embarazo, parto y lactancia.*