

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Título:

Implementación de la estrategia No 4 “Movilización Comunitaria para el Inicio y adherencia al tratamiento antirretroviral a través de la estrategia de Promotores Educadores Pares (PEP) de Personas que viven con VIH (PVV) en el eje troncal del país (La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz” en el marco del proyecto “Hacia una respuesta equitativa y sostenible al VIH y la Tuberculosis en Bolivia”

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo Mundial en Bolivia busca ampliar el alcance y la eficacia de sus programas apoyándose de la capacidad y las redes de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) (incluidos grupos comunitarios, asociaciones juveniles y otros) a través de relaciones de colaboración para el proyecto “Hacia una respuesta equitativa y sostenible al VIH y la Tuberculosis en Bolivia”, enfocándose en el bienestar de las poblaciones clave y vulnerables.

El objetivo de esta convocatoria es seleccionar una organización legalmente establecida en el país para un acuerdo de partes para implementar una estrategia de base comunitaria destinada a implementar acciones en población de personas que viven con VIH (PVV), mediante un proceso competitivo, que busca garantizar que la organización seleccionada ganadora cumpla con los requisitos y ofrezca la mejor oferta calidad-precio para implementar estrategias de prevención del VIH. El proceso promueve la transparencia, la igualdad de oportunidades y la eficiencia en la selección de proveedores, lo que beneficia tanto al País como a los posibles proveedores interesados.

Con este fin, el PNUD está solicitando propuestas de organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales (ONG) calificadas en el Bolivia para participar en la ejecución de la subvención en calidad de subreceptores. Esta convocatoria de propuestas (CFP) se relaciona con los módulos de prevención y atención/apoyo del VIH de la subvención del Fondo mundial para la implementación 2023-2025.

El PNUD como receptor principal busca establecer alianzas estratégicas con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) (grupos comunitarios, asociaciones juveniles y otros) durante el período 2025, para implementar actividades programáticas clave que contribuyan a lograr metas y generar evidencia para tomar decisiones. Con este propósito el PNUD lanzará una convocatoria por cada una de las siguientes cuatro (4) estrategias:

1. Estrategia 1. Prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Gay y Bisexuales (HSH GB); mediante la estrategia de Promotores Educadores Pares (PEP) en La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro, Sucre (Estrategia PEP GB HSH – Centros Comunitarios)
2. Estrategia 2. Prevención del VIH en personas Trans, mediante la estrategia de Promotores/as Educadores/as Pares (PEP) en el eje troncal del país (La Paz, El Alto,

Cochabamba, Santa Cruz) y Centros Comunitarios Trans (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz) (Estrategia PEP Trans)

3. Estrategia 3. Prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Gay y Bisexuales (HSH GB), en personas trans y trabajadoras sexuales (TS); mediante la estrategia de Unidades móviles en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz (Estrategia Unidad Móvil)
4. Estrategia 4. Movilización Comunitaria para el Inicio y adherencia al tratamiento antirretroviral a través de la estrategia de Promotores Educadores Pares (PEP) de Personas que viven con VIH (PVV) en el eje troncal del país (La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz (Estrategia PEP PVV)

Las organizaciones proponentes podrán presentarse de una (1) hasta un máximo de tres (3) estrategias (cada una por separado), siendo un requisito que la organización postulante tenga base comunitaria con participación de población objetivo y/o tenga alianzas con organizaciones de base comunitarias de la población objetivo.

La presente convocatoria de propuestas establece toda la información pertinente y los requisitos mínimos para la preparación de estas propuestas para la Estrategia 4: Movilización Comunitaria para el Inicio y adherencia al tratamiento antirretroviral a través de la estrategia de Promotores Educadores Pares (PEP) de Personas que viven con VIH (PVV) en el eje troncal del país (La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz (Estrategia PEP PVV).

El proyecto “Hacia una respuesta equitativa y sostenible al VIH y la Tuberculosis en Bolivia”, se enfoca en el bienestar de las poblaciones clave y vulnerables” contempla el siguiente objetivo general:

“Contribuir con la reducción de nuevos casos de VIH/SIDA manteniendo la prevalencia por debajo de 0.30%, con enfoque en las poblaciones clave de mayor prevalencia en Bolivia”.

Objetivo: Fortalecer la vinculación, retención, acceso a tratamiento ARV y supresión de la carga viral de las personas viviendo con VIH.

Tomando en cuenta los siguientes indicadores:

Indicador de impacto:

- Porcentaje de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y viven con el VIH
- Porcentaje de personas transgénero que viven con el VIH
- Porcentaje de trabajadores sexuales que viven con el VIH

Indicador de Resultado:

- Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida

Indicador de cobertura:

- Porcentaje de personas en TARV entre todas las personas viviendo con VIH al final del período de reporte

2. ANTECEDENTES

Situación del VIH en Bolivia

De acuerdo con el historial de notificación de casos de VIH/SIDA, en Bolivia el primer caso se registra el año 1984, desde entonces el número de casos ha ido creciendo en forma sostenida, sobre todo en el último quinquenio en el cual se concentran más del 50% de todos los casos notificados desde el inicio de la epidemia, este incremento responde en gran medida a una mejora sustancial en el tamizaje de VIH que es ofertado desde el sistema público complementado con las estrategias comunitarias impulsadas con financiamiento del Fondo Mundial entre las cuales se encuentran las unidades móviles, brigadas móviles, centros comunitarios y el trabajo desarrollado por Promotores Educadores Pares de la población. Según la información de la notificación regular hasta diciembre de 2021, se han notificado un total de 32.572 casos de VIH/SIDA (EPT 2021, MSD) de los cuales 15% corresponden a pacientes diagnosticados en fase SIDA.

La tendencia de la notificación de casos muestra un comportamiento creciente, aunque esta tendencia ha sido atenuada entre los años 2020 y 2021 como efecto de una menor tasa de notificación producida en el contexto de la pandemia COVID-19; antes de la Pandemia entre 2010 y 2019 la tasa de crecimiento alcanzó a 11% anual; mientras que entre 2020 y 2021 la tasa de crecimiento disminuyó al 7% anual, precisamente debido a una menor notificación los años 2020 y 2021; sin embargo es importante observar que entre 2020 y 2021 se produjo un incremento cercano al 20% en el número de casos notificados. De acuerdo a la clasificación de ONUSIDA y de la OPS/OMS, Bolivia tiene una epidemia de tipo concentrada, la vigilancia centinela realizada entre los años 2012-2016 la prevalencia en gestantes es inferior al 1%; mientras que en poblaciones clave (gay, bisexual, otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero), los últimos estudios realizados reportaron prevalencias elevadas según el estudio de Prevalencia y tamaño poblacional de 2021 (La prevalencia de VIH estimada en Santa Cruz es del orden del 34%; mientras que en La Paz y El Alto se registran tasas mayores al 20% y en Cochabamba menor se registra el porcentaje más bajo con 18,5% Estudio EPT), que contrastan con una prevalencia nacional de 0.30% estimada para la población general. En Trabajadoras Sexuales el último estudio realizado en 2010 reportó una prevalencia de 0.57%.

La cobertura de diagnóstico de VIH se ha incrementado en los últimos años, un análisis comparativo de la cascada de atención entre 2019 al 2023 tomando como denominador las PVV estimadas, muestra mejoras importantes en todos los pilares, sin embargo aún persiste una importante brecha en el diagnóstico (28%) por cuanto la oferta gratuita de pruebas de VIH en los establecimientos de salud de todo el país solo contempla a las embarazadas, no así a mujeres no gestantes ni varones que deben recurrir a los CDVIR/CRVIR para acceder a la misma, menos aún a poblaciones clave con bajo acceso a los servicios de salud cuyo alcance a excepción de las TS, depende mayormente de recursos de cooperación externa. Según reportes de sistema de monitoreo y evaluación de VIH (SIMONE), el tratamiento entregado a PVVS para la gestión de 2023, es de 16.882. Se demuestra una ampliación de la cobertura de tratamiento a nivel nacional (15.936 personas en tratamiento para 2022) y los esfuerzos conjuntos entre Ministerio de Salud y Deportes y el Fondo Mundial. Cabe notar que el 97% del tratamiento antirretroviral es asumido por el estado (Fuente MSD).

Del total de personas diagnosticadas y vinculadas al servicio de salud, hay un porcentaje que no vuelve al servicio de salud, esto puede atribuirse a la demora que aún persiste en los casos o muestras positivas referidas de establecimientos de zonas periféricas y del área rural. Otro aspecto importante en la vinculación es la calidad con la que se brinda la asesoría pre y post prueba, idealmente aplicada por un profesional psicólogo, inexistente en la mayoría de los establecimientos que ofertan pruebas rápidas de VIH, cuyo rol es asumido por otros profesionales quienes deberían estar plenamente capacitados y con la solvencia necesaria para brindar un servicio de calidad.

Existe un factor individual de auto estigma que impide que la persona acuda al servicio de salud para recibir el tratamiento.

En la actualidad el país, con apoyo del Fondo Mundial inició el proceso de desconcentración de servicios que amplía la cobertura a establecimientos desconcentrados. Para consolidar el proceso y mejorar la vinculación se deben implementar los estudios y establecer nuevas guías de tratamiento del Programa Nacional que incluyan la respuesta “test and Treat” recomendada por ONUSIDA, sin embargo, la inmensa brecha observada en el tratamiento se genera como consecuencia de la brecha existente entre el diagnóstico y la vinculación y entre la vinculación y la retención, el gran reto es lograr la vinculación de todas las personas diagnosticadas.

Para la gestión 2023, el porcentaje de personas con carga viral suprimida se reportó en 42%, es posible que a pesar de que la normativa nacional establece la realización de 2 cargas virales por año, no todas las PVV en TARGA accedieron a este examen durante toda la gestión. En todo caso la implementación de equipos GeneXpert en los puntos de atención han mejorado el acceso a la prueba de carga viral; sin embargo, es importante la implementación de un plan de expansión que considere el uso conjunto de la tecnología para diagnóstico y seguimiento de TB y VIH, de esta forma optimizar la tecnología y ampliar la oferta.

En términos generales, las subvenciones financiadas por el Fondo Mundial han contribuido al mejoramiento de la Respuesta Nacional al VIH con aportes importantes en diferentes áreas, entre ellas el tratamiento antirretroviral con un incremento sostenido del número de PVV en TARGA, reportado en la gestión 2023 - 16,882 personas con VIH en TARGA de las cuales 10,825 tienen Carga Viral Suprimida, (Fuente SIMONE). Es importante resaltar que en la actualidad solo una mínima cantidad de los antirretrovirales son comprados con recursos del FM; sin embargo, se mantiene el apoyo con insumos y reactivos (CD4 y Carga Viral en porcentaje reducido) necesarios para el seguimiento a PVV.

Asimismo, se han visto mejoras importantes en el porcentaje de PVV que se mantuvieron en TARGA a 12 meses del inicio de tratamiento. En la actualidad el apoyo de los SR de la sociedad civil en el seguimiento a la adherencia desarrollada por los PEP-PVV, pretenden reforzar la adherencia en coordinación con los CDVIR/ CRVIR, con miras para fortalecer la desconcentración de la atención a PVV, además de coadyuvar en la vinculación con miras a mejorar la cascada del continuo de atención.

En la propuesta país (nota conceptual) FM 2023 – 2025 para el componente VIH, incluye dentro de uno de sus módulos el Tratamiento Atención y apoyo

El módulo de Tratamiento Atención y apoyo incluye las siguientes intervenciones:

- 1) Pre tratamiento antirretroviral
- 2) Tratamiento antirretroviral
- 3) Seguimiento del tratamiento
- 4) Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas
- 5) Asesoramiento y apoyo psicosocial

La propuesta incluye la Estrategia PEP PVV, como una estrategia para mejorar la retención de personas en terapia antirretroviral

El/a PEP PVV implementará acciones para la vinculación, retención y seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

La epidemia de VIH en el Estado Plurinacional de Bolivia se concentra en las poblaciones de hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GB-HSH), mujeres trans y trabajadoras sexuales (TS). Hasta diciembre 2021 se diagnosticaron algo más de 34,000 casos, en una relación hombre: mujer de 3:1 antes del año 2000 y 2:1 a partir de dicho año.

Uno de los desafíos es la vinculación para el inicio de terapia antirretroviral y la retención de las personas en tratamiento, es así que la cascada 95-95-95 de ONUSIDA, en Bolivia tiene un resultado de 92-54-37 al 2021, asimismo, las acciones de prevención para poblaciones clave, desde el sistema de salud, son todavía incipientes.

Como respuesta a estos desafíos, el Fondo Mundial ha aprobado la propuesta del país, que consiste en brindar apoyo en:

1. Acciones específicas de prevención a las poblaciones clave, mediante estrategias lideradas por organizaciones de sociedad civil pertenecientes a estas poblaciones, a través de Promotores Educadores Pares (PEP) para GB-HSH, mujeres Trans y TS.
2. Acciones que fortalezcan la vinculación, y retención de los pacientes positivos diagnosticados, estas acciones se ejecutan a través de una estrategia de PEP PVV (Personas viviendo con VIH), que son pares de sociedad civil, que viven con VIH hace varios años, tienen buena adherencia y se mantienen saludables. Ellos realizan el acompañamiento y seguimiento a personas recién diagnosticadas, les visitan, y los alientan a participar en reuniones de Grupos de Ayuda Mutua (GAM), donde varios pares se reúnen y comparten sus experiencias y se alientan unos a otros a continuar con la terapia antirretroviral.

Como Receptor Principal (RP) de la subvención del Fondo Mundial para el VIH, el PNUD Bolivia es legalmente responsable de la gestión del programa, la rendición de cuentas financiera, la adquisición de bienes y servicios, el seguimiento y la evaluación. El PNUD prevé recabar la participación de las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitarias (OBC) para la prestación de servicios de prevención secundaria, vinculación, inicio de tratamiento ARV y supresión de Carga Viral para personas que viven con VIH. Las organizaciones comunitarias y las ONG deberán centrarse en la persona y las personas más afectadas o en riesgo de abandono y/o fracaso terapéutico, lo que impulsa el diseño y la implementación del programa de VIH por conocer las necesidades, demandas y sensibilidades de la comunidad.

3. OBJETIVOS

De manera general, las estrategias individuales para abordar a la población objetivo y estrategias comunitarias para llegar a grupos poblacionales, para el cambio de comportamiento, deben considerar los siguientes objetivos:

- Generar procesos de empoderamiento para superar las barreras que impiden la negociación exitosa del uso del condón.
- Reducir el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS.
- Desarrollar habilidades para la evaluación del riesgo en determinadas prácticas (consumo de alcohol y drogas).
- Modificar actitudes y percepciones negativas, como pueden ser la homofobia que exacerban la transmisión del VIH.

4. ACTIVIDADES

En el continuo de atención, una vez que un usuario/a cuenta con el resultado positivo para VIH, la persona diagnosticada debe ser incorporada al sistema de información (ficha de notificación) e iniciar tratamiento ARV antirretroviral (ARV), con atención complementaria en las áreas de psicología, médica y laboratorio.

La estrategia, propone las acciones a través de Promotores Educadores Pares de personas que viven con VIH (PEP PVV) como vinculadores hacia la adherencia y retorno a tratamiento en caso de abandono. Los/as PEP PVV que reciben atención de VIH en el sistema público, deben ser capacitados para ayudar y apoyar a los/as PVV con diagnóstico reciente para obtener atención de VIH; cuya experiencia de vida puede ayudar a superar la renuencia del paciente a ingresar al sistema de salud por diferentes factores.

La propuesta técnica debe considerar el desarrollo a través de las siguientes acciones:

a. Promotores Educadores Pares (PEP) de población de personas que viven con VIH (PVV).

ACTIVIDAD	POBLACION	LUGAR	PEP capacitados
PEP - PVV	PVV	La Paz	5
		El Alto	4
		Cochabamba	8
		Santa Cruz	8
	Total PEP PVV	25	

Para el desarrollo de esta actividad, los/as PEP deben recibir una nueva capacitación, incorporando temas de vinculación, retención y adherencia al tratamiento ARV, así como de re-vinculación en aquellos vasos de PVV que hayan abandonado el tratamiento. Lo anterior permitirá contar con población de la comunidad con posibilidades de apoyar procesos para la mejora de la cascada del continuo de la atención del VIH.

La estrategia debe considerar fortalecer la coordinación directa entre los PEP de prevención primaria (PEP HSH GB, Trans y TS) con los de prevención secundaria (PEP PVV) y con los prestadores públicos de salud (CDVIR/CRVIR, centros desconcentrados).

La vinculación deberá requerir de un mínimo de 3 encuentros/recordatorios (previa cita en el CDVIR/CRVIR) para recibir diagnóstico confirmatorio de VIH, acompañamiento para acceder a tratamiento ARV, así como en la realización de pruebas laboratoriales de inicio (Carga Viral y si corresponde CD4).

Las acciones de vinculación desarrolladas por los/as PEP PVV deberán incluir:

- Mensajes de texto/o llamadas telefónicas de recordatorio de cita
- Encuentros con la PVV el día de su cita para acceder a la atención (inicio de tratamiento ARV, laboratorio y/o atención médica).
- Otras estrategias, destinadas a fortalecer la vinculación del PVV con diagnóstico nuevo y/o PVV con abandono de tratamiento ARV

Los/as PEP PVV deben coordinar directamente con los Centros Comunitarios, Unidades Móviles, Brigadas Móviles, otras estrategias comunitarias y personal de salud de los CDVIR/CRVIR, para recibir la derivación de los casos reactivos a la prueba de VIH. En el caso de usuarios/as positivos/as diagnosticados por el CDVIR/CRVIR, estos también podrán ser derivados a los PEP PVV iniciando así el proceso de acompañamiento y vinculación.

Además de lo descrito, otras funciones de los/as PEP PVV se encuentra:

- apoyo en la búsqueda de casos perdidos,
- seguimiento de casos de mujeres embarazadas con VIH que no retornaron a recibir sus resultados.

La derivación de los CDVIR/CRVIR y centros desconcentrados, es clave para hacer el seguimiento personalizado de las personas en tratamiento o abandono al tratamiento. El Proponente deberá establecer una estrategia que permita orientar el acompañamiento al tratamiento a las personas que se haya identificado que lo necesiten más.

ACTIVIDAD	LUGAR	PVVS con seguimiento (Trimestral)	Visitas a PVV con seguimiento (Trimestral)	Condomes para PVV (Trimestral)
4. PEP-PVV	La Paz	50	150	3280
	El Alto	40	120	2624
	Cochabamba	80	240	5248
	Santa Cruz	80	240	5248

En los mensajes brindados por los/as PEP PVV durante los encuentros para la vinculación y seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral se deberán incluir temas relacionados con la importancia del acceso oportuno a tratamiento ARV, carga viral suprimida, pruebas de resistencia a antirretrovirales, acceso a servicios de atención complementarios como diagnóstico de TB, Infecciones oportunistas, ITS, ley 3729, derechos humanos.

Una vez vinculada la persona con diagnóstico de VIH (población general, población clave), en el sistema de salud, se realizará el descarte de TB y profilaxis, además de tamizaje de hepatitis B, brindando tratamiento si corresponde. El inicio del tratamiento ARV será implementado según las normas nacionales, dando prioridad a la estrategia actualmente implementada por el país, de inicio de tratamiento en el menor tiempo posterior al diagnóstico (aprox. 7 días). Los/as PEP PVV apoyarán realizando visitas de seguimiento de casos asignados, por el personal de salud, para mejorar la adherencia al tratamiento ARV.

Se podría incorporar en el equipo de PEP PVV, pares de la población GB HSH, mujeres trans y TS (no necesariamente sean personas que viven con VIH), que brinden apoyo a las usuarias, para su vinculación, acceso a tratamiento antirretroviral, retención y supresión de carga viral como objetivo final. La modalidad de abordaje de ésta poblaciones estará precedido por un proceso de capacitación a las PEP considerando las necesidades específicas de la población. Se insta al proponente tener políticas de confidencialidad.

Como parte complementaria al fortalecimiento de los PEP PVV, se deberá brindar apoyo psicológico y emocional considerando el impacto al que los pares son sometidos durante las actividades realizadas con los usuarios.

b. Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

La estrategia debe implementar grupos de ayuda mutua según el siguiente detalle:

ACTIVIDAD	LUGAR	GAM (por trimestre)	PVV Participantes en GAM (por trimestre)	Familiares Participantes en GAM (por trimestre)
4. PEP-PVV	La Paz	10	100	20
	El Alto	8	80	16
	Cochabamba	16	160	32
	Santa Cruz	16	160	32

La propuesta debe considerar el desarrollo de grupos de ayuda mutua (GAM), que tienen como objetivo potenciar en las personas participantes, el desarrollo de acciones que permitan reducir el impacto emocional del diagnóstico de VIH y fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral; utilizando técnicas de autoayuda grupal. Todas las actividades con PVV deberán ser coordinadas y supervisadas por los centros de salud establecidos (CDVIR/CRVIR, centros desconcentrados) permitiendo acciones de referencia y retorno según el caso.

En las actividades de los/as PEP PVV se realizará la distribución de condones masculinos, acompañada de información respecto a su uso correcto e información de doble protección (protección ITS y planificación familiar), en todas las intervenciones interpersonales.

De manera general la estrategia PEP propuesta, deberá ser implementada mediante actividades individuales y grupales para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (vida saludable, nutrición etc.), dichas actividades se podrán llevar a cabo en instalaciones de salud, domicilios o lugares identificados como adecuados para un abordaje confidencial.

La duración de estas intervenciones podrá variar, de sesiones programadas en lapsos determinados, dependiendo de la población.

La propuesta deberá incorporar en su desarrollo aspectos relacionados al fortalecimiento de las capacidades de los PEP, procesos exigentes de selección, además de formas de coordinación con entidades públicas de salud y otras alternativas (centros desconcentrados, centros comunitarios y/o unidades móviles) permitiendo de esta manera la vinculación al sistema de salud.

El Subreceptor deberá considerar la producción e impresión de materiales educativos de apoyo a las actividades.

Se deberá proponer nuevas formas de abordaje de los PEP hacia su población, a través de medios alternativos como redes sociales, aplicaciones para dispositivos móviles, etc.

La estrategia PEP propuesta, se constituirá como parte de la respuesta comunitaria, que contribuirá al incremento de la vinculación, retención, tratamiento antirretroviral y carga viral suprimida en las PVV.

c. Recurso Humano

La estrategia debe contemplar personal clave nacional:

- Un coordinador nacional responsable de la implementación de la estrategia en las ciudades descritas.
- Un administrador

Las tareas mínimas del coordinador nacional deben ser:

- Coordinar la implementación del proyecto
- Coordinar actividades generales con instituciones locales y con la sociedad civil.
- Asegurar el seguimiento de la estrategia PEP
- Asegurar la capacitación al personal del proyecto.

- Responsable de la elaboración y presentación de Reportes trimestrales de avance al PNUD Receptor Principal componente VIH

Las tareas mínimas del administrador/a deben ser:

- Administrar el proyecto y/o actividades de la Organización con ética, transparencia eficacia y eficiencia.
- Coordinar e informar el avance del proyecto con el receptor principal.
- Revisar y coordinar la ejecución presupuestaria, de los recursos asignados a la Organización para el desarrollo del proyecto y/o actividades.
- Gestionar los recursos necesarios para la ejecución del proyecto y/o actividades desarrolladas por la Organización.
- Supervisar y elaborar en coordinación con el contador, informes mensuales, trimestrales y finales del proyecto.
- Realizar el seguimiento y evaluación de los fondos ejecutados de manera trimestral.

Además, debe contar con al menos:

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>LUGAR</i>	<i>Psicólogo/a</i>
Estrategia PEP PVV	La Paz	1
	Cochabamba	1
	Santa Cruz	1
	Total	3

NOTA. La carga horaria y porcentaje de dedicación de los psicólogos deberá estar acorde a la meta propuesta en cada ciudad y los días de trabajo acorde a la estrategia de alcance a la población meta.

Las tareas mínimas del profesional psicólogo deben ser:

- Información general de VIH en caso requerido
- Brindar información post consejería en caso de VIH reactivo
- Brindar información clave sobre estigma y discriminación en población clave y PVV
- Apoyo en la vinculación de casos reactivos de VIH al sistema público de salud
- Brindar información sobre la importancia del uso continuo y constante de condón
- Brindar información sobre paquete combinado de prevención recomendado por OMS
- Apoyo y contención de PEP PVV

d. Acciones Complementarias

Material Apoyo. El Subreceptor deberá considerar la producción e impresión de materiales educativos de apoyo a las actividades.

Se deberá proponer nuevas formas de abordaje de los PEP hacia su población, a través de medios alternativos como redes sociales, aplicaciones para dispositivos móviles, etc. Sobre todo, para el alcance de poblaciones con falla terapéutica, abandono y personas con problemas de vinculación al sistema público.

5. RESULTADOS Y PRODUCTOS FINALES - METAS

AÑO	LUGAR	PEP Capacitado s/as	GAM	PVVS Participantes en GAM	Familiares Participantes en GAM	PVVS con seguimien to	Visitas a PVV con seguimien to	Condones
2025	La Paz	5	40	400	80	200	600	13120
	El Alto	4	32	320	64	160	480	10496
	Cochabamba	8	64	640	128	320	960	20992
	Santa Cruz	8	64	640	128	320	960	20992
Total 2025		25	100	200	2000	400	1000	3000

Las metas indicadas en el cuadro anterior están en función a la duración del acuerdo (enero a diciembre 2025), por lo cual, estas podrían ajustarse dependiendo de la fecha de firma del acuerdo.

6. COBERTURA GEOGRÁFICA

Corresponde al área urbana de las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz

7. DURACIÓN DEL PROYECTO

La actividad tiene una duración de 12 meses del **2 de enero al 31 de diciembre 2025**.

El contrato prevé una evaluación antes de la implementación, y otra al concluir el primer año.

La realización de las actividades del SR y el logro de los objetivos acordados, así como el logro de los resultados y objetivos de desempeño establecidos en el Proyecto País son de primordial importancia, y el PNUD podrá intervenir si es necesario, concluir con el Acuerdo del SR o modificar las actividades de SR, si hay circunstancias que interfieren o amenazan el cumplimiento y objetivos del proyecto.

8. ARREGLOS ADMINISTRATIVOS

El proyecto se administrará a través de la entidad ejecutora. La organización adjudicada designará un Coordinador del proyecto quien será responsable por las actividades diarias y con quien se mantendrá una fluida comunicación, también será responsable de la elaboración y presentación de Reportes trimestrales de avance al PNUD Receptor Principal componente VIH.

El PNUD Receptor Principal componente VIH desarrolla el rol de supervisor. En el marco de este Proyecto, PNUD realizará la adquisición de condones, acorde a las metas establecidas.

- **Supervisión y gestión de la ONG/OSC contratada como SR:** El SR reportará directamente al PNUD de acuerdo con los términos del acuerdo de subvención entre el SR y el PNUD.
- **Desembolsos.** Los desembolsos se determinarán de acuerdo con un análisis de capacidades a la organización seleccionada.
- **Informes periódicos:** El SR presenta a PNUD reportes técnicos y financieros mensuales y trimestrales sobre el estado de avance en un formato establecido en el convenio. Los

reportes financieros mensuales consisten en una lista de gastos realizados por el SR relacionadas con las actividades aprobadas a lo largo del mes, concordantes con las categorías indicadas en el plan de trabajo.

- **Coordinación y colaboración en el ámbito nacional:** La organización sub receptora debe estar presente en este lugar de implementación del proyecto y mantenerse en coordinación y colaboración con todas las partes nacionales, en especial el PNUD, el Programa Nacional de Enfermedades Infectocontagiosas (PNEI), ONG y las Organizaciones de Base Comunitarias (OBS), el agente local del Fondo (ALF), el Fondo Mundial , los auditores designados por el PNUD, etc.
- **Puesta en marcha y gestión del programa:** Para asegurar el éxito de las intervenciones y el logro de resultados acordados, el SR debe tener base comunitaria de la población objetivo y contar con experiencia de implementación de actividades y proyectos destinadas a la población objetivo. Para este propósito, una Organizaciones de base comunitaria que deseen participar en la licitación, pero que no cuenten con todos los requisitos, puede asociarse con otras organizaciones más fortalecidas.
Otras organizaciones, ONG y/o instituciones que no tienen base comunitaria, podrán asociarse con organizaciones de base comunitaria de la población objetivo para presentarse a la convocatoria.
El SR se encargará de gestionar y coordinar las actividades del programa detalladas en el plan de trabajo y el presupuesto aprobado para una ejecución. El SR será responsable del reclutamiento, la capacitación/entrenamiento y la gestión del personal del proyecto para la ejecución efectiva del proyecto. Esto incluye la evaluación del desempeño y la calidad del trabajo realizado por el personal del SR y los posibles sub-subreceptores (SSR) en caso de alianzas estratégicas con organizaciones de base comunitaria.
- **Recursos necesarios:** Los SR y SSR deben tener a su disposición personal calificado y experimentado para gestionar el programa, para el fortalecimiento de las capacidades de los actores de campo, para el seguimiento, evaluación y gestión de contactos, finanzas y administración/compras/recursos humanos para la gestión y control del programa general a conformidad del PNUD y para asegurar el cumplimiento del Acuerdo del programa, que será firmado entre el PNUD y el SR. El equipo del proyecto será supervisado por el equipo de gestión de SR y el PNUD. Además, el SR debe contar con oficinas seguras, respaldo de la tecnología de la información, seguros de propiedad y activos y otros aspectos administrativos/logísticos necesarios para la ejecución del programa.
- **Compras:** Las compras en el marco de la subvención serán realizadas por el PNUD lo que incluye los Condonos.

9. PROPUESTA TÉCNICA Y FINANCIERA

La propuesta debe contener las siguientes secciones / información:

- a. Portada /carátula
 - Nombre legal completo de la organización
 - La Estrategia a la cual se postula.
 - Nombre completo de la persona responsable de la presentación de la propuesta y datos de contacto.
- b. Descripción de su organización
 - Máximo 500 palabras describiendo a la organización, la motivación para presentarse a la actividad.
- c. Propuesta técnica

Propuesta sólida que comprende mecanismos de ejecución innovadores para cerrar brechas de alcance a población GB HSH para maximizar el valor de la propuesta a los beneficiarios, debe considerar lo requerido en los Términos de Referencia.

(Máximo de 8 páginas, formato 12 puntos times, 1.5 de interlineado, márgenes de 2 cm)

Contenido:

- Introducción
- Experiencia del proponente (dos párrafos)

Proporcione una breve descripción de toda experiencia/calificación pertinente en relación con la licitación de ofertas. Tenga en cuenta toda la experiencia anterior de apoyo del Fondo Mundial (si aplica).

- Descripción de Intervención Propuesta

Proporcione los siguientes elementos:

- Nombre de la actividad
- Lista de objetivos/resultados esperados
- Principales beneficiarios y lugares de intervención
- Actividades principales (enumere cada actividad principal y proporcione una breve descripción explique qué, donde, porque, cuándo)
- Resultados/ventajas esperadas (enumere los principales resultados o cambios importantes para los beneficiarios que se pretende lograr con la intervención)

- Acuerdos de Sub-subreceptor /alianzas estratégicas

Describa el o los acuerdos vigentes y que plantea establecer con organización(es) sub-subreceptora(s), indicando el tipo de documento de acuerdo previo suscrito, las actividades intermedias se sub-adjudicarán, en qué ciudades y durante qué tiempo. Describir brevemente los procesos de evaluación que el proponente ha realizado con esta(s) organizaciones ya sea de capacidades, atenuación de riesgos de la organización sub-subreceptora, plan de desarrollo de capacidades u otras previamente a la presentación de esta propuesta.

Describa las ventajas del acuerdo/alianza entre las organizaciones (si corresponde)

d. Plan de Control de Calidad

Mecanismos de monitoreo y garantía de calidad, que permita alcanzar las metas planteadas que contribuyan a la calidad de alcance, prevención del VIH y mejora en el diagnóstico y vinculación de casos de VIH

Describa brevemente cómo se monitoreará periódicamente la intervención o las actividades.

Describa brevemente cómo se proporcionará el aseguramiento de la calidad de manera continua.

e. Disposiciones Administrativas, Recursos y Cualificaciones del Personal Clave:

- Proporcione una breve explicación del organigrama de la actividad, que indique las funciones y responsabilidades de cada puesto en relación con las actividades/intervenciones propuestas.
- Todos los niveles de gestión propuestos deben incluirse (en el nivel de la Organización y nivel de proyecto)
- Para la evaluación, se debe incluir currículum vitae (CV) del personal que será asignado para la ejecución de la metodología propuesta, definiendo claramente las funciones y responsabilidades con respecto a la metodología propuesta. Los CV deben establecer las habilidades y demostrar las cualificaciones en áreas relevantes para los TDR

- f. Gestión de riesgos (una sección que cubre todas las actividades incluidas en la propuesta)
- Proporcione un cuadro de los riesgos posibles para la propuesta y las medidas de atenuación de los riesgos propuesto. Utilice la matriz ejemplo a continuación:

<i>Hipótesis - supuesto</i>	<i>Riesgos</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Impacto</i>	<i>Medidas de mitigación</i>
<i>Personal calificado estará disponible para apoyar el proyecto.</i>	<i>No podemos contratar personal suficiente con las competencias requeridas.</i>	<i>Débil (tenemos buena experiencia previa en reclutamiento)</i>	<i>Alto (si no tenemos personal, no podemos implementar el proyecto)</i>	<i>Esperamos a que comience el proceso de contratación. Podemos separar/reaccionar al personal existente de forma interna.</i>

g. Propuesta de plan de trabajo

- Proporcione un plan de trabajo que indique las principales actividades y períodos de implementación para el período enero - diciembre 2025.
- Incluir las actividades de monitoreo, garantía de calidad y gestión de riesgos.
- Incluir cronograma de entrega de informes.

h. Sostenibilidad.

La estrategia planteada debe identificar acciones para la búsqueda de integración con el sistema público de salud, que permita la dotación de tratamiento de ITS, vinculación al sistema público y seguimiento de casos de VIH

i. Propuesta de presupuesto

Los montos de las propuestas deben considerar un **máximo de Bs.1,260,000.00** (Un millón doscientos sesenta mil 00/100 bolivianos), los costos administrativos deben ser parte del presupuesto mencionado y no pueden exceder el 20%. *El presupuesto fijo está en función a la duración del acuerdo (enero a diciembre 2025). Presupuesto fijo implica que todas las propuestas tienen el mismo precio global máximo (que no puede superar el importe del presupuesto fijo determinado), de manera que la evaluación se centrará en la selección de la propuesta de mayor calidad.*

En función de las actividades y de los objetivos propuestos en el plan de trabajo, la propuesta debe incluir todos los detalles financieros necesarios, de acuerdo con las estrategias definidas, para la puesta en marcha de las principales actividades:

- Equipo implementador: considerar el pago de salarios y otros gastos del personal mínimo requerido, tomando en cuenta el tiempo de dedicación y carga laboral de cada perfil.
- Costos de funcionamiento de las oficinas: suministros, servicios, Internet, comunicaciones, etc. vinculadas con las actividades.

- Actividades programáticas, incluyendo el detalle de la inversión en capacitación, reunión, taller, estipendios, costos de movilización de brigadas móviles, viajes, viáticos, y otros.
- Pago a promotores educadores pares (PEP) por el trabajo a realizar. La organización podrá proponer la forma y montos de pago.
- El PNUD cuenta con sistema de información en línea para registro de actividades. La organización deberá considerar costos de conexión a internet para registro de información en sistema tanto a nivel de proyecto como a nivel de promotores educadores pares.
- Otros costos que la organización oferente pueda plantear para la implementación operativa de a la estrategia.
- Asegúrese de que el presupuesto incluya las categorías que correspondan y que los cálculos de costos estén claramente indicados (unidades, costos unitarios, número de unidades, frecuencia, etc.).
- Los costos según el tipo de gasto y contratación propuesta, deberá incluir todas las cargas sociales, laborales y tributarias que apliquen bajo normativa nacional.

Formato de presupuesto

La propuesta económica deberá considerar mínimamente los productos y resultados esperados, para cumplir con las metas. Además de honorarios y viáticos del personal asignado y gastos generales.

N°	Detalle	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo Unitario (Bs)	Costo Total (Bs)	Costo Bs
1	Personal	<i>Ejemplo: Coordinador Estrategia (Mencionar % asignado a la propuesta)</i>	Meses				
		<i>Administrador (Mencionar % asignado a la propuesta)</i>	Meses				
		<i>Contador (Mencionar % asignado a la propuesta)</i>	Meses				
2	Promotores Educadores Pares	Pago de Estipendios	Abordaje / Mes				
3	Seguimiento y grupos de ayuda	Desagregar en costos de Alquiler, Pago de servicios básicos, materiales, cafetería, equipamiento (si corresponde) otros para el funcionamiento					
4	Material promocional y de comunicación	Considerar la elaboración de materiales promocionales impresos y/o digitales					
6	Costos de capacitación, seguimiento y supervisión	Considerar capacitación a PEP así como monitoreo de la implementación en las ciudades del proyecto					
GASTOS ADMINISTRATIVOS (no debe superar el 20% del monto total)							
1	Costos de operación	<i>Ejemplo: Internet Comunicación Transporte Seguros</i>					

	Costos compartidos	<i>Alquileres/servicios públicos Detalle que costos serán asignados como compartidos con otros proyectos de la Organización</i>					
	Otros costos	<i>Describa detalle de otros costos relacionados con el proyecto</i>					
TOTAL							1,260,000.00

Ejemplo de categorías del presupuesto y su breve descripción

Recursos Humanos

- Cargo y porcentaje de asignación a la propuesta
- Tipo de contrato
- Profesionales de servicios (consultores, otros proveedores de servicios)

Viajes (personal/supervisión)

- Viajes aéreos
- Desplazamientos terrestres
- Alojamiento
- Frecuencia, alcance (ciudades)

Formación/ Capacitación

- Viajes aéreos
- Desplazamientos terrestres
- Alojamiento
- Refrigerios
- Material de entrenamiento
- Alquiler de sala (ubicación de sala, equipo, etc.)
- Facilitador/ capacitador
- Material de formación/papelería
- Número de asistentes,
- Lugares de realización, frecuencia

Materiales y equipos

- Papelería
- Costos de impresión
- Diseño y diagramación

Gastos administrativos:

Costos de operación

- Comunicaciones
- Internet
- Transporte
- Seguros

Costos compartidos

- Alquileres/servicios públicos (mencionar porcentaje de asignación a la propuesta)
- Detalle que costos serán asignados como compartidos con otros proyectos de la Organización.

Otros costos:

- Describa detalle de otros costos relacionados con el proyecto

Proporcione notas/justificaciones detalladas para cada línea presupuestaria.

Tenga en cuenta que las propuestas que superen los límites presupuestarios fijados para la actividad serán descalificadas.

10. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA

a. Las propuestas serán evaluadas según los siguientes criterios:

Organizaciones de base comunitaria que deseen participar en la licitación, pero que no cuenten con todos los requisitos, pueden asociarse con otras organizaciones más fortalecidas.

ONG que no tienen base comunitaria, podrá asociarse con organización de poblaciones afectadas o vulnerables del proyecto (Población de personas que viven con VIH - PVV) para presentarse a la convocatoria.

Para asegurar el éxito de las intervenciones y el logro de resultados acordados, la propuesta puede ser presentada por una organización (subreceptor) o por una asociación. En ambos casos, organización y/o asocio legamente establecido deberá presentar los documentos que acrediten la experiencia y respaldos que demuestren el cumplimiento de los requisitos en materia de capacidades institucionales y técnicas detallados en el cuadro siguiente:

Criterios de evaluación	Puntaje máximo
Requisitos de elegibilidad y calificación	Puntaje máximo: 300 puntos
Experiencia de cinco (5) años en la puesta en marcha de actividades de prevención y movilización social, con poblaciones afectada personas que viven con el VIH. (100 puntos) <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año: 0 puntos - De 1 año y menos de 3 años: 50 puntos - De 3 años y menos a 5 años: 70 puntos - 5 años o más: 100 puntos 	100
Experiencia demostrada de tres (3) años de trabajo en proyectos de prevención, atención y/o seguimiento relacionado con VIH y SIDA, incluida la ejecución financiera, técnica, monitoreo y evaluación, con recursos nacionales y/o internacionales (incluidos los organismos de las Naciones Unidas) u otros donantes, en los niveles nacional y departamentales. (100 puntos) <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año: 0 puntos - De 1 año y menos a 2 años: 50 puntos - De 2 y menos a 3 años: 70 puntos - 3 años o más: 100 puntos 	100
Contar con manuales de procedimientos administrativos de control interno: <ul style="list-style-type: none"> - finanzas y tesorería (10 Puntos) - adquisiciones, (10 Puntos) - gestión de RRHH, (10 Puntos) 	50

<ul style="list-style-type: none"> - seguridad de la información, (10 Puntos) - gestión de activos (10 Puntos) <p>Adjuntar manuales.</p>	
<p>Contar con un manual interno de sistema de gestión de suministros incluido almacén y distribución, cumpliendo normas nacionales (Anexo 13. Pautas de almacenamiento del Manual de la Farmacia Institucional Municipal https://www.agemed.gob.bo/reg-far/doc_reg_far/T-N-29-RM0456-FIMS.pdf).</p>	50
<p>Propuesta Técnica y financiera La propuesta debe contener las siguientes secciones / información:</p>	Puntaje máximo: 400 puntos
<p>Propuesta de Plan de Trabajo, de acuerdo con el punto 9, inciso g.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muy buena (supera las expectativas): 50 puntos – Buena (cumple con lo solicitado):40 puntos – Regular (cumple parcialmente): 30 puntos – Débil (no demuestra competencia): 10 puntos – No presenta: 0 puntos 	50
<p>Propuesta técnica, de acuerdo a punto 9 inciso c El análisis incluye la coherencia entre propuesta técnica y propuesta financiera. (200 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muy buena (supera las expectativas): 200 puntos – Buena (cumple con lo solicitado): 150 puntos – Regular (cumple parcialmente): 100 puntos – Débil (no demuestra competencia): 50 puntos – No presenta: 0 puntos 	200
<p>Plan de control de calidad, de acuerdo con punto 9, párrafo d. (50 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muy buena (supera las expectativas): 50 puntos – Buena (cumple con lo solicitado):40 puntos – Regular (cumple parcialmente): 30 puntos – Débil (no demuestra competencia): 10 puntos – No presenta: 0 puntos 	50
<p>Sostenibilidad. De acuerdo con punto 9, inciso h (50 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muy buena (supera las expectativas): 50 puntos – Buena (cumple con lo solicitado):40 puntos – Regular (cumple parcialmente): 30 puntos – Débil (no demuestra competencia): 10 puntos – No presenta: 0 puntos 	50
<p>Gestión de riesgos. De acuerdo con punto 9, inciso f (50 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muy buena (supera las expectativas): 50 puntos – Buena (cumple con lo solicitado):40 puntos – Regular (cumple parcialmente): 30 puntos – Débil (no demuestra competencia): 10 puntos – No presenta: 0 puntos 	50

Estructura de gestión y personal clave		Puntaje máximo: 300 puntos
Coordinador/a (90 puntos)	Licenciatura en Ciencias de Salud y/o Ciencias Sociales. Para profesionales de salud presentar matrícula (20 puntos) .	20
	3 años de experiencia específica en Proyectos de prevención de VIH con población clave (70 puntos) . – Menos de 1 año: 0 puntos – De 1 año y menos a 3 años: 50 puntos – 3 años o más: 70 puntos	70
Administrador/a (80 puntos)	Profesional con licenciatura en administración de empresas, área financiera o áreas afines (20 puntos) .	20
	Experiencia específica como coordinador(a)/administrador(a)/gerente de 5 (cinco) proyectos de desarrollo (60 puntos) . – De 1 a 2 proyectos: 10 puntos – De 3 a 4 proyectos: 40 puntos – 5 o más proyectos: 60 puntos	60
Contador/a (40 puntos)	Profesional con título en técnico superior de contaduría, registrado en colegio respectivo (10 puntos) .	10
	2 años de experiencia específica en proyectos de desarrollo (30 puntos) . – Menos de 1 año: 0 puntos – 1 año y menos de 2 años: 20 puntos – 2 años o más: 30 puntos	30
Psicólogo/a La Paz (30 puntos)	Profesional con licenciatura en Psicología. Presentar matrícula. (20 puntos) .	20
	Al menos 1 año de experiencia específica en prevención de ITS VIH con población GB HSH (10 puntos) . – Menos de 1 año: 0 puntos – 1 año o más: 10 puntos	10
Psicólogo/a Cochabamba (30 puntos)	Profesional con licenciatura en Psicología. Presentar matrícula. (20 puntos) .	20
	Al menos 1 año de experiencia específica en prevención de ITS	10

	VIH con población GB HSH (10 puntos). – Menos de 1 año: 0 puntos – 1 año o más: 10 puntos	
Psicólogo/a Santa Cruz (30 puntos)	Profesional con licenciatura en Psicología. Presentar matricula. (20 puntos).	20
	Al menos 1 año de experiencia específica en prevención de ITS VIH con población GB HSH (10 puntos). – Menos de 1 año: 0 puntos – 1 año o más: 10 puntos	10
TOTAL		1000 Ptos.

b. Propuesta financiera propuesta

La propuesta financiera debe contener el costo global y el desglose de los costos de preparación y prestación de los Servicios acorde a lo descrito en punto 9, inciso i.

La fortaleza de la propuesta técnica incluye la coherencia entre propuesta técnica y estructura de presupuesto.

c. Metodología de evaluación: Selección estratégica con base en la valoración de la ventaja colaborativa de las ONG/OSC

La metodología de Selección estratégica con base en la valoración de la ventaja colaborativa de las ONG/OSC, implica que todas las propuestas serán evaluadas en base la capacidad técnica para implementar las estrategias. Si bien las propuestas evaluadas tienen el mismo precio global máximo (que no puede superar el importe del presupuesto fijo determinado), la evaluación se centrará en la selección de la propuesta de mayor calidad. Parte de la evaluación consistirá en la coherencia entre la propuesta técnica y la estructura de presupuesto planteada para implementar la estrategia propuesta.

Se espera que las ONG/OSC ofrezcan su mejor propuesta técnica y desglose financiero (dentro del presupuesto), indicando claramente los gastos generales propuestos. La evaluación de todas las propuestas técnicas se llevará a cabo de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos los TDR, y se seleccionará la propuesta que obtenga la puntuación técnica más alta. Las OSC/ONG que excedan el presupuesto fijo establecido en sus propuestas financieras serán rechazadas automáticamente.

Los términos de referencia **SON ENUNCIATIVOS Y DE ORIENTACIÓN, NO SON LIMITATIVOS, POR LO QUE EL PROPONENTE SI ASI LO DESEA Y A OBJETO DE DEMOSTRAR SUS SERVICIOS PUEDE MEJORARLOS.**

GLOSARIO DE CONCEPTOS

1. Definición de educación inter pares. La educación inter pares es un concepto popular que implica un enfoque, un canal de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. El término “par” se refiere a “una persona de la misma posición social que otra; que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, el nivel de estudios o la situación social”. El término “educación”, o educar, se refiere al “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona a los “conocimientos” resultantes del proceso educativo. En la práctica, la educación inter pares ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones relativas a quién es par y qué es la educación (por ej. sensibilización, asesoramiento, discusiones facilitadoras, sesiones de lectura y representaciones dramáticas, distribución de materiales, referencias a los servicios, suministro de apoyo, etc.) (Shoemaker et al.1998; Flanagan et al.1996). Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas.

La Importancia de la educación inter pares. La estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Recomienda escalar el suministro de servicios dirigido por las comunidades para asegurarse de que la mayoría de los programas de prevención del VIH estén dirigidos por poblaciones clave, mujeres y personas jóvenes, y que todos los programas de pruebas, tratamiento y asistencia para el VIH incluyan elementos dirigidos por las comunidades. (los servicios mencionados se refieren a las actividades descritas más adelante).

La estrategia alienta a que el 80% del suministro de servicio para los programas de prevención del VIH para poblaciones clave y mujeres debe ser suministrado por organizaciones dirigidas por las comunidades, la población clave y las mujeres.

En Bolivia esta estrategia se operativiza a través de los Promotores Educadores Pares (PEP).

En el marco de la transparencia e institucionalidad, se lanza la convocatoria para que organizaciones con base comunitaria y ONG que tengan acuerdos con OSC de base comunitaria, puedan ejecutar las acciones centradas en poblaciones afectadas.

2. Estrategia de Información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento

La estrategia de cambio de comportamiento dirigida a la población HSH GB y mujeres trans, tiene como objetivo reducir los comportamientos de riesgo (evaluación de comportamientos de riesgo), mejorar los conocimientos de prevención de ITS, VIH y derechos humanos, fomentar la realización de la prueba de VIH e incrementar el uso del condón

Las intervenciones incluyen:

- Intervenciones Individuales con evaluación de comportamientos de riesgo, brindando información en ITS VIH, Uso del condón
- La evaluación del comportamiento de riesgo es una acción que debe ser realizada durante las actividades de abordaje realizadas por los PEP HSH GB y Trans, además de ser incluida durante la consejería previa a la realización de la prueba de VIH.
No todas las personas en la población están en el mismo riesgo de contraer el VIH.
Los comportamientos de riesgo están a veces concentrados en grupos que varían de

lugar en lugar. Temas relacionados a ocupación, migración, grupo etareo; pueden indicar qué poblaciones están en mayor riesgo, para establecer acciones para la información en prevención individualizada.

En el caso de la evaluación de comportamientos, las personas no responden preguntas sensibles como las referidas a la identidad y orientación sexual, o dan respuestas imprecisas a estas preguntas. Para ello se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones:

- i. Acondicionamiento de un espacio privado
- ii. Capacitar a las personas que realizar la evaluación de comportamientos de riesgo, para el análisis de la información obtenida, además para que provean un nivel de privacidad suficiente para obtener respuestas.
- iii. Capacitar a las personas que realizan la evaluación de comportamientos de riesgo respecto a las implicancias
- iv. Se explorará sobre sexo reciente con personas del mismo sexo, también alguna vez en la vida, junto con otras cuestiones relacionadas con los comportamientos sexuales.

La información obtenida permitirá identificar a la persona respecto a identidad y orientación sexual.

- Intervenciones grupales a nivel comunidad (PEP HSH GB y Trans) Se incluyen actividades de empoderamiento, sesiones de grupos pequeños y apoyo a actividades de diferentes grupos, se sensibiliza y capacita a personas o líderes de grupos que puedan transmitir mensajes clave.
- Alcance de la población HSH GB y Trans en lugares identificados, para brindar información puntual de prevención (uso del condón, promoción de pruebas de VIH, información de lugares donde se realiza el tamizaje) mediante la distribución de materiales de comunicación impresos, además de información de contacto de los PEP para futuros encuentros para la intervención individual.
- Alcance de la población HSH GB y Trans en temas uso de alcohol y drogas (realizado en centros comunitarios) bajo la responsabilidad de los/as psicólogas.

Socialización de información de prevención de VIH, vinculación a estrategias PEP y centros de tamizaje de VIH, mediante la utilización de redes sociales informáticas y/o en telecomunicaciones.

3. Notificación asistida de VIH, para aquellas personas que tienen una o varias parejas, esta acción permitirá aumentar la utilización de los servicios de detección del VIH por parte de las parejas de personas con infección del VIH; aumentar la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, además de permitir la vinculación de parejas, con los servicios de atención y tratamiento.

La estrategia de notificación de parejas será implementada a nivel nacional en todos los escenarios CDVIR/CRVIR, centros desconcentrados, CC, UM y BM. En el caso de los CC, UM y BM (servicios comunitarios) la notificación de la/s pareja/s será realizada por la persona que realiza prueba de VIH; con apoyo de personal de psicología, si está disponible.

Se considerará, en la actividad de notificación de pareja, se brinde la información correcta además de asegurar la confidencialidad de la persona tamizada; por otro lado; en lo operativo, una vez se identifique la posibilidad de infección por VIH en la persona que se realiza el tamizaje de VIH, se considerarán los siguientes escenarios:

Derivación pasiva: Donde se alienta a la persona tamizada, la posibilidad de informar sus resultados de la prueba de VIH a su/s pareja/s, sugiriendo a la/as mismas, se realicen la prueba de VIH.

Notificación asistida a parejas: donde se realiza un acuerdo con la persona tamizada, para que informe sus resultados a su/s pareja/s y oferte la prueba de VIH; en un determinado tiempo, de no

ser así el responsable de la notificación asistida, se pondrá directamente en contacto con la/as pareja/s, ofreciendo solamente pruebas de VIH.

Derivación por el prestador: donde el responsable de la notificación asistida, bajo el consentimiento de la persona tamizada, se pone directamente en contacto con la/s pareja/s para ofrecer solamente pruebas de VIH.

Derivación doble: también bajo el consentimiento de la persona tamizada, el responsable de la notificación asistida, ayuda a la persona a revelar sus resultados de pruebas de VIH y ofrecer posteriormente pruebas de VIH a su/s pareja/s. La implementación de la derivación doble tomará en cuenta que la metodología en este escenario será el de cara a cara, agendando un tiempo y espacio propicio para el encuentro, con el apoyo del personal de psicología en todos los espacios. Las preferencias por un método concreto de notificación a la/s pareja/s variarán según el tipo de población (HSH GB Trans), la edad de las personas (especialmente en el caso de los jóvenes) y el tipo de pareja (estable o no). Entre los métodos de notificación asistida a parejas se considerarán los siguientes:

- conversaciones cara a cara
- envío de comunicados escritos (cartas)
- llamadas telefónicas /mensajes de texto
- mensajes de correo electrónico
- Sistema de mensajes a través de internet

Las personas responsables se asegurarán que el mensaje llegue a la persona correcta y que se mantenga en todo momento el anonimato tanto de la persona con diagnóstico positivo de VIH como de la persona que recibe la notificación.

Previa implementación de la estrategia de notificación asistida de parejas, se tomarán la siguiente consideración:

1. Capacitación de los responsables de notificación, dirigido especialmente a fortalecer la conversación libre de prejuicios relacionados al tema de parejas sexuales, información obtenida para localizar a la/s pareja/s, incluir en un expediente de la persona tamizada de VIH la existencia de un proceso de notificación de pareja y mejorar el conocimiento específico de las diferentes metodologías de notificación diversas opciones para la notificación a sus parejas

4. Estrategia de detección temprana del VIH y vinculación para a la atención y tratamiento

En el país se implementa un algoritmo de diagnóstico de VIH, que incluye 2 pruebas rápidas de VIH de diferente denominación; aspecto que ha mejorado el tiempo de diagnóstico. En los CC, UM y BM se realizará solo la primera prueba de VIH y es en los CDVIR/CRVIR donde se realiza la segunda prueba de VIH diagnóstica.

La entrega de resultados de la prueba de VIH (1er prueba de tamizaje) en todos los escenarios (CDVIR/CRVIR, CC UM y BM) es inmediata, en el caso de los CDVIR/CRVIR la confirmación (2da prueba de VIH) se la realiza en el mismo día; en el caso de los CC, UM y BM, se realiza una toma de muestra venosa, misma que es llevada al CDVIR/CRVIR al día siguiente (lo anterior debido a que la atención en éstos es nocturna en su mayoría). Personal del CDVIR y personal de los servicios comunitarios (UM, CC, BM) coordinan con la persona tamizada para la entrega de resultados en un lapso de 24 horas, en casos excepcionales un máximo de 48 horas; siendo la entrega de los mismos en los CDVIR/CRVIR, con el apoyo del área de psicología.

Los servicios comunitarios de pruebas y orientación con relación al VIH contribuyen a fomentar la confianza de los/as usuarios/as, protegen los derechos humanos y ayudan a disminuir el estigma y la discriminación. También estos servicios superan las barreras estructurales, logísticas y sociales de las pruebas de detección y la orientación, que incluyen en el caso de las prestaciones domiciliarias y las prestaciones móviles, los costos del desplazamiento hasta los servicios.

Los servicios comunitarios pueden ampliar el conocimiento que tienen las personas de su estado con respecto a la infección por el VIH y con ello aumentar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento y su utilización.

Mediante la intervención comunitaria (CC, UM y BM) según la necesidad de la población HSH GB y Trans, se espera incrementar la cobertura de tamizaje de VIH además de brindar atención integral a dichas poblaciones.

La propuesta incluye la realización de pruebas de VIH por promotores educadores pares PEP y psicólogos/as de los CC y BM, capacitados y sensibilizados por el personal de salud de los CDVIR/CRVIR, en los procedimientos correspondientes a la realización de la prueba de VIH y especialmente en temas de pre pos consejería y confidencialidad. Los PEP y psicólogos contarán con una acreditación por parte de los CDVIR/CRVIR.

Los/as PEP a través del acceso a familias, colectivos, agrupaciones y redes de la población meta (HSH GB, Trans) ofertarán la realización de pruebas de VIH, permitiendo incrementar la cantidad de personas tamizadas que conocen su diagnóstico.

Los/as PEP realizarán pruebas de VIH en los CC y BM cumpliendo los procedimientos de flujo establecidos para cada lugar. Una vez realizada la primera prueba de VIH por un PEP y la entrega del resultado inmediatamente; en caso reactivo el PEP derivará a la persona tamizada al centro comunitario, donde se tomará una muestra venosa, misma que será llevada al CDVIR/CRVIR para la confirmación del resultado (algoritmo diagnóstico vigente).

Resumiendo, las pruebas de VIH comunitarias serán implementadas mediante:

- CC y BM HSH GB Trans en Sucre, La Paz, El Alto, Cochabamba, Oruro y Santa Cruz. Las pruebas de VIH serán realizadas por los/as médicos, psicólogos/as y por PEP capacitados.
- UM HSH GB, Trans en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. Las pruebas de VIH solo serán realizadas por los/as médicos de las UM.

Se propone una coordinación directa de los servicios comunitarios (CC/BM HSH GB trans y UM HSH Tran) con los CDVIR/CRVIR que permitirá la conclusión del algoritmo diagnóstico del VIH y para la vinculación a servicios de atención y tratamiento con personas que viven con VIH (PVV). De manera complementaria los servicios de tamizaje y diagnóstico, ofrecerán un servicio de notificación de pareja en aquellos casos reactivos a la prueba de VIH.

5. Apoyo a la Vinculación, una vez realizada la primera prueba de VIH (tamizaje) en algún servicio comunitario, cuyo resultado fuese reactivo, se obtiene una muestra de sangre venosa la cual es llevada por la persona responsable al CDVIR/CRVIR correspondiente de la ciudad para completar el algoritmo diagnóstico (2da Prueba de VIH). Una vez se cuenta con el resultado positivo para VIH, ésta persona es incorporada al sistema de información (ficha de notificación) e inicia su atención en las áreas de psicología, médica y laboratorio, para inicio de tratamiento ARV

En la actual propuesta se fortalecerá la coordinación directa entre las personas responsables de tamizaje de VIH de CC (Médico, psicólogo/a y PEP) y PEP PVV y prestadores públicos de salud.

6. Estrategia de prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual

Considerando la implementación de un enfoque de atención integral a la población HSH GB Trans, se incluye el diagnóstico y tratamiento de ITS a través de:

1. Diagnóstico sintomático de ITS, Los CC implementarán un diagnóstico sintomático de ITS ofreciendo derivación de tratamiento para ITS a establecimientos de salud públicos cubiertos por el SUS, para lo cual los médicos recibirán capacitación por parte de los CDVIR/CRVIR, respecto a los protocolos de atención de la población HSH GB y Trans.
2. Oferta de Pruebas de sífilis en CC, BM HSH GB Trans y UM HSH GB, Trans.

Por otro lado, considerando a población de adolescentes de la población clave, éstos serán abordados por los PEP mediante intervenciones interpersonales y a través de redes sociales; Los PEP brindarán información para prevención de ITS VIH uso correcto del condón, para posteriormente si así lo requieren ser derivados a los centros comunitarios para recibir atención por parte del área de psicología y/o médica