Julio, 2019

el salvador

Estrategia nacional de sostenibilidad y plan de acción para la sostenibilidad de la respuesta al vih
2019-2023

2019-2023
2019-2023

**ÍNDICE**

[GLOSARIO 4](#_Toc15275119)

[INTRODUCCIÓN 5](#_Toc15275120)

[I. MARCO GENERAL PARA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SOSTENIBILIDAD 6](#_Toc15275121)

[II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 8](#_Toc15275122)

[3.1 Marco de políticas y compromisos relacionados con VIH 8](#_Toc15275123)

[3.2 Situación demográfica 11](#_Toc15275124)

[3.3 Panorama macroeconómico y perspectivas económicas 12](#_Toc15275125)

[3.4 Situación de salud 15](#_Toc15275126)

[3.5 Epidemia de VIH y su Cascada de Atención 15](#_Toc15275127)

[3.5.1 Epidemiología del VIH 15](#_Toc15275128)

[3.5.2 Cascada de Atención 16](#_Toc15275129)

[3.6 Sostenibilidad de la respuesta 17](#_Toc15275130)

[3.6.1 Índice de Sostenibilidad 17](#_Toc15275131)

[3.6.2 Caso de inversión en VIH 18](#_Toc15275132)

[3.6.3 Financiamiento nacional e internacional para VIH 20](#_Toc15275133)

[III. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA SOSTENIBILIDAD 26](#_Toc15275134)

[3.1 Visión 26](#_Toc15275135)

[3.2 Misión 26](#_Toc15275136)

[3.3 Objetivos 26](#_Toc15275137)

[3.4 Principios 26](#_Toc15275138)

[3.5 Plan de acción para la sostenibilidad 27](#_Toc15275139)

[3.5.1 Ámbito económico-financiero 27](#_Toc15275140)

[3.5.2 Ámbito técnico-programático 35](#_Toc15275141)

[3.5.3 Ámbito político-normativo 42](#_Toc15275142)

[3.5.4 Ejes transversales 46](#_Toc15275143)

[IV. RECOMENDACIONES PARA EL MONITOREO DE LA SOSTENIBILIDAD 51](#_Toc15275144)

[V. BIBLIOGRAFÍA 52](#_Toc15275145)

# GLOSARIO

|  |  |
| --- | --- |
| CONASIDA | Comisión Nacional de Sida |
| CONAVIH | Comisión Nacional de VIH |
| COMURES | Corporación de Municipalidades de El Salvador |
| CONNA | Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia |
| COSAM | Comisión de Sanidad Militar |
| FM | Fondo Mundial |
| FOP | Fideicomiso de Obligaciones Previsionales  |
| FOVIAL | Fondo de Conservación Vial |
| FOSALUD | Fondo Solidario para la Salud |
| GOES | Gobierno de El Salvador |
|  HSH | Hombres que tienen sexo con otros hombres |
| ISDEM | Instituto de desarrollo municipal |
| ISNA | Instituto Salvadoreño para la Niñez y Adolescencia |
| ISSS | Instituto Salvadoreño de Seguridad Social |
| ISBM  | Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial  |
| ITS | Infecciones de transmisión Sexual |
| LB | Línea de base |
| MCP | Mecanismo de Coordinación de País |
| M&E | Monitoreo y Evaluación |
| MINEDUCYT | Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología |
| MINSAL | Ministerio de Salud |
| MINTRAB | Ministerio de Trabajo |
| MT  | Mujeres trans |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organizaciones no gubernamentales |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PDDH | Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos |
| PENM | Plan Estratégico Nacional Multisectorial |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PEPFAR | Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida |
| PNC | Policía Nacional Civil |
| REDCA | Red Centroamericana de personas viviendo con VIH |
| SUMEVE | Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia epidemiológica |
| SSR | Salud sexual reproductiva |
| TAR | Terapia antiretroviral |
| TB | Tuberculosis |
| TS | Trabajador/a sexual |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| VICITS | Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana  |

# INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como propósito proporcionar los elementos clave para para alcanzar la sostenibilidad de la respuesta al VIH, con énfasis en poblaciones clave, utilizando estrategias para la erradicación de la epidemia al 2030 y tomando como punto de partida los lineamientos regionales y globales. En este contexto, se entiende como sostenibilidad a la respuesta al VIH el garantizar que los programas puedan mantener su continuidad para lograr el control de la epidemia, con el financiamiento y los recursos humanos adecuados, sin cambios en calidad y cobertura, ni amenazados los derechos humanos, incluyendo a todos los actores. La estrategia se establece para un período de 5 años.

La Estrategia fue elaborada tomando en consideración una amplia gama de estudios, análisis financieros y proyecciones, además del análisis de la situación de VIH, el contexto de salud, de financiamiento, los posibles espacios de actuación, los diagnósticos de la situación de sostenibilidad y el análisis de la Evaluación del Eje 1 de Sostenibilidad del Plan Estratégico Nacional Multisectorial y el análisis de brechas financieras en VIH.

El contenido del presente documento está estructurado de la siguiente manera: a)la primera sección introduce y caracteriza la naturaleza de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad; b)la segunda sección presenta el análisis de situación de las condiciones de país en preparación para la sostenibilidad; c)la tercera sección presenta los lineamientos estratégicos y plan de acción para la sostenibilidad; d) la cuarta sección establece recomendaciones generales para el monitoreo de la sostenibilidad.

Es importante destacar que la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH/sida de El Salvador, contó con la participación multisectorial, la coordinación del Programa Nacional de ITS y VIH/Sida del MINSAL, los receptores principales del Fondo Mundial (Plan Internacional y MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la Unidad Financiera Institucional del MINSAL, empresa privada, MCP-ES, CONAVIH, organizaciones de sociedad civil y agendas de cooperación, SICA y personal del Ministerio de Hacienda, el Proyecto de USAID de Sostenibilidad y Derechos Humanos en VIH para Centroamérica, implementado bajo acuerdo cooperativo con Plan International y otros socios de PEPFAR. La participación del conjunto de actores, expertos y equipos nacionales fue fundamental en el proceso.

# I. MARCO GENERAL PARA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SOSTENIBILIDAD

La Estrategia de Sostenibilidad responde a la necesidad de contar con un marco político que delimite y visualice las áreas prioritarias a ser abordadas por el país para avanzar con mayor rapidez, hacia el logro de las metas mundiales definidas para controlar la epidemia de VIH y acabar con el sida.

Las metas son ambiciosas y requieren redoblar esfuerzos y/o ser más eficientes; entre lo que cobra relevancia, acciones dirigidas a aumentar la cobertura de intervenciones programáticas para diagnosticar a un mayor número de personas con el VIH; el inicio rápido del tratamiento antirretroviral (TAR) e independiente del conteo de CD4, así como mantener adherentes al medicamento a las personas en TAR para ayudarlas a vivir una vida más saludable y reducir la probabilidad de transmisión del VIH. Estas metas se traducen en que para el 2030, se haya logrado que el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico; el 95% de las personas que conocen su diagnóstico reciban TAR, y que el 95% de las personas en TAR, reporten carga viral indetectable. Actualmente para El Salvador, estas coberturas alcanzan en promedio, el 78%, 37% y 31% respectivamente. Para cumplir estas metas, es necesario mejorar la efectividad de la prevención, ampliar el acceso a tratamiento, enfocar las acciones en los grupos de mayor riesgo y garantizar el seguimiento a las personas en tratamiento, acorde con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Estrategia no sustituye al Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH, sino por el contrario, establece las bases políticas, técnicas y de planificación financiera para garantizar su implementación sostenida en el tiempo; ofrece lineamientos, acorde con las recomendaciones de la OMS acerca de las intervenciones esenciales en el nivel de prestación de servicios para reducir el número de nuevas infecciones, que es vital para el control de la epidemia así como también en contextos de recursos limitados; y establece las necesidades de políticas prioritarias para lograr la sostenibilidad.

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

En el marco de compromisos regionales para lograr la sostenibilidad de la respuesta al VIH en los países del SICA, y basados en los resultados del Índice de Sostenibilidad en VIH aplicado en los países de la región en 2018, se identificaron tres áreas críticas o ámbitos para responder a las principales vulnerabilidades y tomar ventaja de las oportunidades que representa el contexto frente a las prioridades para lograr la sostenibilidad. Estas áreas se definieron en base a las características de los procesos de política pública a nivel nacional y la gestión de programas públicos en los países, el cual, aunque con características propias, presenta características similares entre los países de la región. En este contexto, se delimitaron tres ámbitos de acción como los pilares de la sostenibilidad de la respuesta al VIH (económico-financiero; técnico-programático; y político-normativo), los cuales se caracterizan a continuación:

**Ámbito económico-financiero:** Acciones relacionadas con la aplicación de metodologías, técnicas de análisis, maximización de impacto y principios de economía y gestión de la salud, para la administración estratégica de las finanzas relacionadas con el VIH/sida, la movilización de recursos internos, búsqueda de eficiencias técnicas, asignación oportuna de recursos, presupuesto basados en resultados, selección de intervenciones costo-efectivas, monitoreo del gasto, estrategias para la reducción de costos, entre otros, para asegurar los recursos financieros necesarios y una estrategia de financiamiento de largo plazo para cumplir de manera eficaz y eficiente las metas y objetivos nacionales de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida. Consideración implícita es el análisis y uso de datos epidemiológicos, de salud y económicos pertinentes sobre el VIH/sida para fundamentar las decisiones de inversión en VIH/sida y asignar estratégicamente los fondos para maximizar las inversiones.

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

**Ámbito político-normativo:** Acciones relacionadas con el desarrollo, implementación y supervisión de una amplia gama de políticas nacionales, planes, leyes, guías, reglamentos, protocolos necesarios para lograr la cobertura de intervenciones de alto impacto, la protección social, jurídica y equidad de quienes acuden a los servicios de VIH/sida, así como los lineamientos para la normalización de intervenciones entre los diferentes actores público-privado involucrados en la prestación de servicios de VIH/sida; para asegurar el financiamiento y la eliminación de obstáculos estructurales, incluyendo el estigma y la discriminación por VIH/sida y asuntos de género; garantizar el acceso público a la información oportuna y confiable sobre la aplicación de las políticas y los programas relativos al VIH/sida, incluidos los objetivos, avances, gastos y desafíos para alcanzar las metas relativas al VIH/sida, como parte de la rendición de cuentas. Implícito está el apoyo político y la coordinación en todos los niveles del gobierno y entre los principales actores del sector público, privado, y sociedad civil.

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

# II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

## 3.1 Marco de políticas y compromisos relacionados con VIH

**3.1.1 Marco internacional**

En materia de VIH, El Salvador se rige bajo una serie de políticas y compromisos nacionales e internacionales (regionales y mundiales). A continuación, presentamos los principales elementos de cada uno de ellos.

En el plano internacional, en primer lugar, se encuentra el **Enfoque Conjunto**, presentado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH Sida, la Organización Panamericana de la Salud, el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades. En términos generales, su propuesta es la de lograr de manera sostenible contener la epidemia del VIH, para poner fin a la epidemia del Sida para el 2030 y gozar de un mundo libre de la carga del sida, con una mejora de la salud para todos (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2014).

Sus metas e impacto son: reducir en un 74% el número estimado de nuevas infecciones por VIH para el 2020 respecto a la línea de base (2014); y reducir en un 62% el número de muertes relacionadas con el SIDA para el 2020 respecto a la línea de base (2014). Por otra parte, sus estrategias son las siguientes: aumentar al 90% la proporción de personas que viven con el VIH y conocen su diagnóstico; aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico y reciben TAR; aumentar al 90% la proporción de personas en TAR que poseen un nivel de carga vírica indetectable; y lograr que el 90% de las poblaciones clave tienen acceso a servicios de prevención combinada del VIH (conocidas como metas 90 90 90) (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2014).

En segundo lugar, se encuentran las Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, presentadas por la Organización Mundial de la Salud, conocidas como las **Guías OMS**. Ellas nacen como una respuesta de la institución a la petición de los diferentes países sobre orientaciones generales para el tratamiento del VIH en las diferentes etapas, además de algunas recomendaciones sobre la prestación de servicios que buscan dar una mayor cobertura al tratamiento del VIH.

En términos generales, el principal aporte de su última actualización es el acceso universal al tratamiento de la infección y su consiguiente erradicación como amenaza a la salud pública. En definitiva, la nueva recomendación es la de “tratar a todos”, renunciando a la previa elegibilidad para el tratamiento. Además, se muestran directrices generales para lograr la ejecución de programas que tengan como meta servicios más cercanos a los hogares de las personas que viven con VIH, además de todo lo relacionado a aquellos aspectos administrativos y financieros que deben tomarse en cuenta para que estos programas sean de largo alcance (OMS, 2016).

En tercer lugar, siempre en el plano internacional, se encuentra la estrategia de **Acción Acelerada**, que presentó ONUSIDA y cuyo objetivo principal es la erradicación de la epidemia de sida para el año 2030. Para lograr este objetivo, se propone el “escalamiento rápido”, que consiste en establecer metas de gran escala en cuanto a los abordajes esenciales de prevención y tratamiento del VIH. En ese sentido, se adscriben a los objetivos 90 90 90, aunque apuntando todavía más adelante: la meta última sería la de cero infecciones nuevas, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con sida (ONUSIDA, 2014).

Aunado a lo anterior, esta estrategia se busca llegar a una mayor cobertura del acceso a programas para personas con VIH (siendo su objetivo principal llegar tanto como se pueda al punto de saturación), especialmente en grupos que son considerados de mayor riesgo de adquirir el virus, poniendo especial énfasis en el tratamiento de las personas de menores ingresos. Finalmente, en el aspecto financiero, apunta a que los países establezcan mayor financiamiento para la prevención y tratamiento de VIH, así como se insta a que se dé mayor ayuda internacional de los diferentes programas.

En cuarto lugar, se presenta la herramienta conocida como **Cascada del continuo de la atención**, establecida por OMS/OPS y que tiene como principal objetivo el monitoreo del abordaje integral del VIH en diferentes regiones. Su principal ventaja es la de poder ser representada mediante gráficos fácilmente identificados. Por lo mismo, es capaz de dar información estratégica clave para la ejecución de planes nacionales (MINSAL & USAID, 2016).

La Cascada de Atención en VIH inicia con la estimación de Personas con VIH, realizado a través del Programa SPECTRUM de ONUSIDA. Continúa con las personas con VIH que se hicieron la prueba y conocieron su diagnóstico, las personas vinculadas a servicios de atención, las personas retenidas en los servicios, las personas que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR) y las personas que tienen su Carga Viral (CV) suprimida, menor a 1,000 copias /ml. En el caso concreto de El Salvador, se obtienen los datos de cada uno de los pilares de la Cascada de atención de forma automatizada a través del Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE) del MINSAL, siendo uno de los mayores logros para conocer la epidemia.

El último de los elementos considerados en el plano internacional es el titulado *Acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH*, presentado por ONUSIDA y conocida en general como la estrategia de **Acceso Universal**. En él, se retoma el Objetivo de Desarrollo del Milenio de “detener y revertir la propagación del VIH”. La estrategia de acceso universal es una respuesta para lograr esta meta. En este sentido, busca que los servicios relacionados con el VIH tengan las características de equitativos, asequibles e integrales, con la justicia social como un eje transversal (ONUSIDA, 2011).

Además, el documento muestra el proceso a través del cual es posible analizar el progreso en tema de VIH en tres diferentes niveles: en los países, en las regiones y en el mundo. En el primer nivel, cada uno de ellos ha de considerar, para dar cuenta de sus resultados, el análisis de los logros, enfoques (de prevención, tratamiento, etc.), poblaciones clave y estrategias nacionales a futuro. A nivel de regiones, se pone especial énfasis en el tema de los organismos políticos regionales, que tienen relevancia a nivel social y económico, para lograr un abordaje conjunto y organizado entre los diversos países. Se trata, pues, de unificar las estrategias de la región, tomando en cuenta las características comunes de la epidemia en una zona determinada. A nivel mundial, la figura preponderante es la de la Reunión de Alto Nivel (RAN), que tiene entre sus asignaciones el tema de las negociaciones en torno a la Declaración de Resultados, que es de carácter mundial, tomando en consideración las informaciones que proporcionan tanto los países como las regiones, así como el apoyo internacional o patrocinio necesario para cada uno de ellos.

**3.1.2 Marco regional**

En el plano de la región de Centroamérica y el Caribe, la Estrategia Regional de Sostenibilidad se presenta en el documento titulado *Estrategia de Sostenibilidad de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento, y el Apoyo relacionados con el VIH*, que tiene su origen en la declaración conjunta de los diferentes presidentes de los países de Centroamérica y República Dominicana (en el año 2005), en la que se reconoce la gravedad de la situación y se ratifican diferentes compromisos nacionales e internacionales adquiridos (COMISCA, 2017).

Esta estrategia regional ha sufrido varias modificaciones a lo largo del tiempo. A partir de ellas, sus objetivos para la región van quedando establecidos de la siguiente manera: aumentar la efectividad de los servicios e intervenciones del continuo de la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de VIH a quienes lo necesite en los países del SICA; mejorar el impacto y equidad en las poblaciones prioritarias y en los lugares donde hay mayor transmisión del VIH; fortalecer la conducción y el uso óptimo de recursos para la respuesta nacional al VIH para la movilización y la asignación de recursos según las prioridades regionales para la sostenibilidad, y fortalecer la información estratégica para la promoción, las inversiones y el fortalecimiento de los sistemas, las alianzas y los vínculos.

A partir de estos objetivos, la Estrategia busca una respuesta a nivel regional que sea sostenible, tomando como criterios: la universalidad en salud, rectoría de los gobiernos, derechos humanos, alianzas y participación de personas con VIH.

Por otra parte, aunado a la Estrategia de Sostenibilidad, se propone en el documento un Plan de Acción y Monitoreo, cuyo propósito es el de mantener el ritmo de implementación de la Estrategia, para ser capaces de cumplir con las metas 90 90 90 en el periodo que se han propuesto. De esta forma, cualquier desviación del plan original que pueda ser un peligro para la región en términos de VIH puede ser controlada a partir de este Plan. Asimismo, los retos nuevos y actualizaciones que requiere la Estrategia con el paso del tiempo también son consideradas desde este órgano.

**3.1.3 Marco nacional**

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2016-2020 constituye el documento que marca las pautas nacionales en lo referente a VIH e ITS a nivel nacional. Estas pautas son establecidas cada quinquenio, y buscan, en las nuevas actualizaciones, superar las limitantes de los quinquenios anteriores, además de apegarse a las nuevas normas internacionales que se van estableciendo. En ese sentido, pone énfasis en la búsqueda de cumplimiento de las metas 90 90 90, entre otras directrices globales. Su marco de referencia es la Cascada de Continuo de la Atención, para el fortalecimiento de la respuesta institucional a los problemas derivados del VIH e ITS (CONASIDA & MINSAL, 2016).

En el contexto institucional salvadoreño, el Plan Estratégico está enmarcado dentro del Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: “El Salvador productivo, educado y seguro”; y en el Plan Estratégico Institucional 2014-2019 que establece el Ministerio de Salud como su estrategia nacional en ese sector. Es esta misma institución la que regula y ejecuta la Política Nacional de Salud en El Salvador.

Con respecto al contenido, el Plan Estratégico incluye, además de un contexto general (institucional, nacional e internacional), un análisis la situación del VIH en el país, su epidemiología y respuesta por parte de las instituciones pertinentes; el proceso de la formulación del PENM, matriz, objetivos y ejes. Finalmente, aborda los aspectos financieros necesarios para la ejecución del Plan.

## 3.2 Situación demográfica

La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) del Ministerio de Economía, correspondiente a 2016, reportó que la población total del país fue de 6,522,419 personas, de las cuales 61.7% residen en el área urbana y 38.3% en la rural. En el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) se concentra el 27.2% del total de la población del país, es decir 1,773,557 habitantes. La población es mayoritariamente joven: el 54.0% de la población es menor de 30 años, mientras que el 12.4% tiene una edad de 60 años y más. Al diferenciar la población por sexo, las mujeres representan el 52.7% de la población total y los hombres el 47.3%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0.90.

La tasa de analfabetismo (calculada con la población mayor de 10 años) es del 10.8% a nivel nacional. Por sexo, la tasa de analfabetismo de la población femenina es de 12.5%, mientras que para la masculina es del 8.8%, registrando una brecha de 3.7 puntos porcentuales.

A nivel nacional, la escolaridad promedio por sexo es de 6.9 grados para los hombres y 6.7 para las mujeres. En el área urbana, la escolaridad promedio de los hombres es de 8.1 grados y de las mujeres de 7.7; en la zona rural, la de los hombres es de 5.1 grados y de las mujeres de 4.9 grados.

La situación de violencia en El Salvador afecta de manera negativa la calidad de vida de la ciudadanía. Se ha evidenciado que el número de homicidios anuales ha sufrido un incremento, ya que en el año 2014 fueron 3,921 homicidios, en el 2015 fueron 6,656 homicidios y en el 2016 fueron 5,269, en el 2017 se evidenció un descenso con 3,947 homicidios. También se encuentran en alza otras expresiones de violencia como extorsiones, robos, personas desaparecidas, violencia intrafamiliar, entre otras. Según el Índice global de criminalidad de 2016, El Salvador se encuentra entre los países más violentos del mundo.

El cuanto a la medición del Índice de Desarrollo Humano, El Salvador logró un promedio de 0.68, y se coloca en la posición 117 de 188 economías del mundo, mientras que, en el informe de un año anterior, 2015, ocupó el eslabón 116, con una ponderación de 0.66. De acuerdo al PNUD el Índice de Desarrollo Humano ha crecido en 26 años en un 28%. El Salvador sigue siendo considerado como un país con un desarrollo humano medio.

## 3.3 Panorama macroeconómico y perspectivas económicas

El Presupuesto General del Estado comprende la estimación de los ingresos que recibirá el gobierno en concepto de impuestos, multas, arrendamientos de activos, donaciones, préstamos internos y externos, etc. los cuales financiarán los gastos para satisfacer las necesidades de la población. Ambas estimaciones se hacen para un ejercicio financiero fiscal que inicia el 01 de enero y finaliza el 31 de diciembre, y son expresadas en unidades monetarias, es decir en términos de dinero.

En El Salvador existen los denominados Ingresos por Contribuciones Especiales, los cuales son los aportes que cierto sector de la población paga en concepto de contribuciones otorgadas por leyes especiales para el financiamiento de actividades de beneficio público, representando el 5.6% del total de ingresos estimados.

Durante el período 2009-2016, los ingresos totales se incrementaron en 45.4%, al pasar de $3,626.4 millones a $5,343.7 millones. Ese crecimiento estuvo influido por la recuperación de la economía posterior a la recesión y se reflejó en altas tasas relativas de variación hasta 2013; los incrementos posteriores fueron moderados; para 2016 se registró un crecimiento de 4.3%. El moderado efecto de este crecimiento se refleja en su evolución en términos del Producto Interno Bruto (PIB): el avance de 2.5 puntos porcentuales (pp), se presentó entre 2010 y 2013; en los años siguientes se redujo en 0.5 pp, lo cual ubicaría los ingresos en 19.9% del PIB en 2016. Los ingresos totales a diciembre de 2017 preliminares alcanzaron un monto de millones, presentando un crecimiento de 6.6% con respecto al año anterior; dicho aumento se debe principalmente al efecto combinado entre un crecimiento en los Ingresos tributarios y no tributarios que en conjunto incrementaron $361.5 millones y a la reducción del Superávit de Operación de las Empresas Públicas y Donaciones no fueron significativas sumando ambas $7.3 millones. Como porcentaje del PIB los ingresos totales representaron un 23.0%, siendo mayor en 0.7 puntos porcentuales a la meta del programa 2017 y similar al resultado obtenido en el año 2016.

**Gráfica 1. Producto Interno Bruto trimestral.**

Tasas de crecimiento anual punto a punto.

Base 2005, año de referencia 2014.



Fuente: Base de Datos Económica-Financiera del Banco Central de Reserva.

La recaudación tributaria alcanzó un monto de $4,488.2 millones, mostrando un crecimiento anual de 5.9%, superior en $ 250.2 millones a la cifra alcanzada en el año 2016 y fue equivalente a una carga tributaria de 18.1% con respecto al PIB, siendo mayor en 0.4 puntos porcentuales al nivel alcanzado en diciembre 2016. Dicho comportamiento se explica principalmente por los incrementos en las recaudaciones de Impuesto al Valor Agregado (IVA) por $ 93.1 millones, y en el Impuesto sobre la Renta en $83.4 millones en ambos impuestos incluye los efectos de la Ley transitoria para facilitar el cumplimiento voluntario de obligaciones tributarias y aduaneras (Amnistía). Asimismo, a las Contribuciones Especiales a la Seguridad Pública que registraron un incremento de $ 59.8 millones.

La ejecución del gasto total del Sector Público No Financiero SPNF al mes de diciembre de 2017 ascendió a $5,769.8 millones, con un incremento de $ 195.6 millones, con respecto al mismo período del año anterior, como producto de un aumento del gasto corriente de $269.1 millones y una disminución de $ 73.6 millones en los gastos de capital. El Gasto total representó en términos del PIB, un 23.3%, menor en 0.1 punto al resultado obtenido al mismo mes del año anterior. Los gastos corrientes del SPNF ascendieron a $ 5,026.6 millones, mostrando un crecimiento de 5.7%, asociado por aumentos en los rubros de Intereses, transferencias corrientes y remuneraciones. Como porcentaje del PIB el gasto corriente representa un 20.3%.

Los gastos de capital del SPNF a diciembre de 2017 alcanzaron un monto de $743.5 millones, experimentando un descenso de $73.6 millones, equivalente a 9.0% con respecto al mismo período de 2016, ocasionado básicamente por la caída de la inversión pública, siendo contrarrestado parcialmente por el incremento observado en las transferencias de capital en $17.7 millones.

La Inversión pública del SPNF alcanzó un valor de $666.4 millones, menor en $ 91.3 millones con respecto a la Inversión del año anterior; representando un 2.7% del PIB, este resultado se debe en parte, por atrasos en la ejecución de Proyectos de Inversión en las Instituciones de Gobierno Central, Resto del Gobierno General y Empresas Públicas, producto del tiempo que toman en los procesos en las licitaciones públicas, capacidad institucional, disponibilidad de recursos en las diferentes fuentes de financiamiento, principalmente de préstamos externos contratados. Correspondiéndole a salud el 10.5% de la inversión total.

La Población Económicamente Activa (población que realiza alguna actividad económica u ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral) es del 58.6% representado por los hombres y el 41.4% por las mujeres.

Para 2016 la tasa de ocupación (población económicamente activa que tiene un trabajo del cual obtiene una remuneración o ganancia o trabajan sin pago en dinero en un establecimiento de tipo familiar) es de 93%. Respecto de los salarios promedios mensuales, la EHPM 2016 registra que a nivel nacional fue de $302.16, percibiendo los hombres en promedio $326.92 mensuales y las mujeres $270.58, registrando una diferencia salarial de $56.36 a favor de la población masculina.

El ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de $545.93; por área la diferencia es bastante marcada, ya que en el área urbana el promedio es de $646.99 y en el área rural es de $368.61.

## 3.4 Situación de salud

El 13.9% de la población padeció de alguna enfermedad, síntoma o lesión en el año 2016, de acuerdo a la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del Ministerio de Economía. La prevalencia de enfermedad en el área urbana es de 13.5% y en el área rural 14.7%. De la población que padeció alguna enfermedad, lesión o síntoma a nivel nacional el 58.4% consultó con un doctor, mientras que un 0.7% consultó con otro personal como enfermera (o) promotor(a) de salud, farmacéutico (a), curandero(a) o familiar o amigo(a), por otra parte, el 40.9% no consultó con nadie.

De las personas que se enfermaron y consultaron con alguien, a nivel nacional el 50.8% lo hizo en una unidad de salud o casa de salud del MINSAL, el 11.2% consultó en un hospital del MINSAL, por otra parte, el 9.5% consultó en unidades del ISSS ya sea unidades médicas, clínicas comunales o empresariales, mientras que el 5.6% consultó en un hospital del ISSS. Por su parte el 17.2% de los que se enfermaron y consultaron lo hicieron en hospital o clínica particular, mientras que el 5.7% consultó en otros lugares como el hospital militar, bienestar magisterial, ONG, farmacias, clínica natural, etc.

En el año 2016, el 24.1% de la población total del país manifestó tener algún seguro médico. Este porcentaje corresponde al 10.7% en el área rural y 32.4% en el área urbana, mostrando una importante brecha en términos de área de residencia. En cuanto al género, se observan leves diferencias puesto que el porcentaje en los hombres supera al de las mujeres en 2.2 puntos porcentuales. De la población cubierta con seguro médico, el 91.9% tienen acceso a seguro médico a través del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) ya sea como cotizante, beneficiario o retirado, el 6.1% lo tiene a través del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el 1.8% por medio del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), mientras que el 0.2% cuenta con un seguro privado colectivo u otro.

## 3.5 Epidemia de VIH y su Cascada de Atención

### 3.5.1 Epidemiología del VIH

Los primeros registros de personas con VIH en El Salvador se remontan al año 1984. De esa fecha hasta 2017, se han reportado un total de 34,951 casos de VIH, de los cuales, al momento de la detección, 28% estaban en etapa de VIH avanzado (SIDA), mientras que el restante 72%, en etapa de VIH.

Sin embargo, la situación actual puede medirse a partir de los últimos datos obtenidos, correspondientes a 2017. En ese año, fueron identificadas 1,252 personas, de las cuales aproximadamente el 60% estaban (al momento de su detección) en estado de VIH, mientras que el resto se encontraban en la fase avanzada. Asimismo, la tasa de infección de ese año fue de 10 por cada 10,000 habitantes, en el caso de las mujeres; y de 29 por cada 10,000 habitantes, para los hombres.

Partiendo de la cascada de atención, se muestra que para 2017 se estimaron 23,788 personas con VIH. De ellas, el 78% han sido diagnosticadas, el 59% han sido vinculadas a servicios de salud y el 41% se ha mantenido en la atención. Además, el 37% se encuentra en tratamiento con antirretrovirales, mientras que el 31% tienen carga viral suprimida.

Con respecto a los sectores de la población, se encontró que, del total de personas detectadas en 2017, el 54% eran consideradas como población general; el 21.6%, hombres que tienen sexo con otros hombres, 2.8% para las trabajadoras del sexo, 1% en mujeres transgénero y el restante 2.8% se corresponde a personas sin datos. Y en lo que tiene que ver con la edad, se determinó que el rango que va desde los 20 hasta los 39 años es el que presenta mayor prevalencia de la enfermedad, seguida de las personas entre 40 y 59 años.

Entre las poblaciones consideradas clave en tema de VIH, ha sido posible establecer la prevalencia a partir de datos recogidos desde 2002, mostrando que cada uno de estos grupos ha tenido un comportamiento diferente. En las trabajadoras sexuales, se observa que la prevalencia en 2002 era de 3.2, que luego, para 2008, sube a 5.7, bajando luego a 3.14 en el año 2012, y terminando, para 2016, en 8.2. Para el caso de los HSH, las cifra de 2002 estaba en 15.3, y para los demás años, se ha mantenido en 10. En cuanto a las mujeres transgénero, se tienen únicamente mediciones de dos años: 2008, con 25.8; y 2014, que tenía la cifra de 16.2. Finalmente, en la población general, la prevalencia es del 0.5%.

### 3.5.2 Cascada de Atención

La cascada de atención para el año 2017 estimó 23,788 personas con VIH, de las cuales 18,556 (78%) personas han sido diagnosticadas con VIH. De estas últimas, 14,028 (59%) han sido vinculadas a los servicios de salud, siendo 9,699 (41%) las retenidas en la atención. Las personas en tratamiento antirretroviral fueron 8,775 (37%); mientras que 7,309 (31%) personas se encuentran con carga viral suprimida.

Si se comparan los años 2013 al 2017, se percibe un aumento de los porcentajes de cumplimiento de cada pilar de la cascada de atención, y se evidencian las mayores brechas en las personas vinculadas a los servicios de salud.

**Gráfica 2 Cascada de atención de VIH (2013-2016) en El Salvador**



Fuente: MINSAL (2017)

## 3.6 Sostenibilidad de la respuesta

### 3.6.1 Índice de Sostenibilidad

Con el apoyo del Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida (PREFAR), se realizó en el año 2018 la última medición del Índice de Sostenibilidad (SID), en el que se buscó determinar el estado de la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA, con el fin de poder darle seguimiento en el tiempo, mostrando a su vez fortalezas y vulnerabilidades en el proceso.

**3.6.1.1 Fortalezas**

En cuanto a las fortalezas, se encontró, en primer lugar, la adopción de la medición y reporte del gasto en VIH/SIDA. Además, se muestra como fortaleza la aplicación de modelos como SPECTRUM, caso de inversión y Goals, junto con información actualizada de costos en los procesos presupuestarios y de adquisiciones, para reducir estos costos y lograr mayor eficiencia y rendimiento. Por otra parte, se muestra como fortaleza del país su capacidad amplia de laboratorio, y su consiguiente prestación de servicios, además de los recursos humanos que estos lugares poseen. Se verifica igualmente como una fortaleza el fortalecimiento de los ARV con fuentes nacionales. Y finalmente, el plan implementado de transición del recurso humano financiado por el Fondo Mundial absorbido con fuentes de recursos nacionales gubernamentales sería el último de los puntos fuertes señalados en el informe.

**3.6.1.2 Vulnerabilidades**

Por el contrario, en el aspecto de las vulnerabilidades, hay cuatro puntos que, según el informe mencionado, es necesario trabajar para poder llevar a cabo planes sostenibles sobre el VIH en El Salvador. Estos puntos son:

1. Gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas: implementación de directrices de OMS para inicio de TARV; políticas que flexibilicen el modelo de atención y cambio de tareas entre diferentes proveedores de servicios en diferentes niveles; métodos para autodiagnóstico de VIH y promoción de la participación de proveedores de servicios de salud privados; marco legal protector de poblaciones clave; disponibilidad oportuna de información al público y el financiamiento por parte de fuentes nacionales para ONGs.
2. Sistema nacional de salud y prestación de servicios: capacidad de adaptación de los servicios; dependencia externa para intervenciones con poblaciones clave; integración de personal comunitario y aspectos focalizados del manejo y formación de recursos humanos; aspectos de la planificación y evaluación de la cadena de suministros y la institucionalización de la gestión de calidad; mecanismos para integrar al sector privado de proveedores de servicios de salud, así como la incorporación de nuevos modelos de prestación de servicios y el fortalecimiento de la eficiencia.
3. Inversiones estratégicas, eficiencia y financiamiento sostenible: ausencia de una línea de recursos específicos para VIH en el presupuesto nacional; y el modelo de asignación presupuestaria desvinculado a metas.
4. Información estratégica: dependencia de fuentes externas para estudios específicos en poblaciones clave; inversiones para garantizar la calidad de los datos en los sistemas de información; los datos disponibles sobre la prestación de servicios y el análisis de la suficiencia y la eficacia de los gastos a nivel nacional y subnacional.

### 3.6.2 Caso de inversión en VIH

Para la formulación del Plan Nacional de Sostenibilidad, se diseñaron cuatro posibles escenarios de cobertura y tratamiento de la epidemia de VIH en El Salvador acordes al modelo SPECTRUM. Cada escenario contó con los siguientes elementos: cobertura, población general, poblaciones en mayor riesgo, coberturas de intervenciones y acceso a medicamentos antirretrovirales, entre otros.

El primer escenario es el de la *Línea de Base Constante (LCB).* Aquí se plantea que es el escenario de cobertura real de intervenciones en VIH el que deberá mantenerse constante para alcanzar las proyecciones estimadas entre 2016 al 2020 en los siguientes aspectos: cobertura de TAR de adultos (hombres y mujeres), servicios para la población general como son movilización comunitaria, suministro de condones, entre otros. Otra dimensión que deberá abarcar este escenario es la cobertura de la población clava (HSH y TSF) y población en general. Los datos con los que se inicia la TAR se basan en una estimación SPECTRUM, por lo que puede haber discrepancias respecto de los datos que arroja la implementación efectiva de la misma, dado que tampoco hay modificaciones de las condiciones para ser elegible a la TAR, en concordancia con la normativa oficial actual (CD4<=500).

El segundo escenario consiste en el uso de la *Línea de Base Optimizada (LBO),* la cual consiste en la optimización del uso de los recursos invertidos disponibles bajo el esquema de cobertura de Línea de Base. Para ello, deben identificarse cuáles son las inversiones más rentables en términos del número de infecciones evitadas: mejores resultados con el mismo nivel de recursos. Para diseñar el escenario LBO se realizó el análisis aplicando la herramienta CEA (Cost Effectiveness Analysis) de costo-efectividad y se tomó como referencia las intervenciones actuales. El análisis se aplicó en dos momentos: a) para el esquema de cobertura actual; b) a partir del modelo de cobertura predeterminado por el FT y con los valores prestablecidos para dicho modelo. Bajo los términos de este escenario, el aumento de cobertura reduce no sólo la tasa de infecciones, sino también el costo de la intervención. Asimismo, este tipo de implementación permite reajustar el esquema de cobertura de la Línea de Base para poder disminuir aquellas que no hacen un uso efectivo de los recursos y no previenen nuevas infecciones, así como introducir aquellas que liberan recursos y aumentan la prevención.

El tercer escenario es el de *Acción Acelerada Ajustada (AAA),* el cual mantiene los valores de la línea de base, pero para el año final ajusta las coberturas, considerando los siguientes criterios: 1) incorporación, en su mayoría, de las coberturas del FT vinculadas a las metas 90 90 90 para poblaciones clave y acceso a TAR; 2) incorpora en los supuestos los Lineamientos de la OMS (2015) para inicio de tratamiento para todos los grupos; 3) aplica los resultados del análisis de rentabilidad realizado para el escenario FT y prioriza tres intervenciones: TAR, condón y servicios para HSH; 4) mantiene en descenso las intervenciones que no son rentables, y proyecta un aumento conservador en las pruebas PVC, considerando el continuo de la atención.

Finalmente, está el escenario de *Acción Acelerada (AA),* que se basa en la aplicación de los parámetros globales del FT de ONUSIDA, que han sido incorporados al sistema por SPECTRUM. En este escenario se establecen los niveles de cobertura más altos a los que se necesita llegar en contextos como epidemia generalizada, o en ausencia de cualquier tipo de restricción económica. Bajo estos términos y para la población general, el parámetro de eliminación de la epidemia del Sida oscila entre el 80% y el 100% en cada una de las intervenciones esenciales. Se estima llegar al 90% en cobertura de servicios para población clave, servicios de salud y acceso a medicamentos antirretrovirales para adultos, niños y embarazadas.

Sin embargo, hay que señalar que ninguno de estos cuatro escenarios incluye para este periodo la Profilaxis pre-exposición (PreP). Esto debido a que en el país todavía hay brechas significativas en la continuidad de la atención, ya que la atención y recursos se destinan principalmente a mejorar el segundo y tercer noventa de las metas. Podrá explorarse a futuro la incorporación de esta intervención por parte de proveedores privados para ser ofertada en el mercado privado de servicios de salud, no obstante, será necesario los análisis y consideraciones técnicas que garanticen al país no recibir de rebote los efectos que pueda generar la no adherencia a la PreP.

### 3.6.3 Financiamiento nacional e internacional para VIH

En términos generales, El Salvador se caracteriza por ser un país marcado por grandes brechas entre ricos y pobres, cuyo origen se encuentra en la estructura económica del país, y en los factores tanto externos como internos que la determinan. El Salvador es un país de renta media-baja, con un índice de desarrollo humano medio de acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano del PNUD del 2016. Las desigualdades económicas son fundamentales para comprender la brecha del acceso a la salud como un derecho humano fundamental, ya que se estima que el 30% de la población vive por debajo de la línea de pobreza y el 11.3% vive en pobreza extrema.

Otro factor a tomar en cuenta a nivel macroeconómico es que El Salvador depende fuertemente del ingreso proveniente del exterior: buena parte de la economía se sustenta en remesas, que constituyeron el 17% del PIB en 2015. Asimismo, las importaciones (36.77% del PIB) y exportaciones (+/- 20 % del PIB) representan alrededor del 80% del PIB. Como puede observarse, la alta dependencia de este tipo de ingresos hace más vulnerable a la economía salvadoreña, ya que la exponen a crisis financieras, sociales, alzas del precio de los alimentos y del combustible, y limitan la capacidad de enfrentarlas exitosamente.

Como consecuencia, el crecimiento económico se desacelera o crece a un ritmo muy lento. Para el año 2017, la tasa de crecimiento fue de 2.3%, más bajo que en 2016 (tasa de crecimiento de 2.6%), mientras que el nivel de deuda para 2017 fue del 71,6% del PIB, ya que, al destinar un porcentaje tan alto del ingreso nacional para el pago de deuda, el Estado salvadoreño adquirió más deuda de la que debía, con base en su capacidad real de pago.

El estado de estos indicadores macroeconómicos explica el deterioro de las condiciones de vida de la población salvadoreña, dado que los subsidios de energía eléctrica y gas propano se vieron disminuidos en como medida de austeridad en el año 2016. La depuración de beneficiados de subsidios, por otro lado, fue consecuencia del descenso en el precio del petróleo como el precio internacional del gas licuado, que impactaron en una reducción del subsidio al gas y en el de electricidad en US$78.5 millones y US$29.4 millones, respectivamente. Y aunque la subida de los precios internacionales tanto de petróleo como de gas licuado influyeron sobre un aumento paulatino a los subsidios entre 2016-2018, también la ampliación de la cantidad de beneficiarios (cien mil nuevos beneficiarios en diciembre de 2017) es un factor determinante en el aumento del déficit fiscal en El Salvador.

**3.6.3.1 Estructura del sistema previsional de salud en El Salvador**

Partiendo de este panorama macroeconómico se hará el análisis del gasto nacional en VIH. El sistema de salud tiene una estructura por macro-funciones, que son cuatro: el financiamiento, el aseguramiento, la provisión y la rectoría. Asimismo, dicho sistema de salud es de carácter mixto, ya que en él coexisten en las formas de financiamiento, provisión y aseguramiento, entidades públicas y privadas.

La macro-función de financiamiento se define por ser la captación, distribución y/o administración de recursos financieros de carácter público o privado para la provisión de servicios de salud a la población de referencia. Esta función es ejercida por el Ministerio de Hacienda, así como empresas proveedoras de recursos para el sistema de salud y los hogares, como usuarios y financiadores de los servicios de salud percibidos. Finalmente, están las instituciones u organismos donantes.

La macro-función de aseguramiento es aquella que compete al ámbito del financiamiento directo, es decir, a la provisión de servicios de salud a una población beneficiaria, ya sea adscrita y cotizante, o población de responsabilidad programática. Esta función es cumplida a nivel público y privado por las siguientes instituciones: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Ministerio de Salud (MINSAL), Bienestar Magisterial (BM), Sanidad Militar (SM) y algunas empresas de seguros privados.

Por otro lado, la macro-función de provisión de servicios de salud comprende a todas las instituciones que cuentan con infraestructura y equipamiento para prestar atención directa a la salud. Tanto el MINSAL, ISSS, SM como las alcaldías e instituciones privadas cumplen con este rol. La única institución que no cumple con esta función es Bienestar Magisterial. Finalmente está la macro-función de rectoría. Dicha función es compartida por el MINSAL, el Consejo Superior de Salud Pública y la Dirección Nacional de Medicamentos.

**3.6.3.2 Organización y financiamiento del sistema provisional de salud**

Cada una de las instituciones anteriormente mencionadas tiene una forma de financiamiento para proveer los servicios de atención directa de salud en los diversos niveles que comprende el sistema previsional. A continuación, se precisan:

El Seguro Social (ISSS), obtiene sus ingresos de las cotizaciones patronales (aportes de las empresas públicas y privadas, así como entidades gubernamentales en calidad de empleadores o patronos) y de las cotizaciones del trabajador (consistente en un aporte de su propio ingreso mensual al ISSS). Otras formas de financiamiento son los réditos por inversiones en el sistema financiero, venta de servicios, inmuebles, equipos diversos y subsidios del gobierno. Los fondos de ISSS son administrados por la Junta Directiva de dicho instituto, la cual está conformada por una representación de las patronales de la empresa privada y del Gobierno, el STISSS y los cotizantes.

El MINSAL recibe sus ingresos de tres fuentes: impuestos generales, cooperación internacional y recursos propios (como venta de servicios a terceros y/o cuotas voluntarias de los pacientes, por ejemplo), lo que revela su alto grado de vulnerabilidad ante la situación general de las finanzas del Estado. Finalmente, las instituciones privadas con fines de lucro obtienen sus principales fuentes de ingresos de las primas de seguros que recaudan y/o copago (en el caso de las entidades aseguradoras) y la venta de los servicios de salud a la población o a terceras partes responsables.

El principal problema con estas formas de financiamiento reside en que, a excepción del MINSAL, todas las demás instituciones no proporcionan cobertura más que a la población específica que cotiza los servicios de salud. En este sentido, quienes más aportan al financiamiento del sector público de la salud son las familias, a través del pago de impuestos, compra de medicamentos, colaboraciones voluntarias y uso de servicios, entre otros.

Ello se refleja asimismo en que el presupuesto modificado del MINSAL de 2018 fue de $614.4 millones de dólares, y el 93.6% de los fondos proceden del fondo general de la nación. El resto del presupuesto proviene de donaciones, préstamos y otras fuentes de financiamiento.

**3.6.3.3 Gasto Nacional en Salud**

El Gasto Nacional de Salud tiene un crecimiento anual de US $64.5 millones desde el 2007 al 2017. Para 2017 este gasto suma $1,914.1 millones de dólares. Sin embargo, el aumento en este gasto se debe principalmente en una reducción del gasto en servicios privados de salud, como consecuencia de la política del Estado, basada en la reducción de los costos de acceso a los servicios de salud pública eliminando cargos por servicio, reducir la tercerización, y la expansión de la cobertura territorial para reducir costos de traslado para los usuarios. También se debe notar que la contribución de los hogares al gasto en salud de 2017 fue del 27%, lo cual representa una tasa relativamente baja, dado que fueron las instituciones públicas las que aumentaron su participación en el gasto de salud (67% en 2017).

**Gráfica 3. Gasto Nacional en Salud.**

****

Fuente: Memoria de Labores del MINSAL varios años.

A nivel de PIB, el gasto público en salud representó el 5.1% en 2017, siendo el MINSAL y el ISSS las instituciones que reciben el 90% del aumento progresivo del porcentaje del PIB destinado a gasto público en salud. Sin embargo, el gasto destinado a la salud pública sigue siendo bajo, comparativamente con otros rubros a los que se destinan más fondos, puesto que el gasto per cápita fue de $291 dólares por persona en 2017 (en esta estadística se incluye personas que no requieren servicios de salud como aquellos que sí lo requieren) para atender las necesidades de salud.

Otra dificultad es el bajo crecimiento económico anual, ya que se dispone de menos recursos financieros a destinar para el sector de salud pública, así como los compromisos presupuestarios del escalafón del MINSAL y el aumento de empleados en el sector. No obstante, el aumento del PIB para el sector salud pública no implica que necesariamente haya una mejora en el uso de los recursos, la atención y la cobertura de la población salvadoreña, dados los factores de desembolso en salarios, aumento de los mismos y aumento de las nóminas de empleados, entre otros.

En lo que respecta al gasto per cápita de cada institución proveedora de servicios públicos de salud, existe una gran desigualdad en los montos promedio destinados a los cotizantes. Para el año 2017, los beneficiarios de Bienestar Magisterial contaron con un gasto promedio de $631 dólares, mientras el MINSAL presenta $136 dólares, el ISSS $290 dólares y Sanidad Militar $356 dólares. Por otra parte, este gasto no es proporcional al número de beneficiarios o población objetivo, ya que, mientras el MINSAL provee servicios de salud para al 70% de la población, su gasto per cápita está muy por debajo del gasto público per cápita en salud, que es fue de $195 dólares.

**3.6.3.4 Presupuesto modificado del MINSAL**

El presupuesto modificado del MINSAL pasó de $307.1 millones en 2007 a $614.4 millones de dólares en 2018 de acuerdo al Cuadro 4, el 93.6% son del fondo general, lo que indica que no existe dependencia de donantes, de préstamos o de otras fuentes de financiamiento.

**Cuadro 1. Evolución del presupuesto modificado**

(\*) Para los años 2007 al 2017 se presenta el Presupuesto Modificado al cierre de cada ejercicio.

(p) Para el año 2018, se presenta el Presupuesto Modificado a enero.

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

3.6.3.5 Gasto nacional en SIDA

Para el año 2017 se determinó que el Gasto en Sida contó con un financiamiento de tres sectores: gobierno (80% de los fondos), fuentes internacionales (14%) y fuentes privadas (6%). Sin embargo, esto no implica que se dispone de los suficientes recursos financieros para hacer sostenible y de calidad el abastecimiento de antirretrovirales, insumos diagnósticos y de seguimiento clínico tanto en el nivel central como en toda la red del MINSAL, como con los demás proveedores públicos de servicios de salud coherente con la cantidad de personas que lo requieren año con año.

El porcentaje del presupuesto del MINSAL destinado a gasto en Sida fue de 5.4% en 2017, lo cual indica que se destina un porcentaje muy bajo del presupuesto a este rubro, y el aumento progresivo del mismo no es significativo. Una de las causales de este fenómeno puede ser que la asignación presupuestaria depende de la decisión del titular en funciones del MINSAL y no por un mecanismo presupuestario o Ley.

A ello se suma, según las conclusiones del estudio de Medición del Gasto en Sida de El Salvador (MEGAS) de 2017, la grave disminución del financiamiento del gasto en Sida por parte de cooperación externa. Respecto de 2014, donde se registró un gasto de US$14,771,149, para 2017 ésta fue de US$8,176,872. Es decir que hubo una disminución del 45% ($6,594,277) de los fondos invertidos. Respecto de 2016, la disminución US$2, 626,242 (24%).

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional del MINSAL (PENM) 2016-2021, hacen falta US$28.07 millones para el desarrollo de las actividades de Prevención y según resultados evidenciados a través del MEGAS (2017), el gasto fue de US$25,0 millones lo que demuestra una brecha de $3,0 millones. Para Atención y tratamiento, según lo proyectado en el PENM 2016-2021 se necesitan US$26.59 millones, pero se ha evidenciado que el gasto cubierto fue de US$26,2 millones para dicha área programática, lo que indica una brecha de US$332,183.

**Gráfico 4. Fuentes de financiamiento en VIH**



Fuente: MINSAL, Estudio MEGAS 2017.

# III. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA SOSTENIBILIDAD

Después de conocidos los antecedentes, el contexto de país y el diagnóstico, describe los principales elementos de la visión de país para lograr la sostenibilidad de la respuesta al VIH. Establece supuestos para situaciones que, sin ser parte directa del vínculo entre financiamiento, costo-efectividad y gestión/transparencia en VIH, pueden afectar el logro de los objetivos de sostenibilidad; por ejemplo, aspectos relacionados con la rectoría en salud, coordinación, transparencia entre otros. Valora las ventajas, desventajas y oportunidades de los diferentes mecanismos de movilización de recursos en el contexto actual. A continuación, se enumeran los principales elementos a considerar/desarrollar:

## 3.1 Visión

El Salvador tendrá los recursos financieros nacionales necesarios para financiar acciones y alcanzar los objetivos 90 90 90, modificará el enfoque de las acciones para garantizar su eficiencia y efectividad en la erradicación de la epidemia al 2030. Para ello se buscarán espacios para aumentar los recursos nacionales, articulados con recursos privados, optimizando acciones costo efectivas en servicios de prevención y atención del VIH. El respeto a los derechos humanos será un eje transversal en el accionar.

## 3.2 Misión

Somos un equipo multisectorial comprometido con la respuesta nacional al VIH, dirigido a aumentar los recursos financieros necesarios para que la respuesta al VIH sea efectiva, y lograr su contención al 2030. Buscamos oportunidades de financiamiento nacionales, tanto públicos como privados, así como el diseño e implementación de estrategias costo efectivas que contribuyan al logro de los objetivos 90 90 90.

## 3.3 Objetivos

1. Aumentar la movilización de recursos nacionales, tanto públicos como privados, para el desarrollo de acciones costo efectivas dirigidas a la contención de la epidemia, con énfasis en poblaciones clave.
2. Implementar acciones costo efectivas que contribuyan a optimizar los recursos financieros existentes.
3. Fortalecer el marco de políticas requeridas para la sostenibilidad y su implementación

## 3.4 Principios

* Universalidad en salud integración y vinculación con los sectores en la región.
* Rectoría de los gobiernos en la región.
* Derechos Humanos protección y promoción de los derechos humanos, de igualdad entre los sexos y de la equidad en el derecho a la salud.
* Alianzas para obtener mayor impacto.
* Participación activa de las personas con VIH, Poblaciones prioritarias y la comunidad.

## 3.5 Plan de acción para la sostenibilidad

El Plan de Sostenibilidad 2019-2023 responde a las brechas identificadas en el análisis de situación de país, aunque se reconoce que varios de los problemas y soluciones de sostenibilidad están relacionados.

### 3.5.1 Ámbito económico-financiero

3.5.1.1 Financiamiento público

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**   | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **1. Movilización de recursos mediante el incremento del presupuesto de fondos públicos para VIH que permita aumentar la proporción de gastos cubiertos con fondos nacionales, cubrir necesidades actuales y el aumento de cobertura requeridos**  | La inversión actual es de $ 57 millones (MEGAS)y la inversión requerida para el 2019 es de $ 72 millones, la subvención del Fondo Mundial finaliza el 2021 y el GOES tendría que asumir 9 millones de dólares | MINSAL asigna recursos al Programa de VIH anualmente. Aplicar subsidios cruzados ISSS, Nueva ley de VIH que asigna 22 atribuciones a MINSAL. | Priorización del VIH desde la Secretaria Técnica de la Presidencia(PQD) en la agenda nacional y regional(SICA) | Incremento de un 1% anual en el presupuesto para la respuesta al VIH.[[1]](#footnote-1) | MINSAL, ISSS, Ministerio de Hacienda, Dirección General de Presupuesto, Asamblea Legislativa, Organización de Personas con VIH. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Análisis de las necesidades proyectadas para cubrir las brechas financieras de la respuesta nacional al VIH | X | X |  |  |  |
| Analizar los procesos de compra en insumos y reactivos entre nivel central y nivel Hospitalario y establecer parámetros para hacer compras eficientes para el MINSAL | X | X |  |  |  |
| Elaboración de presupuesto de VIH basado en resultados en los diferentes niveles de atención para el MINSAL. Sesiones de trabajo con el PNS/MINSAL para lograr que el presupuesto anual cuente con objetivos / metas medibles coordinadas con el presupuesto anual de VIH.  | X | X | X | X | X |
| Reuniones de trabajo con el PNS para el proceso de planificación del presupuesto, para que destine todos los recursos nacionales específicamente hacia las áreas geográficas con mayores cargas. | X | X | X | X | X |
| Análisis de monitoreo trimestral y reporte de la ejecución del presupuesto 2018-2019 de ARVs e identificación de aspectos críticos cuando la ejecución presupuestaria para ARV es menor a 70%.  | X | X | X | X | X |
| Cabildeo con el MINSAL, Asamblea Legislativa y Ministerio de Hacienda para solicitar el incremento del presupuesto de VIH a la Asamblea Legislativa, MH, autoridades del MINSAL. | X | X | X | X | X |
| Taller con el MINSAL y Organizaciones de Sociedad Civil para lograr que la Asamblea Legislativa apruebe financiamiento explícito para VIH en el presupuesto nacional, preferiblemente que incluya programas en cada Ministerio.  | X | X | X | X | X |
| Atraer recursos financieros por medio de canje de deuda (Unión Europea) | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**   | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **2.Movilización y aseguramiento de recursos mediante la creación de línea del presupuesto público etiquetada para VIH que asegure los recursos necesarios año con año** | El diseño y asignación presupuestaria se basa en el histórico de ejecución presupuestaria. | Cambio de sistema a presupuesto por resultados de parte del MH, aplicar subsidios cruzados ISSS, Nueva ley de VIH que asigna 22 atribuciones a MINSAL. | Concretar un acuerdo político en la Asamblea Legislativa antes de las próximas elecciones del 2022. | Aplicar en un 100% el mecanismo de presupuesto etiquetado para la asignación de presupuesto con fondos públicos para VIH. | MINSAL, ISSS, SM, BM, FOSALUD, Programa Nacional de VIH e ITS, Asamblea Legislativa, Ministerio de Hacienda, SETEPLAN y ONG´S. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Aumentar y asegurar la eficacia de la ejecución de los fondos públicos para VIH. |  | X | X | X | X |
| Identificar y aplicar procedimientos requeridos para etiquetar el gasto en VIH.  |  | X | X | X | X |
| Aplicar sistema de seguimiento y monitoreo de la ejecución presupuestaria con el fin de revisar la eficacia en la ejecución de la asignación presupuestaria. |  |  | X | X |  |
| Construcción de indicadores adecuados, que sean fiables y oportunos, identificar las fuentes de información con las que se cuenta para la construcción de los mismos. |  |  |  |  |  |
| Contraloría social para el seguimiento a la ejecución presupuestaria por las Organizaciones de sociedad civil. | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**   | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **3. Redireccionar recursos de contribuciones existentes (Ejemplo FOSALUD)**  | El desempeño económico del país presenta tasas de crecimientos muy bajas que permitan pensar la factibilidad de redireccionar recursos de contribuciones existentes, sin que ello genere variaciones en las condiciones de pobreza de la población. | La proximidad que la cooperación para VIH cierre su contribución al país puede impulsar un proceso de ver el impacto económico que puede presentar el no cubrir las brechas financieras para el VIH. | Cabildeo político para redireccionar recursos para VIH de contribuciones existentes con MINSAL, Ministerio de Hacienda, y Asamblea Legislativa y mostrar las ventajas de redireccionar impuestos para mejorar la vida de las personas con VIH. | Análisis técnico financiera para la redirección de recursos de contribuciones existentes. Fuente de redirección de recursos identificada. | MINSAL, ISSS, SM, BM, FOSALUD, Programa Nacional de VIH e ITS, Asamblea Legislativa, Ministerio de Hacienda, SETEPLAN, Organizaciones de Sociedad Civil y Organizaciones del Sector Privado. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Hacer un mapeo de posibles fuentes de redirección de recursos de contribuciones especiales existentes.  | X | X |  |  |  |
| Elaboración de propuesta técnica y financiera para redireccionar recursos de contribuciones especiales existentes.  |  | X |  | X |  |
| Establecer un mecanismo de diálogo político para abordar el financiamiento específico para el VIH. |  | X | X |  | X |
| Incorporar iniciativas conjuntas (actores del dialogo político) de ley para la generación de mecanismos específicos de financiamiento para el VIH. |  |  |  | X |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**   | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **4.Movilización de recursos mediante la canalización de fondos públicos provenientes de gobiernos Locales/Municipales para la respuesta al VIH y su asignación a intervenciones costo-efectivas** | Hay iniciativas existentes con recursos de municipalidades, como el Proyecto TB y Grandes ciudades.Existe descoordinación sobre el financiamiento y gasto para VIH entre el nivel local con el nivel del gobierno central (Ejecutivo).Se desconoce la situación de trabajo con VIH que las alcaldías están realizando. | Las capacidades generadas a partir del proceso de construcción, seguimiento y monitoreo de un plan de desarrollo incorporó a diversos actores como sociedad civil, gobiernos municipales, sector privado, socios cooperantes, entre otros. | Incorporar como prioridad de país el tema VIH en el plan de desarrollo del nuevo gobierno para el período 2019-2024y en planes de los Gobiernos Municipales  | Que el financiamiento para el VIH sea parte de las prioridades del plan de desarrollo del gobierno para el período 2019-2024, con prioridad en alcaldías de mayor prevalencia de VIH. | MINSAL, ISSS, FOSALUD, Programa Nacional de VIH e ITS, Asamblea Legislativa, SETEPLAN,ISDEM, COMURES, Organizaciones de Sociedad Civil y Organizaciones del Sector Privado. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Identificar alcaldías de mayor prevalencia al VIH y hacer un acercamiento con ellas para la presentación de la situación de VIH y la solicitud de inversión en el tema. |  | X |  |  | X |
| Presentar evidencia financiera sobre el impacto económico y financiero del VIH para el desarrollo del país. |  | X |  |  | X |
| Incorporar en el plan de desarrollo periodo 2019-2024 el financiamiento para el VIH como una meta quinquenal. |  | X | X |  | X |
| Hacer alianzas con el programa de TB del MINSAL, para conocer otras experiencias de trabajo con municipalidades | X | X | X |  |  |
| Hacer alianzas /acercamiento con organizaciones del sector privado que trabajan en las municipalidades de mayor prevalencia de VIH. | X | X | X | X | X |

3.5.1.2 Financiamiento privado

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**  | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
|   |
| **1.Movilización de recursos mediante la coordinación con seguros privados de salud y de vida dirigidos a determinados segmentos de la población, para su integración en la respuesta nacional al VIH**  | Manejo de información y datos segmentados y desfasados sobre la realidad del VIH en el país. | Poder proveer información y datos de manera sistematizadas y de manera periódica. | Organizar la información y datos para dar una categoría de nacional. | Establecer una alianza estratégica con al menos una empresa de seguro que tenga operaciones en el país. | SETEPLAN, MINSAL, ISSS, FOSALUD, SM, BM, Organizaciones de la Sociedad Civil, Empresas Aseguradas Nacionales como Internacionales, PDDH, ONUSIDA, REDCA. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Establecer un mapeo de la información y datos que requieren las aseguradoras. |   | x |   | x |   |
| Establecer opciones de incentivos no financieros de manera conjunta (Estado y empresas aseguradoras), como por ejemplo el MINSAL en su calidad de ente rector proveer estudios actuariales sobre la población que vive con VIH-Sida en el país a las aseguradas. |   | x |   | x |   |
| Establecer un plan de formación y actualización de conocimientos para personal técnico del sector público para hacer frente a la estructuración sistemática de la información como de los datos sobre VIH con vocación de movilizar recursos financieros como económicos.  |   | x | x | x | x |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades  | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **2.Movilización de recursos mediante la coordinación con proveedores de servicios de salud privados, con servicios dirigidos a determinados segmentos de la población, para su integración en la respuesta nacional al VIH** | Existe una desconfianza entre el sector privado con el sector público, sin embargo por parte del sector público se están impulsando acciones de acercamiento. | Mecanismos de diálogo político como técnicos para potenciar una relación basada en la confianza con planes concretos de cooperación. | Mantener activo y con cumplimiento de metas específicas los mecanismos de dialogo. | Activar los mecanismos de diálogos político como técnico con una representación con poder de impulsar las acciones en el sector público como privado. | SETEPLAN, MINSAL, ISSS, FOSALUD, SM, BM, Organizaciones de la Sociedad Civil, Empresas Aseguradas Nacionales como Internacionales. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Desarrollar un mapeo de actores claves del sector privado como del sector público. | X |   | X |   | X |
| Poner en funcionamiento los mecanismos de dialogo público-privado de proveedores de servicios de salud. | X | X | X | X | X |
| Un análisis de mercado que describe la estrategia del Gobierno y del sector privado para implementar efectivamente un abordaje de mercado total para prestar servicios, el cual considera si las personas tienen la capacidad y/o la voluntad de pagar por los servicios de VIH | X |   | X |   | X |
| Conversatorio para identificar y eliminar las barreras para la referencia y contra-Referencia entre sectores público y privado para institucionalizar buenas prácticas del sector privado en la entrega de servicios de VIH a personas viviendo con VIH de alto perfil en ingresos | X | X | X | X | X |
| Reuniones individuales con líderes del sector privado (ANEP y/o Representante de Clínicas del Sector Privado), para lograr su participación en procesos relacionados con la planificación de programas de VIH | X |   | X |   | X |
| Resumen ejecutivo con datos sobre prestación de servicios, por parte del sector privado y/o satisfacción de clientes de proveedores privados de prestación de servicios, incluidos en la planificación de programas de VIH | X | X | X | X | X |
| Apoyo en las comunicaciones que emitirá el PNS/MINSAL para asegurar que los proveedores privados reciben, entienden y adoptan la actualización del protocolo nacional para TARV | X |   | X |   | X |
| Diálogo con el sector privado, para manifestar, dar a conocer su experiencia en VIH y expresar su interés sobre las oportunidades de mercado que apoyan la respuesta nacional al VIH y las oportunidades para contribuir con recursos financieros y no financieros a la respuesta nacional. | X | X | X | X | X |
| Diálogo para diseñar y validar con el sector privado (ANEP y/o Representante de Clínicas del Sector Privado), Ministerio de Economía, Trabajo u otras instancias gubernamentales, una política de impuestos e incentivos para animar a los esfuerzos de la responsabilidad social corporativa de compañías que están contribuyendo con compromisos financieros y/o recursos no financieros. | X | X |  |  |  |
| Investigar en otros sistemas de salud de otros países, para conocer los sistemas de financiamiento de la salud públicos/ privados. | X | X |  |  |  |
| Coordinación con laboratorios privados para la referencia y prestación del servicio de prueba de VIH y sífilis a poblaciones clave en laboratorios privados, incluye prueba y post-consejería, y reporte a sistema nacional. | X | X | X | X | X |
| Optimización del desempeño de la calidad en laboratorios privados  | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **3.Movilización de recursos mediante la coordinación con ONG que implementan acciones de prevención en VIH y cuentan con planes de sostenibilidad implementándose, para su integración en la respuesta nacional al VIH** | Disminución drástica del financiamiento bilateral como multilateral dirigido a ONG.  | La implementación de planes de sostenibilidad que pueden ser ampliadas y ser parte del catálogo de cooperación sur-sur y cooperación triangular. | Sistematizar las iniciativas exitosas. | Desarrollar al menos dos cooperaciones sur-sur o cooperación triangular de iniciativas exitosas de sostenibilidad en el marco de la respuesta nacional al VIH.Considerar las experiencias exitosas de Entre Amigos y CONSTRASIDA. | SETEPLAN, MINSAL, ISSS, FOSALUD, SM, BM, Organizaciones de la Sociedad Civil, Empresas Aseguradas Nacionales como Internacionales. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Mapear y sistematizar las iniciativas de sostenibilidad exitosas. |  x |  |   | x |   |
| Incorporar a diversos actores del desarrollo (socios cooperantes, organizaciones de sociedad civil, sector privados entre otros) al proceso posicionar al país como oferente de cooperación sur-sur y cooperación triangular en iniciativas de sostenibilidad. | x | x | x | x | x |
| Presentar en foros nacionales, regionales como internacionales el catálogo de cooperación sobre iniciativas de sostenibilidad. | x | x | x | x | x |
| Un análisis del financiamiento, la transición y las oportunidades para movilizar fuentes nacionales (sin incluir las donaciones de FM) para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el VIH/SIDA, incluidas las organizaciones de población clave | x | x | x | x | x |
| Analizar las oportunidades o la propuesta de reformas al marco político, legal y regulatorio para permitir que las organizaciones de la sociedad civil se financien con un presupuesto gubernamental para servicios de VIH (oportunidades para la contratación social) mediante una competencia abierta y oportuna que incluya la rendición de cuentas. | x | x | x | x | x |
| Un estudio de costo-efectividad para lograr mejores operaciones o intervenciones. | x | x | x | x | x |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **4.Movilización de recursos privados mediante otras estrategias focalizadas para determinados segmentos de población, vigentes y/o potenciales** | Existe una desconfianza entre el sector privado con el sector público, sin embargo por parte del sector público se están impulsando acciones de acercamiento. | Mecanismos de diálogo político como técnicos para potenciar una relación basada en la confianza con planes concretos de cooperación. | Mantener activo y con cumplimiento de metas específicas los mecanismos de dialogo. | Activar los mecanismos de diálogos político como técnico con una representación con poder de impulsar las acciones en el sector público como privado. | SETEPLAN, MINSAL, ISSS, FOSALUD, SM, BM, Organizaciones de la Sociedad Civil, Empresas Aseguradas Nacionales como Internacionales. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Acciones / Periodo de ejecución** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Establecer quiénes conforman los segmentos poblacionales objeto de intervención de manera conjunta (sector público y sector privado) |   | x |   | x |   |
| Diseñar que mecanismo de focalización que será desarrollado (a la demanda o a la oferta) de manera conjunta entre ambos sectores. |   | x |   | x |   |
| Implementar registros administrativo administrativos y registros estadísticos [Registro base, Registro primario y Registro integrado (registro longitudinal, otros registro integrados)] con el propósito de dar soporte al mecanismo de focalización. |   | x | x | x | x |
| Coordinación entre INSAFOR y Sociedad civil, en el accionar de la Mesa de VIH) para la obtención de fondos para fortalecimiento de capacidades. | x | x | x | x | x |

### 3.5.2 Ámbito técnico-programático

3.5.2.1 Optimización y asignación Costo-Efectiva

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**   | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **1.Reducción de costos mediante el rediseño de programas para la disminución de actividades de baja prioridad que no provocan impacto en el control de la epidemia, la reducción en el número de nuevas infecciones por VIH y la eliminación del sida, y movilizarlos a intervenciones costo-efectivas** | Actualmente están diseñadas acciones en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial que corresponden a poblaciones clave; acciones de prevención en población general (condones, ITS, CPV, PTMI, medios de comunicación masiva, maestros en el sistema escolar y profilaxis de TB), acciones de prevención en cuidados de salud (sangre segura, inyecciones médicas, PPE); servicios de cuidado y tratamiento: tratamiento antirretroviral, servicios de atención y costos de servicios para atención de infecciones oportunistas; acciones de entorno favorable y acciones de políticas, monitoreo y evaluación, administración e Investigación. Fuente: Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2021 | Identificar aquellas acciones de mayor impacto que contribuyan directamente a reducir la epidemia. | Hacer un análisis de cada intervención y el impacto causado en su desarrollo, de forma coordinada con múltiples actores. | Revisión de medio término del PENM 2016-2021 para la modificación o rediseño de acciones, para priorizar aquellas de mayor impacto en el control de la epidemia.(Se realizará en el mes de mayo 2019) | Subcomisión Nacional de M y E de CONAVIH, Programa de VIH, Sociedad Civil, Agencias de Cooperación. |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Evaluación de medio término del PEN 2016- 2021 y priorización de actividades de mayor impacto. | X |   |   |  |   |
| Evaluación final del PEN 2016-2021 y análisis de las acciones priorizadas |   |   |  X |  |   |
| Elaboración del nuevo Plan Estratégico Nacional 2022-2027 con acciones priorizadas de mayor impacto |   |   |   | x |   |
| Desarrollo de una adenda al PEN para integrar completamente la estrategia de Test & Start y priorizar acciones de mayor impacto. |  |  |  | X |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **2. Aumento de la eficiencia y efectividad, mediante el rediseño de acciones para fortalecer y ampliar cobertura de las intervenciones del continuo de la atención que tienen un impacto positivo en el control de la epidemia, reduciendo la probabilidad de transmisión y evitando nuevas infecciones por VIH**  | Servicios de salud centralizados en 20 Hospitales. No hay diferenciación de servicios de salud (horarios), CV y CD4 cada 6 meses.Inicio de TAR con menos de 500 CD4.La dispensación de ARV solamente está confinada a Hospitales.El ISSS tiene servicios de atención centralizados en 3 Hospitales. No están homologados los esquemas de atención entre el ISSS y el MINSAL.En el ISSS en el caso de PPE, la receta tiene que ser firmada por infectólogo. | Hay 10 Hospitales del MINSAL restantes en las que se puede ampliar la TAR.Existen UCSF especializadas que pueden dar atención o dispensación de ARV.25 médicos del ISSS en estudio de Maestría de VIH que pueden ser potenciales médicos de atención al VIH en el ISSS. | Ampliar las coberturas de atención a personas con VIH. | Ampliación de la cobertura de atención de 20 a 30 Hospitales y la dispensación a UCSF especializadas que sean elegidas por sus capacidades | Programa de VIH, ISSSDirección de Hospitales del MINSALDirección de Primer Nivel de Atención del MINSAL |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Hacer estudios para la factibilidad de descentralizar servicios a UCSF especializadas y Hospitales de 2o Nivel | X |  |  |  |  |
| Descentralizar la atención médica a 10 Hospitales Nacionales del MINSAL y a 6 Unidades Médicas y Policlínico del ISSS |  | X | X | X |  |
| Modificar el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales LIME para dispensación en diferentes niveles de atención y entrega de medicamentos de acuerdo a modelos diferenciados de atención y el involucramiento de las ONG´s. | X |  |  |  |  |
| Rediseñar la atención de servicios de VIH (servicios diferenciados de atención, inicio rápido, incorporación de ARV de alta barrera genética) | X | X |  |  |  |
| Documentar experiencias piloto de modelos diferenciados de prestación de servicios en VIH, para generar evidencia de costo efectividad y promover su escalamiento a nivel nacional o en zona de alta carga que requiere la inclusión en presupuesto del MINSAL, incluyendo modalidades extendidas para incrementar diagnósticos de VIH y vinculación a servicios de ARV en sitios VICITS. | X | X |  |  |  |
| Asesoría y seguimiento a personas con VIH, en su proceso de aceptación del diagnóstico, vinculación a cuidado y tratamiento en el continuo de la atención mediante la atención personalizada, recordar toma de medicamentos, recordar citas, apoyo en temas estructurales (apoyo psicosocial, problemas familiares, en el trabajo, etc.) Incorporación de enlaces comunitarios para búsqueda de abandonos a nivel comunitario.  | X | X | X | X | X |
| Desarrollo de intervenciones innovadoras de Prevención y referencia a Prueba de VIH hacia laboratorios privados a través de Cyber Educadores, dirigidas a poblaciones de difícil acceso y en horarios amplios para cubrir las necesidades, así como la posibilidad de abarcar diferentes áreas geográficas al mismo tiempo, sin necesidad de movilizar recursos. | X | X | X | X | X |
| Intervenciones para favorecer la retención y recuperación a la atención (promotores de adherencia y enlaces comunitarios) | X | X | X | X | X |
| Mejora continua de la calidad de los laboratorios, de las pruebas para fortalecer la estructura organizativa en niveles nacionales | X | X | X | X | X |
| Mejora del tiempo de respuesta para la disponibilidad de medicinas en los establecimientos de salud, optimizar las redes de distribución para mejorar la disponibilidad de medicamentos y reactivos en los establecimientos de salud.  | X | X | X | X | X |
| Establecimiento de herramientas de medición de desempeño y supervisión, para mejorar los resultados de la gestión de suministros. | X | X |  |  |  |
| Seguimiento a los niveles de inventario, para anticipar situaciones de desabastecimiento y evitar pérdidas por vencimiento, identificando las gestiones requeridas. | X | X | X | X | X |
| Monitoreo de la resistencia a los ARV para evaluar el fracaso del tratamiento y guiar la terapia antirretroviral efectiva | X | X | X | X | X |
| Asistencia técnica a los programas VIH y Tb para fortalecer las acciones colaborativas en el manejo de la coinfección Tb/VIH | X | X | X | X | X |
| Diagnóstico temprano de VIH en pacientes con tuberculosis confirmada y presuntiva, mediante el uso de consejería y prueba de VIH | X | X | X | X | X |
| Fortalecimiento de los conocimiento del equipo clínico en el manejo de la atención a personas con VIH y poblaciones clave | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**  | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **3. Contención de costos de la epidemia de VIH mediante la implementación estandarizada de los Lineamientos OMS 2015 para inicio de tratamiento en todas las edades, con énfasis en poblaciones clave, y reducir la probabilidad de transmisión y evitar nuevas infecciones por VIH** | Actualmente la Guía Clínica no contiene la actualización de los Lineamientos OMS 2015. La Subcomisión Técnica Terapéutica de CONAVIH está realizando la actualización desde el año 2017, sin embargo, hasta la fecha, falta la integración de Dolutegravir para finalizar el documento normativo.  | La Subcomisión Técnica Terapéutica tiene interés en aprobar la Guía Clínica de Atención de Personas con VIH para que sea aplicada en la red de servicios del MINSAL. | Aprobación oportuna de Integración ágil del Dolutegravir por el MINSAL y aprobación por el Viceministerio de Políticas en tiempos oportunos. | Oficializar la Guía Clínica de Atención a Personas con VIH conteniendo los nuevos lineamientos OMS 2015 relacionada al inicio temprano de tratamiento antirretroviral. | Subcomisión Técnica Terapéutica de CONAVIH y aprobación por el Viceministerio de Salud del MINSAL |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Análisis del beneficio de aplicar las recomendaciones OMS 2015, 2017. Acceso universal e inicio rápido. Además del paquete básico de manejo de IOS. | X |  |  |  |  |
| Promover la estandarización y racionalización de los esquemas basados en lineamientos e identificando acciones para reducir los costos y mejorar la disponibilidad de las medicinas | X |  |  |  |  |
| Revisión y aprobación de la Guía Clínica de personas con VIH, de acuerdo a las recomendaciones de tratamiento de la OMS (Inicio rápido, servicios diferenciados, paquete básico de manejo de IOS, migración a esquemas de mayor barrera genética, vinculación y retención), incluyendo lineamientos de las categorías adultos, adolescentes y niños  | X |   |   |   |   |
| Abogacía para la armonización de esquemas de tratamiento MINSAL-ISSS e implementación de procesos estandarizados para PPE | X | X |  |  |  |
| Oficialización de la Guía Clínica de personas con VIH | X |   |   |   |   |
| Divulgación de la Guía Clínica a personal médico y sociedad civil | X |  X |  X |   |   |
| Actualización de costos logísticos para alcanzar la estrategia 909090 identificando brechas financieras y potenciales eficiencias en el uso de pruebas y medicinas antirretrovirales | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **4.Optimización de recursos humanos y financieros mediante la adopción, adaptación y estandarización de los lineamientos OMS 2015 para el establecimiento de modelos diferenciados de atención para personas con VIH, con prioridad en zonas de alta carga de enfermedad y poblaciones clave** | Actualmente existe un solo modelo de atención para Personas con VIH, pero OMS propone diferenciar la atención a pacientes estables y priorizar en zonas alta carga de VIH.  | El sistema de información proporciona las zonas de alta carga de enfermedad. Existen esfuerzos piloto como la Clínica de Atención Integral de Santa Ana, que han comenzado a dispensar ARV en la localidad (de forma no oficial) a pacientes estables . | Hacer un análisis de los costos reducidos con la adopción de modelos diferenciados de atención | Implementación de modelos diferenciados de atención en pacientes estables y definir sus costos.Diseñar modelos diferenciados de atención dirigidos a zonas de altas cargas de VIH y grupos etáreos. | Programa Nacional de ITS y VIH /Sida, Sociedad Civil agencias de cooperación e ISSS. |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Análisis del beneficio de aplicar las recomendaciones OMS 2015, 2017 en servicios diferenciados de atención VIH, en sitios priorizados y dirigidos a poblaciones claves.  | X | X |  |  |  |
| Talleres de análisis de definición de modelos diferenciados de atención a personas con prioridad en zonas de alta carga de enfermedad y poblaciones clave VIH, análisis del Inicio de TARV el mismo día/ Inicio Rápido de Terapia Antiretroviral (IRTA) | X | X |   |   |   |
| Cuantificación y generación de planes de compra de ARVs y pruebas de laboratorio con el MINSAL (estimación de necesidades futuras de medicamentos) y desarrollo de planes de compra, identificando brechas financieras si las hubiera, como insumos para la instalación de servicios diferenciados de atención. | X | X | X | X | X |
| Identificación de cambios en normativas o políticas específicas para la implementación de modelos diferenciados de atención, que norman la prestación de servicios de VIH. |  | X |  X |   |   |
| Establecimiento de la adopción de modelos diferenciados en los diferentes establecimientos de salud. |  | X |  X |   |   |
| Evaluación de la adopción de modelos diferenciados de atención a personas con VIH. |  |  | X | X |  |
| Conversatorio y reuniones de trabajo con MINSAL para lograr cambios en al menos dos políticas que norman la prestación de servicios de VIH (por ejemplo: disminuir las visitas de pacientes estables a sus consultas o controles médicos o recoger sus ARV con menos frecuencia o la auto-Prueba de VIH, o lograr que los ARV están en la lista de medicación para los tres niveles de atención). | X |  |  |  |  |
| Sistematización de experiencias exitosas en la adopción de modelos diferenciados de atención  |  | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **5.Reducción de costos y optimización de recursos en la compra de medicamentos, insumos y reactivos, mediante el uso de mecanismos fortalecidos que ofrecen economías de escala, incluyendo negociación conjunta de precios COMISCA; compras a través del fondo estratégico OPS u otros**  | Actualmente el MINSAL está comprando medicamentos antirretrovirales bajo el mecanismo del Fondo Estratégico de OPS y los insumos y reactivos de laboratorio se compran a través del proceso de compra del MINSAL, bajo las directrices de la LACAP. | Existen otros mecanismos de compra como la negociación conjunta de COMISCA, la que está siendo utilizada para la compra de otros medicamentos que podría disminuir costos. | Tener información sobre las ventajas y desventajas de los diferentes mecanismos de compra de medicamentos, calculando los precios y los impuestos a pagar. | Reducción de costos de medicamentos e insumos a través de la elección del mecanismo de compra que proporcione los mejores precios. | Programa Nacional de ITS y VIH /Sida, Sociedad Civil agencias de cooperaciónISSS, SECOMISCA, OPS/OMS |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Elaboración de un análisis de información comparativa de costos de medicamentos y las ventajas y desventajas de los diferentes mecanismos de compra, que proporciona un panorama integral de los diferentes mecanismos de adquisición y refuerza el conocimiento para aplicarlos adecuadamente, hacerlos más eficientes, promoviendo también la estandarización de los mismos.  | X |  |  |  |  |
| Talleres de análisis de los diferentes mecanismos de compra para lograr costos unitarios más bajos que reduzcan la fragmentación de las adquisiciones conjuntas, la combinación de recursos, etc. y presentación a los diferentes tomadores de decisiones para la selección del que presente mejores oportunidades de bajar costos y tiempos de entrega. | X | X |  |  |  |
| Implementación de procesos estandarizados para las compras de medicamentos y reactivos |  | X | X | X | X |
| Fortalecimiento de capacidades para el manejo de procesos alternativos de negociación conjunta con SE-COMISCA |  | X | X | X |  |
| Aplicación del mecanismo de compra apropiado para bajar los costos de los medicamentos e insumos en VIH y lograr costos unitarios más bajos que reduzcan la fragmentación de las adquisiciones conjuntas, la combinación de recursos, etc.  | X | X | X | X | X |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **6.Reducción de costos y optimización de recursos en la compra de medicamentos, insumos y reactivos, mediante el uso de mecanismos y herramientas existentes que eliminan barreras en el proceso de adquisición y están acordes con el marco legal existente, incluyendo pero no limitado a temas relacionados con impuestos a medicamentos, flexibilidades, entre otros** | El Viceministerio de Salud junto con el comité de propiedad intelectual (conformado por MINEC, MINED, CNR, MINSAL, SC, DC y DNM) han elaborado una propuesto de modificación de la Ley de Propiedad Intelectual, la que ha sido presentada a CAPRES.  | Se ha realizado un estudio que proporciona el análisis para solicitar la modificación de la Ley de Patentes y la utilización de las flexibilidades de los ADPIC. Existe una propuesta presentada a CAPRES para la modificación de la Ley de Patentes | La participación de la sociedad civil en el proceso de análisis de la reforma de la Ley de Patentes y en la presentación a la Asamblea Legislativa y su proceso de abogacía posterior. | Utilizar las flexibilidades de los ADPIC y modificación de la Ley de Patentes para adquirir medicamentos a mejores precios. | CONAVIH con participación de MINEC, MINED, CNR, MINSAL, SC, DC y DNM, Sociedad Civil, organismos internacionales |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Dar seguimiento al proceso de aprobación de las modificaciones de la Ley de Patentes en CAPRES | X | X |  |   |   |
| Hacer un estudio de la propuesta de modificación de dicha Ley, con un comité ampliado |  | X |  |   |   |
| Dar seguimiento a la aprobación de la propuesta de Reforma de Ley de Patentes en la Asamblea Legislativa  | X | X | X |   |   |
| Análisis de la propuesta de modificación de la Ley del IVA y Ley de Almacenaje | X | X | X |  |  |
| Promover la presentación de la propuesta de Reforma de la Ley del IVA a la Asamblea Legislativa y hacer cabildeo para su aprobación | X | X |  |  |  |
| Presentar la propuesta Reforma a la Asamblea Legislativa y hacer cabildeo para su aprobación | X | X |  |  |  |
| Cabildeo para la aprobación de la Ley del IVA en la Asamblea Legislativa | X | X | X |  |  |

### 3.5.3 Ámbito político-normativo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | **Situación actual** | **Oportunidades**  | **Desafíos** |  **Meta (en base a brechas y prioridades)**  | **Responsables de actividades** |
| **7. Reducción del estigma y discriminación hacia poblaciones clave mediante el fortalecimiento del marco protector de políticas y su implementación, con el fin de eliminar barreras para que las poblaciones clave busquen y accedan a servicios oportunos y efectivos de prevención y atención en VIH** | Alto grado de estigma y discriminación dirigida a población clave. [[2]](#footnote-2) |  Existen normativas, lineamientos de atención para poblaciones clave como: Los Lineamientos LGBTI del MINSAL, Guía de Atención de Personas con VIH, Decreto Ejecutivo 56, entre otros. | Aplicación de las normativas existentes por el personal de salud y servidores públicos. | Índice de Estigma y Discriminación del personal público por encima del 90%. | PDDH, SIS, REDCA, ONG´S, organismos internacionales. |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Revisión y análisis del marco de protección legal para poblaciones clave (HSH, Trans) que no son específicas para VIH, pero que influyen en el ejercicio de los derechos humanos e identificación de barreras para su aplicación. | x |   |   |   |   |
| Capacitación derechos humanos de población LGBTI a funcionarios públicos y Capacitaciones basadas en competencias en E&D | x | x | x | x | x |
| Medición del índice estigma y discriminación en personal público | x | x | x | x | x |
| Desarrollar un equipo de facilitadores del Ministerio de Salud en abordaje de estigma y discriminación, basado en la experiencia de estrategia VICITS  | x | x |  |  |  |
| Medición de índice de estigma en personas con VIH |  x | x | x | x | x |
| Aplicación de mecanismos para que el usuario exprese trato estigmatizante en las CAI  | x | x | x | x | x |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **8. Adopción de nuevas tecnologías sanitarias de costo reducido y eficiencia comprobada que generan un impacto positivo en el control de costos y en los resultados de la epidemia.** | Actualmente están siendo integradas al esquema de tratamiento antirretroviral, nuevos medicamentos para la atención del VIH como el Dolutegravir, cuyos efectos son comprobados y sus costos reducidos, entre otras tecnologías sanitarias de costo reducidos | Existe la oportunidad de adquirir nuevas tecnologías sanitarias de costos reducidos a través de  | Estudiar el uso del Dolutegravir y sus efectos y costos. Estudiar también el uso de otras tecnologías sanitarias de bajo costo | Integrar el Dolutegravir al esquema de tratamiento de personas con VIH e incluirlo en la Guía Clínica de Atención, como una forma de reducir costos | Programa Nacional de ITS y VIH /Sida, Sociedad Civil agencias de cooperación, Subcomisión Técnica Terapéutica de CONAVIH |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Asistencia técnica para análisis de los beneficios del uso del Dolutegravir y sus efectos y costos y planes de introducción, transición o cambio en nuevos antirretrovirales | x |   |   |   |   |
| Sesión de análisis para integrar el medicamento como esquema de atención a personas con VIH en la Guía Clínica de Atención | x |   |   |   |   |
| Capacitación e inclusión de nuevos laboratorios privados al programa para la realización de pruebas de VIH permitiendo una mayor cobertura y acceso más rápido a los servicios. | x | x | x | x | x |
| Implementación de Telefonía móvil como herramienta para impulsar la asistencia puntual a citas y toma de medicamentos | x | x | x | x | x |
| Aplicación de la Prueba Rápida de Incidencia de VIH para priorizar notificación de parejas, identificar focos de infección y tomar acciones oportunas | x | x | x | x | x |
| Implementación del CITB en clínicas TB y VIH | x | x | x | x | x |
| Implementación de pruebas rápidas para TB en pacientes con VIH grave (TB-LAM) y para pacientes VIH (Xpert MTB/RIF)  | x | x | x | x | x |
| Implementación de proceso de mejoramiento de la calidad de las pruebas Xpert MTB/RIF (Pruebas de proficiencia) | x | x | x | x | x |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **9. Fortalecimiento de marco de políticas y procesos relacionados con la conducción y gestión para la movilización, asignación y ejecución presupuestaria oportunas; alineación de metas con presupuesto; puesta en práctica de herramientas para la reasignación presupuestaria basada en datos; entrega oportuna de datos financieros y de gasto, así como el desempeño y calidad de los programas** | Actualmente existe la Comisión Nacional de VIH y sus subcomisiones para la conducción de la epidemia, sin embargo, la CONAVIH está bajo el mandato del Programa de VIH, lo que significa que no tiene autonomía en la toma de decisiones. Por otro lado, existe el Mecanismos Coordinador de país MCP-ES quien da seguimiento a los proyectos del Fondo Mundial.Sin embargo no existe un espacio de toma de decisiones encaminadas a la verificación de asignaciones presupuestarias, ejecución de fondos, puesta en práctica de herramientas innovadoras, así como el desempeño y calidad de los programas | Existen instituciones y organizaciones interesadas en hacer el fortalecimiento de la gestión de VIH, conformar o crear comisiones especiales para tales fines. | Fortalecer o crear un espacio multisectorial para la conducción y gestión para la movilización, asignación y ejecución presupuestaria oportunas. | Conformar la Comisión Nacional del Sostenibilidad de la Respuesta al VIH, creada por múltiples actores, incluyendo actores de salud, actores fuera del sector salud, empresa privada y otros. | Programa Nacional de ITS y VIH /Sida, Sociedad Civil agencias de cooperación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo, Empresa Privada, entre otros. |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Conformar la Comisión Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH | x |  |  |  |  |
| Aprobar la Estrategia Nacional de Sostenibilidad en VIH por la Comisión Nacional de Sostenibilidad | x |  |  |  |  |
| Establecer reuniones periódicas para la toma de decisiones | x | x | x | x | x |
| Desarrollo e implementación de Curso Formal de Profesionalización de ONGs | x | x | x | x | x |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Líneas de acción de la estrategia**  | Situación actual | Oportunidades   | Desafíos |  Meta (en base a brechas y prioridades)  | Responsables de actividades |
| **9. Fortalecimiento de marco de políticas y procesos relacionados con la conducción y gestión para la movilización, asignación y ejecución presupuestaria oportunas; alineación de metas con presupuesto; puesta en práctica de herramientas para la reasignación presupuestaria basada en datos; entrega oportuna de datos financieros y de gasto, así como el desempeño y calidad de los programas** | Actualmente existe la Comisión Nacional de VIH y sus subcomisiones para la conducción de la epidemia, sin embargo, la CONAVIH está bajo el mandato del Programa de VIH, lo que significa que no tiene autonomía en la toma de decisiones. Por otro lado, existe el Mecanismos Coordinador de país MCP-ES quien da seguimiento a los proyectos del Fondo Mundial. | Existen instituciones y organizaciones interesadas en hacer el fortalecimiento de la gestión de VIH, conformar o crear comisiones especiales para tales fines. | Fortalecer o crear un espacio multisectorial para la conducción y gestión para la movilización, asignación y ejecución presupuestaria oportunas. | Conformar la Comisión Nacional del Sostenibilidad de la Respuesta al VIH, creada por múltiples actores, incluyendo actores de salud, actores fuera del sector salud, empresa privada y otros. | Programa Nacional de ITS y VIH /Sida, Sociedad Civil agencias de cooperación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo, Empresa Privada, entre otros. |

|  |
| --- |
| **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Conformar la Comisión Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH | x |  |  |  |  |
| Aprobar la Estrategia Nacional de Sostenibilidad en VIH por la Comisión Nacional de Sostenibilidad | x |  |  |  |  |
| Establecer reuniones periódicas para la toma de decisiones | x | x | x | x | x |
| Desarrollo e implementación de Curso Formal de Profesionalización de ONGs |  |  |  |  |  |

### 3.5.4 Ejes transversales

La estrategia de sostenibilidad cuenta con 3 ejes trasversales: 1. Políticas que influyen en la sostenibilidad; 2. Eliminación de barreras que impiden el acceso a servicios, o cambios estructurales para la sostenibilidad, o la adopción de modelos diferenciados, o la compra a precios reducidos, etc.; 3. Información estratégica necesaria para la toma de decisiones vinculadas con la sostenibilidad de la respuesta al VIH en sus diferentes aristas.

**3.5.4.1 Políticas que influyen en la sostenibilidad**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eje transversal** | **Acciones / Periodo de ejecución** |
| **Políticas que influyen en la sostenibilidad** |  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Institucionalizar los diferentes modelos diferenciados de entrega de servicios para mejorar adherencia y atención de coinfección TB-VIH | X | X |  |  |  |
| Institucionalización del proceso de mejora de la calidad | X |  |  |  |  |
| Planes institucionales integrales que impulsan y mejoran el desempeño de la cadena de suministro | X |  |  |  |  |
| Desarrollar y mantener actualizado el National Master Supply Chain " | X | X | X | X | X |
| Elaborar la Estrategia Nacional de Sostenibilidad junto con su plan de implementación y plan de MyE | X | X |  |  |  |
| Guía Clínica de Atención de Personas con VIH incorporando T&S. | X |  |  |  |  |
| Reforma al Listado Institucional de Medicamentos esenciales LIME para la incorporación de ARV en el primer nivel de atención. | X |  |  |  |  |
| Reforma a la Ley del IVA para exonerar los medicamentos antirretrovirales | X | X |  |  |  |
| Apoyo político que permita establecer e implementar servicios de tratamiento VIH potenciando su expansión y sostenibilidad.  | X | X | X |  |  |
| "Incorporación de la Vigilancia de TB en trabajadores de salud dentro de la Lineamientos técnicos para el control de infecciones con énfasis en TB | X | X |  |  |  |

**3.5.4.2 Eliminación de barreras que impiden el acceso a servicios, o cambios estructurales para la sostenibilidad, o la adopción de modelos diferenciados, o la compra a precios reducidos, etc.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eje** | **Acciones / Periodo de ejecución** |
|  |  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Eliminación de barreras que impiden el acceso a servicios, o cambios estructurales para la sostenibilidad, o la adopción de modelos diferenciados, o la compra a precios reducidos, etc. | Agenda nacional de abogacía para la sostenibilidad en VIH, eliminación de barreras y generación de instrumentos políticos y legales de soporte para la sostenibilidad. | X | X |  |  |  |
| Aprobación del Listado Institucional de Medicamentos esenciales LIME | X |  |  |  |  |
| Eliminación de barreras para la entrega de ARV en el primer nivel de atención | X | X |  |  |  |
| "Planes de acción de organizaciones de la sociedad civil para la reducción de brechas de los DSS en VIH en KP | X | X | X | X | X |
| Planes de abogacía para la reducción de barreras estructurales que afectan el acceso a los servicios de salud" | X | X | X | X | X |
| Actualizar guías normativas y de monitoreo: de vigilancia centinela en poblaciones clave (VICITS) incorporando modalidades innovadoras, y para notificación de parejas para incrementar nuevos diagnósticos  |  | X |  |  |  |

**3.5.4.3. Información estratégica necesaria para la toma de decisiones vinculadas con la sostenibilidad de la respuesta al VIH en sus diferentes aristas**

| **Eje transversal** | **Acciones / Periodo de ejecución** |
| --- | --- |
|  |  | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| Información estratégica necesaria para la toma de decisiones vinculadas con la sostenibilidad de la respuesta al VIH en sus diferentes aristas | Investigación sobre la factibilidad de pruebas autoadministrable dirigidas a poblaciones clave, incluyendo estimación de tamaño de mercado y estudio cualitativo, de una prueba autoadministrable dirigida a KP.  | X | X |  |  |  |
| Desarrollo de Informes de cascada del continuo de atención y monitoreo de segundo y tercer 90 para análisis y toma de decisiones centrales y locales. | X |  |  |  |  |
| Sala situacional como herramienta para fortalecer la cultura de análisis de información a nivel local. |  X |  |  |  |  |
| Diseño, desarrollo e implementación de sistemas de administración de información logística. | X | X | X | X | X |
| Fortalecimiento del sistema de información SUMEVE, para pruebas rápidas, carga viral y CD4, y su aplicación en los establecimientos de salud a través de desarrollo de capacidades. | X | X | X | X | X |
| Fortalecimiento del sistema de información SINAB, para medicinas, y su aplicación en los establecimientos de salud a través de desarrollo de capacidades. | X | X | X | X | X |
| Medición y análisis del Gasto Sida; monitoreo de fuentes y tendencias de financiamiento y uso de los recursos domésticos y públicos. | X | X | X | X | X |
| Análisis e información sobre tendencias en el financiamiento de salud y VIH, y proyección de escenarios para VIH acorde situación macroeconómica. | X | X | X | X | X |
| Análisis de presupuesto y ciclos presupuestarios incluyendo la asignación, desembolso y ejecución para VIH; generar evidencia para incidir en la gestión de presupuesto y promover la ejecución oportuna y eficiente. | X | X | X | X | X |
| Estudios económicos y de costo efectividad; marco de inversión y modelaje de políticas en GOALS; estimación de número de nuevas infecciones y defunciones evitables; escenarios de tiempo y recursos para alcanzar el control de la epidemia. | X |  |  |  |  |
| Uso de datos para la abogacía y toma de decisiones. | X | X | X | X | X |
| Inventario de informes y bases de datos de encuestas y vigilancia de VIH actualizado. | X | X | X | X | X |
| Análisis de datos de VIH y desarrollar estándares de uso. | X | X | X | X | X |
| Elaboración del Directorio de actores clave nacionales y regionales para el VIH. | X | X | X | X | X |
| Desarrollo del Currículo para M&E de VIH. | X |  |  |  |  |
| Fortalecer las capacidades de ONG de poblaciones clave en investigación aplicada en VIH a través de curso virtual y subvenciones para investigaciones aplicadas; intercambio y aplicación del conocimiento para la toma de decisiones en VIH. | X | X | X |  |  |
| Fortalecer la participación de representantes de poblaciones clave en Comité de M&E. | X | X | X | X | X |
| Uso de herramientas para mejorar la calidad y medir avances y actualizar la situación de MyE para proporcionar retroalimentación. | X | X | X | X | X |
| Fortalecer el consenso de los actores clave de la respuesta nacional en torno a las prioridades de la investigación en VIH. | X | X | X | X | X |
| Cursos de análisis y uso de datos | X |  | X |  |  |
| Análisis de datos disponibles, específicamente relacionados a su sistema de vigilancia.  | X | X | X | X | X |
| Capacitación en el uso de herramientas para el análisis de datos existentes, incluyendo a la georeferenciación. | X | X | X | X | X |
| Fortalecimiento del manejo y análisis de datos mediante el entrenamiento para uso de sistema estadístico . | X | X | X | X | X |

# IV. RECOMENDACIONES PARA EL MONITOREO DE LA SOSTENIBILIDAD

Hacer sostenible la respuesta al VIH/sida es crucial para la contención y eventual erradicación de la epidemia. Para evaluar el grado de avance del país en su estrategia de sostenibilidad, se requiere un seguimiento permanente del cumplimiento de las tareas planificadas y realizar ajustes cuando sea necesario al Plan de Acción para la Sostenibilidad.

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

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

# V. BIBLIOGRAFÍA

1. Cascada de Atención SUMEVE, MINSAL 2017
2. Cuentas de Salud 2017, Unidad de Economía de la Salud, Ministerio de Salud
3. Declaración Política de VIH 2016, Naciones Unidas
4. Informe de Labores, Ministerio de Salud 2016
5. Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008,
6. Estudio de estimación de talla poblacional, encuesta de comportamiento sexual y sero-prevalencia de VIH en mujeres trans de El Salvador, 2014. Plan Internacional.
7. Estudio de estimación de tamaño de población de hombres que tiene sexo con hombres, 2016. Plan Internacional.
8. Estudio de estimación de tamaño de población de mujeres trabajadoras sexuales 2016. Plan Internacional.
9. Estudio VICITS MINSAL 2012
10. Guías OMS 2015
11. Informe MEGAS MINSAL (del 2014 al 2017)
12. Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2021 (PENM) CONASIDA
13. COMSICA. (2017). Estrategia de Sostenibilidad de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el Acceso Universal a la Prevención, la Atención, el Tratamiento, y el Apoyo relacionados con el VIH.
14. Índice de Sostenibilidad (SID). Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) 2017-18
1. Se propone como meta aumentar el 1% anual debido a que el incremento del PIB real en el 2017 ha sido de 2.5% [↑](#footnote-ref-1)
2. Encuestas de Opinión sobre Estigma y Discriminación USAID/PASCA [↑](#footnote-ref-2)