

# RUTA CRÍTICA DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA TRANSICIÓN ECUADOR 4 de junio de 2019



# Contenido

<b>1.</b>	<b>Objetivos del plan de transición .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Metodología .....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Principales resultados de la Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT) .....</b>	<b>3</b>
3.1.	Epidemiología del VIH en Ecuador .....	3
3.2.	Resumen de la EPT .....	4
<b>4.</b>	<b>Principales recomendaciones para el Plan de Trabajo para la Transición.....</b>	<b>7</b>
4.1.	Correspondencia entre riesgos de transición y objetivos del PTT .....	7
4.2.	Objetivo 1. Afianzar los mecanismos de financiamiento de la respuesta nacional al VIH .....	9
a)	En respuesta al Riesgo 1: Que la situación económica del país se traduzca en una reducción del presupuesto del MSP y, por ende, del financiamiento público para la respuesta nacional al VIH.	9
b)	En respuesta al Riesgo 8: Insuficiencia de capacidades institucionales y gerenciales de las organizaciones de la sociedad civil para gestionar recursos de fuentes múltiples. ....	11
4.3.	Objetivo 2. Fortalecer el liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional .....	13
a)	En respuesta al Riesgo 2: Que persista un débil liderazgo de la instancia de coordinación de la respuesta nacional impidiendo la implementación de un sistema de información integrado, una buena planificación y un efectivo monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.....	13
b)	En respuesta al Riesgo 6: Que el MSP no logre implementar su modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario e intercultural con un enfoque en VIH.....	14
4.4.	Objetivo 3. Fomentar la prevención del VIH.....	15
a)	En respuesta al Riesgo 3: Insuficiente prevención del VIH en el Seguro Social .....	15
a)	En respuesta al Riesgo 7: Persistencia de la restricción <i>para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar.</i>	16
b)	En respuesta al Riesgo 9: Insuficiencia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH. ....	17
4.5.	Objetivo 4. Mantener un abastecimiento permanente de ARV e insumos médicos.....	19
a)	En respuesta al Riesgo 4: No disponer de cantidades suficientes de ARV y pruebas de carga viral .....	19
4.6.	Objetivo 5. Garantizar el seguimiento de pacientes en TARV.....	20
b)	En respuesta al Riesgo 5: Que el seguimiento de pacientes en TARV no esté garantizado por la falta de implementación de REDNALAC .....	20
<b>5.</b>	<b>Plan de Trabajo para la Transición.....</b>	<b>22</b>
Objetivo 1.	Afianzar los mecanismos de financiamiento de la respuesta nacional al VIH .....	23
Objetivo 2.	Fortalecer el liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional .....	25
Objetivo 3.	Fomentar la prevención del VIH.....	27
Objetivo 4.	Mantener un abastecimiento permanente de ARV e insumos médicos.....	30
Objetivo 5.	Garantizar el seguimiento de pacientes en TARV .....	32
<b>6.</b>	<b>Recomendaciones de monitoreo de la transición.....</b>	<b>34</b>

## Lista de tablas

Tabla 1 Prevalencia de VIH por grupo de población .....	3
Tabla 2 Principales riesgos de transición.....	4
Tabla 4 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos .....	23

## Lista de figuras

Figura 1 Prevalencia del VIH en países latinoamericanos (%) y cociente de cambio en prevalencia, 1990 y 2017 .....	3
Figura 2 Brechas por pilar de la cascada de atención en Ecuador, 2017 (%) .....	4
Figura 3 Relación lógica entre los riesgos de transición y el Plan de Trabajo para la Transición .....	6
Figura 4 Algunos indicadores del gasto en salud en Ecuador, 2000 y 2015 (%) .....	9
Figura 5 Ecuador: Proyección del gasto en VIH según agente de financiamiento (millones de \$ de cada año).....	10

## Acrónimos

CEMSIDA	Comité Ecuatoriano Multisectorial del sida
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de personas que viven con el VIH/sida
CDP	Centros de Detención Provisional
CONASIDA	Consejo Nacional del sida
DSGSIF	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
DNEPC	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control
EN-VIH	Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/sida – ITS
FM	Fondo Mundial para la lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y de Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
MAIS-FC	Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural
MEF	Ministerio Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTF	Mujeres transfemeninas
MTS	Mujeres Trabajadoras sexuales
NNUU	Naciones Unidas
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PEA	Población económicamente activa
PEMAR	Población expuesta al mayor riesgo
PNEBV	Plan Nacional Estratégico del Buen Vivir
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH/sida
PPL	Personas Privadas de Libertad
PrEP	Profilaxis pre- exposición
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVV	Personas que viven con VIH
TRANS	Travestis, transgénero o transexuales femeninas
RED	Red de Defensores de Derechos
REDNALAC	Red Nacional de Hospitales y Laboratorios de Análisis Clínicos
RDACCA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias-MSP
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SIEN	Sistema de Información Estadístico Nacional para el VIH/sida MSP-COHAN
SENPLADES	la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SPD	Sistema de Protección de Derechos de las personas afectadas por el VIH en el Ecuador
SNS	Sistema Nacional de Salud
TARV	Tratamiento Antirretroviral
VIH/sida	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UAI	Unidades de Atención Integral en VIH/sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## 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 Ecuador 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**

Los autores, Ricardo Bitrán, Xavier Solórzano y Rodrigo Tobar, todos de Bitrán y Asociados, agradecen a Paul Bonilla y Lucrecia Palacios, del Fondo Mundial, y a Robert Hecht, Diana González y Lindsay Palazuelos, de Pharos, por su orientación, comentarios y aportes en la preparación de este documento. Igualmente agradecen a los funcionarios de las diversas organizaciones nacionales e internacionales con quienes se reunieron en Ecuador para conocer el estado de situación actual de la respuesta nacional al VIH/sida. La apertura de esos informantes expertos permitió a los autores configurar un panorama amplio sobre los principales desafíos relacionados con el proceso de transición. También les facilitó la formulación de opciones para que el país logre hacer sostenible su respuesta al VIH/sida durante y después de la transición. Los autores reconocen el apoyo fundamental que proporcionó el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) durante todo el trabajo. También agradecen a todos los representantes de la sociedad civil por compartir sus opiniones, experiencias y aspiraciones.

## 1. Objetivos del plan de transición

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. Esto aplica especialmente en aquellos países cuyas economías continúan creciendo y cuya carga de VIH, tuberculosis y malaria está declinando. Como parte de este proceso, el FM recomienda que los países realicen evaluaciones de su preparación para la transición (EPT) y las utilicen para definir una estrategia de transición y un plan de acción, a fin de asumir con recursos propios y de manera efectiva las actividades hoy financiadas por el FM.

Ecuador 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 Ecuador en la redacción de su EPT y en el desarrollo de sus planes de trabajo para la 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 del 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).

## 2. Metodología

Además de usar la guía para la transición elaborada por *Aceso Global* y APMG Health, los consultores desarrollaron y usaron para este trabajo en el Ecuador 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 nueve principales riesgos de transición que los consultores identificaron en Ecuador y describe sus causas y posibles acciones de política para mitigar esos riesgos.<sup>1</sup> En resumen, el marco conceptual plantea que los **objetivos últimos** del país en materia de VIH son avanzar hacia la eliminación de la transmisión del VIH o, al menos, hacia el logro de una tasa de transmisión cercana a cero en el año 2030 y así alcanzar las metas “90-90-90”, impulsadas por Naciones Unidas y suscritas por el país. Para ello, el país debe lograr *reducir la cantidad de nuevas infecciones, disminuir la mortalidad* por el VIH y *minimizar la transmisión de madre a hijo*. Estas metas deben guiar las acciones de los diversos actores involucrados en la respuesta nacional al VIH. El marco conceptual también contempla el logro de **objetivos intermedios** que son la mejoría de la eficiencia, la calidad y el acceso a la atención y también la reducción del estigma y la discriminación. Para mejorar el desempeño de la respuesta nacional, el marco conceptual contempla el uso de cuatro **instrumentos de política** en VIH, que son el financiamiento, la organización, la regulación y la persuasión.

En este estudio se define como **riesgo de transición** a todo evento que interfiera con la capacidad del país para identificar y resolver las causas de uno o más problemas de desempeño en el ámbito del VIH/sida. Más abajo en este resumen se presentan los riesgos identificados durante el trabajo y las acciones que deberían ayudar a mitigarlos.

La primera fase del estudio se concentró en la recopilación y revisión de fuentes bibliográficas sobre la respuesta nacional al VIH/sida en el Ecuador; 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 viajaron al país y participaron en entrevistas y talleres con un conjunto amplio de actores vinculados con el VIH/sida en la capital Quito y en la ciudad de Guayaquil. Por último, presentaron los resultados preliminares de su trabajo frente a los miembros del MCP y a representantes de otras instituciones vinculadas con el VIH, incluyendo al Ministerio de Salud Pública (MSP) y organizaciones nacionales e internacionales de cooperación.

Por último, en una segunda visita al país, los autores sometieron los resultados preliminares de su trabajo a una validación con los principales actores de la respuesta nacional e incorporaron los aportes recopilados durante los talleres y reuniones con dichos actores para producir la presente versión del manuscrito.

Este reporte aspira a contar con el respaldo del país para su adopción. Dentro de los siguientes pasos, el país deberá trabajar en su implementación a través de un plan operativo, la definición de la estrategia de monitoreo y rendición de cuentas, y la definición de los recursos necesarios para su implementación (incluyendo la definición de acciones que podrían ser apoyadas dentro de la siguiente subvención del Fondo Mundial).

---

<sup>1</sup> Pharos *Global Health Advisors* y Bitrán y Asociados (octubre 2018) Informe de País para Ecuador. Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT). Informe para el Fondo Mundial y el Mecanismo de Coordinación País. Quito.

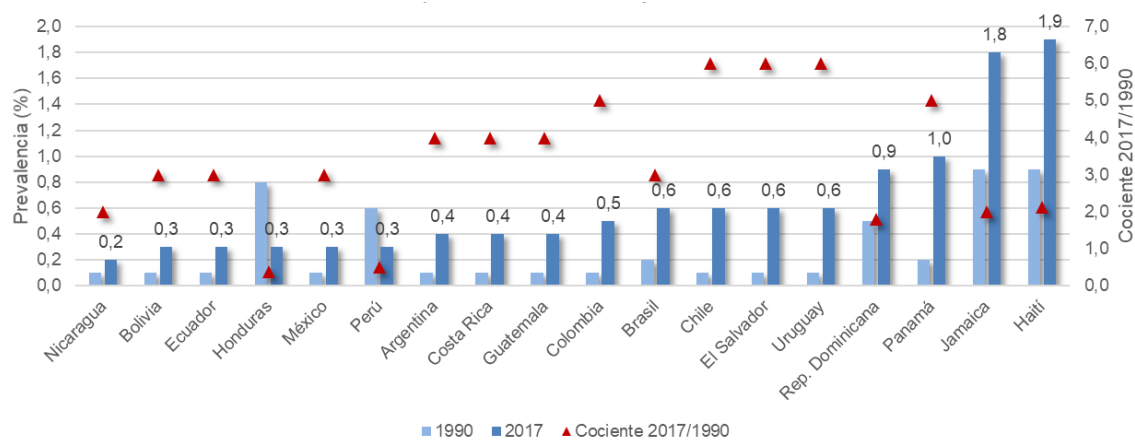


### 3. Principales resultados de la Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT)

#### 3.1. Epidemiología del VIH en Ecuador

Según la información reportada por ONUSIDA para Ecuador, en el 2017 la prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 49 años era de 0,3% mientras que la tasa de incidencia en el mismo grupo de edad era 0,22 por cada 1.000 habitantes.<sup>2</sup> La prevalencia en mujeres embarazadas era de 0,16%.<sup>3,4</sup> La prevalencia del VIH en población adulta observada en Ecuador en el 2017 era, junto con la de Bolivia, la segunda más baja de la región latinoamericana, después de Nicaragua. Esto se aprecia en la Figura 1, en la cual los países de la región aparecen ordenados en orden ascendente de acuerdo con su prevalencia del VIH en 2017. En la misma figura también se puede observar que la prevalencia del VIH ha aumentado en todos los países de la región, aunque de manera desigual. El triángulo de la figura es el cociente entre la prevalencia en 2017 y aquella en 1990. Los países con mayor incremento en la prevalencia en ese período fueron Chile, El Salvador y Uruguay. En ellos, la prevalencia aumentó en un factor de 6. Aquellos con menor incremento en prevalencia fueron Honduras y Perú. En Ecuador, la prevalencia se multiplicó por un factor de 3 en el período, un aumento intermedio en el contexto regional, aunque la prevalencia base en 1990 también era de las más bajas.

**Figura 1 Prevalencia del VIH en países latinoamericanos (%) y cociente de cambio en prevalencia, 1990 y 2017**



Fuente: Los autores con información de Aidsinfo.unaids.org.

La epidemia de VIH/sida en el Ecuador es de tipo concentrada, con mayor prevalencia en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (HSH); mujeres trabajadoras sexuales (MTS); personas privadas de libertad (PPL); y mujeres trans femeninas (MTF) (Tabla 1).

**Tabla 1 Prevalencia de VIH por grupo de población**

Grupo	Quito	Guayaquil	Nacional	Año
HSH	16,5%	11,2%		2017
MTF	39,9%	20,8%		2007
PPL*		31,9%	1,4%	2012
MTS*			3,2%	2009

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP)-DNEPC-ENVIH.

\*El MSP está realizando un estudio de prevalencia de VIH en PPL y tiene planificado otro de prevalencia en MTS.

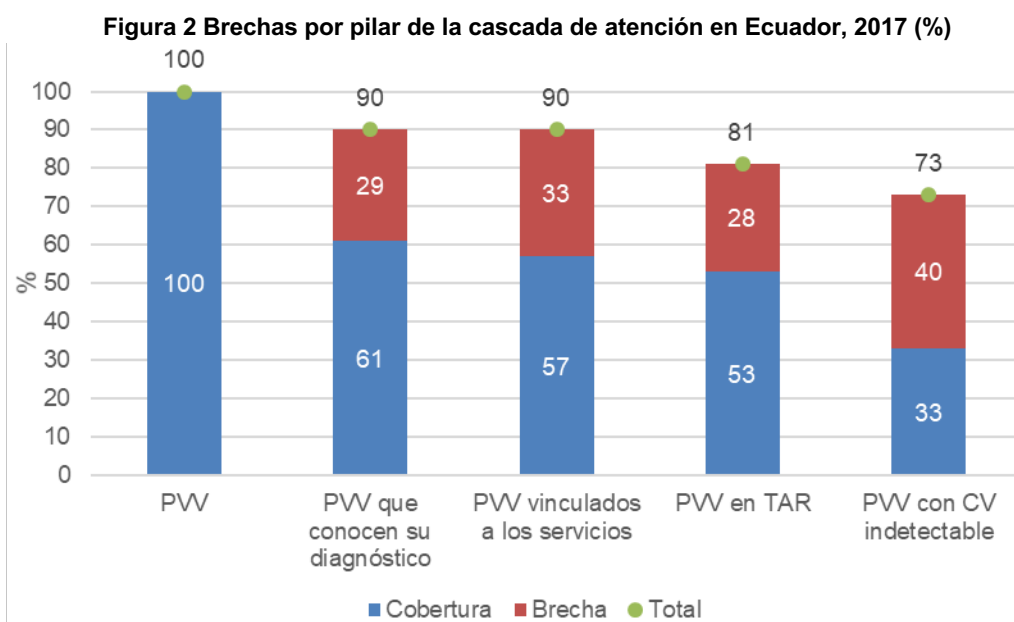
2 Aidsinfo.unaids.org

3 Kimirina-MSP-UNPFA, 2012

4 DNEPC-PTMI-MSP-Spectrum, 2016

La principal vía de transmisión del VIH sigue siendo las relaciones sexuales, seguida de transmisión madre-niño. En 2016 y en 2017 el MSP no reportó casos de VIH por transfusión sanguínea, accidentes laborales o la utilización de jeringas en personas que utilizan drogas. La mortalidad por sida muestra una tendencia ascendente a partir de 2002 estabilizándose en los últimos años con un promedio cercano a 800 fallecidos por año.

En 2017 se estimaba que 36.544 personas vivían con el VIH (PVV), de las cuales 22.292 (61%) conocían su estado serológico. Esto significa que 10.597 personas que vivían con VIH no sabían que eran portadoras del virus. La brecha en el cumplimiento de la primera meta de 90% en la cascada del continuo de la atención era de 29%. De las PVV diagnosticadas, apenas 20.830 (57%) accedían a los servicios de salud. De igual forma, 19.545 (53%) recibían tratamiento antirretroviral (TARV) y solo 12.186 (33%) de los que recibían TARV presentaban una carga viral indetectable. Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de importantes brechas para alcanzar las metas de 90-90-90 en 2020.



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP, 2018.

### 3.2. Resumen de la EPT

La EPT realizada en la primera parte de esta consultoría identificó nueve riesgos principales de transición. Estos se resumen en la Tabla 2 (para mayor detalle, se refiere al lector al primer informe de esta consultoría).<sup>5</sup>

**Tabla 2 Principales riesgos de transición**

Principales riesgos de transición	Descripción
<b>Riesgo 1:</b> Que la situación económica del país se traduzca en una reducción del presupuesto del MSP y, por	La epidemia de VIH podría aumentar si en años venideros la respuesta nacional se viese debilitada como resultado de una reducción en el financiamiento público para salud, fruto de la redefinición de prioridades para el gasto público y una reducción en

<sup>5</sup> Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados. (2018) Informe de País para Ecuador. Evaluación de la Preparación para la Transición (EPT). Quito.

**Tabla 2 Principales riesgos de transición**

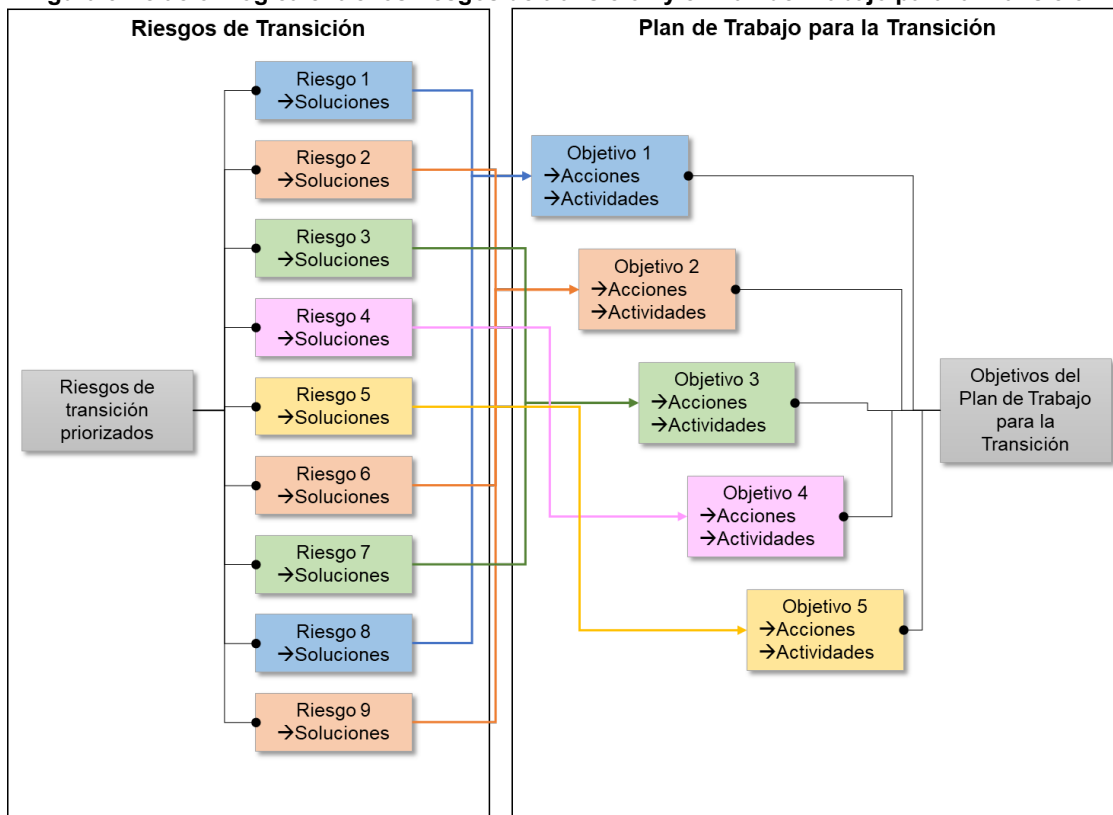
<b>Principales riesgos de transición</b>	<b>Descripción</b>
ende, del financiamiento público para la respuesta nacional al VIH.	el presupuesto asignado al MSP. En ese caso, la redistribución interna dependerá de la prioridad que las autoridades del MSP den a la respuesta nacional al VIH/sida.
<b>Riesgo 2:</b> Que persista un débil liderazgo de la instancia de coordinación de la respuesta nacional.	La eficacia de las actividades nacionales de promoción, prevención y tratamiento del VIH puede disminuir debido a debilidades en el liderazgo político e institucional. Estas restringen la capacidad institucional para definir las líneas estratégicas de política pública para el diseño, implementación, evaluación y financiamiento de la respuesta nacional multisectorial del VIH.
<b>Riesgo 3:</b> Insuficiente prevención del VIH en el Seguro Social	Existe una limitada contención de la epidemia debido a que las instituciones de Seguro Social que forman parte de la red pública de salud no han adoptado estrategias de promoción y prevención combinadas para el VIH.
<b>Riesgo 4:</b> No disponer de cantidades suficientes de ARV y pruebas de carga viral	Hay una capacidad restringida de prevención y tratamiento del VIH debido a carencias de medicamentos antirretrovirales y de pruebas de carga viral y CD4 para PVV.
<b>Riesgo 5:</b> Que el seguimiento de pacientes en TARV no esté garantizado por la falta de implementación de la Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínicos (REDNALAC)	Dificultades en el acceso local a exámenes de carga viral y CD4 debilitan la capacidad del sistema para monitorear la efectividad del tratamiento con ARV. Esto, a su vez, puede resultar en una mayor transmisión y mortalidad.
<b>Riesgo 6:</b> Que el MSP no logre implementar su modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario e intercultural con un enfoque en VIH	La eficacia de la respuesta nacional se puede ver afectada si el MSP no logra implementar su Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) orientado al VIH.
<b>Riesgo 7:</b> Que se mantenga la restricción para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar	La incidencia del VIH y de otras ITS pueden aumentar debido a la ausencia de educación sexual para niños y adolescentes como parte de su política educativa y plan curricular.
<b>Riesgo 8:</b> Insuficiencia de financiamiento para las organizaciones de la sociedad civil	La incapacidad futura del país para reemplazar el actual financiamiento del FM para las organizaciones de la sociedad civil (OSC) activas en la contención de la epidemia del VIH puede debilitarlas o hacerlas desaparecer, con un impacto negativo e importante en la epidemia.

**Tabla 2 Principales riesgos de transición**

Principales riesgos de transición	Descripción
<b>Riesgo 9:</b> Insuficiencia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH	La ausencia de un buen sistema de información y de vigilancia epidemiológica y de un plan de monitoreo y evaluación limitan la capacidad del país para responder de manera eficiente a la epidemia del VIH.

Junto con la identificación, priorización y descripción de estos nueve principales riesgos de transición, el Informe 1 también planteó para cada riesgo un conjunto de soluciones. Puesto que varios de los riesgos de transición están relacionados porque pertenecen a un mismo ámbito de acción de la respuesta nacional, en la siguiente sección se propone una agrupación de estos nueve riesgos de transición en cinco objetivos mayores que constituyen el Plan de Trabajo para la Transición. Además, en este PTT se incorporan las soluciones propuestas en el Informe 1 expresadas como objetivos, acciones y actividades (ver Figura 3).

**Figura 3 Relación lógica entre los riesgos de transición y el Plan de Trabajo para la Transición**



#### **4. Principales recomendaciones para el Plan de Trabajo para la Transición**

Esta sección presenta en primer término la correspondencia propuesta por los consultores entre los riesgos de transición y los objetivos del PTT. En segundo lugar, describe el contexto que da origen a los cinco grandes objetivos del PTT y propone las acciones que deben llevarse a cabo para abordar cada objetivo.

##### ***4.1. Correspondencia entre riesgos de transición y objetivos del PTT***

La correspondencia entre riesgos de transición por una parte y los objetivos y acciones del PTT se presenta en la siguiente tabla. En el capítulo 5, que contiene el PTT, se agregan actividades específicas para su desarrollo bajo cada acción del PTT.

**Tabla 3 Riesgos de transición y los correspondientes objetivos y acciones del PTT**

<b>Principales riesgos de transición</b>	<b>Objetivos y acciones del PTT</b>	<b>Acciones del PTT</b>
<b>Riesgo 1:</b> Que la situación económica del país se traduzca en una reducción del presupuesto del MSP y, por ende, del financiamiento público para la respuesta nacional al VIH	<b>Objetivo 1. Afianzar los mecanismos de financiamiento de la respuesta nacional al VIH</b>	<b>Acción 1.1:</b> Cumplir con los compromisos presupuestarios
<b>Riesgo 8:</b> Insuficiencia de financiamiento para las organizaciones de la sociedad civil		<b>Acción 1.2:</b> Calcular la brecha
		<b>Acción 1.3:</b> Invertir en prevención combinada
		<b>Acción 1.4:</b> Contratar a OSC para la provisión de servicios de VIH/sida
<b>Riesgo 2:</b> Que persista un débil liderazgo de la instancia de coordinación de la respuesta nacional	<b>Objetivo 2. Fortalecer el liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional</b>	<b>Acción 2.1:</b> Desarrollar un nuevo modelo de gestión del CEMSIDA
		<b>Acción 2.2:</b> Elaborar un plan de monitoreo y evaluación
		<b>Acción 2.3:</b> Fortalecer los vínculos operativos entre el MCP y el CEMSIDA
<b>Riesgo 6:</b> Que el MSP no logre implementar su modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario e intercultural con un enfoque en VIH		<b>Acción 2.4:</b> Desarrollar y consolidar un modelo de atención en VIH
<b>Riesgo 3:</b> Insuficiente prevención del VIH en el Seguro Social	<b>Objetivo 3. Fomentar la prevención del VIH</b>	<b>Acción 3.1:</b> Socializar los conceptos de promoción y prevención del VIH
<b>Riesgo 7:</b> Que se mantenga la restricción para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar		
<b>Riesgo 9:</b> Insuficiencia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH		
<b>Riesgo 4:</b> No disponer de cantidades suficientes de ARV y pruebas de carga viral	<b>Objetivo 4. Mantener un abastecimiento permanente de ARV e insumos médicos</b>	<b>Acción 4.1:</b> Impulsar el mecanismo de compra conjunta de ARV e insumos de la RPIS
		<b>Acción 4.2:</b> Perfeccionar el sistema de información de compras de insumos y manejo de inventarios
		<b>Acción 4.3:</b> Implementar la farmacovigilancia de ARV
<b>Riesgo 5:</b> Que el seguimiento de pacientes en TARV no esté garantizado por la falta de implementación de REDNALAC	<b>Objetivo 5. Garantizar el seguimiento de pacientes en TARV</b>	<b>Acción 5.1:</b> Implementar la REDNALAC
		<b>Acción 5.2:</b> Desconcentración de la atención a PVV
		<b>Acción 5.3:</b> Fortalecer el sistema de información de los laboratorios
		<b>Acción 5.4:</b> Fortalecer competencias del personal en laboratorios

A continuación, se describe el contexto que da origen a los cinco grandes objetivos del PTT y se proponen las acciones necesarias para cumplirlos dentro del PTT. Estas acciones fueron consensuadas en un taller de consulta realizado durante este trabajo, el cual contó con la participación de expertos nacionales e internacionales involucrados en la respuesta nacional.

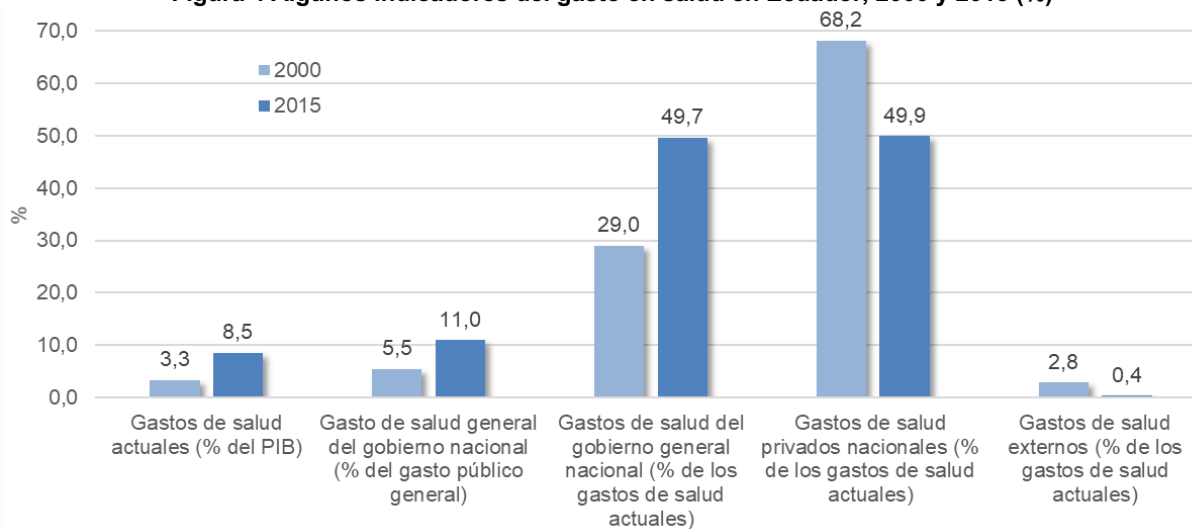
#### **4.2. Objetivo 1. Afianzar los mecanismos de financiamiento de la respuesta nacional al VIH**

##### **a) En respuesta al Riesgo 1: Que la situación económica del país se traduzca en una reducción del presupuesto del MSP y, por ende, del financiamiento público para la respuesta nacional al VIH.**

El desempeño de la economía ecuatoriana está fuertemente ligado al precio de su principal producto, el petróleo crudo. Las mayores tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del país se registraron en aquellos años en los cuales el precio del petróleo alcanzaba altos históricos (2008 y 2011). La fuerte caída del precio de este combustible a contar del 2011 ha conllevado una caída igualmente importante en el crecimiento del PIB. En el 2016, cuando el precio del barril llegó a un mínimo histórico de US\$ 44,67, el PIB del Ecuador cayó en un 3,0%.

Durante la bonanza económica, el gobierno incrementó el financiamiento público para la salud. Así, mientras que en el año 2000 el gobierno destinaba sólo el 5,5% de su presupuesto para la salud, 15 años después, en el 2015, esa proporción se había duplicado, pasando al 11,0% (ver Figura 4). El mayor financiamiento público para la salud se tradujo en que el gasto total en salud en el país pasó de representar un 3,3% del PIB en el 2000 a un 8,5% en el 2015 (ver figura). Asimismo, el aumento del financiamiento público alteró la estructura del financiamiento de la salud en Ecuador, como también se muestra en la Figura 4. En el año 2000 el gasto público representaba sólo el 29% del gasto total en salud, en tanto que en el 2015 esa participación había crecido hasta alcanzar un 68,2%.

**Figura 4 Algunos indicadores del gasto en salud en Ecuador, 2000 y 2015 (%)**



Fuente: Fuente: Los autores con información de World Bank DataBank.

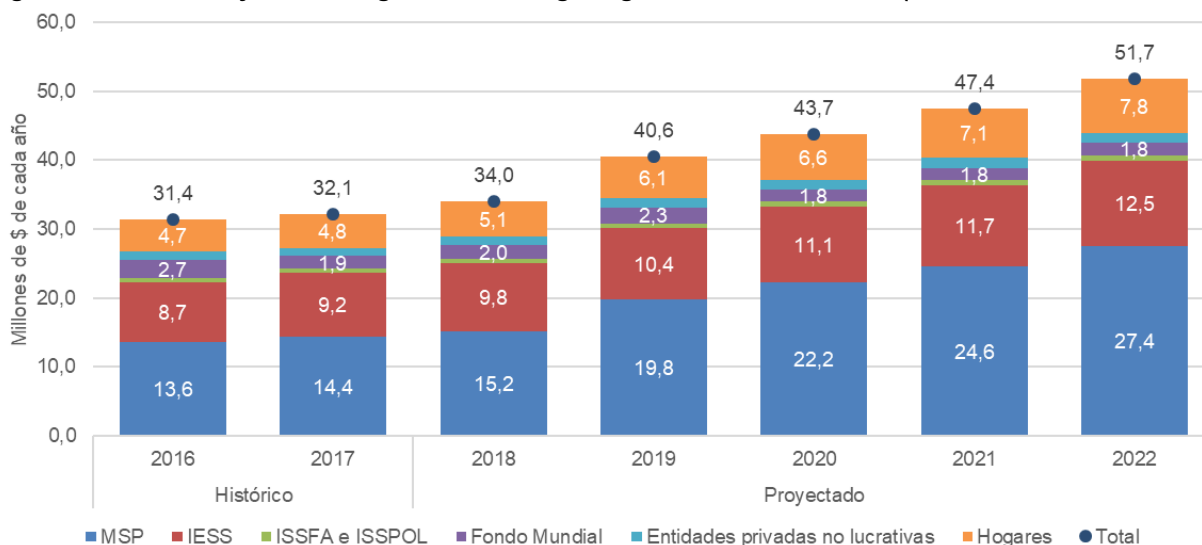
El financiamiento externo para la respuesta nacional al VIH jugó un rol preponderante en los años 2005-2007, llegando a representar en el 2006 casi las dos terceras partes del financiamiento total. Entre el 2007 y el 2010, el financiamiento externo disminuyó en importancia relativa, pasando a representar el 56,2% del total en el 2007 y solo el 10,4% hacia el 2010. La disminución relativa del financiamiento externo

para el VIH fue en parte el resultado de una disminución absoluta del mismo, y en parte también de un aumento considerable en el aporte del gobierno del Ecuador, en términos absolutos, a partir del año 2008. Los fondos públicos (MSP más Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS) destinados a la respuesta nacional pasaron de ser \$4,9 millones en el 2007 a \$27,3 millones en el 2008, una expansión de 5 veces. En los dos años siguientes, el gasto público en el VIH se mantuvo en niveles semejantes al 2008, en torno a los \$30 millones, a la vez que disminuía el financiamiento externo, desde 8,5 millones en el 2006 a \$3,7 millones en el 2010. El mayor gasto público ha permitido un incremento progresivo de recursos para la compra de ARV e insumos médicos. Sin embargo, la inversión del gobierno en promoción y en prevención, incluyendo campañas de comunicación para elevar la conciencia de la población sobre el VIH/sida y sus formas de transmisión, no mantuvo la misma proporcionalidad, logrando poco avance.<sup>6</sup>

Las proyecciones realizadas por estos consultores en el Informe 1 para el financiamiento del VIH en el período 2018-2022 tomaron como fuente los aportes previstos por el FM para esos años. En el trienio 2018-2020 el gasto anual esperado del FM es igual a \$6,2 millones, y de \$5,3 millones para 2020-2022.

De acuerdo con lo proyectado, se estima que el gasto nacional en VIH/sida pasará de ser \$32,1 millones en el 2017 a \$51,7 millones en el 2022, representando un aumento total de 62% y un crecimiento promedio anual de 8,7% (Figura 5). Acorde con los supuestos de la proyección, la participación del MSP en el financiamiento total del VIH/sida en el país debiera crecer desde un 45% en el 2017 a un 53% en el 2022, a la vez que disminuiría la participación del FM en el mismo período, de un 6% a solo un 3%. Una caída en el crecimiento económico del país amenaza con traducirse en una disminución en el presupuesto público total y, por consecuencia, en el presupuesto público para la salud. Esa disminución, a su vez, podría también propagarse hacia el presupuesto del MSP para el VIH.

**Figura 5 Ecuador: Proyección del gasto en VIH según agente de financiamiento (millones de \$ de cada año)**



Fuente: Los autores a partir de varias fuentes y supuestos. Ver Informe 1.

Por otra parte, la ineficiencia en el gasto público en VIH también contribuye a las dificultades que puede enfrentar la respuesta nacional al VIH/sida en un escenario de contracción económica. Algunas ineficiencias descritas con mayor detalle más adelante son: las pérdidas asociadas a la ausencia de compras centralizadas entre el MSP e IESS, en la práctica, las compras de ARV e insumos médicos la realiza cada institución por separado y, en el caso del IESS, cada hospital realiza la compra por separado.

<sup>6</sup> Entrevista con Agente Local del Fondo, Quito, Ecuador, 28 de mayo de 2018



Adicionalmente otras situaciones, como las descritas a continuación, también podrían influir en la disponibilidad de financiamiento público para la respuesta nacional al VIH.

- Que las autoridades del MSP no garanticen el presupuesto solicitado por la Estrategia Nacional de VIH/sida y el presupuesto estimado por el PENM 2018-2022.
- Que a pesar de los esfuerzos en la elaboración de planes y presupuestos para el financiamiento de la atención a PVV por parte de la Estrategia Nacional de VIH/sida, la distribución y asignación de los recursos dentro del presupuesto del MSP es de exclusiva responsabilidad y potestad de las autoridades del MSP.
- Que la estimación preliminar de la magnitud de la brecha financiera del PENM 2018-2022, elaborada por el MSP en el marco de la respuesta nacional con el Comité Ecuatoriano Multisectorial del sida (CEMSIDA), no se revise para desarrollar una estimación más detallada y precisa de la brecha.
- Que persistan las dificultades en el inicio de la prevención combinada por falta de financiamiento. Ello ha ocurrido a pesar de ser ésta una de las estrategias más importantes en prevención. La prevención combinada es una estrategia que además de la entrega de preservativos, incluye: el acceso a la información sobre el VIH; el acceso al tratamiento; medidas de reducción del daño; el retraso de la iniciación sexual; la fidelidad; la reducción de las parejas sexuales y las relaciones ocasionales; la circuncisión masculina; la defensa de los derechos humanos y la reducción del estigma; la profilaxis pre-exposición (PrEP) oral dirigida a parejas serodiscordantes, como hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero en alto riesgo de transmisión del VIH.
- Que las OSC no logren mantener un financiamiento apropiado para continuar desarrollando las labores de prevención combinada y la implementación de estrategias novedosas a nivel comunitario en colaboración con el MSP. Las OSC han ganado relevante experiencia en prevención combinada, lo que ha quedado en evidencia con su impacto en el marco de la ejecución del proyecto subvencionado por el FM, en coordinación con el MSP.

#### **Acciones recomendadas:**

**Acción 1.1** *Cumplir con los compromisos presupuestarios.* Que el CEMSIDA realice las gestiones necesarias ante las autoridades de gobierno y del MSP para lograr que distribuyan efectivamente los fondos asignados en el presupuesto del MSP para la respuesta nacional y para las acciones planificadas por la Estrategia Nacional de VIH/sida.

**Acción 1.2** *Calcular la brecha.* Definir con exactitud la brecha financiera del PENM 2018-2022 para mejorar la planificación con la finalidad de alcanzar mayor eficiencia en las acciones establecidas en el plan.

**Acción 1.3** *Invertir en prevención combinada.* Hacer esto junto con la sociedad civil para potenciar la respuesta nacional de forma integral.

#### **b) En respuesta al Riesgo 8: Insuficiencia de capacidades institucionales y gerenciales de las organizaciones de la sociedad civil para gestionar recursos de fuentes múltiples.**

La respuesta nacional al VIH en el país ha tenido en las organizaciones de la sociedad civil un puntal sólido en la prestación de servicios preventivos, sobre todo en lo relacionado con poblaciones clave. Estos servicios se prestan en su mayor parte con recursos del FM y otras organizaciones internacionales, las que en su conjunto cubren cerca del 90% del financiamiento. Las OSC no disponen de estructuras

organizacionales que les permitan gestionar recursos de fuentes múltiples para sostenerse en ausencia de los recursos existentes del FM. El MSP enfoca sus esfuerzos de promoción y prevención en la transmisión materno-infantil. El MSP provee de insumos (pruebas rápidas, condones y lubricantes) a las OSC y se apoya en ellas para la provisión de servicios a población clave. Las acciones directas del MSP se concentran en las unidades de atención integral (UAI) y en algunas unidades de salud de primer y segundo nivel de atención. Los lugares de encuentro de población clave generalmente operan en la noche, horario durante el cual no hay personal del MSP disponible. Gracias a los consejeros pares de las OSC que interactúan con la población clave, promoviendo la prueba diagnóstica y la referencia de los casos positivos para el tratamiento respectivo, se ha logrado identificar y captar más PVV contribuyendo al mejoramiento de la cascada.

La experiencia con el modelo de gestión de receptores principales y subreceptores en las subvenciones del FM no ha sido halagadora. Por ejemplo, CARE que fue receptor principal en el proyecto de Ronda 2, se ha desvinculado por completo de la respuesta nacional al VIH/sida. Kimirina es la única organización que se ha mantenido participe de la respuesta y ha logrado sostener un proceso de desarrollo institucional. En cambio, la mayoría de los subreceptores, vinculados a población clave, no ha conseguido continuar con su participación debido a su fragilidad institucional y su limitada capacidad de gestión.

El MSP recurre a Kimirina para ejecutar parte de la subvención bajo la figura de “gestor administrativo”, mediante un convenio que estipula que el MSP le entrega los recursos para que administre y consiga que ARV, pruebas rápidas, condones y otros insumos lleguen a la población clave por medio de su red de organizaciones. Se estima que el 70% de la subvención actual del FM recibida por el MSP es ejecutada por Kimirina. Es evidente que una parte importante de las actividades de promoción y prevención del VIH/sida en el país se sustenta en el trabajo de esta red de organizaciones.

El MSP podría incrementar la eficiencia y eficacia de su estrategia de prevención del VIH/sida fortaleciendo la colaboración con las OSC. Por ello, el MSP debería aprovechar la capacidad y experiencia de las OSC para trabajar con población clave y financiar paquetes de servicios básicos de promoción de la salud y prevención combinada de la transmisión del VIH. Esto lo podría hacer mediante concursos públicos abiertos a las OSC. El principio de contratación pública para la provisión de servicios se aplicaría con apego a un procedimiento claro, conciso y transparente. Las OSC contratadas estarían vinculadas de forma contractual para prestar los servicios de prevención requeridos por el MSP y serían sujetos de seguimiento y evaluación del cumplimiento de objetivos y metas acordados al momento de su contratación. Los indicadores de cumplimiento permitirán una gestión adecuada de los contratos y el logro de metas concretas de cobertura y calidad de los servicios prestados. Además, contribuiría a la sostenibilidad de las OSC involucradas en la respuesta nacional al VIH/sida.

Existe evidencia sobre la contratación de entidades del sector privado con y sin fines de lucro con fondos públicos en varios sectores de la economía ecuatoriana y en particular en el sector salud. Ejemplos incluyen los convenios suscritos por el MSP con la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), y la contratación por parte del IESS de clínicas privadas para cubrir el déficit de atención hospitalaria de la población afiliada. De hecho, el convenio de gestión administrativa que mantiene el MSP con Kimirina representa el mejor ejemplo de la factibilidad y legalidad para apoyarse en las OSC.

Acciones recomendadas:

**Acción 8.1 *Contratar a OSC para la provisión de servicios de VIH/sida.*** El MSP debiera adecuar los contratos en el área de la salud con base en objetivos y metas para la contratación de servicios de salud por resultados para la ejecución de acciones de apoyo a la respuesta nacional al VIH/sida. Esto dentro del marco jurídico vigente que permite la transferencia de recursos públicos a empresas privadas y OSC. El fundamento legal se ampara en el artículo 5 del capítulo II

sobre derechos y obligaciones de las organizaciones sociales del reglamento a la personalidad jurídica de las organizaciones sociales que permite el acceso a la contratación de OSC con fondos públicos; así como en la ley de contratación pública.

Promover la participación de la sociedad civil en acciones que permitan lograr la meta de eliminar la epidemia en el año 2030. Para fomentar la sostenibilidad de las OSC es conveniente evitar que estas se fragmenten por la competencia por los recursos disponibles y promover la coordinación de acciones con base en una división de responsabilidades según sus áreas de competencia. Es conveniente aprovechar las subvenciones del FM de los próximos 3-5 años para fortalecer las OSC, con la supervisión por parte de la autoridad sanitaria de la calidad de las actividades de promoción y prevención que realizan las OSC. El fortalecimiento institucional de las OSC es primordial para lograr su sostenibilidad. La diversificación de fuentes de financiamiento para las actividades de las OSC es clave para que a futuro mantengan su contribución a la respuesta nacional al VIH/sida. Para ello deberían establecer como prioridad el desarrollo de políticas de generación y movilización de recursos propios. Esto lo podrían lograr mediante la venta de servicios a la población e instituciones, la obtención de subvenciones de otros donantes y el desarrollo e implementación de proyectos financiados por los gobiernos autónomos descentralizados.

También se debiera impulsar al sector privado para que canalice recursos a las OSC, con el fin de financiar actividades de promoción y prevención del VIH/sida y la garantía de derechos humanos.

#### **4.3. Objetivo 2. Fortalecer el liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional**

- a) En respuesta al Riesgo 2: Que persista un débil liderazgo de la instancia de coordinación de la respuesta nacional impidiendo la implementación de un sistema de información integrado, una buena planificación y un efectivo monitoreo y evaluación de la respuesta nacional**

La falta de liderazgo del CEMSIDA para orientar la respuesta nacional al VIH/sida se traduce en la ausencia de estandarización de los sistemas de información que procesan los datos del VIH. La existencia de sistemas de información paralelos, fragmentados y descoordinados limita el conocimiento de la epidemia y rezaga la planificación de la respuesta. La red pública de salud es el ámbito en el cual el CEMSIDA tiene que ejercer su liderazgo para conseguir que se articulen los esfuerzos institucionales de los miembros a fin de implementar un sistema de información único, integral y completo.

Por otra parte, ningún plan estratégico elaborado hasta la fecha ha sido evaluado para constatar sus avances, o al menos corregir sus actividades y acciones. En efecto, la respuesta nacional carece de un liderazgo no solo para aunar los sistemas de información sino que también para realizar una buena planificación y contar con un buen sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.

El CEMSIDA, creado en el 2012, no ha cumplido con su cometido, por falta de apoyo político de las autoridades del MSP y de los responsables del Programa Nacional de VIH del MSP. El limitado liderazgo del CEMSIDA se evidencia no solo en los problemas arriba citados sino también en:

- La inasistencia de los delegados institucionales del nivel que ha requerido el CEMSIDA.
- La ausencia de una capacidad técnica y presupuestaria para desarrollar las actividades planteadas en el CEMSIDA, así como las mesas multisectoriales del VIH que debían formarse al nivel de cada provincia bajo el liderazgo del MSP.

- El incumplimiento de los objetivos y metas de la línea estratégica 4, relacionada con el fortalecimiento de la respuesta nacional (CEMSIDA) que está en el PENM 2018-2022.

**Acciones recomendadas:**

- Acción 2.1** *Desarrollar un nuevo modelo de gestión del CEMSIDA.* Esto debiera ocurrir bajo el liderazgo del MSP, que le permita garantizar su funcionamiento y el respaldo político, técnico y financiero de todos sus actores.
- Acción 2.2** *Elaborar un plan de monitoreo y evaluación.* Su fin sería medir los avances e impactos de la respuesta nacional multisectorial del VIH/sida en el país, incluyendo los avances del PENM.
- Acción 2.3** *Fortalecer los vínculos operativos entre el MCP y el CEMSIDA.* Este reforzamiento facilitaría el proceso de transición

**b) En respuesta al Riesgo 6: Que el MSP no logre implementar su modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario e intercultural con un enfoque en VIH**

El reto del gobierno y del MSP es alcanzar con éxito la implementación Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017-2021 y la consolidación del sistema de salud como el mecanismo más efectivo para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

La epidemia de VIH/sida no es un problema exclusivo del sector salud, sino que tiene implicaciones sociales, económicas y de derechos humanos, por lo que requiere una respuesta multisectorial. Por eso, la concepción del MAIS es trabajar de forma articulada con los actores clave y con todos los sectores necesarios para fortalecer la respuesta al VIH/sida en el ámbito comunitario con énfasis en promoción y prevención.

Para la promoción y prevención del VIH en el marco del MAIS se incorporó a técnicos de atención primaria (TAPS) para contribuir a la prevención del VIH. Sin embargo, en el terreno, fue difícil aplicar el modelo conceptual que se basa en la participación de la comunidad a partir del núcleo familiar. Ello fue así porque el compromiso y la entrega de quienes asumieron la función de TAPS -personas de la comunidad- fueron rebasados por las obligaciones administrativas y las limitaciones financieras que les impone el ámbito burocrático. Así, los TAPS perdieron su autonomía como miembros de la comunidad, al convertirse en funcionarios públicos sometidos a la dinámica institucional y al orden jerárquico del MSP.

La organización del sistema de prestación de servicios de salud para el VIH/sida está estructurada de forma tal que, al buscar atención médica, las PVV recurren el tercer nivel de atención y su diagnóstico revela que muchas de ellas ya están en fase sida, con implicaciones de eficiencia y eficacia del sistema de salud.

Por otra parte, el primer nivel de atención presenta limitaciones para la atención a PVV debido a una insuficiente capacidad de resolución; la falta de entrenamiento del personal de salud para formular un diagnóstico precoz, evitando falsos positivos y falsos negativos; dificultades para realizar un buen manejo los casos diagnosticados de VIH; y la carencia de recursos necesarios para el diagnóstico oportuno.

**Acciones recomendadas:**

- Acción 2.4** *Desarrollar y consolidar un modelo de atención en VIH.* Este esfuerzo lo debe liderar el MSP en el marco del MAIS, con las normativas y procedimientos necesarios y aprobados jurídicamente. Estos permitirán garantizar la prueba de diagnóstico del VIH

al personal comunitario y flexibilizar el horario de trabajo de los TAPS para que estos logren llegar a los puntos de encuentro de la población clave. El desafío radica en lograr que el personal de salud aplique el MAIS en el terreno y se mejore la cobertura y la calidad de los servicios que llegan a la población, sobre todo a la población clave.

También será necesario suministrar recursos suficientes a los TAPS. Esto les permitirá ofrecer y realizar la prueba aumentando su cobertura. También se deberá obtener el financiamiento necesario para solventar una campaña de información, educación y comunicación (IEC) que acompañe su estrategia de promoción y prevención. Las acciones de IEC deben desmitificar al VIH y robustecer el conocimiento y conciencia de la población sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH, la necesidad de hacerse la prueba para saber su estado serológico, y la vinculación a los servicios de salud en caso de poseer el virus.

Por último, es recomendable impulsar alianzas estratégicas con las OSC. El objeto de ellas será la provisión de servicios, para así aprovechar las capacidades de trabajo de las OSC con poblaciones clave y acceder con más solvencia a la población objetivo.

#### **4.4. Objetivo 3. Fomentar la prevención del VIH**

##### **a) En respuesta al Riesgo 3: Insuficiente prevención del VIH en el Seguro Social**

La promoción y prevención en VIH son pilares fundamentales para disminuir los nuevos casos. Sin embargo, en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) –IESS, Fuerzas Armadas y Policía– los servicios de salud tienen un enfoque curativo, individual y urbano. En efecto, el IESS no ha incorporado en sus programas médicos la promoción y prevención del VIH. Hacerlo se ha tornado más difícil debido al súbito crecimiento de la demanda por servicios generales de salud desde el 2016, producto de la ampliación de la cobertura de salud del IESS a cónyuges e hijos menores de 18 años.

En el área de prevención del VIH/sida del IESS no hace tamizaje; los pacientes diagnosticados de VIH son captados por demanda espontánea de morbilidad en los servicios de salud, donde tampoco ofrecen consejería ni pruebas del VIH. No existe una estrategia de apoyo y coordinación con otras entidades, como el MSP o las OSC, para permitir que los afiliados al IESS accedan a la prevención del VIH.

No existe ningún esfuerzo de prevención en los dispensarios médicos anexos. Estos operan con una dinámica de recuperación de la salud para mantener la capacidad de producción del afiliado. Y a pesar de la presencia de las UAI en los hospitales de tercer nivel, el programa del VIH/sida del IESS aún tiene una brecha de cobertura en el territorio nacional.

Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía están en manos de sus respectivas instituciones de seguridad social, ISSFA e ISSPOL. En sus protocolos para la prevención del VIH/sida, estas instituciones contemplan las pruebas del VIH como requisito obligatorio para ingresar a la institución. Cuando el resultado es positivo en la prueba del VIH el aspirante es rechazado, lo cual representa un acto de discriminación que también debería ser abordado desde la perspectiva de derechos humanos.

##### **Acciones recomendadas:**

**Acción 3.1** ***Socializar los conceptos de promoción y prevención del VIH.*** Esta socialización debe ocurrir en el marco de la respuesta nacional del PENM y ser hecho al nivel de las jefaturas del IESS, ISSFA e ISSPOL. Su finalidad es conseguir el apoyo político, técnico y financiero para implementar actividades de promoción y prevención en todos los niveles de atención de estas instituciones.

**Acción 3.2** *Asumir e implementar las guías y normativas de atención integral.* El énfasis de estas guías debe estar puesto en la promoción y prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica de VIH y violencia de género, emanadas por el MSP.

**Acción 3.3** *Actualizar y capacitar al personal médico y técnico y suministrarles insumos.* La materia de esta actualización debe ser la promoción y prevención del VIH. Esto debe hacerse en todos los niveles de atención, garantizándole al personal de salud la disponibilidad de los insumos requeridos para la promoción y prevención.

**a) En respuesta al Riesgo 7: Persistencia de la restricción para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar**

La población adolescente en el Ecuador representa la quinta parte de la población nacional, según el último censo de 2010. En 2016, la población estudiantil fue de 4.612.629 distribuida del siguiente modo: 9,3% en educación inicial, 72,4% en educación general básica y 18,4% en bachillerato.<sup>7</sup>

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012<sup>8</sup>, reveló que dos de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años han iniciado una vida sexual activa. El embarazo en niñas y adolescentes es una de las causas del abandono escolar. En 2015, 6.487 adolescentes abandonaron sus estudios debido a un embarazo según el Estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva (2015). En mujeres de 15 a 24 años, la información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva es mayor cuanto mayor es el nivel de instrucción. Así, se observa que el conocimiento sobre estos temas es superior al 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior.

La base de datos de incidencia del VIH/sida que mantiene el MSP, encontró que, en 2016, de los 4.862 casos nuevos, hubo 23 (0,47%) casos en niños y adolescentes de 10 a 14 años y 3 (0,06%) casos con sida, mientras que en adolescentes de 15 a 19 años hubo 265 (5,45%) casos de VIH y 70 (1,44%) casos con sida.<sup>9</sup> La información sobre el VIH/sida, por grupos de edad, pone en evidencia que en el año 2017 los adolescentes de 15 a 19 años representaron el 6,4% de los casos.

Un estudio realizado en el período 2016-18 reveló, al igual que la ENSANUT 2012, que dos de cada cinco adolescentes entre 15-19 años han iniciado su vida sexual. Una de cada cinco mujeres entre 15-19 años ya tiene un hijo. De igual forma, el 89% de las adolescentes menores de 15 años que inició su vida sexual, tuvo relaciones sexuales con personas mayores y el 67% de mujeres entre 15 y 24 años, no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

La promoción y la educación sexual integral, basada en evidencia, son las mejores herramientas para garantizar el acceso a la información sobre el VIH/sida y derechos humanos a niños y adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas y grupos de población clave.

---

<sup>7</sup>Ministerio de Educación. Estadísticas educativas - Archivo Maestro de instituciones educativas - AMIE [Internet]. 2014. <http://educacion.gob.ec/amie/>

<sup>8</sup>Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva Jaramillo MK, Romero N., et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT- ECU 2012. Ministerio de Salud Pública. Vol. I. Quito, Ecuador; 2014.

<sup>9</sup>Ministerio de Salud Pública. Base de datos de incidencia de VIH - SIDA. 2016.

## Acciones recomendadas:

**Acción 3.4** *Restablecer la educación sexual integral para niños y adolescentes.* Levantar la restricción para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar. El Ministerio de Educación (ME) ha dado los primeros pasos capacitando al personal docente en temas de educación sexual y ha creado una plataforma virtual para su actualización permanente.

### **b) En respuesta al Riesgo 9: Insuficiencia de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH.**

Para que sea oportuna, precisa y confiable, la información estratégica sobre el VIH debe estar sustentada en un buen sistema de información cuyos datos sean el insumo para la toma de decisiones y para el proceso de planificación de la respuesta nacional.

El sistema de información del VIH es el pilar sobre el que se asienta la gestión de la estrategia nacional de lucha contra el VIH/sida. El proceso de planificación requiere de información confiable y precisa para dimensionar las adquisiciones de medicamentos e insumos médicos necesarios para cubrir la demanda de PVV. El registro de las atenciones a las personas debe hacerse en el sistema de forma oportuna y completa –por ejemplo, la entrega de condones y lubricantes al igual que la realización de pruebas diagnósticas. Asimismo, ayuda a la gestión realizar un monitoreo periódico para saber dónde residen las PVV, qué esquema de tratamiento están recibiendo, su grado de adherencia, el abandono del tratamiento y la carga viral y CD4.

El sistema de información del VIH se encuentra fragmentado al interior de las dos instituciones que atienden a la mayoría de las PVV, el MSP y el IESS. Esto no permite contar con una información oportuna y comparable a escala nacional ni siquiera respecto de las variables más importantes para el seguimiento de la epidemia, como son los indicadores que permiten medir el progreso hacia las metas 90-90-90. El sistema de información no tiene que ser el mismo para todas las instituciones. Sin embargo, los instrumentos de recolección de datos, las variables y los criterios sobre su procesamiento deben ser unificados para que los indicadores de la epidemia reflejen la realidad del momento. El MSP, en su rol de autoridad sanitaria, debería tener acceso a todas las bases de datos del país que registran variables relacionadas con el VIH/sida, para consolidar la información y dar seguimiento a los indicadores.

El MSP cuenta con el sistema de registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y con la plataforma de registro de atención de salud (PRAS) que permite disponer de un sistema nominal del registro de atenciones para facilitar el seguimiento y la gestión de las prestaciones de salud. Sin embargo, ninguno de estos sistemas incluye variables específicas sobre el VIH.

En el período 2013-2015 y en el marco de la ejecución del proyecto del VIH/sida con financiamiento de la novena ronda del Fondo Mundial, el MSP desarrolló e implementó el sistema de información de estimación de necesidades para el VIH/sida (SIEN) con el apoyo técnico de la OPS/OMS, Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) y ONUSIDA. El objetivo central del sistema fue mejorar la planificación y el monitoreo de las estimaciones, adquisiciones y distribución del tratamiento antirretroviral.

En los últimos 5 años el SIEN ha presentado dificultades debido a la falta de actualización de las variables que se requieren para generar información necesaria para la planificación. El cambio frecuente de personal en este último tiempo afectó en forma directa a la EN-VIH responsable del manejo del SIEN. Esta inestabilidad del personal perjudicó a la respuesta nacional porque se dejó de lado la actualización y operación del SIEN.

En la actualidad, se ha adecuado el SIEN para generar información sobre: PVV en tratamiento, pacientes VIH con tamizaje de tuberculosis, pacientes con tuberculosis en TARV, información clínica,

inmunológica, virológica, estado vital del paciente, atención médica y TARV, transferencias entre UAI y entrega de preservativos a PVV. También se actualizó el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVE) mediante la revisión y automatización de los módulos de información directa del VIH que corresponden a los formularios 002, 003 y 004, para garantizar la implementación y seguimiento del nuevo algoritmo diagnóstico.

Una limitación importante es que estos sistemas operan de forma independiente y no se conectan entre sí. Por tanto, no es posible acceder a los indicadores de la cascada en forma consolidada y en línea. Inclusive para la vigilancia epidemiológica del VIH/sida en el MSP no existe unificación de criterios y procedimientos entre la estrategia nacional y epidemiología. Si se integrase la información sobre el VIH a estos sistemas, se podría hacer un seguimiento oportuno a las pruebas de tamizaje, casos confirmados, inicio de tratamiento y seguimiento al tratamiento (CV y CD4) como también a las variables que derivan de estos datos, como son el abandono al TARV, cambios de esquema y vinculación a los servicios.

El sistema de información del IESS tampoco incluye variables relacionadas con el VIH. De igual forma, la estructura del sistema no incluye variables que permitan diferenciar por población clave, por ejemplo, identidad de género, afectando el registro de poblaciones clave y el seguimiento de indicadores específicos para esta población. El sistema solo permite el registro de datos de sexo como hombre o mujer y utiliza el formato clásico de historia clínica para el ingreso de datos al sistema.

#### **Acciones recomendadas:**

**Acción 3.5** *Reforzar el sistema de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH.* Es crucial integrar el manejo de información sobre la epidemia para tomar decisiones informadas y oportunas que mejoren el continuo de atención y contribuyan al logro de las metas 90-90-90. Para ello y, en primer término, es recomendable realizar un diagnóstico sobre la infraestructura tecnológica y los programas que poseen las instituciones para definir prioridades de inversión en tecnología y facilitar el intercambio y consolidación de información sobre el VIH/sida. Luego deberá buscarse la alternativa tecnológica más apropiada que permita intercambiar y administrar las bases de datos sobre VIH/sida que generan el MSP, IESS y la RPIS.

Será necesaria una decisión del nivel jerárquico para permitir que los técnicos de las instituciones se reúnan y diseñen los protocolos de comunicación entre los sistemas informáticos para facilitar el acceso a las bases de datos y la consolidación de la información que permita dar seguimiento a los principales indicadores del VIH/sida. Este debiera incluir la información relevante sobre VIH/sida para el seguimiento y evaluación de las PVV diagnosticadas y en tratamiento en los sistemas de información del MSP, de la RPIS y del sector privado. Además, se debería incluir al sector privado de tal manera que se alimente el sistema desde todas las fuentes públicas y privadas que generan datos sobre los indicadores relevantes.

Diseñar algoritmos y protocolos de seguridad en el sistema de información para garantizar el acceso autorizado a la información personal y clínica de las PVV. Será necesario establecer niveles de acceso a la información para el personal de salud y administrativo para proteger la confidencialidad de la información sobre VIH/sida y otra información de salud. Si el sistema garantiza confidencialidad se podría mejorar el acceso de las PVV a los servicios de salud, ya que una barrera importante de acceso es la falta de confidencialidad en el manejo de la información, y el estigma y discriminación asociados.

Para llevar a cabo con éxito este esfuerzo informático, se deberá capacitar al personal institucional a escala nacional para que comprenda la importancia de generar y de



mantener información actualizada, precisa y completa sobre el VIH/sida ya que esta es un pilar fundamental de la respuesta nacional.

#### **4.5. Objetivo 4. Mantener un abastecimiento permanente de ARV e insumos médicos**

##### **a) En respuesta al Riesgo 4: No disponer de cantidades suficientes de ARV y pruebas de carga viral**

El MSP y el IESS atienden al 98% de PVV en tratamiento ARV. Aunque estas dos instituciones tienen previsto el financiamiento para la adquisición y provisión de ARV, insumos médicos y pruebas diagnósticas, experimentan rupturas de inventario. Estas se deben a:

- La gestión de compras separadas en la RPIS y en especial del MSP y el IESS. Esta separación reduce la eficiencia. Así, mientras el MSP hace su compra por medio del Fondo Estratégico de la OPS, el IESS lo hace por medio de proveedores locales a un precio comparativamente muy alto y en varias ocasiones con problemas de abastecimiento por parte de los proveedores.
- La gestión de compra aún entraña procedimientos administrativos y financieros complejos que han provocado algunas rupturas de inventario. Así, se identifican problemas en el manejo de los tiempos de planificación, proceso de adquisición, desaduanización, distribución y entrega de los medicamentos, pruebas diagnósticas e insumos médicos entre el MSP y el Fondo Estratégico de la OPS, así como el financiamiento oportuno por parte de las instituciones que conforman la red pública de salud.
- La falta de información precisa y oportuna sobre las necesidades reales induce a que los procesos de compra resulten en brechas para cubrir la demanda efectiva.
- Las debilidades del sistema de información por la falta de homogeneidad en las variables y la ausencia de un sistema integrado impiden estimar con precisión las cantidades correctas de ARV, insumos médicos y pruebas diagnósticas que se requieren para la respuesta nacional al VIH/sida.
- La falta de implementación, por parte del IESS, de las guías de atención a pacientes, normadas y homologadas por el MSP y la RPIS, cuya última versión establece el nuevo algoritmo de diagnóstico, y específica los diferentes esquemas de tratamiento ARV. De igual forma, el país ha adoptado las recomendaciones de ONUSIDA y de la OMS sobre “paciente diagnosticado paciente tratado”.

La guía de atención a PVV que está por salir ha incluido nuevas combinaciones de medicamentos como Dolutegravir + Lamivudina + Tenofovir y Dolutegravir + Emtricitabina + Tenofovir. Esto representa una disminución de los esquemas de tratamiento y, además, esta actualización permite al MSP estar a la par de algunos países de América Latina en materia de tratamiento con ARV.

En el contexto de sostenibilidad, las acciones que se implementen deben garantizar la reserva de seguridad por tres meses, ya establecida por el MSP, de medicamentos e insumos médicos para cubrir las necesidades de todas las instituciones involucradas en la respuesta nacional al VIH/sida en caso de desabastecimiento y mejorar la planificación con base en cantidades más precisas por grupo de población.

##### **Acciones recomendadas:**

**Acción 4.1** *Impulsar el mecanismo de compra conjunta de ARV e insumos de la RPIS.* Estas compras conjuntas deben abarcar al MSP y el IESS y deben realizarse por medio del Fondo Estratégico de la OPS, para obtener mejores precios y garantizar el abastecimiento necesario para satisfacer la demanda.

**Acción 4.2** *Perfeccionar el sistema de información de compras de insumos y manejo de inventarios.* Se trata del sistema que debe mantener el MSP para la gestión de compras e inventarios de insumos para el VIH. Esto requiere de métodos más precisos que los actuales para la estimación de la demanda futura en función de lo que establecen las guías de atención integral a PVV. El refuerzo de este sistema de información del MSP deberá ser coordinado con el esfuerzo equivalente que debiera hacer toda la RPIS, en especial con el IESS.

**Acción 4.3** *Implementar la farmacovigilancia de ARV.* Este es un esfuerzo que debe desplegar el MSP en todo el país con el acompañamiento técnico de la OPS y la inclusión de toda la RPIS. Además, debe formar el comité nacional de farmacovigilancia que se encargue de elaborar un plan de trabajo a escala nacional. Esta es una tarea pendiente del MSP que no ha logrado implementar desde el año 2012.

#### **4.6. Objetivo 5. Garantizar el seguimiento de pacientes en TARV**

##### **b) En respuesta al Riesgo 5: Que el seguimiento de pacientes en TARV no esté garantizado por la falta de implementación de REDNALAC**

Cada año la RPIS realiza pruebas gratuitas de carga viral y CD4 para alrededor de 18.000 PVV. Las normas y protocolos de atención del MSP establecen que las PVV deben realizarse las pruebas dos veces por año. Algunos pacientes requieren un seguimiento más continuo que otros debido a la respuesta inmunológica individual al tratamiento y por tanto necesitan la determinación de carga viral y CD4 con una mayor frecuencia, a veces una vez al mes.

El MSP brinda atención en seguimiento al tratamiento ARV a cerca del 75% de PVV y a pesar de los esfuerzos realizados en la compra de insumos de laboratorio y el trabajo desarrollado solo se ha logrado que el 33% de los que reciben TARV tengan la carga viral (CV) indetectable. Este resultado evidencia la existencia de brechas para la alcanzar las metas del continuo de atención de los 90-90-90, especialmente en la adherencia al tratamiento y, consecuentemente, el alcance del último noventa.

A pesar de tener previsto el financiamiento para la adquisición y provisión de ARV, insumos médicos y pruebas diagnósticas no se garantiza el cumplimiento de las metas, debido a las siguientes causas:

- La red de laboratorios de salud pública tiene disponibles laboratorios en Cuenca, Guayaquil y Quito para realizar pruebas de carga viral y CD4. Estos pertenecen al Instituto Nacional de Investigaciones en Salud Pública. Se estima que cerca del 70% de las personas que están en tratamiento residen en las ciudades donde están los laboratorios. El problema es la cobertura oportuna del 30% restante que vive en zonas distantes a estos laboratorios.
- La concentración geográfica de estos laboratorios obliga a los pacientes que viven en otros lugares del país a viajar largas distancias para realizarse las pruebas. Esto genera un aumento en los costos de la atención y prolonga los tiempos de espera para obtener resultados, lo que pone en riesgo la adherencia de estos pacientes.
- Existen algunos laboratorios privados que ofrecen estos exámenes, pero su precio no está al alcance de toda la población.

### **Acciones recomendadas:**

- Acción 5.1** *Implementar la REDNALAC.* El CEMSIDA debiera solicitar al MSP la implementación de la REDNALAC con puntos satélite de toma de muestras y procesamiento distribuidos en todo el país para facilitar el acceso de las PVV a las pruebas de seguimiento.
- Acción 5.2** *Desconcentrar la atención a PVV.* Es recomendable que el MSP inicie un proceso de desconcentración de la atención médica a PVV al segundo nivel de atención y que se coordine los exámenes de seguimiento con la recolección de muestras en puntos periféricos para el posterior envío de la sangre al laboratorio más cercano para las pruebas de carga viral y CD4. Para el efecto, será necesario capacitar a los profesionales de las unidades de salud seleccionadas y garantizar las coordinaciones con la red de laboratorios. Esta estrategia permitirá a los hospitales derivar pacientes en seguimiento y mejorar su calidad de atención porque las 18.000 PVV reportadas se atienden en hospitales de tercer nivel ubicados en las grandes ciudades.
- Acción 5.3** *Fortalecer el sistema de información de los laboratorios.* Esto debiera contribuir a facilitar el flujo de datos con los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las PVV en el MSP, en la RPIS y en el sector privado.
- Acción 5.4** *Fortalecer competencias del personal en laboratorios.* Se trata de los laboratorios encargados de realizar el seguimiento del tratamiento con ARV y adherencia a los protocolos. Este se debiera lograr mediante la capacitación permanente en técnicas de laboratorio y garantía de calidad.

## **5. Plan de Trabajo para la Transición**

Esta sección propone un PTT para Ecuador. Para facilitar su comprensión, la presentación se hace mediante una tabla donde el PTT está organizado en torno a los 5 objetivos generales y sus respectivas acciones. Cada acción comprende una o varias actividades. Para cada una de éstas, la tabla propone el período de implementación; especifica si será o no necesaria una asistencia técnica; indica si requerirá de un financiamiento adicional y, en caso afirmativo, muestra un monto estimado de financiamiento y propone posibles fuentes para obtenerlo; señala cuáles serían las entidades responsables; identifica posibles agencias de apoyo; especifica la relación con las líneas estratégicas del PENM; y, finalmente, sugiere un indicador de proceso. Se espera que esta información sirva de guía para la formulación de planes operativos, en los cuales se distribuirán estas actividades en un horizonte de varios años y se calcularán costos detallados para cada actividad y año.

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso	
<b>Objetivo 1. Afianzar los mecanismos de financiamiento de la respuesta nacional al VIH</b>									
<b>Acción 1.1 Cumplir con los compromisos presupuestarios</b>									
Actividad 1	Realizar una reunión de presentación del PENM 2018-2022 a las máximas autoridades del MSP, para generar incidencia política	2019	Sí	3.500	CEMSIDA	OPS, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.3.4	Actas de reunión y acuerdos alcanzados
Actividad 2	Realizar una reunión de presentación del PENM 2018-2022 a las autoridades del gobierno, para generar incidencia política	2019	Sí	3.500	CEMSIDA	OPS, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.3.4	Actas de reunión y acuerdos alcanzados
<b>Acción 1.2 Calcular la brecha</b>									
Actividad 3	Crear una comisión técnica especializada que establezca las brechas de financiamiento constituida por representantes de los sectores involucrados en la respuesta nacional.	2019	Sí	7.000	CEMSIDA	OPS, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.3.4	Comisión designada y en funcionamiento
Actividad 4	Contratar un estudio para que realice el análisis de brecha financiera de la respuesta nacional	2019	Sí	10.000	CEMSIDA	OPS, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.3.4	Documento con los resultados del estudio de brecha financiera entregado
Actividad 5	Difundir la información sobre la brecha financiera entre las autoridades nacionales responsables de la asignación de recursos	2019 - 2022	Sí	5.000	CEMSIDA	SENPLADES, MEF, OPS, ONUSIDA	FM, MSP	Línea de acción 4.3.4	Reuniones con las autoridades financieras y de planificación del país realizadas
<b>Acción 1.3 Invertir en prevención combinada</b>									
Actividad 6	Difundir resultados de estudios de costo-efectividad en Ecuador y otros países para demostrar que invertir en prevención es rentable para los países incluido Ecuador.	2019	si	5.000	CEMSIDA	ONUSIDA	FM, MSP	Línea de acción 4.2.4	Evidencia empírica generada para demostrar la rentabilidad de la prevención
Actividad 7	Instar a las instituciones públicas, privadas y OSC para que inviertan en prevención combinada.	2019 - 2022	No	0	CEMSIDA	ONUSIDA	RPIS, sector privados y OSC	Línea de acción 4.2.4	Nuevas tecnologías de prevención incorporadas en las guías y normas de atención integral
<b>Acción 1.4 Contratar a OSC para la provisión de servicios de VIH/sida</b>									
Actividad 8	Promover la contratación pública de OSC por resultados para la ejecución de acciones de apoyo a la respuesta nacional al VIH/sida con	2019 - 2022	si	0	MSP	ONUSIDA	MSP, FM	Línea de acción 4.2.4	Número de contratos en marcha con OSC para prevención combinada

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso
énfasis en promoción y prevención combinada con base en objetivos y metas que fortalezcan la cobertura de la población y la entrega de servicios de salud.								
Actividad 9 Realizar talleres para que la sociedad civil coordine sus acciones y aúne esfuerzos en un plan de trabajo conjunto para los próximos 5 años, con el objetivo de lograr la meta de eliminar la epidemia en el año 2030.	2019 - 2022	No	0	CEMSIDA	ONUSIDA	OSC	Línea de acción 4.2.4	Plan operativo que defina las acciones específicas de las OSC involucradas en la respuesta nacional al VIH/sida.
Actividad 10 Impulsar al sector privado para que canalice recursos a las OSC para financiar mediante proyectos dentro de su ámbito las actividades de promoción y prevención del VIH/sida y la garantía de derechos humanos.	2019-2022	si	0	CEMSIDA	ONUSIDA, OPS, PNUD, MRL	Sector privado	Línea de acción 4.2.4	Número de proyectos ejecutados por OSC con financiamiento privado

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso	
<b>Objetivo 2. Fortalecer el liderazgo en la coordinación de la respuesta nacional</b>									
<b>Acción 2.1 Desarrollar un nuevo modelo de gestión del CEMSIDA</b>									
Actividad 11	Contratar una consultoría para diseñar el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA que incluya el plan estratégico y su financiamiento en concordancia con el PENM.	2019	Sí	20.000	CEMSIDA, MSP	UNPFA, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.1.1, 4.1.2	Nuevo modelo de gestión del CEMSIDA elaborado
Actividad 12	Conseguir que se emita un decreto presidencial que actualice el marco legal y establezca los mecanismos para fomentar la participación de delegados permanentes con poder de decisión que fortalezcan la coordinación interinstitucional para que el CEMSIDA cumpla las funciones para las que fue creado	2019	Sí	0	CEMSIDA, MSP	SENPLADES, PNUD	MSP, FM	Línea de acción 4.1.1, 4.1.2	Decreto presidencial suscrito y publicado en el Registro Oficial
Actividad 13	Incluir en el nuevo modelo de gestión mecanismos que faciliten una mayor participación de la sociedad civil y el trabajo cooperativo intersectorial.	2019 - 2022	Sí	0	CEMSIDA, MSP		UNPFA, FM	Línea de acción 4.3.1	Número de intervenciones de la respuesta nacional realizadas con participación de la sociedad civil
Actividad 14	Elaborar un plan anual de trabajo del CEMSIDA que establezca calendario de reuniones, objetivos, metas e indicadores de seguimiento de su funcionamiento.	2019	Sí	0	CEMSIDA, MSP	OPS, ONUSIDA	MSP, FM	Línea de acción 4.1.2	Plan anual de trabajo del CEMSIDA elaborado
<b>Acción 2.2 Elaborar un plan de monitoreo y evaluación</b>									
Actividad 15	Contratar una consultoría para que prepare el plan de monitoreo y evaluación del PENM 2018-2022	2019	Sí	5.000	CEMSIDA, MSP	OPS, ONUSIDA	FM	Línea de acción 4.1.2	Plan de monitoreo y evaluación del PENM elaborado
<b>Acción 2.3 Fortalecer los vínculos operativos entre el MCP y el CEMSIDA</b>									
Actividad 16	Diseñar los mecanismos administrativos para que el MCP comparta su experiencia de trabajo con el CEMSIDA.	2019	Sí	5.000	CEMSIDA, MCP		FM	Línea de acción 4.1.1	Número de reuniones entre el MCP y el CEMSIDA en las que se compartió información
Actividad 17	Preparar un plan de transición para trasladar las responsabilidades y funciones del MCP al CEMSIDA cuando se cumpla la transición del FM.	2019	Sí	5.000	CEMSIDA, MCP		FM	Línea de acción 4.1.1	Plan de transición elaborado

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

<b>Objetivos, acciones y actividades</b>		<b>Año</b>	<b>¿Asistencia técnica necesaria?</b>	<b>Financiamiento adicional requerido (US\$)</b>	<b>Entidades responsables</b>	<b>Propuestas de agencias de apoyo</b>	<b>Fuentes de financiamiento</b>	<b>Relación con las Líneas Estratégicas del PENM</b>	<b>Indicador de proceso</b>
Actividad 18	Ejecutar las acciones de intercambio de información y experiencia de coordinación de los actores de la respuesta nacional al VIH/sida entre el MCP y el CEMSIDA.	2019 - 2022	Sí	10.000	CEMSIDA, MCP		FM	Línea de acción 4.1.1	Número de documentos como actas de reuniones transferidos del MCP al CEMSIDA
<b>Acción 2.4 Desarrollar y consolidar un modelo de atención en VIH</b>									
Actividad 19	Elaborar normas y procedimientos técnicos de atención en VIH acordes con el MAIS aplicables en el ámbito comunitario y con sustento legal para facilitar el trabajo del personal comunitario	2019 - 2022	Sí	0	MSP	OPS, ONUSIDA	FM, MSP	Línea de acción 4.2.1	Instrumentos de aplicación del MAIS con enfoque en VIH elaborados y aprobados.
Actividad 20	Desarrollar e implementar una campaña de información, educación y comunicación en el nivel comunitario que acompañe la implementación de la estrategia de promoción y prevención del VIH en el MAIS.	2019	Sí	75000	MSP	OPS, ONUSIDA	FM, MSP	Línea de acción 4.2.1	Campaña de IEC desarrollada e implementada.
Actividad 21	Identificar OSC interesadas en apoyar la implementación del MAIS con enfoque en VIH para mejorar la cobertura de servicios a la población objetivo en el ámbito comunitario.	2019 - 2022	No	0	MSP	OPS, ONUSIDA	FM, MSP	Línea de acción 4.2.1	Número de comunidades donde se implementa el MAIS con el apoyo de OSC



**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso	
<b>Objetivo 3. Fomentar la prevención del VIH</b>									
<b>Acción 3.1 Socializar los conceptos de promoción y prevención del VIH</b>									
Actividad 22	Presentación del proyecto de implementación de promoción y prevención combinada a las autoridades del IESS, ISSFA e ISSPOL.	2019	Sí	7.000	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar DSGSIF con el apoyo del MSP	MSP OPS	DSGSIF-IESS	Líneas de acción 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3	Reuniones realizadas con las autoridades institucionales para que conozcan sobre las estrategias de promoción y prevención combinada
Actividad 23	Implementar el proyecto de promoción y prevención combinada según los niveles de atención del IESS, ISSFA e ISSPOL, en el marco del eje estratégico del PENM	2019 - 2022	Sí	3.600.000	DSGSIF	MSP OPS	DSGSIF-IESS	Línea de acción 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3	Número de actividades de promoción y prevención combinada ejecutadas por nivel de atención
<b>Acción 3.2 Asumir e implementar las guías y normativas de atención integral</b>									
Actividad 24	Implementar las normativas, guías, manuales y protocolos de atención integral con énfasis en promoción y prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica de VIH y violencia de género, emanadas por la máxima autoridad sanitaria que es el MSP.	2019 - 2022	No	20.000	DSGSIF-IESS MSP		DSGSIF-IESS MSP	Línea de acción 4.2.2	Número de intervenciones realizadas que han seguido las normas y protocolos contenidos en las guías de atención
Actividad 25	Actualizar y capacitar al personal médico y técnico en todos los niveles de atención, a escala nacional y provincial, sobre promoción, prevención combinada, derechos humanos, normativa jurídica del VIH y violencia de género con base en las guías de atención publicadas por la autoridad sanitaria.	2019	Sí	50.000	MSP IESS	OPS	DSGSIF-IESS MSP	Línea de acción 4.2.2, Objetivos 2.2 y 3.2	Número de funcionarios capacitados en cada área temática
<b>Acción 3.3 Actualizar y capacitar al personal médico y técnico y suministrarles insumos</b>									
Actividad 26	Diseñar los indicadores de monitoreo y evaluación de la aplicación de la promoción y prevención combinada en los distintos niveles de atención del IESS, ISSFA e ISSPOL y establecer la línea de base respectiva.	2019	Sí	10.000	DSGSIF-IESS IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS	DSGSIF- IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 1.1	Línea de base establecida

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades		Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso
Actividad 27	Implementar el monitoreo y la evaluación de la aplicación de la promoción y prevención combinada en los distintos niveles de atención del IESS, ISSFA e ISSPOL y evaluar el impacto de las acciones en la respuesta nacional.	2019 - 2022	Sí	80.000	DSGSIF-IESS, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS	DSGSIF-IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 1.1	Número de actividades de promoción y prevención combinada realizadas por nivel de atención
Actividad 28	Comprar y distribuir pruebas diagnósticas de VIH, anticonceptivos y lubricantes a las unidades de salud en los distintos niveles de atención del IESS, ISSFA e ISSPOL.	2019 - 2022	Sí	1.700.000	DSGSIF-IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS, UNFPA	DSGSIF-IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivos 1.1 y 1.3	Pruebas diagnósticas e insumos disponibles en las unidades de salud
<b>Acción 3.4 Levantar la restricción para que niños y adolescentes accedan a educación sexual integral que incluya la prevención del VIH y otras ITS en el sistema escolar</b>									
Actividad 29	Desarrollar y aprobar una normativa para la provisión de educación sexual y salud reproductiva integral en escuelas y colegios públicos y privados, que incluya la prevención del VIH y otras ITS, en el marco del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 y de la política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018 – 2025 bajo el liderazgo del ministerio de educación (ME).	2019 - 2022	si	0	ME	UNESCO, UNICEF, OPS	ME	Objetivos 1.1 y 1.2	Acuerdo ministerial con la normativa para la provisión de educación sexual y salud reproductiva integral en escuelas y colegios públicos y privados publicada en el Registro Oficial.
Actividad 30	Elaborar e implementar la malla curricular de salud sexual y salud reproductiva integral que incluya VIH y otras ITS en escuelas y colegios tanto públicos como privados bajo el liderazgo del ME y con el apoyo de la sociedad civil	2019 - 2022	si	0	ME	UNESCO, UNICEF, OPS	ME	Objetivos 1.1 y 1.2	Malla curricular actualizada con componentes salud sexual y salud reproductiva integral que incluya VIH y otras ITS.
Actividad 31	Capacitar de forma continua a los maestros en el tema de salud sexual integral y reproductiva, prevención del VIH/sida y otras infecciones transmisibles por vía sexual, y embarazo adolescente para que eduquen a los estudiantes de escuelas y colegios, mediante actividades de IEC.	2019 - 2022	si	0	ME	UNESCO, UNICEF, OPS	ME	Objetivos 1.1 y 1.2	Plataforma virtual del ME para capacitar profesores actualizada con contenidos de salud sexual y salud reproductiva integral que incluya VIH y otras ITS.
<b>Acción 3.5 Reforzar el sistema de monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH</b>									
Actividad 32	Incluir variables relevantes sobre VIH/sida para el seguimiento de las PVV diagnosticadas y en tratamiento en los sistemas de información del MSP, de la RPIS y el sector privado, y capacitar	2019	Sí	0	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS, ONUSIDA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Variables de seguimiento a las PVV incorporadas a los sistemas de información del MSP. la RPIS y el sector privado.

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso
al personal institucional a escala nacional sobre la importancia de esta cuestión.								
Actividad 33 Realizar un diagnóstico sobre la infraestructura tecnológica y los protocolos de comunicación de bases de datos que poseen las instituciones para definir prioridades de inversión en tecnología que facilite el intercambio y consolidación de información sobre el VIH/sida para asegurar un sistema de información integrado y complementario.	2019	Sí	0	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS, ONUSIDA, sector privado	MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, sector privado	Objetivo 4.6	Diagnóstico de los sistemas de información del MSP, la RPIS y el sector privado elaborado
Actividad 34 Diseñar algoritmos y protocolos de seguridad en el sistema de información para garantizar la confidencialidad de la información personal y clínica de las PVV.	2019	Sí	0	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS, ONUSIDA, sector privado	MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, sector privado	Objetivo 4.6	Algoritmos y protocolos de seguridad que garanticen confidencialidad en uso en los sistemas de información del MSP, la RPIS y el sector privado.

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades		Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso
<b>Objetivo 4. Mantener un abastecimiento permanente de ARV e insumos médicos</b>									
<b>Acción 4.1 Impulsar el mecanismo de compra conjunta de ARV e insumos de la RPIS utilizando al Fondo Estratégico de la OPS</b>									
Actividad 35	Realizar reuniones de la RPIS para definir el proceso de compra conjunta y establecer un plan de acción que permita materializar el mecanismo de compra conjunta.	2019	Sí	5.000	MSP	OPS	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.2.3	Actas de reuniones con los acuerdos alcanzados
Actividad 36	Realizar reuniones de la RPIS con la OPS FE para negociar la compra conjunta	2019	No	5.000	MSP, RPIS, MEF		MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.2.3	Actas de reuniones con los acuerdos alcanzados
Actividad 37	Realizar una prueba piloto de compra conjunta de ARV e insumos para la RPIS	2020 - 2022	No	80.000	MSP, RPIS		MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	Objetivo 4.2.3	Facturas de compra de ARV e insumos
<b>Acción 4.2 Perfeccionar el sistema de información de compras de insumos y manejo de inventarios</b>									
Actividad 38	Realizar estimaciones conjuntas de necesidades de ARV e insumos médicos de la RPIS, que incluya una reserva estratégica	2019 - 2022	Sí	0	MSP RPIS	OPS, ONUSIDA	MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	Objetivo 4.2.3	Necesidad de ARV e insumos definidos
Actividad 39	Implementar el modelo de logística y distribución de medicamentos (modelo de la central de abastecimiento)	2019	Sí	0	MSP	OPS	MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	Objetivo 4.2.3	Central de abastecimiento en funcionamiento
Actividad 40	Evaluar el funcionamiento del sistema PRAS del MSP, de la AS 400 del IESS y los de las otras instituciones de la RPIS para buscar la compatibilidad en las variables pertinentes para la gestión de adquisiciones y de la respuesta al VIH/sida	2019	Sí	10.000	MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Informes sobre la compatibilidad de los sistemas de información
Actividad 41	Desarrollar los mecanismos informáticos que permitan la comunicación e interacción de los sistemas de información de la RPIS sobre la base de la homologación de variables identificadas para la gestión de compras y la respuesta al VIH/sida	2019	Sí	10.000	MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Códigos y algoritmos informáticos desarrollados
<b>Acción 4.3 Implementar la farmacovigilancia de ARV</b>									
Actividad 42	Realizar un acercamiento con la ARCSA para discutir los lineamientos de un sistema de	2019 - 2022	Sí	No	MSP, IESS, IS-SFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Actas de reuniones

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

<b>Objetivos, acciones y actividades</b>	<b>Año</b>	<b>¿Asistencia técnica necesaria?</b>	<b>Financiamiento adicional requerido (US\$)</b>	<b>Entidades responsables</b>	<b>Propuestas de agencias de apoyo</b>	<b>Fuentes de financiamiento</b>	<b>Relación con las Líneas Estratégicas del PENM</b>	<b>Indicador de proceso</b>
farmacovigilancia de ARV en el sistema de servicios de salud del país								
Actividad 43 Definir los parámetros y las variables centrales del sistema de farmacovigilancia permanente de ARV en coordinación con la ARCSA	2019	Sí	No	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Parámetros y variables del sistema de farmacovigilancia definidos
Actividad 44 Elaborar un plan de implementación del sistema permanente de farmacovigilancia de ARV	2019	Sí	10.000	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Documento del plan
Actividad 45 Implementar el sistema de farmacovigilancia permanente de ARV	2020 - 2022	Sí	500.000	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	OPS UNFPA	MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL	Objetivo 4.6	Informes periódicos sobre los resultados de la farmacovigilancia

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades		Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso
<b>Objetivo 5. Garantizar el seguimiento de pacientes en TARV</b>									
<b>Acción 5.1 Implementar la REDNALAC</b>									
Actividad 46	Elaborar un análisis de situación de la REDNALAC que incluya: evaluación de tecnología, de personal, infraestructura y equipos, diagnóstico de enfermedades oportunistas y efectos secundarios.	2019	Sí	5.000	MSP INSPI	OPS	FM	Objetivo 2.2.3	Documento del análisis de situación elaborado.
Actividad 47	Implementar un plan de mejoramiento de la REDNALAC, que incluya la desconcentración de laboratorios en los hospitales que tengan la capacidad instalada para proveer los servicios.	2020 - 2022	Sí	15.000.000	MSP INSPI	OPS	FM	Objetivo 2.2.3	Resultados de encuesta de satisfacción de usuarios de los servicios de laboratorio disponibles.
<b>Acción 5.2 Desconcentrar la atención a PVV.</b>									
Actividad 48	Elaborar un diagnóstico sobre la situación actual de las UAI para definir la necesidad y la factibilidad de apertura de nuevas UAI en el país y la puesta en marcha de la atención desconcentrada a PVV	2019	Sí	No	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL	OPS	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL	Objetivo 2.2.2	Documento del análisis de situación elaborado.
Actividad 49	Elaborar e implementar un programa de capacitación continua para el personal de salud y de apoyo que labora en las UAI y en las unidades de apoyo a la atención desconcentrada	2019 - 2022	Sí	100.000	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL	OPS	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL FM	Objetivo 2.2.2	Número de personas capacitadas en atención desconcentrada
Actividad 50	Elaborar e implementar un plan de adherencia que se sustente en una atención desconcentrada	2019 - 2022	Sí	240.000	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL	OPS	MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL FM	Objetivo 2.3.1	Incremento en el número de PVV con supresión viral
<b>Acción 5.3 Fortalecer el sistema de información de los laboratorios</b>									
Actividad 51	Desarrollar el módulo de información de laboratorio en coordinación con el sistema de información del MSP, la RPIS y el sector privado para integrar las variables de vigilancia epidemiológica, adherencia, resistencia, entre otras.	2019	Sí	10.000	MSP INSPI	OPS	FM	Objetivo 4.6.1	Módulo desarrollado e incorporado al sistema de información.
Actividad 52	Implementar el módulo de información de laboratorio en toda la REDNALAC, el MSP, la RPIS y el sector privado.	2019 - 2022	Sí	60.000	MSP INSPI	OPS	FM	Objetivo 4.6.1	Módulo en funcionamiento

**Tabla 3 Plan de Trabajo para la Transición: Objetivos, acciones y actividades propuestos**

Objetivos, acciones y actividades	Año	¿Asistencia técnica necesaria?	Financiamiento adicional requerido (US\$)	Entidades responsables	Propuestas de agencias de apoyo	Fuentes de financiamiento	Relación con las Líneas Estratégicas del PENM	Indicador de proceso	
<b>Acción 5.4: Fortalecer competencias del personal en laboratorios</b>									
Actividad 53	Elaborar e implementar un programa de capacitación continua para el personal de la REDNALAC sobre el módulo de información de laboratorio.	2019 - 2022	Sí	70.000	MSP INSPI	OPS	FM	Objetivo 2.2	Número de personas capacitadas en el módulo de información de laboratorio.

## 6. Recomendaciones de monitoreo de la transición

La transición requiere un seguimiento permanente para evaluar el grado de cumplimiento de las tareas planificadas. Por ende, es necesario definir un grupo de indicadores que permitan medir la eficacia de la transición. El objetivo es evaluar en forma periódica durante los próximos años el desempeño de la transición con base en la definición establecida por el FM. Estos indicadores complementarán los definidos en el PENM, que mide el progreso de las acciones de la respuesta nacional al VIH/sida y los resultados epidemiológicos. Para el monitoreo intermedio, el plan de transición detallado propone indicadores de proceso. Los indicadores de proceso evaluarán si las acciones planificadas se están llevando a cabo y producen los resultados esperados.

1. *Resultados en la cascada de atención.* Mantenimiento o mejora de cobertura de servicios para poblaciones clave (en especial HSH y MT) en la respuesta al VIH/sida
  - a. Aumento en el diagnóstico de VIH del 61% al 75% en los próximos 5 años al nivel nacional.
  - b. Aumento en las PVV en TAR: DEL 53% al 70% en los próximos 5 años al nivel nacional.
  - c. Aumento en las PVV con CV indetectable del 33% al 50% en los próximos 5 años al nivel nacional.Fuentes de datos: SIEN; SIVE; PRAS
  
2. *Contratación pública de servicios.* Aumento en la contratación de OSC en la respuesta al VIH.
  - a. Aumento en el número de contratos suscritos por el MSP con OSC para ejecutar actividades de promoción y prevención del VIH.
  - b. Aumento en la asignación y ejecución de recursos públicos para contratación de OSC que presten servicios de promoción y prevención del VIH.Fuentes de datos: MSP; MEF; Encuesta de OSC
  
3. *Promoción y prevención de VIH en niños, adolescentes y jóvenes*
  - a. Aumento de adolescentes y jóvenes escolarizados con conocimiento de promoción y prevención de VIH/sida e ITS
  - b. Malla curricular de educación sexual y salud reproductiva integral con énfasis en VIH/sida e ITS elaborada para la enseñanza en escuelas y colegios, públicos y privados.
  - c. Disminución de nuevos casos de VIH en adolescentes y jóvenesFuentes de datos: MSP; ME y Encuesta en población adolescente y jóvenes
  
4. *Monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional a la epidemia del VIH*
  - a. Un sistema de información integrado sobre la cascada de atención del VIH/sida funcionando e implementándose de manera estandarizada en todas las instituciones de la red pública de salud y del sector privado.
  - b. CEMSIDA realiza seguimiento trimestral a la situación de la epidemia del VIH en el país y sobre los avances de las actividades de este Plan de Transición con base en información oportuna y confiable.