



TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN

Consultoría para el desarrollo del “Estudio para definir los costos económicos de las barreras legales y programáticas relacionadas con el acceso a medicamentos ARV de calidad, así como medicamentos para profilaxis pre exposición para VIH (PrEP), profilaxis post exposición para VIH (PEP), Tuberculosis (TB) y Hepatitis B y C, a precios asequibles en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú”

De la subvención “Promoviendo mejores condiciones de vida y derechos humanos de las personas con VIH y otras poblaciones clave, a través de servicios integrales, diferenciados y con mayores recursos para apoyar la sostenibilidad de la respuesta regional al VIH” Acuerdo QRA-H-HIVOS-2 del Fondo Mundial.

I. Presentación

El Instituto Humanista para la Cooperación con los países en desarrollo –Hivos-, es una organización internacional de origen holandés, no gubernamental, inspirada por principios humanistas. Anualmente, brinda su apoyo a más de 789 organizaciones no gubernamentales en 27 países en el mundo, a través de tres estrategias prioritarias: apoyamos pioneros y desarrollamos ideas, conectamos actores múltiples y co-creamos soluciones, incidimos en políticas y escalamos soluciones. Utilizamos seis instrumentos claves: el apalancamiento en red, la innovación y el conocimiento, el desarrollo de programas, el desarrollo de capacidades, la abogacía y el apoyo financiero.

Hivos busca soluciones nuevas para problemas globales persistentes. Nos oponemos a la discriminación, la desigualdad, el abuso de poder y el uso no sostenible de los recursos del planeta impulsando proyectos inteligentes en los lugares adecuados. No obstante, desempeñar un papel de contrapeso en sí mismo no es suficiente; nuestro enfoque principal es lograr cambios estructurales. Por esta razón cooperamos con ciudadanos progresistas y sus organizaciones, gobiernos progresistas y empresas innovadoras, y compartimos con ellas el sueño de lograr economías sostenibles y sociedades inclusivas.

En Hivos contamos con una larga trayectoria en la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH, de las personas sexualmente diversas, en el empoderamiento de las redes y organizaciones de diferentes segmentos de la sociedad civil de América Latina. Buscamos impulsar diversos tipos de cambio individual, social, cultural y estructural, desarrollando desde años atrás labores en las áreas como incidencia política, fortalecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), transparencia y rendición de cuentas y en general, trabajando desde y para poblaciones vulnerabilizadas en diferentes esferas, en el nivel nacional y regional. Hemos destacado además en procesos multiactor, colaborando en tender puentes entre las OSC y otros actores, como gobiernos y empresa privada.

En Hivos nos interesa la justicia social, y en ese contexto nuestra labor con las personas con VIH se orienta hacia temas como el acceso universal a tratamientos, entendiendo la calidad de vida como un contexto amplio e integral en el que se requiere el derribamiento de las barreras de todo tipo que puedan alejar a las personas de la posibilidad de acceso al ejercicio pleno del derecho a la salud y el bienestar.

II. Proyecto regional, financiado por el Fondo Mundial

El proyecto regional para el que se debe elaborar la presente Línea de Base, es financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria. Es una iniciativa que tiene el propósito de mejorar, la calidad de vida y disfrute de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones clave en América Latina.

La propuesta de este proyecto, fue elaborada en un proceso de diálogo y articulación de la Alianza Liderazgo en Positivo – ALEP-, conformada por las redes regionales de personas con VIH y poblaciones clave, con el acompañamiento técnico/financiero de Hivos, además de ONUSIDA, OPS/OMS y PNUD. La propuesta se presentó en agosto del 2018, y en octubre del mismo año, el Fondo Mundial, notificó a ALEP e Hivos la aprobación de la propuesta para un periodo de tres años. El Fondo Mundial solicitó ajustar la propuesta aprobada para garantizar la cobertura a otras poblaciones clave de América Latina, e incrementando para ello el presupuesto solicitado.

El proyecto tiene como **objetivo general**:

Mejorar la calidad de vida y disfrute de los derechos humanos de las personas con VIH y las otras poblaciones clave en América Latina, accediendo a una atención integral y diferenciada, en una región con Estados que respondan efectivamente, ofrezcan calidad en los servicios y mejoren la inversión de presupuestos para la sostenibilidad integral de la respuesta al VIH.

Se contemplan tres objetivos específicos:

OE1. Establecer mecanismos regionales y nacionales para el mapeo, monitoreo y movilización del incremento de la financiación doméstica para intervenciones en personas con VIH y las otras poblaciones clave, para movilización de recursos para sus organizaciones.

OE2. Promover y demandar la institucionalización de estrategias políticas, técnicas y financieras para la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud integral para las personas con VIH y las otras poblaciones clave de la región de América Latina.

OE3. Consolidar las habilidades para la mejora del conocimiento, generación y uso de información estratégica sobre personas con VIH y las otras poblaciones clave, para la toma de decisiones y la incidencia desde las comunidades afectadas.

El proyecto se implementará por un periodo de 36 meses, del 1 de octubre de 2019 al 30 de septiembre de 2022, en 11 países de América Latina: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. Se incluyen acciones a nivel local, nacional y regional.

Hivos implementará la iniciativa en colaboración con las siguientes 10 redes regionales:

Redes de personas con VIH (ALEP):

- Comunidad Internacional de Mujeres Positiva – ICW Latina
- Movimiento Latinoamericana y del Caribe de mujeres positivas – MLCM+
- Red Centroamericana de Personas con VIH – REDCA+
- Red Latinoamericana y del Caribe de Jóvenes con VIH – J+LAC
- Red Latinoamericana de Personas con VIH – RedLa+
- Coalición Internacional para el acceso y preparación de tratamientos – ITPC/LATCA

Redes de poblaciones clave:

- Gay Latino, por los hombres que tienen sexo con hombres
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans – RedLacTrans
- Red Latinoamericana de Personas Usuarias de Drogas, LANPUD
- Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual - PLAPERTS

Se establecerán para la implementación de la subvención, 11 Sub Receptores (SR), uno en cada país priorizado. Cada SR agrupará el trabajo de las diferentes redes para el país para el que sea seleccionado.

El proyecto para el cual se desarrolla esta Asistencia Técnica, cuenta con una estructura de gobernanza conformada por:

- a. Comité Directivo, que reúne a 5 redes regionales, 3 de ellas de personas con VIH, 2 de poblaciones clave y a HIVOS.
- b. Comité Regional de Redes (compuesto por las 10 redes)
- c. Comités Nacionales de Redes (en 11 países).

Esta estructura de gobernanza toma decisiones políticas del proyecto, implementa actividades del proyecto y hace planteamientos y recomendaciones al RP

III. Justificación de la consultoría

Como ha señalado ONUSIDA (2017), a partir de 2015 el mundo se comprometió por primera vez a cumplir con una ambiciosa agenda universal para el desarrollo sostenible, que incluyó la aspiración de acabar con la epidemia del VIH como amenaza a la salud pública para el año 2030. Avances globales en el aumento de la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento de VIH y la implementación de estrategias innovadoras para la programación de prevención y tratamiento, la prestación de servicios basados en la comunidad y el apoyo a la adherencia han contribuido a disminuir el número de infecciones nuevas de VIH y la mortalidad relacionada al VIH alrededor del mundo. En esta línea de acción, América Latina se

ha propuesto cumplir con la estrategia de acción rápida 90 90 90 la cual busca tres logros fundamentales para el año 2020: 1) que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, es decir que accedan a diagnóstico; 2) que el 90% de las personas viviendo con VIH que conozcan su estado serológico accedan al tratamiento y 3) que el 90% de aquellos que accedan al tratamiento logren la supresión viral.

A este respecto, de acuerdo a ONUSIDA (2020)¹, entre 2010 y 2018 varios países en América Latina lograron un progreso impresionante que contribuye sensiblemente a estas metas, sin embargo, a nivel general hubo un aumento del 7% de infecciones nuevas de VIH. En el Caribe las infecciones nuevas descendieron 16% en el mismo periodo. El número de muertes relacionadas al Sida disminuyó en América Latina y el Caribe en un 14% y 38% respectivamente.

En cuanto a las poblaciones más afectadas es importante resaltar que el 64% de infecciones nuevas en América Latina y el 45% en el Caribe ocurrieron en las poblaciones claves – trabajadores sexuales, hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero – y sus parejas (ONUSIDA, 2020). Si bien en la región se han hecho avances en torno al acceso a diagnóstico, aún existen brechas importantes para que todas las personas diagnosticadas puedan obtener tratamientos antirretrovirales. Así mismo, dada la poca capacidad de una sola acción para lograr acabar con el VIH a 2030, hoy más que nunca se requiere un énfasis para articular todos los esfuerzos posibles de una manera sinérgica y enfocarlos al mismo objetivo, este tipo de esfuerzo articulado se le conoce como prevención combinada y se constituye en una estrategia en la cual se busca ampliar el acceso al diagnóstico, el tratamiento y la atención integral, incluso abordando circunstancias que incrementen el riesgo frente al VIH en las personas o detriman su calidad de vida; en este sentido, es fundamental el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual, así como las demás infecciones vinculadas al VIH tales como las Hepatitis virales y la tuberculosis.

Una revisión a las cifras básicas de la epidemia en los países seleccionados en esta convocatoria, nos muestra algunas características que pueden evidenciar que aún no todas las personas que requieren tratamiento para VIH lo están recibiendo, y genera cuestionamientos acerca de las circunstancias por las cuales a pesar de que América Latina ha emprendido la tarea para lograr el acceso universal a diagnósticos, tratamientos y atención aún no lo logra. Esta situación plantea la existencia de barreras en el acceso e importantes retos que asumir en la región.

| | Proporción de personas con VIH | Porcentaje de Personas con VIH con acceso a tratamiento | Porcentaje de Gestantes con VIH que acceden a tratamiento | Prevalencia de VIH en HSH | Prevalencia de VIH en Profesionales del sexo | Prevalencia de VIH en Personas transgénero |
|---|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|---|---|
| Bolivia (Instituto de Desarrollo Humano - Bolivia) | 19000 (13 000 - 25 000) | 56% | 68% | 25.4 | 4.3 | 23% |

¹ ONUSIDA (2020). Avanzando hacia las metas 90 90 90: Progreso en América Latina y el Caribe.

| | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----|-----|------|------|-------|
| Colombia (ONUSIDA) | 160000 (130000 – 180000) | 73 | 21% | 14,3 | 1.2 | 21 |
| Honduras (ONUSIDA) | Hubo 21 000 (17 000 - 27 000) | 51% | 54% | 11.7 | 5.3 | 11.9 |
| Nicaragua (ONUSIDA) | 9400 [7600 - 12 000] | 53% | 90% | 8.6 | 2.6 | 8.1 |
| Perú (ONUSIDA) | 79.000 | 73% | 85% | 3% | 0.7% | 2.3%. |

Proporción de personas que reciben tratamiento de VIH y poblaciones clave más afectadas en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú en 2018. Elaboración propia a partir de fuentes secundarias.

Como se mencionó anteriormente, resulta importante incluir en términos de la prevención combinada del VIH el abordaje de otras infecciones asociadas como la Tuberculosis (TB). En este marco de la coinfección VIH - TB se resalta que las muertes estimadas en 2017 (24.000), el 25% estuvo asociado a la infección por VIH. La reducción en la tasa de mortalidad en los pacientes coinfectados ha sido un 50% menor que en los pacientes sin VIH en los últimos 3 años (OPS- OMS, 2017). Muchas de estas muertes son evitables y debidas a diagnósticos tardíos, contribuyendo a la persistencia de la mortalidad de TB en general. La OMS recomienda que deben dirigirse mayores esfuerzos para evitar que estas muertes se produzcan (Ibid). De acuerdo a esta misma fuente, en un análisis por subregiones, América del Sur presentó la menor proporción de casos de TB que conocían su estado de VIH (77%), cuando en el resto fue superior al 90%. Por su parte, el Caribe presentó la mayor proporción de coinfección TB/VIH (12%). La tasa de éxito de tratamiento en este grupo de pacientes a nivel regional fue tan solo de 56,3%. Estas situaciones evidencian dificultades en el acceso a diagnóstico y tratamiento para todas las personas que lo requieran, lo cual plantea para los Estados el fuerte desafío de solucionar todo tipo de barrera que se interponga en la consecución de este objetivo.

Por otra parte, el virus de hepatitis C ha presentado en América Latina y el Caribe una prevalencia considerada baja (1,0 – 1,9%), sin embargo tiende al crecer a medida que aumenta el número de situaciones relacionadas con las vías de transmisión, tales como el uso de drogas inyectables en los que se comparten jeringas, las relaciones sexuales sin uso de condón, el desarrollo de prácticas sexuales que implican laceración de las mucosas, esta situación se ha presentado con mayor frecuencia en HSH con comportamientos sexuales de riesgo sexual , uso de drogas inyectadas y la práctica serosorting entendida como la práctica de relaciones sexuales entre HSH que tienen el mismo estado serológico de VIH; a esto se suma el fisting, el cual se entiende como inserción de dígitos en el recto [Taylor, Swan 6 Mayer (2012) citados por Estrada Bonilla (2018), p.8]².

² Estrada Bonilla M. Contexto epidemiológico de la coinfección VIH/VHC. Revista Infecto Médica. Colombia. Nol 1 Octubre – Diciembre. 2018.

En el análisis de la presencia de VHC en América Latina es importante también tener en cuenta, que dado que la lucha internacional constante por bloquear la circulación de drogas desde los países productores hacia los consumidores, ha generado que se incentive el consumo interno en los países productores para abrir estos mercados, generando así situaciones de riesgo en países de la región en los cuales históricamente no se tenía consumo de drogas inyectables.

Biológicamente, estudios han demostrado que en personas con VIH la probabilidad de adquirir VHC es 5.8 veces mayor que en personas que sin VIH y más aún si usan drogas inyectables (Ibid, p. 8). La eficiencia de la transmisión de la VHC aumenta en presencia de la infección por VIH, con el riesgo de transmisión perinatal llegando al doble en madres con infección por VIH. Así mismo, los pacientes con VIH sin tratamiento tienen menor probabilidad de realizar un aclaramiento espontáneo de la infección, tienen mayor carga viral de VHC y experimentan una progresión de la enfermedad más rápida que aquellos sin infección por VIH (Taylor et al., 2012, citado por Estrada Bonilla (2018), p.8).

Por otro lado, el uso de la terapia antirretroviral (TAR) mejora los desenlaces en los pacientes con VIH, con menor mortalidad por VHC; sin embargo, aumenta el riesgo de hepatotoxicidad debida a medicamentos (Platt et al; -2016-, citado por Estrada Bonilla 2018, p.8). La disponibilidad de tratamiento contra la hepatitis C, basado en los antivirales de acción directa, ha transformado el pronóstico de la enfermedad, con altas tasas de cura en 12 a 24 semanas (Ibid). Las terapias más recientes han prescindido del uso de interferón como un medicamento esencial, lo cual ha permitido tratamientos más eficientes y con menos efectos secundarios, no obstante este tipo de avances farmacológicos es de muy alto costo y representa una fuerte carga financiera para los sistemas de salud, por esta razón no han sido incorporados en todos los países de la región, minimizando su acceso y generándose diferentes tipos de barreras, dado que además de no existir en algunos países legislaciones claras que permitan la asignación de presupuestos para su adquisición, al interior de los países no se han desarrollado los dispositivos programáticos necesarios para poner este tipo de medicamentos al alcance de los usuarios de los servicios de salud.

Si bien tratar la hepatitis C puede reducir 75% el riesgo de desarrollar cáncer de hígado, solo el 14% de las personas infectadas en América Latina y el Caribe son diagnosticadas y menos del 1% recibe tratamiento debido a su elevado costo. Cuando se trata del tratamiento de las personas que viven con hepatitis C crónica, queda mucho por hacer. Los nuevos avances muestran que más del 95% de los infectados podrían curarse. Sin embargo, en toda la región, la gran mayoría de las personas que viven con hepatitis C no tienen acceso a estos medicamentos altamente efectivos. Por ejemplo, el tratamiento con los antivirales de acción directa (DAA) puede curar la hepatitis C en tres meses o menos tiempo. Algunos países de la región han accedido a DAA de menor precio para la hepatitis C a través del Fondo Estratégico de la OPS, un mecanismo de que les permite agrupar recursos para tener acceso a medicamentos asequibles, estratégicos y de calidad garantizada, sin embargo no todos los países están usando los mecanismos disponibles (OPS, 2019).

IV. Objetivos de la consultoría

Objetivo general

Definir los costos económicos de las barreras legales y programáticas relacionadas con el acceso a medicamentos ARV de calidad, así como medicamentos para profilaxis pre exposición para VIH (PrEP), profilaxis post exposición para VIH (PEP), Tuberculosis (TB) y Hepatitis C a precios asequibles en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú.

El estudio debe brindar sólida evidencia que permita orientar acciones de abogacía para el aprovechamiento de los mecanismos que la normativa internacional de OPS/OMS, OMC y los tratados multi y bilaterales ponen a disposición de los países.

Objetivos específicos

1. Determinar cuál es el panorama de las barreras legales **relacionadas con el acceso a medicamentos ARV de calidad, así como medicamentos para profilaxis pre exposición para VIH (PrEP), profilaxis post exposición para VIH (PEP), tuberculosis (TB) y Hepatitis B y C en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú.**
2. Identificar las barreras de carácter programático **relacionadas con el acceso a ARV, PrEP, PEP, TB y Hepatitis B y C (VHC), en los países seleccionados** para las personas con VIH y las poblaciones clave que hacen parte del proyecto.
3. Establecer los costos económicos que representan las barreras legales y programáticas identificadas para los sistemas de salud de los países seleccionados y para la región, teniendo en cuenta el modelo de atención integral.
4. Determinar los costos de bolsillo o costos individuales, directos o indirectos que implican la existencia de las barreras programáticas y legales identificadas, para los usuarios y usuarias de los servicios de salud en torno al acceso integral a ARV, TB, PrEP, PEP, VHB y VHC, en los países priorizados.
5. Identificar experiencias exitosas de las redes que hacen parte del proyecto en torno al derribamiento de barreras de acceso a los tratamientos abordados en el marco de esta convocatoria.
6. Desarrollar una actividad online de socialización de resultados, conclusiones y recomendaciones relevantes del proceso investigativo, dirigida a las autoridades en salud en los países, los miembros de las redes, líderes y lideresas en formación y socios técnicos que hacen parte del proyecto.

V. Actividades

El equipo consultor o empresa seleccionada deberá realizar como mínimo, sin excluir otras que se consideren necesarias, las siguientes actividades:

- Reuniones virtuales y/o teleconferencias con personal de Hivos responsable de la supervisión del proceso, miembros de las organizaciones de la sociedad civil, socios técnicos, representantes de los programas de VIH de los países, prestadores de servicios de salud, informantes clave y contrapartes de la subvención cuando corresponda. El listado de los informantes debe ser acordado con personal de Hivos.
- Revisión y análisis de amplia documentación para el desarrollo de contextos teóricos y metodológicos de la consultoría relacionados con barreras legales y programáticas frente al acceso a medicamentos ARV, PrEP, PEP, TB y VHC..
- Revisión exhaustiva de los marcos legales y normativos relacionados con el acceso a ARV, PrEP, PEP, TB y VHC así como la normativa específica para poblaciones clave. Elaboración del Plan de investigación y el Cronograma de Trabajo,
- Plan metodológico con sus correspondientes instrumentos de recolección de información, incluyendo listado de actores a abordar con cada instrumento, la garantía de la calidad de la información y el debido plan de análisis e interpretación de la información. Este Plan debe ser aprobado por Hivos y los socios técnicos del proyecto.
- Desarrollar el proceso de recolección de información sobre barreras legales y programáticas en el acceso a ARV, PrEP, PEP, TB y VHC (encuestas, entrevistas, grupos focales, otros) .
- Sistematización de la información en tablas para su análisis e interpretación.
- Análisis de la información recopilada, triangulación e interpretación.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Redacción de informes periódicos e informe final
- Presentación de resultados.
- Incorporación de observaciones técnicas recibidas.
- A partir del resultado obtenido, desarrollar una actividad online de socialización de resultados, conclusiones y recomendaciones del proceso investigativo, dirigida a los miembros de las redes, socios técnicos y diferentes actores que hacen parte del proyecto.
- Informe final donde se escriba en breve mayores resultados de la consultoría

El estudio debe generar la información necesaria para responder, de manera descriptiva y analítica, a las siguientes preguntas:

| | | | |
|--|-----------|--|--|
| Objetivo estratégico 1. Establecer mecanismos regionales y nacionales para el mapeo, monitoreo y movilización del incremento de la financiación doméstica para intervenciones en personas con VIH y las otras poblaciones clave, para movilización de recursos para sus organizaciones. | | | |
| | Actividad | Objetivos | Preguntas generadoras |
| | | Determinar cuál es el panorama de las barreras legales | ¿Cuál es el marco normativo que regula el acceso a medicamentos ARV, así como medicamentos para PrEP, PEP, |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 1.2 | <p>Estudio para definir los costos de las barreras legales y programáticas relacionadas con el acceso a medicamentos ARV de calidad, así como</p> | <p>relacionadas con el acceso a medicamentos ARV de calidad, así como medicamentos para profilaxis pre exposición para VIH (PrEP), profilaxis post exposición para VIH (PEP), tuberculosis (TB), Hepatitis B y C en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú</p> | <p>TB, VHB y VHC en los países seleccionados?</p> <p>¿El marco identificado se ha desarrollado de acuerdo a la normativa internacional de OPS/OMS, OMC y los tratados multi y bilaterales? ¿Qué barreras y oportunidades legales presenta cada país para garantizar el acceso a medicamentos para personas con VIH y poblaciones clave, y para realizar compras conjuntas?</p> |
| 1.2 | <p>medicamentos para profilaxis pre exposición para VIH (PrEP), Profilaxis post exposición para VIH (PEP), Tuberculosis (TB), Hepatitis C, a precios asequibles en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú</p> | <p>Identificar las barreras de carácter programático relacionadas con el acceso a ARV, PrEP, PEP, TB y VHB yVHC, en los países seleccionados</p> | <p>¿Qué barreras y oportunidades sociales presenta cada país, para garantizar el acceso a medicamentos para las poblaciones clave?</p> <p>¿Qué limitaciones significan las barreras programáticas en el acceso a tratamientos para mejorar en la calidad de vida y ejercicio pleno de derechos de las personas con VIH y las poblaciones clave?</p> <p>¿Qué avances se han dado hacia la superación de barreras programáticas en el acceso a medicamentos en cada uno de los países seleccionados?</p> <p>¿Qué implicaciones podría tener la existencia de estas barreras para la sostenibilidad e integralidad de la respuesta en la región?</p> |
| | <p>Estudio sobre barreras legales relacionadas con el</p> | <p>Establecer los costos que representan las barreras legales y programáticas identificadas para los sistemas de salud de los países</p> | <p>¿Qué implicaciones financieras tiene la existencia de estas barreras, para los sistemas de salud?</p> <p>¿Qué implicaciones financieras tiene el levantamiento de estas barreras, para los sistemas de salud?</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>acceso a medicamentos ARV de calidad, profilácticos de VIH y para tratamiento de otras infecciones, a precios asequibles en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú</p> | <p>seleccionados y para la región, teniendo en cuenta el modelo de atención integral.</p> | <p>¿Qué implicaciones podría tener esto para la sostenibilidad e integralidad de la respuesta en la región?</p> |
| | <p>Determinar los costos de bolsillo o costos individuales, directos o indirectos que implican la existencia de las barreras programáticas y legales identificadas, para los usuarios y usuarias de los servicios de salud en torno al acceso integral a ARV, TB, PrEP, PEP VHB y VHC en los países priorizados.</p> | <p>¿A qué procesos se ven abocados(as) los usuarios(as) de los servicios de salud cuando se enfrentan a barreras legales y programáticas? ¿Qué costos deben asumir los(as) usuarios(as) para poder acceder a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP y VHC en los países priorizados?</p> <p>¿Qué implica en términos financieros para los usuarios de los servicios de salud la existencia de barreras de acceso a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP, VHB y VHC, en los países priorizados?</p> |
| | <p>Identificar experiencias exitosas de las redes que hacen parte del proyecto en torno al derribamiento del tipo de barreras de acceso a los tratamientos abordados en el marco de esta convocatoria.</p> | <p>¿Qué acciones locales y regionales han desarrollado las redes para mejorar el acceso a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP VHB y VHC, en los países priorizados?</p> <p>¿Cuáles de estas acciones han sido más eficientes?</p> <p>¿Sobre cuáles barreras se han focalizado estas acciones?</p> <p>¿Qué avances se han dado hacia la superación de barreras legales y programáticas relacionadas con acceso a ARV, TB, PrEP, PEP, VHB y VHC, en los países priorizados?</p> <p>¿Qué capacidades deben fortalecer las redes, para acceder a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP y VHC?? ¿Qué capacidades ya desarrolladas pueden</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | potenciarse? |
| | | Desarrollar una actividad online de socialización de resultados, conclusiones y recomendaciones relevantes del proceso investigativo, dirigida a los miembros de las redes, líderes y lideresas en formación y socios técnicos que hacen parte del proyecto. | <p>¿Qué debería ser cambiado en cada país priorizado, para mejorar el acceso a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP, VHB y VHC, en los países priorizados a precios asequibles?</p> <p>¿Qué recomendaciones se pueden proponer para mejorar la implementación de mecanismos de eficiencia y levantamiento de barreras legales y programáticas que garanticen un mayor acceso de las poblaciones clave y personas con VIH a los medicamentos a nivel subregión y por país?</p> <p>¿Qué tipo de estrategias pueden implementarse para mejorar el diálogo con los países para el derribamiento de las barreras de acceso a ARV, TB, PrEP, PEP y VHC?</p> |

VI. Productos

1. Plan y cronograma de trabajo.
2. Plan metodológico que incluya:
 - Propuesta metodológica
 - Diseño de unidad hermenéutica de análisis a partir de las barreras legales y programáticas a abordar
 - Instrumentos de recolección de información a aplicar
 - Listado de actores a abordar relacionando el instrumento con que se abordará cada uno.
 - Estrategia de sistematización de información.
 - Procedimientos para garantizar aspectos éticos.
 - Procedimientos para garantizar la calidad de la información.
 - Plan de análisis e interpretación de los resultados, el cual debe incluir la estrategia de triangulación de información.
 - Estrategia de evaluación continua y de ajuste al estudio
3. Informes periódicos de avance que den cuenta de:

- La recolección de información y su correspondiente sistematización en cada uno de los países respecto a las barreras legales y programáticas abordadas.
- Actores abordados e instrumentos aplicados
- Conclusiones preliminares obtenidas en cada uno de los países
- Conclusiones preliminares hacia la construcción de estrategia regional

4. El informe final debe incluir al menos los siguientes elementos:

- Resumen ejecutivo
- Introducción
- Antecedentes
- Metodología
- Limitaciones
- Resultados, análisis e interpretación de la información recabada. Deben identificarse principales problemas/barreras, costos que representan para los países y para la región y principales oportunidades y fortalezas en Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú, en especial, las relacionadas directamente con las preguntas orientadoras. Debe ser sintético, específico y relevante.
- Conclusiones para cada uno de los países y para la región
- Recomendaciones para cada uno de los países y para la región, dirigidas al derribamiento de las barreras legales y programáticas a partir del análisis e interpretación de la información recabada.
- Elementos a considerar para una propuesta regional para la superación de las barreras legales y programáticas relacionadas con acceso a medicamentos ARV, TB, PrEP, PEP, VHB y VHC, relevando recomendaciones específicas para cada uno de los actores de cada país seleccionado.
- Anexos incluyendo la lista de documentos y personas consultadas (con fechas en que se realizaron las consultas) y con la versión final de las herramientas utilizadas.
- Anexos de los análisis financieros realizados en torno a las barreras identificadas en los países.
- Bibliografía, incluyendo una lista con todos los documentos de apoyo necesarios, referencias y citas concretas que sustenten el análisis.
- Una presentación en Power Point que resuma el proceso y sus resultados.

El informe debe asegurar incluir:

- Información cuantitativa y cualitativa
- Un conjunto de tablas/cuadros que muestren de forma sistemática las respuestas para cada una de las preguntas definidas. Además de la información concreta sobre la situación para cada aspecto, la tabla debe incluir una columna de justificación / comentarios que proporcione la información necesaria para apoyar la conclusión del análisis (incluyendo la citación de fuentes, por ejemplo, entrevistas, encuestas).

El informe con todos sus anexos, debe ser entregado de dos formas: por medio de un link para descargar todos los archivos de la consultoría (enviado por correo electrónico), y en un medio de almacenamiento externo.

5. Propuesta de actividad online de socialización de resultados, conclusiones y recomendaciones relevantes del proceso investigativo, dirigida a los miembros de las redes, líderes y lideresas en formación y socios técnicos que hacen parte del proyecto.

La propuesta de la actividad de socialización debe incluir:

- Principales resultados del estudio.
- Implicaciones de los costos de las barreras legales y programáticas para los sistemas de salud y para los(as) usuarios(as) de los servicios de salud.
- Principales experiencias exitosas identificadas en el derribamiento de barreras legales y programáticas en los países priorizados.
- Principales conclusiones y recomendaciones del estudio especialmente orientadas a autoridades en salud en los países abordados en el estudio, actores gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, líderes y lideresas, socios técnicos del proyecto.

VII. Normas éticas

Se espera que el equipo consultor a cargo, demuestre un alto compromiso ético y que lleve a cabo el proceso guiándose por los valores humanistas de Hivos³, en el marco de los derechos humanos, con respeto, confidencialidad y sensibilidad hacia las poblaciones y organizaciones con las que trabajará.

Los siguientes son algunos requisitos éticos y profesionales que debe cumplir el equipo consultor a través del proceso:

- Ética: El equipo consultor debe poseer integridad profesional, respetar los derechos de las instituciones, organizaciones e individuos para proporcionar información de manera confidencial, y ser sensible a las creencias y costumbres de los entornos sociales y culturales locales.
- Respeto por las personas: El equipo debe respetar la seguridad, la dignidad e integridad de las personas participantes del proceso.
- Responsabilidad: Cualquier desacuerdo o diferencia de opinión que pueda surgir entre los miembros del equipo en relación con las conclusiones y / o recomendaciones, debe ser mencionado en el informe. Cualquier declaración debe ser respaldada por el equipo o registrar el desacuerdo al respecto.

³ Dignidad humana y autodeterminación, pluralismo y democracia, solidaridad y ciudadanía responsable, comprensión tanto de los aspectos materiales como no materiales, respeto por la identidad social y cultural de las personas, manejo responsable de la naturaleza y los recursos naturales.

- Integridad/honestidad: El equipo consultor debe garantizar la honestidad y la integridad de todo el proceso. Será responsable de resaltar los problemas que no se mencionan en las especificaciones técnicas, si esto es necesario para obtener un análisis más completo del proyecto.
- Oportuna: El estudio debe ser completado de manera oportuna a fin de garantizar la utilidad de los resultados y recomendaciones.
- Incidentes. En caso de que surjan problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la revisión, estos deben comunicarse de inmediato a Hivos. De lo contrario, la existencia de tales problemas no se puede utilizar para justificar el incumplimiento de los resultados establecidos por Hivos en estas Especificaciones Técnicas.
- Validación de la información. Corresponde a la persona o equipo consultor garantizar la veracidad de la información recopilada para la preparación de los informes y, en última instancia, será responsable de la información presentada en el informe de evaluación.

VIII. Periodicidad y entrega de productos

El periodo de duración de la consultoría es de 9 meses a partir de la firma del contrato. Los productos deben ser entregados de la siguiente manera:

La siguiente es la periodicidad de entrega de productos

| Producto | Plazos |
|--|---|
| Entrega de plan y cronograma de trabajo | Una semana después de la firma del contrato |
| Plan metodológico como se describe en la sección productos | Una semana después de la firma del contrato |
| Informes periódicos de avance que den cuenta de: La recolección de información y su correspondiente sistematización en cada uno de los países respecto a las barreras legales y programáticas abordadas. Actores abordados e instrumentos aplicados. Conclusiones preliminares obtenidas en cada uno de los países. Conclusiones preliminares hacia la construcción de estrategia regional | 18 semanas después de la firma del contrato |
| El informe final que incluya los elementos descritos en la sección productos. | 33 semanas después de la firma del contrato |
| Propuesta de actividad online de socialización de resultados, conclusiones y recomendaciones relevantes del proceso investigativo, dirigida a los miembros de las redes, líderes y lideresas en formación y socios técnicos que hacen parte del | 33 semanas después de la firma |

| | |
|----------|--------------|
| proyecto | del contrato |
|----------|--------------|

IX. Programa de Pagos

Los pagos se realizarán de la siguiente manera:

1. Tras la entrega y aprobación final por parte de Hivos del cronograma y plan de investigación: 30% del total del contrato.
2. Tras la entrega de los informes de recolección de información en los países: 50% del total del contrato.
3. Tras la entrega y aprobación por Hivos del informe final y el desarrollo de la actividad de socialización: 20% del total del contrato.

Penalidades

En caso de retraso injustificado por parte del consultor o la empresa en la entrega de los productos finales, HIVOS aplicará una penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al treinta (**30%**) del monto total.

X. Perfil del equipo consultor

La consultoría debe desarrollarse en equipo para cumplir oportunamente con los objetivos en el tiempo previsto. Los equipos interesados deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Competencias y experiencia demostrada en temas de economía de la salud, micro-economía, costos y análisis financiero de los sistemas de salud, administración de cuentas de alto costo en salud, análisis de barreras y brechas en la prestación de servicios de salud, compras de medicamentos; necesidades, experiencia y costos para los usuarios en su interacción con los servicios de salud.
2. Competencias y conocimientos demostrados en investigación sobre políticas públicas y marcos normativos del VIH, PrEP, PEP, VHB, VHC y TB.
3. Competencias y experiencia en la ejecución de estudios similares.
4. Competencias para el diseño, aplicación y análisis de instrumentos de recopilación de información para el análisis financiero en salud con actores de toma de decisión, usuarios de los servicios y organizaciones de la sociedad civil. Imprescindible manejo de instrumentos en línea.
5. Conocimiento del contexto latinoamericano del VIH, PrEP, PEP, VHB, VHC y TB y de preferencia experiencia en trabajo en Colombia, Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú.
6. Experiencia demostrada en consultorías para instancias de cooperación internacional (ONG internacionales, Sistema de Naciones Unidas, agencias de cooperación internacional).

Capacidades y competencias:

1. Trabajo en equipo.

2. Capacidad de redacción y de síntesis.
3. Habilidades comunicativas para la interacción con actores de los sectores públicos, usuarios de los servicios de salud y organizaciones de sociedad civil en diferentes países.
4. Habilidades para recabar información de los contextos de los diferentes países priorizados en esta convocatoria usando herramientas y fuentes online.
5. Capacidad de gestión y priorización de información y habilidades para su buena sistematización.
6. Capacidad analítica, interpretativa y de síntesis.
7. Visión estratégica para la priorización de información y generación conclusiones y recomendaciones relevantes para los países y la región de.
8. Integridad y compromisos éticos con el manejo de la información.

XI. Cobertura geográfica

La consultoría deberá cubrir los 5 países de la propuesta: Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú.

XII. Sobre rubros cubiertos por HIVOS y Consultor

El consultor deberá considerar gastos relacionados con fotocopias, impresiones, tarjetas telefónicas, internet, movilización, parqueo, entre otros gastos generados para el diseño de de la propuesta, negociación y las reuniones que se generen en la negociación de la consultoría.

Para consultores nacionales o residentes en Costa Rica, es obligatorio que estén inscritos en Hacienda y se aplicará lo que corresponda al régimen impositivo al que estén inscritos.

XIII. Presentación de la propuesta técnica y financiera

Podrán participar en este concurso consorcios y entidades jurídicas

1. Propuesta equipo:
 - a. La presentación de un equipo para la realización de esta asistencia técnica:
 - i. Deberán aportar el currículum de la entidad jurídica (incluir una copia de la cédula jurídica); y los estados financieros de al menos tres períodos fiscales y las declaraciones de renta de los mismos, en caso de que corresponda. Cuando el equipo que presenta la propuesta sea un consorcio de varias organizaciones y/o empresas, al menos una de las partes que integran el consorcio debe cumplir con este requisito.
 - ii. Asimismo los Curriculum Vitae actualizados de todas las personas que conformarán el equipo, describiendo el rol que jugará cada una de las personas en el desarrollo de la consultoría, indicando cuál de ellas liderará el trabajo (se solicita que se incluya el

organigrama del equipo) en caso de que corresponda, e indicar al menos un contacto de referencia para cada integrante del equipo.

- iii. El CV de cada persona deberá indicar claramente, en cada empleo y/o consultoría anotada, el tiempo de duración: mes y año, el conocimiento y experiencia en el diseño e implementación de estudios cuanti y cualitativos y en las temáticas de: VIH y derechos humanos, desarrollo de capacidades de organizaciones civiles, políticas públicas, organizaciones y redes comunitarias de poblaciones con VIH y poblaciones claves.

2. Propuesta técnica:

- a. Una carta de interés que explique por qué aplica para esta consultoría
- b. Una propuesta técnica que incluya la forma en que el equipo abordaría esta consultoría.
- c. El formato de la ficha ejecutiva de la propuesta (en ANEXO).

3. Propuesta económica

- a. La oferta económica deberá integrar todos los gastos previstos, expresados a través de honorarios profesionales.
- b. La propuesta económica debe presentarse en dólares. Además debe consignar todos los costos vinculados con los trabajos a realizar incluyendo todos los derechos, impuestos y demás gravámenes vigentes que deba pagar la entidad proponente en virtud del contrato. Los costos cotizados, no estarán sujetos a ajuste durante el período de cumplimiento del contrato. La propuesta económica debe contemplar los gastos de transporte, alimentación, comunicaciones y otros rubros propios del proceso.
- c. HIVOS no cubrirá ningún gasto que se genere distinto al pactado en el contrato.

4. La propuesta debe presentarse en papel membretado, y es deseable que incluya: Descripción de las tareas a elaborar con un desglose presupuestario y el costo total; la validez de la oferta, incluyendo el tiempo y lugar de entrega, así como la forma de pago, y las garantías si corresponde; además fecha de emisión de la propuesta y nombre, firma y/o sello de la empresa consultora.

Las propuestas para 1) el equipo, 2) técnica y 3) económica deberán enviarse en tres archivos en formato pdf identificados respectivamente como "Propuesta equipo", "Propuesta técnica" y "Propuesta económica".

XIV. Evaluación y Selección

Las propuestas que se entreguen en tiempo y forma, serán revisadas por un Comité Evaluador. Para la evaluación de las propuestas se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

| Aspecto | Ponderación |
|----------------------------------|-------------|
| Experiencia del equipo consultor | 35% |
| Propuesta técnica | 40% |
| Propuesta económica | 25% |

Solamente las ofertas que alcancen al menos 65 puntos en experiencia del equipo consultor y propuesta técnica, pasarán a la evaluación de la oferta económica. Puntaje de la oferta económica = (Precio menor ofertado/precio evaluado) * puntaje máximo. El puntaje máximo lo obtiene la oferta más económica dentro de las que se ajustaron al presupuesto disponible y las otras ofertas obtienen un puntaje proporcional en relación con la oferta.

En caso de ser necesario se procederá a realizar entrevistas. El propósito de estas entrevistas es profundizar en aspectos técnicos y metodológicos orientados a la realización de la consultoría en cuestión.

Hivos no aceptará apelación alguna de su decisión.

VIII. Derechos de Autor y Propiedad

Los productos, informes, datos y documentación de esta consultoría serán propiedad de Hivos y de las organizaciones del proyecto, no podrán ser divulgados parcial ni totalmente por la empresa, institución, organización y/o consultor/a sin autorización previa escrita de los propietarios.

IX. Consultas

Cualquier ofertante podrá solicitar aclaraciones sobre los documentos de esta Consultoría, mediante correo electrónico a fbetancourt@hivos.org de 08:00 a 18:00 horas, hasta el día 12 de agosto. Es responsabilidad del Ofertante solicitar la confirmación de recepción de sus aclaraciones. HIVOS dará respuesta por escrito a las solicitudes que reciba al siguiente día hábil de recibidas y las subirá a su página web.

X. Forma de entrega de la propuesta

Las propuestas deberán ser enviadas de manera electrónica a la siguiente dirección: fbetancourt@hivos.org indicando en el asunto “**Estudio Barreras**”. Fecha límite para la presentación de propuesta es 15 de agosto de 2020, 24.00h de Costa Rica. Propuestas recibidas después de esta fecha y hora no serán consideradas.

Hivos podrá en cualquier momento antes de que venza el plazo de presentación de ofertas e incluso vencido el plazo por cualquier causa, o por iniciativa propia:

- a. Modificar y o cambiar los términos de referencia de esta consultoría ya sea en plazos u objetivos.
- b. Cancelar parcial o totalmente este proceso, aunque se hayan recibido propuestas, ya sea que haya finalizado el tiempo de recepción de propuestas o no y/o declararlo desierto.

c. Hivos no tiene la obligación de notificar a todos los participantes sobre decisión final de adjudicación o cancelación del proceso.

d. Negociar las propuestas con quien considere.

Los consultores o empresas participantes serán los responsables de todos los costos relacionados con la preparación y presentación de su oferta e Hivos no será responsable en ningún caso por dichos costos, prescindiendo de la modalidad o el resultado del proceso de consultoría, incluyendo esto los costos por envío.

INSTRUCCIONES PARA FICHA EJECUTIVA DE LA PROPUESTA

La Ficha Ejecutiva de la propuesta, presenta el proyecto en resumen con sus datos más relevantes. Esta ficha consta de 2 partes: Información General, Datos del Proyecto. Es una ficha resumen, la cual presentarán en un archivo independiente al documento de la propuesta. La información requerida es la siguiente.

| | |
|---|---|
| INFORMACIÓN GENERAL: Se deben incluir datos referenciales y sobre la entidad responsable de la propuesta técnica y económica | |
| Nombre Legal: | Es el nombre de la entidad |
| Tipo de Organización o institución | Especifique la naturaleza de la entidad u organismo. Académica, educativa, religiosa, sociedad civil (asociación), consultor/a privado/a, institución de gobierno, empresa privada, etc. Ejemplo Universidad Evangélica (Educación Superior), Facultad de Post-Grado, Dpto. de Salud Pública. |
| Representante de la Entidad: | Nombres y Apellidos del Director/a presidente/a o representante del organismo, institución, empresa o asociación. |
| Coordinador/a de la propuesta: | Nombres y Apellidos de la persona que funcionará como contacto directo técnico y administrativo para la propuesta, el cuál gozará de capacidad de decisión. Se recomienda presentar el nombramiento. |
| Email | Detallar el correo electrónico del coordinador o de la entidad. |
| Teléfonos | Números de teléfono del/a coordinador/a de la propuesta y de la entidad proponente |
| Celular: | Número de teléfono móvil del coordinador/a de la propuesta o de la entidad proponente. |
| Skype: | Para posible entrevista durante el proceso de selección |
| II. DATOS DE LA PROPUESTA | |
| La propuesta debe tener un nombre claramente definido y se debe señalar un nombre corto para una identificación rápida. Incluir en este punto datos del lugar donde se prevé la implementación. | |
| Nombre de la propuesta: | Nombre completo de la propuesta de proyecto de investigación, capacitación o intervención. |
| Nombre corto: | Presente un nombre corto que identifique rápidamente la propuesta. Ej: CAP Mujeres. |
| Lugar de implementación: | Nombre de espacios geográficos de la población beneficiaria |
| Población a beneficiar: | Grupo, población, sector que recibirá los beneficios de la implementación |

| | |
|--------------------------------|--|
| | del proyecto. |
| Objetivos del proyecto: | Proyecto de investigación, intervención o capacitación. Describir en forma completa el o los objetivos generales del proyecto propuesto. |
| Resultados esperados: | Especificar los logros a obtener con la implementación del proyecto. |
| Período de Ejecución: | Duración en meses, especificando el inicio y cierre. |