

RUTA CRÍTICA PARA EL PLAN DE TRABAJO DE TRANSICIÓN COLOMBIA

Versión 21 de marzo, 2019



El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



**Pharos
Global Health
Advisors**

Índice

OBJETIVOS DEL PLAN DE TRANSICIÓN.....	6
METODOLOGÍA.....	7
PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PREPARACION PARA LA TRANSICIÓN (EPT)	8
CONTEXTO DE LA RESPUESTA A VIH/SIDA EN COLOMBIA	10
Epidemiología de VIH/SIDA en Colombia.....	10
Asignación de recursos en VIH/SIDA.....	11
Logros y Desafíos	12
RESUMEN DE RECOMENDACIONES	18
Vínculos entre las áreas estratégicas del plan y los riesgos priorizados.....	21
Descripción de Recomendaciones Principales en el Plan de Transición.....	22
RECOMENDACIONES DE MONITOREO DE LA TRANSICIÓN	27
Indicadores globales de transición	27
PLAN DE TRABAJO DE TRANSICIÓN	30
(I) Garantizar que las EAPB, ET, e ESE provean servicios de prevención combinada y atención integral de VIH a poblaciones clave	30
(II) Promover la contratación de OSCs como mecanismo de prevención combinada y atención integral para poblaciones clave.....	33
(III) Fortalecer sistemas de información y aumentar competencias para facilitar el control social, la incidencia política, y la rendición de cuentas por parte de todos actores en la respuesta.....	35
(IV) Fortalecer esfuerzos a eliminar el estigma y la discriminación hacia personas de poblaciones clave, vulnerables, y PVVIH	37
(V) Integrar a migrantes en la respuesta al VIH	38
CONCLUSIÓN	39
ANEXO 1. Estudio de programas para fomentar la provisión de servicios de promoción y prevención en población clave por parte de las EAPB y las ET	40
BIBLIOGRAFIA	45

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Resumen de Riesgos	8
Figura 1. y Tabla 2. Cumplimientos metas 90-90-90 en Colombia, 2014-2016	10
Tabla 3. Impacto en Nuevas Infecciones de la Salida del Fondo Mundial (2015-2030).....	12
Tabla 4. Impacto en Mortalidad por VIH de la Salida del Fondo Mundial (2015-2030).....	12
Figura 2. Cálculo de brechas por pilar de la cascada de atención, Colombia 2016.....	13
Tabla 5. Vínculos entre el EPT y Ruta Crítica.....	21

LISTA DE ACRÓNIMOS

ByA	Bitrán y Asociados
CAC	Cuenta de Alto Costo
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EPT	Evaluación de la Preparación para la Transición
ESE	<i>Empresas sociales del estado</i>
ET	Entidades Territoriales
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria.
HC	Habitantes de Calle
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCP	Mecanismo Coordinador del País
MAITE	Modelo de Atención Integral Territorial
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MT	Mujeres Transgénero
OBC	Organizaciones de Base Comunitaria
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PID	Personas que se inyectan drogas
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTT	Plan de Trabajo para la Transición
PVVIH	Personas viviendo con VIH/SIDA
RECOLVIH	Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH
RIPSS	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
RC	Régimen contributivo
RP	Receptor Principal
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
TAR	Tratamiento antirretroviral

PREFACIO

La política del Fondo Mundial (FM) es que todos los países de ingresos medios altos deben prepararse temprana y sistemáticamente para la disminución progresiva y el eventual término del apoyo del FM, a través de un proceso denominado *transición*. En el contexto del apoyo que le brinda al Colombia en su respuesta al VIH/sida, el FM encargó a los consultores de las empresas *Pharos Global Health Advisors* y *Bitrán y Asociados* realizar un trabajo con los siguientes dos productos: (1) Una ***Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT)*** y (2) Una ***Ruta Crítica del Plan de Trabajo para la Transición (PTT)***. Un primer informe que correspondió al producto (1), identifica y propone soluciones a los mayores problemas que enfrenta el país y que ponen en riesgo su apropiada transición hacia el término del apoyo del FM en el ámbito del VIH/sida. Los principales hallazgos de ese informe son resumidos en este segundo documento, que corresponde al producto (2). Este propone una estrategia de transición y un plan de acción para que en los próximos años el país logre asumir con recursos propios y de manera efectiva las actividades que hoy son financiadas por el FM. Ambos informes son complementarios por lo que se recomienda la lectura de los dos para comprender a cabalidad el alcance y los resultados de todo el trabajo de consultoría.

AGRADECIMIENTOS

El proceso para la elaboración de esta Ruta Crítica para el Plan de Trabajo de Transición en Colombia fue facilitado por el equipo de Pharos *Global Health Advisors*- Bitrán y Asociados integrado por Robert Hecht, Lindsay Palazuelos, Catalina Gutiérrez, Carlos Álvarez (consultor local), Sandra Valderrama (consultora local), José Luis González, y Hannah Rees. Los autores agradecen especialmente a Paul Bonilla y Lucrecia Palacios del Fondo Mundial por su orientación, comentarios y aportes en la preparación de este documento. Igualmente agradecen a los miembros del Mecanismo Coordinador de País Colombia, y su comité de transición, en particular al Dr. Ricardo Luque y a Sonia Mogollón, por su continuo apoyo y aportes técnicos durante todo el trabajo, y a los representantes de la sociedad civil por compartir sus opiniones, experiencias y aspiraciones. Gracias a la amplia participación multisectorial y a la apertura de los informantes de las organizaciones nacionales e internacionales que fueron entrevistados para este proyecto, Colombia contará con un documento que registra los principales desafíos y propuestas de solución para hacer sostenible la respuesta al VIH/sida durante y después de la transición

OBJETIVOS DEL PLAN DE TRANSICIÓN

La política del Fondo Mundial (FM) de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es que todos los países de ingresos medios altos, independientemente de la carga de morbilidad, se preparen temprana y sistemáticamente para la reducción gradual hasta el retiro del apoyo del FM y definan una ruta crítica para la sostenibilidad a largo plazo de su programa de respuesta. Como parte de este proceso, en la política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del FM 2016, se recomienda que los países realicen evaluaciones de preparación para la transición (EPT) y las utilicen para definir una estrategia y un plan de transición, incluida la adopción nacional de actividades financiadas por el FM.

Definición de transición exitosa articulada por el Fondo Mundial

Programas nacionales de salud son capaces de mantener o mejorar la cobertura equitativa y la adopción de servicios a través de sistemas resilientes y sostenibles para la salud después de que el apoyo del Fondo Mundial haya terminado.

Colombia está avanzando hacia esa transición para el VIH, ya que tiene un nivel de ingresos medios altos. Si bien no se espera que el país experimente la salida completa del FM en los próximos años, es crucial que sus autoridades comiencen a planificar la transición de manera eficiente, para mantener y profundizar sus logros. Para ello, y en respuesta a una convocatoria del FM, un equipo consultor conformado por expertos de las empresas *Pharos Global Health Advisors (Pharos)* y *Bitrán y Asociados (ByA)* ayudó al Colombia en la redacción de su EPT y en el desarrollo de su ruta crítica para el plan de trabajo de transición (PTT).

El trabajo de Pharos y ByA consistió en una consultoría con los siguientes objetivos:

- (a) Analizar el apoyo actual del FM al programa del VIH/sida en el país, la situación epidemiológica, la respuesta del sistema de salud, el papel de la sociedad civil y las perspectivas de financiamiento y el entorno, evaluando los riesgos que plantea la transición hacia el término del apoyo de FM, en consulta con las partes interesadas del país (fase de diagnóstico).
- (b) Basándose en (a), desarrollar un conjunto completo de recomendaciones para mitigar los riesgos en los sistemas de suministro y financiamiento del VIH/sida y la respuesta de la comunidad para asegurar una transición satisfactoria (fase de recomendaciones de EPT).
- (c) Involucrar a las partes interesadas del país para establecer las prioridades en las acciones prácticas a corto y mediano plazo, incluyendo los mecanismos de implementación para la entrega de servicios del VIH/sida, financiamiento, administración y gobernanza de la respuesta nacional, a medida que disminuye gradualmente el apoyo del FM y los países avanzan hacia una mayor autosuficiencia (la fase PTT).

Este documento presenta el trabajo realizado por los consultores con el PTT, en cumplimiento con el objetivo (c).

METODOLOGÍA

El Mecanismo Coordinador del País (MCP) de Colombia, y en especial el subcomité de transición, es nuestro cliente principal para este análisis, el cual está dirigido hacia generar recomendaciones que sirvan a este grupo en la construcción de un Plan de Trabajo para la eventual transición del apoyo del FM.

Además de usar la guía para la transición elaborada por *Acceso Global* y *APMG Health*, los consultores desarrollaron y usaron para este trabajo un marco conceptual que les permitió definir los llamados *riesgos de transición* e identificar acciones de mitigación. El primer informe de esta consultoría presenta ese marco conceptual, formula y describe los once principales riesgos de transición que los consultores identificaron en Colombia y describe sus causas y posibles acciones de política para mitigar esos riesgos.¹

La primera fase del estudio se concentró en la recopilación y revisión de fuentes bibliográficas sobre la respuesta nacional al VIH/sida en el Colombia; y en la formulación de preguntas para orientar las entrevistas en profundidad y las discusiones con informantes calificados a fin de obtener datos sobre las áreas de interés para la transición.

En una segunda fase, los consultores realizaron entrevistas y talleres en el país con un conjunto amplio de actores vinculados con el VIH/sida en la capital Bogotá. Luego, los consultores prepararon un borrador del EPT y llevaron a cabo varias rondas de revisión en estrecha consulta con el subcomité de transición de MCP.

En preparación para la ruta crítica, los consultores realizaron una encuesta en línea para evaluar la priorización de los riesgos, y realizaron talleres de un día con representantes de la sociedad civil en Cali y Medellín para solicitar sus perspectivas sobre los riesgos y las posibles acciones. Tanto la encuesta como los talleres de la sociedad civil informaron el contenido de un taller intersectorial de dos días llevado a cabo en octubre de 2018.

En el taller intersectorial, los participantes priorizaron los riesgos y obtuvieron resultados similares a los talleres previos a la encuesta y de la sociedad civil. Esto dio lugar a cinco riesgos prioritarios de los once riesgos totales. Los participantes también votaron sobre las acciones de mitigación más prometedoras y generaron ideas de respuesta adicionales. Luego, se realizaron sesiones de planificación en mesas redondas para desarrollar actividades específicas.

Los autores utilizaron esta información como base para el plan recomendado, así como la investigación y entrevistas de las fases previas a esta tarea.

¹ Pharos *Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (Diciembre 2018). Informe de País de Colombia. Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT).

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN (EPT)

La EPT realizada en la primera parte de esta consultoría identificó nueve riesgos principales de transición (para mayor detalle, se refiere al lector al primer informe de esta consultoría).² Los riesgos 2, 3, 6, 7 y 11 se priorizaron durante el proceso de diálogo, como se indica mediante el sombreado en la tabla a continuación.

Tabla 1. Resumen de Riesgos

No.	Riesgo	Impacto
1	Rendición de cuentas. Debilidad en la rendición de cuentas sobre los resultados de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y Entidades Territoriales (ET), a través de todos los aspectos de la respuesta a VIH, debido a pocas estructuras de gobernanza conducente a resultados, y la fragmentación del sistema de salud que diluye responsabilidades.	Cuando se generen resultados insatisfactorios en la prevención y en la cascada 90-90-90, son difíciles de detectar y abordar de manera regular y oportuna, lo que resulta en oportunidades perdidas para controlar la epidemia.
2	Baja prioridad de prevención para poblaciones clave. Que el gobierno no priorice el gasto en la prevención del VIH, rubro que actualmente es significativamente bajo, lo cual resulta en una reducción de servicios de promoción y prevención para poblaciones clave.	Incremento en la prevalencia de VIH y deterioro en la cascada del continuo de la atención del VIH.
3	Poca detección temprana. Que ni las EAPB ni las ET inviertan recursos suficientes en la detección temprana de la infección y en la remisión de nuevos casos para su tratamiento, en especial para personas en el régimen subsidiado (RS) o sin afiliación; a pesar de que existe un porcentaje importante de personas con VIH que aún no conocen su diagnóstico.	Aumento en el número de personas infectadas con VIH que pueden transmitir el virus. Peores resultados clínicos entre personas diagnosticadas; mayor morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA.
4	Falta de acceso y continuidad de atención para personas con VIH. Las diferencias entre zonas urbanas y rurales, combinado con barreras en afiliación y en movilidad y portabilidad del aseguramiento, pueden resultar en demoras, incompletitud o negación de servicios para personas con VIH.	No todas las personas diagnosticadas con VIH pueden recibir tratamiento. El tratamiento no es sostenido. Relativamente bajos niveles de supresión viral.
5	Calidad de atención inconsistente para personas diagnosticadas. Que Colombia no mejore la calidad de la atención y servicios para personas con VIH; en especial, que no se reduzcan las brechas de calidad entre las EAPB, del régimen contributivo (RC) y del régimen subsidiado (RS).	Progresión y transmisión de las infecciones. Aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población con VIH.

² Pharos *Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (Diciembre 2018). Informe de País de Colombia. Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT).

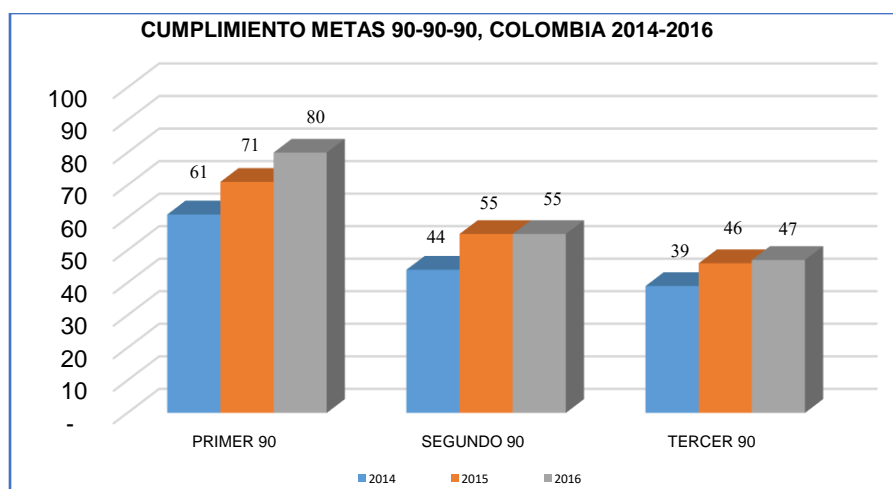
6	Marginalización de poblaciones afectadas. Las poblaciones clave afectadas por el VIH continúan experimentando estigma y discriminación, y tras la salida del FM, cuentan con menos recursos y aliados para su atención.	Incremento en el número de nuevas infecciones. Mayores tasas de morbilidad y mortalidad en la población.
7	No se contrata a las OSC. Que Colombia no alcance adecuadamente a las poblaciones clave y vulnerables mediante la contratación de las OSC en el esquema de prestación de servicios de salud relacionados con VIH. Los esfuerzos para incrementar su participación se verán aún más afectados con la disminución del financiamiento por parte del FM.	La brecha en alcanzar la meta de diagnósticos tempranos no disminuye. Colombia no disminuya la prevalencia de la enfermedad en poblaciones clave. Menor porcentaje de personas con VIH con estado indetectable.
8	Las OSC tienen menor apoyo para velar por derechos humanos. Debilitamiento de las fuentes de financiación de las OSC para hacer seguimiento y promover el respeto de los derechos humanos, en especial de las poblaciones en mayor riesgo de VIH.	Personas de poblaciones clave pierden o no pueden generar espacios seguros para buscar atención, resultando en disminución en las actividades de seguimiento. Disminución de denuncias de la violación de derechos humanos.
9	Sistemas de información subutilizados. Que la información existente en el Sistema no oriente las acciones de las entidades del sistema de salud y que tampoco sea usada por las Organizaciones de Base Comunitaria y de la Sociedad Civil para hacer control social a la respuesta del VIH.	Instituciones públicas y privadas, responsables de la planeación e implementación de la respuesta al VIH, no prioricen acciones teniendo en cuenta la información existente. Lentitud en la respuesta institucional. Ineficiencia en el uso de recursos en el sistema.
10	Falta de control de costos de los ARV. Que Colombia no logre bajar el costo de los ARV y pierda la oportunidad de generar ahorros en el sistema.	Aumento del gasto en medicamentos en el sistema sin conocer su costo-efectividad.
11	Migrantes no pueden acceder a servicios. Que Colombia no pueda incorporar a los migrantes de Venezuela y otros países sin acceso a los servicios de salud en actividades de prevención ni en esquemas de provisión de servicios, lo que resulta en tasas de infección más altas y mayores tasas de mortalidad.	Incremento en tasas de nuevas infecciones, en especial en los departamentos y ciudades receptoras de esta población. Mayor tasa de mortalidad y mayor tasa de morbilidad por VIH.

CONTEXTO DE LA RESPUESTA A VIH/SIDA EN COLOMBIA

Epidemiología de VIH/SIDA en Colombia

En Colombia existe una epidemia concentrada, mostrando una prevalencia menor al 0.5% en la población general y mayor al 5% en más de un subgrupo de la población clave, con un total de 148,385 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) en 2016.^{3,4} En promedio, la prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es de 14.3% y entre mujeres transgénero (MT) de 21.3%.

Figura 1. y Tabla 2. Cumplimientos metas 90-90-90 en Colombia, 2014-2016



Indicador	Meta al 2016	Avance al 2016	Brecha a cubrir	Brecha en porcentaje
1er 90	135.104	108.648	41.468	10%
2o 90	121.594	67.410	54.184	26%
3er 90	109.435	50.921	58.514	26%

Fuente: MSPS. Cascada del continuo de la atención

Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/SIDA, Coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C 2018-2021

El Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad rectora del sistema de salud, encargada de la formulación, monitoreo y evaluación de las políticas de salud, así como de la coordinación intersectorial para la atención de los determinantes sociales de la salud. El Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos dentro de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud lidera las acciones sustentadas en los Planes Nacionales de respuesta a las ITS VIH / SIDA, que se formulan cada 4 años. Para el Ministerio de Salud, la respuesta institucional del VIH debe darse desde una gestión integral de las ITS de mayor prevalencia en el país. Por esta razón, se construyó el Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección

³ MSPS. Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/Sida. Colombia año 2016. Diciembre 2017

⁴ SIVIGILA; Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, FOR-R02.4000-001, versión 3, 2018 04/20.

TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021, que detalla las estrategias y acciones necesarias para la contención de estas infecciones.

Asignación de recursos en VIH/SIDA.

Las responsabilidades de gasto en VIH SIDA están a cargo de tres actores del sistema: las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) administran todo el gasto asociado a servicios de salud; las Entidades Territoriales (ET) llevan a cabo actividades de promoción y prevención de carácter colectivo; y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) brinda apoyo técnico a las ET.

No existe un mecanismo de seguimiento unificado para el gasto en VIH. Con base en la información del SISPRO calculamos que los EAPB gastaron 546,235 millones de pesos en TAR y 33,050 millones pruebas en 2016, y que las ET gastaron 8,154 millones de pesos en VIH en 2015, el año más reciente para el cual se dispone de datos⁵.

Durante los últimos ocho años, el Fondo Mundial ha enfocado la financiación en la prevención, la vinculación con la atención y otros servicios para las poblaciones clave con la mayor prevalencia del VIH, así como en el desarrollo de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para desempeñar un papel valioso en la respuesta ante el VIH. La subvención actual del Fondo Mundial tiene dos objetivos principales. El primero busca fortalecer capacidades de los actores en la respuesta al nivel subnacional a mejorar acceso a servicios para poblaciones clave, con actividades en 6 departamentos y 7 ciudades. El segundo busca expandir la prevención y diagnóstico oportuno comunitario de poblaciones clave en 3 ciudades a través de contratos con organizaciones de la sociedad civil.

La información disponible sugiere que los recursos del Fondo Mundial conforman menos del 1% del gasto total en promoción y prevención, pruebas, y tratamiento para el VIH/SIDA realizado en Colombia. Sin embargo, el apoyo del FM representó el 45% de gasto en promoción y prevención VIH/SIDA⁶ y se estima que en el año 2013 representó el 92-100% del gasto de promoción y prevención focalizado en poblaciones clave.⁷ Simulaciones con el modelo Óptima encuentran que si la salida del Fondo Mundial implicara el abandono de los programas focalizados en poblaciones clave, se generarían 15,994 infecciones adicionales entre el 2015 y el 2030, es decir 1,142 infecciones adicionales al año, la mayoría de estas en población HSH; 3,356 muertes adicionales.⁸

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Chip – FUT. No es posible saber de manera desagregada el monto asignado a pruebas

⁶ Autores

⁷ Gutiérrez C, Stuart R, M., Wilson D, P., Lavadenz F, Reporter I, Kerr C. Optimizando La Inversión Del Plan De Respuesta de Colombia al VIH. World Bank, 2018 March 2018.

⁸ Ibid.

Tabla 3. Impacto en Nuevas Infecciones de la Salida del Fondo Mundial (2015-2030)

	Total	MTS	HSH	MT	UDI	Hombres 15-49	Mujeres 15-49	HC	MC
Infecciones acumuladas en escenario base	57,977	5,722	17,026	1,693	898	17,437	10,019	4,305	826
Infecciones acumuladas con salida de FG	73,971	6,300	28,719	3,342	892	18,650	10,438	4,658	917
Infecciones adicionales por salida del FG	15,994	578	11,693	1,649	-6	1,213	419	353	91

Fuente: Gutiérrez, Stuart. Et. Al. (2018) *Optimizando la Inversión de plan de respuesta de Colombia al VIH*

Tabla 4. Impacto en Mortalidad por VIH de la Salida del Fondo Mundial (2015-2030)

	Total	MTS	HSH	MT	UDI	Hombres 15-49	Mujeres 15-49	HC	MC
Muertes acumuladas en escenario base	53,424	2,133	14,501	1,269	190	18,633	14,766	1,965	372
Muertes acumuladas con salida de FG	56,780	2,203	16,686	1,657	189	18,730	14,807	2,062	398
Muertes adicionales por salida del FG	3,356	70	2,635	388	-1	97	41	97	26

Fuente: Gutiérrez, Stuart. Et. Al. (2018) *Optimizando la Inversión de plan de respuesta de Colombia al VIH*

Las nuevas infecciones por la salida del Fondo Mundial requerirían un gasto adicional en antirretrovirales por 216 mil millones de pesos y un gasto total en atención por enfermedades oportunistas y otros cuidados de 139 mil millones de pesos en 15 años (9.26 mil millones de pesos por año).

Logros y Desafíos

Colombia ha alcanzado muchos logros importantes en la respuesta a VIH. Desde 1992 se estableció un precedente legal de acceso a los antirretrovirales a través de la Corte Constitucional, en 1997 los ARVs se incluyeron en el Plan Obligatorio de Salud (POS) hoy denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS)⁹ y desde 2006 todos los medicamentos y procedimientos establecidos en las guías de práctica clínica de VIH están incluidos en el PBS administrado por las EAPB. La cobertura del 95% de los colombianos a través de un plan de seguro, también se ha reflejado en las altas tasas de tratamiento: 92% de personas con diagnóstico de VIH reportadas a la Cuenta de Alto Costo (CAC) recibieron TAR en 2017.¹⁰ Impulsando la mejora de resultados, la CAC, una institución innovadora, lleva a cabo un proceso de ajuste de riesgo de la prima básica recibida por las EPS en función del número de casos de alto costo atendidos, proporcionando además incentivos económicos a aquellas EPS con mejor desempeño.

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C 2018-2021 contó con la participación de una amplia gama de organizaciones públicas y privadas, incluidas las OSC. En él se establecen indicadores nacionales, y se detallan las estrategias y

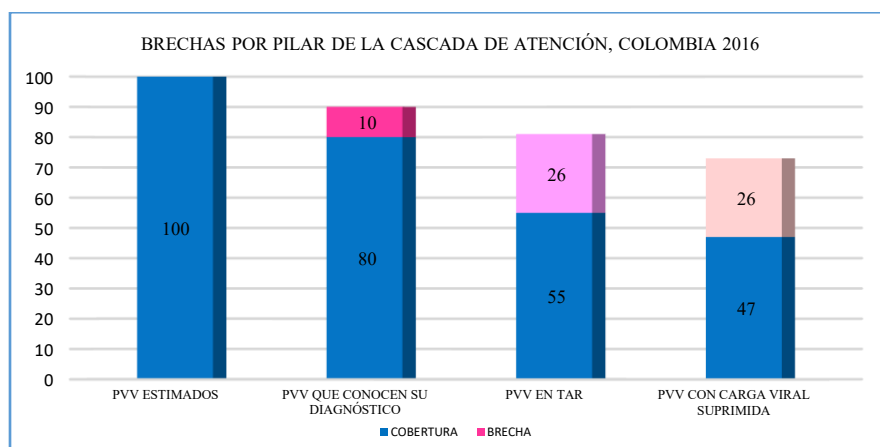
⁹ Resolución 5857 de 2018.

¹⁰ https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Situacion_VIH_2017..pdf

acciones para la gestión del VIH en el país desde los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como las herramientas para hacer el seguimiento y la evaluación a la respuesta institucional. Colombia también ha logrado avances importantes en la integración de fuentes de información sobre la salud de la población a través del almacén de datos Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

A pesar de esfuerzos e inversiones considerables, la respuesta de Colombia al VIH enfrenta varios desafíos. En particular, el país registra un aumento en las nuevas infecciones, con 13,310 nuevos casos reportados a SIVIGILA en 2017¹¹ versus 11,328 en 2016¹², y una brecha en el segundo nodo de la cascada 90-90-90, con el 55% de la meta alcanzada.

Figura 2. Cálculo de brechas por pilar de la cascada de atención, Colombia 2016



Fuente: Observatorio de VIH, Ministerio de Salud *Análisis de la cascada a 2016 procesamiento basado en datos Spectrum, SIVIGILA y CAC*

El sistema de salud no cuenta con un programa nacional que sea responsable de la respuesta completa al VIH. Aunque la Superintendencia Nacional de Salud monitorea aspectos de la respuesta, y el Instituto Nacional de Salud (INS) reporta sobre tendencias epidemiológicas, los sistemas de información que sirven a cada actor del sistema de salud a menudo carecen de indicadores subnacionales y con frecuencia no son interoperables; además de que existen retrasos en el reporte de la información que impiden el uso de esta información estratégica para la toma de decisiones. Estos factores estructurales y sistemas de información plantean desafíos en la rendición de cuentas en todas las actividades de respuesta al VIH. Debido a eso, el sistema de salud a menudo no puede detectar y abordar pobres resultados en prevención y en la cascada 90-90-90 de manera oportuna, resultando en una pérdida de oportunidades para controlar la epidemia.

Una debilidad en resultados clínicos se encuentra en los modelos actuales de contratación entre EAPBs e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los débiles controles a la gestión del riesgo por la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad que tiene la capacidad de

¹¹ <https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf> p.4

¹² MSPS. Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/Sida. Colombia año 2016. Diciembre 2017

sancionar; actualmente esta entidad solo incluye en su seguimiento el indicador de transmisión materno-infantil. Asimismo, al momento no hay articulación entre el resultado de los indicadores de la CAC, la Superintendencia de Salud, INS y el mismo MSPS.

Primer 90 – Detección oportuna

El sistema descentralizado plantea desafíos para incentivar, planificar y ejecutar actividades colectivas de educación, prevención y pruebas. Aunque se canalizan recursos a los gobiernos locales a través de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y otros a EAPB, existe una competencia por estos recursos entre todas las actividades de prevención y promoción. Las autoridades locales fuera de ciertas ciudades a menudo no priorizan el VIH o carecen de la capacidad para llevar a cabo actividades efectivas. Existen incentivos limitados, tanto para ET como para EAPB, para ofrecer servicios de prevención o diagnosticar nuevos casos. Con estos desafíos, y dado el apoyo sustancial del Fondo Mundial para la promoción y prevención entre las poblaciones clave, en el contexto de la transición existe un riesgo importante de una mayor prevalencia del VIH y el deterioro de la cascada si no se identifican nuevas estrategias.

Estos desafíos de actividades colectivas se reflejan en brechas del diagnóstico más altas entre las poblaciones claves, con 41,468 PVVIH que no conocen su estatus¹³. Es probable que esta brecha corresponda mayormente a personas del régimen subsidiado (RS) y no afiliadas. Por ejemplo, la CAC reporta una proporción de incidencia de 20 x 100,000 afiliados en el régimen contributivo vs 15 x 100,000 en el régimen subsidiado, lo cual puede indicar menor alcance de detección en el sistema del régimen subsidiado.¹⁴ A pesar de los esfuerzos realizados para el acceso de pruebas de diagnóstico en la población clave, Colombia aún se encuentra por debajo de la mediana de cobertura en población clave, con excepción de la población trabajadora sexual.¹⁵ El estigma, la discriminación y las barreras programáticas deprimen aún más la tasa de diagnóstico temprano, dado que personas con VIH a menudo reciben un diagnóstico tardío, cuando ya tienen síntomas de Sida. Estas limitaciones socavan los esfuerzos para reducir las tasas de infección y conducen a una mayor morbilidad y mortalidad por VIH.

Segundo 90 – Tratamiento Antiviral

La brecha del segundo 90 “personas diagnosticadas y recibiendo TAR” es de 54,184 personas. Esto puede ser contraintuitivo, dada la alta tasa de tratamiento entre las personas aseguradas. Una de las causas principales es que las personas pertenecientes a las poblaciones clave tienen menores niveles de aseguramiento. En la población de HSH, MT, PID, el 13,7%, 30,7% y 30,4% respectivamente no tienen afiliación al sistema, en comparación con un 5% de la población

¹³ Evaluación de la Implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS - VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Consultora: Sandra Paola Ávila Mira

¹⁴ Situación del VIH Sida en Colombia 2017. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo (CAC). Agosto 2018. https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Situacion_VIH_2017..pdf

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017)

general.¹⁶ Aún existen desafíos para vincular a las personas diagnosticadas con la atención. Por ejemplo, la portabilidad y la movilidad de la cobertura entre regímenes y geografías- aunque garantizada- plantea barreras administrativas en la práctica, lo que puede llevar a la interrupción de la atención. Las áreas rurales ofrecen opciones limitadas de servicios de atención y a menudo carecen de capacidad para prestar todos los servicios en el POS, obligando a PVVIH a viajar largas distancias. La descentralización de la atención al nivel primario algunas veces no corresponde con las habilidades del proveedor, y hay una frecuente falta de adherencia a las guías clínicas por parte de los proveedores.

Colombia no ha implementado la política de “diagnosticar y tratar” o “tratar a todos” recomendada por la Organización Mundial de la Salud desde 2015, en la cual se recomienda que cualquier persona infectada con VIH inicie el TAR tan pronto como sea posible (en comparación con las recomendaciones anteriores que promovieron iniciar tratamiento basándose en ciertos indicadores clínicos o inmunológicos). El aumento de las tasas de aseguramiento entre las poblaciones clave y la implementación de la política “tratar a todos” podrían en conjunto tener un impacto significativo en cerrar la brecha del segundo 90.

Tercer 90- Carga Viral Suprimida

Con respecto a la meta del tercer 90, (La carga viral suprimida al 90%) de las PVVIH, la brecha está en el 26% (ver figura 2), con 58.514 personas con VIH sin carga viral suprimida. Este fenómeno comparte muchos factores causales con el segundo 90, incluido el hecho de que muchas personas diagnosticadas nunca logran vincularse con la atención o iniciar el TAR, además de la concentración de servicios en centros especializados que son difíciles de acceder para muchos pacientes. De hecho, el 25% de las personas diagnosticadas con VIH no permanecen ligados a servicios de atención.¹⁷ En muchos contextos alrededor del mundo, las OSC y/o los trabajadores comunitarios en salud brindan acompañamiento a PVVIH vulnerables, lo que mejora la continuidad de la atención y el cumplimiento del tratamiento.

Discriminación y estigma

Los grupos poblacionales con alta vulnerabilidad a la infección por VIH, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y mujeres transgénero (MT), son quienes históricamente han sufrido mayor estigmatización y discriminación por amplios sectores de la sociedad e incluso por entidades del Estado. Por ejemplo, de acuerdo con el informe de la ONG Colombia Diversa sobre el estado de derechos de la población LGBTI para el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, entre 2012 y 2015 se presentaron 321 hechos de violencia policial hacia personas LGBTI, 405 asesinatos de personas de esta comunidad y el homicidio de 21 defensores de

¹⁶ Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017

derechos¹⁸, cifra que significó un aumento en 2015 con respecto a los años anteriores. En el sector salud, se identifica que en servicios de salud la población HSH y MT reportan rechazo, expresiones de desprecio, agresiones verbales y discriminación (10 a 26% vs 50% de los encuestados, HSH y MT respectivamente).¹⁹ La medición del índice de estigma de personas que viven con VIH, realizada en 2011 por la Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH (RECOLVIH)²⁰, identificó que cerca del 10% de las personas encuestadas con VIH reportaron haber perdido su trabajo como consecuencia de su condición médica y cerca del 27% reportó habersele negado algún servicio de salud. Por otro lado, en el informe UNAIDS DATA 2018, se establece que, en 2015, el 37.2% de las personas adultas entre 15 y 49 años en Colombia reportaron actitudes discriminatorias contra personas con VIH. El nuevo Plan de Respuesta Nacional aborda la eliminación de discriminación y estigma, y el plan de transición pretende complementar estos compromisos para fomentar un ámbito respetuoso para personas en poblaciones clave y PVVIH.

Organizaciones de Sociedad Civil

Las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) y Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) tienen fortalezas únicas en cuanto a su asociación y entendimiento de las experiencias y necesidades de las poblaciones clave. Estas organizaciones han probado que pueden jugar un rol importante en varios aspectos de la respuesta a VIH. Como parte de los sistemas comunitarios, pueden jugar un rol como proveedores de servicios de atención primaria que aumenten la eficacia de la respuesta al VIH. En la subvención anterior del FM, en la cual se contrató a OBC para llevar a cabo un rango actividades, excedió varias metas, logrando por ejemplo alcanzar a 38,115 HSH con un paquete de servicios de prevención (115% de la meta).²¹ Por otro lado, las OSC juegan roles importantes en control social y abogacía. Por ejemplo, en la subvención actual, las OSC han participado en la creación de planes de incidencia en siete ciudades en las cuales se define una estrategia para promover la priorización y asignación de recursos hacia la respuesta a VIH.²² Las OSC también han desempeñado un papel valioso en la promoción y el monitoreo de los derechos humanos en nombre de las poblaciones clave, y con la transición al Fondo Mundial, muchos necesitarán diversificar el financiamiento para continuar con este trabajo.

Aumentar la contratación de OSC tiene potencial para cerrar brechas en la respuesta. De acuerdo a los hallazgos de la consultoría Vía Libre, financiado por el FM en 2017, e informada por las consultas con ONGs colombianas con experiencia en VIH, los servicios de OSC podrían incluirse en las categorías MAITE de detección y derivación, reclutamiento efectivo, diagnóstico, plan de atención primaria, y monitoreo y seguimiento. Esta contratación cuenta con avances prometedores,

¹⁸ Colombia Diversa. Situación Derechos Humanos de las personas LGBT en Colombia 2010-2015. Consultado en el link:

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/COL/INT_CCPR_CSS_COL_25227_S.pdf

¹⁹ Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021

²⁰ RECOLVIH. Voces Positivas: Resultados del Índice de Estigma en personas que viven con VIH en Colombia

²¹ <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?k=93ebec5d-fce7-4198-b619-798b52994660&grant=COL-911-G04-H>

²² https://www.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/presentacion-al-fondo-mundial

pero a escala limitada, en Colombia. El Fondo Mundial ha sido una fuente líder de apoyo para las OSC, al promover en la subvención más reciente su contratación y generar un ambiente amigable a tal contratación en algunas ciudades del país. Recientemente han surgido marcos legales que permiten la contratación pública de OSCs y ahora existe una experiencia prometedora en la contratación de estas organizaciones para la prevención, prueba, canalización a los servicios, y apoyo social, casi exclusivamente por parte de entidades públicas a través de las Empresas Sociales del Estado (ESE). Varias OSC están en proceso de crear un portafolio estandarizado de oferta de contratación, y existen agremiaciones de OBC con experiencia en la respuesta al VIH.

Migración

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, casi 3 millones de personas refugiados han migrado desde Venezuela, y Colombia ha recibido el número más alto, con más de 1 millón. Esta gran migración y la rápida evolución de la situación plantean desafíos especiales en todos los sectores de la sociedad colombiana, incluido el sistema de salud. Para atender las necesidades en materia de salud de esta población, en febrero de 2018, el gobierno de Colombia estableció un paquete de servicios básicos con énfasis en urgencias, vacunación y salud materna, los cuales deberán ser prestados en la red de hospitales públicos. Los migrantes de Venezuela pueden encontrarse en situaciones vulnerables con un mayor riesgo de infección por VIH. Además, muchos migrantes han abandonado Venezuela debido al colapso de gran parte del sistema de atención médica, y, por lo tanto, este grupo incluye a personas que viven con el VIH y buscan continuar el tratamiento interrumpido. En general, se espera que la existencia de una política definida para integrar a los migrantes en los esfuerzos de prevención, detección y atención ayude a garantizar que la respuesta al VIH siga siendo sólida y eficaz y no sufra ningún deterioro.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

ÁREA ESTRATÉGICA Y OBJETIVOS		Vínculos a acciones en el Plan Nacional
(I) Garantizar que las EAPB, ET, e ESE provean servicios de prevención combinada y atención integral de VIH a poblaciones clave		
(A) Aumentar inicio y continuidad de atención para PVVIH de poblaciones clave	a Aumentar el registro y retención de personas de poblaciones clave en esquemas de aseguramiento	5, 28, 31
(B) Fomento de la integración de las OSC en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)	b A través de cambios regulatorios, crear una categoría específica para OSC como entidades que proveen servicios, en el RIPSS, con sus propios requisitos y estándares, que es diferente a los requisitos de IPS.	4, 5, 10, 31, 35, 39
	c Integrar servicios de OSC en el componente primario de las RIPSS, "la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS".	4, 5, 10, 31, 35, 39, 41
(C) Crear estructuras e incentivos sobre EAPB para promover mejor desempeño para poblaciones clave	d Establecer estrategias de incentivos que estimulen el desarrollo de actividades de promoción y prevención, diferencial para poblaciones clave.	7, 14, 15, 26, 27, 31
	e Estudiar la viabilidad y conveniencia de promover mecanismos voluntarios para facilitar a las EAPB la contratación colegiada de servicios geográficamente delimitados, para contratar a una OSC o una agremiación de OSC para realizar actividades enfocadas en poblaciones clave en el marco de prevención combinada o atención integral	14, 15, 35, 40
(D) Crear estructuras e incentivos sobre ET para promover mejor desempeño para poblaciones clave	f Proponer y evaluar alternativas de política que incentive a las ET a incrementar a cumplir con las acciones de prevención combinada en población clave.	4, 10, 11, 13, 15, 25, 39
	g Realizar asistencia técnica e incidencia política para que las ET destinen un presupuesto específico para realizar actividades de prevención combinada en poblaciones clave con recursos del PIC.	4, 10, 11, 13, 15, 25, 39

	h	Promover la contratación de OSC o una agremiación de OSC, por parte de las ET, para realizar actividades enfocadas en poblaciones clave en el marco de prevención combinada o atención integral.	4, 10, 11, 13, 15, 25, 31, 39
(E) Actualizar la normativa nacional para fortalecer la vinculación entre diagnóstico y tratamiento	j	Actualizar las normativas nacionales para incluir la política tratar a todos ("treat all") según recomendaciones de la OMS.	1, 2, 3, 28
	k	Emitir la normativa necesaria para viabilizar el diagnóstico confirmatorio de VIH extramural.	1, 3, 31
(II) Promover la contratación de OSCs como mecanismo de prevención combinada y atención integral para poblaciones clave			
(A) Promover demanda para servicios de las OSC	i	Preparar a las EAPB, ESE, y IPS para llevar a cabo contratación con las OBC mediante su sensibilización sobre los beneficios (económicos y epidemiológicos) de la detección temprana del VIH, las ventajas comparativas y capacidades de la sociedad civil para llevar a cabo esas acciones y los procesos administrativos necesarios para su contratación	7, 14, 26, 28, 31, 41
(B) Promover oferta de servicios de calidad por las OSC	m	Continuar el desarrollo de las competencias de las OSC en provisión de servicios.	10, 11, 14, 35, 39, 41
	n	Continuar el proceso de elaborar sistemas y estándares para las OSC y sus servicios que facilitan la contratación	35, 36, 41
(C) Crear mecanismos para superar las barreras estructurales de contratación para las OSC	p	Estudiar y recomendar la posible estructuración y financiación de un fondo revolviente que apoya a las OSC a participar en procesos de contratación con acceso a capital para aportes mínimos y para mantener liquidez para contratos sin pagos anticipados.	35
(III) Fortalecer los sistemas de información y aumentar competencias para facilitar el control social, la incidencia política, y la rendición de cuentas por parte de todos actores en la respuesta.			
(A) Facilitar la medición de desempeño en VIH de EAPB y ET	q	Crear un sistema de trazabilidad de PVVIH al nivel individual para monitorear la pérdida de seguimiento y promover mejoría en el segundo y el tercer 90.	27, 28, 31, 38
	r	Desagregar los resultados para poblaciones clave y medir el desempeño de EAPB y ET para estas poblaciones, con la adopción de nuevas variables de la Cuenta de Alto Costo.	7, 26, 27, 28, 31, 38

	s	Fortalecer la inspección, vigilancia, y control en VIH/SIDA por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	7, 26, 27, 28, 31, 38, 39
(B) Aumentar capacidades de las OSC para realizar control social	t	Apoyar a las OBC a diversificar sus fuentes de financiación independientes a las del gobierno, como empresas privadas y otros donantes, de modo que puedan seguir haciendo control social.	38, 40
(C) Aumentar capacidades de las OSC a documentar y a medir su impacto en provisión de servicios	u	Adopción de un sistema de información de actividades comunitarias y colectivas de las OSC, EAPB, ESE y ET como mecanismo para orientar y monitorizar las actividades que se realizan.	14, 15, 39, 45
(D) Lanzar indicadores de la transición	v	Medir la eficacia general de la transición para garantizar ganancias duraderas de la inversión del Fondo Mundial	
(IV) Fortalecer esfuerzos a eliminar el estigma y la discriminación hacia personas de poblaciones clave, vulnerables, y PVVIH			
(A) Concretizar programas de acción con cada actor en el sistema	w	Desarrollo de una estrategia y un programa hacia la eliminación de estigma y discriminación dirigida hacia la comunidad e instituciones (EAPB, IPS, ET)	24, 37
	x	Se incorpora un componente de eliminación de la discriminación en los distintos niveles del sistema de salud a través de estrategias positivas que disminuyan el estigma y la discriminación	24, 37
(V) Integrar a migrantes en la respuesta al VIH			
(A) Monitorear la situación de migrantes y proponer respuestas	y	Seguimiento cercano de la situación general y la recopilación de información estratégica	
	z	La sociedad civil aboga por la máxima inclusión de personas migrantes en el sistema integrado de atención para garantizar el acceso al tratamiento del VIH	

Vínculos entre las áreas estratégicas del plan y los riesgos priorizados

Tabla 5. Vínculos entre el EPT y Ruta Crítica

Área Estratégica	Riesgos Prioritarios Relacionados
(I) Garantizar que las EAPB, ET, e ESE provean servicios de prevención combinada y atención integral de VIH a poblaciones clave	2: Baja prioridad de prevención para poblaciones clave. 3: Poca detección temprana. 7: No se contrata a las OSC.
(II) Promover la contratación pública de OSC como mecanismo de prevención combinada y atención integral para poblaciones clave	2: Baja prioridad de prevención para poblaciones clave. 3: Poca detección temprana. 7: No se contrata a las OSC.
(III) Fortalecer los sistemas de información y aumentar competencias para facilitar el control social, la incidencia política, y la rendición de cuentas por parte de todos actores en la respuesta.	2: Baja prioridad de prevención para poblaciones clave. 7: No se contrata a las OSC.
(IV) Fortalecer esfuerzos a eliminar el estigma y la discriminación hacia personas de poblaciones clave, vulnerables, y PVVIH	2: Baja prioridad de prevención para poblaciones clave. 6: Marginalización de poblaciones afectadas.
(V) Integrar a migrantes en la respuesta al VIH	11- Migrantes no pueden acceder a servicios.

Descripción de Recomendaciones Principales en el Plan de Transición

(I) Garantizar que las EAPB, ET, e ESE provean servicios de prevención combinada y atención integral de VIH a poblaciones clave

Uno de los principales logros de la respuesta a VIH en Colombia es la alta tasa de tratamiento entre las PVVIH que están aseguradas. Sin embargo, las poblaciones clave con mayor prevalencia tienen tasas de aseguramiento mucho más bajas que la población general. Por lo tanto, una de las formas más eficientes de mejorar la cascada de las poblaciones clave y mantener los avances que el Fondo Mundial ha fomentado sería incorporar y mantener a más personas de las poblaciones clave en esquemas de aseguramiento, para que se beneficien de estos resultados. Las entrevistas y la experiencia del Receptor Principal (RP) actual sugieren que los desafíos prácticos de hacer cumplir los derechos de portabilidad y movilidad y los desafíos de la cedulación son dos factores causales clave. Recomendamos ampliamente el estudiar este tema con rapidez, y que el MSPS trabaje con un grupo intersectorial para diseñar y lanzar respuestas a cada área de desafío.

Como lo han demostrado en las subvenciones anteriores y actuales del Fondo Mundial, las OSC pueden realizar importantes contribuciones para mejorar la cascada entre las poblaciones clave. A medida que Colombia lanza las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) para mejorar la coordinación de la atención y los resultados de salud, se debería incluir las OSC en el esfuerzo. Recomendamos que el MSPS diseñe y regule una categoría particular para OSC en el RIPSS a fin de preservar su valor agregado especial²³. El objetivo sería elevar su categoría a prestadores comunitarios en salud o bien prestadores del componente comunitario, en lugar de mantenerlos fuera del sistema formal o intentar a transformarlos en IPS. También recomendamos esfuerzos concertados para crear varios pilotos de integración de OSC en RIPSS, tanto a través de ET como a través de EAPB.

Aunque las OSC pueden añadir mucho valor a la respuesta en VIH generando una oferta apropiada de servicios, es indispensable actuar también sobre la demanda de estos servicios. Una demanda dinámica es un requisito *sine qua non*, para garantizar que el mercado provee la cantidad de servicios adecuada para cumplir con las metas sanitarias en VIH. En Colombia los compradores de estos servicios son las EAPB y las ET. Para dinamizar la demanda es necesario que estos actores tengan los incentivos y las condiciones de mercado apropiados. La competencia regulada y la naturaleza descentralizada y autónoma de estas entidades imponen retos significativos a la hora de promover la demanda. Existen barreras técnicas que se deben abordar y temas de incentivos.

Una barrera a la demanda de sus servicios en ciertos casos es la falta de escala, dado que para una municipalidad pequeña, de población dispersa o un solo EAPB, puede ser ineficiente contratar servicios para números pequeños de ciudadanos o beneficiarios. Este problema se aborda mediante compras coordinadas o colegiadas. Dado que no existe precedente de este tipo de contratación en

²³ En la actualidad los prestadores comunitarios, como personas individuales están incorporados en los RIPSS, pero los OSC como entidades no lo están. Su inclusión requeriría unos requisitos de certificación.

el país, recomendamos realizar un estudio para revisar la viabilidad y conveniencia de mecanismos para facilitar la contratación colegiada voluntaria.

En el caso de las EAPB, por ejemplo, un grupo de EAPB en una zona contigua podrían contratar como grupo a una OSC o bien una agremiación de OSC para llevar a cabo actividades de búsqueda activa, protección social, y/o gestión administrativa para personas en poblaciones clave (por ejemplo a través de licitaciones conjuntas, uniones temporales, etc). Esta acción sería voluntaria por parte de las EAPBs. Sin embargo se puede promover. Recomendamos que los RP y OSC trabajen con las agremiaciones de EAPBS e inviten a las EAPB para estudiar mecanismos para promover esta forma de contratación y su viabilidad. Recomendamos además tratar de identificar un grupo de EAPB interesadas para realizar una posible prueba piloto. Este es un mecanismo adicional mediante el cual los EAPB pueden aumentar su nivel de servicio para personas de poblaciones clave (el anexo 1 discute en mayor detalle esta propuesta).

Como otro ejemplo, un grupo de ET en municipalidades pequeñas en una zona geográfica podría contratar a una OSC o bien una agremiación de OSC para llevar a cabo actividades de prevención y promoción, por ejemplo a través de Colombia compra eficiente, proyectos regionales con recursos del Fondo de regalías, entre otros. Un mecanismo como Colombia compra eficiente además simplifica la contratación para las ET y resuelve barreras de capacidad técnica de estas pues la estructuración del contrato (Acuerdo Marco) lo realizaría Colombia Compra Eficiente en consulta con el MSPS²⁴. Estas formas de compra colegiada son voluntarias pero el RP y las OSC pueden promoverlas. Recomendamos que el RP realice un estudio que genere recomendaciones sobre la viabilidad y posibles mecanismos que promueven esta forma de contratación a las EAPB, y estudie la posibilidad de formar un grupo inicial de ET para pilotear el concepto (el anexo 1 presenta algunos ejemplos de alternativas que podrían estudiarse para fortalecer la demanda).

Además de barreras técnicas para prestar los servicios en condiciones de eficiencia, no es claro que los incentivos de las EAPB y ET estén alienados con las metas sanitarias. Si bien el mecanismo de ajuste de riesgo de la cuenta de alto costo promueve la detección temprana, Según la información más reciente de la Cuenta de Alto Costo al 2017 el 35% de las personas se encontraban en estadio de VIH al momento del diagnóstico (Cuenta de Alto Costo, 2017 pg 94)²⁵. Esto sugiere que ni las ET ni los EAPB están siendo efectivos en detectar de manera temprana la infección. Por esta razón, recomendamos realizar una estudio que evalúe los sistemas de incentivos actuales y su eficacia y recomiende mecanismos para mejorar los incentivos de las EAPB y las ET a realizar acciones de detección temprana y la prevención combinada (el anexo 1 presenta algunos ejemplos de alternativas que podrían estudiarse para fortalecer la demanda).

²⁴ Para una descripción de las ventajas y forma de funcionamiento de los Acuerdo Marco ver https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/manuales/acuerdos_marco.pdf

²⁵ Existe divergencia entre los datos de diagnóstico temprano reportados por SIVIGILA y CAC. SIVIGILA arroja un diagnóstico tardío menor.

Recomendamos crear nuevas estructuras y procesos que incentiven a EAPB y ET a invertir recursos para abordar el VIH y enfermedades relacionados en poblaciones clave. Entre las ET, el RP y las OSC deben lanzar sus planes de incidencia recientemente diseñados para impulsar la asignación adecuada de recursos a las poblaciones clave. (Ajuste a anexo de resolución 1912 de 2015, en lo relacionado al indicador de diagnóstico temprana).

Para dar respuesta a las directrices normativas para el uso de antirretrovirales de la OMS de 2016, se sugiere actualizar la normativa de VIH en Colombia para hacer efectivo el acceso a los servicios de tratamiento de las personas que viven con el VIH mediante la implementación de la estrategia de tratamiento para todos (denominado “test and start” o “treat all”).²⁶ Esta estrategia recomienda la administración de tratamiento independientemente del conteo de células CD4. A mediados de 2018, Colombia fue uno de los 7 países de la región que aún no había adoptado tratamiento para todos en la normativa nacional y uno de los 3 países que no cuenta con una fecha planeada para la implementación de la auto prueba de VIH.

Asimismo, los protocolos de atención indican que, posterior a la prueba rápida, debe realizarse una prueba confirmatoria. La mayoría de las organizaciones de sociedad civil que realizan pruebas rápidas a nivel comunitario no cuentan con el equipamiento necesario para realizar la prueba confirmatoria, sin embargo, algunos países refieren a los pacientes a centros especializados en VIH para la realización de esta prueba o se apoyan de un sistema de envío de muestras a laboratorios que les permita tomar muestras y entregar resultados a nivel local. Colombia durante las consultas realizadas en este trabajo, ha mostrado voluntad de implementar la realización de pruebas confirmatorias extramurales por lo que acciones en dirección a su implementación fueron incluidas en la ruta crítica.

(II) Promover la contratación de OSCs como mecanismo de prevención combinada y atención integral para poblaciones clave

Para consolidar los avances hacia la contratación será importante promover la creación de demanda orgánica por parte de EAPBs, ETs y ESE. Una transición exitosa creará un nuevo mercado de contratación, promoviendo tanto la demanda para los servicios por parte de ET, ESE, y EAPB, como la oferta de servicios de buena calidad por OSC en cada aspecto de la respuesta.

La mayoría de actores desconocen o tienen poca información sobre la opción de contratar a OSC. Una actividad primordial es orientar los actores del sistema sobre los beneficios de contratar a OSC. Al mismo tiempo es esencial a continuar esfuerzos para apoyar a OSC en posicionarse como oferentes de servicios. Eso incluye apoyo técnico, administrativo y jurídico.

Por el lado de la oferta, es fundamental apoyar a las OSC a superar ciertas barreras estructurales de la contratación, para asegurar una amplia gama de participantes de calidad e incluso para asegurar una competencia saludable. Una de las barreras principales es el requisito de tener un

²⁶ WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection

cierto porcentaje de efectivo disponible para ser elegible como prestador de servicios en respuesta a una convocatoria; este porcentaje puede representar hasta el 30% del futuro proyecto. Otra barrera consiste en que los pagos anticipados no siempre están disponibles y, cuando están disponibles, requieren la creación de una fiducia. La creación de uno o más fondos revolventes para OSC podría facilitar ambas situaciones. Por un lado, el fondo revolvente puede proveer respaldo de capital de trabajo para las convocatorias y por el otro lado, para los contratos otorgados sin pagos anticipados, el fondo puede proveer un pago anticipado que luego la OSC devuelva. Otra barrera es el requisito de crear una fiducia para poder recibir pagos anticipados. Igualmente recomendamos asistencia técnica y exploración de alianzas para facilitar el proceso de crear fiducias. Si este paso se simplifica, más OSC podrían recibir pagos anticipados. Recomendamos realizar un estudio de opciones de estructuración y financiación de un fondo de este tipo y otros mecanismos para facilitar a las OSC el cumplimiento de los requisitos de contratación pública que a la fecha se presentan como barreras para una oferta más amplia.

Una forma de fortalecer la oferta de servicios por parte de las OSC es promover la aglomeración de actividades de promoción y prevención de varias enfermedades en un paquete de servicios que haga más atractivo para las EAPB y ET contratar a las OSC. Para ello las OSC que trabajan en prevención combinada en VIH pueden asociarse con OSC que ofrezcan servicios de prevención y promoción en otras enfermedades, y conjuntamente ofrecer un paquete que, por ejemplo, busque activamente pacientes con VIH, diabetes, enfermedades precursoras de enfermedad renal crónica etc. Recomendamos que el RP trabaje con las OSC en la creación de un paquete piloto de servicio aglomerados²⁷.

(III) Fortalecer sistemas de información y aumentar competencias para facilitar el control social, la incidencia política, y la rendición de cuentas por parte de todos actores en la respuesta.

En un sistema caracterizado por la descentralización, sin una autoridad singular responsable de la respuesta completa al VIH, es especialmente importante contar con mecanismos de monitoreo que permitan tanto a las instituciones de supervisión y rectoría como a la sociedad civil monitorear el desempeño e impulsar mejoría.

Al considerar el segundo y tercer 90-, retener las personas en atención médica continua es fundamental. Sin embargo, no existe un mecanismo actual para rastrear las pérdidas a seguimiento. Cruzando los datos existentes de CAC y SIVIGILA, debería ser posible crear un mecanismo de seguimiento a nivel individual, que podría medir la pérdida de seguimiento en general, y por actor del sistema de salud. Recomendamos designar personal o crear un programa de software capaz de hacer este análisis con frecuencia.

La Superintendencia de Salud también podría desempeñar un papel valioso, dado su poder de sanción. Actualmente solo rastrea la transmisión del VIH de madre a hijo. Recomendamos crear

²⁷ Esta recomendación surgió de la sociedad civil en las múltiples reuniones de conciliación y socialización de la ruta crítica reuniones con el MCP

un indicador de supresión de la carga viral, e idealmente, cada uno de los indicadores de la cascada del 90, que cubre la población general, incluso las personas sin aseguramiento.

Existe una nueva y valiosa oportunidad para medir el desempeño de la respuesta al VIH para poblaciones clave como HSH y MT. A través de la resolución 4725, la Cuenta de Alto Costo propone crear un nuevo conjunto de variables para clasificar a los pacientes en categorías de población clave. La recopilación de datos para esta variable plantea algunos problemas éticos y prácticos. Sin embargo, recomendamos que se adopte para promover mejor desempeño. Con esta variable, recomendamos que la CAC desagregue los indicadores de rendimiento de la respuesta por población clave. Recomendamos además que estos resultados desagregados por población clave se generen para cada EAPB. Esto, por primera vez, resaltarán claramente a los actores de alto y bajo desempeño para atender a las poblaciones clave.

Finalmente, delineamos actividades, alineadas con el Plan Nacional de Respuesta, para medir las contribuciones de cada actor en el sistema, incluyendo las OSC, a actividades de promoción y prevención colectivas. Esta herramienta será inmensamente valiosa para medir el nivel relativo de esfuerzo en la respuesta al VIH por parte de diferentes actores, y abogar por la asignación adecuada y eficiente de recursos.

Para que los indicadores actuales y nuevos sean aprovechados al máximo, las OSC necesitarán fuentes de apoyo renovadas para llevar a cabo sus funciones de control social, abogacía y veeduría. Estos roles generalmente no se pueden financiar con fondos públicos, y la cooperación internacional está disminuyendo. Dado que también hay fuentes limitadas de filantropía en América Latina, el panorama de financiamiento es desafiante. Puede ser necesario proponer a actores privados el lanzamiento de esfuerzos filantrópicos nuevos o expansión de filantropía actual. Recomendamos que el RP y la OSC creen un plan para identificar y movilizar nuevas fuentes de apoyo, en parte mediante la promoción de una nueva filantropía de fuentes privadas.

(IV) Fortalecer esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación hacia personas de poblaciones clave, vulnerables, y PVVIH

Las personas en poblaciones clave y PVVIH enfrentan discriminación en casi todas las áreas de sus vidas diarias, en detrimento de su salud y bienestar. Solo será posible mejorar los resultados en salud para las poblaciones clave, mejorar la respuesta al VIH, y lograr una transición exitosa, si existe un trabajo proactivo para eliminar la discriminación y el estigma.

El Plan de Respuesta Nacional incluye fuertes compromisos en este sentido, y recomendamos varias acciones específicas alineadas con el Plan. Recomendamos que EAPB e IPS desarrollen y lleven a cabo programas contra el estigma y la discriminación para su personal, en colaboración y, cuando sea apropiado, contratando con OSC. También recomendamos la pronta realización de la medición nacional del estigma y la discriminación planificada.

(V) Integrar a migrantes en la respuesta al VIH

La llegada de más de 1 millón de migrantes de Venezuela a Colombia plantea grandes desafíos. En el contexto de la transición, recomendamos un diagnóstico situacional, que complemente el trabajo actualmente en curso por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). También es importante para la sociedad civil el abogar por la máxima inclusión de los migrantes en la prevención, promoción y tratamiento del VIH. Como personas sin ciudadanía regularizada, los migrantes tienen menos mecanismos para defender sus derechos y, por lo tanto, la participación de los colombianos preocupados por su bienestar es especialmente valiosa.

RECOMENDACIONES DE MONITOREO DE LA TRANSICIÓN

Recomendamos definir un grupo de indicadores únicos para medir la eficacia global de la transición. El objetivo es evaluar regularmente durante los siguientes años el grado en que la transición es exitosa según la definición del Fondo Mundial.

Características de indicadores globales de transición:

- *Miden tendencias que resultan de un conjunto de esfuerzos.* Los indicadores no buscan medir el desempeño de un solo actor en el sistema de salud. Más bien, tienen la intención de medir el resultado de la suma de los esfuerzos de todos los actores hacia una transición exitosa.
- *Metas y plazos.* Cada indicador requiere una meta cuantitativa y un plazo de años para medir el grado en que los cambios son significativos y oportunos.
- *Frecuencia.* Como punto de partida, recomendamos el análisis anual de cada indicador.

Estos indicadores complementarán los definidos en el Plan Nacional de Respuesta, que mide el progreso de las acciones del Plan Nacional, las capacidades del sistema de salud y los resultados epidemiológicos generales.

Para el monitoreo intermedio, el plan de transición detallado propone indicadores del proceso. Los indicadores de proceso evaluarán si las acciones planificadas se están llevando a cabo y producen entregables descritos.

Indicadores globales de transición

1. Resultados para poblaciones clave. Mantenimiento o mejora de cobertura de servicios para poblaciones clave (en especial HSH y MT) en la respuesta a VIH

La inversión del Fondo Mundial ha sido fundamental para los avances en la respuesta para las poblaciones clave. Una transición exitosa será aquella en la que la prevención, la promoción, las pruebas, la vinculación y la continuidad de la atención, y resultados clínicos para las poblaciones clave mejoren de manera duradera.

- a. Aumento en detección temprana al 28% en poblaciones clave (HSH, MT) en los próximos 4 años al nivel nacional

- b. Aumento en supresión de carga viral de 25% en poblaciones clave (HSH, MT) en los próximos 4 años al nivel nacional

Fuentes de datos: SISPRO; SIVIGILA; CAC

Por esta razón, es fundamental desagregar los resultados para las poblaciones clave. La adición de variables de población clave propuesta en la Cuenta de Alto Costo permitiría esta desagregación. Sin embargo, la implementación de esta variable, y su utilización para un análisis significativo, puede llevar tiempo. Recomendamos que esta variable se utilice para el siguiente análisis, cuando esté operativo.

Estos indicadores requerirán una medida de referencia para producir comparaciones. Para la supresión de la carga viral, esta medida debería ser relativamente más factible de producir, porque la población de personas con VIH en tratamiento está relativamente definida. En contraste, hay menos información sobre la población total de poblaciones clave para producir una línea de base para la detección temprana. Recomendamos que el MSPS en conjunto con el MCP seleccionen una metodología para estimar esta línea de base. Podría ser a través de la triangulación de múltiples conjuntos de datos para producir estimaciones de población. Un método alternativo es realizar estudios de prevalencia y observacionales. Al mismo tiempo, tales estudios tienden a ser costosos, y los costos de medición deben compararse con el valor de otras actividades de transición.

2. Contratación de OSC y OBC. Aumento en la contratación de OSC en la respuesta a VIH.

Las subvenciones pasadas, actuales y futuras del Fondo Mundial incluyen un enfoque importante de promover la contratación de OSC, como un medio para mejorar la respuesta al VIH entre los grupos clave y vulnerables, debido a las fortalezas únicas de las OSC. Por lo tanto, una transición exitosa será aquella en la que aumenten los contratos de las OSC, tanto en número como en monto.

Algunos departamentos pueden ser líderes en la contratación, sin embargo, el objetivo final es que la contratación se realice en todo el país. Por esta razón, recomendamos medir la concentración geográfica para los indicadores a y b.

- a. Aumento progresivo en el número de contratos otorgados a OSC por EAPB, ET, ESE, y OSC con actividades relacionados a VIH en los próximos 4 años, con un aumento total de por lo menos 30% sobre el número de contratos actuales
- b. Aumento progresivo en el monto de asignación y ejecución global de recursos de los contratos otorgados a OSC por EAPB, ET, ESE, y OSC con actividades relacionados a VIH en los próximos 4 años, con un aumento total de por lo menos 50% sobre el monto actual
- c. Medición de concentración geográfica de indicadores a y b por departamento, con una meta de no mayor a 10% de contratos ni 15% de monto de asignación concentrado en un solo departamento.

Fuentes de datos: MSPS RIPS y Gestión de la demanda; SECOP; Encuesta de OSC

Según la encuesta de FONADE sobre las experiencias de contratación anteriores, parece posible recopilar estos datos de fuentes públicas y voluntarias. Pero este grupo de indicadores requerirá un nuevo esfuerzo de medición, y lo hemos incluido como una actividad en el plan. Por lo tanto, incluimos una actividad en el plan de transición para apoyar la generación de estos indicadores en cabeza de las OSC, lo cual puede ocurrir con apoyo ya sea público o del receptor principal.

En estas mediciones, será importante desagregar los contratos realizados a través de los recursos propios de los actores del sistema de salud, en comparación con contratos realizados con el apoyo financiero del Fondo Mundial. Los contratos realizados sin el apoyo del Fondo Mundial son, en última instancia, el objetivo de la transición.

PLAN DE TRABAJO DE TRANSICIÓN

(I) Garantizar que las EAPB, ET, e ESE provean servicios de prevención combinada y atención integral de VIH a poblaciones clave								
	Objetivos y Acciones	No.	Actividad	Año/s	Entidad/es responsable/s	Financiamiento Requerido Para 3 años	Fuente/s de Financiamiento	Indicador de proceso
(A) Aumentar inicio y continuidad de atención para PVVIH de poblaciones clave								
a	Aumentar el registro y retención de personas de poblaciones clave en esquemas de aseguramiento	1	Basado en los resultados de investigaciones acerca de barreras de afiliación para personas de poblaciones clave, el RP y el MSPS definen una estrategia para aumentar la tasa de aseguramiento de personas de población clave que se identifiquen como no aseguradas o con dificultades de portabilidad o movilidad, y el RP y MSPS ejecuten un programa de asistencia técnica y colaboren con ETs a realizar esta estrategia.	2020	RP; MSPS; ET; OSC	643,168,000	ET, Fondo Mundial	Número de personas de poblaciones clave afiliadas debido a estas acciones.
		2	Estudio de las barreras para que las poblaciones clave accedan a sus derechos de portabilidad y movilidad de cobertura, y diseñe asistencia técnica o soluciones reglamentarias.	2019	RP; MSPS	200,966,000	Fondo Mundial	Conclusiones del estudio y propuestas de soluciones publicados.
		3	Colaborar con ministerios relevantes para promover la documentación para la identificación y prestación de servicios de cedulación de personas de poblaciones clave sin documentos vigentes, incluso personas con cédulas que requieren un cambio de género.	2019	RP; MSPS; OSC; otros ministerios por definir		MSPS, ET, FM	Número de personas de poblaciones clave con nueva cédula.
		4	Fortalecer la capacidad técnica y presupuestal del grupo de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en VIH para proveer asistencia técnica de manera sostenida, durante la subvención y tras la salida del FM	2020	MSPS		MSPS	Aumento en el presupuesto y capacidad técnica del grupo
(B) Fomento de la integración de las OSC en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)								
b	A través de cambios regulatorios, crear una categoría específica para OSC como <u>entidades</u> que proveen servicios, en el RIPSS, con sus propios requisitos y estándares, que es diferente a los requisitos de IPS..	5	Generar desde la dirección de Prestación de Servicios el lineamiento y estrategias que faciliten la inclusión de las OSC en las redes integradas de servicios de salud como prestador primario de la comunidad.	2019 - 2020	OSC y MSPS	40,518,000 (Recurso de funcionamiento)	MSPS	Inclusión de OSC en las normas de lineamientos

c	Integrar servicios de OSC en el componente primario de las RIPPS, "la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS".	6	Impulsar uno o más casos pilotos de incorporación de OSC en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud	2020	RP; OSC	106,361,000	Fondo Mundial	Uno o más pilotos están en curso
		7	Promover con ET la inclusión de OSC en sus RIPPS	2021	MSPS, ET; OSC	32,685,000	Fondo Mundial	% de redes integradas que dentro de su red cuenta con OSC
(C) Crear estructuras e incentivos sobre EAPB para promover mejor desempeño para poblaciones clave								
d	Establecer estrategias de incentivos que estimulen el desarrollo de actividades de promoción y prevención, diferencial para poblaciones clave.	8	Visibilizar permanentemente los resultados de las acciones en búsqueda activa, cobertura de tamizaje, e otros indicadores acerca de servicios de poblaciones clave por EAPB y ET.	2019	MSPS		MSPS	Lanzamiento de página web para consultar los resultados
e	Estudiar la viabilidad y conveniencia de promover mecanismos voluntarios para facilitar a las EAPB la compra colegiada de servicios geográficamente delimitados, para contratar a una OSC o una agremiación de OSC para realizar actividades enfocadas en poblaciones clave en el marco de prevención combinada o atención integral	9	Realizar un estudio para explorar modelos de contratación agremiada que aprovechen economías de escala, con participación de EAPBs o agremiaciones de EAPBs. El objetivo sería generar recomendaciones sobre su estructuración e identificar un grupo de trabajo que incluye miembros de diferentes EAPBs interesados en participar un piloto del mecanismo recomendado.	2019	OSC, Receptor principal	32,685,000	Fondo Mundial	Estudio con recomendaciones concretas realizado y listado de posibles interesados en participar en el piloto.
		10	Realizar un estudio sobre el esquema de incentivos y barreras a la compra y provisión de servicios de promoción combinada por parte de las EAPB. Incluida una revisión de la efectividad del actual esquema de ajuste de riesgo, y generar recomendaciones para alinear mejor los incentivos y abordar las barreras.	2020	OSC, Receptor principal, EAPBs	212,721,000	Fondo Mundial	Estudio con recomendaciones concretas terminado
(D) Crear estructuras e incentivos sobre ET para promover mejor desempeño para poblaciones clave								
f	Proponer y evaluar alternativas de política que incentive a las ET a incrementar a cumplir con las acciones de prevención combinada en población clave.	11	Realizar un estudio para identificar alternativas de política para promover el cumplimiento de metas de prevención combinada (por ejemplo condicionamiento de recursos al cumplimiento de metas, mecanismos de cofinanciación o re-centralización de estas funciones para municipios con incumplimiento repetido o de categorías 5,6 y	2019 - 2020	MSPS, MCP	90,041,000	MSPS	Estudio realizado y las conclusiones y recomendaciones emitidas

			7). El estudio incluiría recomendaciones sobre construcción de metas y líneas de base.					
g	Realizar asistencia técnica e incidencia política para que las ET destinen un presupuesto específico para realizar actividades de prevención combinada en poblaciones clave con recursos del PIC	12	Aumentar asistencia técnica desde el grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivas hacia entidades territoriales para estimar la carga de enfermedad entre poblaciones clave en su zona, identificar mejores prácticas, y llevar a cabo planeación estratégica y monitoreo de resultados.	2019 - indefinida	MSPS, ET	1,238,235,000 (Contratistas)	MSPS	Número de actividades de asistencia técnica acerca de poblaciones clave
		13	Desarrollar acciones de fortalecimiento de capacidades desde el marco técnico, legal, y jurídico que incluya proceso de formación en mecanismos para desarrollar procesos de incidencia y gestión de recursos.	2019	MSPS, ET	85,404,000	Fondo Mundial	Número de acciones de fortalecimiento de capacidades de OBC desarrolladas
		14	Redes de OSC, universidades, pacientes y otros actores realizan incidencia política para promover la asignación de recursos a actividades que apoyan a poblaciones clave.	2019 - indefinida	OSC	78,786,000	Fondo Mundial	Número de acciones de incidencia política realizada
h	Promover la contratación de OSC o una agremiación de OSC, por parte de las ET, para realizar actividades enfocadas en poblaciones clave en el marco de prevención combinada o atención integral	15	Ofrecer talleres con grupos de ET de menor escala en distintas zonas geográficas para dar a conocer el modelo de intervención comunitaria en VIH y presentar los beneficios previstos de contratar a OSC o agremiaciones de OSC como grupo.	2019	Receptor principal, Min salud, OSC?		Fondo Mundial	Número de talleres ofrecido; número de participantes ET
(E) Actualizar la normativa nacional para fortalecer la vinculación entre diagnóstico y tratamiento								
j	Actualizar las normativas nacionales para incluir la política tratar a todos ("treat all") según recomendaciones de OMS.	16	Completar rápidamente la evaluación técnica sobre la adopción de la política de tratamiento integral. Defina una línea de tiempo específica a corto plazo para la implementación del tratar a todos.	2019	MSPS		MSPS	Plan de implementación publicado
		17	Actualice las guías técnicas, las RIAS y otras directrices relevantes para reflejar la política de tratar a todos	2019	MSPS		MSPS	Protocolos actualizados publicados
k	Emitir la normativa necesaria para viabilizar el diagnóstico confirmatorio de VIH extramural.	18	Realice análisis técnicos y establezca estándares y protocolos para llevar a cabo pruebas confirmatorias de VIH extramurales, en consultación con OSC.	2019	MSPS		MSPS	Guías técnicas incluyen estándares para diagnóstico confirmatorio extramural

(II) Promover la contratación de OSCs como mecanismo de prevención combinada y atención integral para poblaciones clave								
	Objetivos y Acciones	No.	Actividad	Año/s	Entidad/es responsable/s	Financiamiento Requerido	Fuente/s de Financiamiento	Indicador de proceso
(A) Promover demanda para servicios de las OSC								
I	Preparar a las EAPB, ESE, y IPS para llevar a cabo contratación con las OBC mediante su sensibilización sobre los beneficios (económicos y epidemiológicos) de la detección temprana del VIH, las ventajas comparativas y capacidades de la sociedad civil para llevar a cabo esas acciones y los procesos administrativos necesarios para su contratación	19	Realizar diálogos, articulaciones y concertación entre las ESE, EAPB, IPS, agremiaciones de EAPB, OSC y el Ministerio de Salud para dar a conocer el modelo de intervención comunitaria en VIH. Ej.: Productos y resultados del modelo. Lecciones aprendidas.	2019	MSPS, RP, OSC	32,685,000	Fondo Mundial	Número de reuniones realizadas sobre número de reuniones programadas; Acto administrativo u otro documentación de resultados
		20	Desarrollar acciones de incidencia política, jurídica, técnica y de movilización social para impulsar un marco normativo que garantice la contratación de las OBC.	2019-2020	Receptor principal, OSC	78,786,000	Fondo Mundial, MSPS	Acciones de incidencia desarrolladas
(B) Promover oferta de servicios de calidad por las OSC								
m	Continuar el desarrollo las competencias de las OSC en provisión de servicios	21	Fortalecimiento técnico y administrativo de las OSC para generar capacidades de competitividad en procesos de contratación pública y privada, incluida la agremiación de varias OSC para ofrecer un paquete conjunto de servicios	2019	OSC, Coop Internacional, Cámara de comercio, SENA, Academia, ET		Fondo Mundial	% de OSC que tienen la capacidad técnica, administrativa y financiera ; % de cobertura geográfica por OSC con capacidad
n	Continuar el proceso de elaborar sistemas e estándares para las OSC y sus servicios que facilitan la contratación	22	Validar y difundir los manuales de calidad que establecen los mínimos requeridos para el cumplimiento de las capacidades técnicas, administrativas, y financieras para el reconocimiento como prestador de la comunidad en salud.	2019-2020	MSPS, OSC		MSPS	Manuales terminados y distribuidos
		23	Fomentar la asociación de OSC que trabajan en prevención y promoción en otras enfermedades (posiblemente de alto costo) para estructurar un paquete de servicios de promoción y prevención		RP		Fondo Mundial	Un paquete de servicios diseñado y ofrecido en asociación entre OCS trabajando en VIH y OCS que trabajan en otras áreas

			integral que sea más atractivo para las EAPB					
		24	Ofrecer un portafolio de los servicios prestados por parte de las OSC con demás actores del sistema (redes miembros del MCP, agremiaciones de las OBC sociedad civil, agremiaciones de EAPB y Min salud).	2019	OSC con apoyo del Fondo Mundial y Receptor Principal		OSC	Proporción de portafolios elaborados y oficialmente entregados a las Redes Integrales de Prestadores de Servicio de Salud
		25	Consolidar un registro nacional de OSC con capacidad técnica, administrativa y financiera georreferenciado.	2019	OSC en consultación con MSPS		MSPS	Registro de prestadores comunitarios en salud
(C) Crear mecanismos para superar las barreras estructurales de contratación para las OSC								
p	Estudiar y recomendar la posible estructuración y financiación de un fondo revolvente que apoya a las OSC a participar en procesos de contratación con acceso a capital para aportes mínimos y para mantener liquidez para contratos sin pagos anticipados	26	Estudiar opciones de diseño jurídico e operativo del fondo revolvente.	2019	RP	281,854,000	Fondo Mundial	Estudio realizado, opciones desarrolladas y un plan seleccionado
		27	A través de un concurso competitivo, otorgar fondos iniciales a 1 a 3 OSC o agremiaciones de OSC para lanzar fondos revolventes.	2019	RP	35,454,000	Cooperación internacional o fundaciones	Condiciona a la consecución de recursos para la financiación del fondo revolvente Concurso realizado y 1-3 OSC o agremiación/es seleccionados
		28	Ofrecer asistencia técnica a las OSC a crear fiducias para permitir pagos anticipados	2019-2022	RP	112,442,000	Fondo Mundial	Numero de OSC apoyada en crear fiducias

(III) Fortalecer sistemas de información y aumentar competencias para facilitar el control social, la incidencia política, y la rendición de cuentas por parte de todos actores en la respuesta.

	Objetivos y Acciones	No.	Actividad	Año/s	Entidad/es responsable/s	Financiamiento Requerido	Fuente/s de Financiamiento	Indicador de proceso
(A) Facilitar la medición de desempeño en VIH de EAPB y ET								
q	Crear un sistema de trazabilidad PVVIH al nivel individual para monitorear pérdida de seguimiento y promover mejoría en la segunda y la tercera 90.	29	Designar un equipo en el Ministerio de Salud a estar a cargo de llevar a cabo un cruce entre el sistema de CAC y el sistema de SIVIGILA.	2019	MSPS	0	n/a	Equipo conformado
		30	Automatizar todo o parte del proceso de datos de trazabilidad para disminuir la labor necesaria, y para facilitar que los resultados sean ya sea en tiempo real o con análisis frecuente, y transparentes.	2020	MSPS		MSPS	Programa lanzado- resultados disponibles en tiempo real hasta cada trimestre
r	Desagregar los resultados para poblaciones clave y medir el desempeño de EAPB y ET, con la adopción de nuevas variables de la Cuenta de Alto Costo	31	En la Cuenta de Alto Costo, adopción de variables de poblaciones clave, y desagregación de resultados de calidad por estas poblaciones.	2019-2023	MSPS, CAC			Indicadores trazadores concertados con la Superintendencia para seguimiento de gestión de EAPB e IPS en VIH/SIDA
		32	Con las nuevas variables de poblaciones, generar una informe por EAPB, por población clave, para medir su desempeño con estos subgrupos más afectados.	2020	MSPS, CAC			Proporción de EAPBs que reportan informes por Poblaciones clave
		33	Fortalecer el sistema de reporte para lograr que la información se pueda obtener en línea	2019-2020	MSPS, CAC			Se lanza un sistema en línea de consulta de resultados CAC
s	Fortalecer la inspección, vigilancia, y control en VIH/SIDA por parte de la Superintendencia de Salud	34	Abogacía desde el MCP para solicitar fortalecimiento del componente de VIH, desde la Superintendencia de Salud	2019-2023	MCP	18,593,000	Fondo Mundial	Número de actividades de abogacía realizadas desde el MCP para solicitar fortalecimiento de la Superintendencia

		35	Añadir nuevos indicadores que faciliten medir el desempeño de los tres 90 en toda la población (no solo asegurados) tales como tasa de detección temprana, tasa de personas en tratamiento TAR, y tasa de supresión de carga viral.	2019-2020	Superint. de Salud, MCP, MSPS		Superintendencia de Salud	Uno o más indicadores diseñados e incorporados en los sistemas de la Superintendencia
		36	Las OSC y agremiaciones de OSC comparten casos de no cumplimiento hacia PVVIH con la Superintendencia, y monitorean las respuestas de la Superintendencia a las solicitudes de usuarios.	Indefinida	OSC		OSC	
(B) Aumentar capacidades de las OSC a realizar control social								
t	Apoyar a las OBC a diversificar las fuentes de financiación independientes a las del gobierno, como empresas privadas y otros donantes, de modo que puedan seguir haciendo control social.	37	El Receptor Principal, MCP, y OSC trabajen en conjunto para impulsar la formación de entidades y mecanismos de filantropía y financiación privada.	2019	Receptor principal, OSC, MCP		Fondo Mundial	Diagnóstico desarrollado
(C) Aumentar capacidades de las OSC a documentar y a medir su impacto en provisión de servicios								
u	Adopción de un sistema de información de actividades comunitarias y colectivas de las OSC, EAPB, ESE y ET como mecanismo para orientar y monitorizar las actividades que se realizan.	38	Construcción y difusión de lineamientos y marco normativo para la operatividad del sistema (incluyendo el responsable de la operación de la fuente).	2019	MSPS, ET, RP		MSPS	Lineamientos elaborados. Normatividad emitida.
		39	Construcción de capacidades para alimentar el SISCO SSR	2019-2023	MSPS, ET, FM, OSC,ESE,RP		MSPS	Número de OSC/ESE capacitadas en el SISCO SSR
(D) Lanzar indicadores de la transición								
v	Medir la eficacia general de la transición para garantizar ganancias duraderas de la inversión del Fondo Mundial	40	Si no se dispone de indicadores desagregados a través de la CAC o el MSPS, y/o para establecer un línea basal, utilizar triangulación de datos o diseñar y lleve a cabo estudios que permiten estimar la tasa de detección temprana y de supresión de la carga viral entre las poblaciones clave.	2020 – indefinida	MSPS, RP		MSPS	Estudios diseñados y lanzados.

		41	Medir el número de contratos a OSC, su monto de asignación global de recursos, y su concentración geográfica, a través de una línea de base y revisión periódica recopilado de varios fuentes tales como Gestión de demanda, SECOP y encuestas de OSC.	2020	RP, OSC		Fondo Mundial	Línea de base publicado del número y monto de asignación global de recursos.
--	--	----	--	------	---------	--	---------------	--

(IV) Fortalecer esfuerzos a eliminar el estigma y la discriminación hacia personas de poblaciones clave, vulnerables, y PVVIH

	Objetivos y Acciones	No.	Actividad	Año/s	Entidad/es responsable/s	Financiamiento Requerido	Fuente/s de Financiamiento	Indicador de proceso
(A) Concretizar programas de acción con cada actor en el sistema								
w	Desarrollo de una estrategia y un programa hacia la eliminación de estigma y discriminación dirigida hacia la comunidad e instituciones (EAPB, IPS, ET)	42	EAPB e IPS desarrollan un programa anti-estigma y discriminación a sus equipos técnicos y afiliados en alianza con OBC.	2019	EAPB, OSC		MSPS	Número de programas ejecutado mediante alianza EAPB, IPS, OBC en cada territorio
		43	ET desarrolla acciones transversales de reducción de estigma y discriminación con población general	2019	ET, OSC		ET	Número de sectores de la administración pública que desarrollan acciones de reducción de estigma y discriminación
x	Se incorpora un componente de eliminación de la discriminación en los distintos niveles del sistema de salud a través de estrategias positivas que disminuyan el estigma y la discriminación	44	Realiza medición nacional de estigma y discriminación	2020	RP, ET, EAPB, IPS, OSC		RP	Estudio nacional realizado
		45	Promover proyectos reducción de estigma y discriminación contratados con OSC	2019	RP	0	n/a	Número de OSC contratadas

(V) Integrar a migrantes en la respuesta al VIH								
	Objetivos y Acciones	No.	Actividad	Año/s	Entidad/es responsable/s	Financiamiento Requerido	Fuente/s de Financiamiento	Indicador de proceso
(A) Monitorear la situación de migrantes y proponer respuestas								
y	Seguimiento cercano de la situación general y la recopilación de información estratégica	46	Generar un diagnóstico situacional de condiciones de población migrante, tales como las tendencias, los comportamientos y las necesidades de la población en relación con el VIH para generar acciones de respuesta	2020	INS, Min de Relaciones Exteriores			Diagnostico situacional publicado
z	La sociedad civil aboga por la máxima inclusión de personas migrantes en el sistema integrado de atención para garantizar el acceso al tratamiento del VIH	47	Con apoyo del FM, generar propuestas de respuesta integral de oferta de servicios sociales para mitigar el impacto de la población migrante en el país	2019-2020	OSC			
		48	Monitorear la legislación y la elaboración de normas relativas a la promoción y prevención, y atención médica para los migrantes y defensa a los tomadores de decisiones relevantes la inclusión de servicios de salud sexual y reproductiva, incluso para el VIH	2019-indef-inida	OSC, MSPS			Numero de comunicaciones o reuniones con tomadores de decisiones acerca de la inclusión de migrantes

CONCLUSIÓN

En los próximos años previos a la transición, Colombia tiene una valiosa oportunidad para consolidar los logros realizados con el apoyo del Fondo Mundial en servicio a las poblaciones clave, promoción de la contratación de OSC, esfuerzos hacia eliminar el estigma y la discriminación, y esfuerzos a aumentar rendición de cuentas.

Para aprovechar esta oportunidad, tanto el MSPS, como el RP, las OSC y otros actores deben trabajar en conjunto en actividades de transición ambiciosas y deliberadas. Este documento se basa en la riqueza de ideas de actores de todo el sistema de salud que están comprometidos con una respuesta exitosa al VIH. Como próximo paso, el MCP y otros actores continuarán refinando el plan y crearán planes de trabajo y presupuestos para poner en práctica las actividades.

ANEXO 1. Estudio de programas para fomentar la provisión de servicios de promoción y prevención en población clave por parte de las EAPB y las ET

Racionalidad

Para combatir una epidemia concentrada en poblaciones clave es necesario tener programas focalizados para estas poblaciones, en particular los servicios extramurales de búsqueda activa, pruebas, y canalización hacia los servicios de salud.

En un sistema de salud de mercado, de competencia regulada, la provisión de estos servicios con calidad, eficiencia y suficiencia depende del desarrollo de un mercado dinámico para estos servicios y de regulación efectiva.

Un mercado dinámico requiere oferentes de servicios con productos relevantes y de calidad, y una demanda suficiente de los servicios ofrecidos. Las subvenciones del Fondo Mundial han venido fortaleciendo la oferta de servicios de promoción y prevención para la población clave, a través del fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil. La Ruta Crítica señalada para la próxima subvención plantea la continuidad y el fortalecimiento de estas actividades.

Las subvenciones pasadas y en curso, sin embargo, han enfatizado en mayor medida el fortalecimiento de la oferta de los servicios de prevención y promoción por parte de las OCS para las poblaciones clave²⁸. Consideramos un requisito *sine qua non*, asegurar la demanda de estos servicios: sin una demanda dinámica no se creará el mercado para estos servicios. Dado que en la actualidad el Fondo Mundial financia entre el 80% y el 90% de los servicios focalizados en población clave. Un mercado escuálido implicará la desaparición del grueso de las actividades focalizadas, con los consecuentes aumentos en muertes y nuevas infecciones.

Por esta razón, las recomendaciones emanadas del estudio proponen realizar acciones de fortalecimiento de la contratación de estos servicios, es decir INDUCIR LA DEMANDA. Fortalecer e inducir la demanda de servicios presenta retos considerables en el sistema de salud colombiano.

En la mayoría de los sistemas de salud del mundo hay un intermediario entre el consumidor final del servicio y el proveedor del mismo: aseguradores o cuerpos sanitarios estatales. Activar la demanda requiere entonces actuar también sobre estos intermediarios.

Inducir la demanda en servicios de promoción y prevención presenta además retos adicionales: a diferencia de los servicios curativos que tienen un doliente inmediato con voz (el paciente), los servicios de promoción y prevención no tienen dolientes visibles inmediatos, de tal forma que no es común que los consumidores finales exijan el servicio. El problema se intensifica en poblaciones

²⁸ Las subvenciones pasadas han fortalecido a las OSC que ofrecen servicios de promoción y prevención combinada (oferta). Aunque se ha trabajado ayudando a las ET a contratar los servicios de OCS, se ha trabajado menos sobre estas entidades y ninguna subvención ha abordado la demanda de servicios de las EAPB (contratación de OCS u otros proveedores).

clave, afectadas por la discriminación, el estigma y las violencias de género, pues carecen de voz para exigir estos servicios.

Acciones que promueven la demanda en los beneficiarios finales –tales como eliminar la necesidad de consulta previa para solicitar el examen de VIH o abogacía de las OCS ayudan a fortalecer el mercado pero son insuficientes. En Colombia los compradores de servicios de promoción y prevención, quienes controlan el gasto, son las entidades territoriales y las aseguradoras. Es aquí donde es necesario actuar mediante regulación y desarrollo de capacidades para inducir la demanda, modificando los incentivos y las condiciones de mercado.

En la actualidad los incentivos que tienen tanto aseguradores como entidades territoriales para demandar estos servicios (a nombre de los usuarios finales) son reducidos. Por un lado, las entidades territoriales tienen múltiples obligaciones que compiten por los recursos del PIC, obligaciones que además son políticamente más populares, que las acciones de prevención del VIH en población clave. Segundo, llegar a las poblaciones clave es difícil por su estado de discriminación y estigmatización, y salvo en las grandes ciudades, las entidades territoriales ni sus ESE tienen aún la capacidad técnica para llegar de manera efectiva, bien sea directamente o contratando OSC. Las ET son autónomas en sus decisiones de gasto y solo rinden cuenta a sus electores, no hay regulación que las obligue o que les exija realizar este gasto o cumplir con metas. En resumen, la inversión en VIH no es una prioridad para las ET, los recursos son escasos, carecen de la capacidad técnica para implementar los programas de manera efectiva, y los esquemas regulatorios y de gobernanza no generan incentivos para que cumplan con estas obligaciones. No es de sorprender entonces que este gasto no se esté haciendo salvo en algunas ciudades capitales.

En el caso de las EAPB la situación es similar. Algunas contratan paquetes de atención con proveedores que incluyen realizar el seguimiento a pacientes perdidos, pero las EAPB no buscan activamente personas para la realización de acciones de PyP individual (tamizaje, educación, consejería etc.). Las pruebas se hacen por demanda derivada, es decir cuando un médico sospecha infección o cuando un paciente solicita la prueba. La solicitud de la prueba por parte del asegurado aún requiere de una consulta previa y una remisión –una barrera más a la demanda-. Este último requisito actualmente está siendo reconsiderado.

A raíz de las entrevistas con las EAPB encontramos además que las EAPB enfrentan problemas de escala y de atomización que hacen ineficiente que cada actor individualmente realice acciones de búsqueda activa, tamizaje y canalización a los servicios de salud. Las acciones extramurales de búsqueda activa tienen una lógica territorial. La forma más eficiente es tener un único proveedor en una zona geográfica delimitada que busca, tamiza y canaliza a los asegurados, independientemente de a qué aseguradora pertenecen. De lo contrario múltiples aseguradoras están haciendo el mismo programa en una misma zona, incurriendo múltiples veces en el mismo costo fijo para captar tan solo a un número reducido de sus asegurados. Esto es costoso para las EAPB y es un desperdicio de recursos para el país. Más aún, en una acción extramural una EAPB puede encontrar asegurados con riesgo de infección de otra EAPB, y no puede hacer nada, desperdiciando una oportunidad de atención de la población clave. Algunas EAPB entrevistadas manifestaron que no saben cómo realizar estas acciones, y no tienen experiencia contratando con OSC, pero que están interesadas en hacer estas acciones.

Además de las dificultades anteriores, no es claro que las EAPB tengan incentivos para realizar estas acciones de búsqueda activa y tamizaje específicamente en población clave. A través de la CAC hay incentivos para que las EAPB tamicen a las gestantes, reduzcan la carga viral y detecten tempranamente la enfermedad. Sin embargo, a 2015 el 35% de los pacientes se encontraban en fase SIDA al momento del diagnóstico (Fuente Cuenta de Alto Costo 2017, pg 94). Esto sugiere que aún pese al incentivo no hay programas efectivos de búsqueda activa. O bien el incentivo no es suficiente, o las EAPB no tienen la capacidad para implementar programas efectivos. Los indicadores tampoco diferencian entre población clave (donde se concentra la epidemia) y otra población, pues hasta ahora no se disponía de esta información.

Las ineficiencias de escala también aplican para municipios pequeños y en particular para municipios de alta dispersión geográfica.

Por todo lo anterior consideramos necesario implementar acciones de inducción de la demanda sobre EAPB y ET, para que cumplan con su obligación de proveer servicios efectivos de PyP a poblaciones clave. Si se encuentra que estas acciones son inviables o inefectivas, será necesario pensar en centralizar el programa de P y P para PC, retornando la obligación o bien al nivel departamental o al nivel nacional.

La discusión anterior ilustra cómo el arreglo regulatorio y descentralizado del sistema de salud colombiano impone retos significativos para el diseño y la implementación de acciones de inducción de la demanda. Sin embargo, existen políticas que pueden resultar efectivas. Existen dos tipos de acciones para inducir la demanda: i) las acciones abogacía y ii) acciones regulatorias que atacan barreras técnicas y generan incentivos alineados con las metas sanitarias en VIH para población clave.

Las primeras enfrentan menos retos, pues pueden ser ejecutadas directamente por el gobierno central mediante asistencia técnica. El estudio recomienda que como parte de la próxima subvención se realicen acciones de abogacía con las ET y las EAPB para dar a conocer el modelo de las OSC y divulgar la importancia de las acciones de búsqueda activa y tamizaje, y sus beneficios en términos de ahorro de costos e impacto sobre los recursos recibidos por medio del esquema de ajuste de riesgo de la CAC.

Sin embargo, consideramos que las acciones de abogacía son insuficientes para garantizar una demanda suficiente y efectiva. Por ello consideramos indispensable realizar también acciones de inducción de demanda en condiciones de eficiencia, suficiencia y calidad. Estas acciones presentan mayores retos por el esquema descentralizado y de mercado del sistema de salud, por lo cual recomendamos realizar un estudio cuidadoso para recomendar acciones viables y efectivas.

Recomendación: Realizar un estudio de estrategias y políticas para inducir la demanda de servicios de P y P a PC por parte de las EAPB y ET

El estudio debe contener un diagnóstico de los incentivos que actualmente tienen las EAPB y las ET para proveer servicios de P y P focalizados en población clave, específicamente, búsqueda activa, tamizaje, educación y canalización hacia la atención (o aseguramiento según sea el caso). Igualmente, se deben diagnosticar las limitaciones que enfrentan las EAPB y las ET para proveer

estos servicios. El diagnóstico debe recolectar la experiencia y las voces de estos actores. El estudio debe contener alternativas de políticas y programas para inducir la demanda, analizando como mínimo dos alternativas que actúen sobre EAPB y dos sobre ETS. El objetivo final del estudio es proveer recomendaciones efectivas y viables para dinamizar la contratación de servicios de búsqueda activa, tamizaje y canalización hacia los servicios de salud (o afiliación según sea el caso), de tal forma que las acciones realizadas por el FM sean asumidas por los actores correspondientes.

En lo que sigue presentamos algunas de las alternativas que consideramos relevantes para el estudio, y su racionalidad. Las dividimos en aquellas que atienden barreras técnicas a la provisión en condiciones de eficiencia y aquellas que atacan incentivos.

Acciones de inducción de la demanda

Acciones posibles para abordar problemas técnicos

Promover la contratación colegiada de servicios de promoción de las OSC por parte de las EAPB. Esto incluye: realizar reuniones con los gremios de las EAPB y sus agremiados para identificar posibles EAPB interesadas y analizar el papel que la Agremiación puede jugar; explorar si existen experiencias exitosas o intentos fallidos y extraer lecciones de estas experiencias; estudiar la viabilidad jurídica de las contrataciones colegiadas por parte de las EAPB, por ejemplo a través de licitaciones conjuntas para la provisión de los contratación de servicios de búsqueda activa en zonas determinadas. Es importante anotar que esto no necesariamente va en contravía de las normas de competencia en el sistema de salud. Pues la Ley 100 de 1993 reconoce que la salud es un servicio público y la ley 142 de 1994 reconoce, en el caso de los servicios públicos, sean estos domiciliarios o no, la necesidad de establecer áreas de prestación exclusiva por un solo proveedor para garantizar la provisión de los servicios públicos en condiciones de eficiencia²⁹. No obstante, es necesario hacer el análisis de viabilidad jurídica.

Estudiar la viabilidad de promover la compra de servicios de PyP para poblaciones especiales a través de Colombia Compra Eficiente, como mecanismo para facilitar la contratación de las OSC por parte de los municipios (secretarías o ESE) de menor tamaño en una zona geográfica delimitada. En esta propuesta el Ministerio de Salud identificaría el paquete de servicios que se presta, el precio y el proveedor en un Acuerdo Marco. Las ET contratarían a este proveedor a través de Colombia Compra Eficiente mediante el Acuerdo Marco. Esto simplificaría el proceso de contratación para las ET y garantizaría que el proveedor seleccionado cumple con las características definidas y seleccionadas por el regulador (MSPS) y que la atención está basada en la evidencia y las mejores prácticas. El estudio debe tratar de identificar si las ET estarían interesadas en contratar con estos servicios y qué posibles barreras enfrentarían.

Acciones sobre incentivos

Las medias anteriores abordan algunos de los problemas técnicos que enfrentan las ET y las EAPB para proveer los servicios de P y P a PC. Pero para que la demanda efectivamente se materialice es necesario que tengan incentivos para proveer estos servicios. Para algunas EAPB y ET el

²⁹ Bajo este argumento se dio viabilidad jurídica al modelo de un único asegurador en zonas apartadas –Piloto en Guainía

objetivo misional es suficiente incentivo. Pero los resultados en detección temprana sugieren que los incentivos implícitos en el esquema de ajuste riesgo CAC no son suficiente en otros casos. Por esta razón se debe estudiar el esquema de incentivos actuales y analizar acciones que los alineen con las metas sanitarias de VIH en PC.

Análisis técnico de los indicadores de gestión de riesgo de la CAC-VIH Sida (Resolución 1912 del 2015) con el fin de entender si los incentivos de detección de la demanda son suficientes y si convendría o/y es viable dar un peso más alto a la detección temprana o en poblaciones clave.

Estudiar la viabilidad de establecer otros mecanismos de pago por desempeño a las ET incluyendo penalidades por incumplimiento de metas en detección temprana, reconocimientos públicos, etc.

Estudiar la viabilidad y potencial eficacia de establecer esquemas de co-financiación de programas regionales de PyP en población clave, incentivando a las entidades territoriales en zonas geográficamente delimitadas y conexas a hacer uso de los recursos del Fondo de Regalías para dicho propósito. El ministerio pondría recursos de cofinanciación para aquellos municipios que deseen participar en el proyecto regional y los apoyaría con la asistencia técnica para la aplicación a los fondos de regalías. Mediante este mecanismo también se puede seleccionar a uno o dos proveedores de OSC para prestar los servicios en los municipios de una zona, aprovechando así economías de escala.

Estudiar la conveniencia de establecer metas territoriales de población clave alcanzada con un paquete de PyP y mecanismos para incentivar a las ET a alcanzar estas metas. Algunos mecanismos posibles son: regulación que los obligue a avanzar hacia las metas, condicionamiento de recursos o acceso a recursos adicionales. El estudio debe analizar la viabilidad jurídica y política y la efectividad esperada de estas opciones.

Otras acciones

Además de lo anterior consideramos que se debe revisar:

La conveniencia, factibilidad y necesidad de centralizar las acciones de PyP para población clave en municipios de categoría 5, 6 y 7, que no poseen los recursos, la escala o la capacidad técnica para realizar estas acciones. La centralización se puede hacer a nivel departamental o nacional. A diferencia de otros programas de P y P, los programas dirigidos a PC en municipios pequeños tienen problemas de escala importantes, por el reducido tamaño de la población objetivo. Adicionalmente, a diferencia de otros programas de P y P como vacunación, control de vectores, etc., que son de alta visibilidad y popularidad política, los programas focalizados en PC no son atractivos políticamente y los alcaldes tienen muy bajos incentivos para comprometer gasto en ellos.

Evaluar la efectividad de diferentes acciones para inducir la demanda en los consumidores finales, tales como: pago (en especie o dinero) al paciente por realización de la prueba y/o adherencia al tratamiento, eliminación del requisito de consulta previa para la prueba confirmatoria (que ya se está estudiando como parte de la estrategia para evitar la pérdida de pacientes tras la prueba rápida), campañas masivas de comunicación para promover la prueba voluntaria, entre otros.

BIBLIOGRAFIA

Colombia Diversa. Situación Derechos Humanos de las personas LGBT en Colombia 2010-2015. [Consultado el 4 de julio 2018] Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/COL/INT_CCPR_CSS_COL_25227_S.pdf

Defensoría del Pueblo. ¿Quiénes somos? [Consultado el 11 de junio 2018] Disponible en:

<http://www.defensoria.gov.co/es/public/institucional/5847/%C2%BFQu%C3%ADenes-somos.htm>

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - Cuenta de Alto Costo. Situación de VIH en Colombia 2017. Bogotá, Agosto 2018.

https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Situacion_VIH_2017..pdf

Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE). Presentación al Fondo Mundial. Julio 2018. Disponible en: https://www.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/presentacion-al-fondo-mundial

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Subvención NO. COL-911-G04-H. Disponible en:

<https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?k=93ebec5d-fce7-4198-b619-798b52994660&grant=COL-911-G04-H>

Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Epidemiológico de la Epidemia del VIH/Sida. 2017.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Evaluación de la Implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS - VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021. 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Sistema Integral de Información de la Protección Social. [Consultado el 12 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/#>

Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la Lupa: Un Análisis desde la Perspectiva del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. 2017.

Pharos *Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (Diciembre 2018). Informe de País de Colombia. Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT).

RECOLVIH. Voces Positivas: Resultados del Índice de Estigma en personas que viven con VIH en Colombia. Disponible en:

http://www.academia.edu/3887460/Voces_Positivas_Resultados_del_%C3%ADndice_de_Estigma_en_Personas_que_viven_con_VIH_en_Colombia

SIVIGILA. Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Versión 3. 2018

SIVIGILA. Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Semana 1- 46/2017. 2017

Vía Libre. Technical Assistance for the Recognition of Type A Community Services by Colombia's National Health System. Disponible en:

https://issuu.com/vialibre5/docs/asist.tec_colombia_ingl_s.pdf