



**DIÁLOGOS SOCIALES PARA LA
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES
RELACIONADOS CON LA SOSTENIBILIDAD DE
LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA
TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA**

BOLIVIA, 2017

DIÁLOGOS SOCIALES: SOCIEDAD CIVIL SOSTENIBLE EN BOLIVIA Informe sobre riesgos y necesidades - Plan de Acción

Primera edición. Lima, Diciembre 2017.

© Vía Libre

Jr. Paraguay 490, Cercado de Lima, Lima 1, Perú

vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe

Teléfono: (+511) 203-9900

Director Ejecutivo de Vía Libre

Robinson Cabello

Coordinación del Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT) de Vía Libre

Supervisión y Edición

Rosa Inés Béjar Cáceres

Mecanismo Coordinador de País - Bolivia

Julio César Aguilera Hurtado - Vicepresidente

Gilván Ramos - Coordinador de Monitoreo Estratégico

Eva Limachi - Secretaria Ejecutiva

Supervisión Técnica CRAT

Joan Tallada Martínez

Consultores CRAT

Diego Postigo

Hugo Vargas

Corrección de Estilo

Carmen Luisa Franco Hip

Diagramación y Diseño

Héctor Ormaeche Vera

Documento elaborado en el marco de la implementación de la asistencia técnica de la Iniciativa Estratégica de Comunidades, Género y Derecho del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, para la puesta en marcha de los procesos metodológicos que permitan conocer los posibles desafíos y áreas de fortalecimiento en la preparación de la sociedad civil y de las comunidades en el contexto de los procesos de transición sostenible del Fondo Mundial en Bolivia. El estudio y propuesta se llevaron a cabo en coordinación con y con la participación del Mecanismo de Coordinación de País y con el apoyo de Fundación Habitat Verde.

Esta publicación ha sido elaborada por el Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT) Vía Libre. Derechos reservados. Se autoriza su reproducción parcial o total siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUMEN EJECUTIVO | 04 |
| ABREVIATURAS | 06 |
| PRESENTACIÓN | 08 |
| 1. CONTEXTO NACIONAL DE LAS ENFERMEDADES Y SU FINANCIACIÓN | 09 |
| 1.1. Datos generales | 09 |
| 1.1.1. Panorama económico general | 10 |
| 1.1.2. Gasto público en salud | 11 |
| 1.2. Epidemiología del VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia | 13 |
| 1.2.1. Situación del VIH | 13 |
| 1.2.2. Situación de la tuberculosis | 15 |
| 1.2.3. Situación de la malaria | 17 |
| 1.3. Financiación de las respuestas a las tres enfermedades | 18 |
| 1.3.1. El gasto en VIH | 18 |
| 1.3.2. El gasto en tuberculosis | 19 |
| 1.3.3. El gasto en malaria | 19 |
| 2. OBJETIVOS DEL DIÁLOGO SOCIAL | 21 |
| 2.1. Objetivo general | 21 |
| 2.2. Objetivos específicos | 21 |
| 3. METODOLOGÍA | 22 |
| 4. RESULTADOS DEL DIÁLOGO SOCIAL | 24 |
| 4.1. Resumen de los talleres informativos sobre el VIH, la tuberculosis y la malaria | 24 |
| 4.2. Riesgos y amenazas políticos y sociales identificados para el control de las epidemias de VIH, tuberculosis y malaria en los próximos 5 años | 25 |
| 4.3. Debilidades y fortalezas de las organizaciones y los grupos comunitarios identificadas para controlar las enfermedades en los próximos 5 años | 28 |
| 4.4. Entrevistas a actores clave | 30 |
| 4.5. Riesgos para la sostenibilidad de la respuesta comunitaria al VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia | 32 |
| 4.6. Necesidades de asistencia técnica identificadas | 32 |
| 5. MAPEO DE ACTORES | 34 |
| 5.1. Ministerio de Salud | 34 |
| 5.1.1. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y Hepatitis Virales | 34 |
| 5.1.2. Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra Humana | 35 |
| 5.1.3. Programa Nacional de Malaria | 35 |
| 5.2. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas | 36 |
| 5.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo | 36 |
| 5.4. Otros ministerios | 36 |
| 5.5. Organizaciones de la sociedad civil | 37 |
| 5.5.1. Organizaciones que trabajan en la respuesta al VIH/sida | 37 |
| 5.5.2. Organización que trabaja en la respuesta a la tuberculosis | 38 |
| 5.5.3. Organizaciones que trabajan en la respuesta a la malaria | 38 |
| 5.5.4. Organizaciones sin fines de lucro | 38 |
| 6. PLAN DE ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL DE BOLIVIA PARA LA TRANSICIÓN HACIA LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA 2018-2020 | 40 |
| 6.1. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE ACCIÓN | 40 |
| 6.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y DE ACCIÓN POR OBJETIVO ESTRATÉGICO | 42 |
| 7. CRONOGRAMA | 48 |
| 8. MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN | 50 |
| ANEXO 1. CONSTRUCCIÓN DE UNA VISIÓN COMPARTIDA Y PLANIFICACIÓN CONJUNTA ENTRE LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS COMUNIDADES RESPECTO A LOS DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LAS RESPUESTAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA | 51 |
| ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES | 54 |

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe refleja los resultados del proceso de implementación de la metodología de diálogos sociales¹ en Bolivia para la identificación de riesgos y necesidades de asistencia técnica relacionados con la sostenibilidad de la respuesta comunitaria al VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria. Asimismo, se presenta el plan de acción que la sociedad civil formuló para afrontar el periodo de transición.

Bolivia es un Estado unitario, social de derechos, plurinacional, comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Políticamente, está dividido en 9 departamentos y 339 municipios. El país alcanzó su mayor crecimiento del PIB en 2013, con un 6,83 %, pero empezó a sufrir una desaceleración en 2014 hasta llegar a un 4,3 % en 2016. El gasto público total fue incrementándose entre 2010 y 2014, pues pasó de USD 9 526 millones en 2010 a USD 20 544 millones en 2014. Además, en ese mismo periodo de cinco años el gasto público en salud aumentó, y pasó de USD 420 millones a USD 1 002 millones.

La epidemia del VIH en el país se concentra en dos grupos poblacionales: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y mujeres trans, con prevalencia alta también en trabajadoras sexuales. Los casos reportados se concentran en las áreas urbanas del eje central (los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), con 87 % del total de casos del país, y la transmisión sexual es la principal vía de transmisión (98 % de los casos). La reducción de la brecha del diagnóstico es confirmada por la cascada de atención. No obstante, a medida que se analiza dicha cascada con mayor detalle, las brechas aumentan. Se evidencia dificultad para asegurar la vinculación de las personas diagnosticadas a los servicios que se ofrecen, así como el acceso a la terapia antirretroviral (TARV). Entre todas, destaca la brecha en la supresión de la carga viral.

Bolivia gastó un total de USD 49 millones en el control del VIH en el periodo comprendido entre 2010 y 2013. De este total, un poco más de la mitad provino de fuentes internas. El país destina el grueso de su financiación a lo que denomina las poblaciones más accesibles (clientes de clínicas de infecciones de transmisión sexual, estudiantes de secundaria y personal de salud).

Según las estimaciones de incidencia y carga de TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto al periodo 1990–2014, Bolivia ha disminuido su tasa de incidencia de TB de 251 a 120 por cada 100 000 habitantes. La incidencia notificada de TB muestra un discreto pero constante descenso en los últimos 10 años. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, la tasa de mortalidad por TB, sin incluir mortalidad en personas con la coinfección VIH-TB, es de 8,6 por cada 100 000 habitantes, y desciende a 1,6 por cada 100 000 habitantes en personas con dicha coinfección. El gasto nacional en TB para el periodo 2011–2014 ascendió a USD 13,8 millones, y el 60,5 % de ese monto provino de fuentes internas.

¹ La metodología y los resultados de los diálogos sociales que se han llevado a cabo se pueden consultar en <https://plataformalac.org/2017/03/dialogos-sociales-sociedad-civil-sostenible/>

Bolivia ha registrado una reducción significativa de morbilidad por malaria, así como la eliminación de la mortalidad por esta enfermedad, que se concentra en la Amazonía, con el 96 % de los casos del país. En 2016, se registraron 5 544 casos de malaria, y, para el periodo 2011–2013, el gasto nacional en malaria ascendió a USD 14,7 millones, de los cuales casi la mitad provinieron de fuentes internas.

El objetivo general del diálogo social para la sostenibilidad era construir una visión compartida y una planificación conjunta sobre los cambios en el entorno social, político y financiero, así como sobre los desafíos y oportunidades que estos conllevan para la sociedad civil del VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia. Para ello, se aplicó una metodología altamente participativa.

Durante el diálogo social se identificaron los principales riesgos para la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la TB y la malaria, que son:

- Pocas capacidades en las organizaciones comunitarias para ejercer la abogacía e incidencia política fundamentada en pruebas, especialmente en TB y malaria.
- Falta de capacidades y de formación para implementar estrategias comunitarias de respuesta a las enfermedades, especialmente en TB y malaria.
- Falta de voluntad o de capacidad de articulación entre las diferentes organizaciones y movimientos comunitarios.
- Denegación de presupuesto estatal para financiar los componentes comunitarios de las respuestas a las enfermedades.
- Falta de sintonía entre los programas nacionales de respuesta a las enfermedades y las organizaciones de la sociedad civil (OSC).
- Estigma y discriminación hacia las enfermedades, lo que hace políticamente poco viable la financiación de las respuestas comunitarias a las enfermedades, especialmente al VIH y la TB.
- Falta de nuevos liderazgos para dar continuidad a la abogacía e incluir nuevas demandas.
- En la respuesta a la malaria, se ignora la necesidad de planificar una respuesta intercultural.

Para contrarrestarlos, se consensuaron las siguientes necesidades de asistencia técnica:

1. Fortalecimiento de capacidades en incidencia política fundamentada en pruebas, adaptada al contexto de cada una de las enfermedades. Específicamente se mencionó abogacía para conseguir que se cumplan las obligaciones de asignaciones presupuestarias a las OSC.
2. Fortalecimiento de capacidades en el diseño y desarrollo de estrategias comunitarias de respuesta a las tres enfermedades, priorizando la TB y la malaria.
3. Asistencia para la creación de redes y mecanismos de coordinación sostenibles, incluidos mecanismos para el monitoreo que faciliten la consecución de los objetivos del plan de transición.
4. Asistencia para la elaboración de estrategias para el incremento de la participación de las OSC en los espacios de toma de decisiones, priorizando la TB y malaria.
5. Asistencia técnica y financiera para diseñar e implementar estrategias de comunicación social para la reducción del estigma y la discriminación, priorizando la TB y el VIH.
6. Identificación y fortalecimiento de capacidades en jóvenes líderes de los tres movimientos.
7. Fortalecimiento de las capacidades de las OSC que trabajan en la respuesta a la malaria y de poblaciones vulnerables para establecer vínculos con las instancias gubernamentales que aseguran intervenciones interculturales en salud.

ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| ADESPROC | Asociación Civil de Desarrollo Social Libertad |
| AHF | AIDS HEALTH FOUNDATION |
| ARV | Antirretrovirales |
| ASPACONT | Asociación de Pacientes contra la Tuberculosis |
| BK+ | Baciloscopía positiva |
| CIES | Centro de Investigación, Educación y Servicios |
| CPE | Constitución Política del Estado |
| CRAT | Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe |
| DOTS | Tratamiento de corta duración de observación directa para TB |
| FM | Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria |
| FODA | Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas |
| FUNDIEH | Fundación para la Docencia e Investigación de Enfermedades del Hígado |
| ICALMA | Fundación de Cuidados Integrales |
| IDH | Instituto de Desarrollo Humano |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| IPA | Incidencia parasitaria anual |
| ITS | Infección de transmisión sexual |
| MCP | Mecanismo de Coordinación de País |
| MEFP | Ministerio de Economía y Finanzas Públicas |
| MEGAS | Medición del Gasto en Sida |
| MPD | Ministerio de Planificación para el Desarrollo |
| MS | Ministerio de Salud |
| MT | Mujer transgénero |
| MTS | Mujeres trabajadoras sexuales |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONAFM | Organización Nacional de Activistas por la Emancipación de la Mujer |
| ONG | Organización no gubernamental |

| | |
|-----------|---|
| ONUSIDA | Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OSC | Organización de la sociedad civil |
| OTB | Organización territorial de base |
| OTRAF | Organización de Travestis, Transgéneros y Transexuales Femeninas de Bolivia |
| OTNB | Organización de Trabajadoras Nocturnas de Bolivia |
| PDES | Plan de Desarrollo Económico Social |
| PEI | Plan Estratégico Institucional |
| PGE | Presupuesto General del Estado |
| PIB | Producto interior bruto |
| PNCT | Programa Nacional de Control de la Tuberculosis |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| POA | Programa Operativo Anual |
| PSDI | Plan Sectorial de Desarrollo Integral |
| PSP | Proyecto Sociocomunitario Productivo |
| RAFA | Reacciones adversas a fármacos antituberculosos |
| REDBOL | Red Nacional de Personas que viven con VIH y Sida en Bolivia |
| REDTRASEX | Red de Mujeres Trabajadores Sexuales de Latinoamérica y el Caribe |
| SAFCI | Salud Familiar Comunitaria Intercultural |
| SR | Sintomático respiratorio |
| TARV | Terapia antirretroviral |
| TB | Tuberculosis |
| TB-TSF | Tuberculosis en todas sus formas |
| TB-DR | Tuberculosis drogorresistente |
| TB-MDR | Tuberculosis multidrogorresistente |
| TLGB | Trans, lesbianas, gays y bisexuales |
| TREBOL | Trans Red de Bolivia |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USD | Dólares estadounidenses |
| VIH | Virus de inmunodeficiencia humana |

PRESENTACIÓN

Este informe refleja los resultados del proceso de implementación de la metodología diálogos sociales en Bolivia para la identificación de riesgos y necesidades de asistencia técnica relacionados con la sostenibilidad de la respuesta comunitaria al VIH, la TB y la malaria.

La primera sección del informe presenta el contexto nacional de las enfermedades y de la financiación de la respuesta a las mismas. La siguiente expone los objetivos que se trazaron para este proceso para luego explicar la metodología que se utilizó. La sección principal presenta los resultados del proceso, específicamente en lo que se refiere al consenso para construir una visión común sobre la situación de las enfermedades y las necesidades para responder desde las comunidades. La siguiente sección muestra el mapeo de los actores principales identificados (los resultados de la evaluación que completaron las personas participantes aparece en el Anexo 2). Después se presenta el plan de acción, comenzando con el objetivo general y los específicos para luego pasar a las líneas estratégicas y de acción para cada uno de los cuatro objetivos específicos, que van seguidas de un cronograma y una descripción del mecanismo de implementación del plan.

Las actividades para la preparación e implementación del diálogo tuvieron lugar entre los meses de octubre y noviembre de 2017.

1. CONTEXTO NACIONAL DE LAS ENFERMEDADES Y SU FINANCIACIÓN

1.1. DATOS GENERALES

El Estado Plurinacional de Bolivia, situado en el corazón de Sudamérica, cuenta con una superficie de 1 098 580 km² y tres pisos ecológicos determinados por la Cordillera de Los Andes: altiplano, valles y llanos tropicales (que ocupa la mayor extensión del país). En 2017, Bolivia tenía una población de 11 191 000 habitantes y una densidad de población muy baja de 10 habitantes por km², concentrados en ciudades del eje troncal (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz)².

En el marco de su constitución política³, el país es un Estado unitario, social de derechos, plurinacional, comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Políticamente, está dividido en 9 departamentos (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca, Potosí, Beni, Pando y Oruro) y 339 municipios. Sucre es la capital constitucional del país, mientras que La Paz es la sede de gobierno. En el plano económico, el país es considerado actualmente como un país de ingresos medios-bajos⁴, donde más del 38 % de la población vivía en situación de pobreza en 2015⁵ y al menos 1 de cada 5 habitantes, en situación de pobreza extrema.

La pirámide de población (Ilustración 1) muestra cómo se espera una reducción considerable de la natalidad y de la mortalidad para el año 2030, lo que podría provocar un aumento de las enfermedades no transmisibles.

² INE (2017)

³ Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

⁴ <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

⁵ <https://datos.bancomundial.org/pais/bolivia>

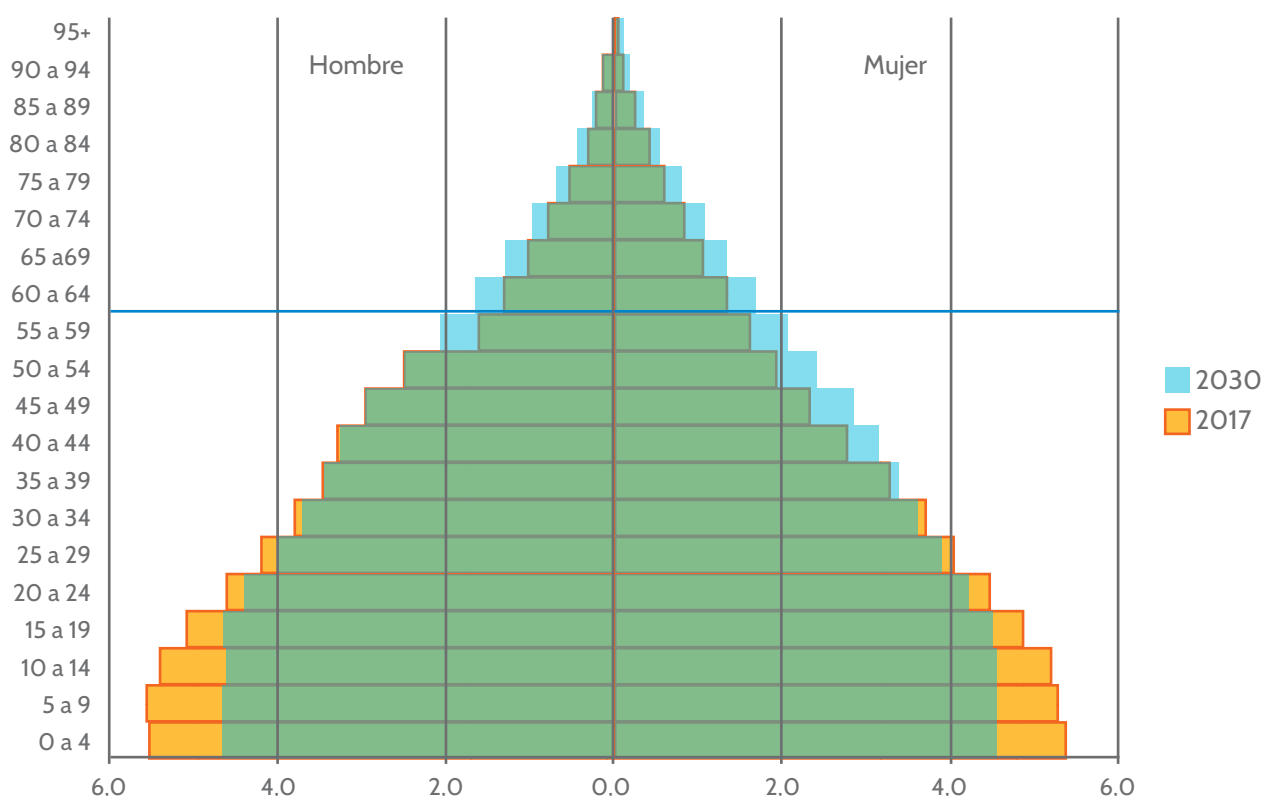


Ilustración 1. Pirámide poblacional por grupos de edad y sexo, proyecciones 2017-2030.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), revisión 2014.

1.1.1. Panorama Económico General

El país alcanzó su mayor crecimiento del PIB en 2013, pero empezó a sufrir una desaceleración en 2014 hasta llegar a un 4,3 % en 2016⁶. El desplome de las exportaciones de gas natural ha contribuido a esta disminución del crecimiento económico, y de hecho fue una de las razones del déficit fiscal del 6,7 % en el año 2016. Esto nos muestra que, por tercer año consecutivo, las operaciones del sector público presentan saldos negativos y con tendencia a no mejorar.

Si bien se han producido importantes pérdidas de ingresos por exportación, el nivel de importaciones se ha mantenido considerablemente alto y, en todo caso, por encima del nivel de exportaciones. De ahí también el saldo deficitario de la balanza comercial, registrado por primera vez en 2015, tras once años de superávit continuos.

A pesar de todo, Bolivia mantiene un crecimiento por encima de la media regional y es uno de los países menos afectados por la crisis económica.

⁶ INE (2017), *óp. cit.*

1.1.2. Gasto Público en Salud

Los recursos de las fuentes de financiamiento provienen de fondos públicos, privados y externos.

1. Los **fondos públicos** son aquellos que ingresan directamente a manera de créditos, donaciones, impuestos, tasas, patentes y regalías provenientes de organismos bilaterales y multilaterales, empresas públicas y privadas, y los hogares.
2. En cambio, los **fondos privados** son recursos provenientes de las empresas privadas y los hogares destinados a financiar servicios de salud de sus empleados y familias.
3. Finalmente, los **fondos externos** muestran los recursos provenientes del exterior que no se adscriben al Presupuesto General del Estado (PGE), es decir, que no ingresan directamente al erario nacional, sino que, por lo general, se canalizan mediante organizaciones no gubernamentales (ONG), iglesias y fundaciones relacionadas al sector. Por otro lado, es importante mencionar que en los últimos años, debido al aumento de la migración al exterior, las remesas que ingresan al presupuesto familiar de los hogares han aumentado, y estas pueden ser utilizadas y distribuidas para gastos en salud, educación, vivienda, entre otros.

Posteriormente, las fuentes de financiamiento (el gobierno general, empleadores públicos y privados, hogares y fuentes externas) canalizan los recursos disponibles a los agentes financieros encargados de administrarlos.

1. El **gobierno general**, como actor principal de políticas públicas en salud, provee recursos al sector público mediante el PGE. Igualmente, realiza transferencias de recursos para cumplir con sus políticas de aseguramiento, que están reflejadas en los seguros públicos de salud, así como en la Ley N° 475 de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
2. Los **empleadores públicos y privados** canalizan recursos mediante aportes patronales a la seguridad social de corto plazo, y solo en el caso de los **empleadores privados** también mediante primas a empresas de seguros.
3. Los **hogares** como fuentes de financiamiento distribuyen sus recursos a los entes gestores que conforman la seguridad social de corto plazo mediante aportes voluntarios a las empresas de seguros (en forma de primas o cuotas mensuales) y a ellos mismos (en el presupuesto familiar, del que destinan un porcentaje para salud, y, en algunos casos, incurren incluso en gastos catastróficos⁷).
4. Las **fuentes externas** canalizan recursos para las ONG, iglesias y fundaciones mediante donaciones, y luego dichas instituciones se encargan de ejecutar programas o proyectos de salud pública, o realizan algún tipo de servicio social en salud.

Los agentes de financiamiento descritos anteriormente toman decisiones sobre el destino y uso de los recursos captados, que son utilizados para el pago –o gasto– de los diferentes proveedores de servicios de salud existentes en el país.

⁷ Se considera que una familia incurre en gastos catastróficos cuando el gasto en salud supera un porcentaje determinado del ingreso familiar (generalmente el 20 %).

Los establecimientos públicos de salud perciben ingresos por los servicios que brindan a los entes gestores en lugares donde estos últimos no ofrecen sus servicios (generalmente en zonas rurales). Los seguros públicos de salud son otra fuente de ingreso de estos establecimientos de salud, y como tercer recurso está el que genera el sector público por medio de transferencias de recursos para su funcionamiento, realizadas mediante los gobiernos autónomos departamentales o municipales (recursos humanos, infraestructura, servicios básicos, etc.). En algunos establecimientos de salud del sector público las ONG realizan donaciones en efectivo o en especie para apoyar y fortalecer algunas áreas de su funcionamiento.

Por otro lado, las Cajas de Salud perciben ingresos por los servicios que brindan a los seguros públicos de salud en virtud de convenios establecidos (Ley N° 475) y también reciben recursos del presupuesto de los entes gestores para que otorguen servicios de salud a su población asegurada.

Por su parte, los servicios privados lucrativos perciben recursos de las empresas de seguros, de los entes gestores que no cuentan con algún servicio auxiliar y de los hogares que recurren al gasto de bolsillo.

En cuanto a la medicina tradicional, esta percibe recursos de los hogares, mientras que los servicios privados no lucrativos perciben recursos de las ONG, de los seguros públicos de salud con los que tienen convenios y de los hogares. Cabe mencionar que el costo de las atenciones en estos establecimientos de salud es más económico que en los consultorios particulares.

El gasto público total fue incrementándose entre 2010 y 2014, pues pasó de USD 9 526 millones en 2010 a USD 20 544 millones en 2014. Además, en ese mismo periodo de cinco años el gasto público en salud aumentó, y pasó de USD 420 millones a USD 1 002 millones⁸. Si se toman en cuenta ambas variables, se puede indicar que, en promedio, en estos cinco años el 4,5 % del gasto público total se destinó a salud. Si se observa en detalle, se puede señalar que, desde la aplicación de la Ley Marco de Autonomía y Descentralización en el año 2011, los gobiernos autónomos departamentales aumentaron su gasto en salud de 12,1 % en 2010 a 18,8 % en 2011, hasta llegar al 22,7 % de su gasto total en el año 2014. En ese mismo periodo de cinco años, los gobiernos autónomos municipales presentaron un gasto en salud promedio del 10,9 % de su gasto total.

En Bolivia, el gasto público en salud representa el 4,6 % del PIB, que está por encima del promedio regional (3,7 %), mientras que el gasto privado en salud representa el 2,1 % del PIB, que está muy por debajo del promedio regional (3,5 %)⁹.

⁸ MEFP (2017)

⁹ *Ibíd.*

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

1.2.1. Situación del VIH

Desde la aparición de la epidemia del VIH/sida en 1984, Bolivia ha registrado un crecimiento continuo de casos, siendo grupos etarios de población joven los principales afectados. La prevalencia nacional del VIH en la población general (personas entre 15 y 49 años) está estimada en el 0,3 %¹⁰. Hasta junio de 2017 se ha reportado un acumulado de 19 151 casos de la infección por VIH/sida¹¹, con un aumento constante en la notificación gracias a la ampliación de la cobertura de la prueba del VIH, la implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico (uso de pruebas rápidas) y la mejora en los sistemas de notificación. Las estimaciones de ONUSIDA¹² apuntan a que en 2017 habría 19 000 personas con VIH en el país.

Antes del año 2000, casi el 40 % de los casos fueron diagnosticados en fase sida. Sin embargo, este porcentaje disminuyó a 32 % entre 2000 y 2010, y a 16 % después de 2010, lo que evidencia una mejora en la oportunidad del acceso al diagnóstico, con un mayor porcentaje de casos con diagnóstico temprano.

Los casos reportados se concentran en las áreas urbanas del eje central (los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), con un 87 % del total de los casos del país, y Santa Cruz es la ciudad que aporta la mayor proporción, con 47,3 % del total de casos. Los hombres presentan una tasa de infección más alta que las mujeres. El grupo etario de 25 a 34 años concentraba el mayor número de casos hasta el año 2010, pero, después de esa fecha, el grupo etario con el mayor número de casos notificados es el de 15 a 24 años. En el 98 % de los casos, la principal vía de transmisión es la transmisión sexual, mientras que en el 2 % de los casos es la transmisión maternoinfantil (proporción que se mantiene hasta la actualidad). No se han registrado casos transmitidos por vía sanguínea.

Según la clasificación de ONUSIDA, el país presenta una epidemia concentrada, dado que existen grupos específicos con una prevalencia mayor al 5 %. Los grupos con mayor carga de enfermedad son los hombres gays, bisexuales, trans y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (GBT-HSH) y mujeres trans (MT). Las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) constituyen asimismo un grupo de especial atención debido a que su prevalencia es superior al promedio de la población general en el país (Gráfico 1). La prevalencia estimada por ONUSIDA¹³ es un poco más alta (4,3 %), aunque tampoco llega al 5 %.

¹⁰ ONUSIDA (2016)

¹¹ Programa Nacional de ITS/VIH/Sida y Hepatitis Virales

¹² ONUSIDA (2017). UNAIDS Data 2017. Ginebra, Suiza.

¹³ ONUSIDA (2017), *óp. cit.*

DIÁLOGOS SOCIALES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES RELACIONADOS CON LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

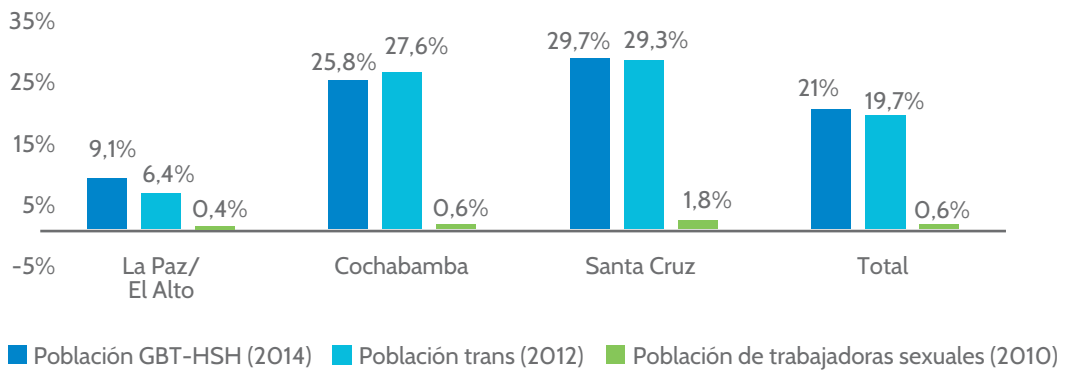


Gráfico 1. Prevalencia de VIH en poblaciones clave en Bolivia. Último año disponible. Ministerio de Salud.

Respecto a la coinfección TB-VIH, la cobertura de la prueba del VIH en pacientes con TB superaba el 70 % en 2014, y se registraron 263 casos de coinfección TB-VIH, mientras que la cobertura de ARV y tratamiento para la TB en la población coinfectada llegaba al 68 %.

La reducción de la brecha del diagnóstico es confirmada por la cascada de atención (Gráfico 2); sin embargo, a medida que se analiza dicha cascada con mayor detalle, las brechas aumentan. Por ejemplo, se evidencia dificultad para asegurar la vinculación de las personas diagnosticadas a los servicios que se ofrecen. Además, otra brecha importante es el acceso a la TARV, ya que solamente el 42 % de la población esperada ha accedido a ella. Finalmente, destaca la brecha en la supresión de la carga viral (con un valor de 71 %), sobre todo si se tiene en cuenta que este es el objetivo final de la atención en salud de las personas que viven con el VIH.

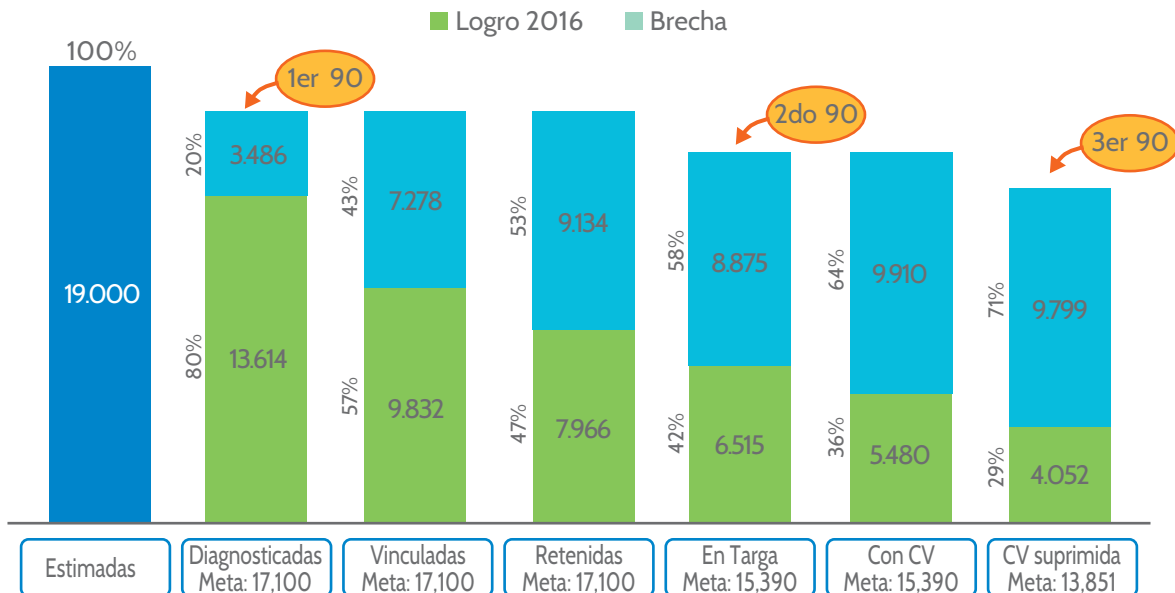


Gráfico 2. Cascada del continuo de la atención del VIH, 2016. Programa Nacional de ITS/VIH/Sida.

1.2.2 Situación de la Tuberculosis

Según las estimaciones de incidencia y carga de la OMS respecto al periodo 1990–2014¹⁴, Bolivia ha disminuido su tasa de incidencia de tuberculosis de 251 a 120 por cada 100 000 habitantes (descenso de 52 % y disminución anual de 2,3 %). Por otro lado, según los registros del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT)¹⁵, la tasa de casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas (TB-TSF) notificados bajó de 86,8 por cada 100 000 habitantes en 2006 a 69,8 por cada 100 000 habitantes en 2016 (Gráfico 3). Desde la implementación de la estrategia DOTS en Bolivia en la gestión de 1999 y gracias a la subvención de la Ronda 3 del Fondo Mundial en 2003, la estrategia DOTS se expandió en todo el país. Finalmente, en 2008, se implementó la estrategia Alto a la TB con el apoyo de la subvención de la Ronda 9, con la que se fortaleció el DOTS comunitario y actividades específicas diferenciadas para grupos de personas privadas de libertad y de población indígena.

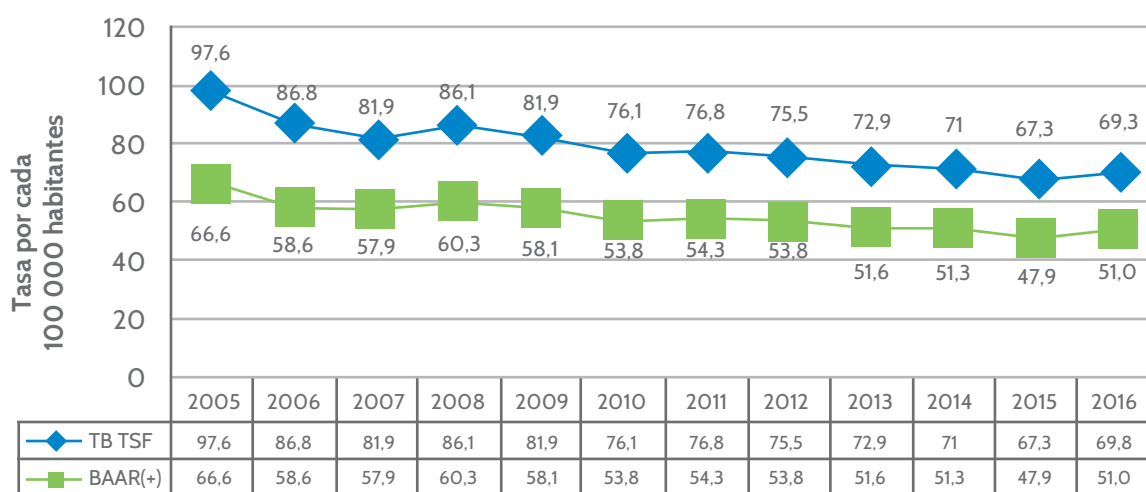


Gráfico 3. Casos nuevos de TB-TSF notificados por cada 100 000 habitantes. Bolivia, 2006-2016. Ministerio de Salud (2017).

La incidencia notificada de TB muestra un discreto pero constante descenso en los últimos 10 años. La tasa de casos nuevos de TB bajó de 57,9 por cada 100 000 habitantes en 2007 a 51,0 por cada 100 000 habitantes en 2016. En cuanto a la tasa de casos nuevos de TB-TSF, en 2012 fue de 75,5 por cada 100 000 habitantes, pero en 2016 disminuyó a 69,8 por cada 100 000 habitantes. Respecto a la incidencia de TB con baciloscopia positiva (BK+), en 2012 fue de 53,8 por cada 100 000 habitantes, pero en 2016 disminuyó a 51,0 por cada 100 000 habitantes.

En 2016, el promedio de sintomáticos respiratorios (SR) detectados por cada caso de BK+ fue de 17,9 SR/BK+, mientras que el promedio de baciloscopías de diagnóstico entre los SR examinados fue de 2,7 (nivel cercano al promedio nacional, que es de 3).

¹⁴ OMS (2014).

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD (MS) (2017). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

En 2016, la incidencia notificada de TB-TSF en el país fue de 68,9 por cada 100 000 habitantes. Los departamentos con una incidencia por encima de la nacional son Santa Cruz (102,7), Beni (75,9) y Tarija (72,3). En cuanto a la distribución de los casos en el país, el 78,7 % de todos los casos nuevos y recaídas notificados en el país en 2016 fueron en los departamentos de Santa Cruz (41,2 %), La Paz (22,6 %) y Cochabamba (14,9 %). Ese mismo año, el grupo etario de 15 a 24 años presentó el mayor número de casos incidentes (nuevos y recaídas), de los cuales el 37,2 % (646 casos) se diagnosticaron en mujeres y el 62,8 % (966 casos), en hombres.

En 2015, la tasa de curación fue de 84,4 %, que estuvo muy cerca de la meta nacional (más del 85 %). El porcentaje de finalización de tratamiento sin baciloscopia de control fue del 1,5 % de los casos de curación, que estuvo por encima de la meta (0 %). Por su parte, la tasa de abandono alcanzó el 5,0 % (por encima de la meta nacional de menos del 3 % y de la tasa de fracasos). El número de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) notificadas fue de 268 casos en 2012 y aumentó hasta llegar a los 295 casos en 2014 (año con el mayor número de casos), mientras que en 2016 se notificaron 265 casos.

De acuerdo con las estimaciones de la OMS¹⁶, la tasa de mortalidad por TB, sin incluir mortalidad en personas con la coinfección VIH-TB, es de 8,6 por cada 100 000 habitantes, y desciende a 1,6 por cada 100 000 habitantes en personas con dicha coinfección.

Poblaciones clave y grupos de poblaciones clave de mayor riesgo de exposición a la tuberculosis

El Plan Estratégico Multisectorial de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016–2020¹⁷ plantea iniciativas a favor de poblaciones clave, y los grupos que prioriza son:

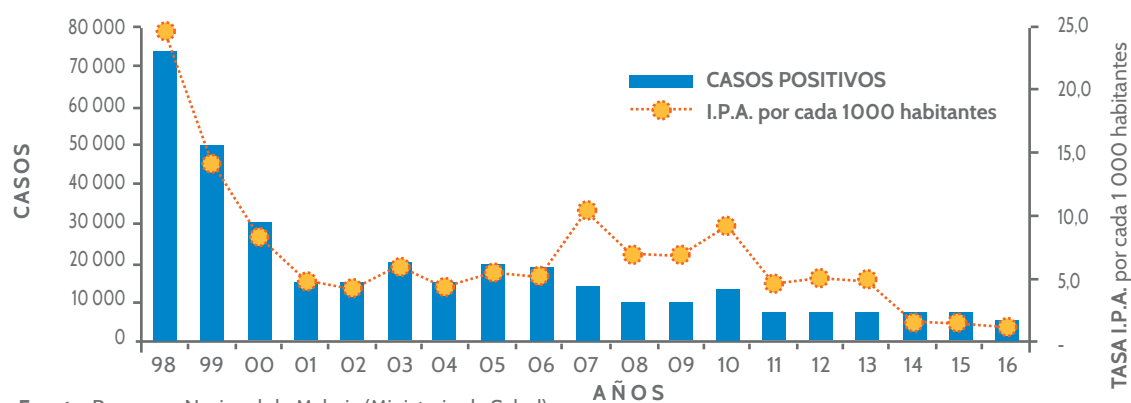
- ✓ Poblaciones clave: personas privadas de libertad y población indígena originaria.
- ✓ Grupos de poblaciones clave de mayor riesgo: contactos de casos de TB o diabetes, pacientes con trasplante renal y otros inmunocomprometidos, personal de salud, personas que viven con el VIH y pacientes con baja adherencia.
- ✓ El plan cuenta con un aliado estratégico: la Asociación de Pacientes contra la Tuberculosis (ASPACONT). Esta entidad desarrolla acciones de autoayuda y apoyo a la adherencia al tratamiento.
- ✓ El Plan apoya a los directivos de ASPACONT para fortalecer la asociación y dar continuidad al apoyo que esta brinda.

¹⁶ https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=BO&LAN=ES&outtype=html

¹⁷ Plan Estratégico Multisectorial de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016–2020

1.2.3. Situación de la Malaria

Bolivia ha registrado una reducción significativa de morbilidad por malaria, así como la eliminación de la mortalidad por esta enfermedad¹⁸, que se concentra en la Amazonía (96 % de los casos del país), que tiene una población de 253 140 habitantes, que representan el 2,5 % de la población nacional. Esta región tiene una superficie de 123 721 km² y una densidad de 2,2 habitantes por km². Los municipios de la Amazonía boliviana tienen poblaciones muy dispersas que cuentan con 149 servicios de salud de primer nivel (puestos de salud y centros de salud) distribuidos en tres (3) departamentos: Pando (con 14 municipios y 76 instalaciones de salud), Beni (con 4 municipios y 65 instalaciones de salud) y La Paz (con el municipio de Ixiamas al norte de este departamento y 8 instalaciones rurales). Finalmente, cabe mencionar que este ámbito geográfico cuenta con siete (7) Coordinaciones de Redes de Salud.



Fuente: Programa Nacional de Malaria (Ministerio de Salud)

Gráfico 4. Número de casos de malaria e incidencia parasitaria anual entre 1998 y 2016. Ministerio de Salud.

En 1998, se notificaron 74 350 casos malaria (62 936 casos de *Plasmodium vivax* y 11 414 casos de *Plasmodium falciparum*), con 27 decesos y una tasa de incidencia parasitaria anual (IPA) de 24,8 por cada 1 000 habitantes expuestos. En cambio, en 2015, únicamente se notificaron 96 casos de *Plasmodium falciparum* y, en 2016, si bien se registraron 5 544 casos, con una tasa IPA de 1,2 por cada 1 000 habitantes expuestos, no se notificaron casos autóctonos. De esta forma, Bolivia ingresó a la fase de eliminación de la enfermedad.

En 2016, el 69 % de los casos en el grupo etario de 15 a 49 años eran hombres, mientras que el 31 % restante eran mujeres. El número de casos confirmados a nivel del país fue de 5 553 casos y la incidencia nacional fue de 1,2 por cada 1 000 habitantes expuestos. No se han notificado muertes por malaria desde el año 1999 en la red de establecimientos de salud de la región y tampoco las han notificado las instituciones responsables de registrar hechos vitales.

El resto de casos (4 %) fueron notificados en los valles interandinos; las regiones del Chaco de los departamentos de Tarija, Santa Cruz y Chuquisaca; los valles de Cochabamba y La Paz, y el parte de Potosí. En esta zona, la notificación de casos viene siendo esporádica, lo que promueve el ingreso a la fase de preeliminación y eliminación de acuerdo con recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD (MS) (2017). Programa Nacional de Malaria.

1.3. FINANCIACIÓN DE LAS RESPUESTAS A LAS TRES ENFERMEDADES

1.3.1. El gasto en VIH

Bolivia gastó un total de USD 49 millones en el control del VIH en el periodo comprendido entre 2010 y 2013. De este total, un poco más de la mitad (52,2 %) provino de fuentes internas y el resto, de fuentes externas (Gráfico 5). Respecto a los recursos de fuentes externas, el 56,2 % provino de las subvenciones del Fondo Mundial y el resto, de otras 18 fuentes. De acuerdo con el estudio MEGAS 2010-2012, Bolivia destina el grueso de su financiación (37,2 %) a lo que denomina las poblaciones más accesibles (clientes de clínicas de infecciones de transmisión sexual, estudiantes de secundaria y personal de salud) y, en segundo lugar, a las personas que viven con el VIH (21,5 %). Solo el 2 % se destina a las poblaciones más expuestas y el 4 % a otras poblaciones clave.

| ORGANISMO FINANCIADOR | 2010 | % | 2011 | % | 2012 | % | 2013(P) | % | 2010-2013 | % |
|--|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| EXTERNOS | 4 563 148 | 45,4% | 7 798 156 | 56,3% | 4 867 919 | 41,4% | 6 173 382 | 46,1% | 23 402 606 | 47,7% |
| HIPC II | 32 535 | 0,3 % | 35 054 | 0,3 % | 36 340 | 0,3 % | 40 068 | 0,3 % | 143 996 | 0,3 % |
| Fondo Mundial | 1 935 738 | 19,3 % | 4 807 746 | 34,7% | 2 897 508 | 24,6 % | 4 715 637 | 35,2 % | 14 356 628 | 29,3 % |
| ONUSIDA | 53 035 | 0,5 % | 133 305 | 1,0 % | 26 216 | 0,2 % | 27 527 | 0,2 % | 240 083 | 0,5 % |
| OPS | 106 835 | 1,1 % | 157 926 | 1,1 % | 169 673 | 1,4 % | 53 950 | 0,4 % | 488 385 | 1,0 % |
| UNFPA | 241 134 | 2,4 % | 352 926 | 2,5 % | 206 121 | 1,8 % | 37 000 | 0,3 % | 837 181 | 1,7 % |
| UNICEF | 233 785 | 2,3 % | 281 290 | 2,0 % | 238 594 | 2,0 % | 205 275 | 1,5 % | 958 944 | 2,0 % |
| USAID | 444 764 | 4,4 % | 263 616 | 1,9 % | 61 609 | 0,5 % | | | 769 988 | 1,6 % |
| Misión Alianza Noruega | 142 864 | 1,4 % | 160 641 | 1,2 % | 136 537 | 1,2 % | 143 363 | 1,1 % | 583 405 | 1,2 % |
| MSI Londres | 16 405 | 0,2 % | 29 261 | 0,2 % | 32 406 | 0,3 % | 26 024 | 0,2 % | 104 096 | 0,2 % |
| Family Care International | 3 000 | 0,0 % | 37 000 | 0,3 % | 60 000 | 0,5 % | 33 333 | 0,2 % | 133 333 | 0,3 % |
| Instituto para el Desarrollo Humano | 707 738 | 7,0 % | 653 035 | 4,7 % | 430 489 | 3,7 % | 422 014 | 3,2 % | 2 213 275 | 4,5 % |
| IGUALDAD | 99 310 | 1,0 % | 39 592 | 0,3 % | 36 464 | 0,3 % | 38 287 | 0,3 % | 213 653 | 0,4 % |
| Mesa de Trabajo Nacional | 26 823 | 0,3 % | 42 115 | 0,3 % | | | | | 68 937 | 0,1 % |
| RED VIHDA | 137 956 | 1,4 % | 130 385 | 0,9 % | 114 001 | 1,0 % | 109 701 | 0,8 % | 492 042 | 1,0 % |
| Otro externo | | | 150 000 | 1,1 % | | | | | 150 000 | 0,3 % |
| VIVO POSITIVO | 247 645 | 2,5 % | 404 311 | 2,9 % | 288 538 | 2,5 % | 202 965 | 1,5 % | 1 143 460 | 2,3 % |
| OXFAM | 25 000 | 0,2 % | 7 000 | 0,1 % | 250 | 0,0 % | | | 32 250 | 0,1 % |
| Tearfund-UK | 26 243 | 0,3 % | 38 599 | 0,3 % | 46 631 | 0,4 % | 37 158 | 0,3 % | 148 630 | 0,3 % |
| Visión Mundial | 82 339 | 0,8 % | 74 357 | 0,5 % | 86 543 | 0,7 % | 81 080 | 0,6 % | 324 318 | 0,7 % |
| INTERNOS | 5 481 989 | 54,6 % | 6 048 599 | 43,7 % | 6 899 026 | 58,6 % | 7 217 031 | 53,9 % | 25 646 644 | 52,3 % |
| Hogares | 1 314 837 | 13,1 % | 1 760 436 | 12,7 % | 2 013 952 | 17,1 % | 2 114 649 | 15,8 % | 7 203 874 | 14,7 % |
| Recursos específicos, otros | 442 666 | 4,4 % | 386 697 | 2,8 % | 317 495 | 2,7 % | 462 245 | 3,5 % | 1 609 104 | 3,3 % |
| Recursos específicos, municipios | 76 784 | 0,8 % | 35 575 | 0,3 % | 129 986 | 1,1 % | 23 050 | 0,2 % | 265 395 | 0,5 % |
| Regalías | 265 | 0,0 % | | | 15 186 | 0,1 % | 283 | 0,0 % | 15 734 | 0,0 % |
| TGN | 2 177 282 | 21,7 % | 2 225 649 | 16,1 % | 2 382 823 | 20,3 % | 2 501 964 | 18,7 % | 9 287 719 | 18,9 % |
| TGN - Impuesto directo a los hidrocarburos | 55 226 | 0,5 % | 39 974 | 0,3 % | 95 126 | 0,8 % | 130 784 | 1,0 % | 321 110 | 0,7 % |
| TGN - Coparticipación tributaria | 1 231 123 | 12,3 % | 1 332 346 | 9,6 % | 1 566 480 | 13,3 % | 1 614 096 | 12,1 % | 5 744 045 | 11,7 % |
| Recursos de la seguridad social | 117 274 | 1,2 % | 200 500 | 1,4 % | 279 630 | 2,4 % | 293 612 | 2,2 % | 891 017 | 1,8 % |
| Recursos privados | 66 531 | 0,7 % | 67 421 | 0,5 % | 98 347 | 0,8 % | 76 348 | 0,6 % | 308 647 | 0,6 % |
| Total del organismo financiador | 10 045 137 | 100 % | 13 846 755 | 100 % | 11 766 945 | 100 % | 13 390 413 | 100 % | 49 049 250 | 100 % |

Gráfico 5. Gasto en VIH/sida 2010-2013 en Bolivia. Fuente: MEFP (MEGAS 2010-2012).

1.3.2. El gasto en Tuberculosis

El gasto nacional en TB en el periodo comprendido entre 2011 y 2014 ascendió a USD 13,8 millones, con un promedio de USD 3,4 millones anuales (Gráfico 6). Las fuentes internas financiaron el 60,5 % del total del gasto, mientras que fuentes externas financiaron el 39,5 % restante. De este último monto, las aportaciones del Fondo Mundial supusieron el 87,3 %.

| ORGANISMO FINANCIADOR | 2011 | % | 2012 | % | 2013 | % | 2014 | % | 2011-2014 | % |
|--|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|
| EXTERNOS | 1 647 252 | 47,2% | 1 815 331 | 47,8% | 657 356 | 24,0% | 1 324 792 | 35,2% | 5 444 730 | 39,5% |
| HIPC II | 6 897 | 0,2 % | 26 586 | 0,7 % | 991 | 0,0 % | 3 786 | 0,1 % | 38 260 | 0,3 % |
| Fondo Mundial | 1 441 965 | 41,3 % | 1 502 026 | 39,5 % | 608 158 | 22,2 % | 1 203 858 | 32,0 % | 4 756 007 | 34,5 % |
| PNUD | 164 031 | 4,7 % | 170 863 | 4,5 % | 247 | 0,0 % | 1 704 | 0,0 % | 336 846 | 2,4 % |
| OPS | 8 367 | 0,2 % | 11 984 | 0,3 % | 13 403 | 0,5 % | 15 355 | 0,4 % | 49 109 | 0,4 % |
| UNICEF | | | 74 694 | 2,0 % | | | | | 74 694 | 0,5 % |
| Cruz Roja | 25 992 | 0,7% | 29 178 | 0,8% | 34 556 | 1,3 % | 100 088 | 2,7% | 189 814 | 1,4 % |
| INTERNOS | 1 840 906 | 52,8 % | 1 983 671 | 52,2 % | 2 078 551 | 76,0 % | 2 338 802 | 64,8 % | 8 336 930 | 60,5 % |
| Recursos específicos, otros | 685 284 | 19,6 % | 681 825 | 17,9 % | 649 602 | 23,7 % | 890 867 | 23,7 % | 2 907 579 | 21,1 % |
| Recursos específicos, municipios | 639 | 0,0 % | 3 260 | 0,1 % | 7 923 | 0,3 % | 8 275 | 0,2 % | 20 096 | 0,1 % |
| Regalías | 3 463 | 0,1 % | | | | | | | 3 463 | 0,0 % |
| TGN | 1 099 740 | 31,5 % | 1 209 305 | 31,8 % | 1 302 482 | 47,6 % | 1 404 341 | 37,4 % | 5 015 868 | 36,4 % |
| TGN - Impuesto directo a los hidrocarburos | 11 939 | 0,3 % | 17 037 | 0,4 % | 22 864 | 0,8 % | 50 774 | 1,4 % | 102 614 | 0,7 % |
| TGN - Coparticipación tributaria | 10 914 | 0,3 % | 14 922 | 0,4 % | 40 492 | 1,5 % | 28 045 | 0,7 % | 94 372 | 0,7 % |
| TGN - Papeles | 28 927 | 0,8 % | 57 322 | 1,5 % | 55 187 | 2,0 % | 51 501 | 1,4 % | 192 937 | 1,4 % |
| Total del organismo financiador | 3 488 158 | 100 % | 3 799 002 | 100 % | 2 735 907 | 100 % | 3 758 594 | 100 % | 13 781 660 | 100 % |

Gráfico 6. Gasto en tuberculosis 2011-2014 en Bolivia. Fuente: MEFP.

1.3.3. El gasto en Malaria

El gasto nacional en malaria en el periodo comprendido entre 2011 y 2013 ascendió a USD 14,7 millones, con un promedio de USD 4,9 millones anuales (Gráfico 7). En este periodo, las fuentes internas representaron el 47,1% del total del gasto, mientras que fuentes externas financiaron el 52,9 %. En el año 2013, la estructura de financiamiento cambió. Anteriormente, las aportaciones de fuentes externas eran superiores a aquellas de las fuentes internas, pero, en 2013, el 50,1 % del total del gasto fue financiado por fuentes internas y las fuentes externas financiaron el 49,9 %. Este cambio en la estructura de financiamiento se debió principalmente a una disminución de los recursos provenientes del Fondo Mundial y a un aumento de las transferencias de los gobiernos subnacionales (nivel departamental y municipal) en comparación con el año anterior.

Cabe mencionar que la proporción de las contribuciones de fuentes externas que cubrió el Fondo Mundial en el periodo trienal mencionado fue del 96,8 %.

DIÁLOGOS SOCIALES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES RELACIONADOS CON LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

| ORGANISMO FINANCIADOR | 2011 | % | 2012 | % | 2013 | % | 2011-2013 | % |
|--|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|
| EXTERNOS | 2 525 611 | 54,3 % | 2 854 063 | 54,5 % | 2 404 846 | 49,9 % | 7 784 520 | 53,1 % |
| Fondo Mundial | 2 422 774 | 52,1 % | 2 767 025 | 52,8 % | 2 314 923 | 48,0 % | 7 504 722 | 51,2 % |
| HIPC II | 1 686 | 0,0 % | 3 191 | 0,1 % | 3 952 | 0,1 % | 8 830 | 0,1 % |
| Organización Panamericana de la Salud | 101 151 | 2,2 % | 50 198 | 1,0 % | 24 643 | 0,5 % | 175 992 | 1,2 % |
| Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo | | | 33 649 | 0,6 % | 61 328 | 1,3 % | 94 977 | 0,6 % |
| INTERNOS | 2 126 370 | 45,7 % | 2 386 155 | 45,5 % | 2 417 960 | 50,1 % | 6 867 309 | 47,3 % |
| TGN | 1 080 313 | 23,2 % | 1 094 260 | 20,9 % | 1 158 479 | 24,0 % | 3 333 052 | 22,7 % |
| TGN - Coparticipación tributaria | 34 576 | 0,7 % | 61 971 | 1,2 % | 100 657 | 2,1 % | 197 205 | 1,3 % |
| TGN - Impuesto directo a los hidrocarburos | 25 434 | 0,5 % | 184 959 | 3,5 % | 231 017 | 4,8 % | 441 410 | 3,0 % |
| TGN - Papeles | 5 000 | 0,1 % | 5 395 | 0,1 % | | | 10 395 | 0,1 % |
| Regalías | 104 553 | 2,2 % | 308 861 | 5,9 % | 277 245 | 5,7 % | 690 658 | 4,7 % |
| Recursos específicos, municipios | 7 995 | 0,2 % | 17 306 | 0,3 % | 31 001 | 0,6 % | 56 302 | 0,4 % |
| Recursos específicos, otros | 843 602 | 18,1 % | 693 165 | 13,2 % | 601 520 | 12,5 % | 2 138 286 | 14,6 % |
| Recursos de la seguridad social | 4 515 | 0,1 % | 765 | 0,0 % | 1 548 | 0,0 % | 6 827 | 0,0 % |
| Recursos de ONG | 20 321 | 0,4 % | 19 417 | 0,4 % | 16 427 | 0,3 % | 56 165 | 0,4 % |
| Recursos privados | 61 | 0,0 % | 58 | 0,0 % | 65 | 0,0 % | 183 | 0,0 % |
| Total del organismo financiador | 4 651 980 | 100 % | 5 240 218 | 100 % | 4 822 806 | 100 % | 14 651 829 | 100 % |

Gráfico 7. Gasto en malaria 2011-2013 en Bolivia. Fuente: MEFP.

2. OBJETIVOS DEL DIÁLOGO SOCIAL

El diálogo social en Bolivia se planteó con un objetivo general y cuatro objetivos específicos:

2.1. OBJETIVO GENERAL

Construir una visión compartida y una planificación conjunta sobre los cambios en el entorno social, político y financiero, así como sobre los desafíos y oportunidades que estos conllevan para la sociedad civil del VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Facilitar el conocimiento por parte de la sociedad civil del pronóstico de comportamiento de las epidemias del VIH, la tuberculosis y la malaria hasta 2020.
2. Facilitar el conocimiento por parte de la sociedad civil de las perspectivas de financiamiento externo e interno para las tres enfermedades en Bolivia hasta 2020.
3. Fortalecer el diálogo entre la sociedad civil y las comunidades sobre los riesgos y necesidades de asistencia técnica de la sociedad civil para lograr una transición sostenible en Bolivia.
4. Elaborar un plan de acción que permita abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades que plantean los procesos de transición, detallando las necesidades de capacitación y asistencia para implementarlo.

3. METODOLOGÍA

El presente diálogo social se planteó según la metodología de los diálogos sociales para la sostenibilidad de las estrategias comunitarias para la respuesta al VIH, la TB y la malaria del Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT) (ver agenda en Anexo 1).

Se buscó la manera de llegar al mayor número de organizaciones sociales y grupos comunitarios que implementan dichas estrategias en el país, y se hizo mediante del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) de Bolivia, donde están representadas las poblaciones afectadas por cada una de las enfermedades y las poblaciones vulnerables a cada una de ellas. Para temas administrativos y logísticos, se llegó a un acuerdo con una organización local (Hábitat Verde) para que facilitara la implementación de la metodología.

Dada la extensa geografía del país, su población relativamente numerosa y la inclusión de las tres enfermedades en el diálogo social, se optó por añadir pasos metodológicos que no habían estado presentes en diálogos anteriores, pero que se consideraron necesarios para alcanzar los objetivos, principalmente sesiones informativas previas al diálogo para las organizaciones y los grupos que trabajan en la respuesta a cada una de las enfermedades.

Las sesiones informativas se llevaron a cabo antes de las sesiones de trabajo e incluyeron el consenso para construir una visión común sobre las proyecciones y necesidades para el trabajo de la sociedad civil, así como sesiones de trabajo para la planificación conjunta.

La sesión informativa sobre la malaria se realizó en la ciudad de Riberalta, en el departamento de Beni –uno de los más afectados por la enfermedad–, para facilitar una mayor participación. Por otro lado, las sesiones informativas sobre el VIH y la TB se llevaron a cabo en la ciudad de Cochabamba, donde también se desarrollaron las sesiones conjuntas de discusión y planificación para las tres enfermedades.

Para la elaboración del plan de acción se utilizó una metodología participativa que incluyó la elaboración grupal de un análisis FODA. Sobre la base de dicho análisis consensuado por las personas participantes (ver informe del diálogo social), se acordaron el objetivo general y los objetivos específicos del plan, así como los resultados esperados para dichos objetivos.

Para realizar la propuesta de líneas estratégicas se llevó a cabo un análisis cruzado de los puntos acordados en cada uno de los componentes del análisis FODA y se definieron cada una de las estrategias conducentes al logro de los objetivos.

Dado que se trata de un plan estratégico que sería implementado por una amplia variedad de actores que ya cuentan con su propia planificación, se tomó la decisión de no llegar a definir las acciones. De esta manera, el monitoreo de la implementación del plan podrá verificar en qué medida las acciones realizadas por cada uno de los actores se encuadran en las líneas estratégicas definidas.

La propuesta de líneas estratégicas se envió por correo electrónico a los y las representantes de cada una de las poblaciones afectadas y poblaciones vulnerables a cada una de las enfermedades. Dichas personas enviaron luego sus comentarios y estos fueron incluidos.

Para gestionar los comentarios sobre la propuesta de líneas estratégicas y coordinar la implementación del plan, durante el taller se definió un mecanismo de coordinación. Se designaron a las personas representantes titulares de cada una de las poblaciones afectadas y vulnerables como miembros de un comité de coordinación que tiene la función de asegurar que las bases reciban información oportuna sobre la elaboración del plan y de monitorear dicho plan una vez que haya sido aprobado.

4. RESULTADOS DEL DIÁLOGO SOCIAL

4.1. RESUMEN DE LOS TALLERES INFORMATIVOS SOBRE EL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

Se realizaron dos talleres informativos, de acuerdo con las agendas previstas. El taller informativo sobre la malaria, realizado en Riberalta, departamento de Beni, el 14 de noviembre de 2017, contó con las exposiciones sobre la malaria y su vector, a cargo del Dr. Gilván Ramos, Coordinador de Monitoreo del MCP, y sobre la situación de la enfermedad en el país y en la región amazónica, y la respuesta a ella, a cargo del Dr. Omar Flores, responsable del Programa Nacional de Malaria del Ministerio de Salud. La Dra. Génesis Marca les presentó a los participantes la estrategia de equipos móviles para la prevención y el diagnóstico de la malaria, así como los resultados de dicha estrategia hasta la fecha.

La participación de las personas asistentes fue muy activa y revelaba un gran desconocimiento de la enfermedad, de la forma de transmisión y de las formas de prevención a pesar de encontrarse en la región más afectada del país.

Se añadió una presentación sobre el Fondo Mundial, su programa para la malaria en Bolivia y el MCP. La gran mayoría de los participantes desconocían la existencia del MCP y del Fondo Mundial, por lo que consideraron que dicha sesión fue muy útil.

Como último punto, se llevó a cabo una discusión grupal con el objetivo de conocer las opiniones de las personas participantes sobre las posibilidades de sostenibilidad de lo presentado.

El taller informativo sobre el VIH y la TB siguió una secuencia similar con presentaciones genéricas de las enfermedades a cargo del Dr. Ramos, quien también les explicó a los participantes en qué consiste el Fondo Mundial y su MCP en Bolivia.

La responsable del programa de VIH, la Dra. Carola Valencia, y la representante del programa de TB, la Dra. Carmen Arraya, hicieron sendas presentaciones sobre la situación de dichas enfermedades y las estrategias programáticas que se están implementando. A las personas participantes les llamaron la atención sobre todo la cascada de atención y las grandes brechas que aún existen en Bolivia.

4.2. RIESGOS Y AMENAZAS POLÍTICOS Y SOCIALES IDENTIFICADOS PARA EL CONTROL DE LAS EPIDEMIAS DE VIH, TUBERCULOSIS Y MALARIA EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS

Debe destacarse que esta fue la primera oportunidad en la que más de 120 representantes de las poblaciones afectadas y poblaciones vulnerables a las tres enfermedades tuvieron la oportunidad de reunirse y discutir en lo que fue un verdadero diálogo social.

El primer día del diálogo social estuvo dedicado a la construcción de una visión común sobre el escenario en que se encuentran las organizaciones sociales y los grupos comunitarios, así como sobre las perspectivas de financiación y de entorno político que cabe esperar en el corto y mediano plazo.

Para ello, se utilizó la metodología del análisis FODA. En este punto, las personas participantes trabajaron agrupadas por enfermedades, puesto que se partía de la idea de que los escenarios y las situaciones actuales son muy diferentes para cada una de las enfermedades.

Se le pidió a cada grupo que analizara únicamente la situación de su enfermedad con la intención de realizar posteriormente un análisis de los resultados obtenidos para así identificar cuáles son los puntos en común entre las tres enfermedades y cuáles son exclusivos de algunas de las enfermedades. Todo ello se debería traducir después en estrategias de abordaje comunes y diferenciadas en el plan de acción.

A continuación, se presentan los componentes de amenazas y oportunidades sociales y políticos de la matriz FODA ya depurados después de haber eliminado los hallazgos que no estaban relacionados con la sostenibilidad de las estrategias comunitarias, sino con las necesidades actuales de respuesta.

Dado que el análisis se planteó como fundamento del posterior plan de acción, a los grupos se les indicó priorizar los hallazgos y señalar únicamente aquellos en los que hubiera consenso, haciendo hincapié en la necesidad de reducir las amenazas a un número no mayor de tres (3) de manera tal que su abordaje pueda ser realista.

| Enfermedad | Amenazas | Oportunidades |
|-------------------|--|---|
| <p>VIH</p> | <p>A pesar de que el gobierno, en sus tres niveles administrativos (nacional, regional y municipal), tiene la obligación legal de asegurar la ejecución presupuestaria con participación de la sociedad, no cumple esta obligación.</p> <p>Las acciones de la sociedad civil están desarticuladas debido a la competencia por obtener recursos y a la falta de una visión conjunta del problema.</p> <p>El Fondo Mundial ha sido el principal financiador de las estrategias comunitarias y se encuentra en proceso de salida, por lo que el proceso de transición está ad portas.</p> | <p>El activismo ya ha establecido alianzas estratégicas con servidores públicos en los tres niveles de gobierno que deben aprovecharse y ampliarse.</p> <p>Existen redes internacionales de poblaciones afectadas y vulnerables con vínculos fuertes en el país que tienen una gran capacidad de abogacía y movilización de recursos internacionales para ejecutarlos en el país.</p> <p>La descentralización de los programas de respuesta a las enfermedades en los niveles departamentales supone una mayor cercanía a las poblaciones.</p> <p>La Red Nacional de Personas que viven con VIH y Sida en Bolivia (REDBOL) tiene gran capacidad de incidencia política, lo que ha facilitado una apertura de asignación de presupuesto para la respuesta al VIH en los municipios y gobernaciones.</p> <p>Existen movimientos fuertes en otros sectores sociales (género y derechos humanos, por ejemplo) con los que se pueden establecer alianzas para ampliar el espectro de acción y fortalecer aún más las capacidades.</p> <p>Existe la Ley para la prevención del VIH/sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/sida (Ley N° 3729) y regulaciones departamentales.</p> <p>Actualmente, existe un programa financiado por el Fondo Mundial y aún no entra en transición para el VIH.</p> |

| Enfermedad | Amenazas | Oportunidades |
|---------------------|--|--|
| Tuberculosis | <p>La financiación del Fondo Mundial para TB entrará pronto en transición.</p> <p>No existe presupuesto estatal para estrategias implementadas por la sociedad civil.</p> <p>Falta coordinación programática entre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) del Ministerio de Salud y las OSC.</p> <p>El acceso a información veraz y oportuna (que está en poder del Programa Nacional) es deficiente.</p> | <p>Existe un Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que institucionaliza la participación comunitaria en las estrategias de salud, así como la garantía de la protección de la salud que señala la Constitución Política del Estado (CPE) en sus artículos 35 y 37.</p> <p>Existe un programa en el Ministerio de Salud para controlar la enfermedad y acceder a los tratamientos.</p> <p>Existe una posibilidad legal de canalizar el incremento del presupuesto en salud del Estado hacia la respuesta a la TB.</p> <p>La organización de personas afectadas por la TB y las organizaciones de poblaciones vulnerables ya han tenido acercamientos con los municipios y gobernaciones que pueden servir para implementar estrategias de sostenibilidad.</p> <p>La presidencia del MCP debe alternar entre el gobierno y las OSC para lograr mayor participación.</p> |
| Malaria | <p>El Fondo Mundial ha sido el principal financiador de las estrategias comunitarias, pero se encuentra proceso de salida y el proceso de transición está ad portas (2023-2025).</p> <p>El Ministerio de Salud no presta atención ni es plenamente consciente de este problema de salud pública ni de las prioridades y necesidades de la población afectada.</p> <p>El acceso geográfico a las áreas más afectadas por la malaria es difícil, lo que requiere una asignación de recursos proporcionalmente mayores.</p> | <p>Existen políticas y planes nacionales para controlar la malaria en los tres niveles de gobierno, y Bolivia quiere que algunas partes del territorio sean reconocidas como libres de malaria.</p> <p>El modelo SAFCI reconoce la participación social en la salud.</p> <p>Existen fuentes de cooperación internacional para la malaria distintas al Fondo Mundial a las que las organizaciones sociales y comunitarias ya han tenido acceso.</p> |

4.3. DEBILIDADES Y FORTALEZAS DE LAS ORGANIZACIONES Y LOS GRUPOS COMUNITARIOS IDENTIFICADAS PARA CONTROLAR LAS ENFERMEDADES EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS

En esta sección se presentan los hallazgos del análisis FODA relativos a las debilidades y fortalezas internas de los movimientos comunitarios de respuesta a cada una de las enfermedades. Como en la sección anterior, se presentan la matriz ya depurada después de haber eliminado los hallazgos que no estaban relacionados directamente con la sostenibilidad de las respuestas.

Al igual que en la sección anterior de amenazas y oportunidades, se les pidió a los grupos priorizar un máximo de tres (3) debilidades para que fuera realista abordarlas en un plan de acción.

Esta matriz ha sido enriquecida con el contenido de la discusión entre las bases de los movimientos y sus líderes, que se dio el segundo día del taller, en la fase de planificación.

| Enfermedad | Amenazas | Oportunidades |
|-------------------|---|--|
| <p>VIH</p> | <p>Existe fragmentación y falta de unidad entre las poblaciones vulnerables (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trans y trabajadoras sexuales) y las poblaciones afectadas (personas que viven con el VIH), por lo que no siempre son capaces de identificar acciones conjuntas.</p> <p>Hay una gran dependencia del financiamiento externo para las intervenciones comunitarias. Se observa un déficit de nuevos líderes formados y capacitados</p> | <p>Las OSC están en proceso de fortalecimiento continuo gracias a las múltiples oportunidades de capacitación. Las organizaciones de este movimiento cuentan con una capacidad demostrada y amplia experiencia en incidencia política y movilización social.</p> <p>Parte de esa incidencia política se da mediante una coordinación ya instalada con autoridades locales y nacionales. Existe un interés en común entre todas las organizaciones por el abordaje del VIH desde la prevención y los derechos.</p> <p>Hay líderes comprometidos y empoderados.</p> <p>Las organizaciones tienen experiencia en la gestión de programas y el acceso a financiamiento.</p> <p>El movimiento de la población afectada por el VIH está muy articulado.</p> <p>La REDBOL está muy consolidada y fortalecida.</p> <p>Hay experiencia en trabajo penitenciario en Santa Cruz, que es importante para la población trans.</p> |

| Enfermedad | Amenazas | Oportunidades |
|----------------------------|--|--|
| <p>Tuberculosis</p> | <p>La sociedad civil se involucra poco en las actividades del PNCT.</p> <p>La sociedad civil no recibe suficiente información sobre las estrategias programáticas y de capacitación.</p> <p>Los recursos económicos para la participación y movilización social son escasos.</p> <p>Hace falta un paquete de servicios para el trabajo comunitario en TB.</p> | <p>La sociedad civil conoce la enfermedad. La organización jurídica de la sociedad civil de personas afectadas (ASPACONT) está fortalecida y va ocupando más espacios.</p> <p>En las organizaciones hay personas capacitadas para replicar la información con la que cuentan.</p> <p>Existe participación y control social en la gestión compartida, al menos nominalmente.</p> |
| <p>Malaria</p> | <p>La sociedad civil no recibe suficiente capacitación sobre la malaria como problema de salud pública para realizar actividades de incidencia política, acceder a fuentes de financiación y lograr la movilización social.</p> <p>Se evidencia una falta de articulación entre las organizaciones de afectados y de poblaciones vulnerables.</p> <p>Existen colaboradores voluntarios en el programa del Fondo Mundial, pero no se involucran en las acciones de las OSC.</p> <p>No hay estrategias articuladas de los tres programas (VIH/sida, TB y malaria).</p> | <p>Las organizaciones conocen y están presentes en la zona afectada por malaria.</p> <p>Algunas organizaciones ya han tenido acercamientos con diferentes autoridades gubernamentales.</p> <p>La sociedad civil está fortalecida y cuenta con capacidad de coordinación, aunque esta haya sido en el área sindical más que de salud pública.</p> <p>Existe representación de la sociedad civil en el MCP que puede tratar las necesidades de la población directamente con las autoridades.</p> <p>Se cuenta con colaboradores voluntarios que son elegidos por las bases.</p> <p>Las OSC están representadas por organizaciones reconocidas a nivel nacional como organizaciones territoriales de base (OTB), la Federación de Zafreiros, etc.</p> <p>Las organizaciones manejan tecnología para tener mejor formación y comunicación entre personas vulnerables.</p> |

4.4. ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE

En el marco de los talleres, se llevaron a cabo una serie de entrevistas a actores clave de las respuestas a las tres enfermedades que pudieran dar información y una visión estratégica sobre los aspectos que condicionan la sostenibilidad de las organizaciones. En la Tabla 1 se indican los nombres y cargos de cada una de las personas entrevistadas.

Tabla 1. Personas clave entrevistadas para el diálogo social de Bolivia 2017

| N° | NOMBRE | CARGO |
|----|------------------------------|---|
| 1 | Eva Limachi | Secretaria del MCP |
| 2 | Gilvan Ramos | Coordinador de Monitoreo Estratégico del MCP |
| 3 | Alfredo Rojas Guarena | Presidente de la Asociación de Recolectores de Almendra y Goma |
| 4 | Julio César Aguilera Hurtado | Vicepresidente del MCP |
| 5 | Teresa Cruz | Secretaria General de la Organización Nacional de Activistas por la Emancipación de la Mujer (ONAEM) y Coordinadora Nacional de la REDTRASEX y titular de las poblaciones vulnerables al VIH ante el MCP. |
| 6 | Omar Flores Velasco | Responsable del Programa Nacional de Malaria del Ministerio de Salud |
| 7 | Otomar Ayala Torres | Representante de la población afectada por la malaria en el MCP |
| 8 | Lidia Vaca Roca | Representante de la población vulnerable a la malaria en el MCP |
| 9 | María Gabriela Flores | 1ra suplente de la población vulnerable a la malaria ante el MCP |
| 10 | Miguel Ruiz Vaca | 2do suplente de la población vulnerable a la malaria ante el MCP |
| 11 | Elizabeth Saavedra Arauz | 1ra suplente de la población afectada por la malaria ante el MCP |
| 12 | Rocío Ayala Toledo | 2da suplente de la población afectada por la malaria ante el MCP |
| 13 | Nelson Illanes | Titular de la sociedad civil afectada por la TB ante el MCP |
| 14 | Paola Ariane | 1ra suplente de la población afectada por la TB ante el MCP |
| 15 | Máximo Romero | Titular de las poblaciones vulnerables a la TB ante el MCP |

Durante las entrevistas a los actores clave, surgieron muchos puntos de consenso y de opiniones similares, y algunas conclusiones son aplicables a las tres enfermedades, mientras que otras lo son únicamente para una de ellas. A continuación, se ofrece un relato de los puntos en los que hubo cierto grado de consenso:

- La sostenibilidad de las OSC está en riesgo real.
- Existen otras fuentes de financiación internacional, pero no de la magnitud del Fondo Mundial. Además, el conocimiento que las comunidades tienen sobre esas fuentes es limitado.
- Debe explorarse la opción de los aportes de las empresas (como acciones de responsabilidad social empresarial) e intentar visibilizar las enfermedades en los programas operativos anuales (POA) de las gobernaciones y municipios asegurando presupuestos para prevención, especialmente para las poblaciones clave. Los municipios están obligados a hacer un POA con presupuesto, pero cuentan con pocas capacidades para realizar dicha tarea.
- Para la malaria y la TB quedan los fondos del Tesoro General de la Nación, y hay que abogar por ellos como se está haciendo para el VIH, pues ya se han conseguido avances respecto a dicha enfermedad que pueden servir de ejemplo. Como lecciones aprendidas del proceso del VIH, se considera clave el empoderamiento de los líderes y las lideresas, así como la capacitación de la sociedad civil.
- Existe una gran falta de recursos para actividades de coordinación y capacitación de los miembros de las OSC. Hay muchas necesidades de creación de capacidades, especialmente en TB y malaria, sobre todo en incidencia política. En el caso del VIH, ya existe un plan de transición elaborado por el Programa de VIH, y se están haciendo grandes esfuerzos para lograr dicha transición, pues incluso se han llevado a cabo varios procesos para asignar partidas presupuestarias. No obstante, esto no está ocurriendo en el caso de las otras dos enfermedades.
- Hay mecanismos para que el gobierno canalice fondos hacia las OSC específicamente para estas tres enfermedades, pero aquello no ha sucedido hasta ahora. Existe el proyecto llamado «Bolivia Cambia, Evo Cumple», administrado por la Presidencia, en la Unidad de Proyectos Sociales. Se han dedicado fondos a otras áreas y se podría explorar la respuesta a estas enfermedades.
- El país cuenta con normativas que obligan a la participación comunitaria en salud, entre ellas el modelo SAFCI, pero estas normas no se están cumpliendo o, cuando se hace, hay interferencias políticas en la elección de la participación, que formalmente está más limitada al diseño de los programas, pero no a su implementación. Esto debe solucionarse mediante incidencia política.
- Hay reticencias de algunos programas, especialmente el de TB, para trabajar con la sociedad civil.
- No existen organizaciones que se autogestionen con presupuestos derivados de sus actividades. Esta quizás sea un área que se pueda explorar.
- El estigma y la discriminación son un tema importante en el caso del VIH y la TB, y pueden ser una barrera para lograr la financiación de las intervenciones comunitarias.
- En el caso de la malaria, existe un déficit de organizaciones. Para cubrirlo habría dos caminos: uno sería crear una ONG que se dedique a trabajar en la respuesta a la malaria y el otro, trabajar en la respuesta mediante los agentes municipales de salud ya existentes; no obstante, antes habría que legitimarlos, pues, al no ser elegidos por la comunidad, no tienen representatividad.
- En el caso de la malaria, uno de los fines de la empresa estatal EBA es conseguir los mejores precios para la exportación de la nuez amazónica o castaña, pero además mejorar las condiciones laborales y de vida de los trabajadores. Entre estas condiciones deberían considerarse aquellas referidas a la salud.

4.5. RIESGOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA COMUNITARIA AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

Del ejercicio del diálogo social se infieren riesgos que afectan a las respuestas a las tres enfermedades de manera conjunta y otros que son específicos de alguna de ellas.

Entre los riesgos discutidos durante el diálogo destacan los siguientes:

- Pocas capacidades en las organizaciones comunitarias para ejercer la abogacía e incidencia política fundamentada en pruebas, especialmente en TB y malaria.
- Falta de capacidades y de formación para implementar estrategias comunitarias de respuesta a las enfermedades, especialmente en TB y malaria.
- Falta de voluntad o de capacidad de articulación entre las diferentes organizaciones y movimientos comunitarios.
- Denegación de presupuesto estatal para financiar los componentes comunitarios de las respuestas a las enfermedades.
- Falta de sintonía entre los programas nacionales de respuesta a las enfermedades y las OSC.
- Estigma y discriminación hacia las enfermedades, lo que hace políticamente poco viable la financiación de las respuestas comunitarias a las enfermedades, especialmente al VIH y la TB.
- Falta de nuevos liderazgos para dar continuidad a la abogacía e incluir nuevas demandas.
- En la respuesta a la malaria, se ignora la necesidad de planificar una respuesta intercultural.

4.6. NECESIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA IDENTIFICADAS

Sobre la base del análisis FODA, de las conversaciones que se dieron en el marco de la discusión para la planificación y para la mitigación de los riesgos identificados se desprenden las siguientes necesidades de asistencia técnica para la sostenibilidad de las respuestas comunitarias a las tres enfermedades.

| RIESGOS | NECESIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA |
|---|--|
| <p>Pocas capacidades en las organizaciones comunitarias para ejercer la abogacía e incidencia política fundamentada en pruebas. Denegación de presupuesto estatal para financiar los componentes comunitarios de las respuestas a las enfermedades.</p> | <p>Fortalecimiento de capacidades en incidencia política fundamentada en pruebas, adaptada al contexto de cada una de las enfermedades. Específicamente se mencionó abogacía para conseguir que se cumplan las obligaciones de asignaciones presupuestarias a las OSC.</p> |
| <p>Falta de capacidades y de formación para implementar estrategias comunitarias de respuesta a las enfermedades, especialmente en TB y malaria.</p> | <p>Fortalecimiento de capacidades en el diseño y desarrollo de estrategias comunitarias de respuesta a las tres enfermedades, priorizando la TB y la malaria.</p> |

| RIESGOS | NECESIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA |
|---|--|
| Falta de voluntad o de capacidad de articulación entre las diferentes organizaciones y movimientos comunitarios. | Asistencia para la creación de redes y mecanismos de coordinación sostenibles, incluidos mecanismos para el monitoreo que faciliten la consecución de los objetivos del plan de transición. |
| Falta de sintonía entre los programas nacionales de respuesta a las enfermedades y las OSC. | Asistencia para la elaboración de estrategias para el incremento de la participación de las OSC en los espacios de toma de decisiones, priorizando la TB y la malaria. |
| Estigma y discriminación hacia las enfermedades, lo que hace políticamente poco viable la financiación de las respuestas comunitarias a las enfermedades, especialmente al VIH y la TB. | Asistencia técnica y financiera para diseñar e implementar estrategias de comunicación social para la reducción del estigma y la discriminación, priorizando la TB y el VIH. |
| Falta de nuevos liderazgos para dar continuidad a la abogacía e incluir nuevas demandas. | Identificación y fortalecimiento de capacidades en jóvenes líderes de los tres movimientos. |
| En la respuesta a la malaria, se ignora la necesidad de planificar una respuesta intercultural. | Fortalecimiento de las capacidades de las OSC que trabajan en la respuesta a la malaria y de poblaciones vulnerables para establecer vínculos con las instancias gubernamentales que aseguran intervenciones interculturales en salud. |

5. MAPEO DE ACTORES

5.1. MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria y el ente rector del sector salud¹⁹. Asimismo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece la implementación del Sistema Único de Salud para lograr el acceso universal a la salud, mediante la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural²⁰ y su modelo de atención y de gestión en salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)²¹.

5.1.1. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y Hepatitis Virales

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y Hepatitis Virales desarrolla acciones para la prevención del VIH/sida, la protección de los derechos humanos y la asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH²². Además, mediante esta ley se crea el Consejo Nacional del VIH/sida del Ministerio de Salud y todas las instancias involucradas para dar respuesta a esta enfermedad.

El programa cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2013–2018 cuyo objetivo general es «reducir la morbimortalidad asociada al VIH/sida». Para tal efecto, desarrolla objetivos estratégicos encaminados a reducir la prevalencia de VIH/sida, reducir la prevalencia de VIH y reducir la mortalidad por causas asociadas al VIH. Los objetivos estratégicos de este programa son:

1. Reducir la ocurrencia de nuevos casos de VIH/sida.
2. Incrementar la cobertura de la atención integral de VIH, las otras infecciones de transmisión sexual y las enfermedades oportunistas asociadas al VIH/sida.
3. Eliminar el estigma y discriminación, y disparidades en el acceso a los servicios públicos, seguridad social y servicios privados.
4. Promover el autocuidado y mejorar la corresponsabilidad social para controlar la epidemia del VIH/sida.

Finalmente, el programa cuenta con un «Plan de Sostenibilidad del VIH en Bolivia» con el objetivo de garantizar recursos económicos para responder a esta enfermedad y fortalecer la atención integral y la prevención en todas sus formas.

¹⁹ Artículo 36 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

²⁰ Ley N° 031, Marco de Autonomías y Descentralización

²¹ Decreto Supremo N° 29601, Política SAFCI

²² Ley N° 3729 para la prevención del VIH/sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/sida

5.1.2. Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra Humana

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) desarrolla su intervención en el marco de su Plan Estratégico Multisectorial de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016–2020. El objetivo del plan es «disminuir la alta carga de la tuberculosis y sus determinantes sociales mediante esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectorial y sociedad civil, respetando los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los afectados y población general».

El plan desarrolla seis objetivos estratégicos:

1. Fortalecer acciones de prevención de riesgos y promoción de la salud en la población general y poblaciones de mayor vulnerabilidad, respetando las diferencias de género, generacionales, diversidades culturales, sociales y sexuales, y fomentando prácticas que favorezcan el cuidado de la salud.
2. Fortalecer el acceso universal, con equidad, de la población en general y las poblaciones de mayor vulnerabilidad a un diagnóstico oportuno, un tratamiento con calidad y calidez, previniendo el abandono del tratamiento y promoviendo una curación efectiva.
3. Fortalecer la atención integral de: tuberculosis drogorresistente (TB-DR) y las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA).
4. Desarrollar acciones colaborativas eficaces y eficientes, con los programas de VIH y enfermedades no transmisibles.
5. Desarrollar estudios, investigaciones y evaluaciones, de acuerdo con el contexto social y perfil epidemiológico de la tuberculosis en el país.
6. Desarrollar estrategias innovadoras en el control de la tuberculosis, con énfasis en la eliminación del estigma y discriminación.

En este contexto, el programa cuenta con políticas y normas desarrolladas en los siguientes módulos de capacitación: manejo de la estrategia DOTS (5 módulos), Guía Clínica de Coinfección VIH-TB, Guía de Manejo de RAFA I Línea, Guía Técnica de Manejo de la TB-MDR, Manual Técnico de la Red de Baciloscopía, Manual de Procedimientos de Cultivo y Plan de Expansión del Manejo de la TB-MDR. Además, sostiene reuniones de coordinación trimestrales con el Programa de VIH. En ellas se analizan y desarrollan actividades conjuntas que han facilitado realizar diagnósticos de coinfección, tratamientos de pacientes con coinfección, quimioprofilaxis, procesos de capacitación y seguimiento de tratamientos a pacientes con la coinfección, lo que incluye otras comorbilidades como diabetes, pacientes con trasplante renal, entre otros.

5.1.3. Programa Nacional de Malaria

El Programa Nacional de Malaria desarrolla sus actividades en el marco de su Plan Estratégico Institucional de Malaria. El objetivo general del plan es «desarrollar estrategias de control de la malaria en regiones con persistencia de transmisión en la Amazonía boliviana, así como de preeliminación en regiones del centro y sur del país, sin o con baja transmisión, garantizando intervenciones con efectividad operativa y el derecho de la población a las prestaciones de prevención y atención de la malaria para mejorar así la calidad y cobertura de las estrategias contra el *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* en el periodo 2015–2019».

Los objetivos estratégicos del programa son:

1. Redoblar los esfuerzos dirigidos a la prevención, la vigilancia y la detección temprana de la malaria, así como a la contención de brotes en diversos contextos programáticos.
2. Promover, fortalecer y optimizar los mecanismos y herramientas para un control de los vectores.
3. Redoblar los esfuerzos para lograr el acceso universal a un diagnóstico de la malaria inmediata, certera y de calidad, seguido del tratamiento con medicamentos antimaláricos eficaces.
4. Fomentar un entorno que propicie la sostenibilidad y apoye los esfuerzos de colaboración y las mejores prácticas para combatir la enfermedad.
5. Optimizar los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud, entre ellos la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, las investigaciones operativas y la capacidad de las regiones para afrontar sus respectivos desafíos en relación con la malaria de forma pertinente y adecuada.

5.2. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) es el órgano rector del sistema de economía y finanzas del Estado, cuyas competencias y atribuciones le son conferidas mediante el Decreto Supremo N° 29894, relativo a la organización del órgano ejecutivo del Estado. Este ministerio monitorea todo el gasto público, incluido el que se destina a las tres enfermedades.

5.3. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO

El Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) es el órgano rector del sistema de planificación integral del Estado, cuyas competencias y atribuciones le son conferidas mediante las siguientes disposiciones: la Ley N° 777, relativa al Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE), el Decreto Supremo N° 2645 de 2016, el Decreto Supremo N° 2514 de 2015, la Ley N° 516 de Promoción de Inversiones de 2014, la Ley N° 466 (Ley de la Empresa Pública) de 2013, el Decreto Supremo N° 429 de 2010, y el Decreto Supremo N° 29894 de 2009, relativo a la organización del órgano ejecutivo.

Es importante mencionar la Ley N° 777 de 2016 (Ley del SPIE) y la Ley N° 786 del mismo año (Plan de Desarrollo Económico Social o PDES), que establecen que los diferentes niveles del Estado desarrollen sus Planes Sectoriales de Desarrollo Integral (PSDI), Planes Estratégicos Institucionales (PEI) y planes nacionales de programas de planificación quinquenal.

5.4. OTROS MINISTERIOS

Existen otras instituciones públicas, entre ellas otros ministerios, que, incluso sin tener un rol central en la respuesta al VIH, la TB y la malaria, pueden desempeñar papeles importantes ocasionalmente. Por ejemplo, el Defensor de los Derechos Humanos puede ser clave para orientar y coadyuvar en el componente de derechos de la respuesta a las tres enfermedades, así como el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional puede serlo en la aplicación de la legislación vigente y la que se pueda crear. Por su parte, el Ministerio de Educación debería involucrarse en la creación de capacidades sobre las enfermedades y sus determinantes, y el Ministerio de Gobierno debería velar por asegurar la organización administrativa necesaria para la implementación de las respuestas.

5.5. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

5.5.1. Organizaciones que trabajan en la respuesta al VIH/sida

- **Asociación Civil de Desarrollo Social Libertad (ADESPROC Libertad):** Tiene el objetivo de «contribuir en la conformación del movimiento gay lésbico a nivel nacional [y] ha desarrollado acciones orientadas a visibilizar la realidad de la comunidad gay lésbica, con énfasis en la defensa de los derechos humanos, la integridad y el crecimiento personal de su comunidad».
- **Familia Galán:** Tiene el objetivo de «generar espacios de discusión y reflexión entre activistas, teóricos y la ciudadanía en general respecto a la presencia política y social de las diversidades trans en nuestro país: es un asunto de derechos, de nuestros derechos».
- **Fundación REDVIHDA:** Tiene el objetivo de «garantizar el acceso a una atención integral sin discriminación para las personas que viven [con el VIH] y [personas] afectadas por el VIH, dando en Bolivia respuestas positivas y efectivas en una sociedad libre de VIH y sida».
- **Instituto para el Desarrollo Humano (IDH):** Tiene varios objetivos: disminuir comportamientos de riesgo que favorecen la transmisión del VIH en la población general, con énfasis en adolescentes; mejorar la atención integral en salud de las personas que viven con el VIH en Cochabamba; fortalecer la promoción y la defensa de los derechos humanos de personas que viven con el VIH, e incidir para que las instancias gubernamentales de salud y educación integren con calidez y calidad las metodologías de prevención y atención a los servicios dirigidos a las personas que viven con el VIH.
- **Organización EQUIDAD:** Tiene el objetivo de «defender públicamente los derechos humanos de las personas con distinta orientación sexual y/o identidad de género [mediante] procesos educativos, organizacionales y políticos».
- **Trans Red de Bolivia (TREBOL):** Tiene el objetivo de «mejorar la calidad de vida de poblaciones trans [mediante] alianzas estratégicas a nivel nacional e internacional[,] haciendo prevalecer los derechos humanos y poniendo en alto la igualdad de oportunidades para todas sin distinción de identidad de género».
- **Organización de Travestis, Transgéneros y Transexuales Femeninas de Bolivia (OTRAF):** Tiene el objetivo de «aportar al ejercicio, promoción y defensa de los derechos humanos fundamentales de las personas con orientación sexual e identidad de género diferente a la heterosexual (travestis, transexuales, transformistas y transgéneros) [en virtud d]el principio de la defensa [de] la vida en su integridad».
- **Asociación Vivo en Positivo:** Está conformada por personas que viven con el VIH/sida. Fue creada con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de niñas, niños, mujeres y hombres que viven con el VIH/sida, y reducir el riesgo nuevas infecciones en la población general y las poblaciones vulnerables mediante la ejecución de programas y proyectos en el ámbito local y nacional.
- **Red Nacional de Personas que viven con VIH y Sida en Bolivia (REDBOL):** Busca trabajar para el empoderamiento de grupos de personas que viven con el VIH/sida para mejorar su calidad de vida al facilitarles acceso a la información, comunicación, actividades de capacitación y servicios de atención integral, y formular políticas y estrategias desde la perspectiva de esta comunidad que contribuyan a la disminución del estigma y la discriminación, promoviendo su directa participación como protagonistas y parte de la solución.

- **Colectivo TLGB Bolivia:** Agrupa a más de 20 organizaciones LGBTI en el país.
- **Organización Nacional de Activistas por la Emancipación de la Mujer (ONAEM):** Cuenta con bases a nivel nacional y sus objetivos se orientan a construir y fortalecer su organización de y para mujeres trabajadoras sexuales a nivel nacional, departamental, provincial y cantonal; capacitar y formar a las mujeres trabajadoras sexuales sobre sus derechos; impulsar la formación de líderes de mujeres trabajadoras sexuales; alcanzar el reconocimiento del trabajo sexual como trabajo; ejercer el trabajo sexual libremente, sin patronos y con autonomía; exigir a las instancias estatales correspondientes seguridad y protección en el ejercicio del trabajo de las mujeres trabajadoras sexuales, y promover acciones para la emancipación de la mujer en Bolivia.
- **Organización de Trabajadoras Nocturnas de Bolivia (OTNB):** Está compuesta por mujeres trabajadoras sexuales de La Paz, El Alto y todo el interior de Bolivia. Funge como defensora de los derechos humanos, laborales y económicos de las trabajadoras sexuales, y busca eliminar abusos sexuales, verbales y psicológicos que las mujeres trabajadoras sexuales sufren por parte de la policía y de los dueños de establecimientos.

5.5.2. Organización que trabaja en la respuesta a la tuberculosis

- **Asociación de Pacientes con Tuberculosis (ASPACONT):** Se ha conformado recientemente y busca la promoción de los derechos de las personas afectadas por la TB y la incidencia política para mejorar la respuesta.

5.5.3. Organizaciones que trabajan en la respuesta a la malaria

- Corresponde a organizaciones de zafreros que se dedican a cosechar la castaña. Reúnen aproximadamente a 10 000 familias de todo el país en la zona productora, pero son débiles y poco organizadas, principalmente debido al trabajo que realizan

5.5.4. Organizaciones sin fines de lucro

- **Kuratorium:** Es una ONG que, en el marco del convenio con el programa de salud comunitaria denominado «Tuberculosis» de la Cruz Roja de Bolivia y el Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz (SEDES), atendían gratuitamente en dos centros broncopulmonares y movilizaban apoyo humano y financiero para la prevención, detección y control de la TB. En virtud de este convenio, el SEDES proporciona nueve ítems para el funcionamiento del programa.
- **Visión Mundial:** Trabaja en Bolivia hace 35 años desarrollando programas y proyectos enfocados en niños y niñas en áreas rurales y urbanas, y luchando contra la inequidad e injusticia con el propósito de transformar –junto con los líderes locales, autoridades y las comunidades– las condiciones de vulnerabilidad de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Esta organización desarrolla sus actividades en las siguientes líneas de acción: integrar redes y alianzas de socios a diferentes niveles para contribuir al desarrollo integral de la niñez; contribuir al empoderamiento y participación de la niñez en el ejercicio de sus derechos; fortalecer las capacidades de las organizaciones de base comunitaria, priorizando los sectores críticos que afectan el bienestar de niños y niñas, y fortalecer conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, ITS y VIH/sida.

- **Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES):** Es una organización de desarrollo social sin fines de lucro que contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos con el fin de mejorar la calidad de vida de la población boliviana urbana y rural, con énfasis en aquella en situación de vulnerabilidad. Sus líneas de acción incluyen derechos sexuales y derechos reproductivos, derechos humanos, educación comunitaria en salud, planificación familiar, embarazo seguro, cáncer uterino y de mama, violencia doméstica, salud de adolescentes, VIH e ITS, implementación del modelo SAFCI, violencia escolar, entre otros.
- **AIDS HEALTH FOUNDATION (AHF):** Es una organización global sin fines de lucro, con sede en Los Ángeles (Estados Unidos), cuyo trabajo es orientar a fortalecer los servicios de prevención del VIH y de acceso al diagnóstico y a la atención médica para personas con VIH/sida. En la actualidad, y en coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, se está implementando un proyecto piloto.

Otras organizaciones y agencias internacionales que trabajan en Bolivia en temas relacionados con las tres enfermedades son las siguientes: Agencia Brasileira de Cooperación, Fundación Huésped en Hepatitis Virales, Fundación ICALMA, FUNDIEH, ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA, PNUD y UNICEF.

6. PLAN DE ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL DE BOLIVIA PARA LA TRANSICIÓN HACIA LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

Bolivia está implementando programas financiados por el Fondo Mundial para responder al VIH, la TB y la malaria. Debido a la carga de cada una de las enfermedades, así como al crecimiento económico del país, el país comenzará a recibir financiamiento para la transición a la sostenibilidad nacional de la respuesta a la malaria en el periodo 2023–2025, y poco después será para el VIH y la TB.

Las intervenciones comunitarias son uno de los principales pilares de las respuestas a las enfermedades. Es por ello que la planificación debe asegurar una transición ordenada de dichas intervenciones comunitarias a la sostenibilidad usando recursos nacionales o internacionales distintos a los provenientes del Fondo Mundial.

Este plan de acción se basa en el análisis situacional realizado de manera conjunta durante el diálogo social para la transición a la sostenibilidad de las respuestas al VIH, la TB y la malaria, específicamente en el taller de los días 17 y 18 de noviembre de 2017 en Cochabamba.

Dicho taller se realizó con el apoyo técnico del Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT), y con financiamiento proveniente de la Iniciativa Estratégica sobre Comunidad, Derechos y Género (CRG, por sus siglas en inglés) del Fondo Mundial.

El plan de acción responde a las áreas priorizadas y los objetivos estratégicos correspondientes del Plan de Transición para la Sostenibilidad. En concreto, responde al área priorizada número 4 (*sociedad civil sostenible, articulada con el Estado y con participación efectiva en la respuesta*), que se corresponde con el objetivo estratégico número 4 (*garantizar la participación efectiva de las OSC en tuberculosis, malaria y VIH/sida articuladas al Estado*).

En la matriz de planificación que aparece más adelante se ofrece la correspondencia entre las líneas estratégicas y líneas de acción de este plan con las líneas de acción del Plan de Transición.

6.1. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE ACCIÓN

El grupo de personas participantes llegó al consenso de que el plan debe perseguir el siguiente objetivo general:

Asegurar la sostenibilidad financiera y programática de las estrategias sociales y comunitarias en las respuestas al VIH, la tuberculosis y la malaria, con una participación plena de las organizaciones y grupos comunitarios en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las estrategias de respuesta a las enfermedades en todos los niveles.

Dicho objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Diseñar las estrategias de sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, tanto individuales como conjuntas.
2. Fortalecer la participación de las organizaciones y grupos comunitarios en los mecanismos y procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, en los niveles local, regional y nacional.
3. Ampliar y fortalecer las bases sociales de los movimientos sociales, especialmente de la respuesta a la malaria.
4. Fortalecer las capacidades de las organizaciones y grupos comunitarios para participar en las respuestas a las tres enfermedades.

Los resultados a los que contribuirán las líneas estratégicas –que corresponden a los objetivos específicos– son los siguientes:

1. Estrategias de sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, individuales y conjuntas, definidas y consensuadas.
2. Organizaciones y grupos comunitarios participan de manera efectiva en los mecanismos y procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, en los niveles local, regional y nacional.
3. Bases sociales de los movimientos comunitarios, especialmente de la respuesta a la malaria, fortalecidas y ampliadas.
4. Capacidades de las organizaciones y grupos comunitarios para participar en las respuestas a las tres enfermedades fortalecidas.

6.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y DE ACCIÓN POR OBJETIVO ESTRATÉGICO

OE1. Diseñar las estrategias de sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, tanto individuales como conjuntas.

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|--|---|---|--|
| 1. Incidencia política para lograr plena inclusión de las OSC en los procesos políticos de los tres niveles administrativos. | 1.1. Consensuar los lineamientos de sostenibilidad con los programas nacionales para que sean incluidos en el plan de transición. 1.2. Considerar la participación de la medicina tradicional en la respuesta a las enfermedades. 1.3. Incluir a las poblaciones con discapacidad en la programación de respuesta a las enfermedades. | OE4-LE1.LE4. Gestiones de abogacía para la incidencia política en el marco de los programas de salud mediante propuestas técnicas participativas, de manera conjunta con las OSC. OE4.LE1.LA3. Desarrollo de propuestas técnicas de apoyo en respuesta al VIH, la TB y la malaria, con la participación de las OSC. OE4.LE1.LA3. Desarrollo de propuestas técnicas de apoyo en respuesta al VIH, la TB y la malaria, con la participación de las OSC. | I. OSC participan en las respuestas al VIH, la TB y la malaria en las áreas más afectadas, en los tres niveles administrativos. |
| 2. Búsqueda de fuentes de financiación nacionales e internacionales alternativas. | 2.1. Diseñar e implementar una estrategia de búsqueda de entidades financiadoras de intervenciones comunitarias para cada una de las tres enfermedades, por internet y por medio de actores internacionales presentes en el país (ONUSIDA, OPS/OMS, redes internacionales, etc.). | OE4.LE5.LA1. Identificación de sectores afines para las respuestas al VIH, la TB y la malaria. | II. Fuentes de financiación nacionales e internacionales alternativas para las respuestas comunitarias al VIH, la TB y la malaria identificadas. |
| 3. Diseño de una estrategia para conseguir la presidencia del MCP. | 3.1. Elaborar e implementar una estrategia de cabildeo para participar en el MCP y conseguir que el movimiento de TB asuma la presidencia. | OE4-LE1.LE4. Gestiones de abogacía para la incidencia política en el marco de los programas de salud mediante propuestas técnicas participativas, de manera conjunta con las OSC. | III. Sector de TB es elegido como presidente del MCP. |

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|--|---|---|---|
| <p>4. Fortalecimiento de las alianzas con redes internacionales para mejorar la coordinación entre las poblaciones nacionales.</p> | <p>4.1. Participar en eventos y foros de discusión de las redes regionales e internacionales de las tres enfermedades.</p> <p>4.2. Invitar a redes regionales e internacionales a los eventos y foros de discusión nacionales sobre las tres enfermedades.</p> <p>4.3. Celebrar una mesa de discusión sobre el trabajo en redes y lecciones aprendidas respecto a las tres enfermedades en el Foro Nacional de Salud.</p> | <p>OE4.LE5.LA1. Identificación de sectores afines para las respuestas al VIH, la TB y la malaria.</p> <p>OE4.LE5.LA1. Identificación de sectores afines para las respuestas al VIH, la TB y la malaria.</p> <p>OE4.LE5.LA3. Participación de las OSC en actividades intersectoriales en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>IV. Mecanismo de coordinación entre los movimientos sociales de VIH, TB y malaria establecido.</p> |
| <p>5. Diseño de modelos de autofinanciación para las organizaciones y grupos comunitarios.</p> | <p>5.1. Discutir sobre modelos de autofinanciación de las organizaciones y grupos comunitarios en una mesa del Foro de Salud.</p> <p>5.2. Sistematizar los resultados y lecciones aprendidas de la mesa y diseminarlos entre las OSC.</p> | <p>OE4.LE5.LA2. Gestiones de acercamiento y consolidación de alianzas estratégicas mediante convenios interinstitucionales para las respuestas al VIH, la TB y la malaria.</p> <p>OE4.LE5.LA3. Participación de las OSC en actividades intersectoriales en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>V. Modelos de autofinanciación de las organizaciones comunitarias que responden al VIH, la TB y la malaria, sistematizados y diseminados.</p> |
| <p>6. Diseño de modelos de solicitudes de financiación para atender necesidades programáticas para presentarlos de manera individual o conjunta a entidades financiadoras.</p> | <p>6.1. Discutir de manera conjunta sobre el diseño de proyectos para solicitar financiación.</p> <p>6.2. Elaborar proyectos y solicitudes de financiación sobre la base de los resultados de la discusión.</p> <p>6.3. Elaborar un proyecto de abogacía en TB para presentarlo a Alto a la TB y obtener un instrumento de apoyo para la sociedad civil.</p> | <p>OE4.LE5.LA2. Gestiones de acercamiento y consolidación de alianzas estratégicas mediante convenios interinstitucionales para las respuestas al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>VI. Modelos de solicitudes de financiación para atender necesidades programáticas de las respuestas comunitarias al VIH, la TB y la malaria diseñados y diseminados.</p> |

OE2. Fortalecer la participación de las organizaciones y grupos comunitarios en los mecanismos y procesos de diseño, implementación y monitoreo de políticas, planes y programas de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, en los niveles local, regional y nacional.

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|--|---|--|---|
| 7. Fortalecimiento de las alianzas con el sector público para aprovechar las oportunidades que presenta el proceso de descentralización. | 7.1. Organizar un foro de salud sobre las tres enfermedades en los tres niveles de gobierno para lograr la sostenibilidad. El foro se preparará desde los niveles de base para luego pasar a los departamentales y finalmente llegar al nivel nacional. | OE4.LE6.LA1. Gestión en las instancias del Estado para la elaboración de una normativa de participación y coordinación de las OSC en los programas de salud en respuesta al VIH, la TB y la malaria. | VII. Alianzas de los movimientos comunitarios con el sector público de respuesta al VIH, la TB y la malaria fortalecidos. |
| 8. Vinculación de los planes de sostenibilidad de las organizaciones a los procesos administrativos de descentralización mediante acciones de incidencia política. | 8.1. Elaborar planes de sostenibilidad en colaboración con las autoridades municipales y regionales. | OE4.LE6.LA1. Gestión en las instancias del Estado para la elaboración de una normativa de participación y coordinación de las OSC en los programas de salud en respuesta al VIH, la TB y la malaria. | VIII. Procesos de descentralización, especialmente la implementación del modelo SAFCI, incluyen la participación plena de los movimientos comunitarios de respuesta al VIH, la TB y la malaria. |
| 9. Fortalecimiento de alianzas entre movimientos para lograr avances en materia de derechos y prevención de las enfermedades. | 9.1. Asegurar que los Proyectos Sociocomunitarios Productivos (PSP) del Ministerio de Educación abordan la TB, el VIH y la malaria. | OE4.LE1.LA3. Desarrollo de propuestas técnicas de apoyo en respuesta al VIH, la TB y la malaria, con la participación de las OSC. | IX. Alianzas entre los movimientos comunitarios de respuesta al VIH, la TB y la malaria incluyen aspectos de derechos humanos y prevención. |
| 10. Diseño e implementación de una estrategia para la visibilización de la TB y la malaria como problemas de salud pública y para la asignación de presupuesto municipal y regional. | 10.1. Realizar una campaña con medios de comunicación para la visibilización de las enfermedades y su impacto en la salud pública, con énfasis en la necesidad de acción por parte de la administración pública. | OE4-LE1.LE4. Gestiones de abogacía para la incidencia política en el marco de los programas de salud mediante propuestas técnicas participativas, de manera conjunta con las OSC. | X. Se cuenta con asignaciones de presupuestos municipales y regionales para intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la TB y la malaria. |

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|---|--|---|--|
| <p>11. Abogacía para la participación en la implementación de programas comunitarios en aplicación del modelo SAFCI, con fondos municipales y regionales.</p> | <p>11.1. Capacitar a las OSC en las posibilidades que ofrece el modelo SAFCI. Implementar acciones de abogacía conjunta para la integración de intervenciones comunitarias de respuesta a las enfermedades en la implementación del modelo SAFCI.</p> <p>11.2.</p> | <p>OE4-LE1.LE4. Gestiones de abogacía para la incidencia política en el marco de los programas de salud mediante propuestas técnicas participativas, de manera conjunta con las OSC.</p> | <p>XI. Los planes de implementación del modelo SAFCI a nivel municipal y regional incluyen participación comunitaria plena.</p> |
| <p>12. Diseño e implementación de una estrategia para lograr un acercamiento a los programas nacionales de VIH, TB y malaria, así como la participación en espacios de toma de decisión, con un mecanismo de devolución de información a las bases.</p> | <p>12.1. Establecer un mecanismo de devolución de información y de rendición de cuentas a las bases para los movimientos sociales.</p> <p>12.2. Diseñar mecanismos de comunicación con poblaciones sin acceso a internet.</p> | <p>OE4.LE6.LA1. Gestión en las instancias del Estado para la elaboración de una normativa de participación y coordinación de las OSC en los programas de salud en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>XII. Colaboración permanente entre los programas nacionales de VIH, TB y malaria, con conocimiento y discusión de las bases de cada uno de los movimientos.</p> |
| <p>13. Capacitación al personal de salud sobre el VIH, la TB y la malaria, y las estrategias comunitarias de respuesta.</p> | <p>13.1. Diseñar e implementar una estrategia de capacitación para el apoyo a la implementación de proyectos y programas de respuesta comunitaria a las tres enfermedades que incluyan aspectos de la coinfección VIH-TB.</p> | <p>OE4.LE1.LA2. Capacitación de las OSC en el marco de los planes y programas de capacitación.</p> | <p>XIII. Personal de salud de los tres niveles administrativos capacitado sobre el apoyo a las estrategias comunitarias de respuesta al VIH, la TB y la malaria que se han desarrollado con apoyo del Fondo Mundial.</p> <p>XIV. Personal de las organizaciones de respuesta comunitaria a las tres enfermedades capacitado para implementar estrategias de respuesta a las tres enfermedades.</p> |

OE3. Ampliar y fortalecer las bases sociales de los movimientos sociales, especialmente de la respuesta a la malaria.

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|--|---|--|--|
| <p>14. Generación de acercamientos a otros sectores sociales, como los movimientos sobre género y derechos humanos, entre otros.</p> | <p>14.1. Compartir información y experiencias sobre la respuesta a las tres enfermedades con el resto de los movimientos, incluidos los aspectos de género y derechos humanos relacionados con las enfermedades.</p> <p>14.2. Identificar y participar en foros públicos de discusión sobre género y derechos humanos.</p> <p>14.3. Invitar a dichos sectores a participar en el Foro Nacional de Salud, con inclusión de una mesa de trabajo sobre intersectorialidad de los movimientos sociales.</p> | <p>OE4.LE2.LA1. Participación de las OSC en los espacios de análisis de los determinantes de la salud local, municipal y nacional en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> <p>OE4.LE6.LA1. Gestión en las instancias del Estado para la elaboración de una normativa de participación y coordinación de las OSC en los programas de salud en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>XV. Los movimientos de respuesta a las tres enfermedades y los de género y derechos humanos comparten información estratégica regularmente.</p> <p>XVI. Vínculos formales establecidos entre los movimientos de VIH, TB y malaria, y otros movimientos, como aquellos de género y derechos humanos, a nivel nacional e internacional.</p> |
| <p>15. Uso de la financiación del Fondo Mundial para el fortalecimiento de nuevos liderazgos.</p> | <p>15.1. Asegurar la inclusión de financiación para la capacitación de nuevos líderes y nuevas lideresas entre las bases de los movimientos de respuesta a las tres enfermedades.</p> | <p>OE4.LE1.LA2. Capacitación de las OSC en el marco de los planes y programas de capacitación.</p> | <p>XVII. Los nuevos programas financiados por el Fondo Mundial incluyen estrategias específicas para la capacitación de nuevos líderes y nuevas lideresas de los movimientos de respuesta a las tres enfermedades.</p> |
| <p>16. Facilitación de espacios para la capacitación de las bases de las organizaciones para que comprendan las enfermedades y participen en las respuestas.</p> | <p>16.1. Diseñar e implementar programas de capacitación para las bases de cada uno de los movimientos de respuesta a las tres enfermedades.</p> <p>16.2.. Asegurar la participación de las bases en los eventos nacionales e internacionales de discusión sobre la respuesta a las tres enfermedades.</p> | <p>OE4.LE1.LA2. Capacitación de las OSC en el marco de los planes y programas de capacitación.</p> | <p>XVIII. Se desarrollan espacios de capacitación diseñados específicamente para facilitar el acceso de las bases de los movimientos a información estratégica de la respuesta a las tres enfermedades.</p> |

OE4. Fortalecer las capacidades de las organizaciones y grupos comunitarios para participar en las respuestas a las tres enfermedades.

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | LÍNEAS DE ACCIÓN | LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN CON LA QUE SE CORRESPONDE | RESULTADOS |
|--|--|--|--|
| <p>17. Desarrollo de planes y programas de capacitación para las OSC en el marco de las políticas de los programas de VIH, TB y malaria.</p> | <p>17.1. Coordinar con otros ministerios para desarrollar programas educativos y formativos para las poblaciones.</p> <p>17.2. Diseñar e implementar un plan de capacitación sobre implementación de programas de respuesta a las tres enfermedades (incluida la coinfección VIH-TB) para las OSC y grupos comunitarios, con la participación de cada uno de los tres programas del Ministerio de Salud.</p> | <p>OE4.LE5.LA3. Participación de las OSC en actividades intersectoriales en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> <p>OE4.LE1.LA1. Desarrollo de planes y programas de capacitación en políticas y normas nacionales relativas al VIH, la TB, la malaria, desarrollo humano, entre otros.</p> | <p>XIX. Las organizaciones y grupos comunitarios de VIH, TB y malaria tienen capacidades suficientes para participar plenamente en la respuesta a las tres enfermedades.</p> |
| <p>18. Desarrollo de planes y programas de capacitación para las OSC en derechos humanos, estigma, discriminación política, liderazgo y planificación que asegure la sostenibilidad.</p> | <p>18.1. Diseñar un plan de capacitación para las OSC en materia de derechos humanos, liderazgo y abogacía, incluida la discriminación hacia la población con la coinfección TB-VIH.</p> <p>18.2. Buscar financiación internacional o apoyo técnico para la implementación y presentación del proyecto.</p> | <p>OE4.LE1.LA1. Desarrollo de planes y programas de capacitación en políticas y normas nacionales relativas al VIH, la TB, la malaria, desarrollo humano, entre otros.</p> <p>OE4.LE1.LA2. Capacitación de las OSC en el marco de los planes y programas de capacitación.</p> | <p>XX. Las organizaciones y grupos comunitarios de VIH, TB y malaria cuentan con capacidades técnicas para identificar necesidades y realizar intervenciones sobre derechos humanos, estigma, discriminación política, liderazgo y planificación en cada una de las tres enfermedades.</p> |
| <p>19. Facilitación de espacios de análisis de indicadores y avances de los programas para el desarrollo de acciones de apoyo en respuesta al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>19.1. Monitorear de cerca la implementación de los programas (Receptor Principal-programas).</p> | <p>OE4.LE2.LA3. Participación activa de las OSC en actividades realizadas por los servicios de salud locales, municipales y departamentales para las respuestas al VIH, la TB y la malaria.</p> | <p>XXI. Las organizaciones y grupos comunitarios de las tres enfermedades cuentan con información sobre la implementación de los programas nacionales y han tenido la oportunidad de compartir sus preocupaciones y recomendaciones en espacios formales.</p> |

7. CRONOGRAMA

| N° | LÍNEAS DE ACCIÓN | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | |
|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1ro Q | 2do Q | 3ro Q | 4to Q | 5to Q | 6to Q | 7mo Q | 8vo Q | 9no Q |
| OE1. Diseñar las estrategias de sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, tanto individuales y como conjuntas. | | | | | | | | | | |
| 1.1. | Consensuar los lineamientos de sostenibilidad con los programas nacionales para que sean incluidos en el plan de transición. | | | | | | | | | |
| 1.2. | Considerar la participación de la medicina tradicional en la respuesta a las enfermedades. | | | | | | | | | |
| 1.3. | Incluir a las poblaciones con discapacidad en la programación de respuesta a las enfermedades. | | | | | | | | | |
| 2.1. | Diseñar e implementar una estrategia de búsqueda de entidades financiadoras de intervenciones comunitarias para cada una de las tres enfermedades, por internet y por medio de actores internacionales presentes en el país (ONUSIDA, OPS/OMS, redes internacionales, etc.). | | | | | | | | | |
| 3.1. | Elaborar e implementar una estrategia de cabildeo para participar en el MCP y conseguir que el movimiento de TB asuma la presidencia. | | | | | | | | | |
| 4.1. | Participar en eventos y foros de discusión de las redes regionales e internacionales de las tres enfermedades. | | | | | | | | | |
| 4.2. | Invitar a redes regionales e internacionales a los eventos y foros de discusión nacionales sobre las tres enfermedades. | | | | | | | | | |
| 4.3. | Celebrar una mesa de discusión sobre el trabajo en redes y lecciones aprendidas respecto a las tres enfermedades en el Foro Nacional de Salud. | | | | | | | | | |
| 5.1. | Discutir sobre modelos de autofinanciación de las organizaciones y grupos comunitarios en una mesa del Foro de Salud. | | | | | | | | | |
| 5.2. | Sistematizar los resultados y lecciones aprendidas de la mesa y diseminación de estos entre las OSC. | | | | | | | | | |
| 6.1. | Discutir de manera conjunta sobre el diseño de proyectos para solicitar financiación. | | | | | | | | | |
| 6.2. | Elaborar proyectos y solicitudes de financiación sobre la base de los resultados de la discusión. | | | | | | | | | |
| 6.3. | Elaboración de un proyecto de abogacía en TB para presentarlo a Alto a la TB y obtener un instrumento de apoyo para la sociedad civil. | | | | | | | | | |
| OE2. Fortalecer la participación de las organizaciones y grupos comunitarios en los mecanismos y procesos de diseño, implementación y monitoreo de políticas, planes y programas de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria, en los niveles local, regional y nacional. | | | | | | | | | | |
| 7.1. | Organizar un foro de salud sobre las tres enfermedades en los tres niveles de gobierno para lograr la sostenibilidad. El foro se preparará desde los niveles de base para luego pasar a los departamentales y finalmente llegar al nivel nacional. | | | | | | | | | |
| 8.1. | Elaborar planes de sostenibilidad en colaboración con las autoridades municipales y regionales. | | | | | | | | | |
| 9.1. | Asegurar que los Proyectos Sociocomunitarios Productivos (PSP) del Ministerio de Educación abordan la TB, el VIH y la malaria. | | | | | | | | | |

DIÁLOGOS SOCIALES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES RELACIONADOS CON LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

| N° | LÍNEAS DE ACCIÓN | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | |
|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1ro Q | 2do Q | 3ro Q | 4to Q | 5to Q | 6to Q | 7mo Q | 8vo Q | 9no Q |
| 10.1. | Realizar una campaña con medios de comunicación para la visibilización de las enfermedades y su impacto en la salud pública, con énfasis en la necesidad de acción por parte de la administración pública. | | | | | | | | | |
| 11.1. | Capacitar a las OSC en las posibilidades que ofrece el modelo SAFCI. | | | | | | | | | |
| 11.2. | Implementar acciones de abogacía conjunta para la integración de intervenciones comunitarias de respuesta a las enfermedades en la implementación del modelo SAFCI. | | | | | | | | | |
| 12.1. | Establecer un mecanismo de devolución de información y de rendición de cuentas a las bases para los movimientos sociales. | | | | | | | | | |
| 12.2. | Diseñar mecanismos de comunicación con poblaciones sin acceso a internet. | | | | | | | | | |
| 13.1. | Diseñar e implementar una estrategia de capacitación para el apoyo a la implementación de proyectos y programas de respuesta comunitaria a las tres enfermedades que incluyan aspectos de la coinfección VIH-TB. | | | | | | | | | |
| OE3. Ampliar y fortalecer las bases sociales de los movimientos sociales, especialmente de la respuesta a la malaria. | | | | | | | | | | |
| 14.1. | Compartir información y experiencias sobre la respuesta a las tres enfermedades con el resto de los movimientos, incluidos los aspectos de género y derechos humanos relacionados con las enfermedades. | | | | | | | | | |
| 14.2. | Identificar y participar en foros públicos de discusión sobre género y derechos humanos. | | | | | | | | | |
| 14.3. | Invitar a dichos sectores a participar en el Foro Nacional de Salud, con inclusión de una mesa de trabajo sobre intersectorialidad de los movimientos sociales. | | | | | | | | | |
| 15.1. | Asegurar la inclusión de financiación para la capacitación de nuevos líderes y nuevas lideresas entre las bases de los movimientos de respuesta a las tres enfermedades. | | | | | | | | | |
| 16.1. | Diseñar e implementar programas de capacitación para las bases de cada uno de los movimientos de respuesta a las tres enfermedades. | | | | | | | | | |
| 16.2. | Asegurar la participación de las bases en los eventos nacionales e internacionales de discusión sobre la respuesta a las tres enfermedades. | | | | | | | | | |
| OE4. Fortalecer las capacidades de las organizaciones y grupos comunitarios para participar en las respuestas a las tres enfermedades. | | | | | | | | | | |
| 17.1. | Coordinar con otros ministerios para desarrollar programas educativos y formativos para las poblaciones. | | | | | | | | | |
| 17.2. | Diseñar e implementar un plan de capacitación sobre implementación de programas de respuesta a las tres enfermedades (incluida la coinfección VIH-TB) para las OSC y grupos comunitarios, con la participación de cada uno de los tres programas del Ministerio de Salud. | | | | | | | | | |
| 18.1. | Diseñar un plan de capacitación para las OSC en materia de derechos humanos, liderazgo y abogacía, incluida la discriminación hacia la población con la coinfección VIH-TB. | | | | | | | | | |
| 18.2. | Buscar financiación internacional o apoyo técnico para la implementación y presentación del proyecto. | | | | | | | | | |
| 19.1. | Monitorear de cerca la implementación de los programas (Receptor Principal-programas). | | | | | | | | | |

Nota: Q = cuatrimestre

8. MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

Durante el taller para el diálogo social se identificó el mecanismo para la coordinación y comunicación que permitiera la finalización del plan con plena participación de todas las personas que pertenecen a los movimientos de respuesta a las tres enfermedades.

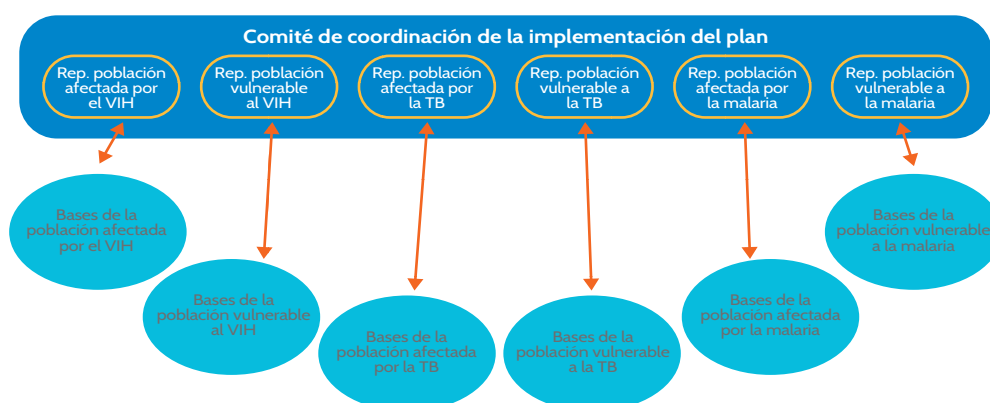
Este mecanismo se basó en un comité formado por los y las representantes titulares de cada una de las seis poblaciones (poblaciones afectadas por las tres enfermedades y poblaciones vulnerables a las tres enfermedades), quienes acordaron coordinarse entre sí para asegurar que toda la información fluyera de manera ágil y completa entre las bases de cada movimiento y las personas que coordinaban la acción.

Se acordó que se mantendría este mecanismo para la implementación de este plan y para su monitoreo. De esta manera, el comité formado por dichas seis personas será el responsable de la ejecución del plan. Para ello, cada una de esas personas deberá identificar qué líneas de acción corresponden a su población, cuáles son exclusivas de su población y cuáles son compartidas con otra población en particular o con todas las demás poblaciones.

En el caso de líneas de acción exclusivas, cada representante deberá asegurar la coordinación con las bases de su movimiento para una acción conjunta. Por otro lado, en el caso de líneas de acción conjunta, deberán coordinar con los demás movimientos involucrados para asegurar una acción coordinada.

Las bases de cada movimiento deberán ser informadas al menos mensualmente sobre el avance de la implementación del plan, las barreras encontradas y las soluciones ofrecidas. Las bases podrán opinar y brindar aportes dentro de un plazo razonable que se establecerá para tal fin. Cada movimiento podrá utilizar sus propios medios de comunicación o utilizar el grupo de WhatsApp del MCP, como se hizo durante la elaboración del plan.

Las reuniones del MCP servirán para convocar a una reunión del comité encargado de dar seguimiento a la implementación del plan.



ANEXO 1. CONSTRUCCIÓN DE UNA VISIÓN COMPARTIDA Y PLANIFICACIÓN CONJUNTA ENTRE LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS COMUNIDADES RESPECTO A LOS DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LAS RESPUESTAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

17 y 18 de noviembre de 2016
Cochabamba

Introducción

El Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT) colabora con el Fondo Mundial para la evaluación de los riesgos y necesidades relacionados con la sostenibilidad de las respuestas al VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria en los países que implementan programas financiados por el Fondo Mundial, así como para la planificación de acciones de la sociedad civil en el contexto de la transición sostenible de las subvenciones del Fondo Mundial en Bolivia.

Durante el mes de noviembre de 2017 se llevarán a cabo reuniones informativas para las organizaciones y grupos que trabajan en la respuesta comunitaria a las tres enfermedades, tanto en Riberalta (en el caso de la malaria), como en Cochabamba (el caso del VIH y la TB). Después de ellas, se llevará a cabo este taller para construcción de una visión compartida y una planificación conjunta de la sociedad civil.

Objetivo general

- Construir una visión compartida y una planificación conjunta sobre los cambios en el entorno social, político y financiero, así como sobre los desafíos y oportunidades que estos conllevan para la sociedad civil del VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia.

Objetivos específicos

1. Facilitar el conocimiento por parte de la sociedad civil del pronóstico de comportamiento de las epidemias del VIH, la tuberculosis y la malaria hasta 2020.
2. Facilitar el conocimiento por parte de la sociedad civil de las perspectivas de financiamiento externo e interno para las tres enfermedades en Bolivia hasta 2020.
3. Fortalecer el diálogo entre la sociedad civil y las comunidades sobre los riesgos y necesidades de asistencia técnica de la sociedad civil para lograr una transición sostenible en Bolivia.
4. Elaborar un plan de acción que permita abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades que plantean los procesos de transición, detallando las necesidades de capacitación y asistencia para implementarlo.

DIÁLOGOS SOCIALES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES RELACIONADOS CON LA SOSTENIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS COMUNITARIAS AL VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EN BOLIVIA

Informe del diálogo social para la identificación de riesgos y necesidades relacionados con la sostenibilidad de la respuesta comunitaria al VIH, la tuberculosis y la malaria en Bolivia

AGENDA

Día 1

| Horario | Tema | Responsable |
|---------|---|---------------------------------|
| 8:30 | 1. Inscripciones | |
| 8:45 | 2. Bienvenida y presentación de la iniciativa | MCP |
| 9:00 | 3. Expectativas de los y las participantes | Diego Postigo |
| 9:10 | 4. Resumen de los talleres informativos de Riberalta y Cochabamba (se pedirá a un participante de cada taller que prepare una presentación resumen de 10 minutos) | Consultor |
| 9:30 | 5. Identificación de riesgos y oportunidades institucionales y sociales, y de debilidades y fortalezas de las organizaciones y grupos comunitarios para el control de las epidemias de VIH, TB y malaria en los próximos 5 años | Trabajo en grupo por enfermedad |
| 10:30 | Refrigerio | |
| 11:00 | 6. Trabajo grupal de discusión y presentación | Todos y todas |
| 12:00 | Almuerzo | |
| 13:00 | 7. Discusión sobre la escalabilidad y la sostenibilidad de los modelos con el resto de organizaciones y grupos | Todos y todas |
| 16:00 | 8. Conclusiones y cierre del día | MCP |

Día 2

Reunión de seguimiento con el comité que se haya formado

| Horario | Tema | Responsable |
|---------|---|--------------------|
| 8:30 | 1. Recapitulación del día anterior | Participante |
| 8:45 | 2. Definición de los objetivos del plan de acción para la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias 2018-2020 | Trabajo en grupo |
| 9:15 | 3. Presentación a la plenaria y discusión | Todos y todas |
| 9:45 | 4. Definición de estrategias y actores clave para lograr los objetivos trazados, sobre la base del análisis FODA | Trabajo en grupo |
| 10:15 | Refrigerio | |
| 10:45 | 5. Presentación a la plenaria y discusión | Todos y todas |
| 12:00 | 6. Almuerzo | |
| 13:00 | 7. Definición de actividades y recursos para la implementación de cada estrategia | Trabajo en grupo |
| 13:30 | 8. Presentación a la plenaria y discusión | Todos y todas |
| 14:00 | 9. Oportunidades y mecanismos para la implementación del plan definido | Discusión plenaria |
| 15:30 | 10. Evaluación | Todos y todas |
| 16:00 | 11. Próximos pasos y cierre del taller | MCP |

ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Del total de 63 personas que entregaron la evaluación, 49 consideraron que se habían cumplido todas sus expectativas y 9 consideraron que solo parcialmente, sobre todo debido a la falta de tiempo para completar todas las actividades de la agenda.

Las discusiones para completar el análisis FODA son las que se mencionan con mayor frecuencia como lo mejor del diálogo, seguidas por las oportunidades de participar, mientras que lo que se menciona con mayor frecuencia como el peor aspecto del diálogo es la falta de tiempo para completar la agenda.

Se puede concluir que el ejercicio fue altamente satisfactorio y participativo, lo que permitió que todas las personas dieran sus aportes. Quizás se planteó una agenda poco realista para el tiempo disponible, lo que pudo provocar que el ejercicio no cumpliera con todas las expectativas.

Debe tenerse en cuenta que la evaluación se realizó por vía electrónica antes de completar la planificación –incluida la validación del día 14 de diciembre–, por lo que el grado de satisfacción podría ser mayor al finalizar el proceso.



Jr. Paraguay 490, Cercado de Lima, Lima 1, Perú
vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe
Teléfono: (+511) 203-9900