

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE
FINANCIAMIENTO Y GASTO
EN VIH/SIDA

GUATEMALA 1997/1998

José Antonio Izazola Licea / editor

Ricardo Valladares
Edgar Barillas



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
INSTITUCIÓN PRIVADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD



SIDALAC
Iniciativa Regional
sobre SIDA para
América Latina y el
Caribe



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



GSD CONSULTORES ASOCIADOS

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA
ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE FINANCIAMIENTO
Y GASTO EN VIH/SIDA
GUATEMALA 1997/1998

Primera edición, 2000

ISBN de la obra 968-5018-40-5
ISBN de este título 968-5018-42-1

Derechos Reservados
© Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan
14610 México, DF

Coordinación editorial: Victoria Castellanos, Javier Arellano
Diseño: Laura Novelo Q.
Producción: *Grafía*

Se autoriza la reproducción parcial o total
de la obra siempre y cuando se cite la fuente.
El libro completo o en partes se puede bajar
de Internet de la página Web de SIDALAC:
<http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad
exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de
vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC o las
instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Presentación

Con la celebración del Primer Seminario de Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en la Ciudad de México los días 15 y 16 de julio de 1999, se inició formalmente el proceso de estimación de flujos y gastos en VIH/SIDA en países de América Latina y el Caribe. La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en tanto su agencia ejecutiva, convocaron a esta reunión como parte de la serie de proyectos para definir el impacto económico del VIH/SIDA sobre los sistemas de salud. De ese momento a la fecha se han finalizado las estimaciones en cuatro países: Brasil, Guatemala, México y Uruguay; asimismo, se encuentran en proceso las estimaciones de flujos y niveles de financiamiento en VIH/SIDA en Honduras, Perú y República Dominicana. Finalmente, con financiamiento adicional de la Comisión Europea y fondos propios de SIDALAC, se finalizarán estimaciones en 13 países de América Latina y el Caribe.

SIDALAC es un proyecto financiado por el Banco Mundial a través de la cobertura técnica del Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) que intenta fa-

cilitar la formulación de política pública para la prevención eficaz de la transmisión del VIH y la atención adecuada de las personas que viven con el virus o con SIDA. El mayor énfasis de las acciones de SIDALAC es determinar el impacto económico de la pandemia y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Este proyecto denominado *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA* toma como base para su inicio las ventajas comparativas de FUNSALUD en tanto que existen antecedentes conceptuales y empíricos para su ejecución. En efecto, el Programa de Economía y Salud de la Fundación ha realizado un trabajo continuo, y de hecho funciona como centro de referencia, en el área de Cuentas Nacionales de Salud; por otro lado, SIDALAC es un programa dedicado a las políticas públicas en materia de VIH/SIDA para la región, y desde 1996 participó en un primer ejercicio de estimación del nivel de gasto en el tema para México en 1995.¹

La estimación del gasto se realiza mediante la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que consiste en un análisis sistematizado y bajo la estructura matricial de los flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de servicios del VIH/SIDA.

¹ Izazola-Licea JA, Jorge Saavedra, Jeffrey Protas, and Donald S. Shepard. 1998 "Expenditures on the treatment and prevention of HIV/AIDS in Mexico". In: *Confronting AIDS: Evidence from the developing world. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Martha Ainsworth, Lieve Franssen, Mead Over (Eds.). The European Commission and The World Bank, Washington, D.C., 1998.

La estructura de la estimación tiene dos componentes. El primero es un componente de gasto en salud, que incluye los recursos que se orientan en forma directa a la conservación y elevación de la salud de la colectividad y los individuos, en torno al VIH/SIDA. El segundo componente integra los gastos que apoyan este proceso pero que no son propiamente en salud. En este componente se incluyen los gastos en cabildeo, legislación, derechos humanos, discriminación, albergues y aspectos éticos.

En resumen, se espera incorporar los gastos en salud y sociales, tales como la calidad de vida y protección social de la población, en relación con el VIH/SIDA.

La toma de decisiones será más provechosa cuando se disponga de información diferenciada para el VIH/SIDA, a pesar de la dificultad de separar algunas acciones de las de control de infecciones sexualmente transmisibles.

La estimación de los gastos públicos se apoya fundamentalmente en elementos presupuestales. Sin embargo, los procesos de descentralización han incrementado la heterogeneidad de los registros en los diversos niveles de información, afectando también la disponibilidad de información y dificultando el análisis de doble contabilidad. La mayor debilidad de la estimación radica en el cálculo de gastos privados.

Los nuevos financiamientos de SIDALAC serán en las estimaciones del gasto descentralizado y el privado. Este ejercicio permite la identificación de flujos de financiamiento y gasto de acuerdo a la fuente del financiamiento, a los agentes financieros, y por instituciones prestadoras de servicios. También se pueden obtener estimaciones por tipo de servicio: preventivos o «curativos» (tanto ambulatorio como hospitalario); o por apertura del tipo de gasto (servicios personales, servicios generales, medicamentos, materiales y otros insumos, equipamientos e infraestructura).

De esta manera, los estimadores de flujo de financiamiento y gasto se convierten en el mejor indicador de la respuesta social orga-

nizada hacia la epidemia del VIH/SIDA desde la perspectiva de los sistemas de salud. Otros gastos fuera del sector no son contemplados en estos procesos de estimación, con lo cual se acepta de antemano la parcialidad de la información.

Sin embargo, al seguir un modelo sistematizado de contabilización de gastos en salud, en este caso dirigidos específicamente a la prevención, control y atención del VIH/SIDA, de las diferentes secciones de la sociedad, se convierte también en un instrumento para la planeación estratégica y el seguimiento de la implementación de dichos planes. De hecho, SIDALAC ha buscado, y obtenido, cooperación de la Red de Planeación Estratégica para América Latina y el Caribe en acciones sobre VIH/SIDA para la utilización de la información procedente de estos proyectos.

Es menester, no obstante, fortalecer los esfuerzos tendientes a la institucionalización de las estimaciones. Es decir, que bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias nacionales, o bien de los propios programas nacionales contra el SIDA, se desarrollen las estimaciones de Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en forma periódica y sistematizada; asimismo, es imperativo también que esta información sea dirigida al proceso de elaboración de política pública en la materia y en la toma de decisiones.

Ésta es, justamente, la meta que SIDALAC se ha propuesto cumplir para principios del año 2002: lograr que al menos veinte países de América Latina y el Caribe desarrollen estimaciones de flujos de financiamiento y gasto en materia de VIH/SIDA en forma sistemática siguiendo el modelo general de Cuentas Nacionales de Salud, en forma anual, y que sus resultados sirvan de monitoreo de la función pública y privada como indicador de la respuesta del país hacia el VIH/SIDA.

Se inicia con la publicación de los resultados de los primeros cuatro países la serie sobre Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en

América Latina y el Caribe. En adición, se publican simultáneamente varios otros documentos: la metodología de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, el análisis de los sistemas de salud y su respuesta ante el SIDA y un análisis comparativo de estos primeros cuatro es-

tudios de país. A continuación se publicarán los estudios de país a medida que se finalicen. Esperamos convertir esta serie de publicaciones de SIDALAC en lectura obligada para la formulación de políticas públicas y toma de decisiones en la materia.

José Antonio Izazola-Licea
Coordinador Ejecutivo
Iniciativa Regional sobre SIDA para
América Latina y el Caribe (SIDALAC)

Abreviaturas y siglas

ACSLs · Asociación Coordinadora de Sectores en Lucha contra el SIDA
CNS · Cuentas Nacionales de Salud
FUNSALUD · Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
GNVS · Gasto nacional en respuesta al VIH/SIDA
IGSS · Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MSPAS · Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG · Organización no Gubernamental
OPS · Organización Panamericana de la Salud
PASCA · Programa Acción SIDA de Centroamérica
PEA · Población Económicamente Activa
PVVS · Personas Viviendo con VIH/SIDA
SIDA · Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDALAC · Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe
TARV · Triple Terapia Anti-retroviral
VIH · Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

En este documento se presenta una caracterización del origen, la distribución y el destino del financiamiento en respuesta al VIH/SIDA en Guatemala. Los resultados de la estimación ponen en evidencia el importante desafío financiero que significa para el país encarar la epidemia. También demuestra que no sólo es importante el volumen de financiamiento, sino la efectividad de la asignación de fondos, la calidad de ejecución del gasto y la eficacia de la estrategia en la que se invierten los recursos.

En 1997, Guatemala gastó cerca de US\$6 millones en la atención del SIDA. El 40.2% se destinó a la atención hospitalaria, el 25.1% a promoción y prevención y el 21.2% a terapias anti-retrovirales (TARV). Menos del 2% se consumió en investigación y abogacía; a la administración correspondió el 10.2% del total.

El gasto fue ejercido por establecimientos públicos (56%) como el Ministerio de Salud (24.7%) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (31.4%). Las ONGs utilizaron alrededor del 26% y el sector privado canalizó el 18.2% de los recursos. El financiamiento provino principalmente de las empresas (37.3%) y los hogares (28%). El presupuesto público aportó el 25.6% y la cooperación externa el 9.1%.

La respuesta social en Guatemala es tan pequeña que las cifras anteriormente presentadas se ven influidas por el aporte de una casa farmacéutica que, como parte de un estudio de efectividad, proveyó TARV a 52 pacientes, en la clínica administrada por una ONG. En 1997, su participación representó el 35% del financiamiento de empresas, el 60% del consumo de anti-retrovirales y el 50% del gasto ejercido por ONGs.

A fines de 1997, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se decidió a proveer TARV a todo paciente en quien estuviera indicado el tratamiento, con cargo pleno al presupuesto de la institución. Ese año, dos

personas recibieron la triple terapia; al año siguiente, en 1998, el número subió a 200 pacientes, provocando saltos y desviaciones en diversos órdenes del monto y la composición del gasto nacional en respuesta al VIH/SIDA (GNVS).

Entre 1997 y 1998, el GNVs pasó de US\$6 a US\$11.9 millones, es decir, una variación de 204%. En el rubro de anti-retrovirales, el índice fue de 359%; en 1998 éstos llegaron a consumir el 38% del financiamiento total. El gasto combinado de los tratamientos ambulatorio y hospitalario constituyó un 32.4% y se destinó a la promoción, prevención y profilaxis el 15.3% de los recursos. El gasto en medicamentos varió de 32.1% en 1997 a 46% del gasto en 1998, y puede afirmarse que el financiamiento de este elemento de gasto tiende a ser uno de los mayores retos de la respuesta social al VIH/SIDA en Guatemala.

El IGSS, que se financia por medio de contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores del sector formal (un 25% de la PEA), canalizó en 1998 el 56.4% del gasto, mientras que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) agenció el 14.8%, para un total de participación de agentes públicos del 71.2%. Las ONGs ejercieron el 16.7% y el sector privado de la atención en salud captó el 12.2% de los recursos destinados a combatir el VIH/SIDA en Guatemala.

Desde una perspectiva financiera, existe una marcada especialización institucional frente al VIH/SIDA. De los gastos del sector público, se dirigieron a actividades de recuperación de la salud el 77% en 1997 y el 81% en 1998. Los gastos en investigación y abogacía/visibilidad fueron efectuados exclusivamente por ONGs, y obviando el estudio dirigido a 52 pacientes, más del 50% de los gastos en ONGs van a acciones de promoción y prevención. En el sector privado, la mayor percepción de recursos se dio en la venta de condones; aunque estos establecimientos tienen capacidad de respuesta para atención curativa, muy pocos pacien-

tes pueden afrontar privadamente los gastos. Por otra parte, se mantuvo restringido el acceso a la información de los prestadores privados.

El gasto del MSPAS durante 1997 y 1998 indica que la institución no había asignado la prioridad correspondiente al grado de desarrollo de la epidemia en el país. La inversión en promoción y prevención es mínima, la red diagnóstica es débil y el tratamiento que reci-

ben los enfermos de SIDA cubre a muy pocos de ellos, y únicamente en reacción a infecciones oportunistas.

El IGSS, por su parte, deberá desplegar en breve plazo una estrategia para contener la epidemia entre sus afiliados, pues la decisión de proveer tratamientos anti-retrovirales requiere en complemento una sólida estrategia preventiva.

Introducción

El SIDA es una enfermedad en rápida expansión que plantea serios desafíos a los sistemas de salud en todo el mundo, pues tiene la proporción y alcances de una pandemia global. Se estima que, a fines de 1998, existían 33.4 millones de personas viviendo con VIH/SIDA; de éstas, 1.4 millones se encontraban en Latinoamérica.(1) Desde su introducción en Guatemala, en 1984, el reporte de casos llega a 3,400 y hasta febrero del presente año habían ocurrido 589 defunciones por esta causa.(2)

El patrón de la epidemia es similar en países en desarrollo y en países industrializados: la transmisión ocurre principalmente por contacto sexual, entre hombres que tienen sexo con hombres, y por transmisión heterosexual. Sin embargo, cerca del 90% de las infecciones nuevas ocurre en países en desarrollo, donde es influida por y a la vez refuerza condiciones preexistentes de pobreza.

Por su rápida expansión y los altos costos de su tratamiento esta enfermedad compite en países en desarrollo por los recursos necesarios para atender las necesidades básicas más urgentes. Así, confrontar la epidemia rebasa la preocupación de las familias y las organizaciones civiles: es una importante cuestión de salud pública que, en ciertos casos, los gobiernos no encarar como tal.

Con la iniciativa de SIDALAC y el apoyo técnico de FUNSALUD, Guatemala participa en la caracterización de los flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, utilizando el enfoque metodológico de las Cuentas Nacionales en Salud. El esfuerzo pretende determinar la propiedad de aplicar este enfoque para el análisis del esfuerzo nacional frente al SIDA, y a la vez, generar base empírica para movilizar la atención de los centros de formulación de política en torno al grave desafío que la enfermedad ofrece desde las perspectivas humana, social y económica.

SIDALAC impulsa la ejecución de estudios sobre el financiamiento destinado a VIH/SIDA en países de América Latina y el Caribe, incluyendo además de Guatemala, a Brasil, Uruguay, México y más recientemente, a Honduras y República Dominicana.

Tales estudios se realizan en respuesta al doble desafío frente al SIDA. Por una parte, los países deben ejercer con mayor eficiencia el gasto en promoción, prevención, terapia anti-retroviral, atención ambulatoria y hospitalaria, investigación y cabildeo. Por otra parte, es necesario, en todos los países, un volumen mayor de recursos para financiar la respuesta al VIH/SIDA a un ritmo que supere el del crecimiento de la epidemia.

El informe presenta resultados de la estimación, y plantea las limitaciones encontradas en la búsqueda de imágenes claras y completas sobre la participación pública y privada en la financiación de las estrategias optadas frente al VIH/SIDA. En tal sentido, contribuye al diagnóstico de necesidades de fortalecimiento de los sistemas estadísticos y contables de salud en el país.

En Guatemala, la epidemia está en fase de consolidación, y aunque el número de casos reportados oficialmente se aproximaba, a fines de 1999, al número de 3,500, las fuentes autorizadas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) estiman que podría haber entre 5 y 10 personas portadoras del virus por cada caso detectado y confirmado por el sistema nacional de salud. Esto significa que, para 3,400 casos reportados en Guatemala, con un subregistro del 50% da un total de 5,100 casos acumulados. Aplicando esa proporción de subregistro, los fallecidos serían aproximadamente 1,500. Restando a los fallecidos de los casos acumulados (5,100 - 1,500) se obtiene una estimación de 3,600 personas viviendo con SIDA. Aplicando el parámetro de 5 a 10 casos de VIH por enfermo de SIDA, habría entre 18 mil y 36 mil personas viviendo con VIH en Guatemala.

La estimación del GNVS ha puesto en evidencia la fragilidad de los sistemas de información sanitaria y contable de las entidades públicas y privadas, que encuentran dificultad en relacionar la incidencia de la enfermedad, el volumen de servicios producidos, el tipo de recursos empleados y el gasto que tales consumos representan.

Las fuentes del estudio fueron los registros de ejecución presupuestaria, informes contables y otra documentación del MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). También se tuvo acceso a información financiera de las principales ONGs que trabajan en VIH/SIDA. Se condujeron entrevistas con personas clave dentro de las entidades incluidas en el estudio, cuyo aporte principal fue, además de precisar el contexto, trasladar su experiencia y contacto cotidiano como base para estimaciones y supuestos necesarios donde no se obtuvo información certificada.

Los próximos párrafos describen los principales hallazgos del estudio.

- El gasto nacional en VIH/SIDA fue de US\$ 6 millones en 1997 y US\$ 11.9 millones en 1998. Así, pasó del 1.5% a 3% del gasto nacional de salud.

- La principal fuente de financiamiento fueron las empresas (37.3% en 1997 y 43.6% en 1998), incluyendo aquí los aportes patronales a la seguridad social, las donaciones de medicamentos y pruebas de laboratorio que casas farmacéuticas efectúan, como parte de estudios de la efectividad de ciertos agentes farmacoterapéuticos, principalmente anti-retrovirales.

- La diversidad de agentes financieros y prestadores de servicios del sector salud no se refleja en el campo del VIH/SIDA. La respuesta institucional es pequeña y de corto alcance, aunque las entidades involucradas han establecido espacios de coordinación y gestión de recursos. El principal agente financiero fue el IGSS, que a partir de 1998 ejerce más del 50% del gasto nacional en VIH/

SIDA. Los recursos que capta como agente se dirigen hacia las propias instalaciones que el IGSS maneja en el rol de proveedor de servicios de salud.

- El papel de la cooperación externa es fundamental para hacer frente a la epidemia, toda vez que financia casi enteramente (98.9% en 1998) las acciones de promoción, prevención, investigación y diálogo político de las ONGs que trabajan en SIDA. Por su parte, estas entidades son las más activas en proveer información, educación y comunicación, así como en realizar actividades de profilaxis, prevención primaria y secundaria.

- La mayor parte del gasto, sin embargo, está consumiéndose en la atención hospitalaria y el tratamiento anti-retroviral de enfermos de SIDA (69.4% en 1998); aunque sólo se atiende un número pequeño de enfermos (86 en 1997 y 309 en 1998) y con terapias incompletas, el costo tan elevado de los medicamentos convierte la atención curativa en la función con mayor financiamiento captado y ejercido.

- Áreas clave de la estrategia contra el VIH/SIDA están, empero, subfinanciadas; entre ellas, la investigación y la presencia/diálogo político (juntas representan menos del 2%). Es importante que se ponga atención a estos vacíos, ya que ambas funciones son estratégicas para la movilización y el aprovechamiento adecuado de los recursos.

- Los datos relativos a gasto por rubro son resultado de estimaciones gruesas y se reconoce que podrían subyacer en ellas los sesgos derivados de subestimar la participación del personal y la infraestructura en la prestación de servicios. Bajo estas reservas se encontró que el gasto en medicamentos representó el 32.1% en 1997 y el 46% del gasto en 1998, y puede afirmarse que el financiamiento de este elemento de gasto tiende a ser el principal desafío en la respuesta social al VIH/SIDA en Guatemala. Le siguen en importancia (para 1998) los rubros de personal (19.6%), suministros (12.3%), y servicios generales (12.4).

· Desde una perspectiva financiera, el sector exhibe una marcada especialización institucional frente al VIH/SIDA. El 77% del gasto efectuado por el subsector público se dirigió a actividades de recuperación de la salud. Los gastos en investigación y abogacía/visibilidad fueron efectuados exclusivamente por ONGs, y obviando el estudio dirigido a 52 pacientes, el 50% de los gastos en ONGs van a acciones de promoción y prevención. En el sector privado, la mayor percepción de recursos se dio en la venta de condones; aunque los establecimientos privados tienen capacidad de respuesta para atención curativa, muy pocos pacientes pueden afrontar los costos; además, los prestadores privados restringen el acceso a la información.

La visión general de estos hallazgos sugiere que, en Guatemala, todavía no existe reconocimiento de la gravedad de la situación ni de la frágil condición del sistema de servicios de salud frente a la epidemia. El nivel de financiamiento es bajo, simplemente al estimar la demanda insatisfecha de atenciones preventivas o curativas, cuanto más de las actividades de información, educación y comunicación.

Dinámica y dimensiones de la epidemia

Contexto sociosanitario

Guatemala tiene casi 11 millones de habitantes; (3) dos quintas partes de la población pertenecen a uno de los 21 grupos etnolingüísticos del país considerados genéricamente bajo la denominación de “indígenas”. (4) El 75% de la población vive bajo la línea de la pobreza, y dos terceras partes habitan en centros poblados rurales, con poco acceso a servicios de salud, educación, comunicaciones y otros.

Prevalece una extrema inequidad económica. En 1989, Guatemala presentaba un índice de Gini (5) de 0.59. (6) Al utilizar el indicador de distribución del ingreso que compara el 20%

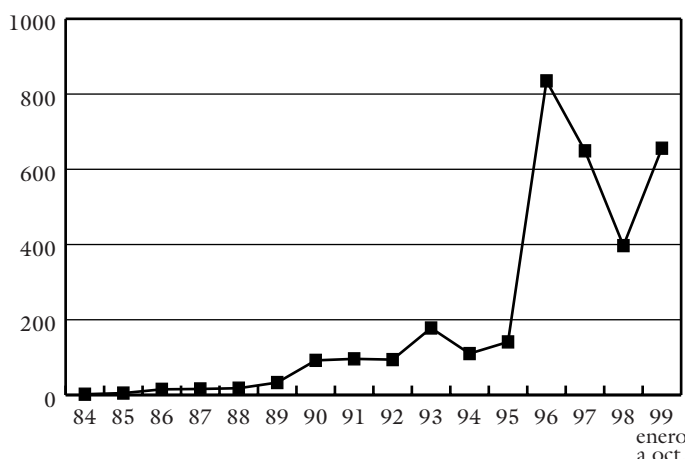
de la población de mayor renta con el 20% más pobre, Guatemala aparece, junto con Brasil, como el país menos equitativo de América Latina. El 20% de las familias capta el 63% de los ingresos, mientras que el 40 % solamente el 8% (7). La pobreza golpea más duramente a la población indígena: 91.3% de pobreza contra el 55.6% entre los no indígenas. (8)

La situación de salud es precaria. De cada mil niños que nacen, 54 mueren antes de cumplir su primer año de edad, y 14 fallecen antes de los 28 días. Aproximadamente el 70% de estas muertes son causadas por la diarrea, infecciones respiratorias agudas y desnutrición. A las enfermedades infecciosas y carenciales, que afectan a todos los grupos de edad, se suman las lesiones intencionales y no intencionales, asociadas a un rápido y desordenado crecimiento de la migración urbano-rural pero también por la recomposición social posterior a un conflicto armado que duró más de 30 años. Por otra parte, está creciendo la proporción de adultos mayores a la vez que aumentan en importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, creando proyecciones complejas en términos de demanda y costos de los servicios, que retan la capacidad de respuesta de las instituciones de salud.

Distribución y dinámica del SIDA

El SIDA en Guatemala se encuentra en fase de consolidación y las cifras de casos notificados indican un rápido crecimiento (figura 1). Los primeros dos casos surgieron en 1984; en 1989 había 65 casos acumulados; a fines de 1995 había más de mil casos acumulados, y cuatro años después, a noviembre de 1999, el número de casos acumulados había ascendido a 3,400. Hasta febrero de ese año habían ocurrido 589 defunciones. Más de la mitad de los casos se localiza en la región metropolitana del país, donde reside una quinta parte de la población.

Figura 1
Casos notificados de VIH/SIDA por año, 1984-1999

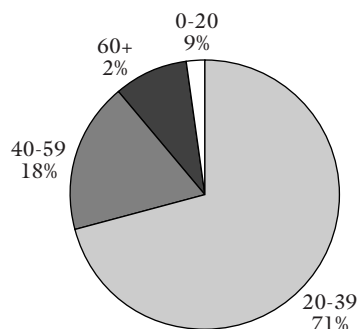


El número de casos notificados experimentó un repunte notable en 1996 (figura 1); ello podría reflejar progresos frente a las debilidades en la vigilancia epidemiológica que se traducen en subregistro. En particular, hubo entre 1992 y 1995 varias dificultades en la operación coordinada entre Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información del MSPAS, que al superarse, dieron por consecuencia la identificación masiva de “nuevos” casos. Fuentes autorizadas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) estiman que podría haber entre 5 y 10 personas portadoras del virus por cada caso de SIDA detectado y confirmado por el sistema nacional de salud; es decir, entre 18 y 36 mil personas viviendo con VIH.

Los grupos de edad más afectados corresponden a la fase económicamente productiva del ciclo vital, en particular el segmento entre los 20 y 49 años de edad (figura 2). Desde 1991 principió a crecer la participación del grupo de 15 a 19 años, principalmente femenino. Una explicación presentada es el aumento de la participación de adolescentes en el comercio sexual, pues según un estudio en trabajadoras del sexo (Elma Villatoro, 1993)

de un total de 600, el 38% estaba en el grupo de 14 a 20 años de edad. Por ocupación, datos de OPS (citados en AIDSCAP, 1994) indican que la exposición a riesgos de las trabajadoras sexuales en efecto se refleja en una mayor participación en los casos de VIH/SIDA.

Figura 2
Porcentaje de casos por grupo de edad



Las vías de transmisión se han diversificado. Actualmente, el 90% de los casos se debe a transmisión sexual; de éstos, se clasifica como

Figura 3
Porcentaje de casos según vías de transmisión entre 1984 y 1999

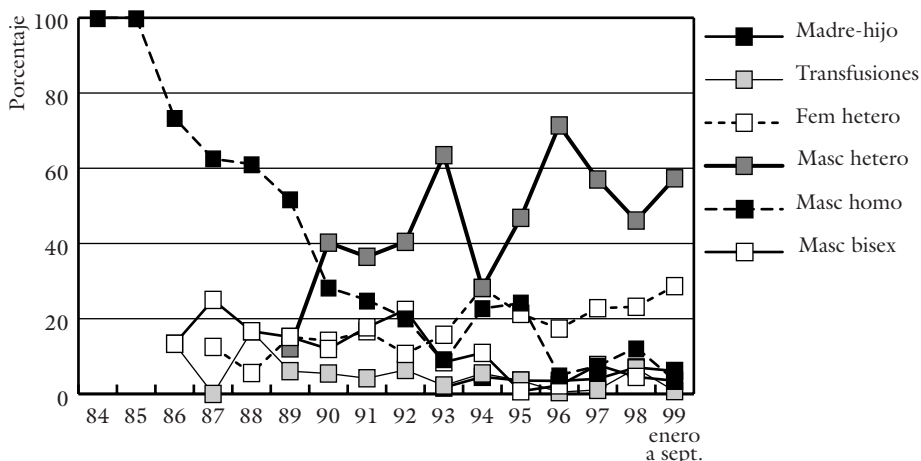
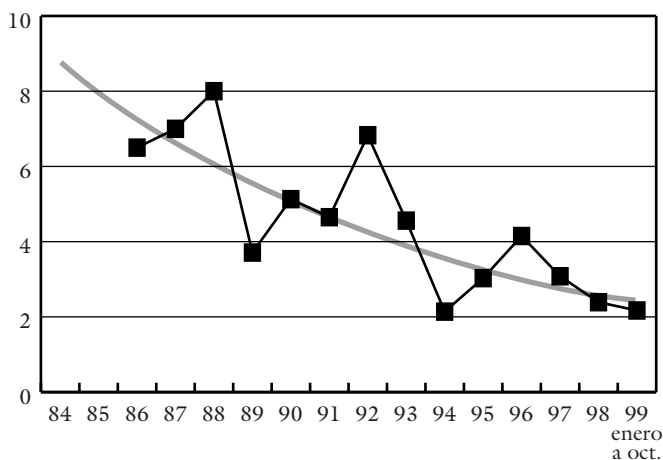


Figura 4
Razón de hombres por mujer en casos notificados de VIH/SIDA



heterosexual en el 82% de los casos y 18% ocurre en hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, el orden de aparición de estos mecanismos de contagio, dentro de los casos notificados, fue: 1) homosexual; 2) bisexual y por transfusión; 3) heterosexual femenina; 4) heterosexual masculina; 5) descendente madre-hijo (figura 3). Estas tres últimas son las más importantes en la actualidad.

La evolución de la epidemia en el país también exhibe participación creciente de mujeres entre la población afectada. La proporción hombre-mujer en casos acumulados es de 3:1, aunque entre los casos nuevos la proporción se aproxima a 2:1 (figura 4).

Por otra parte, las entidades públicas no registran la condición étnica de los usuarios; ello dificulta la comprensión de los patrones

socioculturales de la epidemia en el país. Sin embargo, la clínica especializada en VIH/SIDA de una ONG registró entre 1996 y 1998 la proporción de personas que se autoidentifican como de origen maya, percibiendo un aumento de 13% a 33%.

El crecimiento de la epidemia está asociado a varios factores que caracterizan al país desde hace muchos años, pero que se combinan para crear un potencial de expansión del VIH/SIDA. Entre ellos:

- Los patrones de migración masiva para el trabajo estacional, para asentamiento en áreas urbanas o en tránsito hacia otros países;
- Altos niveles de pobreza, desempleo, explotación y prostitución infantil;
- Diferencias culturales e inaccesibilidad cultural a servicios, principalmente entre la población indígena, a lo que se suma la fuerte influencia de las iglesias en las políticas gubernamentales y en las comunidades, objetando la educación sexual y la distribución de condones.
- La iniciación temprana de la actividad sexual, que se da en forma voluntaria entre los 11 y los 14 años; entre los varones, hay evidencia que un 42% tuvo su primer encuentro sexual con trabajadoras del sexo. Entre las mujeres está creciendo la iniciación entre los 7 y 10 años de edad, en forma involuntaria y como resultado del abuso de un pariente cercano. Se estima que un 86% de las trabajadoras del sexo fueron expuestas tempranamente a abuso sexual.
- El “machismo” se refleja en la amplia aceptación de la promiscuidad masculina, y la ausencia de decisión de la mujer en las relaciones sexuales: el uso de condón o la fidelidad de su pareja; en la estigmatización de los homosexuales que los expone a tratos crueles, persecución de las fuerzas de seguridad y en consecuencia, convierte sus actividades encubiertas en inaccesibles para la educación y prevención.

Respuesta social frente al SIDA

La epidemia del VIH/SIDA ha sido catalogada como un problema de urgencia nacional (Decreto 54-95 y punto resolutivo número 61-96); además, en la Cumbre de París del 1 de diciembre de 1994 los jefes de gobierno de 42 países (incluyendo Guatemala) identificaron la necesidad de actuar en forma inmediata. Sin embargo, la respuesta social es débil frente a la magnitud del problema. El SIDA sigue siendo tabú, y parece insuficiente la voluntad política de impulsar las acciones de salud pública para enfrentar la epidemia. Entre las prioridades de salud del país, emitidas por el Ministerio de Salud, la atención al SIDA aparece dentro del grupo de segunda prioridad.

A fines de 1998 se planteó una iniciativa de ley cuyo principal objetivo es crear el marco jurídico que permita contar con los mecanismos necesarios para la educación, la prevención, el control, la investigación, la vigilancia y la atención en materia de VIH/SIDA, todo esto enmarcado en el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos del paciente y los habitantes de Guatemala. Esta ley aún se encuentra en discusión. (9)

La Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, publicada en el Diario Oficial, (10) aún no se encuentra vigente. Los bancos de sangre, por iniciativa propia, someten la sangre y hemoderivados a los análisis necesarios para prevenir la contaminación con VIH.

El reglamento que regula la vigilancia y control de enfermedades de transmisión sexual limita el alcance de la actividad de vigilancia, al establecer que el comercio sexual está prohibido para menores de edad, embarazadas y extranjeras, facultando a los establecimientos de salud para denunciar a las trabajadoras del sexo de tales condiciones que se presenten a profilaxis sexual. También prohíbe la atención de mujeres bajo efectos de alcohol o drogas. La atención a trabajadoras del sexo es deshu-

manizada, pues el trato que reciben es acorde a la lógica de que se está protegiendo a sus usuarios, no atendiéndolas a ellas.

Instituciones y programas públicos y privados

El sector salud en Guatemala está compuesto por entidades públicas, no gubernamentales y privadas. Entre las públicas, encabeza el sector el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que atiende a población abierta. Funciona con fondos del gobierno central y recibe además aportes de cooperación externa. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), establecido para trabajadores y sus familias, recibe contribuciones obligatorias de empresas y hogares, pero tiene alcance limitado porque solamente cubre el empleo formal (25% de la PEA). Otros servicios públicos los reciben las fuerzas de seguridad: Sanidad Militar, para efectivos del Ejército, y el Hospital de la Policía Nacional.

Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) han experimentado un crecimiento inusitado desde la década de los setenta, aunque con una expansión importante durante la presente década. En salud, se estima que existen alrededor de 60 ONGs con dedicación específica al sector salud; la mayoría de éstas recibe fondos de cooperación externa y algunas incluyen en su funcionamiento la captación de donaciones de empresas, el trabajo voluntario y la recuperación de costos de los servicios entregados a los hogares.

En cuanto al sector privado, también existe un gran número de establecimientos, desde clínicas privadas, laboratorios y farmacias hasta hospitales de especialidades. Los seguros de salud y hospitalización son un segmento incipiente pero en rápida expansión.

Sin embargo, al tratarse de VIH/SIDA, el espectro se contrae bruscamente. En el sector público, al MSPAS y el IGSS; en el sector

de ONGs hay más de 20 organizaciones integradas en la Asociación Coordinadoras de Sectores en Lucha contra el SIDA (ACSLs), pero se estima que cuatro de ellas captan alrededor del 80% del financiamiento dirigido a VIH/SIDA; en el sector privado, sólo dos o tres hospitales atienden usuarios con este padecimiento, aunque sus precios resultan inaccesibles aún para segmentos no pobres de la población.

Tipos de servicios

El sector presenta cierto grado de especialización en cuanto al tipo de servicios prestados. El MSPAS presta servicios de prevención y profilaxis, promoción y tratamiento ambulatorio, en una escala muy inferior a las necesidades nacionales. El IGSS es una institución con amplia tradición curativa y hospitalaria, por lo que atiende principalmente las demandas de atención hospitalaria o ambulatoria en personas viviendo con VIH/SIDA; está en formación un conjunto de comités para la promoción y prevención, por ahora en tres de los veintidós departamentos del país.

Las ONGs canalizan sus aportes hacia la educación y prevención, aunque algunas cuentan con laboratorios, clínicas, servicios de orientación psicológica, terapia ocupacional y apoyo nutricional a personas viviendo con VIH/SIDA. Algunas promueven el diálogo político, generan presencia y visibilidad para el tema SIDA, desarrollan investigación con grupos de riesgo (trabajadoras del sexo, camioneros, hombres que tienen sexo con hombres, privados de libertad) y buscan facultar a las trabajadoras del sexo y minorías sexuales para organizarse y buscar un ambiente más propicio al ejercicio de sus derechos y la protección de su salud.

Los servicios particulares de salud se especializan en los tratamientos paliativos y algunos también proveen a sus pacientes con terapia anti-retroviral. Sin embargo, se mues-

Cuadro 1
Pacientes bajo terapia anti-retroviral por tipo
de proveedor del servicio

Proveedor	1997	1998
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	12	17
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	2	200
Organizaciones no Gubernamentales	52	52
Establecimientos privados	20	40
Total	86	309

tran altamente celosos respecto a la información sobre sus pacientes y sobre el precio al que prestan sus servicios.

La respuesta a la epidemia del SIDA parece tardía e insuficiente. En pocos años, el crecimiento de la epidemia podría rebasar no sólo la capacidad de operación de los servicios sino las posibilidades de expansión de la capacidad instalada. De hecho, la cuestión más importante que se levanta es cómo se costeará la estrategia reactiva frente a la epidemia, si en el momento actual ya se presentan rasgos de crisis en los recursos humanos, materiales y financieros de las instituciones de salud.

Hasta 1997 la mayoría de los tratamientos anti-retrovirales dependían de un estudio auspiciado por una casa farmacéutica en la clínica ambulatoria de una organización no gubernamental. En el sector privado se tienen cifras estimativas de pacientes bajo tratamiento. En el IGSS, el tratamiento anti-retroviral era muy inusual; sin embargo, a fines de 1997 se adoptó como directriz el proveer la triple terapia a todos los pacientes en cuyo caso estuviera indicado el tratamiento. Rápidamente, el número de pacientes bajo terapia anti-retroviral pasó de 2 a 200 en el IGSS, y de 86 a 309 en todo el sector salud.

Otra consecuencia importante de esta apertura política del IGSS, fue la modificación de la estructura del gasto nacional para afrontar el VIH: el gasto en terapia anti-retroviral

aumentó de US\$1.2 a US\$4.5 millones, entre 1997 y 1998.

Como se ha afirmado recientemente, “Cuando se ponen bajo un esquema de competencia la prevención, la atención médica y los medicamentos anti-retrovirales y profilácticos, la prevención parece estar empezando a perder la batalla debido a la urgencia de la atención y a las presiones políticas y sociales por parte de las personas afectadas. Sin embargo, la prevención es la única vía [...] de prevenir un desastre financiero-presupuestal en un gran número de países en desarrollo”. (11)

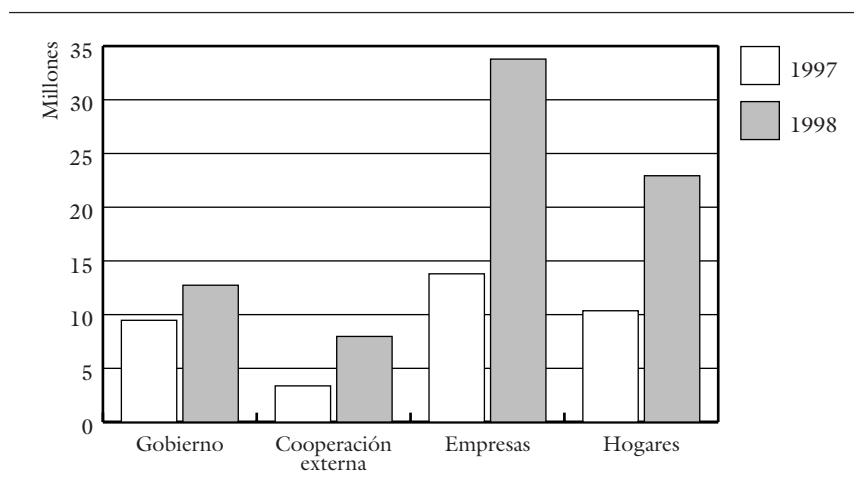
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA

La distribución de recursos orientados a afrontar el VIH/SIDA contribuye a perfilar la estrategia del país que se refleja en la obtención de recursos (quién aporta), en la asignación de fondos (quién distribuye) y en la utilización de los mismos por proveedores, tipos de servicio y elementos de gasto (qué se paga, por qué y a quién).

Fuentes del financiamiento para VIH/SIDA

En los años bajo estudio, el gasto nacional en VIH/SIDA (cuadro 3) varió de US\$6 a US

Figura 5
Gasto en VIH/SIDA por fuente entre 1997-1998



\$11.9 millones, que equivale a entre el 1.5 y 3% del gasto nacional en salud (cuadro 4) y entre el 0.03 y 0.06% del PIB. Sorprendentemente, la mayor parte de los gastos incluidos en esta estimación provienen de las empresas (de 37.3% a 43.6%) y se dirigen fundamentalmente a la seguridad social, bajo la forma de contribuciones patronales. También incluyen donaciones de empresas a ONGs y gastos de empresas para servicios de capacitación a su personal contratados con ONGs. Las cifras de ambos años están influidas por el aporte de una casa farmacéutica que proveyó terapia anti-retroviral para 52 pacientes, en la clínica administrada por una ONG; su participación representó el 35% del financiamiento de empresas, el 60% del consumo de anti-retrovirales y el 50% del gasto ejercido por ONGs en 1997.

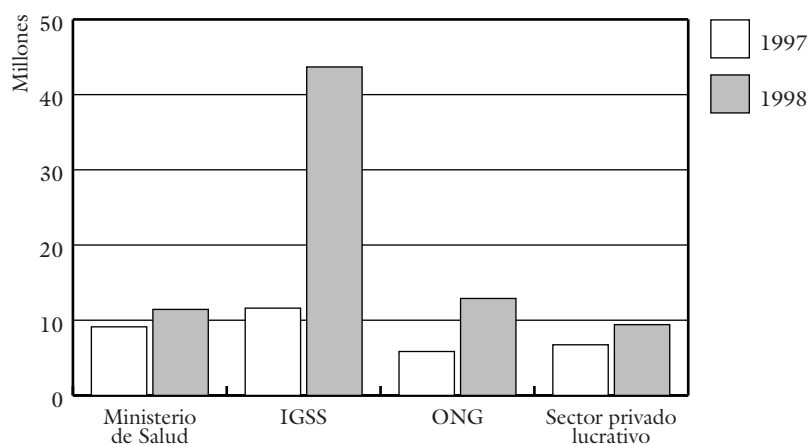
Los hogares contribuyen a la seguridad social, además de aportar recursos bajo la forma de pagos por servicios a ONGs. La cifra subiría si la estimación considerara flujos no monetarios, como el trabajo voluntario en ONGs, del cual no se tienen estadísticas y, donde las hay, éstas no precisan la califica-

ción de la tarea desempeñada como medio para calcular las remuneraciones imputables a ese servicio.

Tanto el gobierno como la cooperación externa aún presentan vacíos de información. El gobierno asigna recursos al MSPAS y al IGSS, que operan como fondos (o agentes financieros) pero se asignan a sí mismos tales fondos, en un papel de prestadores directos; no hay servicios subcontratados en VIH/SIDA, aunque el IGSS tiene el proyecto de subcontratar servicios de capacitación para su propio personal. Por su parte, la cooperación externa constituye la fuente principal de recursos de las ONGs en SIDA, aunque varias de ellas expresaron la preocupación porque los cooperantes están presionando para que haya un mayor compromiso financiero nacional en el sostenimiento de las iniciativas no gubernamentales.

El aumento más importante en el volumen de recursos por fuente (figura 5) ocurrió en empresas y hogares, como resultado del incremento del gasto destinado a VIH/SIDA por el IGSS, entidad que se financia con aportes de patronos y trabajadores.

Figura 6
Gastos en VIH/SIDA por proveedor, 1997-1998



Agentes y proveedores de servicios

En la prestación de servicios en VIH/SIDA existe poca diferenciación institucional de roles financieros y asistenciales; de hecho, ocurre que la mayoría de los agentes dirige los fondos a sus propios establecimientos prestadores de servicios.

Se encontró que la mayor parte del financiamiento destinado a enfrentar el VIH/SIDA se canaliza a través del subsector público de la atención; éste captó el 56% del financiamiento en 1997 y había aumentado al 71.2% para 1998. Este aumento se debe casi totalmente al IGSS, que ejecutaba en 1997

el 31.4% del gasto y para 1998 había elevado su participación porcentual al 56.4% (figura 6).

El sector privado, compuesto por hospitales privados, laboratorios clínicos, farmacias y otros establecimientos, se mostró reservado sobre sus actividades e ingresos; sin embargo, se obtuvo información estimativa sobre el nivel de producción y costos medios. Así, se estimó entre US\$1.0 y US\$1.4 millones el gasto ejecutado por este subsector, destacando las farmacias (principalmente las ventas de condones) y hospitales privados (que proporcionaron servicios de terapia anti-retroviral e internación) (ver figuras 7 y 8).

Figura 7
Flujo de financiamiento para VIH/SIDA, de fuentes a agentes, durante 1997

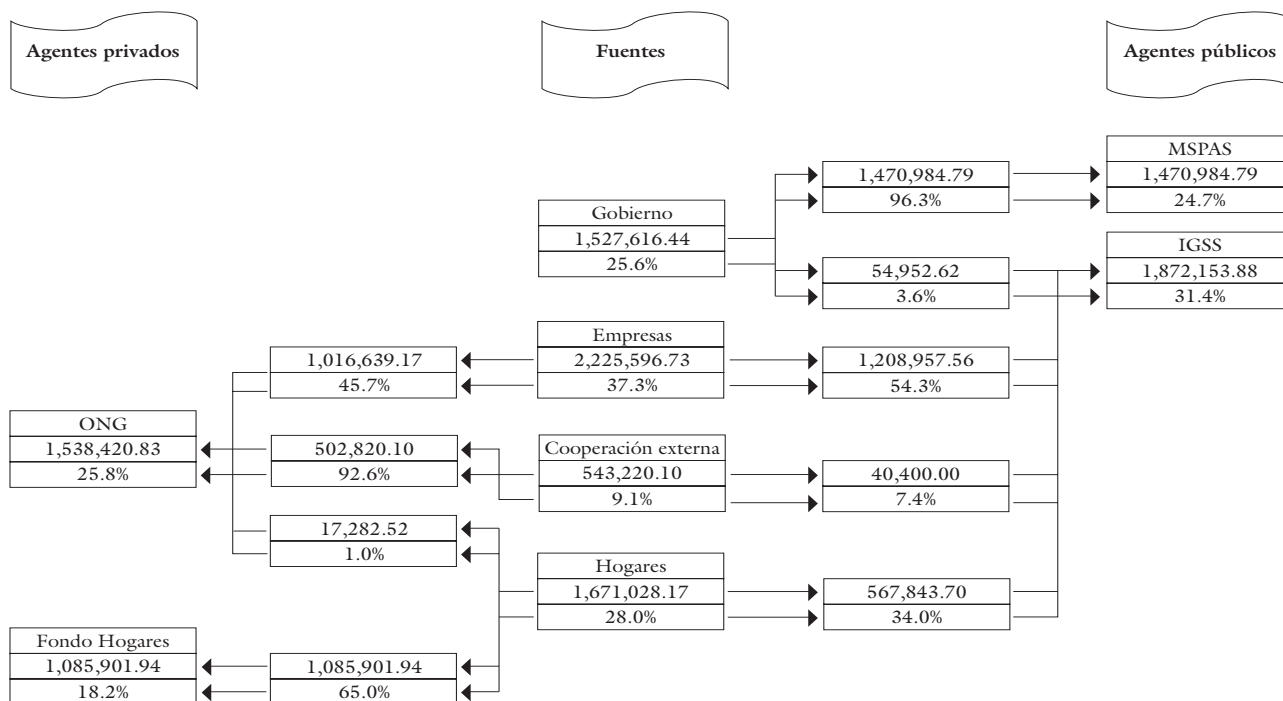
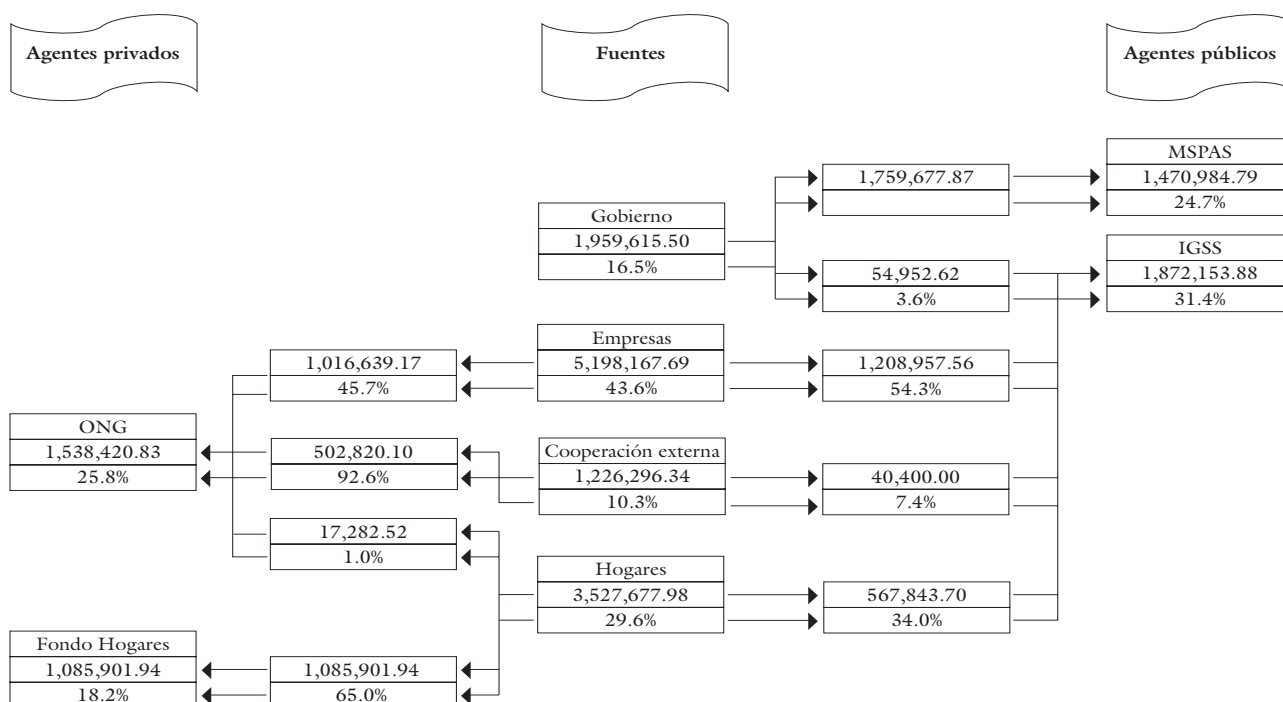


Figura 8
Flujo de financiamiento para VIH/SIDA, de fuentes a agentes, durante 1998



Cuadro 2
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de fuentes a agentes-proveedores
Guatemala, 1997

Agentes	Gobierno	Cooperación Externa	Empresas	Hogares	Total	Dólares (TC=Q.6.2)	%
Sector Público	9,460,811.90	250,480.00	7,495,536.87	3,520,630.95	20,727,459.73	3,343,138.67	56.0%
Ministerio de Salud	9,120,105.68	nd	-	-	9,120,105.68	1,470,984.79	24.7%
IGSS	340,706.22	250,480.00	7,495,536.87	3,520,630.95	11,607,354.05	1,872,153.88	31.4%
ONG	10,410.00	3,117,484.64	6,303,162.88	107,151.62	9,538,209.14	1,538,420.83	25.8%
Sector Privado	-	-	-	6,732,592.05	6,732,592.05	1,085,901.94	18.2%
Fondo de Hogares				6,732,592.05	6,732,592.05	1,085,901.94	18.2%
					-	-	0.0%
Total	9,471,221.90	3,367,964.64	13,798,699.75	10,360,374.62	36,998,260.92	5,967,461.44	100.0%
Dólares (TC=Q.6.2)	1,527,616.44	543,220.10	2,225,596.73	1,671,028.17	5,967,461.44		
	25.6%	9.1%	37.3%	28.0%	100.0%		

Cuadro 3
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de fuentes a agentes-proveedores
Guatemala, 1998

Agentes	Gobierno	Cooperación Externa	Empresas	Hogares	Total	Dólares (TC=Q.6.2)	%
Sector Público	12,737,500.77	362,050.00	28,591,081.17	13,429,144.18	55,119,776.12	8,479,965.56	71.2%
Ministerio de Salud	11,437,906.17	nd	-	-	11,437,906.17	1,759,677.87	14.8%
IGSS	1,299,594.60	362,050.00	28,591,081.17	13,429,144.18	43,681,869.95	6,720,287.68	56.4%
Sector ONG	-	7,608,876.19	5,197,008.80	88,075.20	12,893,960.19	1,983,686.18	16.7%
Sector Privado	-	-	-	9,412,687.50	9,412,687.50	1,448,105.77	12.2%
Fondo de Hogares				9,412,687.50	9,412,687.50	1,448,105.77	12.2%
					-	-	0.0%
Total	12,737,500.77	7,970,926.19	33,788,089.97	22,929,906.88	77,426,423.81	11,911,757.51	100.0%
Dólares (TC=Q.6.5)	1,959,615.50	1,226,296.34	5,198,167.69	3,527,677.98	11,911,757.51		
	16.5%	10.3%	43.6%	29.6%	100.0%		

Servicios que reciben financiamiento

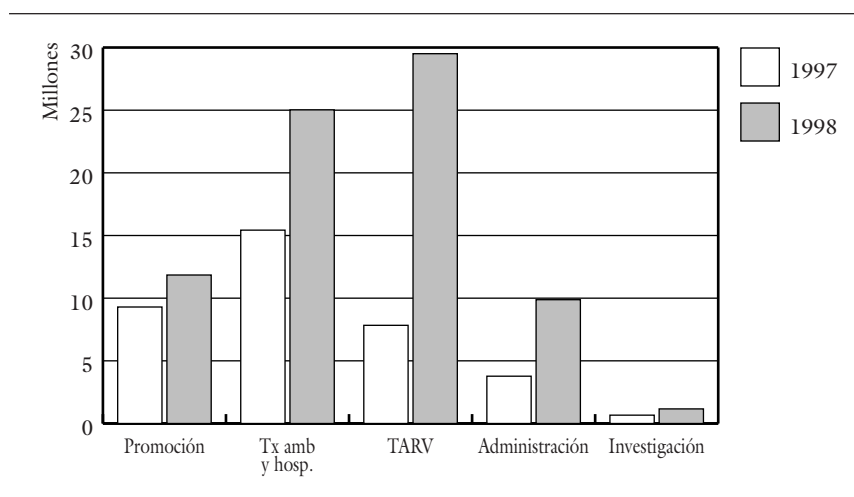
Los datos muestran una clara tendencia en las orientaciones institucionales del gasto (cuadro 5). Las ONGs invierten principalmente en educación, promoción, prevención y profilaxis. Su estrategia frente al VIH/SIDA se refleja en su patrón de gasto, donde a las actividades de salud se agregan otras menos características, como la de cabildeo, empoderamiento de grupos discriminados y movilización social hacia el tema VIH/SIDA. Sin descuidar la atención ambulatoria, realizan también actividades de gestión financiera para su sostenimiento, las cuales se reflejan en el gasto administrativo de las ONGs.

El IGSS, por su parte, destina la cantidad más fuerte al tratamiento de casos, y los gastos de promoción y prevención, además de subestimados, son insuficientes, si se consideran los datos del cuadro 1, que ilustra un crecimiento más que proporcional de la epidemia en su propia población afiliada. Por otra parte, llena un vacío al prestar atención médica en esta escala.

La investigación es una función poco respaldada por el financiamiento para VIH/SIDA. Esto debe cambiar, pues las estadísticas oficiales son poco confiables, se acepta abiertamente que existe subregistro y, aun en el caso de que se logre detectar el VIH/SIDA, entre un 25 y un 35% de los reportes carecen de información que documente el tipo de contagio.

Por otra parte, el porcentaje de gasto en VIH/SIDA sobre los gastos totales de cada sector es mínimo; la institución con el gasto más elevado —el IGSS— apenas consume el 1% de su presupuesto, y ello en atención principalmente curativa. Lo anterior permite afirmar que el país necesita revisar a fondo la estrategia contra el SIDA, no en la retórica de los planes sino en las acciones y omisiones que se reflejan en los flujos de financiamiento y gasto por servicios, por prestadores y por objetos de gasto.

Figura 9
Gasto en VIH/SIDA por función, Guatemala, 1997-1998



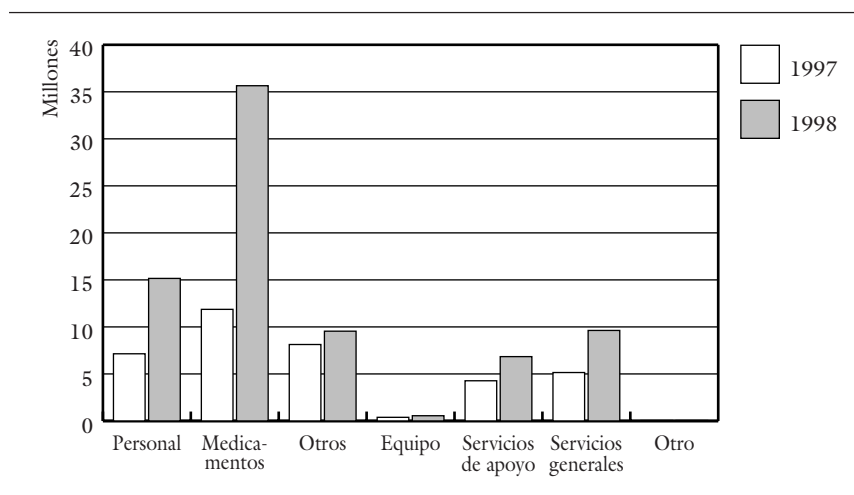
Cuadro 4
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de agentes-proveedores a funciones
Guatemala, 1997

Proveedores	Promoción y educación	Prevención y profilaxis	Terapia anti-retroviral	Hospitalización	Consultas ambulatorias	Administración	Investigación	Otros	Total	Dólares	Porcentaje
Sector Público	1,500,000.00	456,388.20	1,275,265.60	14,509,500.00	227,484.69	2,758,821.24	-	-	20,727,459.73	3,343,138.67	56.0%
Ministerio de Salud	1,500,000.00	205,908.20	1,093,084.80	5,329,500.00	77,200.00	914,412.68			9,120,105.68	1,470,984.79	24.7%
IGSS		250,480.00	182,180.80	9,180,000.00	150,284.69	1,844,408.56			11,607,354.05	1,872,153.88	31.4%
ONG	1,882,119.69	908,712.01	4,736,700.80	-	329,111.88	1,015,626.43	123,272.24	542,666.09	9,538,209.14	1,538,420.83	25.8%
Sector Privado lucrativo	-	4,548,684.05	1,821,808.00	362,100.00	-	-	-	-	6,732,592.05	1,085,901.94	18.2%
Hospitales privados			1,821,808.00	362,100.00					2,183,908.00	352,243.23	5.9%
Laboratorios clínicos		442,500.00							442,500.00	71,370.97	1.2%
Farmacias		4,106,184.05							4,106,184.05	662,287.75	11.1%
Clínicas médicas									-	-	0.0%
Total	3,382,119.69	5,913,784.26	7,833,774.40	14,871,600.00	556,596.57	3,774,447.67	123,272.24	542,666.09	36,998,260.92	5,967,461.44	100.0%
Dólares (TC=Q.6.20)	545,503.18	953,836.17	1,263,512.00	2,398,645.16	89,773.64	608,781.88	19,882.62	87,526.79	5,967,461.44		
Cifras Relativas	9.1%	16.0%	21.2%	40.2%	1.5%	10.2%	0.3%	1.5%	100.0%		

Cuadro 5
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de agentes-proveedores a funciones
Guatemala, 1998

Proveedores	Promoción y educación	Prevención y profilaxis	Terapia anti-retroviral	Hospitalización	Consultas ambulatorias	Administración	Investigación	Otros	Total	Dólares (TC=Q.6.5)	Porcentaje
Sector Público	1,806,750.00	744,141.43	20,723,066.00	23,350,000.00	401,238.39	8,094,580.30	-	-	55,119,776.12	8,479,965.56	71.2%
Ministerio de Salud	1,750,000.00	382,091.43	1,623,466.00	6,328,000.00	191,800.00	1,162,548.74			11,437,906.17	1,759,677.87	14.8%
IGSS	56,750.00	362,050.00	19,099,600.00	17,022,000.00	209,438.39	6,932,031.56			43,681,869.95	6,720,287.68	56.4%
ONG	2,286,268.66	2,270,554.20	4,965,896.00	-	423,109.93	1,783,898.30	61,030.65	1,103,202.45	12,893,960.19	1,983,686.18	16.7%
Sector privado lucrativo	-	4,740,767.50	3,819,920.00	852,000.00	-	-	-	-	9,412,687.50	1,448,105.77	12.2%
Hospitales privados			3,819,920.00	852,000.00					4,671,920.00	718,756.92	6.0%
Laboratorios clínicos		328,275.00							328,275.00	50,503.85	0.4%
Farmacias		4,412,492.50							4,412,492.50	678,845.00	5.7%
Clínicas médicas									-	-	0.0%
Total	4,093,018.66	7,755,463.13	29,508,882.00	24,202,000.00	824,348.32	9,878,478.60	61,030.65	1,103,202.45	77,426,423.81	11,911,757.51	100.0%
Dólares (TC=6.5)	629,695.18	1,193,148.17	4,539,828.00	3,723,384.62	126,822.82	1,519,765.94	9,389.33	169,723.45	11,911,757.51		
	5.29%	10.02%	38.11%	31.26%	1.06%	12.76%	0.08%	1.42%	100.00%		

Figura 10
Gasto en VIH/SIDA por objeto de gasto, Guatemala, 1997-1998



Objetos de gasto

La distribución por elementos de gasto es la más común en la presupuestación de las entidades públicas, aunque no necesariamente coincide con las categorías que emplean, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales. La principal limitación reside en la dificultad de asignar proporciones de un determinado rubro a los programas de VIH/SIDA, cuando las organizaciones ejercen su gasto sin registrar a qué actividad pertenece el elemento de gasto adquirido o consumido.

Para la presente estimación se distinguieron los elementos siguientes: personal, medicamentos, otros suministros, equipo y mobiliario, servicios de apoyo y servicios generales. En los años 1997 y 1998 el principal objeto de gasto fueron los medicamentos, correspondiendo a éstos el 32.1% y el 46% del gasto para dichos años, respectivamente (figura 10).

El gasto en personal se mantuvo en cerca del 19% del gasto total, y le siguió en importancia el gasto en suministros y servicios generales, ambos con alrededor del 12% en 1998. Las diferencias en la utilización de estos rubros

por cada proveedor de servicios se aprecian en los cuadros 6 y 7.

Detalles del gasto

Algunas funciones y objetos de gasto, compatibles en el marco de las cuentas nacionales de salud, precisan un grado mayor de detalle para el análisis del financiamiento y gasto en VIH/SIDA (ver cuadro 8).

Por ejemplo, en el área preventiva, resulta de interés comparar los esfuerzos nacionales en la prevención de la transmisión sexual y sanguínea; en tal caso será necesario contar con el detalle de gastos en rubros específicos de la prevención, por cada uno de los tipos de proveedor.

En Guatemala, el uso de condón representó casi la mitad del gasto preventivo. En 1997, el gasto en condones alcanzó la suma de Q.4.7 millones, y en 1998 fueron Q.5.4 millones. De ese gasto, más del 80% provino del fondo de hogares, que realizó gastos de bolsillo ante proveedores privados —farmacias y otros detallistas (figura 11).

Cuadro 6
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de agentes-proveedores a objetos de gasto
Guatemala, 1997

Proveedores	Personal	Medicamentos	Otros suministros	Equipo	Servicios de Apoyo	Servicios Generales	Otros	Total	Dólares TC= Q.6.20	%
Sector Público	4,400,298.80	5,111,403.20	3,241,259.90	-	3,635,707.80	4,338,790.04	-	20,727,459.74	3,343,138.67	56.0%
Ministerio de Salud	2,349,754.11	2,562,171.20	1,144,982.54		1,340,707.80	1,722,490.04		9,120,105.69	1,470,984.79	24.7%
IGSS	2,050,544.69	2,549,232.00	2,096,277.36		2,295,000.00	2,616,300.00		11,607,354.05	1,872,153.88	31.4%
ONG	2,667,799.33	4,855,238.02	768,366.04	386,246.21	104,748.67	707,826.86	47,984.01	9,538,209.14	1,538,420.83	25.8%
Privados lucrativos	74,954.70	1,901,341.80	4,120,072.05	-	533,025.00	103,198.50	-	6,732,592.05	1,085,901.94	18.2%
Hospitales privados	74,954.70	1,901,341.80	13,888.00		90,525.00	103,198.50		2,183,908.00	352,243.23	5.9%
Laboratorios clínicos					442,500.00			442,500.00	71,370.97	1.2%
Farmacias			4,106,184.05					4,106,184.05	662,287.75	11.1%
Clínicas médicas								-	-	0.0%
Total	7,143,052.83	11,867,983.02	8,129,697.99	386,246.21	4,273,481.47	5,149,815.40	47,984.01	36,998,260.93	5,967,461.44	100.0%
Dólares (TC=Q.6.20)	1,152,105.29	1,914,190.81	1,311,241.61	62,297.78	689,271.20	830,615.39		5,967,461.44		
Cifras Relativas	19.3%	32.1%	22.0%	1.0%	11.6%	13.9%		100.0%		

Cuadro 7
Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, de agentes-proveedores a objetos de gasto
Guatemala, 1998.

Proveedores	Personal	Medicamentos	Otros suministros	Equipo	Servicios de Apoyo	Servicios Generales	Otros	Total	Dólares TC= Q.6.20	%
Sector Público	10,930,566.57	26,751,381.43	3,052,256.06	-	5,995,476.00	8,390,096.06	-	55,119,776.12	8,479,965.56	71%
Ministerio de Salud	2,943,245.24	3,405,705.43	1,414,569.75		1,594,376.00	2,080,009.75		11,437,906.17	1,759,677.87	15%
IGSS	7,987,321.33	23,345,676.00	1,637,686.31		4,401,100.00	6,310,086.31		43,681,869.95	6,720,287.68	56%
ONG	4,051,817.42	5,106,566.00	1,832,802.90	555,646.33	304,982.38	992,535.03	49,610.13	4312,893,960.19	1,983,686.18	17%
Privados lucrativos	176,364.00	3,790,800.00	4,661,428.50	-	541,275.00	242,820.00	-	9,412,687.50	1,448,105.77	12%
Hospitales privados	176,364.00	3,790,800.00	248,936.00		213,000.00	242,820.00		4,671,920.00	718,756.92	6%
Laboratorios clínicos					328,275.00			328,275.00	50,503.85	0%
Farmacias			4,412,492.50					4,412,492.50	678,845.00	6%
Clínicas médicas								-	-	0%
Total	15,158,747.99	35,648,747.43	9,546,487.46	555,646.33	6,841,733.38	9,625,451.09	49,610.13	77,426,423.81	11,911,757.51	100%
Dólares (TC=Q.6.50)	2,332,115.08	5,484,422.68	1,468,690.38	85,484.05	1,052,574.37	1,480,838.63		11,911,757.51	1,832,578.08	
Cifras Relativas	19.6%	46.0%	12.3%	0.7%	8.8%	12.4%		100.0%		

Figura 11
 Gasto en condones por tipo de proveedor. Guatemala, 1997-1998
 (Cifras en Quetzales de cada año)

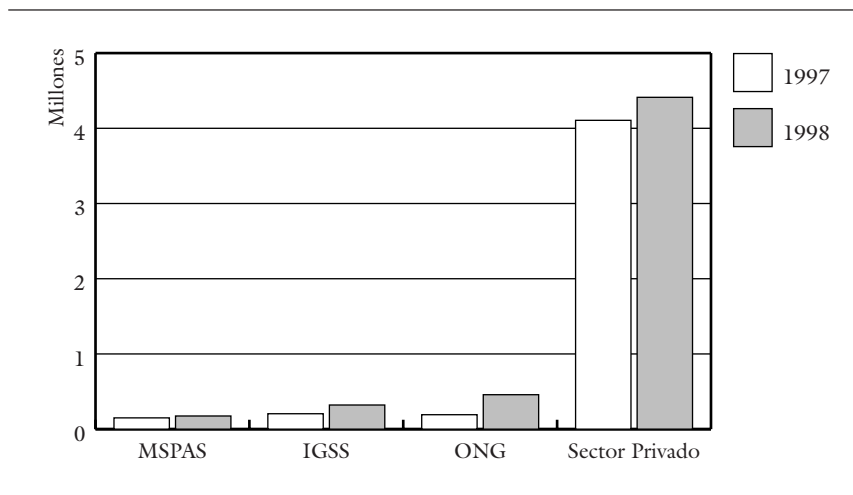
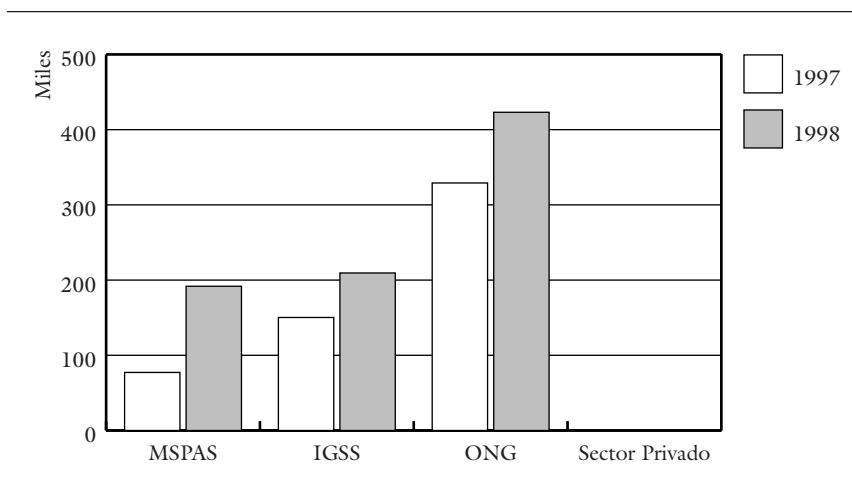


Figura 12
 Gasto en atención ambulatoria por tipo de proveedor.
 Guatemala, 1997-1998 (Cifras en Quetzales de cada año).

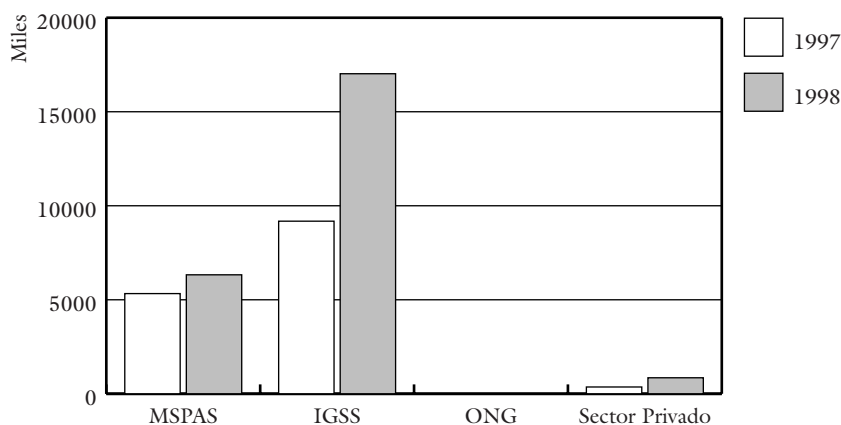


Las compras de condones en establecimientos privados sugieren que el mercadeo social de estos productos ha tenido impacto en las zonas urbanas y metropolitanas del país. En este caso, y también en el de los proveedores públicos de servicios, no ha sido posible identificar en qué proporción el gasto en condo-

nes tuvo como finalidad primaria la prevención de ITS/VIH/SIDA o la contracepción. En cambio, el gasto reportado de ONGs está restringido a los condones distribuidos como parte de actividades de prevención.

También es interesante destacar la contribución que realizan las ONGs en la atención

Figura 13
Gasto en atención hospitalaria por tipo de proveedor.
Guatemala, 1997-1998 (Cifras en Quetzales de cada año)



ambulatoria de personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS). En estas organizaciones no solamente encuentran una respuesta a sus problemas físicos sino apoyo, consejo y un ambiente sin prejuicios. (12, 13)

De tal cuenta, las ONGs participan con más del 50% del gasto en atención ambulatoria. El porcentaje bajó de 59% a 51% entre 1997 y 1998, debido al rápido crecimiento de esta línea de gasto en los establecimientos públicos de salud (figura 12). No fue posible obtener información sobre los gastos de hogares en atención ambulatoria con proveedores privados.

La situación anterior contrasta con la del gasto en atención hospitalaria (figura 13). En este rubro, es notable el efecto de la cobertura efectiva *versus* la población asignada. Aunque el IGSS tiene asignada la población de trabajadores formales (cerca del 25% de la PEA), su cobertura efectiva es más alta que la del MSPAS, que debería cubrir a la totalidad de la población. Ambas entidades públicas tienen la mayor proporción del gasto hospitalario, y el monto de ese gasto sugiere que, con el crecimiento de la epidemia, será preciso evaluar el

costo-beneficio de la terapia anti-retroviral como alternativa a los tratamientos hospitalarios por infecciones oportunistas.

Los medicamentos anti-retrovirales se utilizan, en el MSPAS, únicamente como medida de prevención de la transmisión vertical del VIH. En el IGSS, la autorización de su expendio a los pacientes con indicación para ese tratamiento, produjo un cambio importante en el comportamiento del gasto en VIH/SIDA, no sólo de la institución, sino del sector salud en Guatemala (figura 14).

Entre los gastos menos atendidos, y de la mayor importancia para desplegar una estrategia integral en respuesta al VIH/SIDA, se encuentra la red diagnóstica, en laboratorios y bancos de sangre. Los resultados indican que el gasto es mínimo, los equipos son deficientes, no se cuenta con personal y equipos para pruebas alternativas, además de que la vigilancia epidemiológica —al menos en el periodo bajo estudio— tiene un enfoque reactivo a la aparición de casos. Los gastos en pruebas diagnósticas, bancos de sangre y pruebas de monitoreo como parte del tratamiento a PVVS, forman una proporción pequeña del gasto total (figura 15).

Figura 14
 Gasto en atención hospitalaria por tipo de proveedor.
 Guatemala, 1997-1998 (Cifras en Quetzales de cada año)

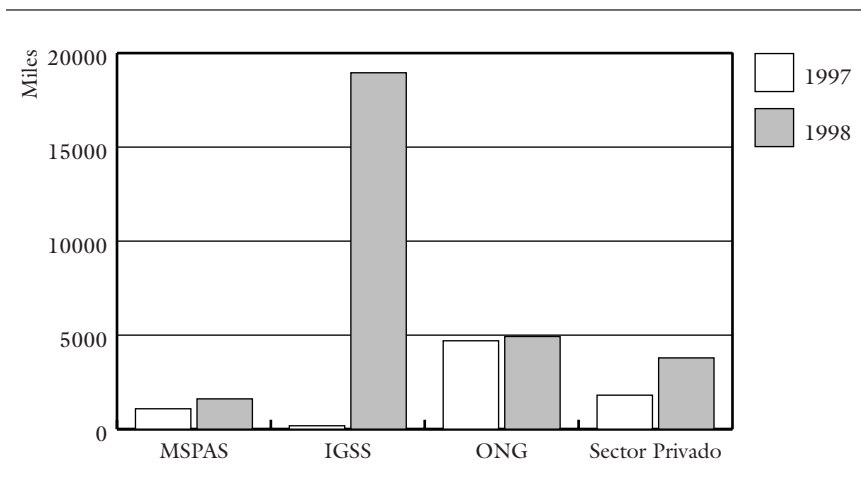
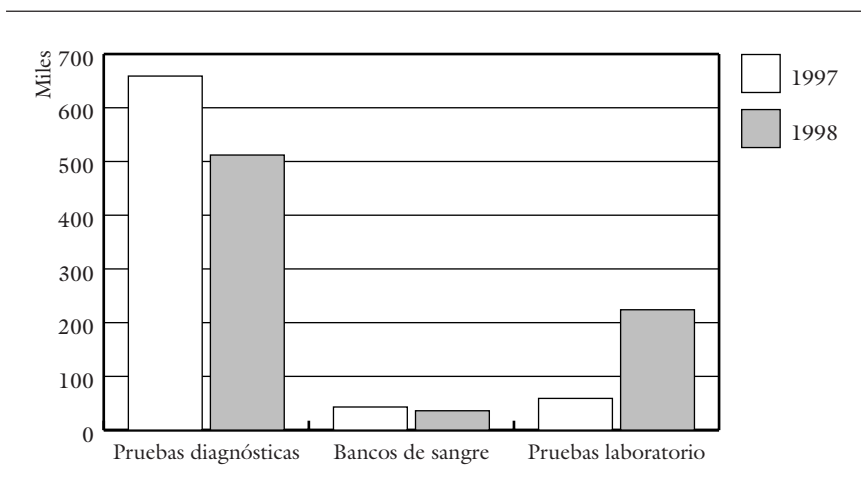


Figura 15
 Gasto en laboratorio por tipo de proveedor
 Guatemala, 1997-1998 (Cifras en Quetzales de cada año)



Cuadro 8
Profundización en el detalle de gastos por función y rubro
Guatemala, 1997-1998

	MSPAS		IGSS		ONG		PRIV		Total	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Prevención	1,705,908.20	2,132,091.43	250,480.00	418,800.00	2,404,585.49	4,001,176.53	4,548,684.05	4,740,767.50	8,909,657.74	11,292,835.46
Información, educación y comunicación	1,267,245.00	1,639,805.00		56,750.00	183,593.98	3,518,475.81			3,450,838.98	5,215,030.81
Condomes	150,000.00	175,000.00	205,570.00	321,280.00	192,091.51	458,200.73	4,106,184.05	4,412,492.50	4,653,845.56	5,366,973.23
Pruebas diagnósticas	160,245.00	133,245.00	27,585.00	26,055.00	28,900.00	24,500.00	442,500.00	328,275.00	659,230.00	512,075.00
Bancos de sangre	26,010.00	22,050.00	17,325.00	14,715.00					43,335.00	36,765.00
Prevención trans. vert.	102,408.20	161,991.43	-	-	-	-	-	-	102,408.20	161,991.43
Atención en										
VIH/SIDA	6,499,784.80	8,143,266.00	9,512,465.49	36,331,038.39	5,065,812.68	5,389,005.93	2,183,908.00	4,671,920.00	23,261,970.97	54,535,230.32
Ambulatorio	77,200.00	191,800.00	150,284.69	209,438.39	329,111.88	423,109.93	-	-	556,596.57	824,348.32
Hospitalario	5,329,500.00	6,328,000.00	9,180,000.00	17,022,000.00	-	-	362,100.00	852,000.00	14,871,600.00	24,202,000.00
Pruebas laboratorio	8,332.80	12,376.00	1388.8	145,600.00	36108.8	37,856.00	13888	29,120.00	59,718.40	224,952.00
TARV (medicamentos)	1,084,752.00	1,611,090.00	180,792.00	18,954,000.00	4,700,592.00	4,928,040.00	1,807,920.00	3,790,800.00	7,774,056.00	29,283,930.00
Fortalecimiento										
institucional	914,412.68	1,162,548.74	1,844,408.56	6,932,031.56	1,401,872.64	2,339,544.63	-	-	4,826,632.21	11,598,358.02
Administración	914,412.68	1,162,548.74	1,844,408.56	6,932,031.56	1,015,626.43	1,783,898.30			3,774,447.67	9,878,478.60
Equipamiento					386,246.21	555,646.33			386,246.21	555,646.33
Otros					665,938.33	1,164,233.09			665,938.33	1,164,233.09
Total	9,120,105.68	11,437,906.17	11,607,354.05	43,681,869.95	9,538,209.14	12,893,960.19	6,732,592.05	9,412,687.50	36,998,260.92	77,426,423.81

Principales hallazgos

- El gasto nacional en VIH/SIDA fue de US\$ 6 millones en 1997 y US\$ 11.9 millones en 1998. Así, pasó del 1.5 a 3% del gasto nacional de salud.

- La principal fuente de financiamiento fueron las empresas (37.3% en 1997 y 43.6% en 1998), incluyendo aquí los aportes patronales a la seguridad social, las donaciones de medicamentos y pruebas de laboratorio que casas farmacéuticas efectúan, como parte de estudios de la efectividad de ciertos agentes farmacoterapéuticos, principalmente anti-retrovirales.

- La diversidad de los agentes financieros y prestadores de servicios del sector salud no se refleja en el campo del VIH/SIDA. La respuesta institucional es pequeña y de corto al-

cance, aunque las entidades involucradas han establecido espacios de coordinación y gestión de recursos. El principal agente financiero fue el IGSS, que a partir de 1998 ejerce más del 50% del gasto nacional en VIH/SIDA. Los recursos que capta como agente se dirigen hacia las propias instalaciones que el IGSS maneja en el rol de proveedor de servicios de salud.

- El papel de la cooperación externa es fundamental para hacer frente a la epidemia, toda vez que financia casi enteramente (98.9% en 1998) las acciones de promoción, prevención, investigación y diálogo político de las ONGs que trabajan en SIDA. Por su parte, estas entidades son las más activas en proveer información, educación y comunicación, así como en realizar actividades de profilaxis, prevención primaria y secundaria.

· La mayor parte del gasto, sin embargo, está consumiéndose en la atención hospitalaria y el tratamiento anti-retroviral de enfermos de SIDA (69.4% en 1998); aunque sólo se atiende un número pequeño de enfermos (86 en 1997 y 309 en 1998) y con terapias incompletas, el costo tan elevado de los medicamentos convierte la atención curativa en la función con mayor financiamiento captado y ejercido.

· Áreas clave de la estrategia contra el VIH/SIDA están, empero, subfinanciadas; entre ellas, la investigación y la presencia/diálogo político (juntas representan menos del 2%). Es importante que se ponga atención a estos vacíos, ya que ambas funciones son estratégicas para la movilización y el aprovechamiento adecuado de los recursos.

· Los datos relativos a gasto por rubro son resultado de estimaciones gruesas y se reconoce que podrían subyacer en ellas los sesgos derivados de subestimar la participación del personal y la infraestructura en la prestación de servicios. Bajo estas reservas, se encontró que el gasto en medicamentos representó el 32.1% en 1997 y el 46% del gasto en 1998, y puede afirmarse que el financiamiento de este elemento de gasto tiende a ser el principal desafío en la respuesta social al VIH/SIDA en Guatemala. Le siguen en importancia (para 1998) personal (19.6%), suministros (12.3%), y servicios generales (12.4).

· Desde una perspectiva financiera, se percibe una marcada especialización institucional frente al VIH/SIDA. El 77% del gasto efectuado por el sector público se dirigió a actividades de recuperación de la salud. Los gastos en investigación y abogacía/visibilidad fueron efectuados exclusivamente por ONGs, y obviando el estudio dirigido a 52 pacientes, el 50% de los gastos en ONGs va a acciones de promoción y prevención. En el sector privado, la mayor percepción de recursos se dio en la venta de condones; aunque los establecimientos privados tienen capacidad de res-

puesta para atención curativa, muy pocos pacientes pueden afrontar los costos; además, es restringido el acceso a la información de los prestadores privados.

Apéndice metodológico

De la estimación de los flujos de financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA en Guatemala, 1997-1998

Antecedentes

Los estudios sobre financiamiento y gasto en Guatemala son escasos, pero convergentes en señalar condiciones de inequidad en la distribución, ineficiencia en la utilización y escasez respecto a las necesidades.

Los Acuerdos de Paz establecieron compromisos de gobierno para la modificación de la estructura y monto del gasto público en salud, particularmente, la elevación en 50% del gasto público en salud como proporción del PIB, y el aumento del gasto preventivo hasta hacer un 50% del gasto público en salud.

El financiamiento de las acciones para la prevención, el manejo y control de ITS/VIH/SIDA ha sido principalmente externo, sobre todo en los primeros años de la epidemia. Actualmente, las demandas de atención de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) han aumentado, obligando a reflexionar sobre las fuentes, los mecanismos de captación y los criterios de asignación de financiamiento. Existe una tendencia a la reducción de recursos externos, expresada a veces como una condición de co-financiamiento por parte de los cooperantes, y también una tendencia a la elevación de los costos de atención.

El estudio de cuentas nacionales en respuesta al VIH/SIDA responde a la necesidad de establecer orientaciones del gasto y su con-

gruencia con la situación y la dinámica de la epidemia en Guatemala. El estudio puede ser utilizado como base en el desarrollo de la argumentación técnico-política en torno a la atención integral de PVVS.

Objetivos del estudio

La estimación de las cuentas nacionales en SIDA se efectuó con el propósito de determinar el monto de los recursos destinados a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, las fuentes que les proveen financiamiento, las agencias que canalizan y gestionan los recursos, las instituciones que ejercen dichos recursos, los programas hacia los cuales se canalizan y los objetos de gasto en que se incurre.

La investigación pretendía cubrir tanto el sector público como privado del gasto en respuesta al VIH/SIDA, para obtener una imagen integral del flujo de recursos desde su origen hasta su ejercicio.

El estudio se desarrolló en forma simultánea en varios países latinoamericanos, buscando que tales experiencias permitan desarrollar una metodología homogénea para estimar el gasto del sector aplicado al VIH/SIDA.

Objetivos específicos

Así, el estudio tuvo como objetivos específicos:

a) Cuantificar en forma sistemática los flujos de financiamiento relacionados con las actividades de salud en VIH/SIDA (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

b) Conocer el acceso de la población general a servicios para la prevención del VIH.

c) Determinar el acceso al tratamiento anti-retroviral de las personas infectadas por VIH.

d) Comparar el tratamiento que reciben las personas con VIH/SIDA contra los estándares de atención internacional.

e) Determinar los flujos financieros y la distribución del gasto en VIH/SIDA.

f) Analizar el impacto económico de corto plazo del gasto en VIH/SIDA sobre el sistema de salud.

g) Discutir la aplicación de los resultados de la estimación en las políticas de control de VIH/SIDA.

h) Caracterizar la respuesta del sistema nacional de salud ante la epidemia del VIH/SIDA.

Variables

Variables	Definición	Variantes
· Fuentes	· Entidades que aportan los recursos financieros para la prevención, diagnóstico y manejo de la población VIH positiva y enferma de SIDA	· Hogares · Empresas · Cooperación externa · Gobierno
· Agentes	· Entidades que concentran y gestionan los recursos	· Ministerio de Salud Pública y A. S. · Instituto Guatemalteco de Seguridad Social · ONGs · Fondo de Hogares
· Proveedores	· Quienes ejercen los recursos a través de generar los servicios que brindan a la población	· Ministerio de Salud Pública y A. S. · Instituto Guatemalteco de Seguridad Social · ONGs · Proveedores Privados

continúa

VARIABLES	DEFINICIÓN	Variantes
· Funciones o programas	· Aquellos que integran en forma exclusiva o parcial las actividades de salud con enfoque en la promoción y prevención de la infección, y el manejo de pacientes con SIDA	· Prevención · Curación · Fortalecimiento institucional · Otras
· Objetos de gasto	· Rubros de presupuesto convencionales por tipo de elemento de gasto	· Servicios personales, servicios no personales, materiales (medicamentos), equipo, etcétera

Fuentes

La información sobre estadísticas de identificación de casos, producción de servicios y eventos vitales relacionados con el VIH/SIDA, tanto como la información financiero-contable del financiamiento y gasto en esta materia, muestran debilidades y obstáculos para su recolección.

Algunas debilidades tienen relación con el subregistro por diagnóstico erróneo o impreciso, la información incompleta sobre los usuarios, sus demandas de atención y los servicios recibidos; el registro de infecciones y problemas de salud atendidos pero sin registro de efectuarse en PVVS. Otras debilidades, éstas de tipo contable, se derivan de que la presupuestación se asigna por programas pero el ejercicio se informa por rubros de gasto. El mismo programa nacional de prevención y control de VIH/SIDA reconoce que, a consecuencia de la descentralización del gasto por áreas de salud, se perdió control sobre el monto y destino del financiamiento que cada área destina a afrontar ITS/VIH/SIDA.

Los obstáculos se refieren a la reserva de las organizaciones para proveer información

epidemiológica o financiera relacionada con el tema SIDA. Esto es parte de la cultura del silencio trazada en torno a diversos problemas nacionales, en particular aquellos que tocan temas tabú. También guarda relación —de sumo interés— con la estructura y los mecanismos de financiamiento dirigidos hacia VIH/SIDA, que condicionan el desarrollo de competencia entre entidades, recelo en cuanto a la utilización de los recursos y reserva de publicar sus fuentes de financiamiento.

Información	Punto de recolección	Fuente
· Fuentes	· Cooperantes externos · Agentes públicos · Proveedores no gubernamentales (ONGs) · Proveedores privados	· Registros institucionales · Estimado s/ volumen y costo de servicios · Estimado según la participación porcentual de empresas y hogares en la contribución al IGSS.
· Agentes o proveedores	· Organizaciones agentes o proveedores · Fondo de hogares:	· Registros institucionales · Estimado según volumen de bienes y servicios prestados
· Servicios	· Entrevistas a informantes clave · Entidades prestadoras	· Registros institucionales · Estimado s/ volumen y costo de servicios
· Objetos de gasto	· Entidades prestadoras	· Registros institucionales · Estimado por proporciones requeridas del servicio.

Recolección

Los intentos por obtener información del ejercicio público del gasto se estrellaron contra las

debilidades y obstáculos apuntados. Fue necesario acudir a los proveedores de servicios, identificar el volumen de servicios entregados —cuando esto fue posible— y utilizar los parámetros de costo medio del establecimiento, o en su defecto, los resultados del estudio de impacto económico del VIH/SIDA en Guatemala (1995). Así, el valor del servicio fue establecido como producto de la cantidad por el costo unitario ($v=pq$).

El mismo recurso fue utilizado en el caso de los proveedores privados, donde la estimación del gasto en servicios depende de la comunicación personal con facultativos de la especialidad asociada, debido a la negativa de los administradores de proveer información.

Los datos sobre ONGs fueron recibidos, en ciertos casos, bajo condición de discrecionalidad. Por esta razón no se identifica en el reporte cada una de las organizaciones.

No fue posible obtener información de financiamiento de servicios de ITS/VIH/SIDA para uniformados o privados de libertad. Tres años después de la firma de la paz, los datos financieros de las instituciones de seguridad siguen sujetos a reserva.

Procesamiento

Las matrices básicas de las cuentas nacionales de salud describen: a) el flujo de recursos de fuentes a agentes financieros, b) de agentes a instituciones prestadoras, c) de instituciones a programas, d) de instituciones a objetos de gasto y e) de programa por objeto de gasto. Cada matriz debe integrar una sección de gastos públicos y otra de los privados de manera que intente homologar las categorías hasta donde sea factible.

El llenado de las matrices principió con la identificación de los elementos de gasto por tipo de servicio (matriz e), cuando menos en las instituciones con información suficiente para ello.

Se consolidaron los servicios por institución prestadora (matriz d), volviendo a la matriz e para aplicar las proporciones encontradas a las entidades con información incompleta sobre objetos de gasto por programa. La matriz c fue obtenida del consolidado de objetos de gasto por institución. La mayoría de los agentes financieros en SIDA son también proveedores directos de servicios; no fue posible aislar una matriz para entidades en un papel estrictamente de agentes financieros.

Las fuentes fueron supuestas en el caso de proveedores privados (ya que ni las entidades públicas ni los seguros privados pagan servicios en VIH/SIDA a proveedores privados, se consideraron provenientes del fondo de hogares, financiado por los hogares). También fueron supuestas las fuentes del IGSS, puesto que su financiamiento proviene, en proporciones fijas, de patronos (empresas) y trabajadores (hogares).

En el caso del Ministerio, se utilizaron datos certificados de cooperación únicamente; el resto se consideró fuente gubernamental, debido a la restricción explícita impuesta a los proveedores públicos para no hacer cobros a los usuarios. Las fuentes de las ONGs provienen de registros institucionales sobre flujos de cooperación certificados.

Alcances y limitaciones

Se considera que la investigación ofrece una visión global y aproximativa del nivel y los flujos de gasto en VIH/SIDA en Guatemala, consistente con los datos del estudio de Cuentas Nacionales de Salud 1995-1997. El estudio ofrece además, evidencia de que pueden obtenerse progresos en la asignación de recursos con el nivel de financiamiento existente, aunque a la vez señala áreas importantes de gestión que se encuentran subfinanciadas.

Por otra parte, se reconoce la necesidad de profundizar que complementen este esfuerzo en los temas de:

- Gastos de las familias
- Gastos en unidades descentralizadas del interior del país

Sobre esta base informativa podrá además avanzarse en otros aspectos, tales como:

- Costos sociales del VIH/SIDA
- Costos institucionales de atención evitados con terapia anti-retroviral
- Efectividad de distintas estrategias preventivas, por unidad de costo

Reconocimientos

Los autores desean reconocer la colaboración en el acceso a datos y revisión de versiones preliminares del informe que proporcionaron, en el Ministerio de Salud: a Giovanni Meléndez (Programa de SIDA), Alfredo Privado, Tito Rivera (Planificación Sectorial de Salud), Cristina Ramírez, Edgar Hernández (Unidad Financiera), Carlos Rosales (Sistema de Información Gerencial de Salud), Carlos Mejía (Hospital Roosevelt); en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a Paul Chinchilla (Unidad de Epidemiología) y Renán Béliz (Hospital de Infectología). En la Asociación Guatemalteca de Prevención y Control de SIDA (AGPCS), a Annelise de Salazar, Juana Miriam de Corbera, Hilda de Mejía; en la Asociación de Prevención y Apoyo a enfermos de SIDA (APAES), a Mario Andrade; en OASIS, a Rubén Mayorga. En el Programa Acción SIDA de Centroamérica (PASCA), a Anne Fitzgerald. También se reconoce el invaluable apoyo recibido de Manuel Solís y Miguel Ángel Alvarado,

quienes realizaron la mayor parte del proceso de recolección.

Los autores

Ricardo Valladares. Economista (Universidad de San Carlos de Guatemala), con estudios en Formulación, Evaluación y Ejecución de Proyectos; Análisis y Planificación Estratégicos; Investigación en Administración Pública e Investigación Participativa. Ha desarrollado múltiples investigaciones en los sectores de educación y salud. Experto en formulación de proyectos, planificación estratégica y evaluación social, para diversas entidades de cooperación internacional. Actualmente es consultor de GSD Consultores Asociados (Gestión de Soluciones en Desarrollo), empresa privada de consultoría con sede en Guatemala.

Edgar Barillas. Médico y cirujano (Universidad de San Carlos de Guatemala), Maestría en Gerencia (Commonwealth Open University), Posgrado en Salud Internacional (Organización Panamericana de la Salud), especialista en financiamiento de la salud. Entre otros ha desarrollado proyectos en política social e investigación en salud. Miembro de la misión del Banco Interamericano de Desarrollo que realizó la evaluación del Proyecto de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Guatemala. Docente universitario en salud pública y financiamiento de la salud. Autor de múltiples publicaciones en el campo de la reforma del sector salud y financiamiento de la salud. Actualmente es Gerente de GSD Consultores Asociados, empresa privada de consultoría con sede en Guatemala.

Referencias y notas

1. AIDS Epidemic Update, diciembre de 1998.
2. Estadísticas del Programa Nacional del SIDA.
3. INE-CELADE “Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050”. 1997.
4. Finkelman, Barillas, Rivera y Victoria, *El Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala*, Guatemala, enero de 1996.
5. Como medida de inequidad, un índice de Gini de 1 indica inequidad absoluta, y un índice de 0 equidad absoluta.
6. Psacharopoulos, George, *et al. Poverty and Income Distribution in Latin América: The Story of the 80's*, World Bank Human Resource Division. Report # 27. Washington, December, 1992.
7. UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1996*, New York, 1996.
8. World Bank, *Guatemala: An Assessment of Poverty*. Report No. 12313-GU, Country Department II, Human Resources Operations Division, Latin America and the Caribbean Regional Office, Washington, 1995.
9. Congreso de la República de Guatemala, Control de Registro de Iniciativas, 1988.
10. Diario de Centroamérica, 3 de noviembre de 1997.
11. ONUSIDA/FUNSALUD/SIDALAC, *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*, José Antonio Izazola Licea (editor). México, 1999, p 35.
12. GSD. Evaluación Externa del Proyecto La Sala de AGPCS. Guatemala, 1998
13. GSD. Diagnóstico de Impacto de las Acciones desarrolladas por el Programa Educativo de APAES/SOLIDARIDAD. Guatemala, 1998.

GUATEMALA 1997/1998
se terminó de imprimir en el mes de septiembre
de 2000 en los talleres de *Grafía*.
Se tiraron 1000 ejemplares más
sobrantes para reposición.

