

Bolivia: Estudio de Medición de Gasto enSIDA

Periodo 2010, 2011 y 2012

Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Equipo consultor:
Lic. Werner C. Valdes Romero
Lic. Jorge L. Medrano Llano
Dr. Gilvan F. Ramos Mercado

La Paz – Bolivia

Agosto de 2013

Este documento describe y analiza los resultados de la aplicación de la metodología MEGAS en Bolivia para el periodo 2010-2012, constituye un instrumento para discusión y retroalimentación para conocer los flujos de financiamiento del gasto en VIH/SIDA en el país y proveer información estratégica orientada a la proyección de la sostenibilidad de la respuesta nacional.
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Ministerio de Salud y Deportes
ONUSIDA

RESUMEN EJECUTIVO

Contenido:

	Página
1. Antecedentes	3
2. Visión general del país	5
2.1. Contexto sociodemográfico	5
2.2. Contexto económico	6
2.3. Características del sistema sanitario y el financiamiento de la salud	8
2.4. El VIH/SIDA en Bolivia: Panorama estadístico	9
2.5. El sistema nacional de planificación y programación	11
2.6. El modelo de atención del VIH/SIDA	15
2.7. La respuesta sectorial	27
3. Marco teórico - MEGAS	29
3.1. Componentes principales de las transacciones	30
3.2. Clasificación de las funciones de producción para MEGAS	31
4. Marco metodológico - MEGAS	34
4.1. Objetivos	34
4.2. Características del estudio	34
4.3. Delimitación temporal y espacial	35
4.4. Fuentes de información	35
5. Resultados MEGAS	41
5.1. Gasto Nacional de VIH/SIDA	41
5.2. Fuente de financiamiento	42
5.3. Agente de financiamiento	44
5.4. Proveedores de salud	47
5.5. Factores de producción	49
5.6. Categoría del gasto relativo al SIDA	52
5.7. Poblaciones beneficiarias objetivo	55
5.8. Estructura y análisis de las matrices	57
6. Lineamientos para la sostenibilidad de la capacidad de respuesta	71
7. Conclusiones y recomendaciones	77
8. Referencias bibliográficas	80
9. Anexos	81
9.1. Anexo editorial	81
9.2. Glosario de términos y definiciones	82

1. ANTECEDENTES

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia define al país como un Estado unitario social de derecho plurinacional comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro de un proceso integrador de país.

Bolivia se encuentra en el corazón de América del Sur atravesado por la cadena montañosa de los Andes, con una superficie de 1.098.581 Km², se caracteriza por presentar tres pisos ecológicos: altiplano, valles interandinos y llanos o tierras bajas. Políticamente se divide en 9 departamentos y 339 municipios¹, de los cuales 11 habrían adoptado la categoría de autonomía indígena originario campesina². El Estado reconoce la existencia de 36 naciones

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el último Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado en noviembre del año 2012, la población del país alcanza a 10.027.254 habitantes, con un crecimiento del orden de 1,71% anual en el periodo intercensal 2001-2012. Económicamente, Bolivia es un país de ingresos medios, según información de la Unidad de Análisis de Política Económica y Social (UDAPE), más del 40% de la población es pobre y al menos 1 de cada 5 vive en pobreza extrema, con diferencias importantes en la distribución del ingreso, aunque en los últimos años la pobreza ha ido disminuyendo en el marco de un contexto macroeconómico favorable, no obstante el ritmo de disminución todavía es moderado

En este contexto el acceso a la salud es aún limitado, aunque el desafío de país es la consolidación de un Sistema Único de Salud que garantice el Acceso Universal. Este acceso aún limitado se manifiesta en elevadas tasas de morbilidad, mortalidad infantil, mortalidad materna, desnutrición crónica y prevalencias de enfermedades que no ha sufrido grandes cambios en los últimos años.

La epidemia del VIH ha registrado un crecimiento sostenido desde su aparición en 1984, afectando en los últimos años a personas más jóvenes sobre todo de los contextos urbanos, aunque no existe una relación directa de causalidad entre pobreza y VIH, no se puede negar que hay una cierta correspondencia entre estas variables en los países en desarrollo que presentan una serie de condiciones que favorece su propagación³. La infección por VIH empobrece a los hogares y a las personas con consecuencias también en la esfera productiva macroeconómica, a esto se suma la persistencia del estigma y discriminación que acentúa la problemática en cuanto al acceso a oportunidades laborales, educativas, etc. En el país se estima que al menos una de cada 1000 personas viven con el VIH, encontrándose más de 10.000 notificados en el sistema de salud hasta junio de 2013, de los casos notificados aproximadamente el 25% se encuentra con tratamiento

¹ El último dato oficial corresponde al mes de agosto de 2010. Actualmente el número de municipios se encuentra en revisión en el marco de los resultados del Censo 2012.

² La autonomía indígena originario campesina es el reconocimiento del gobierno propio de las naciones y pueblos indígena-originario campesinos en el marco de la libertad, dignidad, tierra – territorio y respeto de su identidad y formas de organización propia.

³ Koffi Anan. "El VIH/SIDA en el mundo: los "países en desarrollo". Cruz Roja Juventud. Madrid – España, 2006.

antirretroviral, siendo el costo del mismo cubierto desde el sistema de salud principalmente con recursos provenientes de la cooperación internacional esencialmente del Fondo Mundial⁴.

En Bolivia el año 2006 se ha iniciado una transición hacia un nuevo modelo de desarrollo fundado sobre el Plan Nacional de Desarrollo (PND) que enfatiza la inclusión social y el mejoramiento de las oportunidades y acceso a educación, salud, vivienda y servicios básicos. Este modelo edificado sobre el “vivir bien”, está orientado a eliminar la exclusión en salud y promover la inclusión de los grupos más desprotegidos.

En este marco la Respuesta Nacional al VIH/SIDA se define en un escenario multisectorial liderizado por el Ministerio de Salud y Deportes para optimizar la asignación y uso de los recursos con el objeto de reducir la morbimortalidad en las personas afectadas por el VIH y promover una respuesta sostenible tanto de las inversiones como de las intervenciones de prevención, atención integral y eliminación del estigma y discriminación. El establecimiento de un sistema de monitoreo de los gastos en VIH por lo tanto constituye un factor clave y prioritario para conocer el avance y las brechas de gasto en la respuesta nacional y de esta forma definir competencias multisectoriales y multiactores que puedan hacer sostenible dicha respuesta.

El año 2008, se realizó el Estudio de Medición de Gasto en SIDA (MEGAS) para los años 2005, 2006 y 2007, el cual mostró que más del 75% de la respuesta al VIH era financiada con recursos externos siendo los mayores componentes de gasto destinados a la gestión de programas y prevención⁵.

Entre el periodo 2009-2012, se han producido cambios importantes en la Respuesta Nacional, en la perspectiva de generar las bases para un modelo de respuesta sostenible con recursos propios, en este escenario se ha incrementado la participación de los recursos públicos de forma gradual en las áreas de prevención primaria, también se ha incorporado la compra de pruebas de VIH con recursos municipales en el marco de la Estrategia Nacional de Eliminación de Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical del VIH, se ha logrado también gestionar la compra de antiretrovirales y la gestión para la compra de condones con recursos nacionales. En lo que respecta a la respuesta nacional se está transitando hacia un nuevo plan estratégico multisectorial cuyo desafío es precisamente lograr el compromiso efectivo de otras instancias sectoriales nacionales, departamentales y municipales en el contexto de la epidemia nacional caracterizada como una epidemia concentrada: poblacionalmente poblaciones clave (principalmente en la población gay, bisexual y trans), y grupos de edad joven y geográficamente en los departamentos del eje troncal del país (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz).

El estudio de Medición del Gasto en SIDA se realiza para disponer de una medición de los gastos, incluyendo información sobre el origen, destino y objeto de gasto, que permita generar un escenario para la definición de las proyecciones de sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/SIDA, en el nuevo escenario planteado por las autonomías departamentales en el país.

⁴ Actualmente el país se encuentra ejecutando los recursos de la ronda 9 de la cooperación del Fondo Mundial.

⁵ Entre los rubros más importantes de gasto en gestión de programas se encontraron: gastos de transacciones, vigilancia serológica, sistemas de suministro de medicamentos, tecnología de información, mejoramiento de infraestructura y equipamiento de laboratorios. En el gasto de prevención se encuentran los rubros de comunicación para el cambio de sociales y de comportamientos en salud y no en salud destinada a la población general, campañas de comunicación para programas de cambios sociales y de comportamiento que tengan como meta campañas de prevención de riesgo de salud por VIH.

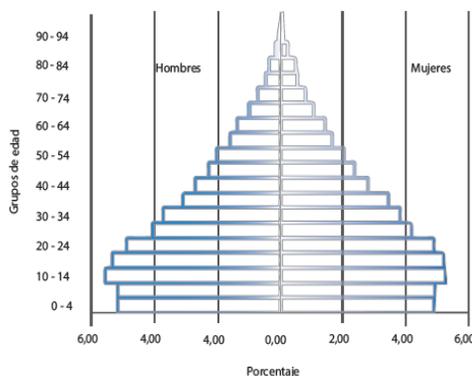
2. VISION GENERAL DEL PAÍS

2.1. Contexto sociodemográfico

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2012 Bolivia tiene una población de 10.027.254 habitantes, distribuidos en una superficie de 1.098.581 Km² lo que implica una densidad de 9,13 habitantes/Km². En el último periodo intercensal el país habría desacelerado su crecimiento poblacional de una tasa de 2,74% en el periodo 1992-2001 a 1,71% en el periodo 2001-2012. Los departamentos de mayor concentración poblacional son La Paz (27%), Santa Cruz (26%) y Cochabamba (18%) es decir que de cada 10 habitantes 7 se encuentran en los departamentos del eje troncal.

La población boliviana es predominantemente urbana encontrándose que de cada 3 habitantes 2 residen en contextos urbanos y 1 en áreas rurales. El Censo 2012 muestra también que 2 de cada 5 personas de 15 años o más declaran auto identificación con algún pueblo originario o indígena, del total de personas que declaran auto pertenencia 47% lo hacen con la nación quechua y 42% con la nación aymara.

La estructura por edad y sexo muestra un índice de masculinidad de 99,67 es decir que existe un leve predominio de la población femenina, con diferencias mínimas. Respecto a la distribución de los grupos de edad se ha encontrado que el país mantiene todavía una población joven aunque entre 2001 y 2012, la base de la pirámide poblacional se contrajo reduciendo el peso de la población menor de 15 años de 39% el año 2001 a 31% el año 2012.



Bolivia: Distribución por edad y sexo, CNPV 2012

En cuanto a los componentes de la dinámica demográfica se estima para el quinquenio 2010-2015, una tasa de crecimiento natural de 18,03 por mil habitantes, una tasa bruta de natalidad (TBN) de 25,09 por mil habitantes y una tasa bruta de mortalidad (TBM) de 7,05 por mil⁶. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) del año 2008 la tasa global de fecundidad observada es del orden de 3,5 hijos por mujer, la tasa global de fecundidad urbana es de 2,8 y la rural es de 4,9; en la población adolescente la tasa de fecundidad es de 88 por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil alcanza a 50 por cada mil nacidos vivos siendo una de las más altas de la región.

La esperanza de vida al nacer en el país es de 69 años, encontrándose un mayor valor en las mujeres (71 años) en contraste con la población masculina (67 años).

⁶ Instituto Nacional de Estadística. "Bolivia: Estimaciones y Proyecciones de Población, Periodo 1950-2050". INE – CEPAL. La Paz – Bolivia, 2002.

El siguiente recuadro resume los principales indicadores sociodemográficos del Censo 2012:

Cuadro No. 1
Bolivia: Indicadores sociodemográficos seleccionados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012

Sector	Indicador	Valor
Salud:		
	Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud (mujeres de 15 años o más)	67,30 %
	Porcentaje de personas con alguna dificultad (discapacidad) permanente	3,87 %
Educación:		
	Tasa de alfabetismo (hombres y mujeres de 15 años o más)	94,98 %
	Tasa de alfabetismo en hombres de 15 años o más	97,49 %
	Tasa de alfabetismo en mujeres de 16 años o más	92,54 %
	Tasa de asistencia escolar (hombres y mujeres de 6 a 19 años)	83,54 %
	Tasa de asistencia escolar en hombres de 6 a 19 años	83,63 %
	Tasa de asistencia escolar en mujeres de 6 a 19 años	83,45 %
Vivienda y servicios básicos		
	Número de viviendas particulares con ocupantes presentes	2.812.715
	Porcentaje de viviendas que tienen agua de cañería por red	66,09 %
	Porcentaje de viviendas que tienen energía eléctrica	80,95 %
	Porcentaje de viviendas que tienen servicio sanitario	69,92 %
	Porcentaje de viviendas que utilizan el servicio público de recolección de basura y/o depositan la basura en el basurero público o contenedor	56,58 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, CNPV 2012

2.2. Contexto económico

Bolivia se encuentra en un periodo de bonanza macroeconómica, fuentes oficiales muestran que a julio de 2013 la economía habría crecido a un ritmo de 6,5% encontrándose entre los países de mayor crecimiento. El crecimiento se explica por un importante incremento de los ingresos reflejo de un comportamiento favorable de la inversión pública, privada nacional y extranjera (6.131 millones de USD a junio de 2013), un comportamiento favorable de los precios internacionales de los productos de exportación, un importante flujo de remesas y una mayor recaudación tributaria, entre algunos de los factores más importantes, estos factores han incidido en una importante acumulación de reservas internacionales (50%)

La inflación acumulada es inferior al 3% y el desempleo abierto registra tasas menores a 5% de manera consistente a lo largo de los últimos años⁷.

La economía boliviana se concentra fundamentalmente en actividades extractivas y la exportación de materias primas, siendo las actividades económicas más importantes la minería (mina San Cristóbal) y la extracción y exportación de hidrocarburos

⁷ Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de Precios (IPC) y Estadísticas de Empleo (Encuestas de Hogares). www.ine.gob.bo

principalmente gas natural, esto determina que la estructura del PIB se defina por el sector primario.

A pesar del crecimiento económico favorable, el PIB per cápita esta entre los más bajos de América Latina siendo considerado como un país de ingreso mediano bajo. En el país persisten las inequidades en la distribución del ingreso, no obstante las brechas entre ricos y pobres han ido disminuyendo aunque de manera moderada, según las estadísticas de pobreza y desarrollo humano el 20% de la población más pobre del país recibe sólo el 1,5% del ingreso nacional; mientras que el 20% más rico absorbe el 63% del ingreso nacional. El Índice de Desarrollo Humano en el país es del orden de 0,643.

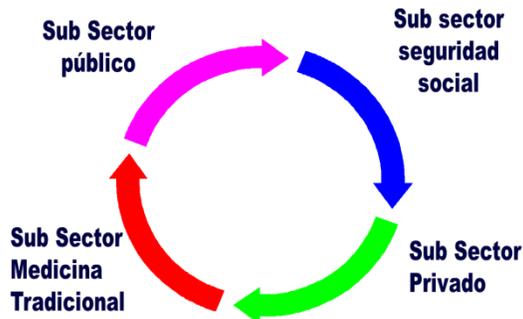
Cuadro No. 2
Bolivia: Indicadores económicos-socioeconómicos seleccionados, 2011

Sector	Indicador	Valor
Real:		
	Crecimiento de la economía (a junio 2013)	6,5 %
	Producto Interno Bruto per – cápita (USD) (preliminar)	1.683,5
Empleo:		
	Porcentaje de la población económicamente activa (hombres y mujeres de 10 años o más)	59,71 %
	Tasa global de participación	59,71 %
	Índice de carga económica	67,49 %
	Tasa de oferta potencial	79,86 %
	Tasa de desempleo abierto	3,84%
Pobreza y desigualdad		
	Incidencia de pobreza	44,95 %
	Incidencia de pobreza extrema	20,87 %
	Brecha de pobreza	19,93 %
	Índice de Gini	0,47
	Índice de desarrollo humano	0,64

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Estadísticas del Sector Real y Encuesta de Hogares 2011

2.3. Características del sistema sanitario y el financiamiento de la salud⁸

El sistema de salud en el país está conformado por cuatro subsectores como se muestra en el esquema. La política actual de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) promueve la interacción de los saberes locales con los conocimientos occidentales, bajo un modelo de cuidado de la salud desde la persona, la familia y la comunidad.



Uno de los principales problemas del sistema de salud es la cobertura en la atención, que determina la exclusión de la población, reflejando que aproximadamente 3 de cada 5 personas se encuentran sin protección en salud.

La cobertura de la seguridad social de corto plazo es de 31% y los seguros públicos vigentes apenas llegan a 12% de la población.

Entre los problemas que reconoce el Estado en lo que respecta a la cobertura se mencionan:

En la seguridad social de corto plazo:

- Sistema Segmentado y fragmentado.
- Inequidad en la calidad de atención.
- Ineficiencia económica (elevados costos administrativos, deficiencia en la provisión de medicamentos e insumos, dotación de recursos humanos)

En los seguros públicos de salud:

- Elevado gasto de bolsillo
- Mala calidad en la atención
- Acceso limitado por la barrera económica, geográfica y cultural.
- Sistema fragmentado y segmentado.
- Diferentes fuentes de financiamiento RRHH (TGN, Gobernaciones, municipios y fondos propios)

En cuanto al financiamiento de la salud en el país según las Fuentes Nacionales de salud para el periodo 2005-2010 se encuentra que el gasto total como promedio del PIB es del orden del 5% registrándose la mayor proporción en el gasto realizado por

⁸ Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes. "Plan de Implementación del Seguro Universal de Salud – Documento de Trabajo". Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia, 2010.

los seguros públicos de salud (2,0%) y una menor proporción en los seguros públicos de salud (1,3%), siendo el aporte privado del orden del 1,7%.

En este contexto el país ha planteado la consolidación de un Sistema Único de Salud que tiene la finalidad de garantizar la inclusión y la equidad en salud, a través de la implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los riesgos, incidiendo sobre los determinantes sociales de la salud para contribuir a la construcción de una sociedad justa y equitativa y al Vivir Bien.

FACTORES FAVORECEDORES:	FACTORES OBSTACULIZADORES:
<ul style="list-style-type: none"> • Marco Constitucional y Legal. • Apoyo activo de las Organizaciones Sociales. • Estudio técnico del SUS concluido. • Anteproyecto de Ley General de Salud. • Apoyo Internacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo presupuesto asignado al sector. • Oposición de los trabajadores bajo régimen obrero patronal. • Oposición de las organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la seguridad social.

2.4. El VIH/SIDA en Bolivia: Panorama estadístico

Desde 1984, año en que se diagnosticara el primer caso de VIH en Bolivia hasta marzo del año 2013 se han notificado 9.710 casos de VIH/SIDA, de los cuales 80% corresponden a infección por VIH y 20% corresponden a casos SIDA.

Durante los últimos años se ha logrado generar evidencia importante, mediante una serie de estudios de vigilancia de segunda generación realizados en las poblaciones de mayor riesgo y otros estudios encaminados desde la Estrategia de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y la Eliminación de la Sífilis Congénita.

Cuadro No. 3:
Bolivia: Prevalencias de VIH según grupo poblacional

Grupo poblacional	Prevalencia Estimada	Fuente
Población General	0,15%	Estimaciones y Proyecciones 2012
Mujeres embarazadas	0,20%	Línea de Base de la Estrategia de Reducción de Transmisión Vertical y Eliminación de Sífilis Congénita, realizada el año 2011 en maternidades seleccionadas de las ciudades de Sucre, La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, en mujeres púerperas y parturientas-
Población gay, bisexual, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres	11,60%	Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO), realizado el año 2008 con metodología RDS, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
Trabajadoras sexuales mujeres	0,57%	Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) realizado el año 2010 con metodología TLS, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
Mujeres trans	21,80%	Estudio de Prevalencia de VIH y otras ITS en mujeres travestis, transexuales y transgénero (EPV-TRANS) realizado el año 2012, bajo la modalidad de censo poblacional, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.

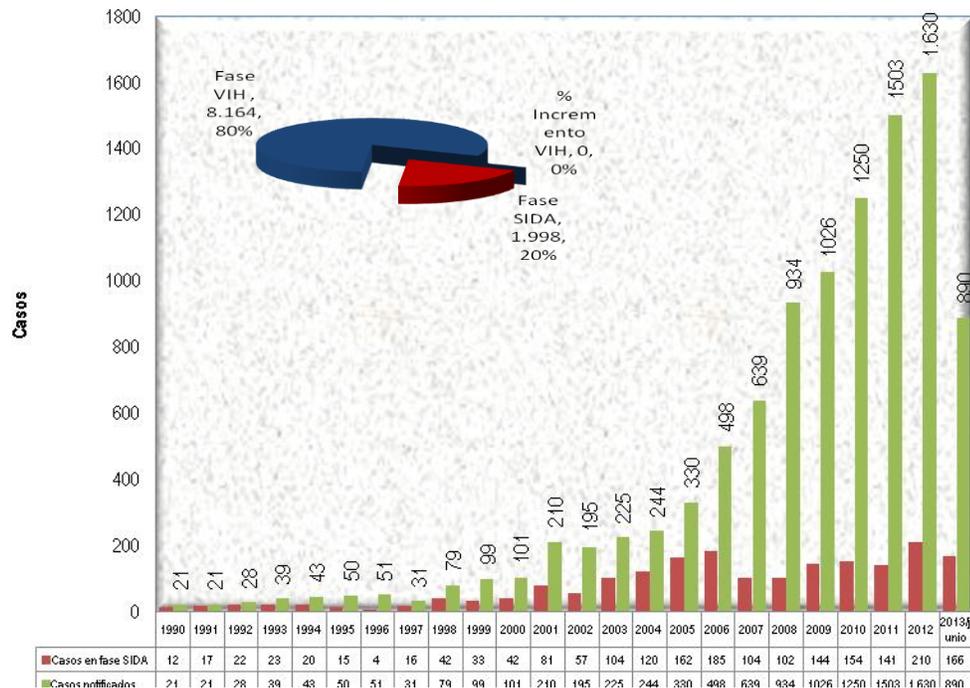
Fuente: Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones para el año 2012, se estima que en el país existirían alrededor de 16.000 casos de personas con VIH/SIDA con una incidencia anual de aproximadamente 0.10% (1000 nuevos casos por año). En el sistema se registraron 9.301 casos de los cuales 969 se habrían notificado como defunciones, lo que implica que para diciembre se tenía un registro de 8.332 casos de personas que viven con VIH/SIDA identificados en el sistema, de estos alrededor de 2.400 se encontraban con tratamiento antirretroviral en el sistema de salud.

El gráfico siguiente describe la evolución de los casos notificados en el periodo 1990-junio/2013, según se observa la notificación de nuevos casos ha ido creciendo de forma exponencial anualmente, con una aceleración entre el periodo 2005-2013, en el cual se reportaron más de 50% del total de casos. Del total de casos reportados al sistema de salud 1 de cada 5 se notificó en fase sida, sin embargo en los últimos años la proporción habría ido disminuyendo probablemente por una detección más temprana que a su vez se explica por una mayor oferta y cobertura de las pruebas de VIH, principalmente en las mujeres embarazadas.

Es importante indicar que aproximadamente 8 de cada 10 casos se registran en los departamentos de Santa Cruz (52%), Cochabamba (20%) y La Paz (17%) que conforman el eje troncal (central) del país.

Gráfico No. 1
Bolivia: Notificación de caso según fase de la epidemia, 1990 – Junio/2013



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

La distribución acumulada de los casos notificados por grupo de edad y sexo, muestra que 63% corresponde a la población masculina y 37% a mujeres, registrándose una mayor concentración (56%) en el grupo de 20 a 34 años, con una edad promedio de 31 años, aunque según los datos de la vigilancia regular cada vez se registran más casos en las edades más jóvenes.

2.5. El sistema nacional de planificación y programación

El Estado se define como una sociedad establecida en un territorio determinado y políticamente organizada mediante un gobierno elegido democráticamente y que regula la convivencia social en un modelo de bienestar. Dicho gobierno es un conjunto de poderes públicos (legislativo, ejecutivo y judicial) a los cuales se ha delegado el ejercicio de la soberanía.

La Administración Pública es el conjunto de órganos administrativos que sirven al Estado para desarrollar las funciones de provisión de bienes y servicios públicos. El objetivo de la administración pública es el de utilizar eficaz y eficientemente los recursos de la sociedad puestos a su disposición.

En Bolivia la Ley 1178, promulgada el 20 de julio de 1990, define el modelo de administración y control para regular el funcionamiento de las entidades que conforman el sector público. El enfoque de la ley es sistémico es decir que se considera al sector público, las entidades, los sistemas de administración y de operación de las entidades, como un todo funcional, en la que el intercambio de insumos y productos y la interacción e interrelación permanente son la regla del funcionamiento en todas las instancias.⁹

La ley 1178 regula los sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado y sus relaciones con los sistemas nacionales de Planificación (SISPLAN) e Inversión Pública (SNIP) que definen las estrategias y políticas gubernamentales que son ejecutadas por los sistemas de administración y control. El SISPLAN y el SNIP compatibilizan e integran los objetivos y planes estratégicos de cada entidad y los proyectos de inversión pública para el funcionamiento anual de los sistemas de programación de operaciones, organización administrativa, presupuesto y tesorería y crédito público.

2.5.1. El Sistema Nacional de Planificación

Es un conjunto de procesos expresado en normas y procedimientos de cumplimiento general de orden político, técnico y administrativo, que establece la forma y mecanismos de participación de los niveles nacional, departamental y municipal en la racionalización de la toma de decisiones para la asignación de recursos públicos y la definición de las políticas de desarrollo.

⁹ Contraloría General de la República. "Ley 1178: Compendio Didáctico". CENCAP-CGR. La Paz – Bolivia, 2005.

- Los procesos son definidos como el conjunto de fases de actuación sucesivas para: i) la elaboración de planes, ii) concertación, iii) concertación, y iv) seguimiento y adaptación continua.
- Las normas son el conjunto de reglas genéricas y específicas para el desarrollo del proceso de planificación.
- Los procedimientos son el modo de actuar y roles de los actores del proceso de planificación.

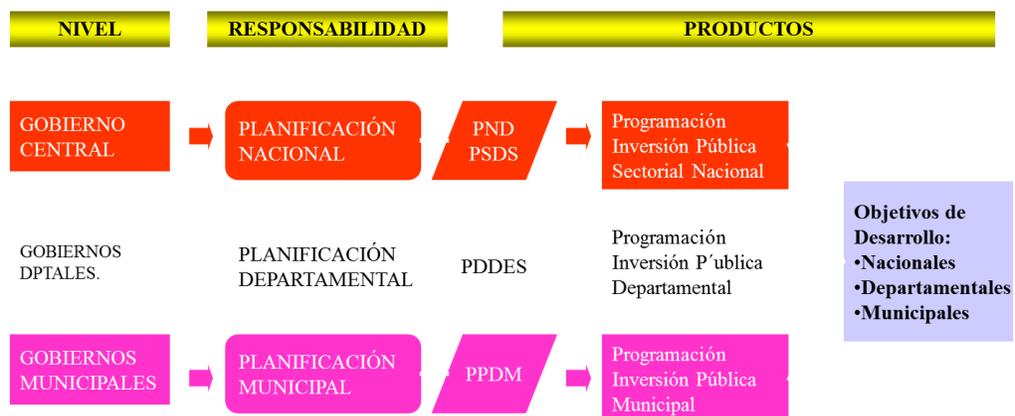
El SISPLAN por lo tanto determina la forma como las diferentes entidades del sector publico elaboran sus planes en función de los objetivos nacionales de desarrollo.

Los procesos que constituyen el Sistema Nacional de Planificación son:

- La definición de la visión de largo plazo que se concretizan en: i) El Plan Nacional de Desarrollo, ii) Los Planes de Desarrollo Sectorial (PDS), iii) Los Planes Departamentales de Desarrollo (PDD) y iv) Los Planes de Desarrollo Municipal (PDM).
- La programación de mediano y largo plazo que orienta recursos y asigna tareas para el cumplimiento de los objetivos de la visión de largo plazo.
- La reglamentación de las normas y procedimientos para la definición de la visión de largo plazo y para la programación de mediano y largo plazo.

Estos procesos se definen en el marco de una planificación participativa que responde a la demanda social entendida como la aspiración compartida, reflexionada y jerarquizada por la que los actores sociales se movilizan en respuesta a esta demanda el Estado determina su oferta social concebida como la provisión de reglas de juego, normas, planes de desarrollo, políticas reales y factibles, programas y proyectos ejecutables, así como de recursos físicos financieros y humanos. Los índices de asignación de recursos son los parámetros que indican que proporciones de recursos financieros y no financieros se deben asignar a los municipios, gobernaciones e instancias públicas para la ejecución de los planes de desarrollo.

El esquema siguiente describe las responsabilidades y productos definidos en el SISPLAN según el nivel de competencias de las entidades del sector público:



La planificación en el país está definida por la visión de desarrollo del Estado, en este caso los planes están sujetos a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2020.

Es en este marco el sector salud edifica su Plan de Desarrollo Sectorial en el mismo periodo. Los planes de mediano plazo se estructuran en periodos quinquenales y sus planes operativos son anuales.

El SISPLAN se relaciona con todos los sistemas definidos en la Ley 1178 y de manera particular con el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), el Sistema de Programación de Operaciones (SPO) y el Sistema de Presupuesto (SP).

El Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública, que en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico y social.

Los sistemas nacionales de planificación e inversión pública definen las estrategias y políticas de gobierno ejecutadas por los sistemas de administración y control. Estos sistemas permiten la compatibilización e integración de los objetivos y planes estratégicos de cada entidad y los proyectos de inversión pública con los planes de mediano y largo plazo nacional, sectorial, departamental y municipal, así como con la política monetaria y el financiamiento disponible.

2.5.2. El Sistema de Programación de Operaciones

El Sistema de Programación de Operaciones (SPO) es un conjunto de normas y procesos que establece el Programa de Operaciones Anual (POA) de las entidades, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales. Comprende dos subsistemas: i) Elaboración del Programa de Operaciones Anual y ii) Seguimiento y Evaluación a la Ejecución de Programas.

El SPO traduce los objetivos y planes estratégicos de cada entidad, concordantes con los planes y políticas generados por el Sistema Nacional de Planificación, en resultados concretos a alcanzar en el corto y mediano plazo; en tareas específicas a ejecutar; en procedimientos a emplear y en medios y recursos a utilizar, todo ello en función del tiempo y del espacio. Esta programación es de carácter integral, incluyendo tanto las operaciones de funcionamiento como las de ejecución de pre inversión e inversión. El proceso de programación de inversiones deberá corresponder a proyectos compatibilizados con las políticas sectoriales y regionales, de acuerdo con las normas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

El Sistema de Programación de Operaciones permite que los objetivos de gestión se desprendan de los objetivos estratégicos de cada entidad pública, para establecer la coherencia y consistencia de las relaciones entre la planificación de largo plazo y la planificación de corto plazo.

El SISPLAN define el Plan Nacional de Desarrollo cuyos objetivos determinan el alcance de los Planes Estratégicos de largo plazo, los Planes Institucionales de mediano plazo y la programación de operaciones de corto plazo.

El POA es el instrumento para el logro de los objetivos de gestión: define las operaciones necesarias, estima el tiempo de ejecución, determina los recursos, designa a los responsables por el desarrollo de las operaciones y establecimiento de indicadores de eficacia y eficiencia.

Cada entidad del sector público debe elaborar su reglamento específico para el funcionamiento de su propio Sistema de Programación de Operaciones, dicho reglamento se elabora en el marco de las normas básicas del SPO dictadas por el órgano rector competente. La programación de operaciones es de carácter integral, es decir que incluye operaciones de funcionamiento, pre inversión e inversión. La programación debe corresponder con proyectos compatibles con las políticas sectoriales y regionales, según las normas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

El Sistema de Presupuesto permite prever los montos y fuentes de los recursos financieros de cada gestión anual de acuerdo con las prioridades de la política de gobierno y su asignación a los requerimientos monetarios de la programación de operaciones y de la organización administrativa de las entidades públicas.

2.5.3. Análisis de las ventajas y desventajas de los sistemas de planificación y programación

El enfoque sistémico de la Ley 1178, permite la interrelación de los sistemas y subsistemas de planificación, administración y control del sector público. El sistema de planificación es participativo y está orientado hacia un modelo de gestión por objetivos y resultados. A lo largo de los años desde la implementación de la ley, el sector público ha desarrollado una cultura de planificación y programación que se ha convertido en una práctica común que facilita el flujo de los procedimientos técnicos y administrativos; sin embargo en el escenario de cambios políticos existen algunos desafíos importantes para mejorar el sistema actual, entre estos aspectos podemos indicar:

- La inversión sectorial y los costos operativos de salud y educación, están cubiertos en gran medida por fondos provenientes de la Cooperación para el Desarrollo, aspecto que limita la planificación y programación de intervenciones a la disponibilidad de dichos fondos.
- Los flujos de procedimientos son estandarizados; sin embargo suelen llevar bastante tiempo aspecto que genera demoras en los procesos de adquisiciones, dificultando la operatividad de las actividades planificadas en los POAs.

- Existe un desbalance entre la priorización de inversión y costos operativos, esto quiere decir que es relativamente “fácil” concursar y acceder al financiamiento de la inversión de proyectos sectoriales (principalmente infraestructura y equipamiento) pero el financiamiento de los costos de operación resulta más complejo, ya que los procesos de programación, revisión, aprobación, desembolso y ejecución siguen un flujo lineal lo que incide en grandes retrasos que obstaculizan la oportunidad de las intervenciones.
- Los sistemas de planificación y programación han sido definidos en un modelo orientado a la descentralización; sin embargo el escenario actual de autonomías es diferente por lo que se deben adaptar los sistemas a esta nueva configuración política y administrativa.
- Los proyectos sectoriales no siempre son de prioridad en la política nacional, como es el caso de VIH, esto dificulta el acceso a financiamiento, el reto es priorizar ciertos temas en los planes sectoriales.

2.6. El modelo de atención del VIH/SIDA

2.6.1. Marco Legal

De acuerdo a la Ley 3729: “Ley Para La Prevención Del VIH-SIDA, Protección De los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas Que viven con el VIH-SIDA” establece lo siguiente:

Artículo 5 (Derechos y Garantías). Todas las personas que viven con el VIH-SIDA y con la garantía del Estado, tienen los siguientes derechos:

- a) A la vida, la salud y la seguridad.
- b) A la igualdad ante la Ley y a no ser discriminadas/os por vivir con el VIH-SIDA.
- c) A recibir los servicios de salud adecuados y oportunos para la prevención, el tratamiento integral multidisciplinario, acceso a análisis laboratoriales, medicamentos antirretrovirales, tratamiento para enfermedades oportunistas que se presenten, así como la información adecuada para prevenir el contagio y la propagación, de acuerdo a la lista nacional de medicamentos y protocolos nacionales de tratamiento.

Artículo 32 (Atención Integral Multidisciplinaria Obligatoria). La atención integral multidisciplinaria a toda persona que vive con el VIH-SIDA incluidas aquellas que no tengan seguro social o médico, será obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y de seguridad social, bajo responsabilidad legal. Ningún establecimiento de salud, podrá negar un servicio a estas personas, debiendo brindarles un tratamiento igualitario, oportuno y de similar calidad y calidez que a otros pacientes.

Las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministros de medicamentos antirretrovirales, para enfermedades oportunistas, serán administrados en forma gratuita a las personas que viven con VIH-SIDA ininterrumpida y continua de por vida, de acuerdo a protocolos de atención nacional.

Los establecimientos de salud privados atenderán las emergencias y derivarán los casos a los establecimientos públicos respectivos. Los costos de las emergencias serán cubiertos por el Estado a través del Ministerio de Salud y Deportes, conforme a Reglamento.

Artículo 33 (Atención Gratuita a Personas que no Cuentan con Seguro Social). El Ministerio de Salud y Deportes, como política de Estado otorgará las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministrará medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas que viven con VIH-SIDA y que no posean ningún seguro social o médico.

2.6.2. Modelo de Atención a Nivel Nacional¹⁰

Tanto el modelo de atención como el de gestión deben enmarcarse en la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. El modelo de atención, está organizado en niveles de complejidad primario, secundario y terciario que deben funcionar en forma coordinada, con resolutivez progresiva en la solución de los problemas de salud y vías expeditas de referencia y retorno entre ellos.

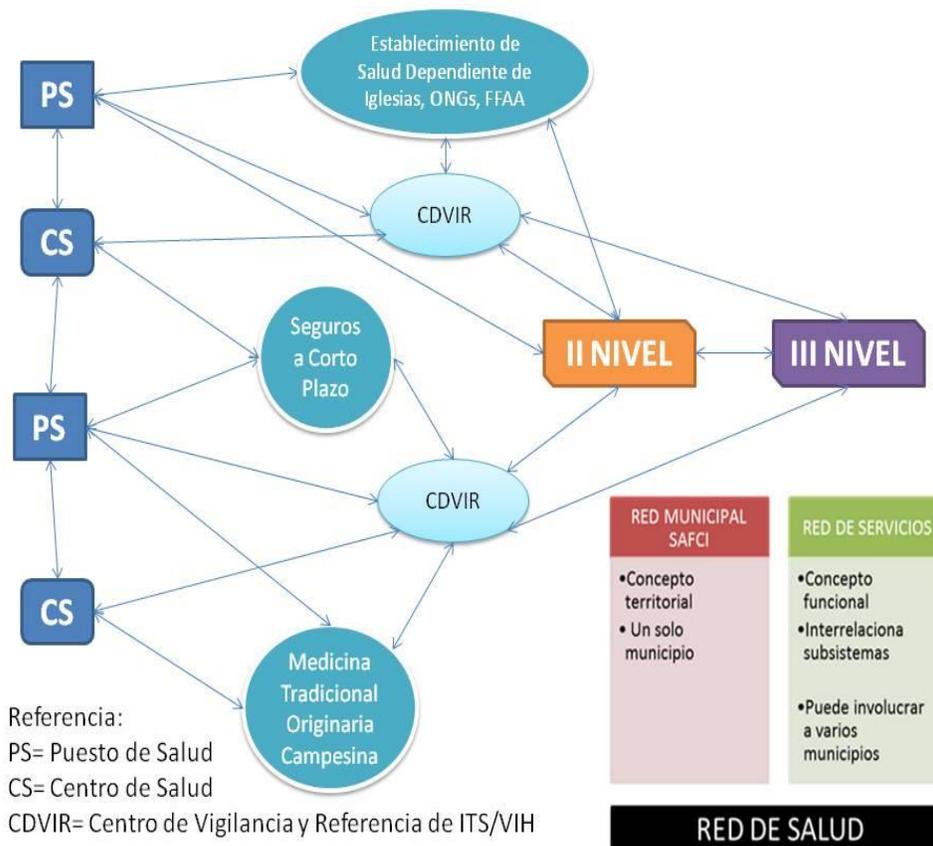
Los niveles de complejidad deben conformar la red de salud a partir de la organización de las redes municipales SAFCI y de la red de servicios. Esta última implica la agrupación de establecimientos, de diferentes niveles de resolución y de diferentes municipios (cuando es necesario) para garantizar la capacidad resolutivez del Sistema Único de Salud. (Figura 1).

El Sistema Único de Salud debe incorporar progresivamente a su red de salud a todos los establecimientos de los denominados subsectores (seguridad social, ONG, iglesia, FFAA) incluyendo a la medicina tradicional.

El CDVIR está caracterizado como un centro de referencia, por lo que puede atender pacientes de todos los niveles de las redes de salud, y referir los mismos de la misma manera, por ejemplo: puede recibir un paciente de un puesto de salud, con una prueba rápida reactiva, y realizar todo el proceso de confirmación, incorporación en el sistema de atención, inicio de terapia antirretroviral y referirlo nuevamente a su puesto de salud o a un Hospital de segundo o tercer nivel de acuerdo a lo que el caso requiera.

¹⁰ Decreto Supremo N° 29601

Figura No. 1
Bolivia: Red municipal SAFCI – Red de servicios de salud
F



ional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA - 2011

2.6.3. Modelo de Atención Integral VIH-SIDA¹¹

Se considera que al usuario le interesa la calidad y la efectividad de la atención y muy poco la dependencia de tal o cual establecimiento esa es la naturaleza de un sistema único con sus redes de servicios integradas y funcionales, respetando los niveles de complejidad en función de la capacidad resolutoria, utilizando la referencia y el retorno como un instrumento propio de una red y no como una forma de desligar responsabilidades.

En este marco, y debido a que el componente de ITS no estaba claramente visible a nivel del Programa Nacional y también de los Programas Departamentales tanto en el ámbito gerencial como en el asistencial, sino solamente el de componente de VIH, se desarrolló en 2011 un modelo basado en la integralidad de los servicios de atención de ITS/VIH-SIDA, bajo la premisa de que si se logra establecer verdaderas redes de atención (para PVVS) éstas también conseguirán funcionalidad en el tema de ITS. Ese enfoque enfatizó el fortalecimiento de los CDVIR (en sus dos componentes gerencial y asistencial) ya que a través de los

¹¹ Pardo, Igor. NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH-SIDA – Bolivia 2011

mismos el Ministerio de Salud y Deportes debe ejercer su rol de rectoría, diferenciándolo en parte del carácter eminentemente asistencial a cargo de la red municipal y de la red de servicios.

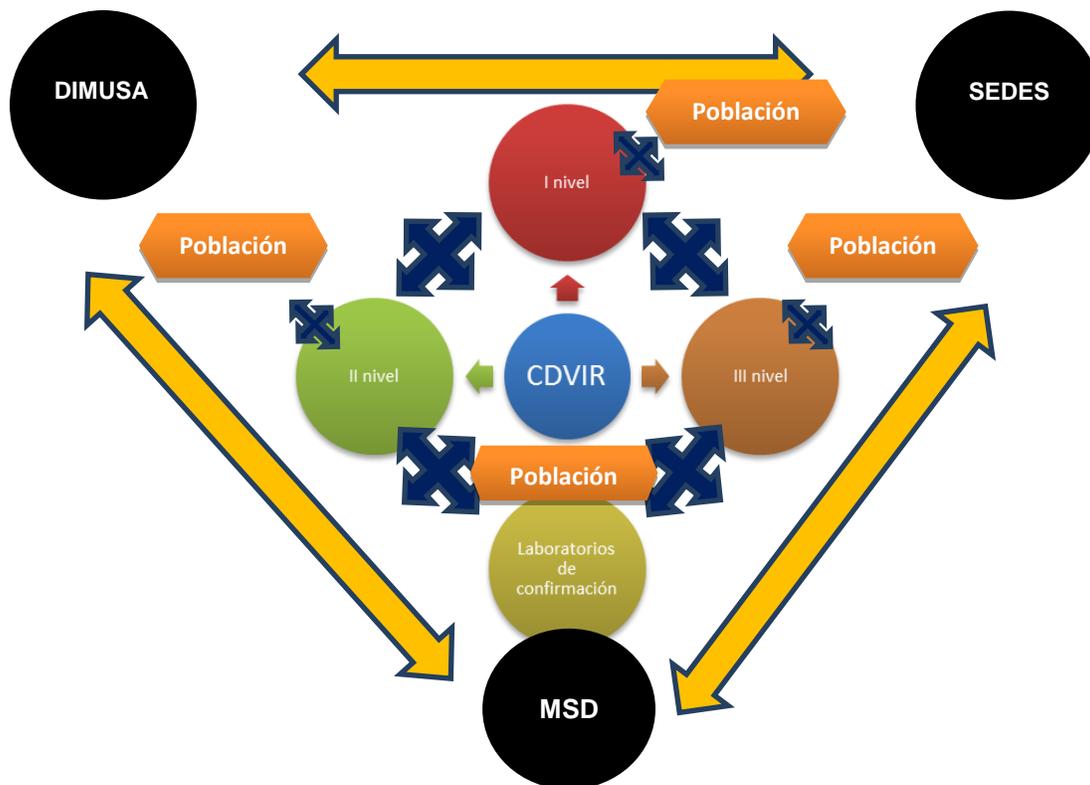
El modelo se estableció en la Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA. Esta Norma se publicó en el año 2011, sin embargo su implementación está aún en progreso en todo el país. El modelo de atención integral en Bolivia incluye lo siguiente:

- 1) Se definen las funciones de los actores de la red de salud y la coordinación entre ellos con el objetivo de lograr la mayor eficiencia y calidad en la atención, entendiendo que el sistema es único y por lo cual los resultados satisfactorios (o insatisfactorios) se conseguirán con la participación de todos los actores y niveles, y la responsabilidad frente a la población (paciente) es también como un sistema y no como una institución o nivel aislado.
- 2) Organización de tareas conjuntas (a partir del escenario existente) y delimitación de las acciones concretas de todos los niveles y actores, articulando respuestas únicas como sistema, pero respetando el rol que cada uno tiene en el ámbito de sus competencias.
- 3) Promoción de una participación activa de la comunidad organizada mediante la implementación del modelo de gestión a partir del nivel local considerando a las instancias ya existentes e involucradas en la temática ITS/VIH-SIDA.
- 4) La existencia de una Autoridad Sanitaria (MSD) con funciones específicas de rectoría, regulación e integración comunitaria
- 5) La reorganización de la atención de las PVVS mediante redes de salud dependientes de los Servicios Departamentales y de las Direcciones Municipales de Salud, de modo de integrar de manera eficiente los principios de interculturalidad, inter sectorial, integralidad, participación comunitaria, equidad, calidad, y eficiencia.

Como se puede apreciar en la Figura N° 2, se persigue que todos los actores institucionales involucrados en el ámbito gerencial (Ministerio, Municipio y Gobernación) así como todos los niveles de complejidad de la red de salud, encuentren en la coordinación permanente y efectiva los escenarios adecuados para la construcción de vínculos que son instrumentos necesarios al momento de conformar redes de atención. Por otro lado y en el marco del modelo SAFCI, la población organizada participa en todos los niveles y escenarios descritos.

Al momento del estudio la mayoría de los centros no han terminado de adecuarse por completo a la norma de atención.

Figura No. 2
Bolivia: Modelo de atención integral en ITS/VIH/SIDA



Fuente: Adaptado de "Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA - Bolivia 2011"

DIMUSA: Dirección Municipal de Salud, SEDES: Servicio Departamental de Salud, MSD: Ministerio de Salud y Deportes. CDVIR: Centro de Vigilancia Información y Referencia en ITS/VIH/SIDA

2.5.3.1. Principios Orientadores

- a) **La atención longitudinal:** se refiere al acompañamiento del profesional del proceso salud enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere. Independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida.
- b) **La integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud:** el modelo biopsicosocial, que surge como alternativa al modelo biomédico, considera los aspectos psicológicos y sociales de la persona como determinantes claves a la hora de valorar el proceso salud – enfermedad.
- c) **La atención continua:** implica la responsabilidad del profesional de garantizar el seguimiento del estado de salud de la persona por los distintos niveles que conforman la Red de Salud. Implica un conocimiento apropiado de los mecanismos de referencia – retorno.

d) **La atención integral:** hace referencia a la necesaria comprensión e interrelación de los aspectos, preventivos, curativos y de rehabilitación en la actividad profesional cotidiana. Considera al individuo en su conjunto precisamente de manera integral sin perder de vista la especificidad de cada situación.

e) **La Prevención** de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo.

f) **El trabajo en equipo interdisciplinario:** implica una acción coordinada entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento.

Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al inter juego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema.

g) **El enfoque familiar:** exige una nueva mirada que le permite al profesional acercarse a un problema individual concreto, y alejarse para poder ver el funcionamiento familiar ante ese problema individual, y finalmente distanciarse aún más para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación; o a la inversa cuando partimos de la familia o la comunidad como “problema” y nos acercamos al individuo. Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso – salud enfermedad, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.

h) **El énfasis en la Promoción de Salud:** Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales. Se definen tres estrategias básicas para este proceso: Abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; segundo, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y finalmente, mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

i) **La participación social-comunitaria:** entendida como el proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades en base a las determinantes de la salud.

j) **Garantía de derechos:** se refiere a la comprensión activa y sobretodo el ejercicio pleno de los derechos humanos y a la atención en salud de la población en general y de manera particular de los PVVS.

k) **Desarrollo del proceso de manejo en sociedad con la persona infectada con VIH:** la persona infectada con VIH y los miembros del equipo terapéutico establecen una relación de sociedad para el manejo del VIH y por tanto ambos ponen a disposición del proceso todos sus recursos personales e institucionales para lograr el éxito. El plan de manejo define con la participación activa de la persona infectada y el equipo terapéutico buscando dar respuesta a la necesidades del usuario, ofreciendo las más apropiadas alternativas de intervención y respetando sus decisiones.

l) **Educación y empoderamiento:** el proceso de manejo del VIH incorpora acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscado con ello minimizar la dependencia y los proceso de exclusión social consecuentes.

m) **Seguimiento activo del manejo:** incluye como acciones centrales el monitoreo del proceso terapéutico del usuario y la búsqueda activa del mismo cuando se presenten incumplimientos o no respuestas por su parte.

2.5.3.2. Características del Modelo de Atención Integral

La atención integral en ITS/VIH-SIDA da cuenta del conjunto de intervenciones requeridas para evitar la expansión de la epidemia de VIH, evitar quienes no están infectados se infecten, que quienes están infectados no transmitan el VIH (y otras ITS) a otros, que quienes están infectados no se re infecten y que quienes están infectados encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas, para mantener una vida digna, activa, integrada y con garantía de derechos.

La atención en esta materia incluye una gama amplia de intervenciones que cubren entre otras:

- 1) La promoción de la salud sexual y reproductiva,
- 2) las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión de ITS/VIH-SIDA, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección;
- 3) el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH,
- 4) la vigilancia en salud pública,
- 5) la atención integral de las PVVS, y
- 6) el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Las intervenciones de protección específica, buscan superar las barreras de acceso a preservativos, propiciar su disposición masiva y fortalecer los mecanismos para su distribución, además movilizar la adopción de comportamientos protectores en la población y la modificación de prácticas de riesgo.

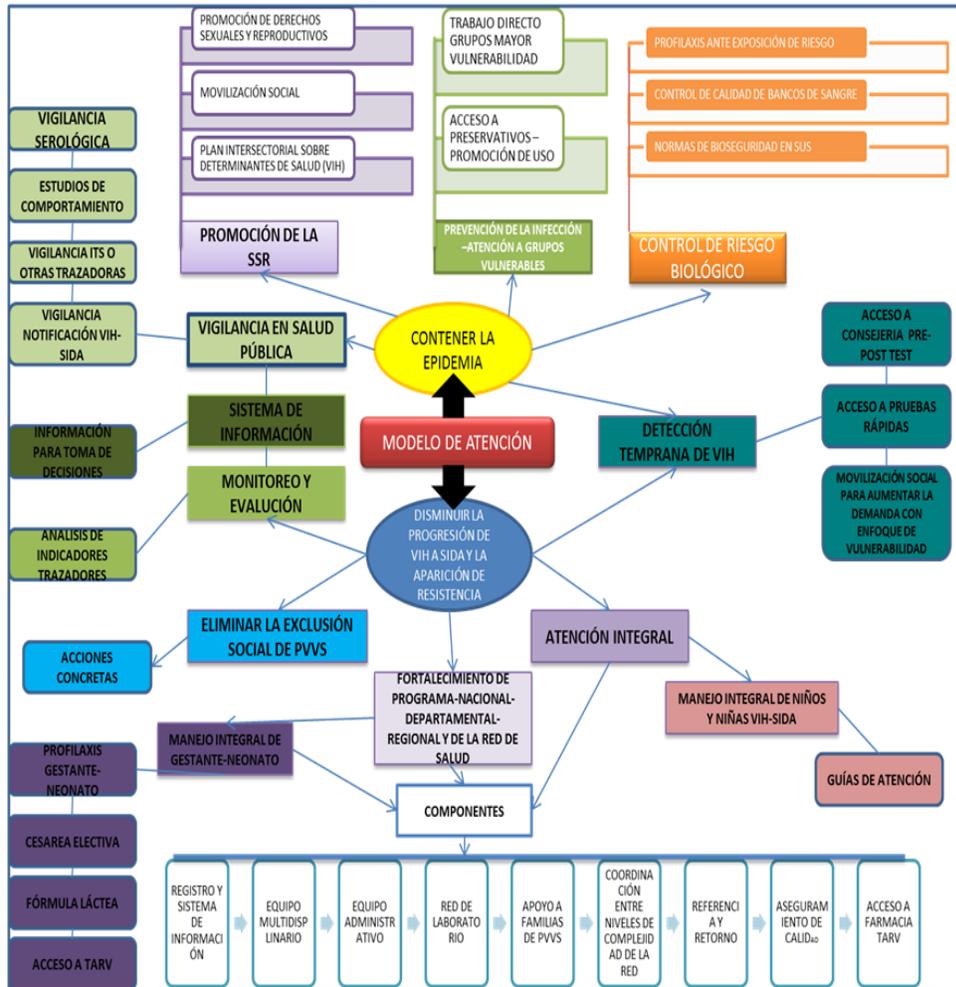
Las acciones de control de riesgo biológico y de bioseguridad se orientan a garantizar la implementación efectiva de normas de bioseguridad en todas las instituciones de salud y en otros establecimientos que suponen el contacto con fluidos corporales; así como a mejorar la competencia de la población para exigir el cumplimiento de dichas normas y proteger su salud.

Este amplio espectro de intervenciones, no dependen sólo de los actores clásicos vinculados al sector salud. Sin duda exige el concurso organizado de los actores sociales que tienen el poder de actuar sobre los macro determinantes de la dinámica de las ITS en general y del VIH en particular en el país; de los actores de carácter familiar y comunitario que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de la persona; de los actores vinculados a las estructuras formales de los sistemas de atención en salud, que facilitan la protección, el cuidado y la recuperación de la salud; y finalmente, de cada persona, que pone permanentemente en juego sus recursos individuales en la protección de su vida durante el ciclo vital.

El modelo boliviano de Atención Integral ITS/VIH-SIDA se organiza en función de tres prioridades:

- Disminuir la morbilidad asociada a ITS.
- Contener la epidemia y evitar la ocurrencia de nuevos casos de VIH.
- Retardar o evitar el paso de infección con VIH sin SIDA a Infección con VIH con SIDA, previniendo al máximo la ocurrencia de resistencias.

Figura No. 3
Bolivia: Norma de atención integral en ITS/VIH/SIDA



Fuente: Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA - Bolivia 2011

2.5.3.3. Prevención de la transmisión de ITS/ VIH

El Modelo de Atención Integral de las ITS/VIH-SIDA que ha empezado a implementarse en Bolivia, busca abordar la problemática desde la fase previa al proceso patológico, desarrollando actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, de modificación de los macro determinantes relacionados con la transmisión de las ITS/VIH-SIDA y de protección específica, que se articulen a las intervenciones que se realizan en la red primaria de atención del usuario y en el ámbito comunitario.

En este sentido, las acciones de promoción se centran en la movilización social a favor de la salud sexual y reproductiva, la defensa de estos derechos y la generación de procesos de desarrollo social en el ámbito territorial tendientes a reducir la vulnerabilidad de la población a la infección por ITS/VIH. Estas actividades deben orientarse por los siguientes principios:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Perspectiva de género
- Reconocimiento de la vulnerabilidad.
- Respeto de la diferencias
- Reducción del estigma y la discriminación

Las acciones de prevención de las infecciones por ITS/VIH, incluyen la asesoría pre y post test, que constituye un espacio fundamental para evaluar las condiciones de vulnerabilidad y riesgo, promover la adopción de comportamientos protectores y generar procesos de modificación de las características sociales de vida que establecen condiciones de vulnerabilidad para la población.

2.5.3.4. Atención a las Personas

La atención integral presupone la implementación de Protocolos y Guías que homogenicen los criterios médicos frente a los diversos cuadros propios de los pacientes con ITS/VIH-SIDA. De esta manera independientemente del establecimiento al cual acuda el usuario el manejo y conducta debe ser el mismo.

Estos instrumentos deben ser permanentemente actualizados (cada dos años) y en su revisión deben participar los profesionales dedicados a la atención directa de los PVVS en coordinación con las instituciones científicas y académicas respectivas (Sociedades Médicas, Cátedras Universitarias, etc.) de manera tal que encuentren el respaldo suficiente para su efectiva implementación.

La atención a través de Protocolos y Guías permiten una mayor estandarización de las intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamento o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, poder de seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

2.5.3.5. Objetivos de la atención de personas con VIH-SIDA

Los objetivos de la atención integral de las personas infectadas con el VIH, se pueden resumir así:

- Atender con calidad y calidez.
- Garantizar acceso a terapia antirretroviral.
- Realizar seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas.
- Garantizar acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones
- Realizar rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH- SIDA (PVVS)

Los objetivos de las personas con otras ITS:

- Atender con calidad y calidez.
- Garantizar diagnóstico oportuno a poblaciones vulnerables y población general.
- Garantizar el acceso a tratamiento integral.
- Garantizar el acceso a prevención y promoción.

Cada una de estos objetivos a lograr requiere educación de los pacientes y de los cuidadores, así como la comunicación entre ellos, y la articulación entre los diferentes profesionales de la salud que tienen que ver con su manejo, incluyendo a los trabajadores de salud no médicos.

Es entonces esencial, que los Programas Departamentales garantice la eficiente interacción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que realicen, favoreciendo la comunicación, y logrando un acercamiento oportuno al paciente para asegurar el éxito del manejo.

2.5.2.6. Organización de la atención

La organización de la atención de las personas con ITS/VIH-SIDA, se definen en dos niveles: uno de carácter administrativo y otro principalmente operativo.

El primero, de carácter administrativo, debe ser encabezado por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, por los Programas Departamentales (incluidos los CDVIR); y que tiene bajo su responsabilidad:

- a) La elaboración del Plan Estratégico Intersectorial que incluya las intervenciones necesarias para adoptar una Norma Nacional Integral de atención en ITS/VIH-SIDA.
- b) La generación de las condiciones técnicas para la atención de la población desde el primer nivel de complejidad, lo que supone la implementación de una red de prestación de servicios de acuerdo con el esquema de organización de las redes municipales y de servicios.
- c) La garantía de calidad en la atención del usuario en todos los niveles de complejidad del sistema y la implementación de sistemas que permitan evaluar de manera permanente la capacidad instalada en cada una de las instituciones que constituyen su red y la calidad de la atención recibida por la población.
- d) La implementación de mecanismos para la comunicación permanente y oportuna de los equipo de intervención en todos los niveles de atención.
- e) La implementación de mecanismos flexibles y oportunos para el desarrollo del proceso terapéutico definido, el suministro de medicamentos e insumos y el flujo de los recursos requeridos para la atención.

- f) La implementación de formas de relación usuario–establecimiento de salud con barreras mínimas.
- g) La incorporación de tecnología que haga posible el seguimiento de los esquemas de intervención y la búsqueda activa del usuario.
- h) La incorporación de nuevas tecnologías que hagan posible la interconsulta con expertos sin que se haga necesario el desplazamiento físico del usuario.
- i) La administración de la información, mediante la implementación de instrumentos de registro, monitoreo y evaluación.
- j) La evaluación permanente de nueva tecnología que haga más eficiente y efectivo el proceso de atención de la personas con VIH.

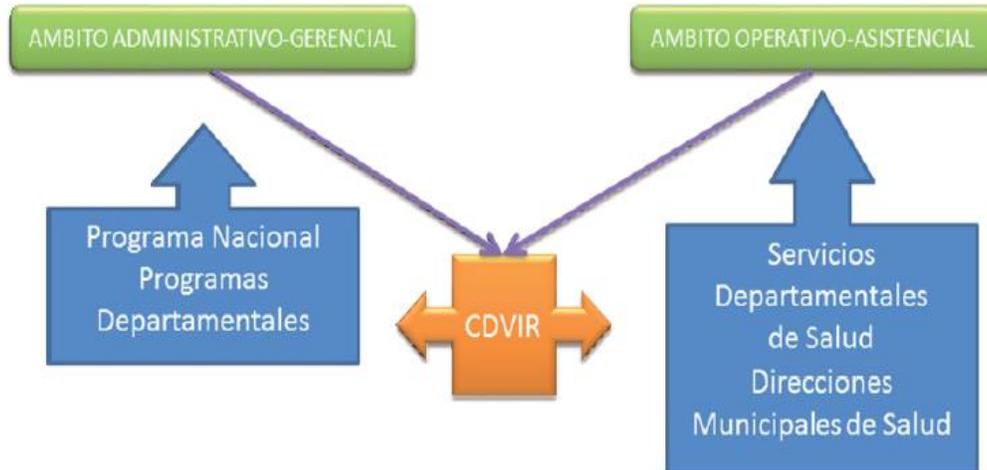
El segundo eslabón, de orden operativo, y en cabeza de los Servicios Departamentales de Salud (incluidos los CDVIR) y las Direcciones Municipales de Salud, mediante la red municipal y red de servicios, tiene bajo su responsabilidad:

- a) La atención directa de la población infectada con VIH dentro de un esquema de programa y con el concurso de un equipo terapéutico interdisciplinario.
- b) La permanente comunicación con el Programa Nacional y Departamental para concertar todos los aspectos relativos a la atención de cada uno de los usuarios
- c) La permanente comunicación e integración con los equipos terapéuticos, programas y recursos disponibles en otros niveles de atención para dar respuesta oportuna a las necesidades del usuario.
- d) El mejoramiento permanente de sus procesos para garantizar el mayor ajuste posible a las mejores condiciones técnicas de atención.
- e) La operación bajo esquemas de minimización de barreras para la atención que garanticen acceso preferente.
- f) La utilización apropiada de los recursos tecnológicos disponibles para establecer relaciones fluidas con otros niveles de atención.
- g) La cualificación permanente del talento humano relacionado con la atención de los usuarios del modelo.
- h) La presentación activa de sugerencias y opciones de mejoramiento al componente administrativo y otros agentes relacionados, que supongan una mejor atención de la población.

Como puede advertirse tanto el ámbito gerencial como el operativo-asistencial contempla al CDVIR en ambos casos; pues se trata del elemento articulador entre los mismos. Los CDVIR cumplen ese rol ya que dependen del Programa Departamental y del Programa Nacional a la vez que se encuentran en directa relación con la red de servicios (red de salud y red municipal). En estos momentos

las tareas asistenciales ocupan gran parte del tiempo del personal de los CDVIR y lo que se pretende es que paulatinamente su rol gerencial vaya siendo fortalecido.

Figura No. 4
Bolivia: Organización de la atención de las ITS/VIH/SIDA



Fuente: Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH-SIDA - Bolivia 2011.

2.7. La respuesta sectorial

A continuación se describe brevemente las actividades de otros sectores en respuesta a la temática del VIH SIDA.

El Ministerio de Educación

Al momento de la elaboración de este informe, el ministerio de educación ya había concluido la elaboración de contenido para prevención de las ITS y el VIH, para ser incluido en la curricula escolar.

Esto se considera un punto clave en la prevención, considerando las características de la epidemia, que se tiene un alto porcentaje de jóvenes entre 15 a 25 años.

En Bolivia no se pueden realizar pruebas de ningún tipo a menores de edad (considerados todos aquellos con menos de 18 años) sin el consentimiento de los padres o tutores legales, por este motivo las estrategias de alcance con prueba rápida no son factibles en este grupo, al mismo tiempo, existe todavía en Bolivia un grado de reticencia, en algunas regiones más que en otras, al hecho de distribuir preservativos a los jóvenes escolarizados, lo cual dificulta los abordajes en temas de prevención.

Esta realidad ha llevado a plantear la necesidad de educar a los jóvenes que aún se encuentran en etapa escolar, respecto a la prevención de las ITS, del VIH y de los embarazos no deseados.

El Defensor del Pueblo

El Defensor del Pueblo se encarga de recibir, y hacer seguimiento a todas las denuncias de la población, contra cualquier nivel del estado. Atiende también cualquier caso de violación de derechos de parte del estado o sus diferentes niveles.

De esta manera el Defensor del Pueblo brinda asesoría legal en forma gratuita a las personas que sufren discriminación incluyendo PVVS, por parte de alguna institución perteneciente al estado (ej. Ministerios, Gobernaciones, Alcaldías, Hospitales, etc.)

La Sociedad Civil Organizada

La sociedad civil organizada en Bolivia está representada por la REDBOL, que aglutina varias pequeñas organizaciones de carácter regional.

La sociedad civil divide sus esfuerzos en dos áreas de intervención, la prevención, primordialmente financiada con recursos de Fondo Mundial a aquellas organizaciones que han logrado convertirse en Sub Receptores, algunas otras organizaciones que no son sub receptores, captan recursos del extranjero para poder realizar campañas y programas de prevención (ej. Instituto para el Desarrollo Humano).

El otro esfuerzo de la Sociedad Civil se encuentra concentrado en las actividades de incidencia política y observación del cumplimiento de todos los derechos de las personas viviendo con VIH

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)

Las mayoría de las organizaciones no gubernamentales concentra su apoyo en el área de prevención, habiendo registrada solamente una que brinda atención a PVVS en la ciudad de Cochabamba (IDH).

El resto de las ONG participa solamente con actividades de prevención en diferentes espacios y poblaciones específicas (ej. Misión Noguera jóvenes de colegio, PAT SIDA jóvenes de iglesias evangélicas, etc.)

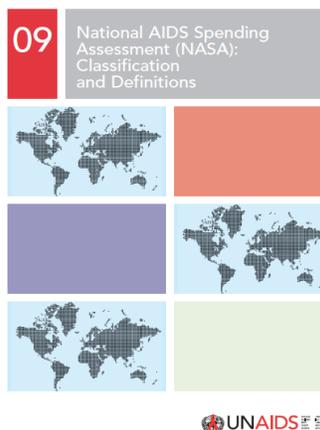
3. MARCO TEORICO - MEGAS

La **Medición de Gasto en SIDA (MEGAS)** es una metodología estandarizada a nivel internacional que fue desarrollada por ONUSIDA y que utiliza criterios técnicos del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 1.0).

La MEGAS tiene como objetivo principal el de establecer el flujo de financiamiento y gasto que son utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH/SIDA, para lo cual se efectúa un proceso de seguimiento del recurso por transacciones financieras, desde su fuente de financiamiento hasta su destino final que es el consumo (es decir, los beneficiarios de los bienes y servicios).

Es importante mencionar que el MEGAS a diferencia de otros programas en el sector salud no solo se limita a realizar un seguimiento de los gastos de salud respecto al VIH, sino que también se realiza un seguimiento de gastos a actividades que no se encuentran relacionados con la salud como por ejemplo: los gastos en mitigación social, educación, trabajo, justicia y otros aspectos relacionados con el VIH/SIDA, por tal motivo es que la metodología del MEGAS utiliza el enfoque del SHA 1.0 y sus propios criterios.

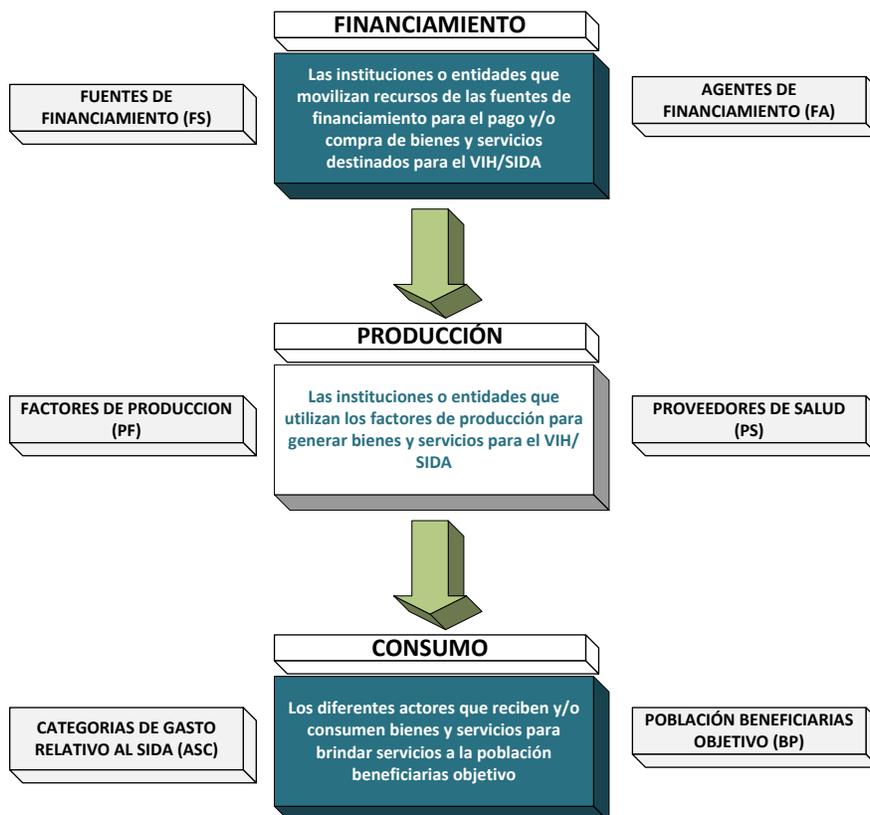
Este trabajo de medición del gasto en VIH/SIDA es también una valiosa herramienta y oportunidad para priorizar, orientar e incorporar acciones de prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA en las políticas públicas nacionales y en los planes estratégicos de los gobiernos municipales y departamentales, así como también nos puede permitir coordinar actividades con los diferentes actores de la sociedad civil, optimizando de esta manera la aplicación eficiente de los recursos y evitando duplicidad de esfuerzos hacia un objetivo establecido. También puede contribuir a sustentar la gestión de flujos de financiamiento, para la obtención de recursos y por ende la implementación de las políticas públicas.



3.1. Componentes principales de las transacciones.

La MEGAS está organizada en tres dimensiones: Financiamiento, Provisión y Consumo, en la Figura x se observa estas dimensiones y sus respectivas categorías.

Figura No. 5
Principales Componentes de las Transacciones de MEGAS



Fuente: Adaptado de modelo recomendado por OMS, Banco Mundial, USAID

Financiamiento. La dimensión financiamiento tiene dos categorías que son descritas a continuación:

Agentes de Financiamiento (FA). Son instituciones o entidades públicas y/o privadas, que tienen la función primordial de acumular, canalizar y controlar los fondos que son proporcionados por las diferentes fuentes de financiamiento del sistema de salud y las usan para pagar o comprar bienes y servicios.

Fuentes de Financiamiento (FS). Son instituciones o entidades públicas y/o privadas que proporcionan fondos a los agentes de financiamiento. Las fuentes de financiamiento se denominan se clasifican en fondos públicos, privados y externos.

Provisión de servicios. La dimensión provisión de servicios para el VIH tiene dos categorías que son descritas a continuación:

Proveedores de Servicios (HP). Son instituciones o entidades públicas y/o privadas, que reciben dinero de los agentes de financiamiento y que se utilizan en la producción de bienes y servicios relacionados con el VIH. Por lo general, los proveedores se comportan como usuarios finales de los fondos.

Factores de Producción (FP). Son insumos como mano de obra, capital, recursos naturales, conocimiento técnico y recursos empresariales, los cuales son utilizados por los proveedores o los agentes de financiamiento para producir bienes y servicios

Consumo. La dimensión consumo tiene dos categorías que son descritas a continuación:

Categorías de gasto relativo al sida (ASC). Son líneas de acción que tienen lugar dentro de las actividades particulares y recurrentes con el VIH. 1) Prevención, 2) Atención y tratamiento, 3) Huérfanos y niños vulnerables, 4) Fortalecimiento de la gestión y administración de programas, 5) Incentivos para los recursos humanos, 6) Protección social y servicios sociales (excluidos los huérfanos y niños vulnerables), 7) Entono favorable y desarrollo de la comunidad y 7) Investigación

Segmentos beneficiarios de la población (BP). Son los segmentos de la población que se benefician con los servicios, estos se pueden clasificar teniendo en cuenta varios atributos, tales como las características socioeconómicas y demográficas (edad, sexo, raza, lugar de residencia, etc.). En el estudio del MEGAS se analiza los siguientes segmentos de la población: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas inyectables, etc.

3.2. Clasificación de las Funciones de producción para MEGAS¹².

La clasificación del gasto relativo al sida es una clasificación funcional que incluye las categorías de prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH. Luego de la revisión y la evaluación de estrategias anteriores utilizadas para la respuesta al VIH, los programas y las partidas se han estructurado en ocho clases de categorías de gasto

Prevención. Se define como un conjunto integral de actividades o programas diseñado para reducir el comportamiento de riesgo. Entre los resultados se encuentran una disminución en las infecciones por el VIH entre la población y mejoras en la calidad y la seguridad en los centros de salud con respecto a las terapias administradas en forma exclusiva o en gran medida a pacientes con VIH. Los servicios de prevención comprenden el desarrollo, la difusión y la evaluación de material adaptado desde el punto de vista lingüístico, cultural y de la edad para complementar los objetivos del programa.

Atención y tratamiento. Hace referencia a todos los gastos, las compras, las transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar acceso a actividades en dispensarios, hogares o la comunidad para el tratamiento y la atención de adultos y niños VIH-positivos. El componente de tratamiento y atención incluye las siguientes intervenciones y actividades.

¹² Extraído de "MEGAS Medición del Gasto en Sida: Clasificación y definiciones".

Huérfanos y niños vulnerables (HNV). Deben incluirse todos los gastos para sustituir a los padres en el cuidado de sus hijos porque han fallecido a causa del VIH; gastos incurridos para proporcionar mitigación social a todos los huérfanos dobles y la mitad de los huérfanos o los huérfanos de un solo progenitor. En este contexto, niños vulnerables se refiere a aquellos que están próximos a quedar huérfanos y que no reciben apoyo como tales porque al menos uno de sus progenitores está con vida pero gravemente enfermo para cuidarlos.

Gestión y administración de programas. Los gastos programáticos se definen como aquellos incurridos en los niveles administrativos fuera del punto de prestación de la atención sanitaria. Los gastos programáticos cubren servicios como la gestión de programas de sida, vigilancia y evaluación, sensibilización, capacitación previa al servicio y mejora de instalaciones a través de la compra de equipos de laboratorio y telecomunicaciones. Esta sección también abarca inversiones de más largo plazo, como construcción de servicios sanitarios, que benefician al sistema de salud en conjunto. Es importante destacar que cuando se vincule los gastos programáticos con el acceso de las personas al tratamiento y la prevención, sólo deberá incluirse la parte de la inversión que contribuye a una respuesta al VIH y que se requiere para financiar los servicios prestados como parte de esta respuesta.

Recursos humanos. Esta categoría se refiere a los servicios de la fuerza laboral a través de enfoques para la capacitación, la contratación, la retención, el despliegue y la recompensa por buen desempeño de directores y trabajadores sanitarios por el trabajo en el campo del VIH. La fuerza laboral relacionada con el VIH no se limita al sistema de salud. En esta categoría se incluye el pago directo de beneficios salariales para trabajadores sanitarios. Estos gastos tienen como finalidad garantizar la disponibilidad de recursos humanos a partir de los existentes actualmente en el sector salud. Por lo tanto, sólo apuntan a incluir los incentivos adicionales para este propósito. El costo directo asociado con los recursos humanos se incluye en los costos de cada una de las demás categorías de gasto.

Protección social y servicios sociales. Por lo general, protección social se refiere a las funciones de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales relativas a la provisión de beneficios monetarios y beneficios en especie a categorías de personas definidas por determinados requisitos como enfermedad, vejez, incapacidad, desempleo, exclusión social, etc. La protección social comprende los servicios sociales personales y la seguridad social. Incluye gastos en servicios y transferencias proporcionados no sólo a personas individuales sino también a hogares, además de los gastos por servicios prestados en forma colectiva.

Entorno favorable. Estas incluyen inversiones en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en construcción de capacidades (incluidas organizaciones basadas en la fe). Fortalecimiento de instituciones locales clave para implementar programas de VIH/SIDA eficientemente con dependencia disminuida a medida que pase el tiempo, asistencia técnica externa. Actividades para mejorar la gerencia financiera, gerencia de recursos humanos, control de calidad, planeación estratégica y liderazgo y coordinación con organizaciones socias. Programas que priorizan mujeres jóvenes y niñas, por ejemplo actividades de salud reproductiva mejorada, programas para reducir la violencia contra mujeres, asistencia y consejería para mujeres abusadas y programas para proteger la propiedad y los derechos de herencia de mujeres y niñas.

Esfuerzos para desarrollar programas de trabajo público, empleo amparado, sustento de vida, micro créditos y financiamiento. Concesiones pequeñas para actividades empresariales para personas viviendo con VIH.

Investigación relacionada con el VIH. Se define como la generación de conocimiento que puede utilizarse para prevenir la enfermedad y promover, restablecer, mantener, proteger y mejorar el desarrollo de la población y el bienestar de las personas. Cubre los investigadores y profesionales que participan en la concepción o creación de nuevos conocimientos, productos, procesos, métodos y sistemas para el VIH y en la gestión de programas dedicados al VIH y el sida. También deben incluirse los directores y administradores cuando dedican al menos 10% de su tiempo en apoyo de las actividades de investigación. Los investigadores incluyen estudiantes de posgrado pero no técnicos. Los técnicos y personal equivalente son personas cuyas tareas principales requieren conocimiento técnico y experiencia. Participan en I+D realizando tareas científicas y técnicas que implican la aplicación de conceptos y métodos operativos, normalmente bajo la supervisión de los investigadores.

4. MARCO METODOLÓGICO - MEGAS

4.1. Objetivos

Objetivo general:

“Establecer los flujos financieros de financiamiento de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en el periodo 2010-2012.”

Objetivos específicos:

- Sistematizar el gasto en VIH/SIDA y preparar las matrices actualizadas sobre la medición de gasto en VIH/SIDA, con todos sus componentes aplicados al nivel nacional para los años 2010, 2011 y 2012, basados en la metodología MEGAS de ONUSIDA y los informes disponibles previamente desarrollados en esta materia.
- Proveer información útil sobre los gastos y flujos de financiamiento relativos al VIH en relación al avance hacia el logro de los objetivos de la Declaración Política de Compromisos sobre el VIH 2011.
- Establecer recomendaciones específicas para el Ministerio de Salud, CONASIDA, Gobiernos Departamentales y el Equipo Conjunto de VIH de Naciones Unidas, orientadas a mejorar la priorización de la respuesta nacional al VIH en los presupuestos nacionales y sub nacionales.
- Realizar una proyección de la sostenibilidad de la respuesta al VIH, sobre la base de un análisis del sistema de programación y planificación público nacional y sub nacional.

4.2. Características del estudio

La metodología corresponde a una evaluación ex post transversal del tipo descriptiva y cuantitativa, de los hallazgos de la información a ser obtenida. Las variables a ser tomadas en cuenta serán las contempladas en la Metodología de MEGAS.

La metodología a ser aplicada para Medición del Gasto en Sida se basará en la ejecución presupuestaria y la encuesta de flujo de recursos. Para lo cual, se realizará un seguimiento detallado: a) Origen de los fondos y b) La forma en que se gastan los fondos a nivel nacional.

Para el cálculo de la medición se tendrán en cuenta los gastos reales clasificados de acuerdo a ocho categorías de gasto relativo al sida y por fuente de financiamiento, incluido el gasto público de fuentes propias y de fuentes internacionales.

4.3. Delimitación temporal y espacial

- **Delimitación Temporal.** El estudio de MEGAS en Bolivia comprendió los años correspondientes al periodo 2010 – 2012, es importante mencionar que el análisis comprende un año calendario (enero a diciembre), considerando como se indicó anteriormente, el análisis desde el punto de vista de consumo, según su distribución en los periodos de análisis.
- **Delimitación Espacial.** El estudio de MEGAS en Bolivia comprende: 1) Sector público, la seguridad social y el sector privado, 2) Nacional y departamental y 3) Fondos públicos, privados y externos. Es importante indicar también que para este estudio se incluyó la medición del gasto de bolsillo, a partir de cuentas hospitalarias de PVV.

4.4. Fuentes de Información.

La información proviene de múltiples fuentes, las cuales fueron identificadas y analizadas con el fin de determinar su periodicidad, el instrumento metodológico que les de sustento, y los actores y responsables involucrados en el levantamiento y su integración de las mismas.

Las fuentes de información utilizadas para determinar el gasto en VIH del **sector público** fueron obtenidas de las siguientes instituciones:

- **Dirección General de Contabilidad Fiscal (DGCF).** La base de datos en EXCEL obtenida de la DGCF es el insumo principal para determinar el gasto en ITS/VIH/SIDA del sector público, el cual tiene como estructura de gasto los clasificadores presupuestarios proporcionados por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) a nivel nacional, departamental y municipal. Es importante mencionar que su estructura programática permite ver las actividades que se desarrollan en todos los ministerios e instituciones públicas.
- **Dirección General de Asuntos Administrativos y Financieros (DGAAF).** De la DGAAF del MSD se obtiene información relevante sobre ejecuciones presupuestarias del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, la cual se encuentra en formato PDF y proviene de los reportes del Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) del MEFP.
- **Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.** La información proporcionada por este programa nacional está referida a las ejecuciones presupuestarias y otros actores que no se pueden identificar claramente en el presupuesto general de la nación, es decir que con el apoyo de la información del programa pueden identificarse recursos que son canalizados directamente a los beneficiarios, tal es el caso de los recursos provenientes del Fondo Mundial a través de la asociación Ibis Hivos. Además permite obtener información estadística sobre la epidemia del VIH/SIDA y la nómina de personal que trabaja en el programa con su respectivo cargo y la remuneración percibida.

- **Programa Nacional de Bancos de Sangre.** La información proporcionada por este programa nacional está referida a unidades de sangre tamizadas efectivamente reactivas y pro reactivas de la red nacional de bancos de sangre que comprende a 10 bancos de sangre del sector público, 6 de la seguridad social y 4 del sector privado, asimismo se proporcionó también información sobre los costos de los reactivos para realizar las pruebas correspondientes al VIH/SIDA e ITS.
- **Dirección General de Seguros de Salud (DGSS).** La información que fue proporcionada por esta Dirección está referida principalmente a la producción de servicios y costos de la prestación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) relacionados con el estudio de la MEGAS.
- **Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).** El SNIS a través de su página web proporciona información sobre producción de servicios relacionadas con el estudio de la MEGAS, como ser: 1) Consulta y entrega de preservativos, 2) Consejería y pruebas rápidas, 3) Servicios sobre ITS, 4) número de casos de VIH en población general y embarazos, 5) Número de casos de SIDA y 6) Número de pruebas de laboratorio sobre VIH e ITS. Es importante mencionar que esta información se encuentra desagregada por gestión, departamento, municipio, establecimiento de salud, tipo de establecimiento (Posta de salud, centro de salud, hospital básico, hospital general e instituto especializado) y subsector (FFAA de la Nación, Policía Nacional y Público).
- **Servicio Departamental de Salud (SEDES).** La información proporcionada por los SEDES corresponde al listado de personal de salud y administrativo que trabaja directa e indirectamente con el programa ITS/VIH/SIDA, para el estudio se consideró los nueve SEDES.
- **Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR).** La base de datos proporcionada por los 11 CDVIR (nueve en ciudades capitales y dos correspondientes a los municipios de El Alto y Guayaramerín) muestra el listado de personal de salud y administrativo que trabaja en el centro, en cual se brinda atención a los pacientes en diferentes consultas como ser: ginecología, medicina especializada para personas con VIH/SIDA, laboratorio, realización de pruebas rápidas, farmacia con medicamentos específicos para el tratamiento del VIH y algunas enfermedades oportunistas, atención dental, nutrición y administración.
- **Establecimientos de Salud.** Se obtuvo información referente a aranceles o listas de precio correspondientes a los servicios en consulta (ambulatorio), hospitalización, laboratorio, imagenología y farmacia de cinco hospitales del sector público (Hospital de la Mujer, Hospital de Clínicas, Hospital Viedma, Hospital Percy Boland, Hospital de Niño La Paz). En el caso del Hospital de la Mujer se obtuvo información adicional sobre producción de servicios tanto ambulatorio, como hospitalario, laboratorio e imagenología, así como también se solicitó ejecuciones presupuestarias del hospital con el objetivo principal de obtener una estructura de costos que nos permitan estimar el costo del personal directo e indirecto en las prestaciones del SUMI. (Para poder estimar este costo se utilizó el CORE, esta es una herramienta para el análisis de costos e ingresos realizada por MSH)

- **Otras Instituciones Públicas.** Con respecto a otras instituciones públicas como ser el Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Ministerio de Trabajo se enviaron cuestionarios sobre ejecuciones presupuestarias destinadas a actividades relacionados con la MEGAS, y en todos los casos señalaron que no ejecutaron recursos específicos para VIH/SIDA, esto fue confirmado a través de la base de datos proporcionados por la DGCF.

Las fuentes de información utilizadas para determinar el gasto en VIH de la Seguridad Social fueron obtenidas de las siguientes instituciones:

- **Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).** Se utilizó información de los anuarios estadísticos del INASES para el periodo de análisis sobre la producción de servicios, población beneficiada y estados financieros, los mismos se encuentran disponibles en su página web.
- **Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).** El SNIS a través de su página web proporciona información sobre producción de servicios relacionadas con el estudio de la MEGAS, como ser: 1) Consulta y entrega de preservativos, 2) Consejería y pruebas rápidas, 3) Servicios sobre ITS, 4) número de casos de VIH en población general y embarazos, 5) Número de casos de SIDA y 6) Número de pruebas de laboratorio sobre VIH e ITS. Es importante mencionar que esta información se encuentra desagregada por gestión, departamento, municipio, establecimiento de salud, tipo de establecimiento (Posta de salud, centro de salud, hospital básico, hospital general e instituto especializado) y subsector (Seguridad Social).
- **Programa Nacional de Bancos de Sangre.** La información proporcionada por este programa nacional está referida a unidades de sangre tamizadas efectivamente reactivas y pro reactivas de la red nacional de bancos de sangre que comprende a 10 bancos de sangre del sector público, 6 de la seguridad social y 4 del sector privado, asimismo se proporcionó también información sobre los costos de los reactivos para realizar las pruebas correspondientes al VIH/SIDA e ITS.
- **Caja Nacional de Salud (CNS).** Se obtuvo información referente a aranceles o listas de precio correspondientes a los servicios en consulta (ambulatorio), hospitalización, laboratorio, imagenología y farmacia, así como también estructuras de costos de todos los establecimientos de salud correspondientes a la CNS.
- **Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL).** Se obtuvo información referente al gasto efectuado en la compra de pruebas rápidas, tratamiento antirretroviral y sobre actividades de campañas de prevención, este último financiado por el Comité para la prevención y control del VIH/SIDA en las Fuerzas Armadas y Policía Nacional de América Latina (COPRECOS).

Las fuentes de información utilizadas para determinar el gasto en VIH del Sector Privado serán obtenidas de las siguientes instituciones:

- **Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).** El SNIS a través de su página web proporciona información sobre producción de servicios relacionadas con el estudio de la MEGAS, como ser: 1) Consulta y entrega de preservativos, 2) Consejería y pruebas rápidas, 3) Servicios sobre ITS, 4) número de casos de VIH en población general y embarazos, 5) Número de casos de SIDA y 6) Número de pruebas de laboratorio sobre VIH e ITS. Es importante mencionar que esta información se encuentra desagregada por gestión, departamento, municipio, establecimiento de salud, tipo de establecimiento (Posta de salud, centro de salud, hospital básico, hospital general e instituto especializado) y subsector (Iglesia, ONGs y Privado).
- **Programa Nacional de Bancos de Sangre.** La información proporcionada por este programa nacional está referida a unidades de sangre tamizadas efectivamente reactivas y pro reactivas de la red nacional de bancos de sangre que comprende a 10 bancos de sangre del sector público, 6 de la seguridad social y 4 del sector privado, asimismo se proporcionó también información sobre los costos de los reactivos para realizar las pruebas correspondientes al VIH/SIDA e ITS.
- **Establecimientos de Salud.** Se obtuvo información referente a aranceles o listas de precio correspondientes a los servicios en consulta (ambulatorio), hospitalización, laboratorio, imagenología y farmacia de cinco hospitales del sector público (Hospital de la Mujer, Hospital de Clínicas, Hospital Viedma, Hospital Percy Boland, Hospital de Niño La Paz), así como también algunos aranceles del sector privado. Es importante mencionar que se solicitó al Hospital Viedma las historias clínicas de 24 pacientes PVVs con el objetivo de obtener el costo promedio de atención hospitalaria.
- **Asociación Ibis - Hivos.** La base de datos en EXCEL obtenida de Ibis - Hivos es uno de los insumos principales para determinar el gasto en ITS/VIH/SIDA. Es importante mencionar que estos recursos que maneja la asociación provienen de las transferencias del Fondo Mundial.
- **Agencias Multilaterales.** Información de las ejecuciones presupuestarias y actividades relacionadas al gasto relativo en VIH/SIDA de las instituciones relacionadas a los organismos de las Naciones Unidas, dentro de las cuales tenemos a la OPS, UNICEF, UNFPA y ONUSIDA. Es importante mencionar que la información obtenida fue a través del formato de encuesta que se realizó para el estudio.
- **Agencias Bilaterales.** Se solicitó información a las agencias bilaterales sobre ejecuciones presupuestarias destinadas a actividades relacionadas al VIH/SIDA, estas agencias informaron que estos recursos fueron transferidos a instituciones públicas y privadas, por lo que la información debe obtenerse a través de estas instituciones.

- **ONGs y Fundaciones.** Información de las ejecuciones presupuestarias y actividades relacionadas al gasto relativo en VIH/SIDA de las instituciones relacionadas a las ONGs y Fundaciones, de todas estas instituciones las que respondieron corresponden a: PROSALUD, CIES Salud Sexual y Reproductiva, Círculo Multidisciplinario, Marie Stopes, Family Care International Bolivia, IDH, Mesa de Trabajo Nacional, Misión Alianza Noruega Bolivia, PATSIDA, Visión Mundial, Fundación Cuerpo de Cristo, Vivo Positivo, AMAPAN, ASUNCAMI, Igualdad, ProMujer, Red Vihda y Wiñay.
- **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Información sobre la tasa de inflación y el PIB.
- **Banco Central de Bolivia (BCB).** Información sobre el tipo de cambio del dólar.

En coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, se realizó un mapeo inicial diferenciadas por tipo de entidad, según el siguiente detalle

Organizaciones No Gubernamentales, asociaciones y fundaciones	42
Organismos de Cooperación para el Desarrollo (multilaterales)	8
Organismos de Cooperación para el Desarrollo (bilaterales)	5
Seguridad Social de Corto Plazo	7
Instituciones del sector público	26
Total de instituciones mapeadas	98

Del total de instituciones mapeadas se obtuvo reporte de gasto en VIH por parte de 75 instituciones, que brindaron respuesta a la consulta sobre gasto en VIH/SIDA.

El proceso del trabajo de campo contemplo las siguientes fases:

1. Envío de nota formal del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.
2. Contacto previo para una visita o una sesión virtual.
3. Contacto institucional para el llenado de la información.
4. Re-entrevista para las posibles aclaraciones y complementaciones

Durante la etapa 1 se desarrollaron tres sesiones webex con el equipo experto de ONUSIDA, para definir y clarificar los aspectos relativos a la metodología de medición y al software de reporte de la información.

En la etapa 2 se contactó a todas las instituciones listadas, y se anticipó la participación del personal del estudio.

En la etapa 3 no fue posible obtener la información del total de las instituciones, sin embargo se obtuvieron los datos del 83 % de las instituciones mapeadas.

4.5. Estimación de los resultados.

Dado que la disponibilidad de información recolectada fue heterogénea en las diferentes instituciones públicas, privadas y externas analizadas, se utilizaron tres aproximaciones para la estimación del MEGAS: 1) Estimación del gasto vía ejecuciones presupuestarias, 2) Estimación del gasto vía costos y 3) Estimación del gasto vía encuestas.

Estimación de la MEGAS vía ejecuciones presupuestarias. La estimación de la MEGAS por esta vía consistió en la utilización de los registros administrativos y/o bases de datos disponibles y que corresponden a las ejecuciones presupuestarias de cada una de las instituciones públicas, privadas y externas que realizaron algún tipo de gasto en actividades relacionadas con el VIH/SIDA en Bolivia durante el periodo 2010-2012. Es importante mencionar que existen dos momentos para aplicar esta estimación:

- **Primer Momento.** Cuando la descripción de las ejecuciones presupuestarias proporcionadas por las instituciones mapeadas se encuentran claramente identificadas con la codificación de la MEGAS y permita identificar “directamente” tanto el organismo financiador, la fuente de financiamiento así como también el detalle del gasto en actividades inherentes al VIH/SIDA, se utilizará esta metodología de estimación. Es importante mencionar que en esta instancia “no se utiliza supuesto alguno” para asignar la codificación de la metodología de la MEGAS.
- **Segundo Momento.** En el caso que las actividades descritas en las ejecuciones presupuestarias de las instituciones involucradas con el ITS/VIH/SIDA sean ambiguas o generales se considerará la utilización de ponderadores para su definición en las diferentes categorías de la metodología MEGAS.

Estimación de la MEGAS vía costo. La estimación de la MEGAS vía costo requiere el uso de datos de producción de servicios en actividades relacionadas con el ITS/VIH/SIDA, así como de la obtención de información de estructura de costos para cada una de las actividades y de las instituciones proveedoras del servicio. Para la realización de dicha estimación, se debe especificar los flujos del proceso de atención para la población beneficiada. Después se utiliza los indicadores de producción para cada etapa del flujo del proceso de atención y finalmente se multiplica los datos de productividad con estos costos promedio o costos por actividad.

Estimación de la MEGAS via encuestas. La estimación de la MEGAS vía encuesta consistió en la utilización de información desagregada proveniente de las agencias multilaterales, bilaterales, así como también de ONGs y fundaciones, para tal efecto se preparó un instrumento de recojo de información

5. RESULTADOS – MEGAS

5.1. Gasto Nacional de VIH/SIDA

En el Cuadro No. 4 se observa algunos de los principales indicadores relacionados con el gasto en VIH/SIDA para el periodo de análisis, donde el 2011 presenta el mayor gasto incurrido en el periodo de análisis con 13.8 millones de dólares en relación al 2010 (10 millones de dólares) y al 2012 (11.7 millones de dólares), esto se debió principalmente a que el Fondo Mundial a través de su receptor principal desembolsó el doble de recursos al país que en la gestión anterior, es decir de 1.9 millones de dólares el 2010 a 4.8 millones de dólares el 2011 y 2.8 millones de dólares el 2012, esto se debió principalmente al cambio de ronda de financiamiento del Fondo Mundial.

En relación al Producto Interno Bruto (PIB) el gasto en VIH/SIDA en el periodo de análisis representó en promedio el 0.05% y en relación con la estimación del Gasto Total en Salud proporcionada por la OMS fue del 0.9%, siendo estos porcentajes mayores para la gestión 2011 (0.06% para el PIB y 1.2% en relación al gasto total). Como se puede observar la inversión que se destina para cubrir esta enfermedad es muy baja considerando el PIB y el gasto total en salud.

En relación a la población total el gasto en VIH/SIDA per cápita en promedio para el periodo de análisis fue de 1.1 dólares y en relación con la población viviendo con el VIH (PVV) el per cápita promedio fue de 1.750 dólares siendo estos porcentajes mayores para la gestión 2011 (1.3 dólares y 2.017 dólares respectivamente). Si consideramos el concepto de poder de paridad adquisitivo (PPA), el gasto per cápita de VIH/SIDA en relación con la población total fue de 2.4 dólares en promedio en el periodo de análisis y 3.694 dólares si se considera a los PVV.

Cuadro No. 4
Bolivia: Indicadores para el periodo 2010 – 2012
(En dólares)

Indicadores	2010	2011	2012
Gasto VIH/SIDA en Bs.	71.019.117	96.788.817	81.780.270
Tipo de Cambio (a)	7,07	6,99	6,95
Gasto VIH/SIDA en \$us	10.045.137	13.846.755	11.766.945
Gasto VIH/SIDA como % del PIB (b)	0,05%	0,06%	0,04%
Gasto VIH/SIDA como % del Gasto Total en Salud (c)	0,9%	1,2%	0,9%
Población Total (d)	10.156.601	10.324.445	10.496.285
Gasto VIH/SIDA, per cápita en \$us	1,0	1,3	1,1
Gasto VIH/SIDA, per cápita en \$us PPA	2,3	2,7	2,2
Población PVVs (e)	5.518	6.866	8.334
Gasto PVV, per cápita en \$us	1.820	2.017	1.412
Gasto PVV, per cápita en \$us PPA	4.244	4.121	2.719

Fuente: Elaboración propia con información del BCB (a), Banco Mundial (b), OMS (c), INE (d) y Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Del total ejecutado entre el 2010 y 2012 el 36.8% del gasto fue efectuado por las fuentes públicas las cuales están representadas por el gobierno general y la seguridad social, posteriormente el 48.3% fue ejecutado por las fuentes internacionales que representan a las agencias multilaterales, bilaterales y Organismos No Gubernamentales (ONG) y el restante 14.9% fue ejecutado por las fuentes privadas que en nuestro estudio corresponde al gasto incurrido por los hogares y las instituciones con y sin fines de lucro. Es importante señalar que del monto total de ejecución del gasto en el periodo de análisis, el 51.7% de los recursos provino de fondos nacionales (Público + Privado) y el restante 48.3% de fondos internacionales.

A continuación se desarrollará la descripción de las dimensiones de las cuentas nacionales de salud en relación al VIH/SIDA, las cuales están reflejadas en el financiamiento (fuente y agente), producción (factores y proveedor) y consumo (categorías y población beneficiaria).

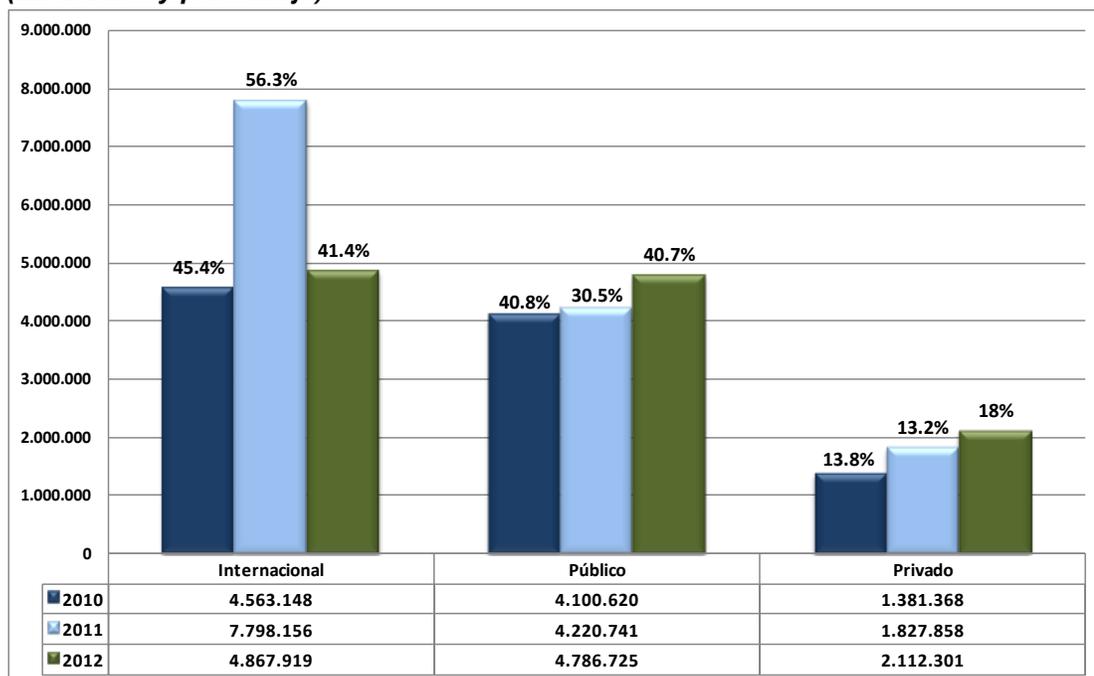
5.2. Fuente de Financiamiento.

De acuerdo con la información recopilada y procesada de las diferentes fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento y proveedores de servicio relacionados con el VIH/SIDA, los recursos destinados para combatir esta enfermedad en Bolivia para el año 2010, habría alcanzado un monto estimado de 10 millones de dólares, el cual en relación al gasto nacional en salud de ese año representó el 0,9%. Por otro lado el gasto mayoritario se observó que provino de las fuentes internacionales con el 45.4%, seguido por las fuentes públicas con el 40.8% del total y finalmente se encuentran las fuentes privadas con el 13.8% del gasto en VIH/SIDA.

Para el año siguiente (2011) el monto destinado a combatir la enfermedad del VIH/SIDA ascendió a 13.8 millones de dólares y si comparamos en relación al gasto nacional de salud, este represento al 1.2%. En esta gestión la fuente de financiamiento de mayor importancia fue la internacional con el 56.3% (incremento de recursos debido al desembolso del Fondo Mundial), seguido por las fuentes públicas con el 30.5% del gasto y finalmente se presentan las fuentes privadas con el 13.2% del gasto total en VIH/SIDA.

Es importante señalar que en la gestión 2012 los recursos disminuyeron en comparación de la gestión 2011, por lo que el gasto en el VIH/SIDA fue de 11.7 millones de dólares, la reducción se debió principalmente porque el Fondo Mundial desembolsó un monto menor que en la gestión anterior, esta cifra fue de 2.8 millones de dólares. Debido a esta reducción de recursos por parte de las fuentes internacionales modificó la estructura porcentual reflejando que el 41.4% del gasto fue ejecutado por las fuentes internacionales, seguido por las fuentes públicas con el 40.7% y finalmente las fuentes privadas con el 18% del total ejecutado.

Gráfico No. 2
Bolivia: Gasto VIH/SIDA por fuente de financiamiento
(En dólares y porcentaje)



Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Público. En el periodo 2010 – 2012 el gobierno central a través de transferencias del TGN a los gobiernos departamentales ejecutó cerca de 6.7 millones de dólares (19% del total), este monto fue destinado principalmente al pago de salarios al personal de salud que se encuentra relacionada directa e indirectamente en la atención y servicio del VIH/SIDA. La segunda fuente de financiamiento en orden de importancia fue los recursos provenientes de los gobiernos municipales con el 12.5% (4.4 millones de dólares), los cuales fueron destinados al pago del SUMI y a actividades directas del municipios relacionados con el VIH/SIDA (por ejemplo: la adquisición de pruebas rápidas), el restante 5.2% (1.8 millones de dólares) correspondió a recursos provenientes de otros fondos públicos (2%), aportes patronales obligatorias a la seguridad social (1.7%) y recursos provenientes del gobierno departamental (1.5%).

Privadas. Cuando nos referimos a las fuentes de financiamiento privadas, la que fue de mayor importancia en el periodo de análisis correspondió al fondo proveniente de los hogares con el 14.3% del total (5 millones de dólares), estos fondos son denominados también el gasto de bolsillo en que incurre los hogares en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, dentro de los cuales se encuentra también el tratamiento de enfermedades oportunistas y los exámenes de diagnóstico y control.

Internacionales. Dentro de esta categoría el Fondo Mundial fue el de mayor importancia en el periodo de análisis, el desembolsó de este organismo internacional fue de 9.7 millones de dólares (27% del total) para llevar a cabo actividades relacionados con el VIH/SIDA, esto permitió principalmente a la adquisición de medicamentos antirretrovirales y oportunistas los cuales fueron entregados al MSD para su distribución en los CDVIRs.

Cuadro No. 5
Bolivia: Fuente de Financiamiento del gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

FS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
FS 01	Públicas	4.100.620	40,8%	4.220.741	30,5%	4.786.725	40,7%	686.105	16,7%
FS.01.01.01	Renta Gobierno Central	2.177.282	21,7%	2.225.649	16,1%	2.382.823	20,3%	205.541	9,4%
FS.01.01.02	Renta Gobierno Departamental	183.289	1,8%	195.643	1,4%	164.044	1,4%	-19.245	-10,5%
FS.01.01.03	Renta Gobierno Municipal	1.317.351	13,1%	1.372.596	9,9%	1.761.905	15,0%	444.554	33,7%
FS.01.02.01	Aportaciones patronales obligatorias a la seguridad social	117.274	1,2%	200.500	1,4%	279.630	2,4%	162.356	138,4%
FS.01.99	Otros Fondos Públicos	305.423	3,0%	226.354	1,6%	198.323	1,7%	-107.101	-35,1%
FS 02	Privadas	1.381.368	13,8%	1.827.858	13,2%	2.112.301	18,0%	730.932	52,9%
FS.02.01	Instituciones y corporaciones con fines de lucro	26.455	0,3%	14.194	0,1%	25.634	0,2%	-821	-3,1%
FS.02.02	Fondos de hogares	1.314.837	13,1%	1.760.437	12,7%	2.013.954	17,1%	699.117	53,2%
FS.02.03	Instituciones sin fines de lucro	40.077	0,4%	53.227	0,4%	72.712	0,6%	32.636	81,4%
FS 03	Internacionales	4.563.148	45,4%	7.798.156	56,3%	4.867.919	41,4%	304.771	6,7%
FS.03.01.22	USAID	444.764	4,4%	263.616	1,9%	61.609	0,5%	-383.155	-86,1%
FS.03.02.07	Fondo Mundial	1.935.738	19,3%	4.807.746	34,7%	2.897.508	24,6%	961.770	49,7%
FS.03.02.08	ONUSIDA	53.035	0,5%	133.305	1,0%	26.216	0,2%	-26.819	-50,6%
FS.03.02.09	UNICEF	233.785	2,3%	281.290	2,0%	238.594	2,0%	4.809	2,1%
FS.03.02.17	UNFPA	241.134	2,4%	352.926	2,5%	206.121	1,8%	-35.013	-14,5%
FS.03.02.20	OPS/OMS	106.835	1,1%	157.926	1,1%	169.673	1,4%	62.838	58,8%
FS.03.03.33	Visión Mundial	82.339	0,8%	74.357	0,5%	86.543	0,7%	4.204	5,1%
FS.03.03.99	Otras ONGs sin fines de lucro s.c.o	1.432.984	14,3%	1.691.938	12,2%	1.145.316	9,7%	-287.668	-20,1%
FS.03.99	Fondos internacionales s.c.o.	32.535	0,3%	35.054	0,3%	36.340	0,3%	3.805	11,7%
Total Fuentes de Financiamiento		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

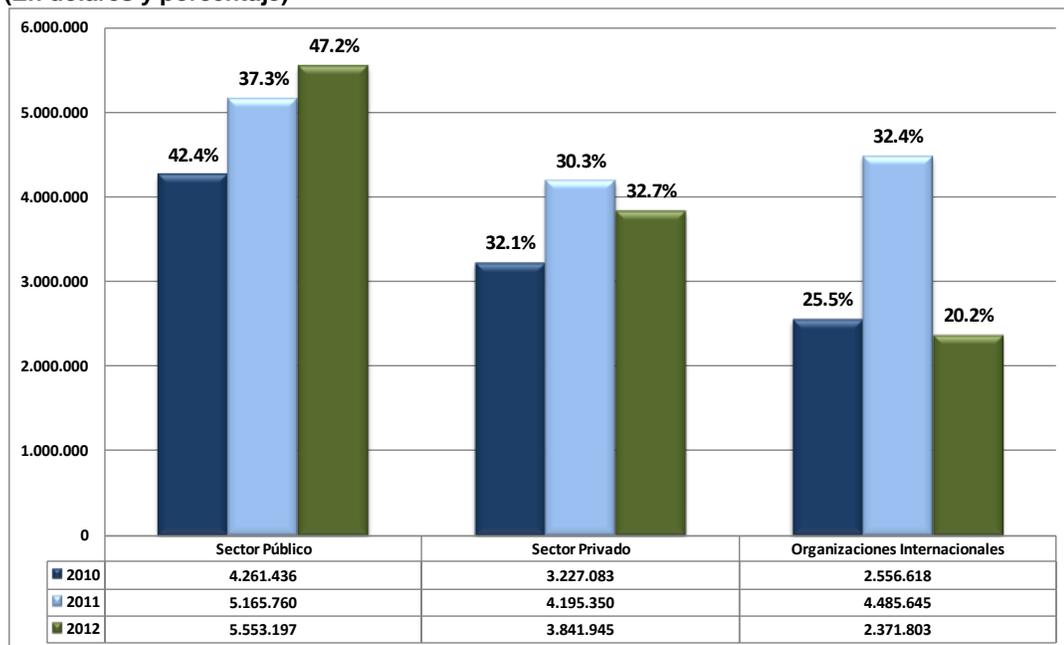
Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Variación. Si comparamos la gestión 2010 con la 2012, podemos observar que en el 2012 existió una variación negativa (disminución) de algunas fuentes de financiamiento respecto al 2010, entre las principales tenemos: USAID, ONUSIDA, UNFPA, otros fondos públicos y ONGs sin fines de lucro (-86.1%, -50.6%, -14.5%, -35.1% y -20.1% respectivamente). Al contrario existió una variación positiva (incremento) de las fuentes de financiamiento correspondientes a Fondo Mundial (49.7%), aportes patronales a la seguridad social (138.4%), recursos de los gobiernos municipales (33.7%) y fondos de los hogares (53.2%).

5.3. Agente de Financiamiento.

En el periodo 2010 - 2012 el principal agente de financiamiento que canalizó recursos hacia las categoría y/o actividades relacionadas al VIH/SIDA fue el Sector Público con aproximadamente 14.9 millones de dólares, esta cifra representó el 42% del gasto total. El sector privado fue el segundo agente de financiamiento en importancia con el 31.6% (11.2 millones de dólares) del gasto total, seguido por las organizaciones internacionales de compra con el 26.4% (9.4 millones de dólares) del total ejecutado.

Gráfico No. 3
Bolivia: Gasto VIH/SIDA por agente de financiamiento en el gasto al VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)



Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Sector Público. Si se analiza al agente de financiamiento correspondiente al Sector Público en el periodo 2010 - 2012 por separado, podemos señalar que dentro de su estructura el MSD como cabeza de sector es la entidad encargada de canalizar recursos para implementar actividades relacionadas con el VIH/SIDA, estos recursos provinieron tanto del tesoro general de la nación como de la cooperación internacional (crédito y/o donación) y asciende aproximadamente a 1.8 millones de dólares, esta cifra representa el 5.2% del gasto total. Los gobiernos sub nacionales representados por los 9 Gobiernos Departamentales y los 339 Gobiernos Municipales presentaron una ejecución del gasto en actividades en VIH/SIDA del 35.6% del total (12,7 millones de dólares), posteriormente la Seguridad Social Pública presenta una participación menor con el 1.1% (401 mil dólares).

Como se podrá observar en el Cuadro X, la gestión 2011 presenta el menor porcentaje de participación en el gasto con el 37.3% aunque en términos absolutos sea superior a la gestión anterior (5.1 millones de dólares el 2011 y 4.2 millones de dólares el 2010), esto se debe principalmente a que el Fondo Mundial a través del receptor Asociación Ibis - Hivos ejecutó y distribuyó recursos por lo que el aumento de la fuente internacional hizo que se incremente los recursos que manejan las organizaciones internacionales como se verá posteriormente.

Sector Privado. Si nos referimos al sector privado en el periodo de análisis, son las instituciones sin fines de lucro los de mayor importancia dentro de la ejecución del gasto con el 15.9% del total (5.6 millones de dólares), las cuales representan a las ONGs nacionales que realizan actividades relacionadas con el VIH/SIDA, en segundo lugar se encuentra el gasto en que incurren los hogares con el 14.3% (5 millones de dólares) y finalmente se tiene a la seguridad social privada con el 1% (348 mil dólares), este último se refiere a los afiliados por parte de los empleadores privados. Si bien el Programa ITS/VIH/SIDA a través de los recursos provenientes del Fondo Mundial apoya en la compra de ARV para las personas con VIH, existen otros gastos

que repercuten en el presupuesto del hogar y esto hace que el gasto de bolsillo sea elevado, desde el punto de vista económico esta es una enfermedad cara y puede resultar catastrófica para el hogar.

Al igual que en el anterior sector, si comparamos las tres gestiones podemos observar que el sector privado en la gestión 2011 presenta el menor porcentaje con el 30.3%, pero en términos absolutos (4.1 millones de dólares) es mayor que del 2010 (3.2 millones de dólares) y 2012 (3.8 millones de dólares), esta reducción porcentual se debe al incremento de recursos provenientes de Fondo Mundial.

Organizaciones Internacionales. En este apartado las Organizaciones internacionales sin fines de lucro como agentes de financiamiento fueron los que tuvieron un mayor gasto en el periodo de análisis con el 19.9% (7 millones de dólares), donde la institución de mayor importancia se relacionaba con la Asociación Ibis – Hivos; por otro lado se observa también que las agencias multilaterales (ONUSIDA, OPS, UNICEF y UNFPA) como agentes de financiamiento representaron el 5.8% del total (2 millones de dólares).

Como se podrá observar en el Cuadro No. 6, en la gestión 2011 los agentes de financiamiento correspondientes a organismos internacionales presentaron un mayor gasto en términos porcentuales y absolutos (32.4% y 4.4 millones de dólares) en relación al 2010 (25.5% y 2.5 millones de dólares) y 2012 (20.2% y 2.3 millones de dólares), esta mayor participación se debió principalmente al incremento de recursos que fueron ejecutados por las Instituciones internacionales sin fines de lucro (ONGs internacionales).

Cuadro No. 6
Bolivia: Agente de Financiamiento en el gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

FA	AGENTES DE FINANCIAMIENTO	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
FA 01	Sector público	4.261.436	42,4%	5.165.760	37,3%	5.553.197	47,2%	1.291.761	30,3%
FA.01.01.01	Administración Central	425.052	4,2%	709.577	5,1%	735.721	6,3%	310.669	73,1%
FA.01.01.02	Gobierno Departamental	2.529.326	25,2%	2.846.328	20,6%	2.924.601	24,9%	395.276	15,6%
FA.01.01.03	Gobierno Municipal	1.250.190	12,4%	1.381.311	10,0%	1.777.071	15,1%	526.882	42,1%
FA.01.02	Seguridad Social Pública	56.869	0,6%	228.543	1,7%	115.804	1,0%	58.935	103,6%
FA 02	Sector privado	3.227.083	32,1%	4.195.350	30,3%	3.841.945	32,7%	614.862	19,1%
FA.02.01	Seguridad Social Privada	60.994	0,6%	122.609	0,9%	164.489	1,4%	103.495	169,7%
FA.02.04	Hogares privados	1.314.248	13,1%	1.759.785	12,7%	2.013.291	17,1%	699.043	53,2%
FA.02.05	Instituciones sin fines de lucro (ONGs Nacionales)	1.811.764	18,0%	2.259.729	16,3%	1.591.452	13,5%	-220.312	-12,2%
FA.02.06	Organizaciones y corporaciones privadas no paraestatales	40.077	0,4%	53.227	0,4%	72.712	0,6%	32.636	81,4%
FA 03	Organizaciones internacionales de compra	2.556.618	25,5%	4.485.645	32,4%	2.371.803	20,2%	-184.814	-7,2%
FA.03.02.07	ONUSIDA	53.035	0,5%	133.305	1,0%	26.216	0,2%	-26.819	-50,6%
FA.03.02.08	UNICEF	228.751	2,3%	236.000	1,7%	195.500	1,7%	-33.251	-14,5%
FA.03.02.16	UNFPA	241.134	2,4%	345.453	2,5%	190.213	1,6%	-50.921	-21,1%
FA.03.02.19	OPS/OMS	106.835	1,1%	157.926	1,1%	169.673	1,4%	62.838	58,8%
FA.03.03.33	Visión Mundial	82.339	0,8%	74.357	0,5%	86.543	0,7%	4.204	5,1%
FA.03.03.99	Instituciones sin fines de lucro (ONGs Internacionales)	1.844.523	18,4%	3.538.604	25,6%	1.703.659	14,5%	-140.865	-7,6%
Total Agentes de Financiamiento		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

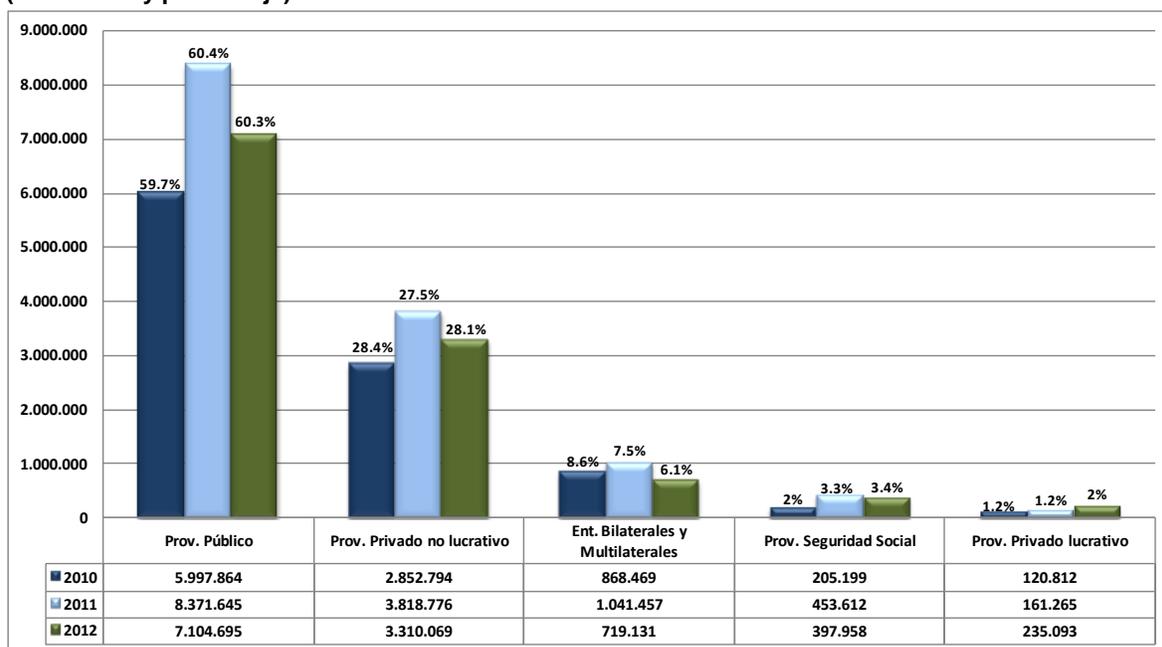
Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Variación. Comparando el comportamiento de los agentes de financiamiento para las gestiones 2010 y 2012, podemos indicar que existió una variación negativa (disminución) tanto de las ONGs Nacionales (-12.2%) como en las ONGs Internacionales (-7.6%) esto se debió principalmente a la reducción de recursos internacionales, por otro lado también ocurrió una disminución en organismos multilaterales como ONUSIDA, UNICEF y UNFPA (-50.6%, -14.5% y -21.1% respectivamente). Al contrario existió una variación positiva (incremento) de los agentes de financiamiento correspondientes al sector público (30.3%) y sector privado (19.1%), el incremento del sector público se debió principalmente al incremento en los tres niveles del gobierno (administración Central, Gobierno Municipal y Gobierno Departamental), en relación al sector privado este se debió principalmente al incremento en el gasto de hogares.

5.4. Proveedores de Salud.

Desglosando el gasto del VIH/SIDA por tipo de proveedor de servicio para el periodo de análisis, se observa que el promedio del gasto fue 63.2% del total (22.5 millones de dólares), el cual correspondió al gasto incurrido por los proveedores pertenecientes al sector público, seguido por los proveedores del sector privado con el 29.4% (10.4 millones de dólares) y finalmente el gasto restante o la diferencia fue ejecutado administrativamente por las entidades bilaterales y multilaterales con el 7.4% del total (2.6 millones de dólares). Es importante señalar que el comportamiento de la estructura porcentual del gasto por tipo de proveedor de servicios de salud en las gestiones del periodo de análisis es constante.

Gráfico No. 4
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por proveedor salud
(En dólares y porcentaje)



Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Proveedores del sector público. Dentro de esta categoría se encuentra clasificados los establecimientos de salud pertenecientes a organizaciones gubernamentales, los cuales durante el periodo de análisis del estudio presentaron un gasto de 21.4 millones de dólares representando el 60.2% del gasto total para este periodo y el restante 3% correspondió a organizaciones paraestatales con 1 millón de dólares, es importante mencionar que en la metodología actual del MEGAS no existe una codificación relacionada a proveedores de servicio de la seguridad social específica por lo que realizando las consultas se ha visto la posibilidad de considerar estos establecimientos y servicios de salud dentro de esta categoría.

Si nos referimos a la provisión de servicios que se ofrece a la población objetivo relacionadas con el VIH/SIDA, tanto en los establecimientos del sector público, como en los establecimientos de la seguridad social, el servicio ambulatorio resulta ser el de mayor gasto con el 32.4% del total (11.5 millones de dólares), seguido por los hospitales con el 18.1% del total (6.4 millones de dólares) y el restante 12.7% (10.9 millones de dólares) se distribuye principalmente entre los bancos de sangre (1.6%), centros de laboratorio (4.7%) y otros (6.4%).

Cuadro No. 7
Bolivia: Proveedores de Salud en el gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

PS	PROVEEDORES DE SALUD	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
PS 01	Proveedores del sector público	6.203.062	61,8%	8.825.257	63,7%	7.502.653	63,8%	1.299.590	21,0%
PS.01.01	Organizaciones gubernamentales	5.997.864	59,7%	8.371.645	60,5%	7.104.695	60,4%	1.106.831	18,5%
PS.01.01.01	Hospitales	1.870.844	18,6%	1.978.747	14,3%	2.114.348	18,0%	243.504	13,0%
PS.01.01.02	Atención ambulatoria	3.166.967	31,5%	4.402.624	31,8%	3.548.760	30,2%	381.793	12,1%
PS.01.01.05	Centros de laboratorio y diagnóstico por imágenes	324.447	3,2%	1.006.647	7,3%	337.149	2,9%	12.702	3,9%
PS.01.01.06	Bancos de sangre	132.658	1,3%	148.031	1,1%	165.006	1,4%	32.348	24,4%
PS.01.01.10.03	Educación superior	2.316	0,0%	5.717	0,0%	6.471	0,1%	4.155	179,4%
PS.01.01.14.02	Departamentos dependientes del ministerio de salud	425.052	4,2%	709.577	5,1%	735.721	6,3%	310.669	73,1%
PS.01.01.99	Organizaciones gubernamentales s.c.o.	75.579	0,8%	120.301	0,9%	197.239	1,7%	121.660	161,0%
PS.01.01	Organizaciones paraestatales	205.199	2,0%	453.612	3,3%	397.958	3,4%	192.759	93,9%
PS.01.02.01	Hospitales	121.543	1,2%	190.225	1,4%	190.752	1,6%	69.209	56,9%
PS.01.02.02	Atención ambulatoria	38.359	0,4%	216.077	1,6%	165.536	1,4%	127.177	331,5%
PS.01.02.06	Bancos de sangre	45.297	0,5%	47.309	0,3%	41.670	0,4%	-3.627	-8,0%
PS 02	Proveedores del sector privado	2.973.606	29,6%	3.980.041	28,7%	3.545.162	30,1%	571.556	19,2%
PS.02.01.01	Proveedores no basados en la fe sin fines de lucro	1.337.139	13,3%	1.742.460	12,6%	1.648.680	14,0%	311.541	23,3%
PS.02.01.01.01	Hospitales	51.441	0,5%	50.209	0,4%	57.560	0,5%	6.119	11,9%
PS.02.01.01.02	Atención ambulatoria	688.390	6,9%	790.442	5,7%	679.868	5,8%	-8.522	-1,2%
PS.02.01.01.99	Otros proveedores no basados en la fe sin fines de lucro s.c.o.	597.308	5,9%	901.809	6,5%	911.253	7,7%	313.945	52,6%
PS.02.01.02	Proveedores basados en la fe sin fines de lucro	76.497	0,8%	115.015	0,8%	145.672	1,2%	69.174	90,4%
PS.02.01.02.01	Hospitales	42.322	0,4%	68.761	0,5%	74.137	0,6%	31.815	75,2%
PS.02.01.02.02	Atención ambulatoria	34.175	0,3%	46.254	0,3%	71.535	0,6%	37.359	109,3%
PS.02.01.99	Otros proveedores del sector privado sin fines de lucro s.c.o.	1.439.157	14,3%	1.961.301	14,2%	1.515.717	12,9%	76.560	5,3%
PS.02.02	Proveedores del sector privado con fines de lucro	120.812	1,2%	161.265	1,2%	235.093	2,0%	114.281	94,6%
PS.02.02.01	Hospitales	31.004	0,3%	49.850	0,4%	96.771	0,8%	65.767	212,1%
PS.02.02.02	Atención ambulatoria	7.245	0,1%	31.776	0,2%	47.432	0,4%	40.187	554,7%
PS.02.02.05	Centros de laboratorio y diagnóstico por imágenes	46.168	0,5%	38.448	0,3%	53.000	0,5%	6.832	14,8%
PS.02.02.06	Bancos de sangre	36.395	0,4%	41.191	0,3%	37.890	0,3%	1.495	4,1%
PS 03	Entidades bilaterales y multilaterales	868.469	8,6%	1.041.457	7,5%	719.131	6,1%	-149.338	-17,2%
PS.03.01	Organismos bilaterales	238.713	2,4%	168.773	1,2%	137.529	1,2%	-101.184	-42,4%
PS.03.02	Organismos multilaterales	629.756	6,3%	872.684	6,3%	581.602	4,9%	-48.153	-7,6%
Total Proveedores de Salud		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Proveedores del sector privado. Dentro del sector privado se encuentra los establecimientos de salud pertenecientes a instituciones y fundaciones sin fines de lucro como las ONGs e iglesia, así como también las instituciones o entidades con fines de lucro. El primero de ellos reporta en el periodo de análisis un gasto en sus establecimientos de salud de 13.3% (4.7 millones de dólares) del total ejecutado, seguido por los establecimientos de salud pertenecientes a la iglesia con el 0.9% del total (337 mil dólares) y establecimientos de salud con fines de lucro como consultorios y clínicas privadas con el 1.5% del total que representa aproximadamente 517 mil dólares.

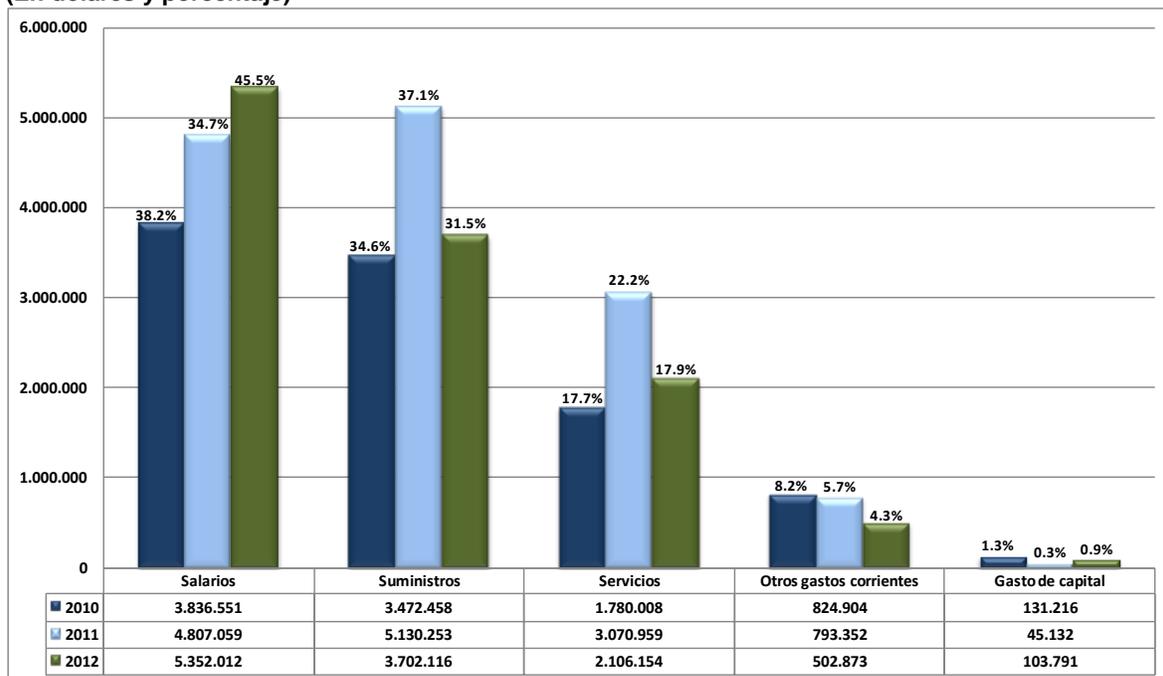
Entidades bilaterales y multilaterales. Dentro de esta categoría se encuentra las instituciones bilaterales y multilaterales que actúan como proveedores del servicio de salud, generalmente estas entidades realizan actividades de prevención a través de campañas, talleres, sensibilización, capacitación y/o administración general de los programas que llevan adelante, en este acápite se ejecutaron 2.6 millones de dólares que representan el 7.4 % del total. Es importante indicar que los organismos multilaterales son los que presentan un gasto mayor dentro de esta categoría con el 5.8% (2 millones de dólares) seguido por los organismos bilaterales con el 1.5% (545 mil dólares)

Variación. Comparando el comportamiento de los proveedores de servicios de salud en las gestiones 2010 y 2012 podemos indicar que existió una variación negativa (disminución) en las entidades bilaterales y multilaterales de -17.2%. Lo contrario sucedió con los otros dos proveedores de salud debido a que existió una variación positiva (incremento) del 21% en los establecimientos de salud público (incluyendo los establecimientos pertenecientes a la seguridad social) y 19.2% en los establecimientos de salud privado.

5.5. Factores de producción.

Con respecto al gasto en VIH/SIDA considerando los factores de producción, se tiene que el gasto promedio corriente en el periodo analizados representa el 99.2% del total (35.3 millones de dólares) y el restante 0,8% correspondió al gasto de capital (280 mil dólares). Dentro del gasto corriente el de mayor importancia corresponde al pago de salarios con el 39.2% del total (13.9 millones de dólares), seguido por el gasto de suministros con el 34.5% (12.3 millones de dólares) y servicios con el 19.5% (6.9 millones de dólares).

Gráfico No. 5
Gasto VIH/SIDA por factores de producción
(En dólares y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Renta de trabajo. El gasto concerniente con el pago de salarios al personal de salud y administrativo que se encuentra relacionado directa e indirectamente con actividades y/o categorías del MEGAS tanto en el sector público, como en el sector, privado y externo representó en el periodo de análisis el 39.2% del gasto total (13.9 millones de dólares), presentando en la gestión 2012 el mayor incremento con el 45.5% (5,3 millones de dólares). Es importante indicar que por la metodología del MEGAS dentro de esta categoría se incluyen también las partidas de gasto relacionados con los viáticos y estipendios al personal de salud y administrativo que cumplió alguna de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA. (Por ejemplo: viajes de supervisión, monitoreo, etc.).

Suministros. Los suministros como categoría representó en promedio el 34.5% en el periodo analizado (12.3 millones de dólares), donde las partidas de gasto de mayor importancia correspondieron a la adquisición de reactivos y materiales con el 15.3% haciendo un gasto total de 5.4 millones de dólares, en orden de importancia le siguió los medicamentos relacionados con enfermedades oportunistas y tratamiento de las ITS con el 11.3% del gasto total (4 millones de dólares), posteriormente se encontraron los fármacos antirretrovirales con el 3.7% (1.3 millones de dólares). Es importante señalar que en materia de prevención se adquirieron preservativos por un valor de 811 mil dólares, representando el 2.3% del gasto total.

Servicios. La categoría que describe a todos los servicios representó en promedio cerca del 19.5% (6.9 millones de dólares) en el periodo de análisis, de los cuales el servicio con un mayor gasto correspondió a la logística de eventos (incluidos los servicios de catering) con el 9.6% del total (3.4 millones de dólares), el cual se utiliza generalmente para la realización de eventos y talleres relacionados con la problemática del VIH/SIDA, posteriormente se encuentra los servicios administrativos con el 3.2% del total (1.1 millones de dólares) y servicios de imprenta con el 2.3% (818 mil dólares), este último se refiere a la impresión de materiales de prevención de la enfermedad.

Cuadro No. 8
Bolivia: Factores de Producción en el gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

PF	FACTORES DE PRODUCCIÓN	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
PF.01	Gastos Corriente	9.913.921	98,7%	13.801.623	99,7%	11.663.155	99,1%	1.749.234	17,6%
PF.01.01	Renta de trabajo	3.836.551	38,2%	4.807.059	34,7%	5.352.012	45,5%	1.515.462	39,5%
PF.01.01.01	Salarios	3.836.551	38,2%	4.807.059	34,7%	5.352.012	45,5%	1.515.462	39,5%
PF.01.02	Suministros y servicios	5.252.466	52,3%	8.201.212	59,2%	5.808.270	49,4%	555.804	10,6%
PF.01.02.01.01	Fármacos antirretrovíricos	377.279	3,8%	838.494	6,1%	101.256	0,9%	-276.023	-73,2%
PF.01.02.01.02	Otros fármacos y productos farmacéuticos	1.243.374	12,4%	1.372.634	9,9%	1.412.114	12,0%	168.740	13,6%
PF.01.02.01.03	Suministros médicos y quirúrgicos	54.019	0,5%	47.747	0,3%	19.002	0,2%	-35.017	-64,8%
PF.01.02.01.04	Preservativos	277.410	2,8%	286.407	2,1%	247.344	2,1%	-30.066	-10,8%
PF.01.02.01.05	Reactivos y materiales	1.384.699	13,8%	2.341.160	16,9%	1.734.771	14,7%	350.072	25,3%
PF.01.02.01.06	Alimentos y nutrientes	129.968	1,3%	237.172	1,7%	179.899	1,5%	49.931	38,4%
PF.01.02.01.98	Suministros materiales no desglosados por tipo	5.710	0,1%	6.639	0,0%	7.730	0,1%	2.020	35,4%
PF.01.02.02.01	Servicios administrativos	339.392	3,4%	393.542	2,8%	400.589	3,4%	61.197	18,0%
PF.01.02.02.02	Servicios de mantenimiento y reparación	21.027	0,2%	25.666	0,2%	81.754	0,7%	60.727	288,8%
PF.01.02.02.03	Servicios de editores, películas, telerradiodifusión y programación	215.426	2,1%	360.505	2,6%	242.158	2,1%	26.732	12,4%
PF.01.02.02.04	Servicios de consultoría	158.770	1,6%	289.560	2,1%	141.055	1,2%	-17.714	-11,2%
PF.01.02.02.05	Servicios de transporte y viajes	48.283	0,5%	285.927	2,1%	268.411	2,3%	220.128	455,9%
PF.01.02.02.06	Servicios de vivienda	2.247	0,0%	3.647	0,0%	1.926	0,0%	-321	-14,3%
PF.01.02.02.07	Logística de eventos, incluidos servicios de catering	956.001	9,5%	1.582.531	11,4%	877.126	7,5%	-78.875	-8,3%
PF.01.02.02.08	Servicios de intermediación financiera	38.551	0,4%	122.181	0,9%	88.935	0,8%	50.384	130,7%
PF.01.02.02.98	Servicios no desglosados por tipo	311	0,0%	7.400	0,1%	4.200	0,0%	3.889	1248,4%
PF.01.98	Gastos actuales no desglosados por tipo	824.904	8,2%	793.352	5,7%	502.873	4,3%	-322.032	-39,0%
PF.02	Gastos de capital	131.216	1,3%	45.132	0,3%	103.791	0,9%	-27.425	-20,9%
PF.02.02	Equipos	55.700	0,6%	35.874	0,3%	98.366	0,8%	42.666	76,6%
PF.02.02.01	Vehículos	27.984	0,3%	1.903	0,0%			-27.984	-100,0%
PF.02.02.02	Tecnología de la información (hardware y software)	2.741	0,0%	24.300	0,2%	4.692	0,0%	1.951	71,2%
PF.02.02.03	Equipos de laboratorio y otros equipos médicos	17.376	0,2%	2.626	0,0%	61.152	0,5%	43.775	251,9%
PF.02.02.98	Equipos no desglosados por tipo	7.598	0,1%	7.044	0,1%	32.522	0,3%	24.924	328,0%
PF.02.98	Gastos de capital no desglosados por tipo	75.516	0,8%	9.258	0,1%	5.425	0,0%	-70.091	-92,8%
Total Factores de Producción		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Otros gastos corrientes. Esta categoría se refiere principalmente a la partida de gasto que fue efectuado en el periodo de análisis y que no pudo ser identificado en las anteriores categorías debido a la poca información que se tenía al respecto, esta categoría en el periodo de análisis asciende a 2.1 millones de dólares representando el 5.9% del gasto total.

Gasto de capital. El gasto de capital representa el 0.8% del gasto total y sus componentes corresponden a la adquisición de equipos con el 0.5% (189 mil dólares) y gastos de capital no desglosados por tipo con el 0,3% (90 mil dólares)

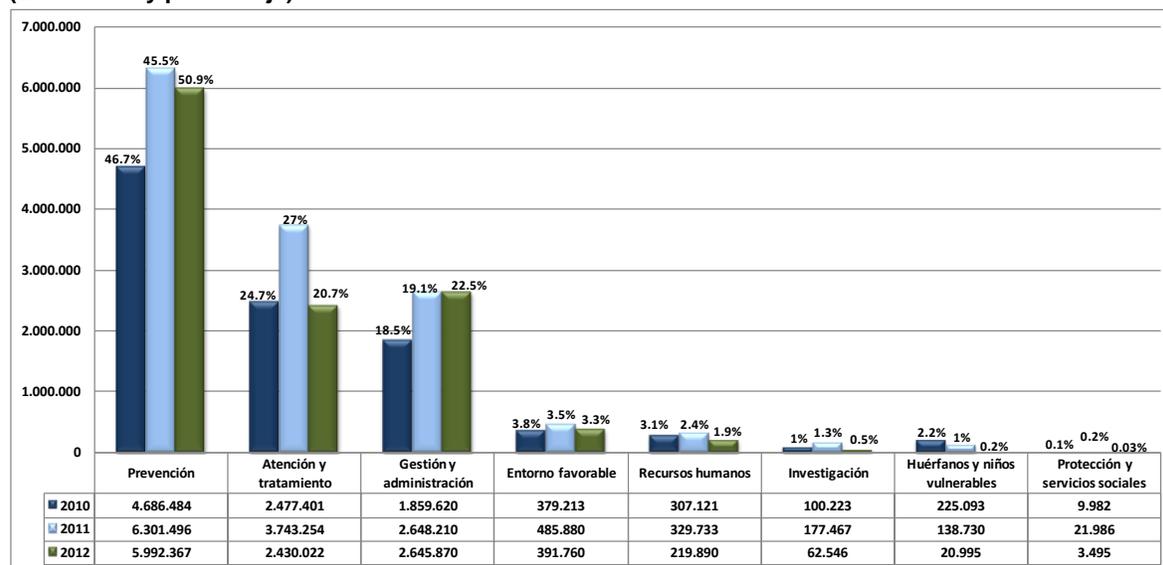
Variación. Comparando el gasto efectuado en los factores producción para las gestiones 2010 y 2012 podemos indicar que existió una variación negativa (disminución) entre esto dos años en el gasto de capital con -20.9%, seguido por la categoría otros gastos no desglosados por tipo con -39%, la disminución de este último puede deberse principalmente a la mejor clasificación de los gastos por parte de las instituciones públicas, privadas e internacionales. Lo contrario sucedió con los otros dos factores de producción donde existió una variación positiva (incremento) del 39.5% en la renta del trabajo y 10.6% en los suministros y servicios. Este incremento de ambos factores puede deberse al aumento de atenciones a la población objetivo.

5.6. Categoría del gasto relativo al SIDA.

Todas las actividades relacionadas con el VIH/SIDA se encuentran enmarcadas dentro de ocho grandes categorías, de las cuales la que presenta un mayor gasto para el periodo de análisis son las actividades relacionadas con la prevención, donde esta representa el 47.6% del total (16.9 millones de dólares), seguido tanto por la atención y tratamiento con el 24.3% (8.6 millones de dólares), como por la gestión y administración de los programas presenta el 20.1% (7.1 millones de dólares). El restante 8.1% (2.8 millones de dólares aproximadamente) se distribuye entre las siguientes categorías: Huérfanos y niños vulnerables (1.1%), recursos humanos (2.4%), Protección social y servicios sociales (0.1%), entorno favorable (3.5%) e Investigación relacionada con el VIH (1%), donde estas categoría dependen fundamentalmente de las fuentes externas para su desenvolvimiento.

Gráfico No. 6

Bolivia: Gasto VIH/SIDA por categoría relativo al SIDA
(En dólares y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Prevención. Dentro de esta categoría la actividad de mayor importancia en el gasto total en los tres años de análisis es el que se relaciona con la Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual con 8.6 millones de dólares que representa el 24.1% del gasto total, seguido por la Prevención de la transmisión materno infantil con el 6.2% (2.2 millones de dólares), este incremento del gasto en prevención de transmisión puede deberse principalmente a prestaciones que son otorgadas gratuitamente por el SUMI en todos los establecimiento de salud público y

en otros bajo convenio. Es importante indicar que el Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial en el periodo de análisis representó un gasto importante en materia de prevención con el 3.4% (1.2 millones de dólares).

Atención y tratamiento. Esta categoría ocupa el segundo lugar de importancia de acuerdo a la gasto total en el periodo analizado con el 8.4% del total (8.6 millones de dólares), en la composición interna de esta categoría el que presenta un mayor peso porcentual fue la atención ambulatoria con el 22.4% (7.9 millones de dólares) y en segundo lugar se encuentra la atención hospitalaria con el 1.9% (666 mil dólares). Es importante mencionar que en Bolivia la totalidad de personas que se encuentran infectadas con el VIH y por ende necesitan los tratamientos antirretrovirales tienen acceso gratuito de los medicamentos por medio de los CDVIRs,

Huérfanos y niños vulnerables. El gasto dedicado a niños huérfanos o en estado vulnerable en el periodo de análisis es de 384 mil dólares y representa el 1.1% del gasto total. Dentro de su estructura la actividad de mayor importancia es la relacionada con la educación para Huérfanos y Niños Vulnerables con el 0,9% (315 mil dólares).

Gestión y administración de programas. Esta categoría presenta un gasto de 7.1 millones de dólares en el periodo de análisis representando el 20.1% del gasto total. Dentro de esta categoría el componente que presenta un mayor gasto es la Planificación, coordinación y gestión de programas con el 8.9% (3.1 millones de dólares), seguido por los Costos de administración y transacción asociados con la gestión con el 5% (1.7 millones de dólares) vigilancia y evaluación con el 2% (700 mil dólares).

Recursos Humanos. La categoría denominada recursos humanos representa el 2.4% del gasto total en el periodo de análisis (856 mil dólares), es importante señalar que esta categoría está referida principalmente a la distribución de incentivos adicionales a los salarios y capacitaciones a personal involucrado con el VIH/SIDA, con el objetivo de motivarlos en la atención. Dentro de esta categoría la capacitación resulta ser la actividad de mayor importancia con el 1.5% (517 mil dólares), como se dijo anteriormente esta capacitación está dirigida al personal involucrado a las actividades relacionadas con la enfermedad.

Protección social y servicios sociales. Esta categoría en el periodo de análisis presentó un gasto muy reducido de 35 mil dólares que representa el 0.1% del total ejecutado, esto se debe principalmente a que no existe el recurso necesario para llevar a cabo esta actividad, además que la totalidad de este gasto proviene de fuentes externas por lo que existe dependencia de organismos internacionales.

Entorno Favorable. Esta categoría representa el 3.5% del total del gasto (1.2 millones de dólares), dentro de esta categoría existen dos actividades de mayor importancia, los cuales se refieren a Programas de derechos humanos y a Programas para reducir la violencia de género con el 1.1% respectivamente.

Investigación relacionada con el VIH. Esta categoría presentó un gasto aproximado de 340 mil dólares que representa el 1% del total ejecutado para el periodo de análisis que comprende tres gestiones, dentro de esta categoría se encuentra actividades relacionadas con investigaciones en ciencias sociales y epidemiológicas que representan el 0.7% (257 mil dólares)

Variación. Comparando el gasto efectuado en las categorías de gasto relativo al SIDA para las gestiones 2010 y 2012 podemos indicar que existió una variación negativa

(disminución) entre esto dos años en el gasto de atención y tratamiento presentó una variación de -1.9%, seguido por la categoría huérfanos y niños vulnerables con -90.7%, recursos humanos con -28.4%, protección social y servicios sociales -65% e investigación relacionada con el VIH con -37.6%, esta disminución se debe a una disminución de recursos externos para estas actividades en la gestión 2012. Lo contrario sucedió con las otras dos categorías debido a que existió una variación positiva (incremento) del 27.9% en prevención y 42.3% en gestión y administración de programas.

Cuadro No. 9
Bolivia: Categorías de gasto relativo al SIDA
(En dólares y porcentaje)

ASC	CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
ASC.01	Prevención	4.686.484	46,7%	6.301.496	45,5%	5.992.367	50,9%	1.305.883	27,9%
ASC.01.01	Comunicación para el cambio social y comportamental	205.039	2,0%	247.605	1,8%	158.741	1,3%	-46.298	-22,6%
ASC.01.02	Movilización de la comunidad	65.302	0,7%	275.917	2,0%	313.635	2,7%	248.333	380,3%
ASC.01.03	Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	155.434	1,5%	223.813	1,6%	300.094	2,6%	144.659	93,1%
ASC.01.04	Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	31.714	0,3%	314.473	2,3%	72.817	0,6%	41.103	129,6%
ASC.01.05	Prevención –jóvenes escolarizados	292.794	2,9%	291.410	2,1%	146.654	1,2%	-146.140	-49,9%
ASC.01.06	Prevención –jóvenes no escolarizados			13.496	0,1%	11.362	0,1%	11.362	100,0%
ASC.01.07	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH	83.264	0,8%	240.582	1,7%	108.136	0,9%	24.872	29,9%
ASC.01.08	Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	51.537	0,5%	89.956	0,6%	59.118	0,5%	7.581	14,7%
ASC.01.09	Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	42.694	0,4%	160.307	1,2%	114.345	1,0%	71.651	167,8%
ASC.01.12	Comercialización social del preservativo	3.949	0,0%	3.952	0,0%	5.291	0,0%	1.341	34,0%
ASC.01.13	Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	441.494	4,4%	393.168	2,8%	369.858	3,1%	-71.636	-16,2%
ASC.01.16	Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	2.318.611	23,1%	3.068.149	22,2%	3.220.293	27,4%	901.681	38,9%
ASC.01.17	Prevención de la transmisión maternoinfantil	706.116	7,0%	696.001	5,0%	814.889	6,9%	108.773	15,4%
ASC.01.19	Seguridad hematológica	214.350	2,1%	242.067	1,7%	249.066	2,1%	34.716	16,2%
ASC.01.21	Precauciones universales	18.565	0,2%	1.327	0,0%	1.900	0,0%	-16.665	-89,8%
ASC.01.22	Profilaxis posterior a la exposición			10.000	0,1%	2.400	0,0%	2.400	100,0%
ASC.01.98	Actividades de prevención no desglosadas por intervención	55.620	0,6%	29.273	0,2%	43.770	0,4%	-11.850	-21,3%
ASC.02	Atención y tratamiento	2.477.401	24,7%	3.743.254	27,0%	2.430.022	20,7%	-47.378	-1,9%
ASC.02.01	Atención ambulatoria	2.297.249	22,9%	3.553.793	25,7%	2.133.461	18,1%	-163.788	-7,1%
ASC.02.02	Atención hospitalaria	180.152	1,8%	189.461	1,4%	296.561	2,5%	116.410	64,6%
ASC.03	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	225.093	2,2%	138.730	1,0%	20.995	0,2%	-204.098	-90,7%
ASC.03.01	Educación para HNV	204.572	2,0%	104.777	0,8%	5.754	0,0%	-198.818	-97,2%
ASC.03.03	Atención básica de la salud para HNV	244	0,0%	237	0,0%	398	0,0%	155	63,4%
ASC.03.04	Apoyo a la familia/al hogar para HNV	13.522	0,1%	22.701	0,2%	6.211	0,1%	-7.311	-54,1%
ASC.03.98	Servicios para HNV no desglosados por intervención	6.755	0,1%	11.015	0,1%	8.631	0,1%	1.876	27,8%
ASC.04	Gestión y administración de programas	1.859.620	18,5%	2.648.210	19,1%	2.645.870	22,5%	786.250	42,3%
ASC.04.01	Planificación, coordinación y gestión de programas	778.168	7,7%	1.243.532	9,0%	1.155.237	9,8%	377.069	48,5%
ASC.04.02	Costos de administración y transacción asociados con la gestión	506.124	5,0%	682.888	4,9%	607.966	5,2%	101.842	20,1%
ASC.04.03	Vigilancia y evaluación	143.610	1,4%	287.475	2,1%	268.991	2,3%	125.381	87,3%
ASC.04.06	Vigilancia de la farmacoresistencia al VIH	13.500	0,1%	25.024	0,2%	80.255	0,7%	66.755	494,5%
ASC.04.07	Sistemas de suministros de fármacos	58.504	0,6%	143.162	1,0%	130.765	1,1%	72.261	123,5%
ASC.04.08	Tecnología de la información	7.805	0,1%	26.100	0,2%	28.241	0,2%	20.436	261,8%
ASC.04.10	Mejora y construcción de infraestructura	85.486	0,9%	11.290	0,1%	115.829	1,0%	30.343	35,5%
ASC.04.98	Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	266.424	2,7%	228.738	1,7%	258.587	2,2%	-7.837	-2,9%
ASC.05	Recursos humanos	307.121	3,1%	329.733	2,4%	219.890	1,9%	-87.231	-28,4%
ASC.05.02	Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	7.803	0,1%	4.927	0,0%	13.170	0,1%	5.366	68,8%
ASC.05.03	Capacitación	195.921	2,0%	203.877	1,5%	117.754	1,0%	-78.168	-39,9%
ASC.05.98	Recursos humanos no desglosados por tipo	103.396	1,0%	120.929	0,9%	88.967	0,8%	-14.429	-14,0%
ASC.06	Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	9.982	0,1%	21.986	0,2%	3.495	0,0%	-6.487	-65,0%
ASC.06.02	Protección social a través de beneficios en especie	2.122	0,0%	1.431	0,0%	1.439	0,0%	-684	-32,2%
ASC.06.03	Protección social a través de la provisión de servicios sociales	5.015	0,0%	18.591	0,1%			-5.015	-100,0%
ASC.06.98	Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	2.845	0,0%	1.964	0,0%	2.057	0,0%	-788	-27,7%
ASC.07	Entorno favorable	379.213	3,8%	485.880	3,5%	391.760	3,3%	12.547	3,3%
ASC.07.01	Sensibilización	26.012	0,3%	80.552	0,6%	58.687	0,5%	32.674	125,6%
ASC.07.02	Programas de derechos humanos	177.696	1,8%	146.889	1,1%	75.187	0,6%	-102.509	-57,7%
ASC.07.03	Desarrollo institucional específico del sida	12.128	0,1%	9.123	0,1%	4.316	0,0%	-7.812	-64,4%
ASC.07.04	Programas específicos del sida orientados a las mujeres	101.474	1,0%	138.160	1,0%	26.216	0,2%	-75.258	-74,2%
ASC.07.05	Programas para reducir la violencia de género	57.127	0,6%	109.053	0,8%	225.697	1,9%	168.570	295,1%
ASC.07.98	Entorno favorable no desglosado por tipo	4.775	0,0%	2.103	0,0%	1.657	0,0%	-3.118	-65,3%
ASC.08	Investigación relacionada con el VIH	100.223	1,0%	177.467	1,3%	62.546	0,5%	-37.677	-37,6%
ASC.08.01	Investigación biomédica	9.500	0,1%			4.956	0,0%	-4.544	-47,8%
ASC.08.02	Investigación clínica	858	0,0%	25.650	0,2%	6.754	0,1%	5.896	687,3%
ASC.08.03	Investigación epidemiológica	23.234	0,2%	74.520	0,5%	4.500	0,0%	-18.734	-80,6%
ASC.08.04	Investigación en ciencias sociales	52.104	0,5%	64.025	0,5%	41.848	0,4%	-10.256	-19,7%
ASC.08.98	Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	14.527	0,1%	13.272	0,1%	4.488	0,0%	-10.039	-69,1%
Total Categorías de gasto relativo al SIDA		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

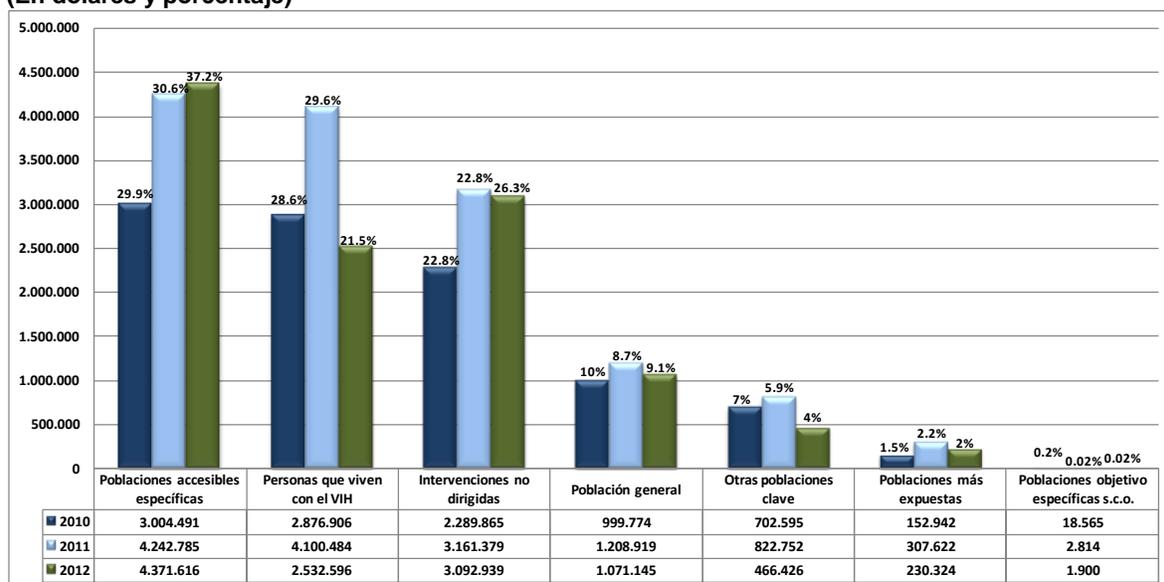
5.7. Poblaciones beneficiarias objetivo

Las poblaciones beneficiarias objetivo dentro de la metodología MEGAS están distribuidas en siete grandes categorías, donde las poblaciones accesibles específicas presenta el mayor gasto en el periodo de análisis 32.6% (11.6 millones de dólares), seguido por las personas que viven con el VIH 26.7% (9.5 millones de dólares), intervenciones no dirigidas con el 24% (8.5 millones de dólares) y el restante 16.8% se distribuye entre poblaciones más expuestas (1.9%), otras poblaciones clave (5.6%), población general (9.2%) y Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías (0.1%).

Poblaciones accesibles específicas. Dentro de esta categoría la actividad de mayor importancia en la ejecución del gasto en el periodo de análisis es la que se relaciona a Personas que asisten a dispensarios de ITS con 10.6 millones de dólares que representa el 30% del total ejecutado, seguido por Estudiantes de escuela secundaria con el 2.1% (734 mil dólares) y el otro 0.5% se distribuye entre agentes sanitarios (0.1%) y personal militar (0.4%).

Personas que viven con el VIH. Esta categoría de población beneficiaria presenta el segundo gasto en importancia dentro del total ejecutado para el periodo de tres años, siendo los adultos y jóvenes mayores de 15 años que viven con VIH los que presentan un gasto de 9.2 millones de dólares reflejando el 25.9% del total, en esta categoría se encuentra también la población menor de 15 años que refleja el 0.8% del total (285 mil dólares).

Gráfico No. 7
Bolivia: Gasto VIH/SIDA por población beneficiada objetivo
(En dólares y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Intervenciones no dirigidas. El tercer grupo poblacional en orden descendente según el gasto ejecutado en el periodo de análisis está constituido por la categoría denominada intervenciones no dirigidas con un 24% del gasto total, esta categoría refleja recursos que no se conocen a que población específicas se dio o al desconocimiento de la población objetivo, debido a que la finalidad de la metodología MEGAS para esta categoría es identificar explícitamente a los beneficiarios previstos.

Población General. Esta categoría de gasto dentro de la población beneficiaria objetivo contempla dos clases de poblaciones beneficiarias que fueron posible identificar en el estudio, la primera de ellas se refiere a la población adulta mayor de 24 años de edad que representa el 3.4% del gasto total (1.2 millones de dólares) y la población general no desglosada por edad ni por sexo que representa el 5.8% del total (2 millones de dólares). Es importante mencionar que dentro de las actividades efectuadas para este grupo de población se encuentra campañas de comunicación para el cambio social y comportamental, así como también talleres de sensibilización respecto al riesgo que conlleva esta enfermedad.

Otras poblaciones clave. Esta categoría representa en promedio durante los tres años el 5% del total ejecutado, donde los receptores de sangre o productos sanguíneos representan el 2%, seguido por niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH (1.2%), Huérfanos y niños vulnerables (1.1%) y otras poblaciones clave (1.3%) donde se encuentran grupos de indígenas, prisioneros y otras personas institucionales, conductores y transportistas, niños y jóvenes que viven en la calle, niños y jóvenes no escolarizados.

Poblaciones más expuestas. Durante el periodo de análisis las poblaciones más expuestas representan el 1.9% del total, de los cuales los de mayor importancia resultan ser los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con el 0.9%, seguido por las profesionales del sexo y sus clientes con el 0.6% y otras poblaciones más expuestas no desglosadas por tipo con el 0.5%. Es importante mencionar que la metodología MEGAS no permite identificar y/o discriminar a poblaciones de mayor exposición ya que a la vez cumplen con otra condición, como por ejemplo pueden que sean pacientes de dispensarios de ITS, o PVV, lo cual significa que este porcentaje podría estar sub estimado, y en realidad las poblaciones más expuestas reciben más beneficios en otras categorías de prevención y atención.

Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías. Esta categoría representa el 0.1% del gasto total y explica el gasto de las poblaciones no incluidas en las clases anteriores

Cuadro No. 10
Bolivia: Poblaciones Objetivo Beneficiadas en el gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

BP	POBLACIONES BENEFICIARIAS OBJETIVO	2010	%	2011	%	2012	%	VAR 2010 - 2012	%
BP.01	Personas que viven con el VIH	2.876.906	28,6%	4.100.484	29,6%	2.532.596	21,5%	-344.310	-12,0%
BP.01.01	Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	2.800.520	27,9%	3.977.542	28,7%	2.446.479	20,8%	-354.041	-12,6%
BP.01.02	Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH	76.386	0,8%	122.942	0,9%	86.117	0,7%	9.731	12,7%
BP.02	Poblaciones más expuestas	152.942	1,5%	307.622	2,2%	230.324	2,0%	77.382	50,6%
BP.02.02	Profesionales del sexo (PR) y sus clientes	51.537	0,5%	89.956	0,6%	59.118	0,5%	7.581	14,7%
BP.02.03	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	42.694	0,4%	160.307	1,2%	114.345	1,0%	71.651	167,8%
BP.02.98	Poblaciones más expuestas» no desglosadas por tipo	58.711	0,6%	57.360	0,4%	56.861	0,5%	-1.850	-3,2%
BP.03	Otras poblaciones clave	702.595	7,0%	822.752	5,9%	466.426	4,0%	-236.169	-33,6%
BP.03.01	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	225.093	2,2%	138.730	1,0%	20.995	0,2%	-204.098	-90,7%
BP.03.02	Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH	133.066	1,3%	187.218	1,4%	121.303	1,0%	-11.763	-8,8%
BP.03.06	Grupos indígenas			13.073	0,1%				0,0%
BP.03.07	Prisioneros y otras personas institucionalizadas			2.882	0,0%	2.398	0,0%	2.398	100,0%
BP.03.08	Conductores de camiones/transportistas y conductores comerciales			10.274	0,1%	5.800	0,0%	5.800	100,0%
BP.03.09	Niños y jóvenes que viven en la calle			31.298	0,2%	4.821	0,0%	4.821	100,0%
BP.03.11	Niños y jóvenes no escolarizados			10.000	0,1%	11.362	0,1%	11.362	100,0%
BP.03.14	Receptores de sangre o productos sanguíneos	214.350	2,1%	242.067	1,7%	249.066	2,1%	34.716	16,2%
BP.03.98	Otras poblaciones clave no desglosadas por tipo	130.086	1,3%	187.210	1,4%	50.680	0,4%	-79.406	-61,0%
BP.04	Poblaciones accesibles específicas	3.004.491	29,9%	4.242.785	30,6%	4.371.616	37,2%	1.367.126	45,5%
BP.04.01	Personas que asisten a dispensarios de ITS	2.707.786	27,0%	3.766.571	27,2%	4.215.108	35,8%	1.507.322	55,7%
BP.04.03	Estudiantes de escuela secundaria	292.794	2,9%	291.410	2,1%	149.804	1,3%	-142.990	-48,8%
BP.04.05	Agentes sanitarios	3.829	0,0%	31.950	0,2%	6.608	0,1%	2.779	72,6%
BP.04.07	Personal militar	81	0,0%	152.855	1,1%	96	0,0%	14	17,6%
BP.05	Población general	999.774	10,0%	1.208.919	8,7%	1.071.145	9,1%	71.372	7,1%
BP.05.01	Población general adulta (mayores de 24 años)	445.444	4,4%	397.121	2,9%	375.149	3,2%	-70.295	-15,8%
BP.05.98	Población general no desglosada por edad ni por sexo	554.330	5,5%	811.798	5,9%	695.996	5,9%	141.666	25,6%
BP.06	Intervenciones no dirigidas	2.289.865	22,8%	3.161.379	22,8%	3.092.939	26,3%	803.074	35,1%
BP.99	Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)	18.565	0,2%	2.814	0,0%	1.900	0,0%	-16.665	-89,8%
Total Poblaciones Beneficiarias Objetivo		10.045.137	100%	13.846.755	100%	11.766.945	100%	1.721.809	17,1%

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Variación. Comparando el gasto efectuado en las poblaciones objetivo para las gestiones 2010 y 2012 podemos indicar que existió una variación negativa (disminución) entre esto dos años en el gasto relacionado con personas que viven con el VIH, el cual presentó una variación de -12%, seguido por otras poblaciones clave con -33.6%. Lo contrario sucedió con otras categorías debido a que existió una variación positiva del 45.5% en población accesibles específicas, 35.1% intervenciones no dirigidas, poblaciones más expuestas 50.6% y población general con 5.1%

5.8. Estructura y análisis de las matrices.

Las matrices son un conjunto de tablas de dos dimensiones que ilustran la relación entre el financiamiento, producción y consumo. Las matrices se caracterizan por ser:

- **Comprensible.** Tienen todos los flujos interconectados en todo el sistema de salud, incluidos los componentes público, privado y externo.
- **Multidimensional.** Se puede ampliar para incorporar otras dimensiones de análisis tales como el tiempo, la geografía o la edad.
- **Consistente.** Se puede aplicar un conjunto limitado de las definiciones que permitirán la comparación a través del tiempo.

Las matrices contienen dos entradas de registro de los gastos en VIH/SIDA, en cada entrada se introduce una dimensión dividida en categorías y sub categorías. Dentro de las matrices se inscribe la figura de gasto correspondiente a categoría y/o sub categoría, de manera que el gasto total en salud es la suma de las categorías y/o sub categorías identificadas. A continuación se realizarán las siguientes matrices para la gestión 2012, con respecto a las gestiones 2010 y 2011 las matrices se encontrarán en los anexos.

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y agente de financiamiento (FS x FA)

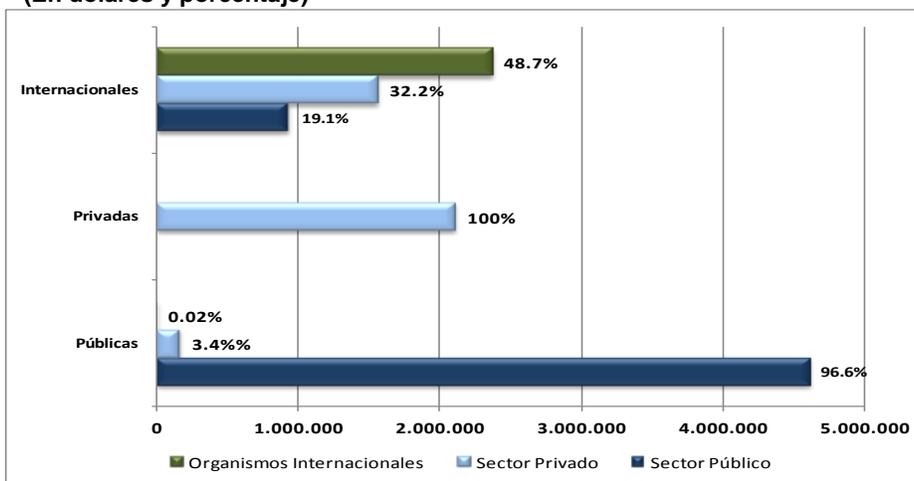
En el gráfico siguiente resume la relación que existe entre la fuente de financiamiento y el agente de financiamiento para la gestión 2012, donde la **fuente de financiamiento público** (4.7 millones de dólares) se distribuye entre el sector privado 96.6% (4.6 millones de dólares), sector privado 3.4% (163 mil dólares) y organismos internacionales 0.02% (742 dólares), este último se refiere al gasto de contraparte público a una ONG que lleva adelante alguna actividad relacionada con el VIH/SIDA, con respecto a la relación que existe con el sector privado este se refiere a recursos relacionados con la seguridad social de corto plazo por parte de los empleadores privados. Con respecto al sector público este muestra los recursos que fueron destinados a la administración central (4.5 millones de dólares), donde 193 mil dólares corresponde a recursos específicos que fueron destinados a la ejecución del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y el restante 115 mil dólares corresponde a la seguridad social de corto plazo proveniente de los empleadores del sector público.

Con respecto a la **fuente de financiamiento privado** este se ejecutó en su totalidad en el sector privado, donde el gasto de hogares correspondió al 95.3% del total ejecutado (2 millones de dólares aproximadamente).

En relación a la **fuente de financiamiento internacional** este se distribuyó de la siguiente manera: el 48.7% se destina al financiamiento de organismos internacionales (2.3 millones de dólares), el sector privado presenta el 32.2% del gasto (1.5 millones de dólares) y al sector público se destinó el 19.1% del total ejecutado (931 mil dólares), donde la administración central recibió recursos provenientes de organismos multilaterales como el Fondo Mundial

Gráfico No. 8

Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y agente de financiamiento - 2012 (En dólares y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

El cuadro siguiente muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y agente de financiamiento (FS x FA), que tiene la característica de analizar el comportamiento de movilización de recursos al VIH/SIDA. Muestra “de dónde proviene el dinero” al presentar las fuentes de financiamiento que contribuyen a cada agente de financiamiento. Esta matriz muestra también qué tan prominente es el papel que desempeña cada fuente en el financiamiento de cada agente de financiamiento, así como en el gasto total en su conjunto.

Cuadro No. 11

Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y agente de financiamiento - 2012

(En dólares)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO		AGENTE DE FINANCIAMIENTO										TOTAL AGENTE DE FINANCIAMIENTO	
		FA 01	FA.01.01	FA.01.02	FA 02	FA.02.01	FA.02.04	FA.02.05	FA.02.06	FA 03	FA.03.02		FA.03.03
		Sector Público	Administración Central	Seguridad Social Pública	Sector Privado	Seguridad Social Privada	Hogares privados	Instituciones sin fines de lucro	Organizaciones privadas	Organismos Internacionales	Organismos Multilaterales		Organismos sin fines de lucro
FS.01	Públicas	4.622.157	4.506.353	115.804	163.826	163.826				742		742	4.786.725
FS.01.01	Gobiernos Territoriales	4.308.031	4.308.031							742		742	4.308.773
FS.01.02	Fondos de la Seguridad Social	115.804		115.804	163.826	163.826							279.630
FS.01.99	Otros Fondos Públicos s.c.o.	198.323	198.323										198.323
FS.02	Privadas				2.112.301	663	2.013.291	25.634	72.712				2.112.301
FS.02.01	Instituciones con fines de lucro				25.634			25.634					25.634
FS.02.02	Fondos de hogares				2.013.954	663	2.013.291						2.013.954
FS.02.03	Instituciones sin fines de lucro				72.712				72.712				72.712
FS.03	Internacionales	931.040	931.040		1.565.818			1.565.818		2.371.061	581.602	1.789.459	4.867.919
FS.03.01	Contribuciones bilaterales				61.609			61.609					61.609
FS.03.02	Organismos multilaterales	894.700	894.700		588.086			588.086		2.055.326	581.602	1.473.724	3.538.112
FS.03.03	ONG y Fundaciones sin fines de lucro				916.123			916.123		315.735		315.735	1.231.858
FS.03.99	Otras fuentes internacionales s.c.o.	36.340	36.340										36.340
TOTAL FUENTE DE		5.553.197	5.437.393	115.804	3.841.945	164.489	2.013.291	1.591.452	72.712	2.371.803	581.602	1.790.201	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y población beneficiaria (FS x BP)

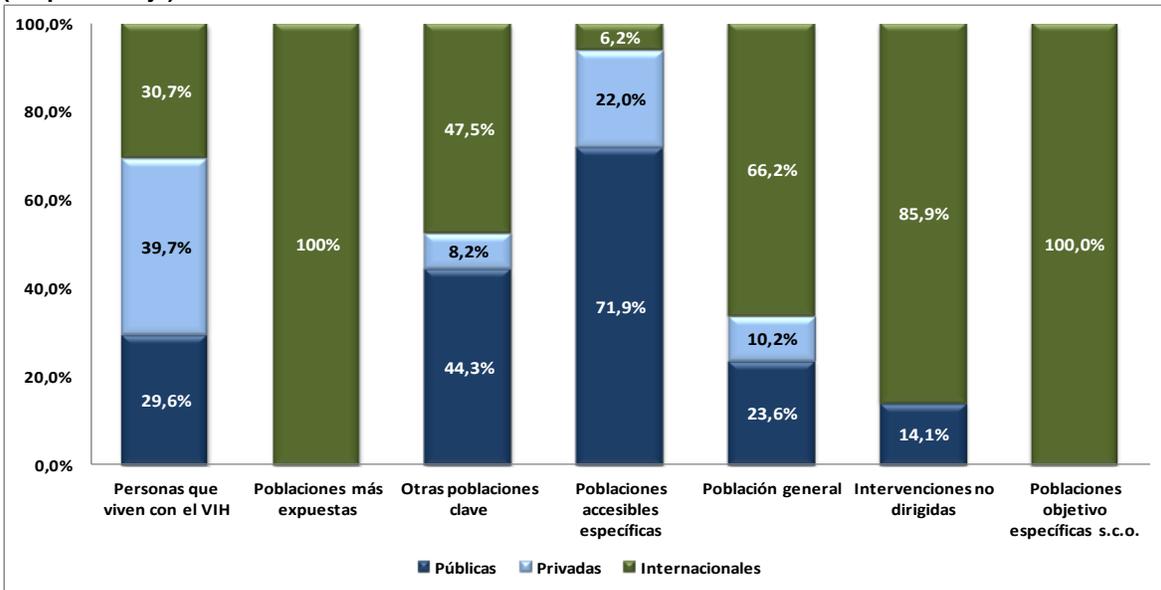
En el gráfico No. 9 se resume la relación que existe entre la fuente de financiamiento y la población beneficiaria objetivo para la gestión 2012, donde las **personas que viven con el VIH** presentan un financiamiento de 30.7% (750 mil dólares) proveniente de fuentes internacionales, 39.7% (un millón de dólares) proviene de recursos privados y el restante 29.6% (777 mil dólares) proviene de la fuente de financiamiento público. Tanto las **poblaciones más expuestas** como las **poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otra parte** tienen como fuente de financiamiento casi en su totalidad recursos internacionales (230 mil y 1.900 dólares respectivamente).

Si nos referimos al gasto ejecutado en **intervenciones no dirigidas** este fue financiado a través de fuentes de financiamiento internacionales con el 85.9% (2.6 millones de dólares) y públicas con el 14.1% (434 mil dólares), en relación con **otras poblaciones clave** la estructura de financiamiento corresponde en un 47.5% provenientes de fuentes internacionales (221 mil dólares), 8.2% fuentes privadas (38 mil dólares) y 44.3% fuentes públicas (206 mil dólares).

En relación a las **poblaciones accesibles específicos** el 71.9% provino de fuentes públicas (3.1 millones de dólares), 22% de fuentes privados (950 mil dólares) y el restante 6.2% provino de fuentes internacionales (269 mil dólares).

La **población general** presenta la siguiente composición de financiamiento, el 66.2% provino de las fuentes internacionales (709 mil dólares), 10.2% provino de fuentes privadas (108 mil dólares) y el 23.6% provino de fuentes públicas (253 mil dólares).

Gráfico No. 9
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y población beneficiaria - 2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

El Cuadro No. 12 muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y población beneficiaria (FS x BP), esta matriz tiene la característica de analizar el comportamiento de movilización de recursos destinados al VIH/SIDA a través de la distribución de estos recursos a las poblaciones beneficiarias objetivo..

Cuadro No. 12
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y población beneficiaria - 2012
(En dólares)

POBLACIONES BENEFICIARIAS OBJETIVO		FUENTE DE FINANCIAMIENTO												TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
		FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03		FS.03.99
		Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro		Otras fuentes internacionales s.c.o.
BP.01	Personas que viven con el VIH	750.133	659.832	87.471	2.831	1.005.294	888	1.003.761	645	777.168		641.995	105.401	29.772	2.532.596
BP.01.01	Adultos y jóvenes > 15 años	728.293	640.700	84.847	2.746	975.161	888	973.648	625	743.024		611.907	102.239	28.879	2.446.479
BP.01.02	Niños < 15 años	21.840	19.132	2.624	85	30.133		30.113	20	34.144		30.089	3.162	893	86.117
BP.02	Poblaciones más expuestas	22	22							230.302		165.671	64.631		230.324
BP.02.02	Profesionales del sexo y sus clientes	22	22							59.097		44.706	14.391		59.118
BP.02.03	Hombres que tienen Sexo con Hombres									114.345		100.569	13.776		114.345
BP.02.98	Poblaciones más expuestas n.d.t.									56.861		20.397	36.464		56.861
BP.03	Otras poblaciones clave	206.641	165.362	41.280		38.280		38.280		221.504	12.947	197.632	10.925		466.426
BP.03.01	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)									20.995	12.947		8.048		20.995
BP.03.02	Niños nacidos o por nacer viven con el VIH	355	355							120.948		120.948			121.303
BP.03.07	Prisioneros y otras personas institucionalizadas									2.398		2.398			2.398
BP.03.08	Conductores									5.800		5.800			5.800
BP.03.09	Niños y jóvenes que viven en la calle									4.821		4.821			4.821
BP.03.11	Niños y jóvenes no escolarizados									11.362		11.362			11.362
BP.03.14	Receptores de sangre o productos sanguíneos	206.286	165.006	41.280		38.280		38.280		4.500		4.500			249.066
BP.03.98	Otras poblaciones clave n.d.t.									50.680		47.803	2.877		50.680
BP.04	Poblaciones accesibles específicas	3.141.805	2.923.140	150.307	68.358	959.890	24.664	865.043	70.182	269.921	5.066	163.525	101.331		4.371.616
BP.04.01	Personas que asisten a dispensarios de ITS	3.139.484	2.920.915	150.212	68.358	959.890	24.664	865.043	70.182	115.735	5.066	106.222	4.447		4.215.108
BP.04.03	Estudiantes de escuela secundaria	66	66							149.737		52.853	96.884		149.804
BP.04.05	Agentes sanitarios	2.159	2.159							4.449		4.449			6.608
BP.04.07	Personal militar	96		96											96
BP.05	Población general	253.194	224.143	572	28.479	108.836	82	106.870	1.885	709.114	34.966	495.886	178.262		1.071.145
BP.05.01	Población general adulta > 24 años)	208.457	181.854	572	26.031	108.836	82	106.870	1.885	57.855		56.730	1.125		375.149
BP.05.98	Población general n.d.e.s.	44.737	42.289		2.448					651.259	34.966	439.156	177.137		695.996
BP.06	Intervenciones no dirigidas	434.929	336.274		98.655					2.658.010	8.631	1.871.503	771.308	6.568	3.092.939
BP.99	Poblaciones objetivo específicas s.c.o.									1.900		1.900			1.900
TOTAL POBLACIONES BENEFICIARIAS OBJETIVO		4.786.725	4.308.773	279.630	198.323	2.112.301	25.634	2.013.954	72.712	4.867.919	61.609	3.538.112	1.231.858	36.340	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y categorías de gasto relativo al SIDA (FS x ASC)

En el gráfico No. 10 resume la relación que existe entre la fuente de financiamiento y el gasto relativo al SIDA para la gestión 2012, donde las categoría **prevención** presenta un financiamiento de 60.2% proveniente de fuentes públicas (3.6 millones de dólares), 18.5% fuentes privadas (1.1 millones de dólares) y el 21.3% proviene de fuentes internacionales (1.2 millones de dólares).

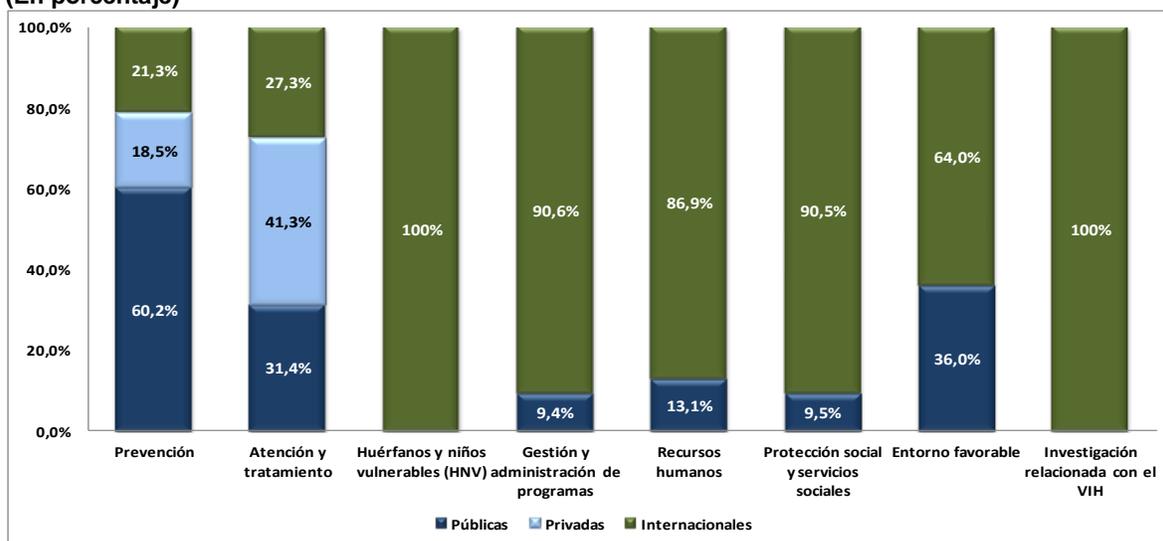
Con respecto a la categoría correspondientes a **Huérfanos y niños vulnerables e investigación relacionada con el VIH** son financiadas en su totalidad por fuentes internacionales con (21 mil y 62 mil respectivamente) .

En el caso de la categoría **atención y tratamiento del VIH** este presenta un financiamiento mayor de fuentes privadas con el 41.3% del total ejecutado (un millón de dólares), seguido por las fuentes públicas con el 31.4% (761 mil dólares) y las fuentes internacionales representan el 27.3% (663 mil dólares)

La categoría denominada **entorno favorable** presentó la siguiente estructura porcentual respecto a las fuentes de financiamiento, donde la fuente pública corresponde al 36% (140 mil dólares) y fuente internacional (250 mil dólares).

Las otras tres categorías relacionadas con la **gestión y administración de programas, recursos humanos, protección social y servicios sociales** presentan un comportamiento similar respecto a las fuentes de financiamiento, donde las fuentes internacionales representan el porcentaje mayor de financiamiento con el 90.6%, 86.9% y 90.5% respectivamente, en relación a las fuentes públicas estas representan al 9.4%, 13.1% y 9.5% respectivamente.

Gráfico No. 10
Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y categorías de gasto relativo al SIDA - 2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

El Cuadro No. 13 muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y categorías de gasto relativo al SIDA (FS x ASC), esta matriz tiene la característica de analizar el comportamiento de movilización de recursos destinadas a actividades relacionadas con el VIH/SIDA a través de categorías propuesta por la metodología MEGAS..

Cuadro No. 13
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y categorías de gasto relativo al SIDA - 2012
(En dólares)

CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO													TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
	FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03	FS.03.99		
	Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro	Otras fuentes internacionales s.c.o.		
ASC.01	Prevención	3.606.448	3.317.452	192.159	96.837	1.107.624	24.746	1.010.193	72.685	1.278.295	40.032	935.332	302.931	5.992.367	
ASC.01.01	Comunicación para el cambio social y comportamental	2.485	37		2.448					156.256	16.691	85.249	54.316	158.741	
ASC.01.02	Movilización de la comunidad	15.340	15.340							298.294	13.959	245.394	38.940	313.635	
ASC.01.03	Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	119.796		51.438	68.358	165.838		165.838		14.460	5.066	5.792	3.602	300.094	
ASC.01.04	Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles									72.817		69.940	2.877	72.817	
ASC.01.05	Prevención – jóvenes escolarizados	66	66							146.587		49.703	96.884	146.654	
ASC.01.06	Prevención – jóvenes no escolarizados									11.362		11.362		11.362	
ASC.01.07	Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH									108.136		40.593	67.543	108.136	
ASC.01.08	Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	22	22							59.097		44.706	14.391	59.118	
ASC.01.09	Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres									114.345		100.569	13.776	114.345	
ASC.01.12	Comercialización social del preservativo					5.291		5.291						5.291	
ASC.01.13	Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	208.457	181.854	572	26.031	103.546	82	101.579	1.885	57.855		56.730	1.125	369.858	
ASC.01.16	Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	2.432.847	2.345.592	87.255		737.289	19.330	661.641	56.318	50.157		49.312	845	3.220.293	
ASC.01.17	Prevención de la transmisión maternoinfantil	620.776	609.162	11.614		57.381	5.335	37.564	14.482	136.733		136.733		814.889	
ASC.01.19	Seguridad hematológica	206.286	165.006	41.280		38.280		38.280		4.500		4.500		249.066	
ASC.01.21	Precauciones universales									1.900		1.900		1.900	
ASC.01.22	Profilaxis posterior a la exposición									2.400		2.400		2.400	
ASC.01.98	Actividades de prevención no desglosadas por intervención	373	373							43.397	4.316	30.450	8.631	43.770	
ASC.02	Atención y tratamiento	761.879	626.018	87.471	48.390	1.004.676	888	1.003.761	27	663.467		599.003	34.693	29.772	2.430.022
ASC.02.01	Atención ambulatoria	692.931	626.018	18.523	48.390	788.571	888	787.656	27	651.959		587.495	34.693	29.772	2.133.461
ASC.02.02	Atención hospitalaria	68.948		68.948		216.105		216.105		11.508		11.508		296.561	
ASC.03	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)									20.995	12.947		8.048	20.995	
ASC.03.01	Educación para HNV									5.754	4.316		1.439	5.754	
ASC.03.03	Atención básica de la salud para HNV									398			398	398	
ASC.03.04	Apoyo a la familia/al hogar para HNV									6.211			6.211	6.211	
ASC.03.98	Servicios para HNV no desglosados por intervención									8.631	8.631			8.631	
ASC.04	Gestión y administración de programas	248.497	195.401		53.096					2.397.373	8.631	1.730.953	651.221	6.568	2.645.870
ASC.04.01	Planificación, coordinación y gestión de programas	48.547			48.547					1.106.690		812.391	294.299	1.155.237	
ASC.04.02	Costos de administración y transacción asociados con la gestión	146.328	146.328							461.638		372.124	82.947	607.966	
ASC.04.03	Vigilancia y evaluación	4.592	43		4.549					264.399	4.316	245.227	14.857	268.991	
ASC.04.06	Vigilancia de la farmacorresistencia al VIH	14.665	14.665							65.589		65.589		80.255	
ASC.04.07	Sistemas de suministros de fármacos	13.832	13.832							116.933		116.933		130.765	
ASC.04.08	Tecnología de la información									28.241		26.094	2.147	28.241	
ASC.04.10	Mejora y construcción de infraestructura	20.121	20.121							95.708		90.283	5.425	115.829	
ASC.04.98	Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	412	412							258.175	4.316	2.313	251.547	258.587	
ASC.05	Recursos humanos	28.698	28.698							191.192		116.263	74.928	219.890	
ASC.05.02	Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	1.626	1.626							11.543			11.543	13.170	
ASC.05.03	Capacitación	27.072	27.072							90.682		72.949	17.733	117.754	
ASC.05.98	Recursos humanos no desglosados por tipo									88.967		43.315	45.652	88.967	

CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO													TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO
	FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03	FS.03.99	
	Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro	Otras fuentes internacionales s.c.o.	
ASC 06	Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)													
ASC.06.02									3.165			3.165		3.495
ASC.06.98									1.439			1.439		1.439
ASC.06.98									1.726			1.726		2.057
ASC 07	Entorno favorable													
ASC.07.01	140.873	140.873							250.887		104.765	146.122		391.760
ASC.07.02									58.687		12.712	45.974		58.687
ASC.07.02									75.187		6.012	69.175		75.187
ASC.07.03									4.316			4.316		4.316
ASC.07.04									26.216		26.216			26.216
ASC.07.05									84.824		59.824	25.000		225.697
ASC.07.98	140.873	140.873							1.657			1.657		1.657
ASC 08	Investigación relacionada con el VIH													
ASC.08.01									62.546		51.796	10.750		62.546
ASC.08.01									4.956		4.956			4.956
ASC.08.02									6.754		6.004	750		6.754
ASC.08.03									4.500		4.500			4.500
ASC.08.04									41.848		31.848	10.000		41.848
ASC.08.98									4.488		4.488			4.488
TOTAL CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA														
														4.786.725
														4.308.773
														279.630
														198.323
														2.112.301
														25.634
														2.013.954
														72.712
														4.867.919
														61.609
														3.538.112
														1.231.858
														36.340
														11.766.945

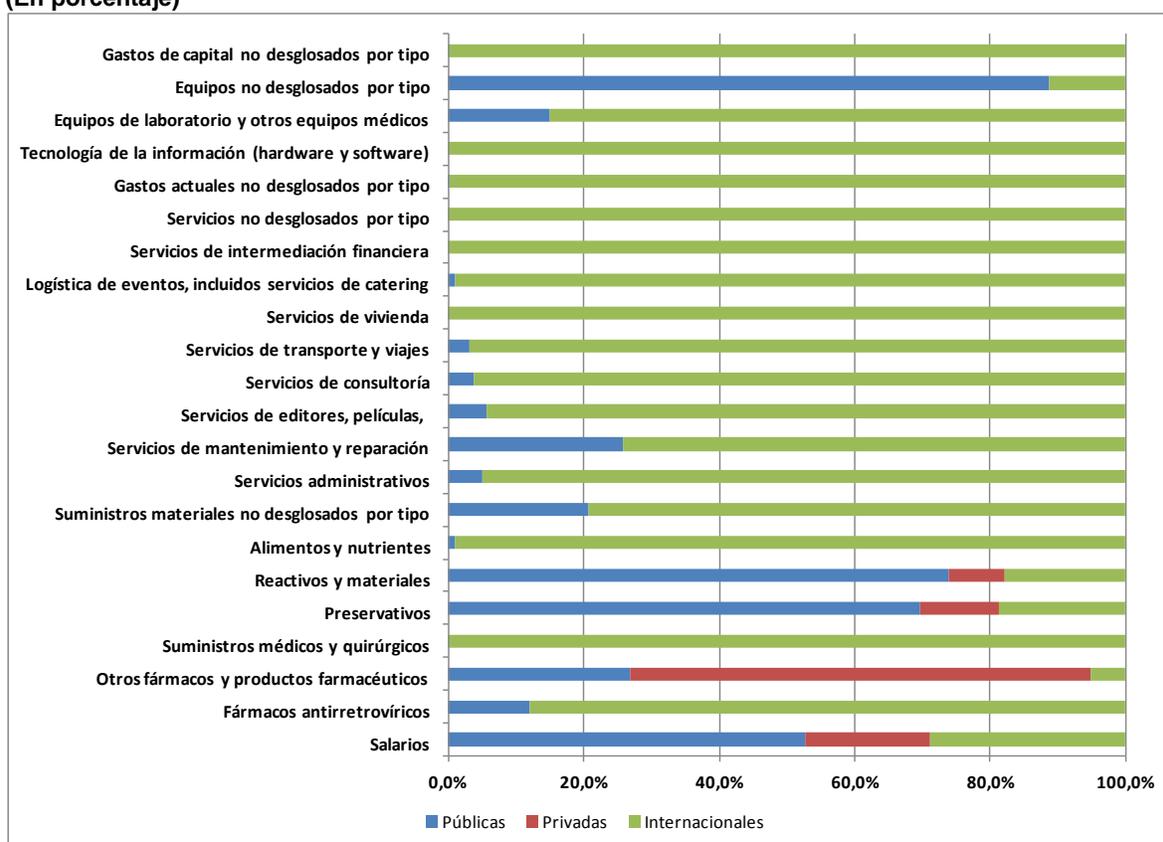
Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y factores de producción (FS x PF)

En el siguiente gráfico se observa todas las partidas de gasto o factores de producción relacionada con las fuentes de financiamiento. Por ejemplo: el financiamiento de los salarios presenta una distribución porcentual de 52.7% relacionado con las fuentes públicas, 18.3% fuentes de privadas, y las fuentes internacionales representan el 28.9% del total ejecutado. Con respecto a los fármacos antirretrovírico este tuvo un mayor financiamiento a través de las fuentes internacionales con el 88% y las fuentes públicas tuvieron una participación del 12%.

Si nos referimos a otros fármacos y productos farmacéuticos relacionados con las enfermedades oportunistas y tratamientos de ITS, estas presentan una estructura porcentual de 26.8% provino de fuentes públicas, 68% corresponde a las fuentes privadas y el 5.2% provino de fuentes internacionales.

Gráfico No.11
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y factores de producción - 2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

El Cuadro que se presenta a continuación muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA tipo de fuente de financiamiento y factores de producción (FS x PF), esta matriz tiene la característica de analizar el comportamiento de movilización de recursos destinadas a los factores de producción.

Cuadro No. 14
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y factores de producción - 2012
(En dólares)

FACTORES DE PRODUCCIÓN		FUENTE DE FINANCIAMIENTO												TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
		FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03		FS.03.99
		Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro		Otras fuentes internacionales s.c.o.
PF.01	Gastos Corrientes	4.748.663	4.270.711	279.630	198.323	2.112.301	25.634	2.013.954	72.712	4.802.191	61.609	3.477.809	1.226.433	36.340	11.663.155
PF.01.01	Renta de trabajo	2.823.082	2.534.464	212.309	76.309	981.569		908.857	72.712	1.547.361	8.631	1.231.732	270.658	36.340	5.352.012
PF.01.01.01	Salarios	2.823.082	2.534.464	212.309	76.309	981.569		908.857	72.712	1.547.361	8.631	1.231.732	270.658	36.340	5.352.012
PF.01.02	Suministros y servicios	1.925.250	1.735.916	67.321	122.013	1.130.731	25.634	1.105.097		2.752.288	40.032	2.200.028	512.228		5.808.270
PF.01.02.01.01	Fármacos antirretrovíricos	12.137	284	11.853						89.119		89.119			101.256
PF.01.02.01.02	Otros fármacos y productos farmacéuticos	378.872	361.445	14.597	2.831	960.319	738	959.581		72.923		70.046	2.877		1.412.114
PF.01.02.01.03	Suministros médicos y quirúrgicos									19.002		19.002			19.002
PF.01.02.01.04	Preservativos	172.235	146.146	58	26.031	28.675	82	28.593		46.434		45.309	1.125		247.344
PF.01.02.01.05	Reactivos y materiales	1.281.806	1.172.636	40.813	68.358	141.737	24.814	116.923		311.228		309.833	1.395		1.734.771
PF.01.02.01.06	Alimentos y nutrientes	1.676	1.093		583					178.223		178.223			179.899
PF.01.02.01.98	Suministros materiales no desglosados por tipo	1.604			1.604					6.126		6.126			7.730
PF.01.02.02.01	Servicios administrativos	20.387	7.845		12.542					380.202	18.275	246.626	115.301		400.589
PF.01.02.02.02	Servicios de mantenimiento y reparación	21.091	20.875		216					60.663		60.663			81.754
PF.01.02.02.03	Servicios de editores, películas,	13.600	11.081		2.519					228.558	21.757	148.883	57.918		242.158
PF.01.02.02.04	Servicios de consultoría	5.165	5.165							135.890		125.140	10.750		141.055
PF.01.02.02.05	Servicios de transporte y viajes	8.507	1.407		7.100					259.904		259.904			268.411
PF.01.02.02.06	Servicios de vivienda									1.926		1.926			1.926
PF.01.02.02.07	Logística de eventos, incluidos servicios de catering	8.170	7.940		230					868.956		546.094	322.862		877.126
PF.01.02.02.08	Servicios de intermediación financiera									88.935		88.935			88.935
PF.01.02.02.98	Servicios no desglosados por tipo									4.200		4.200			4.200
PF.01.98	Gastos actuales no desglosados por tipo	331	331							502.542	12.947	46.048	443.547		502.873
PF.02	Gastos de capital	38.062	38.062							65.728		60.303	5.425		103.791
PF.02.02	Equipos	38.062	38.062							60.303		60.303			98.366
PF.02.02.02	Tecnología de la información (hardware y software)									4.692		4.692			4.692
PF.02.02.03	Equipos de laboratorio y otros equipos médicos	9.206	9.206							51.945		51.945			61.152
PF.02.02.98	Equipos no desglosados por tipo	28.856	28.856							3.666		3.666			32.522
PF.02.98	Gastos de capital no desglosados por tipo									5.425			5.425		5.425
TOTAL FACTORES DE PRODUCCION		4.786.725	4.308.773	279.630	198.323	2.112.301	25.634	2.013.954	72.712	4.867.919	61.609	3.538.112	1.231.858	36.340	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y proveedores de salud (FS x PS)

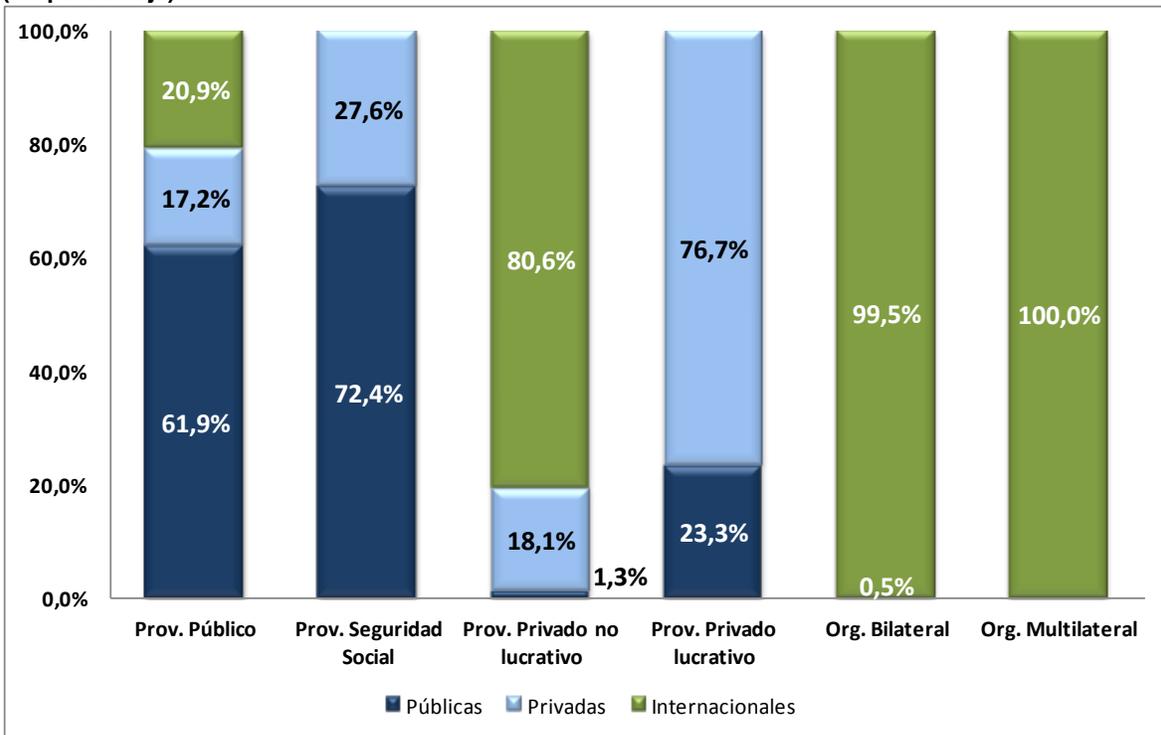
En el siguiente gráfico se observa los proveedores de servicio de salud relacionadas con las fuentes de financiamiento, donde los **proveedores públicos** presentan un financiamiento mayor en las fuentes públicas con el 61.9%, seguido por las fuentes internacionales con el 20.9% y las fuentes privadas con el 17.2%.

Con respecto a los proveedores de la **seguridad social** las fuentes públicas representaron el 72.4% y las fuentes privadas el 27.6%. En relación a los **proveedores sin fines de lucro** estos presentaron un mayor financiamiento a través de fuentes internacionales con el 80.6% del total ejecutado, seguido por las fuentes privadas con el 18.1% y las fuentes públicas representaron el 1.3%.

En relación a los proveedores del **sector privado con fines de lucro** estos fueron financiados íntegramente a través de fuentes privadas con el 76.7% y el restante 23.3% correspondieron a fuentes públicas.

Los **organismos bilaterales y multilaterales** fueron financiados íntegramente con recursos provenientes de fuentes internacionales, sin embargo el 0.5% de los organismos bilaterales corresponden a fuente de financiamiento público.

Gráfico No. 12
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y proveedores de salud - 2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

El Cuadro muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y proveedores de salud (FS x PS), esta matriz tiene la característica de analizar el comportamiento de movilización de recursos destinadas a los proveedores de salud.

Cuadro No. 15
Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente y proveedores de salud - 2012
(En dólares)

PROVEEDORES DE SALUD		FUENTE DE FINANCIAMIENTO												TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
		FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03		FS.03.99
		Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro		Otras fuentes internacionales s.c.o.
PS01	Proveedores del sector público	4.687.576	4.209.623	279.630	198.323	1.331.850		1.331.850		1.483.227		1.446.887		36.340	7.502.653
PS.01.01	Organizaciones gubernamentales	4.399.613	4.201.290		198.323	1.221.855		1.221.855		1.483.227		1.446.887		36.340	7.104.695
PS.01.01	Organizaciones paraestatales (Seg Soc)	287.963	8.333	279.630		109.995		109.995							397.958
PS02	Proveedores del sector privado	98.407	98.407				25.634	682.104	72.712	2.666.304	61.609	1.509.623	1.095.072		3.545.162
PS.02.01	Proveedores privados sin fines de lucro	43.644	43.644			600.121		527.408	72.712	2.666.304	61.609	1.509.623	1.095.072		3.310.069
PS.02.02	Proveedores privados con fines de lucro	54.763	54.763			180.330	25.634	154.696							235.093
PS03	Entidades bilaterales y multilaterales	742	742							718.389		581.602	136.787		719.131
PS.03.01	Organismos bilaterales	742	742							136.787			136.787		137.529
PS.03.02	Organismos multilaterales									581.602		581.602			581.602
TOTAL PROVEEDORES DE SALUD		4.786.725	4.308.773	279.630	198.323	1.331.850	25.634	2.013.954	72.712	4.867.919	61.609	3.538.112	1.231.858	36.340	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Gasto en VIH/SIDA por población beneficiaria objetivo y categorías de gasto relativo al SIDA (BP x ASC)

En el gráfico No. 13 podemos observar la relación que existe entre la población beneficiaria objetivo y la categoría de gasto relativo al SIDA, donde las **personas que viven con VIH** presentan como mayor gasto ejecutado en la gestión 2012 a la atención y tratamiento con el 94.1% del total y el restante gasto se distribuye entre prevención con el 5.7% y protección social y servicios sociales con el 0.1% del total.

En el caso de **poblaciones más expuestas** el gasto de mayor representación para este grupo se encuentra en la prevención con el 75.3% del gasto total, seguido por el entorno favorable 15.8%, e investigación con el 8.8%.

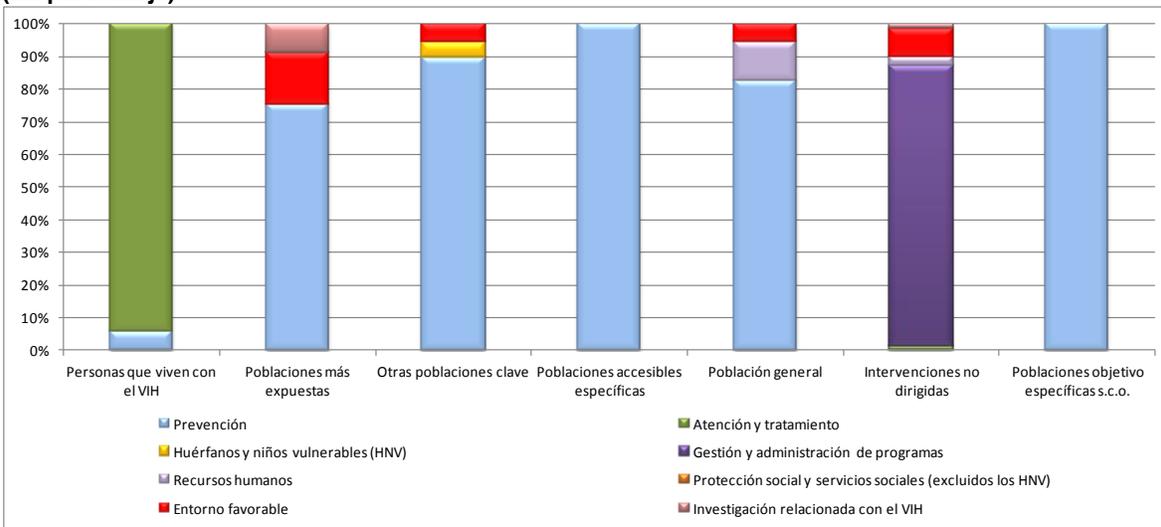
Con respecto a **otras poblaciones clave** el mayor gasto incurrido es el que se da en el componente de prevención con el 89.8% del gasto total, el restante 10.2% se distribuye en las categoría Huérfanos y niños vulnerables (4.5%) y entorno favorable (5.7%).

Cuando analizamos a las **poblaciones accesibles específicas** y **poblaciones objetivo específicas s.c.o.** en relación con las categorías relativas al SIDA, la totalidad del gasto en ambas poblaciones se destinan para el componente de prevención.

En el caso de la **población general** el 82.9% del gasto total se destinó al componente de prevención, el restante 11% a recursos humanos (capacitación) y el 5.4% a entorno favorable.

En relación a las **intervenciones no dirigidas** esta presenta la siguiente característica, el 85.5% del gasto total fue para el componente Gestión y administración de programas, 8.74% para el componente entorno favorable, 2.8% para recursos humanos (capacitación) y el restante 2.8% para otros componentes.

Gráfico No. 13
Gasto en VIH/SIDA por población beneficiaria y categorías relativo al SIDA - 2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

El Cuadro No. 16 muestra la matriz del gasto en VIH/SIDA por población beneficiaria objetivo y categorías de gasto relativo al SIDA (BP x ASC), esta matriz tiene la característica de analizar el comportamiento y la distribución del gasto de las poblaciones beneficiarias con respecto a las categorías de gasto relativo al SIDA.

Cuadro No. 16
Gasto en VIH/SIDA por población beneficiaria y categorías relativo al SIDA - 2012
(En dólares)

CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA		POBLACIONES BENEFICIARIAS OBJETIVO							TOTAL POBLACIONES BENEFICIARIAS OBJETIVO
		BP.01	BP 02	BP 03	BP 04	BP 05	BP 06	BP 99	
		Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones accesibles específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Poblaciones objetivo específicas s.c.o.	
ASC.01	Prevención	144.637	173.463	419.215	4.365.008	888.144		1.900	5.992.367
ASC.02	Atención y tratamiento	2.384.463					45.559		2.430.022
ASC.03	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)			20.995					20.995
ASC.04	Gestión y administración de programas						2.645.870		2.645.870
ASC.05	Recursos humanos				6.608	124.315	88.967		219.890
ASC.06	Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	3.495							3.495
ASC.07	Entorno favorable		36.464	26.216		58.687	270.393		391.760
ASC.08	Investigación relacionada con el VIH		20.397				42.149		62.546
TOTAL CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA		2.532.596	230.324	466.426	4.371.616	1.071.145	3.092.939	1.900	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

6. LINEAMIENTOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA

El desafío de país es la consolidación de un Sistema Único de Salud que permita garantizar el acceso universal de las personas. En el caso de la respuesta nacional al VIH/SIDA para alcanzar el acceso universal es necesario mejorar la efectividad de las intervenciones en la prevención, considerando que nuestra epidemia es de tipo concentrada, asimismo en el modelo de atención integral se hace necesario optimizar los esquemas de tratamiento y brindar atención con calidad y calidez además de intensificar los esfuerzos para eliminar el estigma y discriminación.

Con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la cooperación para el desarrollo, el país ha generado importantes logros en la respuesta nacional, fortaleciendo la rectoría, la cobertura del sistema de salud y el sistema de información, el reto es continuar con estas acciones incrementando de manera gradual los recursos financieros de fuentes nacionales destinados a la respuesta al VIH/SIDA contribuyendo al logro del acceso universal a prevención y atención, generando sinergias favorables con otras instancias sectoriales y actores comprometidos para reducir el número de nuevas infecciones y mejorar la atención de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)

La notificación de casos de VIH ha seguido un comportamiento ascendente registrando un crecimiento exponencial acentuado a partir del año 2000, posiblemente por una mejora en el esfuerzo de tamizaje y búsqueda de casos. Este crecimiento ha determinado la existencia de una presión sobre la capacidad de respuesta, además el mayor número de personas en TARV asociado a la dependencia de la estructura internacional de precios determinan una necesidad importante de recursos para garantizar la sostenibilidad de los costos de inversión y operación de la respuesta al VIH/SIDA.

Según las estimaciones y proyecciones se espera que en país hacia el año 2018 se reporten en el sistema 15.000 casos de los cuales al menos 30% (5000) se encuentren con terapia antirretroviral, con una brecha de notificación del orden del 20%. Estas estimaciones determinan la necesidad de identificar los factores para mantener y acelerar la efectividad de la Respuesta Nacional mediante el desarrollo de una estructura programática y financiera para: i) reducir la ocurrencia de nuevas infecciones, ii) Incrementar la cobertura de la atención integral de VIH, las otras infecciones de transmisión sexual y las enfermedades oportunistas asociadas al VIH/SIDA, iii) Eliminar el estigma y discriminación y disparidades en el acceso a los servicios públicos, seguridad social y servicios privados, y iv) Promover el autocuidado y mejorar la corresponsabilidad social para controlar la epidemia del VIH/SIDA.

El concepto de sostenibilidad tiene que ver con la coexistencia de las entidades involucradas en la respuesta nacional, multisectorial y multiactorial, en entornos que provean un soporte común (visión de país) para extender sus intervenciones sin afectar la capacidad de soporte de todo el sistema de respuesta, lo que supone la búsqueda de un equilibrio entre la demanda y oferta social (consumo y producción) tomando en cuenta que los recursos públicos son limitados.

La respuesta nacional al VIH/SIDA según los resultados obtenidos muestra una dependencia importante de los recursos de cooperación internacional, en este contexto la estrategia de sostenibilidad en el país se debe orientar a reducir dicha dependencia y generar un proceso de institucionalización de recursos públicos según los diferentes niveles de gestión de forma gradual según las competencias establecidas por el marco legal vigente, en este sentido se ha desarrollado una propuesta de modificación de la Ley 3729 “Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA”, para su adecuación a la nueva Constitución Política del Estado y la Ley Marco de Autonomías y Descentralización N° 031 de 19 de julio de 2010”

La propuesta de ley modificatoria sugiere modificar los artículos 21, 22, 25 y 27 de la Ley 3729:

- ▶ “Artículo 21.- (Control Sanitario).- Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, en el ámbito de sus competencias, son responsables del control sanitario en todos los centros de atención en salud de su dependencia, en los procesos de manipulación, obtención y almacenamiento de sangre, hemoderivados, semen, leche materna, órganos, tejidos y otros, mediante mecanismos de control efectivos y eficientes, reconocidos internacionalmente para garantizar su calidad y seguridad.”
- ▶ “Artículo 22.- (Laboratorios Autorizados).- Todo laboratorio o banco de sangre donde se realicen pruebas de VIH debe estar acreditado y contar con la autorización del Servicio Departamental de Salud correspondiente, entidad que supervisara el cumplimiento de las normas establecidas por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud –INLASA.”
- ▶ “Artículo 25.- (Cumplimiento de las Normas de Bioseguridad).- Los Gobiernos Autónomos Departamentales, dentro de las previsiones del inciso ñ) del Numeral 1, Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, a través de los Servicios Departamentales de Salud, y los Gobiernos Autónomos Municipales en el marco de lo establecido en el inciso j) del Numeral 2 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, velaran por el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad para el manejo y uso de los materiales, instrumentos y equipos en todo establecimiento de salud de su dependencia acreditado en el manejo de pacientes o muestras de VIH-SIDA.”
- ▶ “Artículo 27.- (Equipamiento e Instrumental).- Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, en cumplimiento de lo dispuesto en el inciso d) del Numeral 1 del Parágrafo III e inciso g) del Numeral 2 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, tienen la obligación de garantizar la adecuada, oportuna y suficiente dotación de equipamiento, instrumental, insumos y todo el material requerido por los establecimientos de atención en salud de su dependencia, bajo control social orgánico”

Con respecto a la asignación específica de recursos la propuesta de modificación incluye:

<p>Artículo 31</p> <ul style="list-style-type: none">▶ “Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales deberán proporcionar el financiamiento que asegure la gratuidad del tratamiento antirretroviral.”▶ “Los establecimientos de salud privados atenderán las emergencias y derivaran los casos a los establecimientos públicos respectivos. En tanto se implemente el Sistema Único de Salud, los costos de las emergencias serán cubiertos con recursos financieros que son transferidos por el Tesoro General del Estado a los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales para la gestión del sistema de salud.” <p>▶ “Artículo 33 (Atención Gratuita a Personas que no Cuentan con Seguro Social). Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, en el marco de las competencias asignadas por la Ley N° 031, financiaran con recursos que son asignados para la gestión local de salud, bajo control social orgánico, las prestaciones médicas y asistencia hospitalaria, en los niveles de atención de su dependencia, y suministrarán medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas que viven con VIH-SIDA y que no posean ningún seguro social o médico.”</p> <p>▶ “Artículo 34 (Atención a Trabajadoras y Trabajadores Sexuales). Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, bajo control social orgánico, financiaran con recursos que son destinados para salud, la atención integral a las personas que viven con VIH-SIDA, que comprende: atención clínica, laboratorial, medicamentos y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y enfermedades oportunistas, de manera gratuita a la(o)s trabajadora(e)s sexuales.”</p>

La delimitación de la sostenibilidad depende de tres factores: i) la capacidad de reducción de nuevas infecciones, ii) la intervención oportuna para desacelerar la progresión del VIH, y iii) evitar fallas de tratamiento que conduzcan a otros gastos relacionados con atención de enfermedades oportunistas. En este escenario la sostenibilidad se propone bajo un enfoque de contención de la epidemia, esto significa controlar el crecimiento de la demanda de atención y tratamiento de largo plazo mediante el mejoramiento de la disponibilidad y calidad de la oferta de los servicios de prevención en el corto plazo. La demanda puede ser controlada:

- Ampliando la oferta de prueba de VIH para reducir el número de personas VIH(+) que desconocen su estatus y para ampliar la detección temprana mejorando las oportunidades de tratamiento.
- Mejorando las opciones de tratamiento para suprimir la replicación del virus y mantenerlo indetectable así como para evitar la ocurrencia de las enfermedades oportunistas.

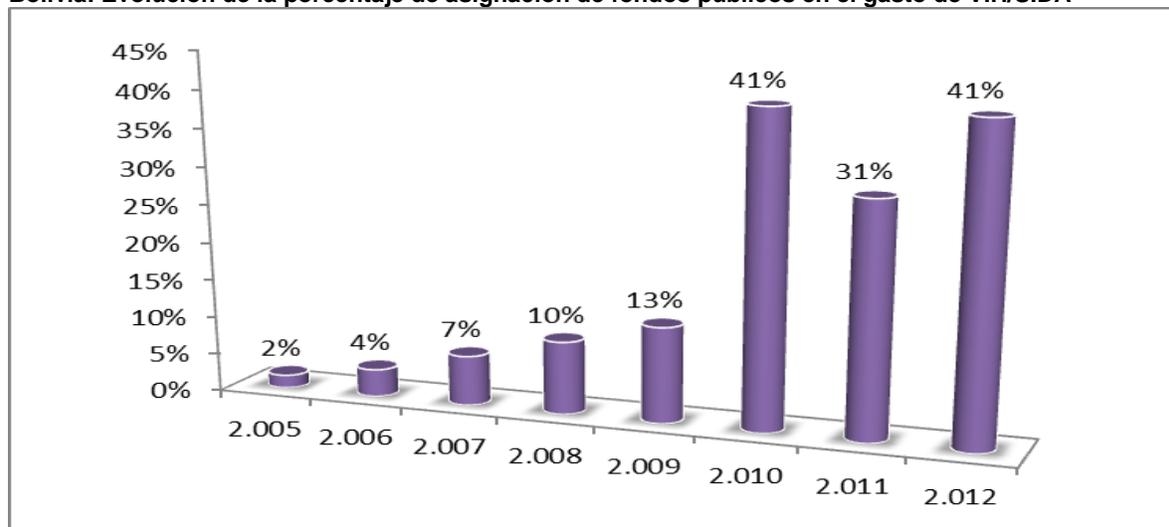
Según, Senge (1990) y Tasis y Nirupama (2008), la prevención primaria, la promoción y educación en salud, así como la acción sobre entornos legales, de políticas, disparidades económico-sociales, creencias y prácticas culturales que generan vulnerabilidad son esenciales para evitar que personas de los grupos humanos con mayor exposición y vulnerabilidad frente al VIH, así como otros grupos de población, estén sujetos a condiciones que favorecen la adopción o dificultan el abandono de conductas de riesgo. La prevención primaria por lo tanto no sólo supone la transmisión de información sino que implica identificar las redes de transmisión en las poblaciones clave y en la población general y la definición de estrategias costo-efectivas para romper las redes de transmisión.

La reducción del progreso de la enfermedad (prevención secundaria) supone la detección temprana de los casos y la inclusión de intervenciones como apoyo nutricional, vacunación, desparasitación y el tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas. En esta misma línea se encuentra la reducción de la transmisión vertical del VIH.

La falla en el tratamiento está condicionada por una serie de factores principalmente relacionados con la adherencia al tratamiento, que dependen del grado de avance de la epidemia, estado nutricional de las personas, hábitos de vida y factores institucionales vinculados con los esquemas de tratamiento, sistemas de logística y sistemas de monitoreo.

En los últimos años particularmente desde la gestión 2009, Bolivia ha logrado una gestión importante de recursos para la respuesta nacional, que se reflejan principalmente en la compra de pruebas de VIH para mujeres embarazadas a partir de recursos locales, mayor asignación de fondos para la compra de medicamentos antirretrovirales, contratación de recursos humanos con recursos departamentales y nacionales y el inicio de un proceso de desconcentración que parte del principio de transversalidad de la atención en la red de establecimientos de salud, este proceso se refleja en un crecimiento de la participación pública desde un 2% el año 2005 hasta llegar a un 41% el año 2012, según se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico No. 14
Bolivia: Evolución de la porcentaje de asignación de fondos públicos en el gasto de VIH/SIDA



Fuente: Estimaciones de diferentes fuentes: MEGAS 2008, UNGASS 2008-2009, Informe de Progreso 2009-2011, MEGAS 2012.

La distribución del gasto público se ha ido orientando esencialmente a la gestión de pruebas de VIH en el marco de la estrategia de prevención de la transmisión vertical y sífilis congénita que absorbe más de 50% y recursos humanos.

En este sentido se espera que hasta el 2015 (año de cierre de la ronda 9 del fondo mundial) se pueda alcanzar una participación mayor al 80% para transitar a un modelo sostenible en la gestión de salud. En este marco se proponen los siguientes lineamientos de intervención:

- **Definición de las prioridades de gasto:**
Enfocar los recursos hacia las acciones destinadas a reducir la ocurrencia de nuevos casos, mejorando la evidencia de las redes de transmisión, considerando que la epidemia está concentrada poblacionalmente (en la población GBT-HSH), en grupos de edad joven y geográficamente en los departamentos del eje troncal sobre todo en los contextos urbanos.
- **Programación de presupuestos sectoriales, con enfoque en la prevención:**
Desde la instancia del CONASIDA se debe impulsar la asignación de presupuestos sectoriales, como es el caso de educación para insertar efectivamente la temática de VIH en la curricula, asegurando la provisión de materiales, bajo un enfoque de derechos.
- **Diversificación de las fuentes de financiamiento:**
En el escenario político de autonomías y considerando las competencias por nivel de gestión se propone que sobre el marco de inversión desarrollado durante las rondas de apoyo del Fondo Mundial y el apoyo de las instituciones de cooperación bilateral y multilateral, se deben dirigir las fuentes de financiamiento nacionales según se muestra a continuación:

Cuadro No. 16
Bolivia: Proyección del gasto en VIH/SIDA y asignación de fuentes de financiamiento en el marco del plan de sostenibilidad
(En dólares americanos)

ASC	CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA	Promedio (2010 - 2012)	CU	2014	2015	2016	2017	2018	Financiamiento
ASC.01	Prevención	5.660.116	557	6.835.361	7.670.844	8.506.326	9.341.809	10.177.291	Gobierno Departamental y Municipal
ASC.02	Atención y tratamiento	2.883.559	284	3.482.291	3.907.929	4.333.568	4.759.206	5.184.845	Gobierno Central
ASC.03	Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	128.273	13	154.907	173.841	192.775	211.709	230.643	Gobierno Departamental
ASC.04	Gestión y administración de programas	2.384.567	235	2.879.689	3.231.672	3.583.655	3.935.638	4.287.621	Gobierno Central y Cooperación
ASC.05	Recursos humanos	285.581	28	344.878	387.033	429.187	471.341	513.495	Gobierno Central
ASC.06	Protección social y servicios sociales	11.821	1	14.275	16.020	17.765	19.510	21.255	Gobierno Departamental
ASC.07	Entorno favorable	418.951	41	505.941	567.782	629.622	691.463	753.304	Gobierno Municipal
ASC.08	Investigación relacionada con el VIH	113.412	11	136.960	153.701	170.441	187.182	203.922	Cooperación
Total Categorías de gasto relativo al SIDA		11.886.279		14.354.302	16.108.821	17.863.339	19.617.858	21.372.376	

Fuente: Elaboración propia en base a las proyecciones de las tendencias de gasto en VIH/SIDA

En este esquema las actividades de prevención deben ser cubiertas con recursos locales principalmente en lo que compete a prevención primaria, esta asignación debe ser complementada en el contexto nacional y departamental con enfoque multisectorial.

El componente de atención y tratamiento debe ser gradualmente cubierto con recursos nacionales del nivel central, considerando el periodo que será cubierto con recursos del Fondo Mundial hasta 2014 y la cooperación del gobierno de Brasil.

Según la competencia niñez, adolescencia, mujeres, adultos y discapacitados (NAMAD), establecida en el marco de las competencias de gobiernos autónomos los fondos para atención de huérfanos y niños vulnerables debe ser asumida por los gobiernos departamentales, en la misma línea se inscriben los recursos de protección social y servicios sociales, con enfoque intersectorial.

Con respecto a la gestión de programas se admite como supuesto contar con el apoyo de los fondos de cooperación, principalmente del sistema de naciones unidas y eventualmente fondos bilaterales en función a la priorización de proyectos y programas vinculados con el VIH y las otras ITS.

La gestión de recursos humanos debe ser institucionalizada con recursos nacionales y transferidos según los niveles de gestión y competencias de los gobiernos autónomos.

Según las líneas de trabajo el entorno favorable debiera ser asumido de forma gradual con recursos municipales.

Respecto a los estudios de investigación priorizados en la Agenda Nacional de Investigación y Evaluación y el PEM 2013-2018, mientras el país transite gradualmente hacia una asignación de recursos para investigación, se plantea que en el periodo de vigencia del PEM dichos estudios sean financiados con recursos locales.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La estimación del MEGAS en Bolivia se constituye en una herramienta para el análisis de temas relacionados con la asignación de recursos, las fuentes de financiamiento en el sistema nacional de salud, los agentes que intervienen en el gasto, los proveedores que brindan los servicios de salud, las categorías, el gasto de los recursos a través de los factores de producción y finalmente como se distribuyen estos recursos a nivel poblacional, todo lo anterior mencionado se constituye en un instrumento útil para mejorar la toma de decisiones.

El gasto VIH/SIDA se define en este estudio como “Todos aquellos recursos económicos y financieros que se destinan a la compra de bienes, productos y servicios destinados a actividades directas y relacionadas al VIH/SIDA cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud durante un periodo de tiempo definido”. El esquema de fuentes, agentes proveedores de servicios utilizado en este documento, constituye la base de análisis del financiamiento y gasto en el esta problemática en Bolivia, aunque también se incluye un análisis del gasto desagregado por categoría, factores de producción y gasto poblacional.

Los resultados obtenidos permiten cuantificar la cantidad de recursos que el país está destinando al VIH/SIDA y por lo tanto es necesario asignarlos de la mejor manera posible, incorporando criterios de eficiencia y equidad en la utilización de los mismos.

Entre las conclusiones más importantes se mencionan:

- El comportamiento del gasto en VIH/SIDA en Bolivia en el periodo 2010 – 2012 fue de 35.6 millones de dólares, siendo el 2011 la gestión que presenta el mayor gasto con 13.8 millones de dólares y la gestión 2010 con 10 millones de dólares.
- De acuerdo con la información recopilada y procesada de las diferentes fuentes de financiamiento, agentes financieros y proveedores de servicio relacionados con el VIH/SIDA, de los recursos destinados para combatir esta enfermedad en Bolivia el gasto mayoritario se observó en las fuentes internacionales con un 48.3%, seguido por las fuentes públicas representando el 36.8% del gasto y finalmente las fuentes privadas con un 14.9% del gasto en VIH/SIDA.
- Desglosando el gasto del VIH/SIDA por proveedor de servicio para el periodo de análisis, se observa que el 63.2% del total ejecutado corresponde al gasto que fue incurrido en los proveedores pertenecientes al sector público, seguido por los proveedores del sector privado con el 29.4% del total y finalmente el gasto restante o la diferencia fue ejecutado administrativamente por las entidades bilaterales y multilaterales con el 7.4% del total. Es importante mencionar que el comportamiento y la estructura porcentual del gasto en el periodo de análisis son muy parecidos.
- Con respecto al gasto en VIH/SIDA considerando los factores de producción, se tiene que el gasto corriente representa el 99.2% del total y el restante 0,8% corresponde al gasto de capital. Dentro del gasto corriente el de mayor importancia corresponde al pago de salarios con el 39.2% del total, seguido por el gasto de suministros con el 34.5% y servicios con el 19.5%.
- Las actividades relacionadas con el VIH/SIDA se encuentran enmarcadas dentro de ocho categorías, de las cuales el que representa un mayor gasto para el periodo de análisis es la categoría denominada prevención con el 47.6%, seguido por la atención y tratamiento con el 24.3%, la parte de la gestión y administración de los programas

cuenta con el 20.1% y el restante 8.1% se distribuye entre las siguientes categorías: Huérfanos y niños vulnerables (1.1%), recursos humanos (2.4%), Protección social y servicios sociales (0.1%), entorno favorable (3.5%) e Investigación relacionada con el VIH (1%).

- La población beneficiada con el mayor gasto es la relacionada con la población accesibles específicas con el .32.6%, posteriormente encontramos a las personas viviendo con VIH (PVV) con un 26.7%, intervenciones no dirigidas con un 24%, población general con el 9.2%, poblaciones clave con el 5% y poblaciones más expuestas con el 1.9%.

Considerando los resultados obtenidos se recomienda:

- Implementar un sistema de monitoreo del gasto en VIH/SIDA, que permita el reporte anual del gasto por origen y uso de fondos, según objeto de gasto.
- Definir prioridades de gasto según la caracterización de la epidemia bajo un modelo de contención de la epidemia, según los lineamientos de sostenibilidad.
- Fortalecer las acciones multisectoriales sobretodo de sectores clave como es el caso del sector educación y justicia.
- Generar evidencia acerca de las cadenas de transmisión para efectivizar las intervenciones en prevención optimizando la asignación de recursos.
- Desarrollar las bases técnicas para el desarrollo de programas operativos que faciliten las intervenciones definidas en el Plan Estratégico Multisectorial, esto supone además la necesidad de elaborar de manera prioritaria el Plan Estratégico Institucional del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.
- Asegurar el funcionamiento del nivel central, con recursos del Presupuesto General de la Nación, cubriendo los costos de personal con un equipo mínimo en las áreas de coordinación, área médica, área de logística, área de monitoreo y vigilancia y el área administrativa correspondiente. En la misma línea se debe garantizar los costos de funcionamiento del nivel central y la red de laboratorios de referencia.
- El nivel central del Ministerio de Salud y Deportes, debe realizar la gestión de la compra de medicamentos antirretrovirales, garantizando el funcionamiento del sistema de adquisición y distribución, utilizando la capacidad actualmente instalada en el Ministerio de Salud y Deportes.
- El nivel central debe cubrir los costos de funcionamiento del Sistema de Información, compatibilizando dicho sistema con el SNIS, que deberá realizar el soporte técnico y asegurar el flujo de información y la operatividad del sistema.
- El funcionamiento de los comités nacionales debe ser solventado por el nivel central, para optimizar las intervenciones mediante la constante revisión y actualización de protocolos y normas de atención.
- Los gobiernos departamentales en el marco de sus competencias deben garantizar el funcionamiento de los establecimientos de salud que brinden la atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA o personas que tienen otras infecciones de transmisión sexual, en este marco se debe desarrollar modelos desconcentrados según la distribución de casos en cada departamento. La atención integral supone el seguimiento a todas las PVVS, en esta línea la atención de las enfermedades oportunistas debe ser cubierta con recursos departamentales.
- Los gobiernos municipales deben impulsar las acciones de prevención a partir de los lineamientos definidos en un Plan Nacional de Comunicación, considerando que es prioridad en la Respuesta Nacional, contener la ocurrencia de nuevos casos.

- Los gobiernos municipales deben ser responsables de la oferta de pruebas de VIH y sífilis, no sólo a las mujeres embarazadas sino también a la población en general, esto permitirá ampliar la detección temprana y mejorar las oportunidades de tratamiento.
- Los fondos de la cooperación del desarrollo deben estar orientados a fortalecer la evidencia coadyuvando técnica y financieramente al desarrollo de investigaciones que contribuyan a conocer el comportamiento y tendencia de la epidemia.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Fondo Monetario Internacional. Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas 2001.
- Ministerio de Salud y Deportes. “Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH/SIDA” La Paz – Bolivia, 2011
- Ministerio de Salud y Deportes. “Guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congenita”. La Paz – Bolivia, 2010.
- Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México. México 2004.
- Medrano, Jorge. “Gestión de Proyectos y Programas de Inversión Pública” UPEA. La Paz – Bolivia, 2013.
- Ministerio de Hacienda. Clasificador Presupuestario 2009 - 2012.
- Ministerio de Salud y Deportes. Sistema de Información en Salud 2009 al 2011.
- ONUSIDA, Valoración del Gasto Nacional relativo al SIDA (NASA): Taxonomía de la clasificación y definiciones. 2009
- ONUSIDA, Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2012. Ginebra Suiza, octubre – 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. “Análisis del Sector de la Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas”. Documento Preliminar. Tercera Edición. Noviembre 2003.
- Organización Mundial de la Salud. “Guía para Producir Cuentas Nacionales de Salud: con aplicaciones especiales para países de medianos y bajos ingresos”. 2003.
- Partners for Health ReformPlus. Manual de Capacitación en las Cuentas Nacionales de Salud. Modulo 3. Ejercicios y hojas de trabajo. Junio 2003.
- Seguro Universal Materno Infantil. Paquetes y Prestaciones.
- Unidad de Análisis de Política Económica y social. Dossier Vol. 21. Estadísticas Sociales y Económicas 2011.
- UNAIDS, USAID, WHO, Linking Nasa and NHA: Concepts and Mechanics, 2009.
- USAID. Sistematización de la cooperación técnica y financiera brindada por USAID/Bolivia en la temática de VIH/SIDA. 2011.
- UNGASS 2010, Informe Nacional de los Progresos en VIH/SIDA.
- Valdés Werner y Peñaloza Rodrigo. “Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia 2003 – 2007 (Preliminar)”, UDAPE y Ministerio de Salud y Deportes – 2010.

PÁGINAS WEB.

- Banco Central de Bolivia. Página Web: www.bcb.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística. Página Web: www.ine.gob.bo
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Página Web: www.mefp.gob.bo
- Ministerio de Salud y Deportes. Página Web: www.sns.gob.bo
- Sistema Nacional de Información en Salud. Página Web: www.sns.gob.bo
- Unidad de Análisis de Política Económica y Social. Página Web: www.udape.gob.bo
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo. Página Web: www.vipfe.gob.bo

9. ANEXOS

9.1. Anexo editorial

Coordinación General:

Dra. Carola Valencia Rivero
Lic. Regina Castillo

Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – MSD
ONUSIDA

Equipo consultor:

Lic. Jorge Luis Medrano Llano
Lic. Werner C. Valdés Romero
Dr. Gilvan F. Ramos

Economista – Demógrafo
Economista
Médico

Asistencia Técnica:

Lic. Christian Aran
Lic. Patricia Bracamonte

ONUSIDA
ONUSIDA

Patrocinadores:

Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

9.2. Glosario de términos y definiciones

CODESIDA	Consejo Departamental de VIH/SIDA
CONASIDA	Consejo Nacional de VIH/SIDA
EO	Enfermedades Oportunistas
GB	Gay, bisexual
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
Ley 3729	<i>“Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA”</i>
M&E	Monitoreo y Evaluación
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PDD	Plan de Desarrollo Departamental
PDM	Plan de Desarrollo Municipal
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
POA	Programa Operativo Anual
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
R.N.	Respuesta Nacional
R.P.	Receptor Principal del Fondo Mundial (Asociación Ibis – Hivos)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISPLAN	Sistema Nacional de Planificación
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SPO	Sistema de Programación de Operaciones
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
Trans	Población travesti, transexual y transgénero
TS	Trabajadoras Sexuales
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana