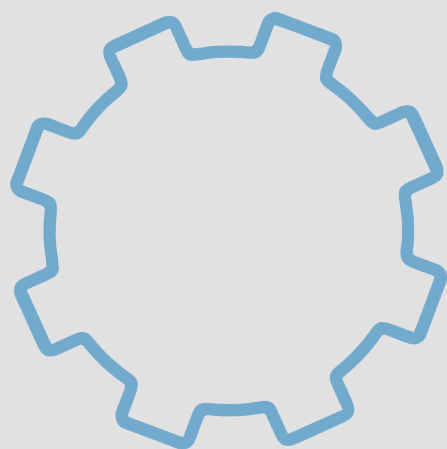

Priorización y Costeo Estratégicos

Documento de Reflexión para las OSC que trabajan en VIH, tuberculosis y malaria en la región de América Latina y el Caribe



Priorización y Costeo Estratégicos - Documento de Reflexión para las OSC que trabajan en VIH, tuberculosis y malaria en la región de América Latina y el Caribe es un documento elaborado por la Plataforma Regional para América Latina y el Caribe de Apoyo Coordinación y Comunicación de la Sociedad Civil y las Comunidades, (Plataforma LAC).

Primera Edición

Lima, Perú. Mayo 2023

© Vía Libre

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

vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe | www.plataformalac.org/

Teléfono: (+511) 203-9900

Director Ejecutivo

Dr. Robinson Cabello

Autor

Joan Tallada

Supervisión técnica y editorial

Anuar I. Luna Cadena

Coordinador Técnico de la Plataforma LAC

Anuar I. Luna Cadena

Diseño

Juan Carlos Rodríguez Espinosa

La Plataforma Regional para América Latina y el Caribe de Apoyo, Coordinación y Comunicaciones de la Sociedad Civil y las Comunidades, (Plataforma LAC) es una Iniciativa impulsada por Vía Libre con apoyo financiero del Fondo Mundial de la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial)

Forma parte de las intervenciones del Fondo Mundial para apoyar y fortalecer la participación comunitaria y de la sociedad civil en todos los niveles de sus procesos. Es un componente de la Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria (IE PC)

Introducción

La participación e inclusión significativas de las personas más afectadas por las tres enfermedades es crucial para asegurar que las inversiones del Fondo Mundial estén basadas en evidencia y logren cimentarse sobre un sólido enfoque de derechos; es fundamental que temas como el género y los derechos humanos sean ejes transversales en las solicitudes de financiamiento y las subvenciones. Lograr lo anterior contribuirá a maximizar la repercusión y alcance de las subvenciones del Fondo Mundial, fortaleciendo la transparencia y rendición de cuentas en el ámbito local.

A fin de asegurar que la sociedad civil y las comunidades participen de manera significativa en los procesos relacionados con el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM) ha puesto en marcha una Iniciativa Estratégica sobre Participación Comunitaria (IE PC).

La IE PC está integrada por tres componentes que se refuerzan mutuamente:

Componente 1: Asistencia Técnica a corto plazo dirigidas las comunidades y grupos de la sociedad civil para que participen en los procesos nacionales relacionados con el Fondo Mundial.

Componente 2: Fortalecimiento a largo plazo de las organizaciones y redes de VIH, tuberculosis y malaria.

Componente 3: Plataformas regionales sobre comunidad, derechos y género.





Desde 2016, la Plataforma Regional para América Latina y el Caribe de Apoyo, Coordinación y Comunicación (Plataforma LAC) de la IE PC del FM y ha sido albergada por Vía Libre, una organización peruana de la sociedad civil.



¿Cuál es el objetivo de este documento?





El Fondo Mundial ha iniciado el Ciclo de Subvenciones 7 (CS7) para el periodo 2023 a 2025. Este nuevo ciclo, ha incorporado nuevas directrices técnicas y recomendaciones de sus asociados basadas en la [Estrategia del Fondo Mundial 2023-2028](#). Los [países elegibles](#) en este nuevo ciclo para las tres enfermedades: VIH, TB y Malaria deben preparar sus solicitudes de financiamiento siguiendo las directrices de las notas informativas, los formatos correspondientes y el [Manual del Marco Modular](#) para el periodo de asignación 2023 - 2025, el cual es un documento orientador que presenta módulos, intervenciones e indicadores de desempeño estándar para respaldar el desarrollo de solicitud de financiamiento al Fondo Mundial.

Por otra parte, la Plataforma LAC, tiene como propósito contribuir a la consecución de la meta general de la Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria: ***La sociedad civil y las comunidades participan de forma efectiva y contribuyen en la elaboración, ejecución y supervisión de programas financiados por el Fondo Mundial.*** Para esto propone cuatro objetivos estratégicos:

-  Mejorar el conocimiento de la comunidad sobre el FM y sus procesos, mediante la difusión periódica de información adaptada y dirigida a un público diverso.
-  Fortalecer la coordinación del involucramiento comunitario en las subvenciones nacionales y regionales del FM y procesos conexos, haciéndolo más eficiente y efectivo.
-  Apoyar el desarrollo de la capacidad estratégica de la comunidad, mediante el fomento de espacios para el aprendizaje entre iguales, el intercambio y apoyo a la creación de habilidades en la comunidad.
-  Mejorar el acceso de la comunidad a la asistencia técnica (AT) mediante el intercambio de información, la vinculación con los proveedores de AT, apoyo en la elaboración de solicitudes de AT y fortalecer la capacidad y coordinación entre los proveedores de AT.

Dando cumplimiento a sus objetivos, la Plataforma LAC ha preparado el presente documento para contribuir en la participación significativa de la sociedad civil, organizaciones comunitarias de personas afectadas por las enfermedades y poblaciones clave (PC) en la preparación de solicitudes de financiamiento para el CS7 del FM (2023 – 2025).

El objetivo de este documento es ayudar a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) de la región de América Latina y el Caribe que trabajan en los ámbitos del VIH, la tuberculosis y la malaria a reflexionar sobre su situación particular y la forma en que trabajan en un entorno cambiante en relación a:

-  Primero, cómo ha evolucionado la epidemia y los datos programáticos en sus propios países en los últimos tiempos;
-  Segundo, cómo utilizar los datos para tomar decisiones relacionadas con las lagunas pendientes que deben priorizarse;
-  Tercer lugar, si las modalidades de servicio que han venido prestando las OSC deben revisarse, adaptarse y cómo; y
-  Cuarto, qué aspectos clave deben tener en cuenta las OSC a la hora de calcular los costos de las modalidades de servicio actualizadas.

Para ello, esperamos que tras abordar estas cuatro cuestiones, las OSC comprendan mejor los siguientes aspectos: cómo renovar su rol en la contribución a los objetivos nacionales de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria; cómo diseñar líneas presupuestarias equitativas y suficientes para las intervenciones lideradas por la comunidad; y, por último, pero no por ello menos importante, desarrollar argumentos sólidos para negociar acuerdos de financiación justos con los socios de desarrollo y/o las autoridades nacionales.

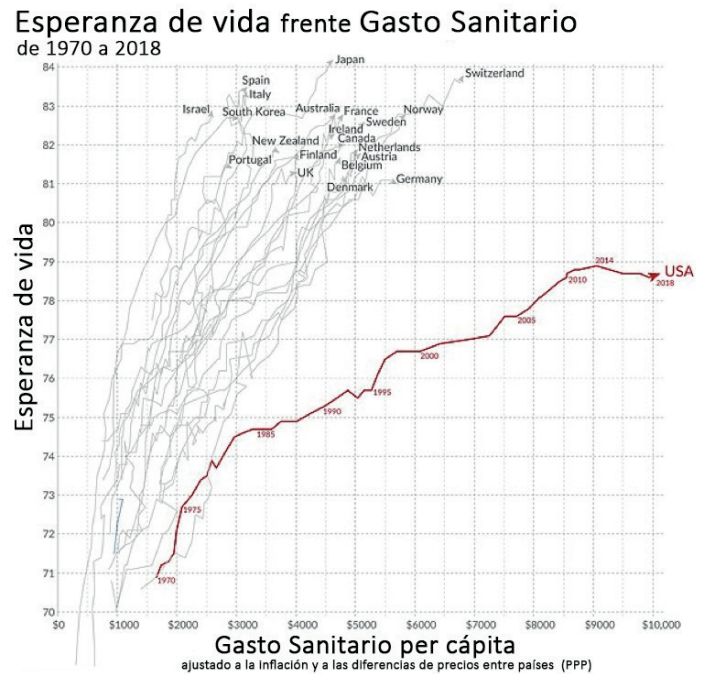
Para lograr este objetivo general, invitamos a las personas lectoras a un viaje de reflexión colectiva que comienza con algunas preguntas básicas sobre lo que significa invertir en servicios de salud, así como sus beneficios y limitaciones. Tras este paso, reconduciremos nuestras preguntas a ejemplos más concretos, tomando como referencia el ámbito del VIH, aunque incluyendo también ejemplos relacionados con la tuberculosis y la malaria. El proceso se centrará en las áreas en las que las OSC han estado trabajando hasta el presente, y en aclarar las razones por las que las actuales modalidades de intervención podrían requerir enfoques diferentes o innovadores. Por último, se debatirán las implicaciones en materia de costos y presupuesto de la adopción de nuevas modalidades diferenciadas.

La compleja relación entre el dinero y la salud

¿Cree que más dinero invertido en sanidad significa siempre que obtendremos mejores resultados sanitarios?

Si su respuesta es afirmativa, considere el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Esperanza de vida frente a gasto salud per cápita en países seleccionados 1970-2018



Fuente: Wikimedia Commons, 2023

¿Qué ve usted?

Durante muchos años (hasta 2018), Estados Unidos (EEUU) ha sido el país que más ha gastado en sanidad per cápita de todo el mundo. Su esperanza media de vida al nacer, sin embargo, ha estado constantemente por debajo de la de otros países de renta alta que gastan mucho menos. Comparemos EEUU con España, por ejemplo: en 2018, EEUU gastaba aproximadamente 10.000 dólares estadounidenses per cápita en sanidad, mientras que su esperanza de vida estaba entre los 78 y los 79 años; el mismo año, España gastaba menos de un tercio de esa cantidad (algo más de 3.000 dólares per cápita), y su esperanza de vida estaba entre 83 y 84; es decir, 5 años por encima de la de EEUU.

Hay muchas razones por las que, a pesar de gastar más en sanidad, Estados Unidos obtiene peores resultados sanitarios en términos de esperanza de vida que España u otros países. Entre otras razones, el modelo de servicios sanitarios de EEUU utiliza, cada vez más, alta tecnología muy cara que produce beneficios cada vez menores en salud y en esperanza de vida adicional; presenta mayores barreras de acceso a la atención sanitaria vital para las poblaciones estadounidenses con menores ingresos; invierte menos en políticas de bienestar social; presenta mayores desigualdades socioeconómicas; y tiene frágiles redes de seguridad social para apoyar a los miembros vulnerables de las familias o comunidades. En este breve documento de reflexión no podemos comentar todos estos factores en detalle. No obstante, el mensaje fundamental es claro: invertir más en servicios sanitarios no siempre se traduce en mejores resultados en salud. Dichos resultados dependen en buena medida de la forma en que se realice la inversión sanitaria, además de otros complejos factores sociales y económicos.

América Latina no es una excepción a esta tendencia. Véase la tabla siguiente: Uruguay tiene más del triple de gasto sanitario per cápita que Colombia y Ecuador, y sin embargo su esperanza de vida es sólo un año mayor.



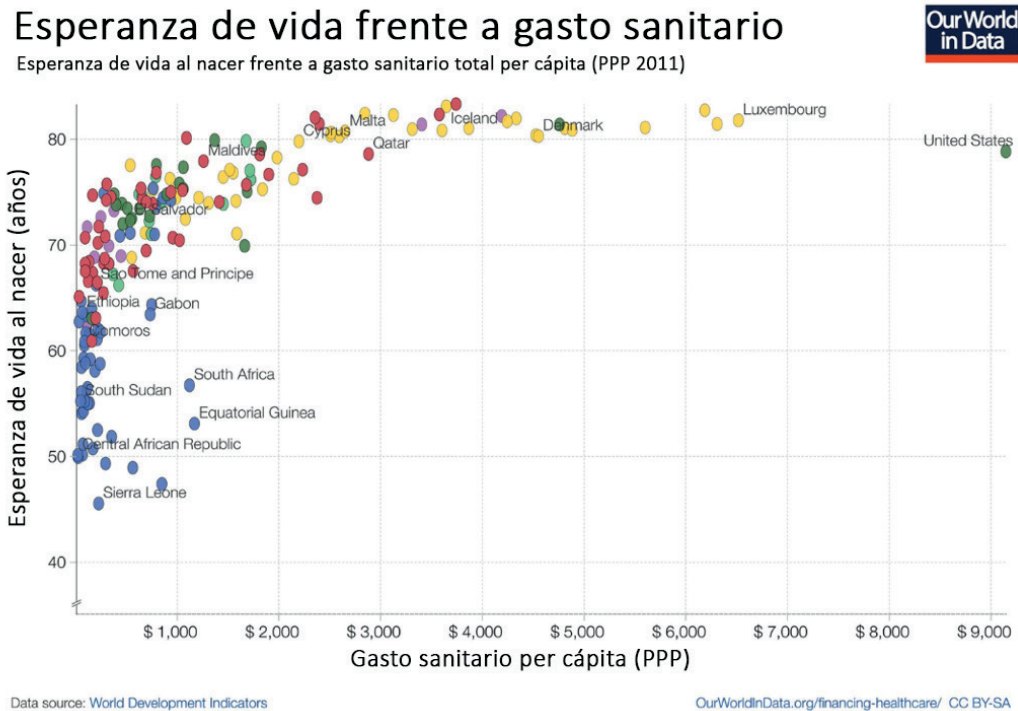
Gráfico 2: Gasto sanitario per cápita y esperanza de vida en un grupo seleccionado de países de ALC

América Latina	Gasto per cápita en salud	Años de esperanza de vida en promedio
Uruguay	US\$1.661	78
Chile	US\$1.376	80
Panamá	US\$1.193	79
Cuba	US\$1.032	79
Argentina	US\$946	77
Brasil	US\$853	76
México	US\$540	75
Colombia	US\$495	77
Ecuador	US\$486	77
Paraguay	US\$388	74

Fuente: La República, Colombia, citando datos del Banco Mundial, 2022.

Ahora, observemos el gráfico que reproducimos aquí abajo.

Gráfico 3: Esperanza de vida frente a gasto sanitario per cápita en países seleccionados 2016



Fuente: Our World in Data, 2016.

Podemos ver que todavía hay países que gastan menos en servicios de salud que EE.UU. y muestran una mejor esperanza de vida. En este ejemplo, además, también observamos que hay países que gastan mucho menos y además muestran una esperanza de vida mucho menor. De hecho, podemos identificar una tendencia. Siguiendo a los países desde niveles bajos de gasto sanitario (Sierra Leona, República Centroafricana o Sudán del Sur) hasta niveles medios (Santo Tomé y Príncipe, El Salvador o Maldivas), se observa una tendencia¹ a un aumento relativamente rápido de la esperanza de vida. Esto ilustra que a bajo nivel de gasto sanitario, cualquier inversión, aunque sea muy modesta, tenderá a producir mejores resultados sanitarios.

Por otro lado, cuando observamos la diferencia de los países de nivel medio a alto de gasto sanitario per cápita, observamos que el aumento de la esperanza de vida no es tan significativo. Sigue habiendo un resultado, pero cada vez es menor, hasta que parece alcanzar una meseta. En ese punto, las inversiones adicionales en asistencia sanitaria no producen una mayor esperanza de vida. *¿A qué se debe?*

1 Por favor, tenga en cuenta que aquí utilizamos un lenguaje blando o no contundente a propósito: decimos tendencia, tendencia, tendemos a. Esto significa que, a pesar de las excepciones a la regla (Guinea Ecuatorial, Sudáfrica), la mayoría de los países se comportan de forma similar.

La razón es una ley económica conocida como la ley de los rendimientos decrecientes. La ley original de los rendimientos decrecientes dice que, una vez alcanzado un nivel óptimo de capacidad, añadir un factor de producción adicional dará lugar a incrementos cada vez menores de la producción (en término de resultados o beneficios), a menos que cambiemos las condiciones en las que se lleva a cabo dicha producción. En el caso de las OSC que trabajan contra el VIH, la malaria y la tuberculosis, cuando aplicamos este concepto a las inversiones en atención en salud, la ley de los rendimientos decrecientes muestra que, una vez que hemos alcanzado un cierto umbral, las inversiones adicionales (en términos de una unidad adicional de dinero, de recursos humanos o de cualquier otro tipo de recursos) producirán cada vez menos resultados en salud, a menos que cambiemos dónde o cómo utilizamos esos recursos para garantizar intervenciones más costo-efectivas. En otras palabras, una vez superado un determinado umbral, obtener cada unidad adicional de resultado en salud será más costoso; o también: el costo marginal de alcanzar una unidad adicional de resultado en salud es incrementalmente (o sea, cada vez) más caro.

Volumen de Recursos y Resultados Programáticos

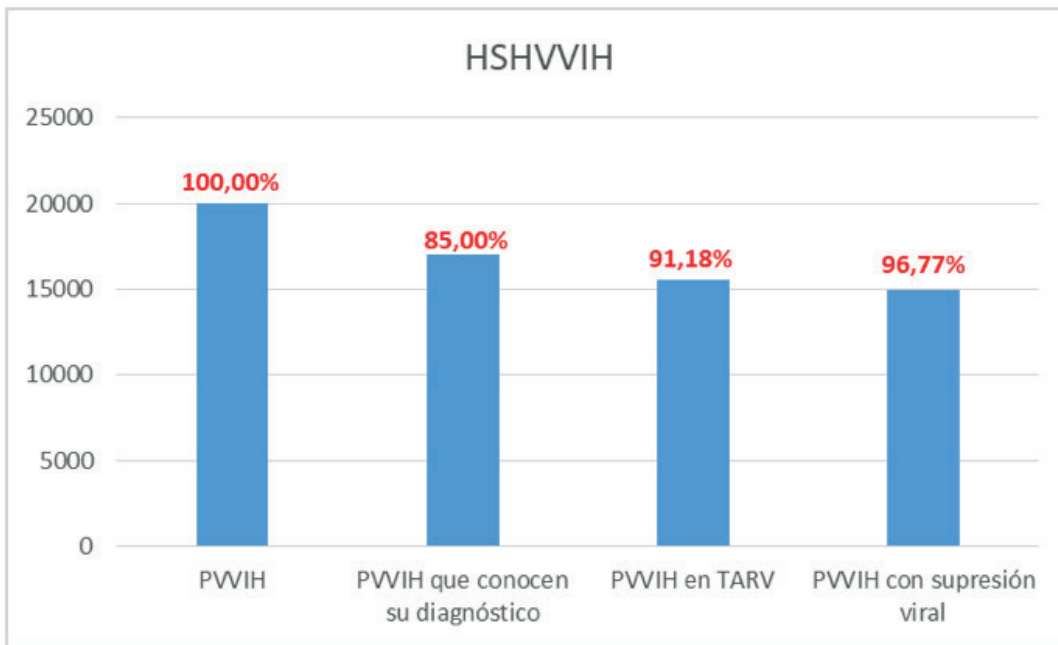
¿Por qué la ley de los rendimientos decrecientes es importante para las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan en los ámbitos del VIH, la tuberculosis y la malaria?

Tomemos un ejemplo de un determinado país de ALC (América Latina y el Caribe): el País X. En este ejemplo, consideraremos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y el VIH para ilustrar el punto, pero podría ser aplicable, no obstante, a otras poblaciones clave. Aunque el ejemplo utiliza el VIH para construir el hilo argumental, citaremos también otros ejemplos referidos a la tuberculosis y la malaria.

En este escenario hipotético, el País X ha declarado que se compromete a seguir reduciendo la incidencia de nuevos casos de VIH y la mortalidad relacionada con el sida. Una forma clave de lograrlo es asegurarse de que todas las personas que viven con el VIH (PVVIH) conozcan su estado serológico y estén vinculadas y permanezcan en tratamiento, tomando una terapia antirretroviral (TAR) eficaz.



Aquí tenemos la cascada de tratamiento y atención de los HSH que viven con el VIH del país X:



En este ejemplo, el tamaño estimado de la población de HSH es de 100.000 personas. La prevalencia del VIH en este grupo es del 20%, lo que significa que unos 20.000 HSH viven con el VIH. De ellos, el 85% (17.000) ya conocen su estado serológico. De los que conocen su estado serológico, el 91,18% (15.500) están en tratamiento antirretroviral, de los cuales el 96,77% (15.000) muestra una carga viral suprimida. Estos datos nos dicen que si somos capaces de identificar a los HSH que viven con VIH (HSHVVIH) y no conocen su estado, habrá pocas barreras para que se vinculen a la atención, inicien el TAR y alcancen la supresión de la carga viral (SVL). Esto, a su vez, significa que nuestra principal brecha se encuentra en el primer pilar: el porcentaje de quienes conocen su estado serológico.

En consecuencia, al debatir la asignación presupuestaria a partir de los datos disponibles, la prioridad es clara: entre los HSH, deben asignarse más recursos para aumentar la identificación de casos que a la vinculación y retención en la atención. Esto no sólo es relevante para reducir la transmisión del VIH y mejorar la salud de las PVIH;

Eficiencia Alocativa o de Asignación

significa distribuir nuestros recursos de forma que obtengamos los resultados más acordes con nuestras metas y objetivos.

también es importante porque invertir en áreas donde existen grandes carencias nos dará mejores rendimientos que en áreas donde las carencias son más modestas. Eso es lo que llamamos “**eficiencia alocativa o de asignación**”²: cada dólar invertido en identificar nuevos casos (a partir de esta línea de base actual) nos dará mejores resultados al final de la cascada (en términos de más PVIH con supresión viral) que cada dólar invertido en vinculación o retención a la atención.

2 En realidad, el término correcto en español sería Eficiencia de Asignación, porque el término Alocativa (o Alocativo) es un anglicismo. Sin embargo, es frecuente verlo utilizado en español, por lo que se incluye aquí para facilitar su identificación.

Hasta ahora, el país X ha estado aplicando un enfoque dual para identificar nuevos casos de personas que viven con el VIH entre los HSH: oferta de pruebas a través del sistema de atención primaria de salud, incluido un número seleccionado de centros amigables en las grandes ciudades; y divulgación entre pares implementada por las OSC en los puntos calientes (“hotspots”). Sin embargo, los rendimientos de positividad³ de la oferta de pruebas han ido disminuyendo desde 2020 en ambos tipos de proveedores, pero más en la oferta dirigida por las OSC. Mientras tanto, la cobertura de las pruebas entre los HSH se ha mantenido más o menos igual.

En otras palabras, el país X ha sido capaz de encontrar a la mayoría de los HSH a través de su enfoque de oferta dual, pero las modalidades actuales están mostrando signos de fatiga, ya que encuentran cada vez menos casos para la misma cantidad de personas testadas. ¿Qué hacer?

Una posibilidad sería revisar la forma en que se están aplicando las modalidades actuales y cómo se están utilizando los recursos y, a continuación, identificar cómo ganar en eficiencia. Esto permitiría al país X intentar ampliar la cobertura y, potencialmente, encontrar casos adicionales con el mismo enfoque revisado y el mismo presupuesto. Es lo que llamaríamos aplicar la “eficiencia técnica”.

Eficiencia técnica significa obtener el máximo resultado con los recursos disponibles o, al revés, utilizar los mínimos recursos posibles para obtener el resultado deseado.

Aunque es beneficioso intentar que las modalidades actuales sean más eficientes, descubriremos que, por muy perfecta que sea esa eficiencia, la modalidad dará cada vez menos resultados: acabará alcanzando su techo. ¿A qué se debe esto?

No todos los HSH son iguales. No todos tienen la misma identidad, como reconocerse a sí mismos como HSH u hombres gays, ni son abiertos sobre sus prácticas, ni tienen las mismas redes personales, ni provienen de situaciones socioeconómicas similares. En nuestro ejemplo, El 85% de los HSHVIH ya diagnosticados han sido accesibles a través de las modalidades que se les ofrecían hasta ahora. Pero lo más probable es que el 15% restante tenga características diferentes: pueden estar casados con una mujer y tener hijos, o tener múltiples parejas masculinas y femeninas, o ser más ricos o más pobres que la media de los HSH, o estar en situación de calle, o ser trabajadores sexuales masculinos que se identifican como heterosexuales, o consumir más sustancias, o la combinación de varios de esos factores. Solemos denominarlas poblaciones de HSH difíciles de alcanzar, pero en realidad son difíciles de alcanzar con los enfoques del alcance actuales, pero no necesariamente difíciles de alcanzar (o no tanto) con enfoques alternativos. ¿Y si probamos algo diferente?

3 También llamados rendimiento diagnóstico. Hace referencia al número de casos positivos encontrado por cada 100 personas testadas. Se expresa en términos de porcentaje.

Por ejemplo, cuando los HSH acceden a los servicios de pruebas y el resultado es negativo, podemos evaluar mejor si realizan prácticas de riesgo relacionadas con el VIH. Si el resultado de la evaluación es que están en riesgo, debemos ofrecerles profilaxis preexposición (PrEP). Además, podemos invitarles a compartir los datos de contacto de sus parejas para que podamos ponernos en contacto con ellas y ofrecerles servicios de prevención y pruebas. Si se niegan a facilitar los datos de sus parejas, podemos ofrecerles autopruebas individuales para que las compartan con ellas. Estamos complementando (o sustituyendo, si es necesario) las tradicionales actividades de alcance entre iguales con una nueva modalidad que se considera más eficaz para acceder a los HSH de difícil acceso

Cuando interpretamos que una determinada intervención está ofreciendo un resultado que no compensa la inversión de recursos que hacemos, debemos plantearnos si adaptando y utilizando esos recursos de otra manera, es decir, con una nueva modalidad, obtendremos un resultado mejor. Se trata de aplicar, de nuevo, la *Eficiencia de Asignación*.

Es de suponer que este nuevo enfoque producirá mejores resultados, pero el costo de alcanzarlos puede ser diferente. Para empezar, el costo por unidad de los resultados obtenidos depende de la meta del indicador. Si la meta es la cobertura de las pruebas, el costo por HSH alcanzado con una prueba puede ser más caro en la nueva modalidad que en la actual, ya que hay que movilizar cada vez más recursos especializados para llegar a los HSH difíciles de alcanzar y hacerles la prueba. Sin embargo, si el resultado deseado se define en términos de número de casos positivos identificados, lo más probable es que el costo unitario de la nueva modalidad sea igual o incluso inferior al de la actual. Podemos esperar diagnosticar más casos de VIH a través de la navegación de redes de HSH negativos con prácticas de riesgo que a través de las actividades de alcance dirigidas por pares para todos los HSH, independientemente de su nivel de riesgo.

Estas son consideraciones cruciales cuando las OSC priorizan las actividades y les asignan costos: que la inversión merezca la pena no depende solo del presupuesto total necesario, sino también del costo por cada unidad de resultados que deseamos alcanzar. Ese costo unitario depende de cómo definamos el resultado deseado. En nuestro ejemplo, si el resultado se define en términos de cobertura de las pruebas, el costo unitario será menor con la estrategia actual, porque lo que importa es cuántos HSH testamos, no si encontramos casos positivos. Si el resultado es el número o la proporción de casos de VIH identificados respecto al total de personas testadas, lo más probable es que los nuevos enfoques arrojen un costo unitario menor.

Hay algo más. La ley de los rendimientos decrecientes también afectará en algún momento a las nuevas modalidades de divulgación de las pruebas para HSH. Pasar del 85% al 90% de los HSH que conocen su estado serológico será todo un reto, pero esperamos que un enfoque innovador (utilizando redes de HSH negativos con riesgo sustancial, por ejemplo) nos ayude a conseguirlo. Una vez que hayamos alcanzado el 90%, los 5 puntos porcentuales siguientes (hasta el 95%) serán aún más difíciles de conseguir, y el 5% final aún más (¡el 100%!), si cabe. Esto significa que, a medida que tengamos éxito, cada vez intentaremos llegar a personas más difíciles de alcanzar que las ya alcanzadas. En otras palabras, el costo de llegar a cada unidad adicional de resultado (nuevo caso de VIH identificado) será incremental.

El mismo modelo analítico puede aplicarse a la tuberculosis y la malaria, como se ilustra en los ejemplos a continuación.

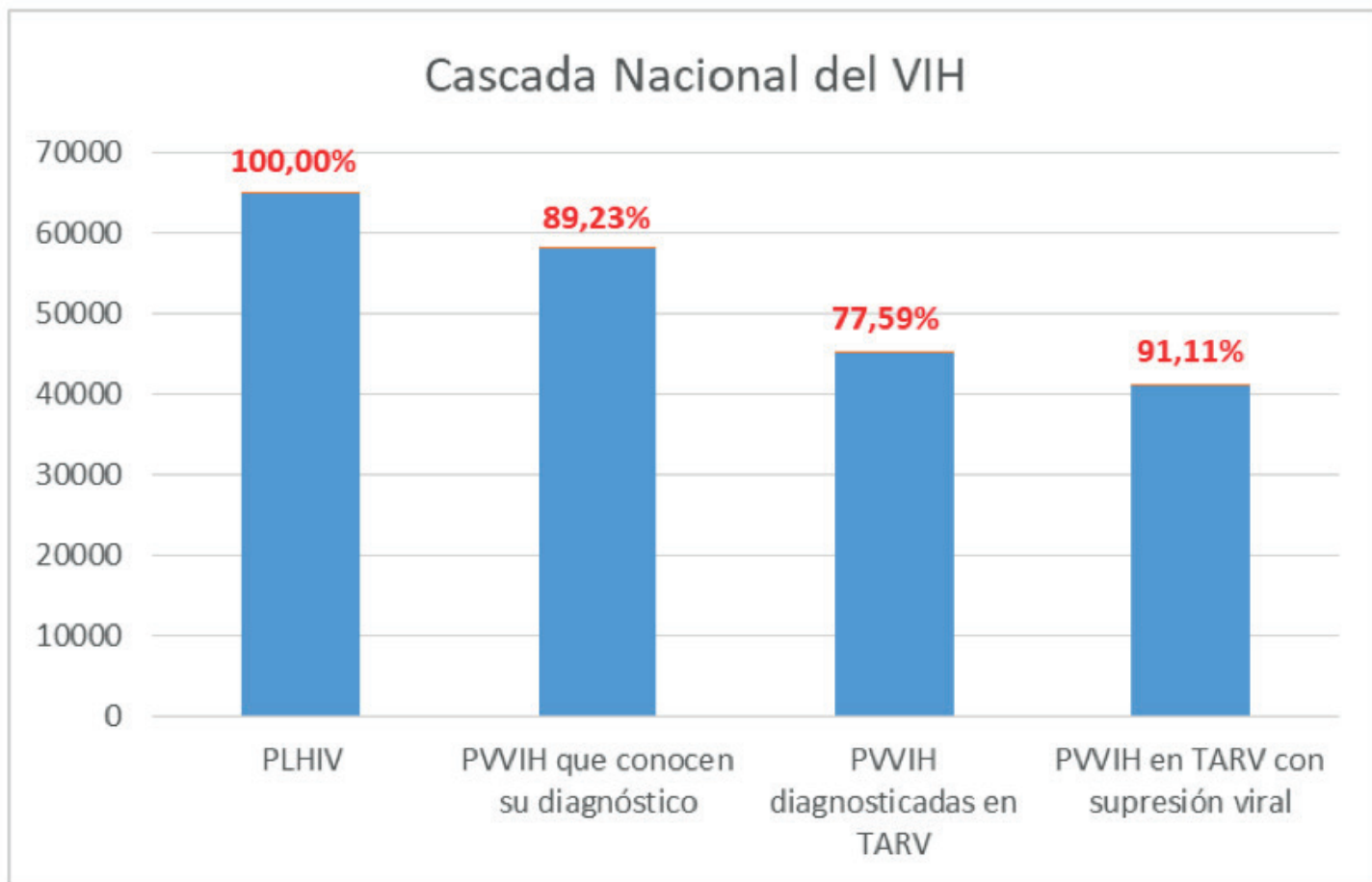
En la tuberculosis, una tarea clave que las OSC ayudan a llevar a cabo es identificar y llegar a las personas con síntomas respiratorios de la comunidad. El éxito de esa tarea puede medirse en relación con el objetivo estimado de personas con TB que aún no han sido identificadas en un periodo determinado. A medida que el número de personas con síntomas respiratorios a las que se llega y, por lo tanto, de nuevos casos de TB identificados, se acerca al objetivo estimado, llegar a cada nuevo caso será más difícil con el tiempo, es decir, será más costoso. El nivel de saturación del indicador le dirá que el costo de identificar cada nuevo caso adicional de TB no será constante, sino incremental. Esto es así a menos que se diseñe e implemente una nueva modalidad de llegar a las personas sintomáticas respiratorias sospechosas de TB que supere las limitaciones de la anterior modalidad. Incluso la nueva modalidad alcanzará un nivel de saturación en algún momento, siguiendo la ley de los rendimientos decrecientes, y deberá entonces reevaluarse y probablemente sustituirse por otra diferente. Este es un proceso continuo hasta que alcanzar las metas.

Del mismo modo, la distribución de mosquiteras tratadas con insecticida para prevenir la malaria tendrá un costo menor para el porcentaje de población más fácil de alcanzar. A medida que ese porcentaje disminuya, el costo de la distribución aumentará: cada vez, los trabajadores de salud comunitaria tendrán que alejarse más, o superar barreras geográficas más difíciles, o invertir en más recursos culturales y lingüísticos para mediar entre los usuarios y los proveedores de servicios de salud. A partir de cierto umbral, el costo unitario de acceder a cada nuevo hogar y proporcionar mosquiteras a los miembros de la familia será más costoso.



Priorización y costeo inteligentes

Para seguir debatiendo el establecimiento de prioridades y el cálculo de costos, continuaremos con un ejemplo sobre el VIH. Aquí tenemos la cascada nacional de VIH del país Y para todas las PVVIH.



En este ejemplo, observamos que el porcentaje de PVVIH que conocen su estado serológico ha alcanzado casi el 90%. También podemos ver que si las personas están en tratamiento, la probabilidad de que su carga viral esté suprimida es muy alta. Felicitaciones al país Y por su éxito en relación con estos indicadores. Sin embargo, existe una laguna importante: alrededor de 13.000 personas diagnosticadas no reciben tratamiento antirretroviral. Esto puede deberse a un problema de vinculación a la atención, de retención en la atención o a una combinación de ambos. Desde el punto de vista de la eficiencia en la asignación de recursos, las partes interesadas del país Y tienen claro que abordar esta carencia debe ser una prioridad del próximo Plan Estratégico Nacional. ¿Cómo podemos ayudarles?

Analicemos la situación actual. El país Y ha estado prestando apoyo a las PVVIH tanto para vincular los nuevos diagnósticos a los servicios sanitarios como para reforzar el cumplimiento terapéutico. Aunque este enfoque ha contribuido a reducir la brecha entre las personas diagnosticadas y las que reciben atención sanitaria en el pasado, en los últimos años el indicador ha aumentado cada vez más lentamente con el paso del tiempo. En otras palabras, el modelo actual de apoyo a la vinculación y la atención se ve afectado por la ley de los rendimientos decrecientes.

Cuando examinamos más de cerca las modalidades actuales de apoyo, podemos observar que no estaban diferenciadas, en el sentido de que el apoyo a la vinculación y a la retención se ofrecía a todas las PVVIH, independientemente de sus condiciones o necesidades. En ese sentido, cabe señalar que sus necesidades específicas no fueron necesariamente evaluadas. No todas las PVVIH son iguales y no todas necesitan el mismo apoyo. Gracias a las actividades actuales, el país Y ha podido llegar a que casi el 78% de todas las PVV diagnosticadas reciban TAR. Éstas son las de “más fácil” acceso con el enfoque actual. ¿Seríamos capaces de llegar al 22% restante simplemente ampliando la oferta de apoyo actual, incluso si nos comprometemos a aumentar su eficiencia técnica? Esto dependerá de si el 22% restante presenta las mismas características personales que sus pares a los que ya se ha llegado. Probablemente no sea el caso. Los que no fueron “fáciles” de vincular a los servicios de VIH mostrarán muy probablemente condiciones más complejas como: pobreza extrema, falta de vivienda, consumo de sustancias, problemas de salud mental, largas jornadas laborales en el sector informal, trabajo nocturno (incluido el trabajo sexual), migración y movilidad, violencia, incluida la violencia de género, así como otros factores.

Identificar y apoyar a las PVVIH más difíciles de vincular y retener en la atención requerirá un análisis sobre la mejor manera de adaptar los servicios a sus necesidades. En primer lugar, debemos ser capaces de identificar los riesgos asociados a las personas que se pierden durante el seguimiento, ya sea en la vinculación o en la retención de la atención.

La evaluación de ese riesgo puede realizarse mediante una serie de preguntas sencillas durante el diagnóstico del VIH o durante las visitas a los centros de atención del VIH y puede ayudar a identificar el riesgo de antemano, determinar las necesidades personales y ofrecer intervenciones multidisciplinares específicamente adaptadas para evitar la pérdida de seguimiento. Cada persona es diferente y cada caso debe tratarse individualmente.

¿Qué hacemos con el presupuesto de que disponemos para ayudar a las PVVIH a vincularse y mantenerse en tratamiento en estos casos? En el país Y, tendremos que crear al menos dos líneas de trabajo: una para las PVVIH en TAR que no están en situación de riesgo y no necesitan ayuda, o que requieren ayuda o apoyo básico a demanda; o la otra, para las personas que requieren intervenciones más complejas y en las que hay que invertir más recursos para evitar que se pierdan durante el seguimiento. El costo unitario de mantener a una persona en tratamiento antirretroviral y obtener la supresión viral no sólo es mayor en el segundo grupo: será incrementalmente más caro. A medida que pasamos del 78% de las PVVIH diagnosticadas que reciben TAR al 85%, y de ahí al 90%, y luego al 95% como meta mínima, cada punto porcentual que queramos ganar de personas en TAR y con supresión viral será cada vez más costoso.

Se podrían hacer ejercicios similares en relación con el tratamiento de la tuberculosis, donde las metas alcanzadas no son óptimas en muchos países, o con la malaria, donde no siempre se prestan los servicios necesarios debido a diagnósticos erróneos u otros obstáculos. Al final, llegar a la última milla de personas que deben recibir tratamiento para cualquiera de las tres enfermedades se enfrenta a un reto similar: el costo incremental que supone conseguir retener cada persona adicional en tratamiento, lo que incluye el costo incremental de los servicios que las OSC prestan para ayudar a cada una de ellas a acceder al tratamiento o mantenerse en él.



En Resumen

Muchos países de la región de América Latina y el Caribe han logrado avances considerables en la reducción de las brechas en sus cascadas de VIH, ya sea en las cascadas nacionales o en las de las poblaciones clave, así como en lo que respecta a sus brechas en los indicadores de tuberculosis y malaria. Sin embargo, siguen existiendo importantes retos que deben enfrentarse. Es necesario abordar las mayores carencias no sólo para ofrecer oportunidades a las personas de acceder a servicios que les ayuden a prevenir cualquiera de las tres enfermedades o, si viven con una de ellas, les ayuden a vivir más tiempo y a tener una mejor calidad de vida (VIH) o a curarse (tuberculosis y malaria), sino también porque es más costo-efectivo. Al invertir allí dónde están las mayores brechas, en comparación con las otras, se obtendrán mejores resultados en salud por cada unidad de recursos invertidos.

En el VIH, la tuberculosis y la malaria no hay poblaciones difíciles de alcanzar per se. Ser difíciles de alcanzar o no depende de la estrategia de alcance que se utilice. Si se cambia a la estrategia adecuada, puede que ya no sea difícil llegar a ellas... hasta que se alcanza un nuevo punto de saturación en el que la población restante es (una vez más) difícil de alcanzar, pero sólo en relación con la estrategia anteriormente innovadora y ahora obsoleta. El hecho de que cada innovación adicional sea más difícil de diseñar dice menos de las poblaciones diana que de la capacidad de ustedes para encontrar nuevas formas de llegar a ellas

Hay que hacer una advertencia: ninguna modalidad durará para siempre. Precisamente cuando hayamos alcanzado un umbral de saturación para cualquier indicador de resultados en salud (y el VIH, la tuberculosis y la malaria no son excepciones a esa regla), la obtención de cada unidad adicional de resultado tendrá un costo incremental. Es decir, será cada vez mayor.











A la hora de negociar su participación en la respuesta nacional al VIH, la tuberculosis y la malaria, las OSC tienen la oportunidad de aumentar el valor de sus contribuciones asegurándose de seleccionar las brechas más relevantes y de ofrecer las modalidades de servicio específicas para las personas más difíciles de alcanzar.












En este proceso es vital no dar por sentado que las características y necesidades de dichas personas son las mismas que las de las personas a las que han podido apoyar hasta ahora. Las OSC deben prestar mucha atención al hecho de que las modalidades de servicio adaptadas a las necesidades de las personas más difíciles de alcanzar, vincular y retener en la atención tendrán costos diferentes según las características de la persona a apoyar. Y que esos costos aumentarán a medida que consigan reducir la brecha, porque alcanzar cada nuevo nivel de las metas requerirá más recursos y/o más especializados que los anteriores.

Las OSC de los países de ALC se enfrentan a un escenario de financiación muy difícil. Siguiendo su política de transición y sostenibilidad, el apoyo del Fondo Mundial está destinado a reducirse progresivamente a medida que los países cambian su situación epidémica y en términos de renta per cápita. Paralelamente, las autoridades nacionales suelen mostrarse reacias a financiar los servicios dirigidos por las OSC de una forma que sea suficiente para prestar servicios eficaces, así como justa y sostenible para las organizaciones. En tales escenarios, los criterios de priorización para asignar los limitados recursos disponibles son fundamentales.

Este documento ha sido diseñado para ayudarle a pensar y actuar sobre estos escenarios de una forma estratégica.

Bibliografía básica en el marco del CS7 del Fondo Mundial

Nombre del documento	Autor	Fuente
Modular framework handbook	The Global Fund	https://www.theglobalfund.org/media/4309/fundingmodel_modularframework_handbook_en.pdf 
Manual del marco modular	El Fondo Mundial	https://www.theglobalfund.org/media/8973/fundingmodel_modularframework_handbook_es.pdf 
Diálogos sociales nacionales para garantizar la participación de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y poblaciones clave en la preparación de solicitudes de financiamiento para el C19RM 2.0 del Fondo Mundial	Plataforma LAC	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2021/05/Dialogos-sociales-Caja-de-herramientas180521.pdf 
Monitoreo dirigido por la comunidad. Guía técnica para la programación del VIH, la tuberculosis y la malaria.	EANASSO, Frontlineaids, Stop TB partnership, UNOPS, LAC Platform, Regional Platform for anglophone Africa	https://www.plataformalac.org/2022/07/herramientas-de-monitoreo-liderado-por-la-comunidad/ 
Prioridades de financiamiento de la sociedad civil y de las comunidades más afectadas por el VIH, la tuberculosis y la malaria	El Fondo Mundial	https://www.theglobalfund.org/en/applying-for-funding/design-and-submit-funding-requests/funding-request-forms-and-materials/ 
Formato de solicitud de financiamiento con sus anexos, énfasis anexo 5	El Fondo Mundial	https://www.theglobalfund.org/en/applying-for-funding/design-and-submit-funding-requests/funding-request-forms-and-materials/ 
Herramienta para presentar solicitudes al Programa de Asistencia Técnica a Corto Plazo de la Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria focalizado para el nuevo modelos de financiamiento del Fondo Mundial (NMF4).	Plataforma LAC	https://www.plataformalac.org/2022/08/herramienta-para-presentar-solicitudes-al-programa-de-asistencia-tecnica-a-corto-plazo-de-la-iniciativa-estrategica-de-participacion-comunitaria-focalizado-para-el-nuevo-modelos-de-financiamiento-del/ 
Luchar contra las pandemias y construir un mundo más saludable y equitativo. Estrategia del Fondo Mundial (2023-2028)	El Fondo Mundial	https://www.theglobalfund.org/media/11502/strategy_global-fund2023-2028_executivesummary_es.pdf 
Guía para que las personas transgénero influyan sobre el Ciclo de Subvenciones 7 del Fondo Mundial	GATE / Plataforma LAC	https://www.plataformalac.org/2023/03/guia-para-que-las-personas-transgenero-influyan-sobre-el-ciclo-de-subvenciones-7-del-fondo-mundial/ 
Priorización y Costeo Estratégicos Documento de Reflexión para las OSC que trabajan en VIH, tuberculosis y malaria en la región de América Latina y el Caribe	Plataforma LAC	https://www.plataformalac.org/2023/04/priorizacion-y-cos-teo-estrategicos-documento-de-reflexion-para-las-osc-que-trabajan-en-vih-tuberculosis-y-malaria-en-la-region-de-america-latina-y-el-caribe/ 
Eligibility List 2023	The Global Fund	https://www.theglobalfund.org/media/12505/core_eligible-countries2023_list_en.pdf 

Nombre del documento	Autor	Fuente
Guía de cálculo de costos para las prioridades de la sociedad civil y las comunidades en el NMF 4. Versión 4.5	El Fondo Mundial	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2023/01/Guia-de-calculo-de-costos-160123.pdf 
Country Dialogue	The Global Fund	https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/country-dialogue/ 
PLAN DE ACCIÓN PARA LAS POBLACIONES CLAVE 2014-2017	El Fondo Mundial	https://www.theglobalfund.org/media/5952/publication_keypopulations_actionplan_es.pdf 
Vigilancia dirigida por la comunidad de políticas y programas relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria. Guía de apoyo a la incorporación de la vigilancia dirigida por la comunidad en las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial	International AIDS Society (IAS)	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2023/02/IAS-CLM-Guide-final_SP.pdf 
Manual para solicitantes. Período de asignación 2023-2025	El Fondo Mundial	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2022/12/fundingmodel_applicanthandbook_guide_es.pdf 
Preguntas frecuentes. Período de asignación 2023-2025	El Fondo Mundial	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2022/12/core_2023-2025cycle_faq_es.pdf 
Annex of Funding Priorities of Civil Society and Communities Most Affected by HIV, Tuberculosis and Malaria. Frequently Asked Questions	The Global Fund	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2023/02/Annex_Funding-Priorities-of-Communities-and-Civil-Society_FAQ.pdf 
IE Participación Comunitaria: Asistencia Técnica a corto plazo para NFM4	El Fondo Mundial	https://www.plataformalac.org/wp-content/uploads/2022/07/NFM4_TA_Guidance-presentation_ESPANOL-270622.pdf 
Technical Brief: Community Systems Strengthening. Allocation Period 2023-2025	The Global Fund	https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf 
Community-led monitoring of programs and policies related to HIV, tuberculosis and malaria. A guide to support inclusion of CLM in funding requests to the Global Fund	The Global Fund	https://www.differentiatedservicedelivery.org/resources/community-led-monitoring-of-programs-and-policies-related-to-hiv-tuberculosis-and-malaria-a-guide-to-support-inclusion-of-clm-in-funding-requests-to-the-global-fund/ 
ADVOCACY GUIDES TO 1/4/6x24 – SHORTER REGIMENS FOR TB	Global Fund Advocates Network	https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/resource/advocacy-guides-to-1-4-6x24-shorter-regimens-for-tb/?eType=EmailBlastContent&eid=820fe154-3971-423c-923f-50e5ca0df720 
Diálogos sociales nacionales para garantizar la participación de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y poblaciones clave en la preparación de solicitudes de financiamiento para el Ciclo de Subvenciones 7 (CS7) del Fondo Mundial 2023 – 2025.	Plataforma LAC / ICASO	https://www.plataformalac.org/2023/04/dialogos-sociales-nacionales-para-garantizar-la-participacion-de-la-sociedad-civil-organizaciones-comunitarias-y-poblaciones-clave-en-la-preparacion-de-solicitudes-de-financiamiento-para-el-ciclo-de/ 